

مطالعه تطبیقی جایگاه کمیته‌ها در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران

امیراشکان نصیری پور^۱ / لیلا کیکاووسی آرانی^۲

چکیده

مقدمه: امروزه بیمارستان‌ها، منابع قابل توجهی را به منظور جلب همکاری چند جانبه گروه‌ها و بخش‌های مختلف بیمارستانی در قالب کمیته‌ها برای فراهم آوردن زمینه‌های بهبود عملکرد صرف می‌نمایند. این مطالعه با هدف مقایسه استانداردهای کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی ایران انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - تطبیقی می‌باشد. برای گردآوری داده‌ها با استفاده از استانداردهای کمیته‌ها در ۲ برنامه ملی چک لیستی پژوهشگر ساخته حاوی ۱۰۱ سوال در ۱۱ بعد به شرح نام کمیته‌های فعال بیمارستان (۱۱ سوال)، هدف (۱۱ سوال)، وظایف (۵ سوال) و... تهیه شد و تطابق کامل، نسبی یا عدم تطابق استانداردها در مقابل آنها نوشته شد. داده‌ها با استفاده از جداول تطبیقی و روش‌های آمار توصیفی تحلیل گردید.

یافته‌ها: در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران کمیته‌های بیمارستانی بر اساس نام ۲۳٪ عدم تطابق، ۵۴٪ تطابق نسبی و ۲۳٪ تطابق کامل داشته هم‌چنین بر اساس هدف، وظایف، نوع و تعداد اعضا ۸۰٪ عدم تطابق، ۱۰٪ تطابق نسبی، ۱۰٪ تطابق کامل داشتند.

نتیجه‌گیری: جهت هم سطح کردن استانداردهای اعتباربخشی ملی با استانداردهای اعتباربخشی بین‌المللی، بهتر است جایگاه کمیته‌های بیمارستان در استانداردهای اعتباربخشی حذف گردد و وظایف واحد کمیته‌ها به مسئولین واحدهای مربوطه واگذار گردد. **کلیدواژه‌ها:** کمیته بیمارستانی، برنامه ارزشیابی، اعتباربخشی، بیمارستان

۱- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران
۲- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Leila_keikavoosi@yahoo.com

مقدمه

مراکز بیمارستانی از ارکان نظام سلامت در هر کشوری هستند و اصلاح نظام سلامت بدون پرداختن به این مراکز و بهبود و ارتقای عملکرد آنها مقدور نخواهد بود. همچنین مصداق بسیاری از ارزیابی‌ها و ارزشیابی‌هایی که حاکمیت در نظام سلامت ملزم به آن است، در این مراکز ظهور و بروز می‌یابد [۱]. دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت متولی مستقیم امور ارزشیابی و نظارت بر فعالیت‌های درمانی در سطح کشور ایران است. از جمله اهم وظایف و مسئولیت‌های آن دفتر، سیاست‌گذاری‌های کلان ارزشیابی و نظارت شامل برنامه‌ریزی، هماهنگی، تهیه دستورالعمل‌ها، تدوین ابلاغ استانداردهای ملی درمان و آموزش آنها در سطوح منطقه‌ای و دانشگاهی، پیگیری نحوه اجرای ضوابط استاندارد و نظارت عالی بر نحوه ارزشیابی و بررسی نهایی گزارش‌ها و صدور گواهی نامه است. این دفتر در راستای پیشبرد یکی از مهم‌ترین وظایف خود، یعنی برنامه‌ریزی و تهیه و تدوین استانداردهای ملی درمان به تدوین دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور در طی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۶ و ابلاغ آن در مرداد سال ۱۳۷۶ تحت عنوان برنامه ملی ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی در ایران از سوی مقام عالی وزارت به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در قالب دو فرم اصلی "الف" و "ب" پرداخته است. فرم "الف" ارزشیابی اورژانس و فوریت‌های پزشکی بیمارستان را در برداشته و دارای ۲ محور اصلی الف/۱ شامل (نیروی انسانی، جنبه‌های ارزشی - اخلاقی، مراعات موازین شرعی، مسائل ساختاری، تجهیزات پزشکی و مصرفی دارویی، تجهیزات غیرپزشکی و ایمنی، ارائه سایر خدمات پزشکی) و محور اصلی الف/۲ شامل (شاخص‌های کیفی با عنوان‌های متوسط زمان انجام اولین ویزیت بالینی پزشک اورژانس، متوسط زمان انجام اولین خدمات پرستاری، میزان رضایت‌مندی مراجعان اورژانس) و فرم "ب" شامل ۱۵ محور (مراعات ارزش‌های متعالی و ضوابط شرعی، رضایت‌مندی

بیماران، مدیریت بیمارستانی، نیروی انسانی پزشکی، نیروی انسانی پرستاری، نیروی انسانی اداری و خدماتی و سایر ابعاد، بهداشت و نظافت، مدارک پزشکی و اطلاع‌رسانی، کمیته‌ها و شوراهای بیمارستانی، ساختار بیمارستانی و تاسیساتی، تجهیزات ایمنی، تجهیزات غیرپزشکی، تجهیزات پزشکی و دارو، آموزش و پژوهش، شاخص‌های کیفی) می‌باشد [۳،۲].

با توجه به مسئولیت دولت‌ها در قبال سلامت جامعه، تمامی آنها موظف به ایجاد و تقویت نظام‌های سلامت اثربخش و پاسخگو در قبال نیازهای گیرندگان خدمات خود می‌باشند. یکی از موثرترین ابزارهای مورد استفاده برای نیل به این هدف، تقویت سیستم ارزشیابی نظام سلامت است که برای این منظور از رویکردهای مختلفی استفاده می‌شود. اعتباربخشی یکی از سیستم‌های ارزشیابی نظام سلامت می‌باشد که به دلیل تأثیرات فراوان بر طیف گسترده‌ای از شاخص‌های ارزیابی در خدمات بهداشتی به طور فزاینده‌ای در کانون توجه متولیان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت قرار گرفته است [۴،۵]. در ایران نیز برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران این عرصه طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۹ جهت تقویت سیستم ارزشیابی نظام سلامت تلاش نمودند و تدوین برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی ایران را در سال ۱۳۸۹ به پایان رساندند و به منظور آشناسازی بیمارستان‌ها با این برنامه یک‌سال به بیمارستان‌ها فرصت آمادگی داده و اجرای آن را از سال ۱۳۹۱ در قالب ۳۷ بخش/واحد شامل مدیریت و رهبری، حقوق‌گیرنده خدمت، بخش اورژانس، CCU، ICU، NICU، جراحی، بیهوشی و اتاق عمل، شیمی درمانی، بلوک زایمان، کودکان، روانپزشکی، تصویربرداری، آزمایشگاه، طب انتقال خون، فیزیوتراپی، کنترل عفونت، آنژیوگرافی، دیالیز، مدیریت پرستاری، مدیریت دارویی، بهبود کیفیت، فناوری اطلاعات، مدارک پزشکی، مهندسی پزشکی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت دفع پسماند، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، تدارکات، ساختمان، تأسیسات، آتش‌نشانی، رختشوی‌خانه، خدمات استریلیزاسیون مرکزی، واحد

ارزشیابی و اعتبار بخشی، هیچ تفاوتی وجود نداشته باشد.

عدم تطابق: زمانی این واژه استفاده می‌شود که بین استانداردهای کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتبار بخشی، کاملاً تفاوت وجود داشته باشد.

تطابق نسبی: زمانی این واژه استفاده می‌شود که بین استانداردهای کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتبار بخشی، نه تطابق کامل وجود دارد و نه عدم تطابق وجود دارد.

در نهایت داده‌ها با استفاده از جداول تطبیقی و روش‌های آمار توصیفی تحلیل شدند.

یافته‌ها

پژوهشگران ابتدا بر اساس نام کمیته‌های بیمارستانی به مطالعه تطبیقی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتبار بخشی پرداختند (جدول ۱) و سپس فراوانی میزان تطابق را بررسی نمودند (جدول ۲).

همچنین در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتبار بخشی بیمارستان‌های عمومی کمیته‌های بیمارستانی از نظر بیان هدف، شرح وظایف کمیته‌ها، نوع کمیته، تعداد اعضا، ترکیب اعضا، فاصله زمانی تشکیل جلسات، نحوه ارسال و بایگانی صورتجلسات هر کمیته بررسی و مقایسه شدند که میزان و فراوانی آنها در جداول شماره ۳ و ۴ قابل ملاحظه است.

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی فراوانی میزان تطابق کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتبار بخشی بیمارستان‌های عمومی بر اساس نام آنها ۲۳٪ عدم تطابق، ۵۴٪ تطابق نسبی و ۲۳٪ تطابق کامل حاکی از آن است که در برنامه ملی اعتبار بخشی بیمارستان‌های عمومی مصوب سال ۱۳۸۹ وزارت بهداشت، برای مواردی که اجرای بهینه استانداردهای اعتبار بخشی ملی در آنها علاوه بر همکاری همه جانبه بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی، نیازمند پیگیری، هماهنگی و

تغذیه و کمیته‌ها ضروری دانستند [۶]. همان گونه که مشاهده می‌شود در هر دو برنامه ملی محور کمیته‌ها لحاظ شده است. با توجه به اینکه کمیته‌های بیمارستانی بازوهای مشورتی و تصمیم‌گیری روسا و مدیران بیمارستان‌ها می‌باشند و به عنوان اتاق فکر بیمارستان محسوب می‌شوند؛ لذا پژوهشگران بر آن شدند تا میزان شباهت‌ها و تفاوت‌های محور کمیته‌ها را در این دو برنامه ملی مشخص نمایند.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی - تطبیقی می‌باشد. برای گردآوری داده‌ها با استفاده از استانداردهای کمیته‌ها در ۲ برنامه ملی چک لیستی پژوهشگر ساخته حاوی ۱۰۱ سوال در ۱۱ بعد تهیه شد که تعداد سوالات اختصاص یافته به هر بعد عبارت بود از بعد نام کمیته‌های فعال بیمارستان (۱۱سوال)، هدف (۱۱سوال)، وظایف (۵سوال)، تعداد اعضا (۲سوال)، ترکیب اعضا (۲سوال)، فاصله زمانی تشکیل جلسات (۱۱سوال)، نحوه ارسال صورتجلسات به مرجع ذیصلاح (۱۱سوال)، دانشگاه (۲سوال)، بایگانی صورتجلسات (۳۳سوال)، تدوین آیین نامه داخلی (۱۱سوال)، پیگیری اجرای مصوبات و ارائه گزارش به مسئولین (۲سوال) و دوره توجیهی و آموزش اعضای کمیته‌ها (۱۱سوال) بود.

نحوه انجام بررسی تطبیقی این گونه بود که هر یک از کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتبار بخشی با در نظر گرفتن نام کمیته، هدف، وظایف، نوع، تعداد اعضا، ترکیب اعضا، فاصله زمانی تشکیل جلسات، نحوه ارسال و بایگانی صورتجلسات هر کمیته مقایسه گردید و تطابق یا عدم تطابق استانداردها در مقابل آنها نوشته شد.

در بیان وضعیت تطابق استانداردها از واژه‌های تطابق کامل، تطابق نسبی و عدم تطابق استفاده شد که به شرح ذیل توضیح داده می‌شود.

تطابق کامل: زمانی این واژه استفاده می‌شود که بین استانداردهای کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی

نظارت بر حسن اجرا می‌باشد علاوه بر بخش / واحد، کمیته‌های مستقل نیز در نظر گرفته شده است از جمله کمیته بهبود کیفیت، کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات، کمیته بهداشت محیط، کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، کمیته کنترل عفونت بیمارستانی، کمیته طب انتقال خون.

قره‌باغیان و همکاران در پژوهشی که تحت عنوان "میزان آگاهی مدیران بیمارستان‌ها از نقش و نوع فعالیت کمیته‌های انتقال خون بیمارستانی"، انجام داده بودند ضرورت آموزش بیشتر مسئولین بیمارستان‌ها در ارتباط با اهمیت تشکیل و جایگاه کمیته‌های انتقال خون بیمارستانی در هر مرکز درمانی جهت حفظ سلامتی بیماران نیازمند به خون و فرآورده‌های خونی همچنین نظارت بر مصرف آنها توسط کمیته‌های انتقال خون مستقر در هر مرکز درمانی را مورد تاکید قرار دادند. این پژوهش یافته‌های مطالعه حاضر را در زمینه ضرورت تشکیل کمیته طب انتقال خون تایید می‌نماید [۷].

موسوی و همکاران در پژوهشی تاکید کرده‌اند که فعال‌تر شدن کمیته‌های ایمنی و کنترل عفونت‌های بیمارستانی با توجه به اهمیتی که موضوع ایمنی برای رضایت‌مندی بیماران و کارکنان دارد بسیار مفید بوده و بهتر است توسط مسئولان بیمارستان‌ها مد نظر قرار گیرد. این پژوهش، یافته‌های پژوهش حاضر را در زمینه مورد تاکید قرار دادن کنترل عفونت بیمارستانی تایید می‌نماید [۸]. در کشورهای مختلف آمارهای متعددی در زمینه کمیته‌های انتقال خون به چشم می‌خورد. در یک مطالعه در انگلیس فقط ۲۰٪ بیمارستان‌ها کمیته انتقال خون نداشتند [۹]. در مطالعه‌ای دیگر که در سال ۱۹۹۸ در بلژیک انجام شده بود از ۷۱ بیمارستان که در طرح شرکت کردند ۱۱ بیمارستان کمیته انتقال خون داشتند [۱۰]. همانطور که یافته‌های مطالعه تطبیقی نشان می‌دهد در برنامه ملی اعتبار بخشی ایران، فعالیت‌های دو کمیته اخلاق پزشکی و کمیته مراعات موازین شرعی ترکیب شده و در این برنامه فقط یک کمیته اخلاق پزشکی لحاظ شده است. همچنین فعالیت‌های کمیته مرگ و میر و

کمیته آسیب‌شناسی و نسوج ادغام گردیده و در برنامه ملی اعتبار بخشی یک کمیته مرگ و میر، عوارض، آسیب‌شناسی و نسوج لحاظ شده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که مولفین استانداردهای اعتبار بخشی به این امر که تشکیل چندین کمیته در راستای انجام یک هدف با نام‌ها و وظایفی مشابه نه تنها خستگی اعضای کمیته و سردرگمی تحلیل‌گران نتایج حاصل در جلسات را در پی داشته، بلکه افت کیفیت و بازدهی جلسات متشکله را در پی دارد توجه نموده‌اند.

بررسی‌ها نشان داد سه کمیته تحت عنوان کمیته تغذیه و رژیم‌های درمانی، کمیته تجهیزات، کمیته کادر پزشکی پرسنل پرستاری و کارکنان برنامه ملی ارزشیابی مصوب سال ۱۳۷۶ دیگر در لیست کمیته‌های برنامه اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها جایگاهی نداشتند. این کمیته‌ها در قالب استانداردهای واحد تغذیه، واحد مهندسی پزشکی و واحد مدیریت منابع انسانی در برنامه ملی اعتبار بخشی لحاظ گردیده است که نشان از مرتفع‌سازی معضلات و مشکلات مربوطه از طریق مدیریت و برنامه‌ریزی مسئولین کارآمد این واحدها دارد. به نظر می‌رسد در استانداردهای اعتبار بخشی ملی با تعیین یک نفر به عنوان مسئول واحد و پاسخگو نمودن وی در مقابل اقدامات و فعالیت‌های تعیین شده، نه تنها موجبات افزایش اختیارات مسئولین این واحدها فراهم می‌شود بلکه از تشکیل جلسات متعدد و مستندسازی صوری کمیته‌ها کاسته می‌شود. همچنین با عنایت به اینکه این واحدها، هر یک به عنوان یک واحد اصلی از مجموعه ۳۸ واحد / بخش موجود در استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران می‌باشند و کسب امتیاز هر واحد نقش بسزایی در تعیین درجه اعتبار بخشی بیمارستان دارد می‌توان نتیجه گرفت که این امر، مدیران بیمارستان‌ها را به پاسخگویی و تلاش در جهت رفع معضلات گزارش داده شده از سوی مسئولین واحدهای مذکور، بیش از پیش متعهد گرداند و مشارکت آنها را در انجام اقدامات اصلاحی پیشنهادی از سوی مسئولین واحدها بیش از گذشته به خود جلب نماید.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز روبرو بوده که از مهم‌ترین آنها می‌توان به نبود مطالعات مشابه در ایران برای مقایسه نتایج با یافته‌های آنها اشاره کرد. با توجه به اینکه در هیچ یک از برنامه‌های اعتباربخشی موفق دنیا از جمله کمیته مشترک بین‌المللی (JCI)، بانک جهانی (لبنان)، مصر، فرانسه و... کمیته‌های بیمارستانی به عنوان محوری جداگانه لحاظ نگردیده است [۱۴-۱۸]. به نظر می‌رسد متولیان اعتباربخشی در وزارت بهداشت و درمان پس از طی نمودن مرحله‌گذار در ایران، برای هم‌سطح کردن استانداردهای ملی با استانداردهای بین‌المللی، می‌بایست تدابیری در زمان ویرایش استانداردهای محور کمیته‌ها بیندیشند از جمله حذف این محور و واگذاری وظایف کمیته‌ها به مسئولین واحدهای مربوطه.

محمدپور و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان "استانداردهای مراقبت بیمار وزارت بهداشت در مقایسه با استانداردهای بین‌المللی مراقبت بیمار کمیسیون مشترک اعتباربخشی مراکز بهداشتی - درمانی امریکا" نامناسب بودن طبقه‌بندی و نگارش ضعیف استانداردهای داخلی را لازم دانسته و نتیجه گرفته‌اند که می‌بایست طبقه‌بندی و نحوه نگارش استانداردهای داخلی اصلاح گردد که با پژوهش حاضر هم‌راستا می‌باشد [۱۱]. همان‌گونه که از یافته‌های پژوهش بر می‌آید بین دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی بر اساس هدف، وظایف، نوع، تعداد اعضا، ترکیب اعضا، فاصله زمانی تشکیل جلسات، نحوه ارسال و بایگانی صورتجلسات، ۸۰٪ عدم تطابق، ۱۰٪ تطابق نسبی، ۱۰٪ تطابق کامل وجود دارد. نتایج به خوبی نشان می‌دهد که در برنامه ارزشیابی کلیه ضوابط اجرایی جهت برگزاری و تشکیل کمیته‌ها از سوی وزارت متبوع مصوب و به بیمارستان‌ها جهت اجرا ابلاغ گردیده است از جمله در هدف کمیته، تعداد اعضا، ترکیب اعضا، نحوه ارسال صورتجلسات به معاونت درمان و داروی دانشگاه، نحوه بایگانی صورتجلسات. اجرای این ضوابط لازم‌الاجرا می‌باشد و بیمارستان هیچ‌گونه حق اظهار نظر یا دخل و تصرفی در موارد ذکر شده ندارد. لیکن در برنامه اعتباربخشی ملی قدرت تفکر و برنامه‌ریزی به صاحبان فرآیند واگذار گردیده است و هر بیمارستان با توجه به موقعیت و اقتضای شرایط از لحاظ (بزرگی یا کوچکی، نوع فعالیت، نوع تخصص و...) می‌تواند در هدف کمیته، تعداد اعضا، ترکیب اعضا، نحوه ارسال صورتجلسات به معاونت درمان و داروی دانشگاه، نحوه بایگانی صورتجلسات هر کمیته دخل و تصرف نماید. صدقیانی پیشنهاد می‌نماید که به منظور ارتقای کیفیت خدمات باید تجربیات بین‌المللی را در استانداردهای ملی حفظ و اشاعه داد تا بتوان استانداردهای ملی را رشد و توسعه داده، هم‌سطح استانداردهای بین‌المللی نمود که نشان از تایید نتایج این پژوهش دارد [۱۲، ۱۳].

مطالعه تطبیقی جایگاه کمیته‌ها در دو برنامه
 جدول ۱ - میزان تطابق کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی براساس نام کمیته آنها

میزان تطابق	نام کمیته‌های بیمارستانی در برنامه عمومی	
	نام کمیته‌های بیمارستانی در برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی	نام کمیته‌ها به تفکیک کمیته اصلی
تطابق کامل	اخلاق پزشکی	اخلاق پزشکی
		مراعات موازین شرعی در فعالیت‌های بیمارستانی
تطابق نسبی	بهبود کیفیت	نظارت و ارزشیابی درونی
		اسناد مدارک پزشکی و تنظیم پرونده‌ها
تطابق کامل	ایمنی و ترویج زایمان طبیعی و کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان	ایمنی و ترویج زایمان طبیعی و کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان
عدم تطابق	-----	تغذیه و رژیم درمانی
تطابق نسبی	دارو و درمان	دارو و تجهیزات
تطابق کامل	مرگ و میر، عوارض، آسیب شناسی و نسوج	مرگ و میر
		آسیب شناسی و نسوج
تطابق نسبی	بهداشت محیط	بهداشت و کنترل عفونت بیمارستانی و لنژ
تطابق نسبی	حفاظت فنی و بهداشت کار	
تطابق نسبی	کنترل عفونت بیمارستانی	
تطابق نسبی	بحران و بلایا	سوانح و فوریت‌های پزشکی و حوادث غیر مترقبه
عدم تطابق	-----	کادر پزشکی پرسنل پرستاری و کارکنان بیمارستان
عدم تطابق	طب انتقال خون	-----

جدول ۲ - توزیع فراوانی میزان تطابق کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی بر اساس نام آنها

میزان تطابق	تعداد	درصد
عدم تطابق	۳	۲۳
تطابق نسبی	۷	۵۴
تطابق کامل	۳	۲۳
جمع کل	۱۳	۱۰۰

جدول ۳ - میزان تطابق کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی بر اساس هدف، وظایف، تعداد اعضا، ترکیب اعضا، فاصله زمانی تشکیل جلسات، نحوه ارسال و بایگانی صورت‌جلسات، تدوین آیین‌نامه داخلی، پیگیری مصوبات و ارائه گزارش به مسئولین، دوره توجیهی و آموزش اعضای کمیته‌ها

میزان تطابق	برنامه ملی اعتباربخشی	برنامه ملی ارزشیابی	هدف کمیته
عدم تطابق	بیان نشده است	بیان شده است.	وظایف کمیته
تطابق نسبی	اهم آنها مشخص شده است.	به طور دقیق مشخص شده است	تعداد اعضا
عدم تطابق	در اختیار بیمارستان گذاشته شده است	تعیین گردیده است	ترکیب اعضا
عدم تطابق	در اختیار بیمارستان گذاشته شده است	تعیین گردیده است	رعایت فواصل زمانی تشکیل جلسات
تطابق کامل	معین گردیده است	معین گردیده است	نحوه ارسال صورت‌جلسات به مرجع ذیصلاح در دانشگاه
عدم تطابق	در اختیار بیمارستان گذاشته شده است	معین گردیده است	نحوه بایگانی صورت‌جلسات
عدم تطابق	مورد تاکید قرار گرفته است	مد نظر قرار نگرفته است	تدوین آیین‌نامه داخلی
عدم تطابق	مورد تاکید قرار گرفته است	مد نظر قرار نگرفته است	پیگیری مصوبات و ارائه گزارش به مسئولین
عدم تطابق	مورد تاکید قرار گرفته است	مد نظر قرار نگرفته است	دوره توجیهی و آموزش اعضای کمیته‌ها

جدول ۴ - توزیع فراوانی میزان تطابق کمیته‌های بیمارستانی در دو برنامه ملی ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های عمومی بر اساس هدف، وظایف، نوع، تعداد اعضا، ترکیب اعضا، فاصله زمانی تشکیل جلسات، نحوه ارسال و بایگانی صورت‌جلسات

میزان تطابق	تعداد	درصد
عدم تطابق	۸	۸۰
تطابق نسبی	۱	۱۰
تطابق کامل	۱	۱۰
جمع کل	۱۰	۱۰۰

Reference:

- 1- Asefzadeh S. Management and hospital research, Qazvin: Qazvin University of Medical Science Publication; 2003. [Book in Persian]
- 2- Khalifegari S, et al. A look at hospital accreditation standards, Sedan publishing center, Tehran; 2008:20-23. [Book in Persian]
- 3- Ministry Of Health. Manual of hospital's accreditation, Tehran: center of treatment evaluation, 2006: 4, (White Paper). [Persian]
- 4- Shaw CD. Toolkit for accreditation programs, Melbourne: International Society for Quality in Health Care (Issue) 2004. Web: www.isqua.org.
- 5- Sadeq Tabrizi J, Gharibi F. Developing a national accreditation model via Delphi Technique. Journal of Hospital, 2012; 11 (2):9-18. [In Persian]
- 6- Jafari GH, et al. Hospital Accreditation Standards in Iran, Ministry Of Health and medical education, SEDA center, 2011. [Persian]
- 7- Gharehbaghian A, Mehran M, Karimi G. Knowledge of hospital managers about the role of hospital transfusion committees and their activities. Hakim 2005; 8(1); 35-42. [Persian]
- 8- Mousavi S M H, Dargahi H, Hasibi M, Mokhtari Z, Shaham G."Evaluation of Safety Standards in Operating Rooms of Tehran University of Medical Sciences (TUMS) Hospitals in 2010", Journal of Payavard Salamat, 2011; 5(2): 1-17. [Persian]
- 9- Murphy MF, Wilkinson J. National Audit of the blood transfusion process in the Uk; Transfusion Med 2001; 11:363-70.
- 10- Linden JV, Bianco C. Blood Safety and Surveillance, New York: Marcel Dekker, Inc. 2001:47-70.
- 11- Mohammad Pour A, Karimi A, Mehdi Pour, Y, Sararani, M, Forghani M. The Ministry of Health's Care of Patient Standards vs. Joint Commission International Accreditation Standards for Care of Patient, Journal of medical council of Islamic republic of Iran, Vol. 29: No. 2, 2011; 121-128.[Persian]
- 12- Sadaghiani E. Evaluation and Accreditation System in Healthcare Facilities [Project] National Project of Country, Development (Tootak), No: 80118 ,Tehran ,Iran; 2005.[Persian]
- 13- Sadaghiani E. Auditing standards and the accreditation organizations and health care facilities (hospitals), Tehran: Research Institute for Social Security Publication; 2004. [Persian]
- 14- Joint Commission International, Accreditation Standards for hospitals, Third Edition, 2013.
- 15- JCAHO. Joint Commission International Accreditation Standards for the Care Continuum, Oakbrook terrace, IL: Joint Commission Resource; 2013.
- 16- UN Resident Coordinator System in Lebanon, Hospital Accreditation Standards, 2003.
- 17- United State Agency International Development, Egyptian hospital Accreditation Program: Standards, Sixth Edition, 2005.
- 18- Direction de l'Amelioration de la quite et de Securities des Sons. Manuel de Certification des Establishments de Santé V2010 November 2008.