

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# فرآیند اجرایی و دستورالعملهای اعتباربخشی ملی دور پنجم بیمارستانهای کشور

جلسه شورای هماهنگی رئوسای بیمارستانها  
مردادماه ۱۴۰۱  
معاونت درمان  
اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها

# مراحل ارزیابی اعتبار بخشی بیمارستانها

---

الف- ارزیابی‌های ادواری و سرزده اعتباربخشی

ب- ارزیابی جامع و ممیزی نهایی شامل مراحل:

ب-۱ خود ارزیابی بیمارستان‌ها و بارگذاری مستندات

ب-۲ ارزیابی جامع طبق برنامه زمان بندی ستاد، صدور کارنامه و گواهینامه

ب-۳ رسیدگی به اعتراضات و در صورت تایید دانشگاه مربوطه و کمیته اجرایی ارزیابی مجدد

تاریخ انقضاء گواهینامه بیمارستان	تعداد	مهلت ثبت خودارزیابی توسط بیمارستان	پایان مهلت تایید توسط دانشگاه و ارسال به وزارت متبوع
لغایت ۱۰ بهمن ۱۴۰۰	۱۸۰	از ۱۴۰۱/۰۲/۱۷ لغایت ۱۴۰۱/۰۲/۲۱	لغایت ۱۴۰۱/۰۲/۲۴
۱۱ بهمن ۱۴۰۰ لغایت ۳۱ خرداد ۱۴۰۱	۱۷۲	از ۱۴۰۱/۰۲/۲۴ لغایت ۱۴۰۱/۰۲/۲۸	لغایت ۱۴۰۱/۰۲/۳۰
سایر مراکز	مطابق تاریخ انقضاء گواهینامه و براساس اعلام برنامه در دو هفته اول هر فصل (شروع از تیرماه ۱۴۰۱) خواهد بود.		

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

## تاریخ انقضاء گواهینامه های اعتباربخشی بیمارستانها

۱۴۰۲	هشتروند	۲۳	۱۴۰۰	کلیبر	۱
۱۴۰۲	شهداء بناب	۲۴	۱۴۰۰/۱۱	بابا باقی	۲
۱۴۰۲/۰۲	۲۹ بهمن	۲۵	۱۴۰۰/۱۱	طالقانی	۳
۱۴۰۲/۰۳	ملکان	۲۶	۱۴۰۰/۱۱	امیرالمومنین	۴
۱۴۰۲/۰۳	امام خمینی (ره) بناب	۲۷	۱۴۰۰/۱۱/۲۷	شهریار	۵
۱۴۰۲/۰۳	عجب شیر	۲۸	۱۴۰۰/۱۱/۲۰	شفا	۶
۱۴۰۲/۰۳	بستان آباد	۲۹	۱۴۰۰/۱۱	امام علی ارتش	۷
۱۴۰۲/۰۳	مرند	۳۰	۱۴۰۰/۱۱	شبستر	۸
۱۴۰۲/۰۳	اهر	۳۱	۱۴۰۰/۱۱	آذرشهر	۹
۱۴۰۲/۰۳	اسکو	۳۲	۱۴۰۰/۱۱	خانم الانبیاء میانه	۱۰
۱۴۰۲/۰۳	نیکوکاری	۳۳	۱۴۰۱/۰۱/۱۲	ولیعصر	۱۱
۱۴۰۲/۰۳	بهبود	۳۴	۱۴۰۱/۰۱/۱۲	عالی نسب	۱۲
۱۴۰۲/۰۳	فجر	۳۵	۱۴۰۱/۱۲	الزهراء	۱۳
۱۴۰۲/۰۳	علوی	۳۶	۱۴۰۱/۱۲	امام رضا (ع)	۱۴
۱۴۰۲/۰۳	شمس	۳۷	۱۴۰۱/۱۲	شهیدمدنی	۱۵
۱۴۰۲/۰۵	امام میانه	۳۸	۱۴۰۱/۱۲	شهید محلاتی	۱۶
۱۴۰۲/۰۵	هادیشهر	۳۹	۱۴۰۱/۱۲	شهداء	۱۷
۱۴۰۲/۰۷	هریس	۴۰	۱۴۰۱/۱۲	رازی	۱۸
			۱۴۰۱/۱۲	الغدیر	۱۹
			۱۴۰۱/۱۲	کودکان	۲۰
			۱۴۰۱/۱۲	سینا	۲۱
			۱۴۰۱/۱۲	سجاد	۲۲

**تبصره ۱-** ارزیابی نهایی بیمارستان براساس تعداد تخت و تنوع تخصصی طی یک الی سه روز برنامه ریزی و اجرا می شود.

**تبصره ۲-** ترکیب تیم ارزیابی شامل:

۱. ارزیاب ارشد (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)
۴. ارزیاب بهداشتی (از دانشگاه ارزیابی شونده)



**تبصره ۳-** در بیمارستانهای بالای ۳۰۰ تختخواب به فراخور شرایط، با تایید ستاد وزارت متبوع، ارزیابان بالینی و مدیریتی از بین

ارزیابان دانشگاهی/قطبی/کشوری افزوده خواهند شد.

## ➤ رسیدگی به اعتراضات

- تمامی مراحل ثبت و بررسی اعتراضات احتمالی صرفاً از طریق سامانه الکترونیک اعتباربخشی صورت می پذیرد. در صورت اعتراض بیمارستان به نتیجه نهایی، می بایست مستندات مربوط به تفکیک هر یک از محورها و با ذکر دلایل توجیهی، به دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مربوط حداکثر یک ماه پس از صدور گواهی نامه ارسال گردد. دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مربوط موظف است پس از بررسی مستندات مربوط، حداکثر پس از ۷۲ ساعت کاری نسبت به تائید و بررسی بیشتر در "کمیته اجرایی اعتباربخشی" و یا رد درخواست اقدام نماید. لازم به ذکر است در صورت تصویب در کمیته اجرایی اعتباربخشی، انجام بازدید مجدد (به صورت محدود) بر اساس ملاک های معین از جمله فاصله نتایج تا حد نصاب رتبه بعدی طی سه ماه برنامه ریزی و در نهایت گواهی نامه مجدد برای بیمارستان صادر خواهد شد و تا یک سال قابل تجدید نظر نخواهد بود.

بدیهی است بررسی اعتراضات و صدور گواهی نامه مجدد مستلزم پرداخت هزینه طبق تعرفه ابلاغی در راستای اجرای ماده ۲۴ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، خواهد بود.



# راهنمای جامع استانداردهای اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران

نسخه مورد استناد دور پنجم اعتبار بخشی ملی  
سال ۱۴۰۱

<https://accreditation.behdasht.gov.ir>

آدرس دسترسی :



- در نسخه مورد استناد از کتاب استانداردها برای دور پنجم اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها، ۱۹ محور به عنوان مولفه های اصلی، ۱۱۰ استاندارد کیفی و ۵۰۵ سنجه به تفکیک ۲۱۲ سنجه سطح یک، ۲۰۸ سنجه سطح دو و ۸۵ سنجه سطح سه وجود دارد. در ذیل هر استاندارد، سنجه‌های مرتبط در چارچوب جداول یکسان معرفی و ذیل هر سنجه، ملاک های ارزیابی با همراه توضیحات مربوط جهت شفاف سازی بیشتر جهت پیاده سازی و ارزیابی سنجه‌ها ارائه شده است. همچنین سنجه‌ها در سه سطح به شرح ذیل طبقه بندی شده اند:

- سنجه های سطح یک: سنجه‌هایی که اهمیت، حساسیت و امکان تحقق آن‌ها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان می‌باشند.
- سنجه های سطح دو: سنجه‌هایی که امکان تحقق آن‌ها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان‌ها می‌باشند.
- سنجه های سطح سه: سنجه‌هایی که امکان تحقق آن‌ها پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستان‌ها می‌باشند.

**الف - رهبری و مدیریت**

- الف-۱ رهبری و مدیریت کیفیت.....
- الف-۲ مدیریت خطر حوادث و بلايا.....
- الف-۳ مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه‌ای.....
- الف-۴ مدیریت خدمات پرستاری.....
- الف-۵ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت.....
- الف-۶ بهداشت محیط.....
- الف-۷ مدیریت تجهیزات پزشکی.....

**ب- مراقبت و درمان**

- ب-۱ مراقبت‌های عمومی بالینی.....
- ب-۲ مراقبت‌های حاد و اورژانسی.....
- ب-۳ مراقبت‌های جراحی و بیوشی.....
- ب-۴ مراقبت‌های مادر و نوزاد.....
- ب-۵ پیشگیری و کنترل عفونت.....
- ب-۶ مدیریت فارویی.....
- ب-۷ خدمات تصویر برداری.....
- ب-۸ خدمات آزمایشگاه.....
- ب-۹ طب انتقال خون.....
- ب-۱۰ خدمات سرپایی.....

**ج- حمایت از گیرنده خدمت**

- ج-۱ تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت.....
- ج-۲ احترام به حقوق گیرنده خدمت.....
- ..... نتیجه های اختصاصی بیمارستان های تک تخصصی با گرایش روان پزشکی.....

گروه های مرتبط		ضریب وزنی	نوع وزن سنج	
مدیریت حوادث و بلایا - بانماد ❌	انطباق با موازین شرع مقدس - بانماد ✅	ایمنی بیمار - بانماد ❄️	۲	دارای وزن بالا
<p>- سنج‌های مرتبط با رسالت اصلی مراکز، شاخصهای کلیدی عملکرد، بیمار محور بودن، نتیجه محور و مبتنی بر شواهد بودن، نشان دهنده استفاده از خرد جمعی - بانماد ❑</p> <p>- برخی سنج‌های ایمنی بیمار دارای وزن متوسط - بانماد ☆</p>		۱/۵	دارای وزن متوسط	
سایر موارد		۱	دارای وزن عادی	

## ب- مراقبت و درمان

### ب-۱ مراقبت‌های عمومی بالینی

سطح	ب-۱-۱ شناسایی بیماران به صورت فعال و مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.
سطح دو	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 می‌شود. <ul style="list-style-type: none"><li>❖ تهیه دستبند شناسایی در پذیرش</li><li>❖ الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانواده</li><li>❖ آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی</li><li>❖ انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال</li><li>❖ الصاق دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه</li><li>❖ رعایت سیستم کدبندی رنگی دستبند شناسایی</li><li>❖ چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجرهای پر خطر</li><li>❖ آگاهی بیماران/خانواده آنان نسبت به اهمیت و نحوه استفاده از دستبند</li><li>❖ شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت برای تمامی بیماران طبق دستورالعمل ابلاغی</li></ul>

- مطابق آیین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان‌ها؛ در همه بیمارستان‌ها باید واحدهای رختشویخانه ( لئزری)،  
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 که مصرف خون در آنها بسیار نادر است، ضروری نیست و لی باید در این خصوص تعریف فرآیند صورت گرفته و خط مشی و روش تهیه خون در صورت نیاز، مشخص باشد.

- در خصوص مدیریت پسماندهای عفونی در بیمارستان‌های تک تخصصی روان پزشکی وجود دستگاه بی خطر ساز، الزامی نبوده و این بیمارستان‌ها می‌توانند 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 و تحویل آن به شهرداری امکان پذیر می باشد.

تبصره ۲- با توجه به اینکه سنجه‌های غیر قابل ارزیابی (NA) مواردی هستند که مطابق آیین نامه تاسیس و اداره بیمارستان‌ها در مأموریت‌های بیمارستان پیش بینی نشده، در مرحله خود ارزیابی توسط بیمارستان در سامانه اعتباربخشی اعلام می‌شود. در این خصوص بسته‌های ارزیابی سنجه‌های غیر قابل ارزیابی تدوین و آموزش این سنجه‌ها برای کلیه ذی‌نفعان انجام گرفته است. بدیهی است دانشگاه علوم پزشکی مرتبط؛ مسئولیت تایید و ارسال نهایی سنجه‌های غیر قابل ارزیابی بیمارستان‌ها از طریق سامانه اعتباربخشی را بر عهده دارد.



### شرایط احراز رتبه اعتباربخشی بیمارستانها طبق مصوبه کمیته اجرایی مرکز

رتبه	درصد کل	سطح یک	سطح دو	سطح سه	ایمنی بیمار	اورژانس
یک	65	68	55	41	60	61
دو	0	58	45	0	54	55
سه	0	54	35	0	50	52
چهار	0	51	21	0	50	50

کسب حداقل هر یک از شرایط برای احراز رتبه الزامی است



# گزارش برنامه نظارت جامع بر عملکرد بیمارستانهای استان

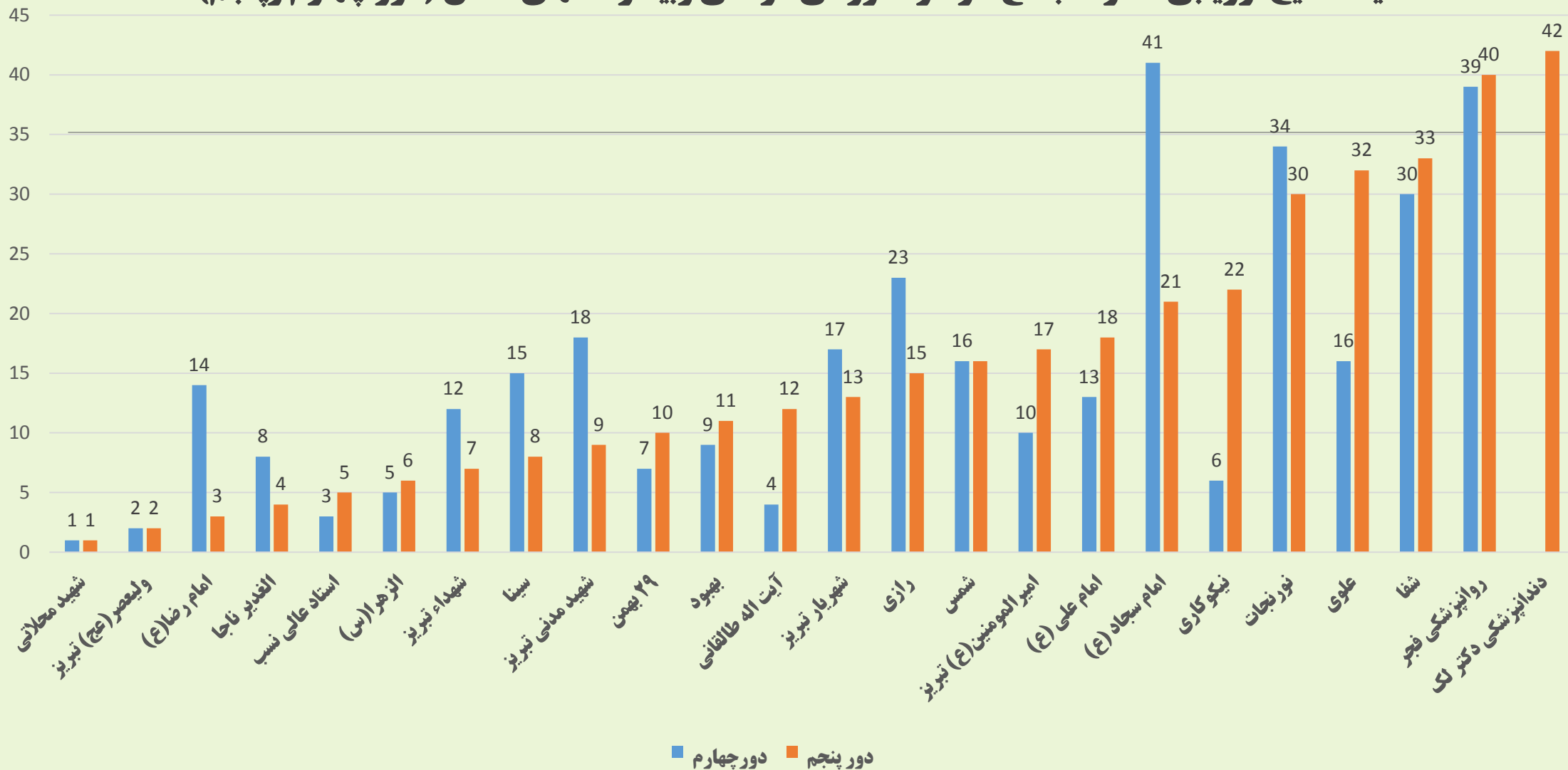
دور پنجم – سال ۱۴۰۰

## ✓ اهداف اصلی برنامه نظارت جامع دانشگاه:

- شناسایی نقاط قوت و ضعف ، فرصتها و چالش های بیمارستانی
- پرهیز از نظارتها و بازدیدهای موازی در مجموعه دانشگاه
- تعمیق و اشاعه فرهنگ نظارت و تضمین کیفیت در سطح بیمارستانها
- ایجاد آمادگی برای اعتباربخشی ملی وبستر سازی برای استقرار استانداردهای مربوطه
- قرار دادن کارشناسان در موقعیت های یاددهی و یادگیری
- افزایش اثربخشی و کارائی بیشتر خدمات بیمارستانها

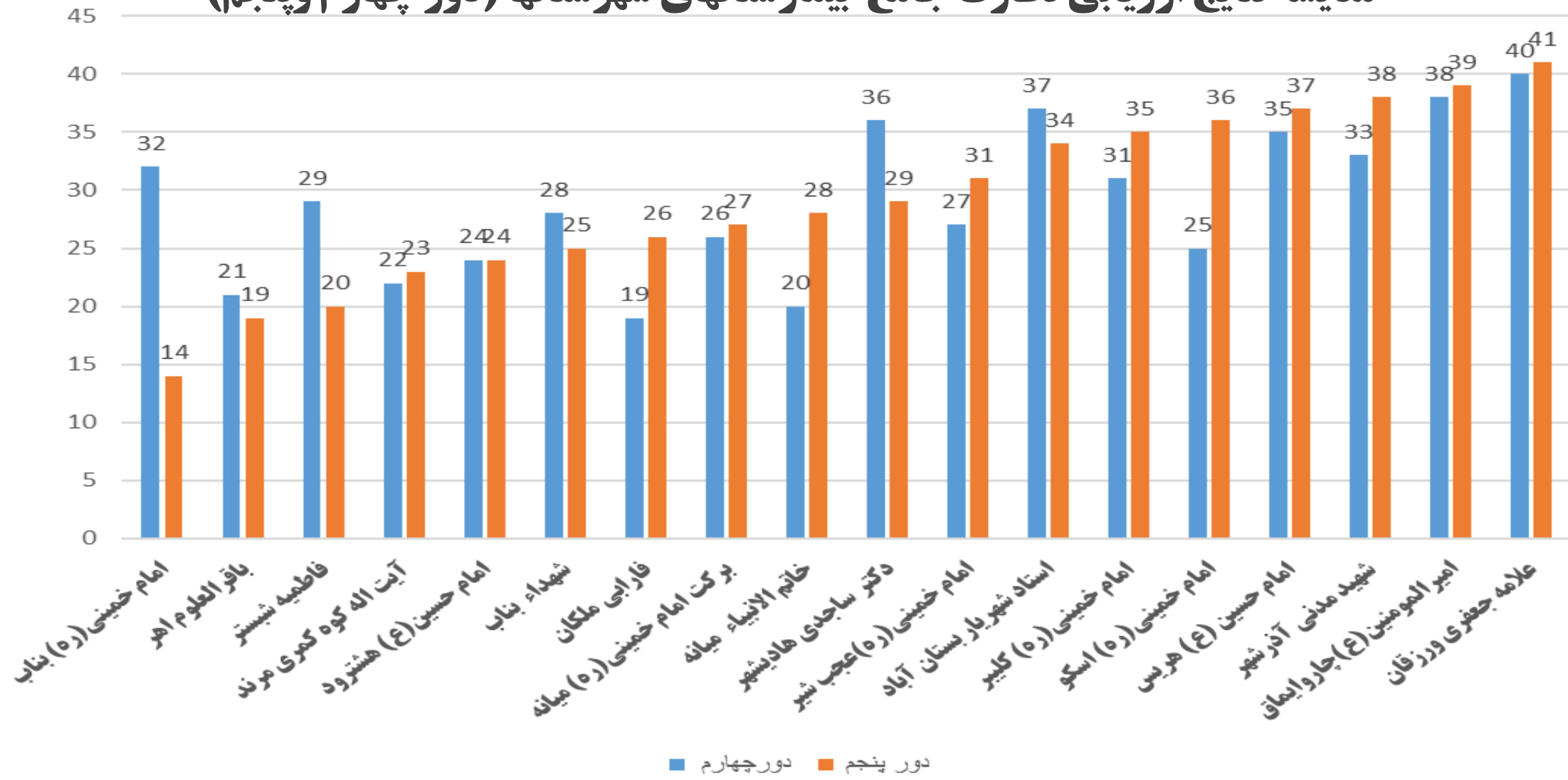


## مقایسه نتایج ارزیابی نظارت جامع مراکز آموزشی درمانی ویماستانهای استان (دور چهارم و پنجم)



# مقایسه نتایج ارزیابی نظارت جامع بیمارستانهای شهرستانها (دور چهارم و پنجم)

Chart Title



**با آرزوی موفقیت در مسیر بهبود و ارتقای مستمر خدمات**

**و استقرار استانداردهای بیمارستانی**

**و ارائه خدمات ایمن و موثر**