

دستورالعمل اعتباربخشی دور ششم

بیمارستان‌های کشور (سال ۱۴۰۳)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

گروه اعتباربخشی مراکز درمانی

اردیبهشت ۱۴۰۳



فهرست مطالب

۳.....	مقدمه
۳.....	استانداردها
۴.....	روش ارزیابی اعتباربخشی
۸.....	تقویم بازدید اعتباربخشی دوره ششم
۹.....	نقش دانشگاه/دانشکده‌ها در فرایند ارزیابی اعتباربخشی
۹.....	سایر نکات ویژه
۱۱.....	سخن آخر



مقدمه

خدمات بهداشتی درمانی در اغلب کشورها به عنوان مهمترین بخش سلامت مورد توجه است. فعالیت بیمارستان‌ها در محیطی متغیر و پیچیده، متأثر از عوامل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و دغدغه ارائه خدمات مطلوب شکل می‌گیرند. مدیریت این مراکز مستلزم استفاده بهینه از منابع و فرصت‌ها برای دستیابی به جایگاه مناسب و پاسخگویی در نظام سلامت است. در کشور ما بیمارستان‌ها به عنوان سازمان‌های اجتماعی بسیار پیچیده، حدود نیمی از هزینه‌های بخش سلامت را به خود اختصاص داده و جایگاه مهمی در ساختار سلامت جامعه دارند. از همین روی مدیریت بیمارستان نیز به عنوان یک سازمان پیچیده، نیازمند اتخاذ شیوه‌های کارآمد بر پایه تفکر سیستمی و پرهیز از ساده‌انگاری مولفه‌های مدیریت کیفیت است. براین اساس نظام سلامت در بسیاری از کشورها قوانین و استانداردهای ساختاری و عملکردی را با رویکرد بومی طراحی، تدوین و ابلاغ می‌نمایند. این الزامات قانونی شامل استانداردهای تاسیس و اداره مراکز بهداشتی درمانی از جمله بیمارستانها و سایر مراکز درمانی است. این الزامات ساختاری و عملکردی چارچوب اصلی هرگونه استانداردسازی است و هرگونه تخطی از قوانین و مقررات نظام سلامت مغایر ماهیت مراکز بهداشتی و درمانی است. ضمن آنکه سایر قوانین عمومی کشور چارچوبی لاینفک در بومی سازی دانش مدیریت در اداره این مراکز است.

اعتباربخشی به عنوان یکی از معتبرترین و شناخته شده ترین روش‌های ارزیابی سیستمی و نظام مند تاکنون در پنج دوره در سطح بیمارستان‌های کشور اجرا شده است. اکنون و در آغاز فرایند اعتباربخشی در دوره جدید، براساس تجارب و بازخوردهای دریافت شده به منظور رعایت قوانین و مقررات و ضرورت ایجاد وحدت رویه، دستورالعمل اجرایی دوره ششم اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور در سال ۱۴۰۳، به شرح ذیل جهت هرگونه آگاهی و کسب آمادگی لازم ابلاغ می‌شود.

۱. استانداردها

➤ بازنگری و به روزرسانی استانداردهای اعتباربخشی از حدود یکسال گذشته آغاز شده و در کمیته‌های تخصصی مربوطه در مراحل پایانی ویرایش است. بدین ترتیب پس از طی مراحل فنی، ایجاد زیرساخت‌های لازم و اخذ نظرات صاحب‌نظران، ویرایش ششم استانداردها ابلاغ خواهد شد. با توجه به ابلاغ ویرایش پنجم کتاب راهنمای جامع استاندارد اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران و اجرای یک دوره اعتباربخشی مبتنی بر این مرجع، و کسب بازخوردها و نظرات محیطی و ستادی، به منظور نهادنیه شدن استاندارد ها و سنجه ها و بر اساس مصوبه کمیته های تخصصی و اجرایی این حوزه، مقرر گردید تا اعتبار بخشی دور ششم بر اساس استاندارد ها و سنجه های ویرایش پنجم انجام گردد. بدین منظور همچنان ویرایش پنجم استاندارد ها جهت بهره برداری و اجرا، ابلاغ و در سامانه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها با آدرس اینترنتی



<https://accreditation.behdasht.gov.ir> قابل دسترسی خواهد بود. در خصوص بیمارستان‌های تک تخصصی روانپزشکی همانند دور قبل علاوه بر بسته استاندارد های اعتبار بخشی ملی، بسته سنجه‌های تخصصی روان پزشکی نیز ارزیابی خواهد شد. لازم به ذکر است به روز رسانی بسته سنجه های غیر قابل ارزیابی (NA^۱) بیمارستان‌ها انجام گردیده و در سامانه مربوطه بار گذاری خواهد شد.

۲. روش ارزیابی اعتباربخشی

با توجه به اهمیت استقرار نظام مستمر اعتباربخشی در سطح بیمارستان‌ها، ارزیابی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در راستای نهادینه سازی و استقرار پایدار استانداردهای ابلاغی و ارتقاء عملکرد بیمارستان‌ها شامل مراحل ذیل است:

۲-۱ ارزیابی ادواری اعتباربخشی: با توجه به فاصله زمانی دوساله مابین دو ارزیابی جامع و براساس تجربه موفق الگوهای معتبر

بین‌المللی و تجربه ارزشمند سال‌های اخیر اعتباربخشی بیمارستان‌ها، ارزیابی‌های ادواری با هدف کسب اطمینان از استمرار اعتبار مرکز و براساس سنجه‌های منتخب برنامه‌ریزی و بدون اطلاع قبلی انجام می‌شود. تقویم کلی ارزیابی ادواری توسط ستاد وزارت بهداشت تعیین و برنامه‌ریزی لازم توسط دانشگاه‌ها صورت می‌پذیرد. به نحوی که حداقل یکبار در سال برای هر یک از بیمارستان‌ها ارزیابی ادواری انجام شود. مدت زمان ارزیابی ادواری در طول یک روز کاری و حداقل با حضور دو ارزیاب شامل ارزیاب بالینی و مدیریتی از بین ارزیابان آموزش دیده دانشگاهی مورد تایید مرکز نظارت و اعتباربخشی وزارت متبوع خواهد بود.

نتایج ارزیابی‌های ادواری اعتباربخشی توسط سرپرست تیم در سامانه اعتباربخشی بیمارستان‌ها به عنوان سوابق بیمارستان ثبت خواهد شد. این نتایج، در نتیجه نهایی ارزیابی جامع پیش روی بیمارستان لحاظ خواهد شد.

تبصره: در صورت اختلاف فاحش نتایج بین ارزیابی‌های (های) ادواری و ارزیابی جامع (بیش از ۱۵ درصد اختلاف در درصد کل) ملاک تاثیر این نمرات در کارنامه نهایی بیمارستان، تصمیم متخذه در کمیته مرکز نظارت و اعتباربخشی خواهد بود.

۲-۲ خود ارزیابی اعتباربخشی

این مرحله از فرایند اعتباربخشی با هدف بهبود و ارتقاء مستمر پیش بینی شده و بایستی با هدایت تیم رهبری و مدیریت انجام شود و پس از کسب اطمینان از نتایج ارزیابی تیم ارزیابان داخلی بیمارستان، در بازه زمانی تعیین شده در سامانه ملی اعتباربخشی ثبت نمایند. این مرحله از ارزیابی شامل تکمیل بسته خود ارزیابی در سامانه بوده و مسئولیت صحت اطلاعات ثبت شده بر عهده رئیس/مدیرعامل بیمارستان بوده و پس از ثبت نهایی قابلیت ویرایش نخواهد داشت. دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مربوطه سنجه های غیر قابل ارزیابی ثبت شده در سامانه را بررسی و در صورت لزوم نسبت به تایید/عودت/عدم پذیرش اقدام می‌نماید. فرایند خودارزیابی بیمارستان‌ها

^۱ Non Applicable



بر اساس ارزیابی درون سیستمی توسط چک لیست‌های فراهم شده منطبق با استانداردهای مدون، به عنوان پیش نیاز فرایند ارزیابی جامع اعتباربخشی بوده و همه بیمارستان‌ها ملزم به اجرای این فرایند هستند و بدون نتایج این ارزیابی امکان انجام ارزیابی جامع میسر نخواهد بود و مسئولیت هرگونه تاخیر در انجام ارزیابی و عواقب آن بر عهده مرکز و دانشگاه/دانشکده مربوطه است.

تبصره: در صورت وجود فاصله امتیازی کم بین ارزیابی داخلی و ارزیابی جامع انجام شده، این نکته پس از طرح در کمیته اجرایی، در کارنامه عملکردی بیمارستان‌ها به عنوان نتایج مثبت، ثبت و تحلیل گردیده و موثر خواهد بود.

۲-۳ ارزیابی جامع اعتباربخشی

اعتباربخشی بیمارستان‌ها با حضور ارزیابان کشوری با محوریت مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت متبوع برنامه ریزی و اجرا می‌شود. مطابق تقویم کشوری، ارزیابی جامع اعتباربخشی با لحاظ جمیع شرایط جغرافیایی، سوابق ارزیابی، اعتبار گواهینامه‌ها و سایر معیارها بر اساس اعلام قبلی و طی فرایندی زمانبندی شده انجام و پس از اعمال سوابق نظارتی، گواهی‌نامه‌های دو ساله صادر خواهد شد. ارزیابی جامع بیمارستان براساس تعداد تخت و تنوع تخصصی طی یک تا سه روز برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. ترکیب تیم ارزیابی شامل اعضای ذیل است.

۱. سرپرست (از بین ارزیابان آموزش دیده مدیریتی یا بالینی اعزامی توسط مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
۲. ارزیاب مدیریتی (اعزامی توسط مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
۳. ارزیاب بالینی (اعزامی توسط مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)

تبصره: در بیمارستان‌های با بیش از سیصد تخت خواب به فراخور شرایط، با تایید ستاد وزارت متبوع، به تعداد ارزیابان بالینی و مدیریتی از بین ارزیابان کشوری افزوده خواهد شد.

سرپرست تیم ارزیابی وظیفه ارزیابی مجوزهای قانونی مرتبط با تاسیس و بهره‌برداری از بیمارستان، بررسی شواهد و مستندات بارگذاری شده از طریق سامانه صدور پروانه ها، برنامه‌ریزی، هماهنگی و طراحی نقشه ارزیابی، برگزاری جلسات هماهنگی در طی ارزیابی، نظارت و ارزیابی کیفیت عملکرد سایر ارزیابان بر عهده دارد. حداکثر ظرف مدت هفت روز از پایان ارزیابی، ارزیابان محترم باید طبق دستورالعمل و راهنماهای ارائه شده، ثبت و بارگذاری نتایج بسته/محور محوله خود را در سامانه اعتباربخشی به پایان رسانند. نحوه امتیازدهی در تمامی مراحل خود ارزیابی و ارزیابی نهایی بر اساس درصد تحقق به هر سنج است و امتیاز آن از صفر تا ده محاسبه و ثبت می‌شود.



۴- نظارت بر رعایت قوانین و مقررات : شامل سنجش عملکرد مراکز در خصوص رعایت قوانین، مقررات و الزامات نظام سلامت در چارچوب آئین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت با محوریت ادارات نظارت بر درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی است. بدین ترتیب گزارش‌های موثق نظارتی در خصوص هرگونه تخطی از قوانین و مقررات ضمن پیگیری و اقدام برابر مقررات از طریق دفاتر نظارت بر درمان، در سوابق اعتباربخشی نیز ثبت خواهد شد. این سوابق با توجه به تاثیر اهمیت آن بر کیفیت، ایمنی و ترضیح حقوق بیماران توسط کمیته مشترک نظارت و اعتباربخشی سطح بندی بر اساس معیارهای معین شامل اعمال ضریب کاهنده در محور مرتبط با تخلف ترتیب اثر داده خواهد شد. همچنین تخلفات موثر بر کیفیت خدمات و همچنین تخلفاتی که موجب تضییع حقوق بیماران به صورت تعمدی و تکرار شونده، منجر به رد صلاحیت برای اخذ هرگونه رتبه برتر و عالی خواهد شد. در صورت تکرار و استمرار تخطی از قوانین و مقررات بر حسب تاثیر اهمیت آن به عنوان ضریب مضاعف کاهنده در محور مرتبط محاسبه و در نتایج مرکز منظور خواهد شد. در این راستا با توجه به اصل شفافیت در روند ارزیابی تمامی گزارش‌های نظارتی پیش از ارزیابی در اختیار ارزیابان قرار گرفته و بخشی از مأموریت انجام تعامل لازم با دانشگاه علوم پزشکی و به روز رسانی این اطلاعات و روند پیگیری آن خواهد بود. همچنین فهرست تخلفات احتمالی و نحوه اعمال آن در نتایج اعتباربخشی متعاقباً اطلاع رسانی خواهد شد.

۴-۱ رسیدگی به اعتراضات و ارزیابی مجدد

پس از انجام ارزیابی جامع و انجام فرآیندهای مرتبط، کارنامه بیمارستان‌ها در سامانه اطلاع رسانی می‌شود. پس از مشاهده کارنامه در صورت هرگونه اعتراض، بایستی مراتب توسط بیمارستان در سامانه ثبت شود. در این مرحله اعتراضات وارده توسط "کمیته اجرایی اعتباربخشی" مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت بررسی و با توجه به معیارهای معین و مستندات مربوط و دلایل توجیهی مرکز که به تأیید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه رسیده باشد، در خصوص پذیرش یا رد اعتراض تصمیم‌گیری خواهد شد. لازم به ذکر است در صورت پذیرش اعتراض مرکز، بازدید مجدد طی سه ماه برنامه‌ریزی و در صورت تغییر نتایج کارنامه مجدد برای بیمارستان صادر خواهد شد.

نحوه رتبه بندی اعتباربخشی

بیمارستان‌ها در شش رتبه؛ عالی، یک برتر، یک، دو، سه و چهار قرار خواهند گرفت. بیمارستان‌هایی که موفق به کسب حداقل امتیاز برای کسب رتبه چهار نشوند زیر استاندارد محسوب شده و برابر مقررات و ضوابط مربوط اقدام خواهد شد. شرایط کسب هر یک از شش نوع رتبه/درجه اعتباربخشی با لحاظ درصد تحقق و سایر ضوابط در جدول نحوه رتبه بندی بیمارستانها درج شده است.



جدول نحوه رتبه بندی بیمارستانها

شرایط اختصاصی دو	شرایط اختصاصی یک	حداقل درصد ایمنی بیمار	حداقل درصد کل	رتبه		
فقدان سوابق تخطی از قوانین در بازه دو اعتباربخشی اثبات حداقل پنج مزیت و پیشگامی منحصر به فرد	امتیاز هیچ محوری کمتر از ۸۰ نباشد	۸۰	۸۵	عالی		
فقدان سوابق تخطی از قوانین در بازه دو اعتباربخشی اثبات حداقل پنج مزیت و پیشگامی منحصر به فرد	امتیاز هیچ محوری کمتر از ۷۰ نباشد	۷۰	۷۵	برتر		
امتیاز لازم در هر یک از سطوح						
	سطح سه	سطح دو	سطح یک			
عدم سوابق نظارتی موثر بر کیفیت، ایمنی و حقوق بیماران (ضریب کاهنده نقض مقررات)	۴۱	۵۵	۶۸	۶۰	۶۵	یک
عدم سوابق نظارتی موثر بر کیفیت، ایمنی و حقوق بیماران (ضریب کاهنده نقض مقررات)	۰	۴۵	۶۱	۵۵	۶۰	دو
عدم سوابق نظارتی موثر بر کیفیت، ایمنی و حقوق بیماران (ضریب کاهنده نقض مقررات)	۰	۳۵	۵۴	۵۰	۵۲	سه
عدم سوابق نظارتی موثر بر کیفیت، ایمنی و حقوق بیماران (ضریب کاهنده نقض مقررات)	۰	۲۱	۵۱	۵۰	۴۸	چهار

* در صورتی که امتیاز بخش اورژانس از امتیاز کل کمتر باشد امتیاز این بخش ملاک رتبه بندی بیمارستان خواهد بود.

در نسخه های پیشین اعتباربخشی بیمارستانها، بر موارد مرتبط با قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس، تاکید شده است، در این دوره نیز در ارزیابی جامع و رتبه بندی بیمارستانها در بخش رعایت قوانین و مقررات این مهم نقش تعیین کننده خواهد داشت.



۵- تقویم بازدید اعتباربخشی دوره ششم

شروع بازدید اعتباربخشی جامع دور ششم بیمارستان‌ها طبق برنامه اعلامی، از تاریخ ۱۴۰۳/۰۳/۱۹ است. بدیهی است اعلام تاریخ و برنامه ارزیابی اعتباربخشی بیمارستان‌ها، ترجیحاً یک هفته قبل از انجام بازدید به دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مربوطه اطلاع رسانی خواهد شد. در این خصوص معاونت درمان هر دانشگاه موظف است هماهنگی لازم جهت عدم تقارن زمانی هرگونه برنامه بازدید دیگر از سایر معاونت‌ها/ حوزه‌های دانشگاه ذیربط را انجام دهد.

برنامه زمان‌بندی انجام فرایند خود ارزیابی بیمارستان‌ها و بارگذاری مستندات مربوطه و اعلام سنج‌های غیر قابل ارزیابی (NA) از طریق سامانه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها بر اساس تاریخ انقضاء گواهینامه بیمارستان، مطابق جدول زیر است.

تاریخ انقضاء گواهینامه بیمارستان	تعداد	مهلت ثبت خودارزیابی توسط بیمارستان	پایان مهلت تایید توسط دانشگاه و ارسال به وزارت متبوع
تا اردیبهشت ۱۴۰۳		از ۱۴۰۳/۰۳/۵ لغایت ۱۴۰۳/۰۳/۱۰	لغایت ۱۴۰۳/۰۳/۱۶
خرداد ۱۴۰۳		از ۱۴۰۳/۰۳/۱۲ لغایت ۱۴۰۳/۰۳/۱۷	لغایت ۱۴۰۳/۰۳/۲۳
مطابق تاریخ انقضاء گواهینامه و براساس اعلام برنامه در دو هفته اول هر فصل (شروع از خرداد ۱۴۰۳) است.			سایر مراکز

* لازم به ذکر است منظور از تاریخ انقضاء مندرج در جدول فوق، تاریخ درج شده در گواهینامه فیزیکی در اختیار بیمارستان است.

- حضور هیچ فردی غیر از اسامی ذکر شده در برنامه ارزیابی اعلامی دانشگاه/دانشکده، در فرایند ارزیابی بیمارستان تحت هر عنوان، اعم از نماینده دانشگاه/دانشکده، یادگیری، کمک ارزیاب و ... قابل قبول نبوده و تنها حضور یک نفر به عنوان نماینده دانشگاه/دانشکده میزبان جهت راهنمایی اولیه و حضور در جلسه معارفه الزامی است.
- زمان در نظر گرفته شده جهت جلسه افتتاحیه حداکثر ۳۰ دقیقه (به منظور آشنایی اولیه با بیمارستان، تیم مدیریتی آن و معرفی گروه ارزیابان طبق برنامه اعلامی سرپرست گروه ارزیابی) می باشد.
- روزهای ارزیابی بیمارستان‌های طبق برنامه اعلامی وزارت و زمان انجام فرایند ارزیابی حداقل از ۸:۳۰ صبح تا ساعت ۱۷ هر روز بوده و در صورت نیاز و با اعلام سرپرست گروه ارزیابی این زمان حداکثر برای هر روز تا دو ساعت قابل افزایش خواهد بود.
- حضور ارزیابان در محل مورد نظر، روز قبل از انجام بازدید (به ویژه در شرایط بد آب و هوایی که امکان تأخیر یا لغو شدن سفرها وجود دارد) الزامی است. در صورت بروز حوادث غیر مترقبه و لغو شدن بازدید، برنامه بازدید سایر بیمارستان‌ها طبق برنامه قبلی ادامه می یابد و در اولین فرصت، بازدید دیگری برای بیمارستان مربوطه، تدارک دیده خواهد شد.



- با توجه به لزوم برگزاری جلسات هماهنگی، هم فکری و جمع بندی بین ارزیابان؛ در صورت اعلام سرپرست گروه ارزیابی، بیمارستان موظف به تامین فضای مورد نیاز و بدون حضور کارکنان بیمارستان می باشد.
- دانشگاه ذی ربط موظف است؛ به سازمان‌های بیمه‌گر، قبل از ارزیابی، جهت حضور نماینده سازمان بیمه‌گر در زمان ارزیابی در بیمارستان اطلاع رسانی نماید. بدیهی است نماینده سازمان بیمه‌گر می تواند در تمام مراحل بازدید به عنوان ناظر حضور داشته و در جریان فرآیند قرار گیرد. لیکن به هیچ عنوان مجاز به مداخله در روند ارزیابی نمی باشد. لازم به ذکر است: در صورت هرگونه اختلاف نظر یا اعتراض نماینده سازمان بیمه‌گر، موارد به صورت کتبی و به همراه پیوست مستندات با امضای سازمان‌های بیمه‌گر استان، باید به دانشگاه و مرکز نظارت و اعتباربخشی وزارت متبوع، منعکس گردد.
- در پایان آخرین روز ارزیابی و با حضور ارزیابان، نمایندگان بیمه و افراد منتخب تیم مدیریتی اجرایی، جلسه اختتامیه حداکثر به مدت ۳۰ دقیقه جهت اعلام پایان فرآیند ارزیابی، تنظیم و امضای صورتجلسه برگزار می گردد.
- در طی دوره ارزیابی هیچ یک از کارکنان یا مسئولین بیمارستان حق همراهی ارزیابان را ندارند مگر در مواردی که ارزیاب/سرپرست گروه ارزیابی به جهت راهنمایی، نیاز به کمک و همراهی کارکنان بیمارستان داشته باشد.

۶- نقش دانشگاه/دانشکده‌ها در فرآیند ارزیابی اعتباربخشی

- معاونت درمان دانشکده/ دانشگاه مبدا (محل خدمت ارزیابان اعزامی) به استناد برنامه ابلاغی اعلام شده از سوی مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت متبوع، موظف می باشند ضمن آزاد سازی ارزیابان تحت پوشش، نسبت به صدور ابلاغ ماموریت قانونی جهت ارزیابان بیمارستان مورد نظر اقدام نماید.
- هماهنگی و برنامه ریزی جهت ایاب و ذهاب ارزیابان بر عهده دانشکده/ دانشگاه مقصد (ارزیابی شونده) و شامل: (۱) تهیه بلیط یا تامین وسیله نقلیه مناسب و (۲) ایاب و ذهاب از فرودگاه یا ترمینال شهر مقصد به سمت محل بازدید و همچنین در زمان بازدیدها و در زمان بازگشت به فرودگاه یا ترمینال مذکور است.
- وظیفه تامین ایاب و ذهاب ارزیابان از محل سکونت تا ترمینال و یا فرودگاه مبدا، بر عهده دانشگاه اعزام کننده است.
- هماهنگی و برنامه ریزی جهت اقامت و پذیرایی متعارف ارزیابان بر عهده دانشکده/ دانشگاه مقصد (ارزیابی شونده) است.

۷- سایر نکات ویژه

- با توجه به این که تمامی مراحل انجام، صدور کارنامه، گواهینامه و ثبت و بررسی اعتراضات احتمالی صرفاً از طریق سامانه الکترونیک صورت می پذیرد، بیمارستان‌های فاقد پروانه بهره برداری و بیمارستان‌های جدید التاسیس که در سامانه صدور پروانه‌ها به رسمیت



شناخته نشده اند، نمی توانند وارد فرایند ارزیابی جامع گردند. لذا این بیمارستان‌ها می بایست نسبت به بارگذاری مدارک و تکمیل مستندات و اخذ / تمدید پروانه بهره برداری قانونی، از طریق سامانه الکترونیکی صدور پروانه‌های موسسات پزشکی به آدرس اینترنتی <http://parvaneh.behdasht.gov.ir> اقدام نمایند. بدیهی است مسئولیت بروز هرگونه کسورات به دلیل تاخیر در انجام فرایند ارزیابی جامع اعتباربخشی، بر عهده مدیران و مجریان مربوط خواهد بود.

- مطابق آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان‌ها؛ بیمارستان جنرال، بیمارستانی است که دارای چهار بخش اصلی داخلی، اطفال، زنان و زایمان و جراحی می باشد، در صورت عدم وجود/ فعالیت هر یک از بخش‌های مذکور و اجرایی نشدن سنجه‌های مرتبط، نمره صفر به سنجه/ محور مرتبط در بیمارستان تعلق خواهد گرفت. لازم به ذکر است در صورت وجود هریک از ۴ بخش اصلی و عدم فعالیت آن نیز امتیاز صفر منظور خواهد شد.

- مطابق آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان‌ها؛ در همه بیمارستان‌ها باید واحدهای رختشویخانه (لنزری)، CSSD، آزمایشگاه، داروخانه و رادیولوژی وجود داشته باشد و در صورت انجام برون سپاری باید در داخل بیمارستان این امر محقق گردد. در غیر این صورت مطابق با عدم وجود هر یک از موارد فوق، سنجه/ محور مرتبط نمره صفر خواهد گرفت.

- وجود بخش طب انتقال خون برای بیمارستان‌های تک تخصصی روان پزشکی و چشم‌پزشکی که مصرف خون در آنها بسیار نادر است، ضروری نیست ولی باید در این خصوص تعریف فرآیند صورت گرفته و خط مشی و روش و قرارداد تامین خون و فرآورده های خونی برابر دستورالعمل‌های مربوطه، مشخص و موجود باشد و کارکنان مرتبط از آن آگاه باشند.

- در خصوص مدیریت پسماندهای عفونی در بیمارستان‌های تک تخصصی روان‌پزشکی وجود دستگاه بی خطر ساز، الزامی نبوده و این بیمارستان‌ها می توانند در حمل و نقل پسماند عفونی از خدمات سایت های مرکزی امحای پسماند عفونی و یا از بیمارستان‌های مجاور با رعایت شرایط ایمن استفاده نمایند. همچنین مدیریت پسماند شیمیایی و دارویی در بیمارستان های مذکور از طریق عقد قرارداد با شرکت های دارای مجوز در زمینه مدیریت پسماند شیمیایی و دارویی یا محفظه سازی امکان پذیر می باشد.

- ورود به برنامه اعتباربخشی جاری در هر مرکز، منوط به تسویه هزینه صدور گواهی قبلی می باشد و صدور گواهینامه جدید اعتباربخشی منوط به پرداخت هزینه های قانونی طبق تعرفه ابلاغی هیات محترم وزیران در راستای اجرای ماده ۲۴ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت صورت می پذیرد.

- در شرایطی که دو مرکز در مجاورت (دیوار به دیوار یا محوطه مشترک) یکدیگر قرار داشته و دارای زیرساخت های مشترک (رختشویخانه، آشپزخانه، تاسیسات، می باشند در صورت تایید هیات ریسه دانشگاه مربوطه و تضمین و احراز رعایت اصول ایمنی بیمار و کیفیت خدمات، نمره دهی به نسبت کیفیت خدمات ارائه شده انجام خواهد گرفت.



- شرایط ایده آل در خصوص ارائه خدمات سرپایی، وجود درمانگاه در فضای بیمارستان می باشد ولی در خصوص مراکزی که مدعی وجود درمانگاه در خارج از مرکز هستند، اولاً باید احراز گردد که درمانگاه صرفاً متعلق و تحت مدیریت مرکز است، ثانیاً به تمام فرایندها و سنجش‌هایی که بعلا بعد مسافت دچار نقص عملکردی و عدم انطباق می‌گردند نمره ای تعلق نمیگیرد. از جمله عملکرد تیم احیا، دسترسی آسان به آزمایشگاه و رادیولوژی و...
- در صورتیکه مرکز از تامین کننده های بیرونی برای تامین غذا استفاده نماید اولاً قرارداد برون سپاری مذکور باید مورد تایید هیات ریسه دانشگاه مربوطه باشد و ثانیاً برون سپاری باید تحت ضوابط و الزامات برون سپاری و تحت نظارت دقیق کارشناسان ذیصلاح بیمارستانی مربوطه صورت گیرد. بدیهی است که نمره دهی به این فرایند بر اساس تضمین و احراز شرایط پس از بررسی و ارزیابی مکان تامین غذا، توسط ارزیاب صورت خواهد گرفت.

۸- سخن آخر

در پایان ضمن آرزوی موفقیت در مسیر تحقق فرهنگ بیمار محوری در سطح بیمارستان‌ها، امید است مدیران ارشد بیمارستان در جهت استقرار کیفیت، ایمنی بیمار و توسعه رفتار حرفه ای در سطح بیمارستان‌ها اهتمام جدی نمایند. این معاونت، از زحمات، تلاش‌ها، مساعدت و حسن توجه معاونین محترم دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی ق‌دردانی نموده و برای یکایک همکاران مرتبط با برنامه اعتباربخشی ملی در تمامی سطوح آرزوی موفقیت و کامیابی از خداوند باری تعالی مسئلت می نماید. امید آن که این تلاش‌ها زمینه ساز ارتقاء کیفیت، ارتقاء اهداف عالی نظام سلامت و بهره مندی جامعه از خدمات درخور شأن و منزلت ایشان باشد. خاطر نشان می‌گردد.