

دستورالعمل اعتباربخشی دور پنجم

بیمارستان‌های کشور (سال ۱۴۰۱)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان
گروه ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات پزشکی و بیمارستان‌ها
اسفند ۱۴۰۰



فهرست مطالب

۲	فهرست مطالب
۳	مقدمه
۳	استانداردها و سطح بندی سنج‌ها
۴	روش ارزیابی اعتباربخشی
۴	الف- ارزیابی‌های ادواری و سرزده اعتباربخشی
۵	ب- ارزیابی جامع و ممیزی نهایی
۵	ب-۱ خود ارزیابی بیمارستان‌ها و بارگذاری مستندات
۶	ب-۲ ارزیابی جامع طبق برنامه زمان بندی ستاد، صدور کارنامه و گواهینامه
۷	ب-۳ رسیدگی به اعتراضات و در صورت تایید دانشگاه مربوطه و کمیته اجرایی ارزیابی مجدد
۷	رتبه بندی اعتباربخشی
۸	سخن آخر



مقدمه

سلامت به عنوان یکی از مهمترین نیازها و اساسی‌ترین حقوق مردم و همچنین از اولویت‌های اصلی به رسمیت شناخته شده است. نظر به اهمیت نظام سلامت در هر جامعه‌ای، بررسی و اعتبارسنجی خدمات بهداشتی و درمانی از نظر کیفیت ارائه‌ی خدمت، روش یا فرایند کار و حتی از نظر تجهیزات و ... از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شیوع بیماری کووید-۱۹ در دو سال اخیر این مهم را بیشتر مشخص نمود که مراقبت‌های سلامت زمانی می‌توانند نیازهای مردم را به شیوه‌ای موثر برآورده کند که خدمت به آنان به صورت استاندارد و با قالبی مناسب (به موقع، با کیفیت مناسب، با حداقل هزینه، با دسترسی مطلوب و با حفظ حقوق بیمار) ارائه گردد. اعتباربخشی به عنوان یکی از معتبرترین و شناخته شده‌ترین روش‌های ارزیابی نظام مند مبتنی بر کیفیت و ایمنی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، در راستای دستیابی به اهداف متعالی خود و در نهایت تعیین درجه اعتبار هر مرکز، نیازمند انجام ارزیابی صحیح و دقیق با استفاده از ارزیابانی است که دانش و تجربه کافی در مورد فرآیندها، سیستم‌ها و رویکردهای مدیریتی و بالینی مرتبط با کیفیت را داشته و با انگیزه و تعهد کاری بالا، وظایف محوله را به انجام رسانند. در همین راستا با توجه به تجارب بدست آمده از ادوار گذشته اعتباربخشی و به منظور رعایت قوانین و مقررات و حفظ وحدت رویه، دستورالعمل اجرایی فرایند اعتباربخشی دور پنجم بیمارستان‌های کشور در سال ۱۴۰۱، به شرح ذیل جهت هرگونه آمادگی لازم برای مراکز ابلاغ می‌گردد.

استانداردها و سطح بندی سنجها

با توجه به ابلاغ کتاب راهنمای جامع استاندارد اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران پیرو بخشنامه شماره ۴۰۰/۲۹۳۰ مورخ ۱۳۹۸/۰۲/۱۸ و اجرای یک دوره اعتباربخشی مبتنی بر این مرجع، و کسب بازخوردها و نظرات محیطی و ستادی، مجدداً متن استانداردهای اعتباربخشی دوره پنجم پس از اعمال بازخوردها و نظرات شامل موارد ذیل، پس از تصویب در کمیته‌های تخصصی و اجرایی این حوزه، جهت بهره برداری و اجرا ابلاغ و از طریق سامانه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها با آدرس اینترنتی <https://accreditation.behdasht.gov.ir> اطلاع رسانی خواهد شد.

- به روز رسانی و شفاف نمودن بسته سنج‌های غیر قابل ارزیابی (NA¹) بیمارستان‌ها
 - حذف تعداد معدودی از سنج‌های مشابه و موازی
 - تدوین بسته اختصاصی سنج‌های بیمارستان‌های تک تخصصی با گرایش روان پزشکی
- لازم به ذکر است این بسته فقط برای بیمارستان‌های تک تخصصی روان پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد و ارزیابان محترم در ارزیابی این بیمارستان‌ها علاوه بر بسته استاندارد های اعتباربخشی ملی، بسته سنج‌های تخصصی روان پزشکی را نیز ارزیابی می‌نمایند.

¹ Not Applicable



➤ سطح بندی سنجه‌ها مشابه نسل چهارم اعتباربخشی، شامل سنجه‌های سطح یک با اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان، سنجه‌های سطح دو با امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان‌ها و سنجه‌های سطح سه با امکان تحقق پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستان‌ها می‌باشد.

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 سه مرحله به شرح ذیل می‌باشد:

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

الف- ارزیابی‌های ادواری و سرزده اعتباربخشی

پیرو ابلاغ استانداردهای نسل نوین اعتباربخشی بیمارستان‌ها و استقرار و اجرای آن در بیمارستان‌های کشور و همچنین ابلاغ مقام عالی وزارت پیرو بخشنامه شماره ۱۰۰/۱۵۵۶ مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۳ و همچنین نامه شماره ۴۰۰/۲۳۷۶۵ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۰۱ در خصوص اجرای اعتباربخشی جامع بیمارستان‌ها در بازه زمانی دو ساله، به منظور نظارت بر روند استقرار استانداردها و کسب اطمینان از بهبود مستمر کیفیت خدمات و نیز حفظ آمادگی بیمارستان‌ها جهت اعتباربخشی جامع در روند دو ساله، برنامه ریزی و اجرا بازدیدهای ادواری مورد تاکید می‌باشد. این بخش از فرایند اعتباربخشی مبتنی بر بازدیدهای مستمر با هدف کسب اطمینان از بهبود کیفیت خدمات، با مشارکت ارزیابان آموزش دیده، کارشناسان ستادی دانشگاه‌ها و وزارت متبوع تدوین و در دانشگاه‌های علوم پزشکی (حداقل یکبار در سال) لازم الاجرا می‌باشد. نتایج بازدیدهای ادواری مطابق با چک لیست‌های ارزیابی ادواری که پس از بازنگری متعاقباً ابلاغ می‌گردند و همچنین گزارش بازخورد بر اساس شاخص‌های کلیدی از نتایج بازدیدهای سرزده اعتباربخشی که توسط سرپرست تیم ارزیابی و با محوریت مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان برنامه ریزی و اجراء



می‌گردد، در سامانه اعتباربخشی بیمارستان‌ها به عنوان سوابق بیمارستان ثبت و در صورت تایید آن توسط کمیته اجرایی ستاد در نتایج نهایی بیمارستان‌ها لحاظ خواهد شد.

ب- ارزیابی جامع و ممیزی نهایی

ب-۱ خود ارزیابی بیمارستان‌ها و بارگذاری مستندات

تمامی بیمارستان‌ها مشمول خود ارزیابی می‌باشند. این مرحله از فرایند ارزیابی با هدایت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان انجام می‌شود. توصیه می‌شود هر یک از بیمارستان‌ها خود ارزیابی‌های مکرر را با رویکرد بازنگری و بهبود مستمر کیفیت برنامه ریزی و انجام داده و نسبت به ثبت نتایج آخرین خود ارزیابی در سامانه ملی اعتباربخشی مطابق تقویم زمانی اعلام شده، اقدام نمایند. این مرحله از ارزیابی شامل تکمیل بسته خود ارزیابی در سامانه و بارگذاری مستندات شامل تمامی روش‌ها، دستورالعمل‌ها، صورتجلسات، شاخص‌ها و نتایج آن‌ها، اطلاعات پرسنلی، اطلاعات قراردادهای و برون سپاری‌ها و... در بازه زمانی تعیین شده از سوی وزارت متبوع می‌باشد. مسئولیت صحت و محرمانگی اطلاعات و مستندات ثبت شده با رئیس/مدیرعامل بیمارستان بوده و پس از ثبت نهایی قابل ویرایش نخواهد بود. دانشگاه علوم پزشکی مربوطه با بررسی سوابق عملکردی بیمارستان‌های تحت پوشش خود در صورت تایید، نتایج خود ارزیابی را از طریق سامانه ارسال و در صورت لزوم نسبت به اصلاح و تائید مجدد اقدام می‌نماید. بدیهی است با عنایت به اینکه فرایند خود ارزیابی بیمارستان‌ها از طریق یک ارزیابی درون سیستمی توسط چک لیست‌های فراهم شده منطبق با استانداردهای مدون، به عنوان پیش نیاز فرایند اعتباربخشی، باعث تغییرات اساسی در فعالیت‌های مدیریتی، درمانی و بهداشتی سازمان می‌گردد و متعاقب آن روند بهبود کیفیت مستمر، شناسایی، توسعه، طراحی، اقدام و اجرا می‌گردد.

تبصره ۱- هرگونه روند منجر به ارتقاء از وضعیت کیفی نتایج خود ارزیابی بیمارستان‌ها نسبت به ارزیابی جامع و همچنین وجود فاصله امتیازی کم بین ارزیابی داخلی و ارزیابی جامع انجام شده، در کارنامه عملکردی بیمارستان‌ها به عنوان نتایج مثبت، ثبت و تحلیل خواهد شد.

تبصره ۲- با توجه به اینکه **سنج‌های 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 سنج‌های غیر قابل ارزیابی تدوین و آموزش این سنج‌ها برای کلیه ذی‌نفعان انجام گرفته است. بدیهی است دانشگاه علوم پزشکی مرتبط؛ مسئولیت تایید و ارسال نهایی سنج‌های غیر قابل ارزیابی بیمارستان‌ها از طریق سامانه اعتباربخشی را برعهده دارد.



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

اعتباربخشی بیمارستان‌ها با استفاده از ارزیابان کشوری و دانشگاهی با محوریت مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت متبوع برنامه ریزی و اجراء می‌گردد. با توجه به رویکرد ارزیابی مستمر اعتباربخشی، مطابق تقویم کشوری اعتباربخشی با لحاظ شرایط جغرافیایی و منطقه ای، آب و هوایی، فصلی، سوابق ارزیابی و اعتبار گواهینامه‌ها و ... به تدریج تمامی بیمارستان‌ها ارزیابی و پس از صدور کارنامه، گواهی‌نامه‌های دو ساله صادر می‌گردد.

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

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.

تبصره ۴- سرپرست تیم ارزیابی وظیفه ارزیابی مجوزهای قانونی مرتبط با تاسیس و بهره برداری از بیمارستان را قبل از ورود بیمارستان به فرایند ارزیابی جامع، بررسی شواهد و مستندات بارگذاری شده از طریق سامانه، بررسی اولیه سنجه‌های مرتبط با مستندات، بررسی نتایج خود ارزیابی بیمارستان‌ها و برنامه‌ریزی و هماهنگی و طراحی نقشه ارزیابی را بر عهده دارد. سرپرست تیم ارزیابی همچنین وظیفه نظارت و ارزیابی کیفیت کار سایر ارزیابان و جمع بندی گزارش نهایی جهت ارائه به بیمارستانها بر عهده دارد.

تبصره ۵- ارزیابان اعزامی موظف به انجام فرآیند ارزیابی طبق آموزش‌ها و راهنماهای ارائه شده براساس بسته محوله، ثبت نتایج و بارگذاری در سامانه اعتباربخشی ظرف مدت سه روز می‌باشند.

تبصره ۶- سایر ارزیابان مورد تائید معاونت درمان که پس از طی مراحل گزینش و انتخاب نهایی، آموزش‌های مسمتر را به صورت حضوری/ مجازی دیده‌اند، جهت ارزیابی سایر حوزه‌های مرتبط بکارگیری خواهند شد.

تبصره ۷- نحوه امتیازدهی در مراحل خود ارزیابی و ارزیابی نهایی بر اساس درصد تحقق به هر سنجه است و امتیاز آن از صفر تا ۱۰ می‌باشد.



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

پس از انجام ارزیابی جامع و انجام فرآیندهای مرتبط، کارنامه و گواهی نامه بیمارستان‌ها صادر می‌گردد. حداکثر یک‌ماه پس از صدور گواهی نامه، در صورت اعتراض بیمارستان به نتیجه نهایی (با توجه به معیارهایی که متعاقباً توسط کمیته اجرایی تعیین و ابلاغ خواهد شد)، مستندات مربوط به تفکیک هر یک از محورها و با ذکر دلایل توجیهی، پس از تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه، جهت بررسی در "کمیته اجرایی اعتباربخشی" به مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان ارسال می‌گردد.

لازم به ذکر است در صورت تصویب در کمیته اجرایی اعتباربخشی، بازدید مجدد طی سه ماه برنامه‌ریزی و در نهایت گواهی نامه مجدد برای بیمارستان صادر خواهد شد. بدیهی است بررسی اعتراضات و صدور گواهی نامه مجدد مستلزم پرداخت هزینه طبق تعرفه ابلاغی خواهد بود.

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.

تبصره ۱- شرایط کسب هر یک از شش نوع رتبه / درجه اعتباربخشی با لحاظ درصد تحقق در هر یک سنجه‌های سطح یک، دو و سه در استانداردهای محوره‌های ۱۹ گانه، درصد تحقق استانداردهای ایمنی بیمار، درصد تحقق استانداردهای محور مراقبت‌های حاد و اورژانس و درصد تحقق سنجه‌های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش‌های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت اعلام خواهد شد.

تبصره ۲- انتخاب بیمارستان‌های کاندید یک عالی از بین ۱۰ بیمارستان اول و انتخاب بیمارستان‌های کاندید یک برتر از بین ۳۰ بیمارستان بعدی با لحاظ درصد تحقق کل، درصد تحقق در هر یک سنجه‌های سطح یک، دو و سه در استانداردهای محوره‌های ۱۹ گانه، درصد تحقق استانداردهای ایمنی بیمار، درصد تحقق استانداردهای محور مراقبت‌های حاد و اورژانس و درصد تحقق سنجه‌های سطح دو از استانداردها در هر یک از بخش‌های رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت صورت می‌پذیرد. بدیهی است در خصوص تایید بیمارستان‌های حائز رتبه عالی پس از ارزیابی میدانی و در خصوص بیمارستان‌های حائز رتبه یک برتر پس از بررسی نتایج و سوابق در کمیته اجرایی اعتباربخشی مطابق با ضوابط و معیارهایی که متعاقباً اعلام می‌گردد، تصمیم‌گیری خواهد شد.



تبه صره ۳- یادآوری می‌گردد؛ هرچند در نسخه‌های پیشین اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها، موارد مرتبط با قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس، مورد ملاحظه بوده است، لیکن در دوره جدید با وضوح بیشتر در سنجه‌های اعتباربخشی دیده خواهد شد و در ارزیابی جامع و رتبه‌بندی بیمارستان‌ها نقش پررنگ‌تری خواهد یافت. بدیهی است در صورت عدم کسب حداقل امتیاز مورد نظر این حوزه، بیمارستان واجد شرایط کسب رتبه عالی و یک برتر نخواهد بود.

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 حرفه‌ای در سطح بیمارستان‌ها اهتمام جدی نمایند. به استحضار می‌رساند برنامه‌های مستمر آموزشی جهت ارزیابان، مدیران و مسئولان محترم دفاتر بهبود کیفیت تمامی بیمارستان‌های کشور اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی، کارشناسان محترم اعتباربخشی دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور در فاصله زمانی هر دوره از اعتباربخشی، با محوریت مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان برنامه‌ریزی و اجراء خواهد شد. در پایان خاطر نشان می‌گردد، سایر ضوابط و شرایط اجرایی و فنی نحوه ارزیابی‌های ادواری و جامع، تقویم دقیق بازدیدها، نحوه مشارکت دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر توسط مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان تدوین و متعاقباً اطلاع‌رسانی خواهد شد.