

Allah

Alhamdulillah





جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اعتبار بخشی

آشنایی با سنجه های غیر قابل ارزیابی (NA) و مصادیق آن

استاندارد های اعتبار بخشی ملی بیمارستان های کشور

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

پرستو عابدین

کارشناس اعتبار بخشی مراکز درمانی

پاییز ۱۴۰۰

گروه هدف



❖ روسای محترم تمامی بیمارستان های کشور

❖ مسولین محترم بهبود کیفیت تمامی بیمارستان های کشور

❖ مدیران محترم پرستاری تمامی بیمارستان های کشور

❖ کارشناسان محترم تمامی بیمارستان های کشور (منتخب)

❖ روسا و کارشناسان محترم اعتبار بخشی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر

کشور

❖ ارزیابان محترم اعتبار بخشی

رئوس مطالب

- **تعریف و تاریخچه اعتبار بخشی**
- **مرور دوره های اعتبار بخشی**
- **بررسی ساختار استاندارد ها و سطوح سنجه ها**
- **بررسی سنجه های غیر قابل ارزیابی شامل:**
- **تعاریف، چگونگی تعیین و انتخاب سنجه NA**
- **نقش بیمارستان ها در تعیین سنجه های غیر قابل ارزیابی**
- **نقش دانشگاه ها در تعیین سنجه های غیر قابل ارزیابی**
- **نقش ارزیابان در تعیین سنجه های غیر قابل ارزیابی**
- **بررسی مثال های مرتبط**

اعتبار بخشی چیست

- اعتبار بخشی به معنی **ارزیابی سیستماتیک** مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با **استاندارد های مشخص** است.
- استاندارد هایی که بر **ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیماران** تاکید دارد. (**بیمار محور بودن**)
- این استاندارد ها حداقلی نبوده و **بالاترین سطح قابل دسترسی** را هدف قرار می دهند.
- اعتبار بخشی در کشور ما **بر اساس ضوابط موجود برای تمام بیمارستان ها** در بازه های زمانی مقرر انجام می شود.

اعتبار بخشی



بر اساس ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت و آیین نامه اجرایی مربوطه ارزشیابی مراکز درمانی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می پذیرد که مطابق با دستور العمل قبلی ارزشیابی، ارزیابی بیمارستان ها در **بازه یک ساله** انجام می گردید، پس از تغییر مدل ارزشیابی به اعتبار بخشی و اجرای سه دوره اعتبار بخشی در کشور بر اساس بازخورد های اخذ شده و تحلیل وضعیت موجود کشور و هم چنین **مطالعات بین المللی، به منظور اعطای فرصت بهینه سازی و استقرار پایدار استاندارد های مذکور**، بازه زمانی اعتبار بخشی با تایید مقام عالی وزارت به دو سال افزایش یافته است. بخش نامه های شماره ۲۳۷۶۵/۴۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۱ و ۱۵۵۶/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۳ در خصوص دوساله شدن بازه زمانی دوره های اعتبار بخشی ابلاغ گردید.

ابلاغ دوساله

پیرو ابلاغ بخشنامه شماره ۲۳۷۶۵

۴۰۰ مورخ ۹۶/۱۰/۱ معاون محترم

درمان، به منظور ایجاد فرصت جهت

نهادینه سازی و استقرار پایدار

استانداردهای اعتبار بخشی، مقرر

گردید ارزیابی جامع بیمارستان ها

مانند سایر تجربیات بین المللی هر دو

سال یکبار صورت پذیرد.

شماره... ۳۳۷۶۵/د...
تاریخ... ۱۳۹۶/۱۰/۰۱
پست... بخارا...

بسمه تعالی



رئیس محترم دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فوری

موضوع: اعتباربخشی جامع بیمارستان ها

سلام علیکم

با احترام، ارائه خدمات با کیفیت و ایمن در بیمارستانها از اساسی ترین وظایف و دغدغه های وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی می باشد و قطعاً مسئولیت پذیری و پاسخگویی بیمارستانها در امر بهبود کیفیت و ارتقاء ارائه مراقبت های ایمن به بیماران، زمینه ساز تحقق اهداف سلامت در حوزه درمان کشور خواهد بود. از این رو پیرو ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی موضوع بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۱۶۶۳ مورخ ۹۵/۴/۱۹ (تصویر پیوست) و استقرار و اجرای آن در بیمارستانهای کشور و همچنین اخذ نظرات صاحب نظران دانشگاهی و مدیران اجرایی بیمارستانها به منظور ایجاد فرصت جهت نهادینه سازی و استقرار پایدار استانداردهای مذکور، اعتباربخشی جامع بیمارستانها هر دو سال یکبار صورت می پذیرد.

لازم به ذکر است در بازه زمانی دو ساله مذکور به منظور پایش مداوم بیمارستانها بازبدهای مستمر در راستای استمرار و بهبود کیفیت ارائه خدمات درمانی یا مشارکت کارشناسان ستادی دانشگاه و وزارت متبوع انجام می گردد و نتایج این بازبدهای مستمردر اعتباربخشی جامع بیمارستانها لحاظ شده و در صورت نیاز درجه اعتباربخشی با انجام بازدید جامع تغییر خواهد نمود.

بدیهی است گواهینامه های اعتباربخشی سال ۱۳۹۶ نیز از بند فوق الذکر پیروی می نماید.

دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان



رئیس اسرپرست محترم دانشگاه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

با سلام:

به اطلاع می‌رساند براساس ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و این‌نامه اجرایی مربوطه و پیرو دستورالعمل شماره ۵۲۳۴ مورخ ۱۳۷۶/۵/۲۱، ارزیابی مراکز درمانی کشور توسط معاونت درمان این وزارت صورت می‌پذیرد که بر اساس دستورالعمل فوق‌الذکر، ارزیابی بیمارستان‌ها در بازه یک ساله انجام می‌گردد. پس از تغییر مدل ارزیابی از ارزیابی به اعتباربخشی و اجرای چندین دوره اعتباربخشی در کشور و با توجه به بازخوردهای اخذ شده و تحلیل وضعیت موجود و هم چنین تجارب جهانی و مطالعات بین‌المللی، به منظور اعطای فرصت بهینه‌سازی و استقرار پایدار استانداردهای مذکور، فاصله زمانی بین ارزیابی اعتباربخشی جامع بیمارستان‌ها به دو سال افزایش می‌یابد به شکلی که فرایند مزبور در طی این بازه دو ساله به تدریج و برای تمامی بیمارستان‌های کشور طبق برنامه‌ریزی و زمان‌بندی معاونت درمان اجراء خواهد شد.

لازم به ذکر است در فاصله زمانی بین دو ارزیابی جامع، بازدیدهای دوره‌ای به منظور پایش عملکرد بیمارستان‌ها در راستای استمرار و بهبود کیفیت ارائه خدمات درمانی طراحی گردیده است که برنامه‌ریزی این بازدیدها با معاونت محترم درمان و مسئولیت انجام بازدیدهای دوره‌ای برعهده ستاد دانشگاه‌ها می‌باشد. بدیهی است بازدیدهای دوره‌ای در نتایج ارزیابی اعتباربخشی جامع بیمارستان‌ها (اعتباربخشی ۲ ساله) تاثیرگذار خواهد بود.

دکتر سعید نمکی

اعتباربخشی دو ساله

ارزیابی ادواری اعتبار بخشی

- ❖ پایش مستمر بیمارستانها در راستای **استمرار بهبود کیفیت** ارائه خدمات درمانی در فاصله دو ارزیابی جامع
- ❖ بدون اطلاع قبلی، با بسته مشخصی از سنجه ها
- ❖ با مشارکت کارشناسان ستادی دانشگاه

دوره های اعتبار بخشی ملی بیمارستان ها

۱. دوره اول اعتبار بخشی ۱۳۹۱-۱۳۹۳

۲. دوره دوم اعتبار بخشی ۱۳۹۳-۱۳۹۵

۳. دوره سوم اعتبار بخشی ۱۳۹۵-۱۳۹۷

۴. دوره چهارم اعتبار بخشی ۱۳۹۸-۱۴۰۰



دوره اول اعتبار بخشی ۱۳۹۱ - ۱۳۹۳



• **تناوب ارزیابی: سالیانه و تمدید**

• **تعداد سنجه: ۸۱۰۴**

• **مکانیسم ارزیابی: درون دانشگاهی**

• **زمان ارزیابی: ۲ تا ۳ روز**

• **تعداد ارزیابان: ۱۰ تا ۱۵ نفر**

• **متولی اجراء: دانشگاه / دانشکده و مرکز نظارت و اعتبار بخشی**

• **نقش وزارت بهداشت: برنامه ریزی و اجرا و نظارت**

مهمترین دستاورد های دور اول اعتبار بخشی

- افزایش توجه به کیفیت و ایمنی خدمات
- ترویج فرهنگ و ادبیات اعتبار بخشی
- افزایش دانش و مهارت دست اندرکاران
- افزایش نیاز و تقاضا برای آموزش و یادگیری
- ایجاد سامانه الکترونیک اعتبار بخشی
- اعطای کارنامه های کیفی با ویژگی های ارزشمند و نگاه مدیریتی
- افزایش امکان سیاستگذاری مبتنی بر شواهد

مهمترین نکات قابل بهبود دور اول اعتبار بخشی

- تعداد زیاد سنجه ها
- فشردگی زمان ارزیابی
- امکان کسب امتیازات فراوان از طریق تهیه مستندات
- نیاز به آموزش بیشتر در جهت استقرار
- یک دست نبودن نظرات ارزیابان و نیاز به دوره های بازآموزی
- مستقل نبودن ارزیابی شونده از ارزیابی کننده
- مشکلات مربوطه به ارسال داده ها

دوره دوم اعتبار بخشی ۱۳۹۵ - ۱۳۹۳



- **تناوب ارزیابی: سالیانه و تمدید**
- **تعداد سنجه: ۲۱۵۷**
- **مکانیسم ارزیابی: درون و برون دانشگاهی**
- **زمان ارزیابی: ۲ تا ۳ روز**
- **تعداد ارزیابان: ۱۰-۱۵ نفر (ارزیاب ارشد مدیریتی و بالینی)**
- **متولی اجراء: دانشگاه / دانشکده و مرکز نظارت و اعتبار بخشی**
- **نقش وزارت بهداشت: برنامه ریزی و اجرا و نظارت**

دوره سوم اعتبار بخشی ۱۳۹۷ - ۱۳۹۵



- **تناوب ارزیابی: سالیانه و تمدید**
- **تعداد سنجه: ۹۰۲**
- **مکانیسم ارزیابی: برون دانشگاهی**
- **زمان ارزیابی: ۲ تا ۳ روز**
- **تعداد ارزیابان: ۴-۵ نفر**
- **متولی اجراء: مرکز نظارت و اعتبار بخشی (مستقل)**
- **نقش وزارت بهداشت: برنامه ریزی و اجرا و نظارت**

دوره چهارم اعتبار بخشی ۱۴۰۰ - ۱۳۹۸

4

- **تناوب ارزیابی: دو سال یکبار**
- **تعداد سنجه: ۵۱۴**
- **مکانیسم ارزیابی: درون و برون دانشگاهی**
- **زمان ارزیابی: ۲ تا ۳ روز**
- **تعداد ارزیابان: ۴ تا ۵ نفر**
- **متولی اجراء: دانشگاه / دانشکده و دفتر نظارت و اعتباربخشی**
- **نقش وزارت بهداشت: برنامه ریزی و اجرا و نظارت**

استانداردهای اعتبار بخشی

● استانداردهای ملی اعتبار بخشی دور چهارم شامل:

● ۳ گروه

● ۵۱۴ سنجه

● ۱۱۰ استاندارد

● ۱۹ محور

۱- الف - رهبری و مدیریت

● رهبری و مدیریت کیفیت

● مدیریت خطر حوادث و بلایا

● مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای

● مدیریت خدمات پرستاری

● فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت

● بهداشت محیط

● مدیریت تجهیزات پزشکی

ب- مراقبت و درمان

● مراقبت های عمومی بالینی

● مراقبت های حاد و اورژانس

● مراقبت های جراحی و بیهوشی

● مراقبت های مادر و نوزاد

● پیشگیری و کنترل عفونت

● مدیریت دارویی

● خدمات تصویر برداری

● خدمات آزمایشگاه

● طب انتقال خون

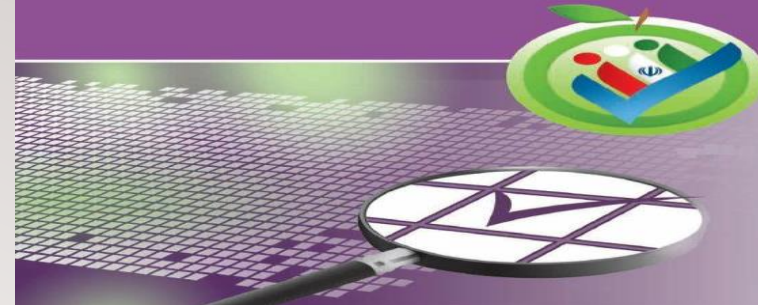
● خدمات سرپایی

ج- حمایت از گیرنده خدمت

● تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت

● احترام به حقوق گیرنده خدمت

استانداردهای اعتبار بخشی ملی



ج-۱-۴ فرایندهای پذیرش و ترخیص به صورت تسهیل شده ارائه می شود. سطح

ج-۱-۴-۱ واحدهای پذیرش و ترخیص در معرض دید مراجعین است و فضای انتظار متناسب با تعداد مراجعین پیش بینی شده است. سطح یک

- ❖ وجود مکان پذیرش و ترخیص با فضای مناسب و در معرض دید مراجعین در هنگام ورود به لابی
- ❖ حضور مستمر حداقل یک نفر در هر زمان در باجه
- ❖ ایجاد تسهیلات اخذ نوبت جهت مراجعه به موقع و پیش بینی زمان انتظار پذیرش
- ❖ انجام فرایند پذیرش و ترخیص بدون ازدحام در ورودی و هرگونه سد معبر
- ❖ دریافت اطلاعات بیماران با حفظ محرمانگی و رعایت شان و کرامت انسانی
- ❖ وجود صندلی متناسب با تعداد مراجعین، در پیش ورودی یا سالن انتظار واحد پذیرش و ترخیص
- ❖ وجود امکاناتی مانند کپی، اسکن و خدمات بیمه ای در صورت نیاز در جنب واحد پذیرش و ترخیص

استاندارد



سنجه



گام / مصادیق

گام ها مراحل مورد نیاز برای اجرا و همچنین ارزیابی یک سنجه

امتیاز به سنجه تعلق می گیرد نه گام
مجموع اقدامات انجام شده و گام های
انجام شده منجر به امتیاز سنجه می شود.



تقسیم بندی سنجه ها در استانداردهای اعتباربخشی ملی

سنجه های سطح یک

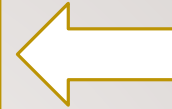
اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه
فعالیت هر بیمارستان

- پله فرار با علائم راهنمای واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی
- تهیه و حمل مواد غذایی مجاز، از مراکز معتبر با رعایت اصول بهداشتی
- سیستم فراهوان پرستاری
- حداقل شرایط و ملحقات تخت های بستری
- شرایط بهداشتی و نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی
- ارائه مراقبتهای مستمر پرستاری، بدون وقفه، ایمن (حضور پرستار مسئول بیمار در تمام ساعات، ارزیابی مستمر وضعیت بالینی، ارائه مراقبت های مستقیم پرستاری، تحویل بالینی بیماران و...)

۲۱۴

تقسیم بندی سنجه ها در استانداردهای اعتباربخشی ملی

سنجه های سطح دو



امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستانها

ارزیابی دوره ای وضعیت بهداشت محیط بیمارستان و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود برنامه مدون و منظم و در فواصل زمانی تعیین شده بر حسب نوع فعالیت در بخش ها / واحدها و چک لیست ها

۲۱۴

ارزیابی اولیه بیماران توسط پرستار مطابق ضوابط موجود
آگاهی پرستاران از نحوه ارزیابی اولیه
انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری در محدوده زمانی تعیین شده
ثبت مشکلات / تشخیص های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستار

ارزیابی اولیه، طراحی و هدایت برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج و پزشکان ذیصلاح

*شناسایی بیماران قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دستبند به صورت فعال

تقسیم بندی سنجه ها در استانداردهای اعتباربخشی ملی

سنجه های سطح سه



امکان تحقق پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستانها

- تجهیزات با تکنولوژی پیشرفته و به روز در راستای افزایش سرعت، دقت و صحت خدمات تشخیصی، درمانی و کاهش عوارض و مدت مراقبت
- پیگیری ادامه روند درمان و بازتوانی بیماران پس از ترخیص (برنامه های خود مراقبتی و بازتوانی، مراجعات بعدی و پاسخگویی به سوالات بیماران بعد از ترخیص)
- در هر وعده، در کنار غذای اصلی، پیش غذا و دورچین برای بیماران
- دکوراسیون و مبلمان در بیمارستان بر اساس اصول زیبایی شناختی و آسایش و آرامش بیماران و مراجعین
- مساحت لابی و امکانات رفاهی آن متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات در بیمارستان
- فضای سبز و امکانات رفاهی لازم برای استفاده بیماران و همراهان متناسب با تعداد بیماران و مراجعین در بیمارستان

اعتبار بخشی بیمارستانهای ایران در اعتباربخشی دوره ۹۸-۹۷

کل/محور				کل/محور			
سطح سه	سطح دو	سطح یک	کل/محور	سطح سه	سطح دو	سطح یک	کل/محور
۶۶/۲۵	۷۵/۷۶	۷۸/۱۹	مراقبت و درمان	۷۶/۲۵	۸۲/۳۰	۸۰/۳۴	رهبری و مدیریت
۷۰/۰۰	۷۸/۳۸	۷۶/۹۲	مراقبت‌های عمومی بالینی	۷۷/۷۸	۸۹/۰۶	۸۲/۶۹	رهبری و مدیریت کیفیت
۷۵/۰۰	۸۳/۳۳	۸۸/۸۹	مراقبت‌های حاد و اورژانس	۱۰۰/۰۰	۹۰/۰۰	۹۰/۰۰	مدیریت خطر حوادث و بلاها
۵۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۸۴/۳۸	مراقبت‌های جراحی و بیهوشی	۸۱/۸۲	۹۳/۷۵	۱۰۰/۰۰	مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای
۵۰/۰۰	۸۵/۷۱	۶۷/۸۶	مراقبت‌های مادر و نوزاد	۶۶/۶۷	۶۵/۰۰	۸۲/۳۵	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
۶۰/۰۰	۶۵/۰۰	۹۰/۰۰	پیشگیری و کنترل عفونت	۵۰/۰۰	۷۶/۹۲	۷۲/۵۵	بهداشت محیط
۴۳/۷۵	۶۳/۶۴	۸۷/۵۰	مدیریت دارویی	۶۶/۶۷	۵۰/۰۰	۷۵/۰۰	مدیریت خدمات پرستاری
۱۰۰/۰۰	۶۴/۲۹	۷۵/۰۰	خدمات تصویر برداری	۵۰/۰۰	۸۳/۳۳	۷۶/۹۲	مدیریت تجهیزات پزشکی
۱۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۶۱/۵۴	خدمات آزمایشگاه	۷۷/۵۰	۸۱/۸۲	۹۵/۶۵	حمایت از گیرنده خدمت
	۸۳/۳۳	۶۳/۶۴	طب انتقال خون	۸۰/۰۰	۸۱/۰۳	۹۶/۴۳	تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت
۷۵/۰۰	۶۵/۶۳	۷۲/۷۳	خدمات سرپایی	۷۰/۰۰	۸۷/۵۰	۹۴/۴۴	احترام به حقوق گیرنده خدمت

دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

رتبه بیمارستان : یک

دانشگاه علوم پزشکی

بیمارستان

درصد کل: ۷۸/۷۸

کل سطح یک: ۸۰/۴۴

کل سطح دو: ۷۹/۱۴

کل سطح سه: ۷۲/۵۰

ایمنی بیمار ۷۲/۱۴

سازمان اسناد و کتابخانه ملی



سنجه های غیر قابل ارزیابی (NA)

سنجه های غير قابل ارزيابی (NA)

سنجه های غير قابل ارزيابی مواردی هستند که جزء ماموریت های بیمارستان نیستند و برای آن مرکز درمانی موضوعیت ندارند و بنابراین مشمول ارزيابی نمی شوند.

- **پله های فرار و آسانسور**
- **تفکیک، نگهداری و دفع پسماندهای رادیواکتیو / پرتوزا**
- *** خدمات شیمی درمانی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی**
- **ارزيابی تخصصی تغذیه برای بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش های ویژه**

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بخش تصویربرداری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. آزمون اولیه صلاحیت و توانمندی براساس مفاد سنجه (۱) قبل از شروع به کار یا عهده‌دار شدن نقش و مسئولیت جدید برای تمام کارکنان جدیدالورود این بخش طراحی شده و اجرا می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۲	الف	مستندات برگزاری آزمون اولیه صلاحیت و توانمندی	ه		ی		آزمون اولیه برگزار نمی‌شود		آزمون اولیه برگزار می‌شود
	ب	زمان اجرای آزمون قبل از عهده‌دار شدن نقش یا مسئولیت جدید و محتوای سوالات برای هر نقش و مسئولیت متعلق با فهرست سنجه (۱) باشد	و		ک		سوالات آن متعلق با فهرست سنجه ۱ نیست یا حتی به یکی از کارکنان، قبل از اخذ نمره قبولی در آزمون اولیه مسئولیت کاری که فرد امتیاز آن را نیاورده، سپرده شده‌است	سوالات آن متعلق با فهرست سنجه ۱ است و در هیچ‌یک از موارد بررسی‌شده، قبل از اخذ نمره قبولی در آزمون اولیه مسئولیت کاری که فرد امتیاز آن را نیاورده، به وی سپرده نشده‌است	
	ج		ز		ل				
	د	به تعداد کارکنان جدیدالورود این بخش که طی یکسال اخیر از خارج بیمارستان یا سایر بخش‌ها به این بخش پیوسته‌اند	ح			م			
				ط					

سنجه های غير قابل ارزيابی (NA)

تعداد ۱۲۸ سنجه در دوره چهارم اعتبار بخشی قابلیت NA شدن داشتند که در قالب یک بسته تهیه و در سامانه اعتبار بخشی بارگذاری شده بود و گزینه NA برای سنجه های مورد نظر جهت امتیاز دهی فعال شده بود. (در حال حاضر این بسته برای دور پنجم اعتبار بخشی در حال بازنگری می باشد)

استاندارد
ب-۳-۴ ترخیص بیماران از اتاق عمل با شرایط ایمن برنامه ریزی و انجام میشود.

زیر محور
مراقبت‌های جراحی و بیهوشی

محور
مراقبت و درمان

- ارزیابی داخلی بسته یک
- ارزیابی داخلی بسته دو**
- ارزیابی داخلی بسته سه

ردیف	سجده	کاربر	پاسخ	مستندات
1	ب-۳-۴-۳ + نگهداری و انتقال ایمن نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه و تکمیل فرم درخواست مربوط تحت کنترل بوده و محیریت میشود.	[User]	تکر دلیل در صورت پاسخ NA الزامی است !	



- بدون پاسخ
- بدون پاسخ
- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- NA



- فقط سجده های NA اعلام شده
- سجده های من

زیر محور: مراقبت‌های جراحی و بیهوشی

استانداردها

- ب-۳-۴-۱ آمادگی بیماران و تداوم... (۲)
- ب-۳-۴-۲ ترخیص بیماران از اتاق عمل... (1)

یکی از علل تفاوت بین امتیاز خود ارزیابی بیمارستان ها با ارزیابی جامع

بیمارستان در خود ارزیابی سنجه ای را NA انتخاب می کند ولی در حین ارزیابی تیم ارزیابی متوجه می شوند که بدلائلی از جمله عدم وجود منابع / هزینه اثر بخش نبودن سنجه مورد نظر انجام نشده (در صورتیکه جز ماموریت و شرح وظایف بیمارستان می باشد) و در خود ارزیابی بیمارستان به عنوان غیر قابل ارزیابی منظور شده است، در نتیجه امتیاز سنجه مذکور توسط ارزیابان صفر منظور خواهد شد.

تفاوت سنجه های غیر قابل ارزیابی با سایر سنجه ها

انتخاب گزینه صفر برای سنجه



بیمارستان امتیاز از دست می دهد

انتخاب گزینه غیر قابل ارزیابی
برای سنجه



بیمارستان امتیاز از دست نمی دهد

اقداماتی که بیمارستان باید انجام بدهد

- اشراف کامل رییس بیمارستان و تیم اجرایی انجام فرایند خود ارزیابی به تمامی سنجه های اعتبار بخشی (۵۱۴ سنجه)



- تشکیل تیم های خود ارزیابی تحت سرپرستی رییس بیمارستان

- آموزش به تیم های خود ارزیابی در خصوص چگونگی تعیین سنجه های NA

- تسلط کامل تیم خود ارزیابی با بسته سنجه های NA

- انجام خود ارزیابی و انتخاب سنجه های NA

اگر در این مرحله ابهامی برای انتخاب سنجه NA وجود داشت لازم است که مسولین مرتبط در بیمارستان با نماینده اعتبار بخشی دانشگاه موضوع را بررسی و شفاف سازی انجام بشود.

- تایید و ارسال بسته خودارزیابی توسط رییس بیمارستان در سامانه اعتبار بخشی

اقداماتی که دانشگاه باید انجام بدهد

- اشراف کامل تیم اعتبار بخشی ستاد دانشگاه به تمامی سنج‌های اعتبار بخشی (۵۱۴ سنج)
- تسلط کامل به فایل سنج‌های غیر قابل ارزیابی
- آموزش به تمامی بیمارستان‌ها تحت پوشش در خصوص آشنایی با سنج‌های NA
- بازبینی کامل بسته خود ارزیابی و بررسی سنج‌های غیر قابل ارزیابی بیمارستان

اگر ابهامی برای تایید سنج NA وجود داشت لازم است که نماینده اعتبار بخشی دانشگاه موضوع را از طریق دفتر اعتبار بخشی وزارت بهداشت بررسی و شفاف سازی انجام بشود

- تایید و ارسال سنج‌های غیر قابل ارزیابی در بسته خود ارزیابی در سامانه اعتبار بخشی
- عدم تایید سنج‌های غیر قابل ارزیابی که به اشتباه گزینه NA برای آن‌ها انتخاب شده
- برگشت به بیمارستان جهت اصلاح موارد و پیگیری جهت رفع نواقص و ارسال مجدد بسته خود ارزیابی

نقش دانشگاه های علوم پزشکی در ارزیابی سنجه های NA

بررسی بسته خود ارزیابی ارسالی هر یک از بیمارستان ها

عدم تایید سنجه های غیر قابل ارزیابی (NA)



برگشت به بیمارستان جهت اصلاح موارد و در صورت

نیاز آموزش و رفع ابهامات موجود و پیگیری

رفع نواقص و ارسال مجدد بسته خود

ارزیابی

تایید سنجه های غیر قابل ارزیابی (NA)



ارسال بسته خود ارزیابی به مرکز نظارت و
اعتبار بخشی از طریق سامانه اعتبار بخشی



اقداماتی که ارزیابان باید انجام بدهند

- اشراف کامل به تمامی سنج‌های اعتبار بخشی (۵۱۴ سنج)

- اشراف کامل به بسته سنج‌های غیر قابل ارزیابی

- بررسی کامل بسته خود ارزیابی بیمارستان و سنج‌های غیر قابل ارزیابی بیمارستان قبل از ارزیابی

- بررسی نهایی بسته خود ارزیابی بیمارستان و سنج‌های غیر قابل ارزیابی بیمارستان حین ارزیابی

گزارش موارد عدم انطباق به دفتر نظارت و اعتبار بخشی وزارت به
داشت

- بارگذاری امتیازات نهایی در سامانه اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

سنجه ها قابلیت NA شدن دارند

گام های یک سنجه قابل NA شدن نمی باشد

برخی از سنجه ها قابلیت NA شدن ندارد اما یک یا چند گام در بعضی از بیمارستان ها با گرایش خاص قابلیت ارزیابی ندارد

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

ب-۱-۱ محور مراقبت های عمومی بالینی

*ب-۱-۱-۱ قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دستبند به صورت فعال انجام می شود.



این سنجه قابلیت Na شدن ندارد

• تهیه دستبند شناسایی در پذیرش

• الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در ممل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار / خانواده

• توضیحات کتاب: استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است.

• شناسایی بیماران در بیمارستان های روانپزشکی و یا بیماران با شرایط خاص بالینی استفاده از مچ بند ملاک ارزیابی نمی باشد و سایر روش هایی شناسایی بیمار با حفظ ایمنی بیماران در ارزیابی مد نظر باشد از جمله الصاق عکس بیمار بر روی کاردکس و فرم پذیرش بیمار و پرونده بیمار

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

الف-۱-۵ محور رهبری و مدیریت

الف-۱-۵-۱ جلسات کمیته‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان برگزار می‌شود.



این سنج قابلیت Na شدن ندارد

۱. کمیته پایش و سنجش کیفیت

۲. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

۳. کمیته اخلاق بالینی

۴. کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت ممیط

۵. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

۶. کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و اقتصاد درمان

۷. کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط

۸. کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان

۹. کمیته طب انتقال خون

۱۰. کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر ← برای بیمارستان های که بخش زنان و زایمان ندارند موضوعیت ندارد

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

ب-۱-۸ محور مراقبت های عمومی بالینی
ب-۱-۸-۳ تنوع غذا و توزیع میان وعده برای بیماران با رویکرد حمایت تغذیه ای
بیماران برنامه ریزی و اجرا می شود.



این سنج قابلیت
شدن ندارد

- در بیمارستان های تک تخصصی روان پزشکی که شرایط تنوع غذایی و
- انتخاب غذا بنا به شرایط خاص بیماران امکان پذیر نیست، **توزیع میان**
- **وعده بررسی و ملاک امتیاز دهی باشد.**

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

ج-۲-۲ محوراحترام به حقوق گیرندگان خدمت

ج-۲-۲-۲: خدمات درمانی و تشخیصی با رعایت حریم شخصی به مراجعین و بیماران ارائه می شود.

گام ۳: عدم استفاده از دوربینهای مدار بسته در حریم خصوصی بیماران

(نامه شماره ۴۰۰۵/۱۰۶۱۳ مورخ ۹/۵/۱۳۹۷ که در پاسخ به استعلام دانشگاه کاشان

صادر گردیده است)

استفاده از دوربین در بیمارستان های تک تخصصی روان پزشکی بلامانع است

لازم به ذکر است نصب دوربین مدار بسته رافع تعهدات و مسئولیت های

کادر درمان نمی باشد.



**این سنجه قابلیت
شدن ندارد**

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی

موضوع: شواهد نصب دوربین مدار بسته در موسسات پزشکی

سلام علیکم

با احترام، نظر به دریافت چندین استعلام از معاونت محترم درمان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در خصوص چگونگی نصب و بهره برداری از سیستم دوربین مدار بسته در بخش های بیمارستانی و سایر موسسات پزشکی به استحضار می رساند نصب دوربین مدار بسته در موسسات پزشکی اقدامی مدیریتی و در راستای نظارت بیشتر و بهتر سیستم های حفاظتی و ایمنی در نظر گرفته می شود و می بایست متضمن امنیت، کنترل و نظارت بر حریم عمومی موسسات باشد. لذا طراحی و نصب دوربین باید به نحوی انجام پذیرد که ضمن عدم تعرض به حریم خصوصی بیماران تمامی امنیت و ایمنی گردد. در این راستا و با توجه به نیاز به استفاده از فناوری مذکور ضرورت دارد بیمارستانها و سایر موسسات پزشکی در نصب و بهره برداری از دوربین مدار بسته به موارد ذیل توجه و آن معاونت بر نحوه صحیح کاربری آن در حیطه درمان نظارت نمایند.

۱- در موسسات پزشکی دولتی و عمومی غیردولتی طراحی، اجرا، نصب و بهره برداری از سامانه دوربین مدار بسته با هماهنگی و نظارت کامل حوزه حراست انجام پذیرد.

۲- در موسسات پزشکی غیردولتی ضرورت دارد سطح دسترسی به سامانه دوربین مدار بسته محدود و به صورت مستند تعریف شده باشد.

۳- رعایت شواهد کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن در خصوص نصب دوربین مدار بسته (شواهد پیوست)

۴- استفاده از دوربین در فضای بستری (مکان بستری بیمار) به منظور کنترل وضعیت بیماران به دلیل رعایت حریم شخصی بیماران مجاز نمی باشد.

۵- نصب دوربین مدار بسته در ورودی درب اصلی محوطه آسانسور، سالن و ورودی کلیه بخشها به منظور تامین امنیت و نظارت بر فضاهای بیمارستانی مجاز می باشد.

۶- طراحی لورژتس، بخش های ویژه و اتاق های ایزوله به نحوی انجام پذیرد که با دید و نظارت مستقیم پرستار، نیازی به نصب دوربین مدار بسته نباشد.

۷- اصلاح رسانی از طریق نصب تابلوی "این مکان به دوربین مدار بسته مجهز می باشد" الزامی می باشد.

۸- نصب دوربین مدار بسته رافع تعهدات و مسئولیت های موسسه و کادر درمان در ارائه خدمات و مراقبت از بیماران نخواهد بود.

۹- ارائه هرگونه تصویر و فیلم از سامانه دوربین مدار بسته به مراکز انتظامی، اشخاص حقیقی و حقوقی و... می بایست با مجوز و دستور قضایی انجام پذیرد.

۱۰- سرورها (ذخیره ساز) باید در مکانی امن قرارگیرد و دسترسی به اطلاعات آن می بایست توسط بالاترین مقام یا نماینده ایشان صورت گیرد.

۱۱- اتاقی سرور می بایست به دوربین تجهیز گردد به صورتی که کلیه تردها در آن ضبط گردد.

دکتر سیدمحمدحسین مردهان
مدیر کل دفتر نظارت و
انتقال قضایی امور درمان

جناب آقای دکتر محمد حاجی جعفری

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

موضوع: نصب دوربین مدار بسته در بخشهای روانپزشکی

با سلام و احترام

بازگشت به نامه شماره ۳۱۹۱/پ مورخ ۹۷/۴/۲۵ درخصوص نصب دوربین مدار بسته در بخش های مختلف بیمارستان تخصصی روانپزشکی کارگر نژاد، به استحضار می رساند، با توجه به پرسش تعدادی از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در این خصوص، پاسخ کارشناسی به شماره ۴۰۲/۳۳۳۵۴/د مورخ ۹۵/۱۱/۳ به معاونین محترم درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور توسط دفتر نظارت و اعتبار بخشی وزارت متبوع ارسال گردیده است. بدیهی است با توجه به اینکه بیماران روانپزشکی همراه با اختلالات مصرف مواد نیز در بیمارستان های تک تخصصی روانپزشکی و یا بخش ها روانپزشکی در بیمارستان های عمومی بستری می شوند، نصب دوربین های مدار بسته در این مراکز با رعایت حفظ موارد امنیتی در جهت نگهداری اطلاعات بیماران و چهره ایشان مورد تاکید این حوزه می باشد.

قابل توجه است در بخش های روانپزشکی که استاندارد های لازم را رعایت نکرده اند، نصب دوربین مدار بسته به منزل حفظ ایمنی بیماران نبوده و رافع تعهدات و مسئولیت های کادر درمان نخواهد بود.

دکتر مهدی شاد نوشی

رئیس مرکز مدیریت پیوند و امور بیمارها

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

ب- ۲ مراقبت های حاد و اورژانس

ب- ۲- ۳- ۲: داروخانه، تصویربرداری، آزمایشگاه و بانک خون برای ارائه خدمات اورژانس با دسترسی ایمن و آسان در تمام ساعات شبانه روز فعالیت مینمایند.

گام ۲: دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد بانک خون و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز

بانک خون در بیمارستان های تک تخصصی روان پزشکی جز مصادیق ارزیابی نمی باشد.



این سنجه قابلیت Na شدن ندارد

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

محور پیشگیری و کنترل عفونت

ب- ۵- ۴- ۱: امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش ها/واحدها فراهم شده است.

گام ۴: جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری

گام ۶: دسترسی آسان به محلولهای ضدعفونی با پایه الکلی وجود افشانه در موقعیت های ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد / استفاده از افشانه جیبی

گام ۴ و گام ۶ تجهیزات بهداشت دست در هر اتاق ملاک ارزیابی در بیمارستان های تک تخصصی روان پزشکی نمی باشد.



این سنجه قابلیت Na شدن ندارد

نکات قابل توجه در ارزیابی ها

ب- ۵ پیشگیری و کنترل عفونت

ب-۵-۶-۱* تجویز و مصرف آنتی بیوتیک ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه ریزی و اجرا می شود.

گام ۱: تدوین پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی

گام ۲: مدیریت مصرف آنتی بیوتیک برای عفونتهای مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی

گام ۳: اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیب

گام ۴: تحلیل نتایج حاصله از اجرای دستورالعمل / پروتکل و انجام اقدام اصلاحی موثر

گام اول در بیمارستان های تک تخصصی روان پزشکی جز مصادیق ارزیابی نمی باشد.

این سنجه قابلیت Na شدن ندارد



توجه

- امکان دارد یک سنجه غیر قابل ارزیابی برای یک و یا چند بیمارستان با گرایش خاص غیر قابل ارزیابی باشند بنابراین سایر بیمارستان ها

مجاز به انتخاب گزینه NA نمی باشند



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

• محور حمایت از گیرنده خدمت:

استاندارد ج-۱-۹: بیمارستان از تامین امکانات و تسهیلات اقامتی در اتاق بستری بیماران اطمینان حاصل می نماید.

سنجه ج-۱-۹-۱: سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار فعال بوده و در دسترس بیماران است.

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان های تک تخصصی روانپزشکی



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور طب انتقال خون

- حمل و نقل خون و فرآورده های خونی از سازمان انتقال خون و در داخل بیمارستان
- دمای مناسب نگهداری خون و فرآورده های خونی
- برچسب گذاری کیسه های خون
- برنامه های مدیریت کیفیت در خصوص چگونگی انجام آزمایش ها
- کنترل کیفیت ها، گزارش عوارض ناخواسته
- گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون
- استفاده از فرم های استاندارد نظام مراقبت از خون

توجه

- تمامی سنجه های این محور قابلیت غیر قابل ارزیابی دارد
- پزشکان و پرستاران باید دوره آموزشی نظام مراقبت از خون را گذرانده باشند.

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان های تک تخصصی روانپزشکی



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

- محور مراقبت های جراحی و بیهوشی:
- تمامی سنجه های محور مراقبت های جراحی و بیهوشی از جمله:
- **نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل**
- **انطباق عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل بر اساس "دستورالعمل جراحی ایمن"**
- **تقویم و برنامه اعمال جراحی**
- **انتقال و تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل با حضور پرستار و.....**

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان های فاقد بخش جراحی و اتاق عمل

آئین نامه نحوه تاسیس و بهره برداری بیمارستانها

ماده ۱- تبصره ۱- بیمارستان عمومی یک واحد بهداشتی و درمانی است و باید حداقل دارای چهاربخش بستری (داخلی-جراحی عمومی-زنان و زایمان-اطفال) و بخش های آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی، فوریت های پزشکی (اورژانس) و تغذیه که همگی اجزای لاینفک بیمارستان بوده که طبق ضوابط و آئین نامه های مربوطه پروانه تاسیس و مسئول فنی جداگانه صادر خواهد گردید.

معاون محترم درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: درج بخش ها در پروانه بهره برداری موسسات پزشکی

سلام علیکم

تصویر بارکد QR



احتراما در راستای ارتقا فرآیند های صدور مجوز های موسسات پزشکی و به روز رسانی فرمت پروانه های بهره برداری و مسئول های موسسات صدور پروانه های جدید موسسات پزشکی، زمینه متریسی یا بارکد دو بعدی QR درج می گردد. بارکد QR نوعی نمایش تصویری اطلاعات کد شده بر روی پروانه بهره برداری و مسئول قبی است که توسط یک ابزار بارخوانی (ترم افزار بارکد خوان) می توان اطلاعات موسسه / مسئول قبی و تصاویر اسل پروانه ها را در شناسنامه الکترونیکی موسسه در سامانه صدور پروانه های موسسات پزشکی مشاهده نمود.

بنا به محدودیت های موجود در ثبت اطلاعات موسسه در پروانه بهره برداری و گسترده بودن حیطه فعالیت بیمارستان ها و درمانگاه ها و سایر موسسات پزشکی، اطلاعات بخش های اصلی، تجهیزات سرمایه ای مهم و مواردی از بخش های پاراکلینیک و سربایی علاوه بر QR در پروانه نیز درج می شوند و سایر مواردی که موسسه مجوز راه اندازی آن را اخذ نموده است را حتما می توان در QR موسسه مشاهده نمود. لذا خواهشمند است جهت بررسی بخش های مجاز موسسه، اطلاعات شناسنامه الکترونیکی موسسه بررسی گردد. بدیهی است راه اندازی کلیه بخش های درمانی در موسسه نیازمند اخذ مجوز و طی مراحل قانونی در سامانه صدور پروانه ها می باشد و عدم درج نام بخش در پروانه تلقی موضوع نخواهد بود. جهت شفاف سازی بیشتر موضوع، به عنوان نمونه، بخش های مندرج در پروانه بهره برداری بیمارستان و QR آن در جدول ذیل مشخص گردیده است.

بخش هایی که در پروانه بهره برداری بیمارستان درج می گردند				
بخش های ویژه	ICU جنرال ICU داخلی ICU جراحی	CCU SCU NICU	POST CCU BICU PICU	POST آنژیوگرافی RICU (ایزوله تنفسی) ICU-OH
بستری بخش های	زنان و زایمان جراحی عمومی داخلی اطفال چشم ارتوپدی	ارولوژی قلب و عروق پوست علوی روانپزشکی سوشنگی	جراحی مغز و اعصاب داخلی اعصاب گوش، حلق و بینی پیوند چشم (قرنیه و...) پیوند قلب پیوند گوش (کاتنت، نظرون داخلی)	پیوند ریه پیوند مغز استخوان پیوند کبد پیوند کلیه پیوند اعضا
بخش های پاراکلینیک (سربایی)	تصویر برداری رادیولوژی و سونوگرافی آزمایشگاه داروخانه فیزیوتراپی	پزشکی هسته ای رادیوتراپی آنژیوگرافی قلبی درمان نابروری	طب فیزیکی و توانبخشی درمان با آکسیژن هایپر بار درمان سو مصرف مواد ساخت و فروش عینک طبی	طب کار طب سنتی سنگ شکن دیالیز

بخش هایی که صرفاً در QR پروانه بهره برداری بیمارستان درج می گردند				
بخش های فوق تخصصی (وجود بخش تخصصی اصلی در پروانه کفایت می نماید)	ریه آنکولوژی اسم و آلرژی داخلی روماتولوژی داخلی ریه داخلی غدد داخلی هماتولوژی و آنکولوژی داخلی کبد و گوارش	داخلی کلیه توزان قلب اطفال روانپزشکی اطفال ایمنولوژی و آلرژی اطفال هماتولوژی و آنکولوژی اطفال جراحی پلاستیک و ترمیمی جراحی اطفال	ریه اطفال کلیه اطفال عفونی اطفال غدد اطفال گوارش اطفال نورولوژی اطفال روماتولوژی اطفال جراحی پروکتولوژی	جراحی توراکس جراحی دست جراحی زانو جراحی ستون فقرات جراحی عروق جراحی فک و صورت جراحی قلب
بخش های پاراکلینیک اسپایسی	رادیولوژی فک و دهان و صورت	دندانپزشکی تحت بیهوشی	ارتوپدی قفس	درد
دفاتر کار	بینایی سنجی شنوایی سنجی	کاردرمانی گفتار درمانی	تغذیه روانشناسی بالینی	کایروپراکتیک
سایر بخش ها	تالاسمی لیبر	مسئومیت	شیمی درمانی	اتلق عمل

تجهیزاتی که در پروانه بهره برداری بیمارستان درج می گردند						
MRI	گاما کبرا	شناپنده	NAVIGATOR	PET-CT-SPECT	Pet	لیزر اگزایمر
CTscan	آنژیوگرافی پریفرال	غشلی	CT سیمولاتور	PET-CT	سایبرنایف	فستوسکند
SPECT	آنژیوگرافی قلبی	سیکلوترون	OCT	PET مانو	گاما نایف	فستو کاتاراکت
SPECT-CT	سنگ شکن برون اندامی	براقی تریبی CBCT	IORT	PET-MRI		
تجهیزاتی که صرفاً در QR پروانه بهره برداری بیمارستان درج می گردند						
رادیوگرافی	مانوگرافی		سنجش تراکم استخوان	C-ARM		
سونوگرافی	پانورکس		پانورکس سفالومتری	لتر و اسکن		

دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور رهبری و مدیریت کیفیت

استاندارد الف-۱-۱۲ بیمارستان در اجرای برنامه های ملی سلامت مشارکت می نماید.

الف-۱-۱۲-۱ بیمارستان در زمینه ارتقای شاخص های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال مشارکت فعال و مؤثر دارد.

الف-۱-۱۲-۲ بیمارستان در پیاده سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد

الف-۱-۱۲-۳ بیمارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر مشارکت و مؤثر دارد.

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان های فاقد بخش زایمان و نوزاد



چند مثال در خصوص سنجه هایی که می توانند غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

• محور مدیریت تجهیزات پزشکی

الف-۷-۴ بیمارستان از انجام دیالیز بیماران با استفاده از تجهیزات استاندارد اطمینان حاصل می نماید.

الف-۷-۴-۱ مشخصات فنی و خدمات پشتیبانی دستگاه های همودیالیز، صافی های مصرفی و دستگاه های تصفیه اسمز معکوس مطابق ضوابط مربوط است.

الف-۷-۴-۲ کنترل کیفیت آب دستگاه های تصفیه اسمز معکوس انجام می شود و در صورت هرگونه عدم انطباق اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.

• پیشگیری و کنترل عفونت

ب-۵-۷-۴* بیمارانی که امکان انتقال هپاتیت از آنها به دیگر بیماران محتمل است، با استفاده از دستگاه جداگانه دیالیز می شوند.

خدمات سرپایی

ب-۱۰-۴-۹* خدمات دیالیز با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و ارائه می شود.

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان های فاقد دستگاه دیالیز
(به جز بیمارستان های دارای بخش ویژه ICU بالای ۱۰ تخت)



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان امور پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۱۵۱۹۲/۴۰۰
تاریخ ۱۳۹۵/۰۵/۱۸
پوست دارد

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: استقرار دستگاه دیالیز در بخش های مراقبت ویژه (ICU)

سلام علیکم

با احترام ، با توجه به ضرورت ارائه مراقبت های کامل درمانی به بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه به خصوص اینکه بیماران دچار همودینامیک ناپایدار و یا نیازمند به تهویه مکانیکی با انتقال به بخش دیالیز جهت انجام همولیز با مخاطره روبرو می شوند، لذا مقتضی است مقرر فرمائید در کلیه بیمارستانهای تابعه آن حوزه که دارای ۱۰ تخت یا بیشتر ICU بزرگسالان می باشد ، یک دستگاه دیالیز به طور ثابت در بخش مستقر گردد .

دکتر محمد آقا جانی
معاون درمان



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور مراقبت های حاد و اورژانس:

ب- ۲- ۱ بیمارستان از ارائه مراقبتهای ویژه به بیماران اطمینان حاصل مینماید.

ب- ۲- ۱- ۴* اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه تعیین شده و بر اساس آن عمل می شود.

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان های فاقد بخش ویژه



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور مدیریت دارویی

ب-۶-۲-۵* آماده سازی داروهای پر خطر و سیتوتوکسیک با رعایت ضوابط مربوط و تحت شرایط ایمن آماده سازی می شوند.

ب-۶-۲-۸* آماده سازی داروهای پرخطر و سیتوتوکسیک با حضور و تحت نظارت مستقیم داروساز، برنامه ریزی و انجام می شود.

**در این دو سنجه ملاک ارزیابی فقط استفاده از داروهای سیتوتوکسیک است
نه داروهای پر خطر و هشدار بالا**

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان هایی که داروهای سیتوتوکسیک استفاده نمی شود



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور بهداشت محیط

الف- ۶- ۴ مدیریت پسماند بر اساس ضوابط و دستورالعملهای ابلاغی، برنامه ریزی و اجرا میشود.

الف- ۶- ۴ تفکیک، نگهداری و دفع پسماندهای رادیواکتیو / پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب گذاری اجرا می شود.

بیمارستان های فاقد پسماند رادیواکتیو/پرتوزا



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور بهداشت محیط

الف- ۶- ۴ مدیریت پسماند بر اساس ضوابط و دستورالعملهای ابلاغی، برنامه ریزی و اجرا میشود.

الف- ۶- ۴- ۱۰ تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن، جفت و جنین مرده بر اساس ضوابط مربوط انجام می شود.

بیمارستان هایی که فاقد اتاق عمل و بخش زنان و زایمان می باشند



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور بهداشت محیط

الف- ۶- ۴ مدیریت پسماند بر اساس ضوابط و دستورالعملهای ابلاغی، برنامه ریزی و اجرا میشود.

الف- ۶- ۴- ۱۱ جمع آوری و امحاء تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران، بر اساس ضوابط مربوط و رعایت اصول بهداشتی انجام می شود.

بیمارستان های فاقد جراحی های پروتز گذاری و مواد کاشتنی



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور مدیریت خطر حوادث و بلایا

الف - ۲ - ۲ اقدامات پیشگیرانه برای ایمنی و امنیت زیرساختهای حیاتی و محیط بیمارستان برنامه ریزی و انجام میشود.

الف - ۲ - ۲ - ۳ پله فرار با علائم راهنمای واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است.

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان هایی که در یک سطح می باشند



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور پیشگیری و کنترل عفونت:

- ب- ۵-۳ بسته های استریل با لحاظ الزامات، در برابر آلودگی محافظت میشوند.
- ب- ۵-۳-۳* در ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، تداخلی در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل وجود ندارد.

- ساختار فیزیکی اتاق عمل / کت لب و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل
- تفکیک، نشانه گذاری و رعایت ورود به فضاهای پشتیبانی، تمیز و استریل اتاق عمل و تمامی فضاهای نیازمند رعایت موازین استریل

غیر قابل ارزیابی در بیمارستان های فاقد اتاق عمل و کت لب



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **می توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور مراقبت های حاد و اورژانس:

ب- ۲- ۶ مراقبت و درمان بیماران سکته حاد قلبی و مغزی، برابر دستورالعمل ابلاغی ارائه میشود.

ب- ۲- ۶- ۴* استمرار مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران سکته حاد مغزی برنامه ریزی و ارائه می شود

مراکز فاقد سی تی اسکن و عدم وجود نرولوژیست



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **نمی توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور مراقبت های حاد و اورژانس:

ب- ۲- ۶ مراقبت و درمان بیماران سکته حاد قلبی و مغزی، برابر دستورالعمل ابلاغی ارائه میشود.

ب- ۲- ۶- ۱ * شناسایی و تشخیص سکته حاد قلبی و مغزی در زمان طلایی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود

ب- ۲- ۶- ۲ * اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد قلبی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام میشود.

ب- ۲- ۶- ۳ * اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد مغزی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام میشود.

ب- ۲- ۶- ۴ * استمرار مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران سکته حاد مغزی برنامه ریزی و ارائه می شود



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **نمی توانند** غیر قابل ارزیابی باشند (NA)



محور بهداشت محیط:

استاندارد الف-۶-۴ مدیریت پسماند بر اساس ضوابط و دستورالعمل های ابلاغی، برنامه ریزی و اجرا می شود.

الف-۶-۴ تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای عادی

الف-۶-۳ تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای عفونی

الف-۶-۴ تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای تیز و برنده

الف-۶-۵ تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای شیمیایی و

دارویی

چند مثال در خصوص سنجه هایی که **نمی توانند** غیر قابل ارزیابی باشند (NA)



محور بهداشت محیط:

الف - ۶ - ۵ فرایندهای رختشویخانه با رعایت ضوابط و شرایط استاندارد برنامه ریزی و انجام میشود.

الف - ۶ - ۵ - ۱ رعایت اصول بهداشتی ساختارها و فضاهای فیزیکی رختشویخانه

الف - ۶ - ۵ - ۲ * رعایت اصول بهداشتی در تفکیک، جمع آوری و حمل البسه و ملحفه

الف - ۶ - ۵ - ۳ * انتقال البسه و ملحفه تمیز از رختشویخانه به بخشها

الف - ۶ - ۵ - ۴ * شستشو البسه و ملحفه عفونی و غیر عفونی با ماشین لباسشویی جداگانه

الف - ۶ - ۵ - ۵ * عدم تداخل محل ذخیره البسه و ملحفه تمیز با البسه کثیف

الف - ۶ - ۵ - ۶ تجهیزات خشککن و اتوی غلطکی یا پرس برقی بوده

الف - ۶ - ۵ - ۷ تامین البسه و ملحفه های مورد نیاز بیماران با شرایط بهداشتی



تفاهه

جناب آقای دکتر میردخقان

مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

موضوع: در خصوص جایز بودن واگذاری و یا خرید خرید خدمات رختشویخانه از لحاظ موازین بهداشتی

با سلام و احترام

بازگشت به نامه شماره ۴۰۷/۴۷۲۶ مورخ ۹۶/۰۷/۲۷ و پیرو نامه شماره ۳۰۶/۲۳۹۴۴ مورخ ۹۵/۱۲/۲۴ در خصوص جایز بودن واگذاری و یا خرید خدمات رختشویخانه از لحاظ موازین بهداشتی، به استحضار می رساند تاکنون هیچ گونه مجوزی مبنی بر برون سپاری واحد رختشویخانه به خارج از بیمارستان از سوی این مرکز صادر نشده است. ضمن آنکه واحدهای پشتیبانی نظیر رختشویخانه جزء لاینفک بیمارستان می باشند و از نظر جلوگیری از انتقال عفونت و عدم تداخل البسه آورده و عفونی بیمارستانی و جلوگیری از اشاعه بیماری های عفونی و مخاطرات بهداشتی جدی، همچنین لزوم دقت و حساسیت در خصوص شستشو و گذرندایی البسه بیماران عفونی به عنوان گروه پرخطر، ضروری است. واحد مذکور در داخل بیمارستان مستقر باشد و در صورت لزوم، برون سپاری می تواند داخل بیمارستان پیش بینی شود.

لذا خواهشمند است دستور فرمایید موضوع به نحو مقتضی به کلیه بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی و سایر واحدهای ذیربط اطلاع رسانی گردد.

دکتر خسرو صادقی نیت
رئیس مرکز سلامت محیط و
کار



شماره: ۳۰۶/۱۵۷۲۰
تاریخ: ۱۴۰۰/۰۸/۲۲
پیوست: ندارد

تولید، پشتیبانها، منع زامها
مقام مسئول رهبری

جناب آقای دکتر حبیب ملک پور

رئیس محترم مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

موضوع: بازگشت به استعمال الزام یا عدم الزام وجود واحد استریلیزاسیون مرکزی در بیمارستان های

روانپزشکی

با سلام و احترام

بازگشت به نامه ۴۰۰/۲۹۸۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۷/۱۸ در خصوص استعمال الزام یا عدم الزام وجود واحد استریلیزاسیون مرکزی در بیمارستان های روانپزشکی به استحضار می رساند وجود واحد استریلیزاسیون در درمانی بیمارستان ها جهت پیشگیری از انتقال عفونت و مخاطرات بهداشتی متناسب با نیاز بیمارستان الزامی است .

دکتر احمد جنیدی جعفری

رئیس مرکز سلامت محیط و کار



چند مثال در خصوص سنجه هایی که **نمی توانند** غیر قابل ارزیابی (NA) باشند

محور حمایت از گیرندگان خدمت

ج-۱-۳ ملاقات خانواده ها به صورت تسهیل شده برنامه ریزی و اجرا می شود.

ج-۱-۳-۲ * ملاقات بیماران بستری در بخشهای ویژه و ایزوله با رعایت اصول ایمنی بیمار و پیشگیری و کنترل عفونت تسهیل شده است.

منظور از اتاق ایزوله، اتاق ایزوله طبق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت و یا هر گونه جدا سازی بیماران عفونی از سایر بیماران می باشد.

چند مثال در خصوص سنجه هایی که **نمی توانند** غیر قابل ارزیابی باشند (NA)



محور حمایت از گیرندگان خدمت:

ج- ۲- ۴ مراجعین، بیماران و خانواده آنها از خدمات بیمارستان رضایت دارند.

ج- ۲- ۴- ۲ بیماران استفاده از خدمات این بیمارستان را به بستگان و آشنایان خود توصیه مینمایند.

ج- ۲- ۴- ۴ بیماران نهادینه بودن اصول بیمار محوری و ارجحیت منافع بیماران را در بیمارستان تایید می نمایند.

در بیمارستان های تک تخصصی روانپزشکی و کودکان سنجه های مرتبط با آموزش و همین طور سنجه هایی که ارزیابی آن ها نیاز به مصاحبه یا نظر خواهی از بیمار می باشد، هر کجا از کلمه بیمار استفاده شده است منظور بیمار / خانواده / همراه بیمار می باشد

چند مثال در خصوص سنجه هایی که **نمی توانند** غیر قابل ارزیابی باشند (NA)



محور مراقبت های عمومی بالینی:

الف - ۱ - ۸ بیمارستان در خصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپای اطمینان حاصل مینماید..

الف - ۱ - ۸ - ۶ * **علل و عوامل بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه ریزی و اجرا میشود.**

توضیحات کتاب: بیمارانی که با برنامه ریزی قبلی برای ادامه سیر درمان مراجعه می نمایند و نیز بیماران روانپزشکی، شیمی درمانی و دیالیز شامل این تعریف نمیشوند

- شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه ریزی قبلی طی یک ماه پس از ترخیص
- پایش روند شاخص بستریهای مجدد
- بررسی علل بستری مجدد و انجام تملیل علل ریشه ای توسط تیم های مربوطه
- انجام اقدامات اصلاحی مؤثر بر اساس نتایج بررسی ها

خدمات تصویر برداری



بخش رادیولوژی از بخش های ضروری در آیین نامه تاسیس بیمارستان ها است
به جز سنجه ذیل، تمامی سنجه های این محور **قابلیت** ارزیابی در تمام
بیمارستان ها را دارد.

سنجه غیر قابل ارزیابی بخش تصویر برداری

ب- ۷- ۱- ۲ * مداخلات تهاجمی در واحد تصویر برداری با رعایت
اصول ایمنی بیمار و ضوابط مربوط انجام میشود.

آئین نامه نحوه تاسیس و بهره برداری بیمارستانها

ماده ۱- تبصره ۱- بیمارستان عمومی یک واحد بهداشتی و درمانی است و باید حداقل

دارای چهاربخش بستری (داخلی-جراحی عمومی-زنان و زایمان-اطفال) و

بخش های آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی، فوریت های پزشکی (اورژانس) و

تغذیه که همگی اجزای لاینفک بیمارستان بوده که طبق ضوابط و آئین نامه های

مربوطه پروانه تاسیس و مسئول فنی جداگانه صادر خواهد گردید.



سپاس از توجه شما

