

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی

واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران



زیر نظر:

دکتر مرضیه وحیددستجردی - دکتر سید حسن امامی رضوی - دکتر سیدسجاد رضوی

مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سید محمدصادق مهدوی - دکتر محمودرضا محقق

مؤلفان:

دکتر مژده رمضانی - دکتر لیلا کیکاوسی آرانی - پرستو عابدینی سلیم آبادی -
غلامعلی جعفری - صمد خلیفه گری - خدیجه دانایی - دکتر پریسا دولتشاهی -
مهندس راحله روح پرور - عطیه صباغیان پیرو - نعمت اله عباس گودرزی -

دکتر حمید مهربانی فر





راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

زیر نظر:

دکتر مرضیه وحید دستجردی - دکتر سیدحسن امامی رضوی - دکتر سیدسجاد رضوی

مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر سیدمحمدصادق مهدوی - دکتر محمودرضا محقق

مؤلفان:

دکتر مژده رمضانی - دکتر لیلا کیکاوسی آرنی - پرستو عابدینی سلیم آبادی - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه‌گری - خدیجه دانایی - دکتر پریسا دولتشاهی - مهندس راحله روح‌پرور - عطیه صباغیان پیرو - نعمت‌اله عباس گودرزی - دکتر حمید مهربانی فر

همکاران امور اجرایی:

فرشته بابایی - بهمن اعتصامی - رضا رضایی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت درمان - دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان - اداره ارزشیابی مراکز درمانی

وضعیت نمایه سازی : فیبا.

شماره کتابشناسی ملی : ۲۹۱۸۸۷۵

عنوان و نام پدیدآور : راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران [منابع الکترونیکی] / زیر نظر مرضیه وحیددستجردی، سیدحسن امامی رضوی، سیدسجاد رضوی؛ مشاوران فنی و اجرایی سیدمحمدصادق مهدوی، محمودرضا محقق؛ مولفان مژده رضائی... او دیگران؛ همکاران امور اجرایی فرشته بابایی، بهمن اعتصامی، رضا رضایی؛ [ابه سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی.

وضعیت نشر : تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری : ۱ لوح فشرده: بی کلام، ۱۲ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۲۸-۶۷-۱

یادداشت : مولفان مژده رضائی - لیلا کیکاوسی آرانی - پرستو عابدینی سلیم آبادی - غلامعلی جعفری - صمد خلیفه‌گری - خدیجه دانایی - پریسا دولتشاهی - راحله روح‌پرور - عطیه صباغیان پیرو - نعمت‌اله عباس گودرزی - حمید مهرابی فر.

توصیفگر : ارزشیابی

بخش‌های بیمارستان

مدیریت بیمارستان‌ها

گزارش‌های تخصصی

استانداردها

بیمارستان‌ها

توصیفگر : ایران

شناسه افزوده : وحید دستجردی، مرضیه، ۱۳۳۸ -

امامی رضوی، سیدحسن، ۱۳۳۸ -

رضوی، سیدسجاد، ۱۳۴۶ -

مهدوی، سیدمحمدصادق، ۱۳۳۹ -

محقق، محمودرضا، ۱۳۴۹ -

رضایی، رضا، ۱۳۴۸ -

اعتصامی، بهمن، ۱۳۴۲ -

بابایی، فرشته، ۱۳۵۰ -

رضائی، مژده، ۱۳۴۹ -

شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان. اداره ارزشیابی مراکز درمانی

ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت درمان

ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

با همکاری کانون آگهی و تبلیغاتی چکامه آوا

صفحه آرایشی: گروه هنری چکامه آوا

طرح جلد: شیما خوشکار

شمارگان: ۲۰۰۰ عدد

قیمت: ندارد

ISBN: 978-600-5528-67-1

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۲۸-۶۷-۱

«حق چاپ برای دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان محفوظ است»

با تقدیر و تشکر از راهنمایی‌ها و همکاری‌های

جناب آقای دکتر سید محمد صادق مهدوی - جناب آقای مهندس مسعود ابوالحلاج - جناب آقای دکتر مهدی جعفری - جناب آقای دکتر سید محمد اسماعیل فضل هاشمی -
جناب آقای مهندس علی جوان - جناب آقای مهندس ناصر سلمان مهاجر - جناب آقای مهندس سید عباس میر عابدینی - جناب آقای کامبیز منظم - سرکار خانم پونه مازیار -
جناب آقای دکتر علی‌رضا مظهري - جناب آقای دکتر حمید رواقی - جناب آقای دکتر سید محمد سادات - سرکار خانم فرناز مستوفیان - سرکار خانم دکتر پیغام حیدر پور

مرکز مدیریت بودجه و پایش عملکرد

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - اداره حاکمیت بالینی

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

فهرست

صفحه

عنوان

۱۳	.....	استانداردهای حاکمیتی
۴۱	.....	استانداردهای اجرایی
۷۱	.....	رییس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
۷۴	.....	مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
۷۷	.....	مدیریت فعالیتهای آموزشی و پژوهشی
۸۵	.....	مدیریت خطر
۹۱	.....	مدیریت بحران و بلایا
۹۸	.....	خطاها و حوادث ناخواسته
۱۰۴	.....	مدیریت مالی
۱۱۷	.....	خطی مشیها و روشها
۱۲۳	.....	منابع

سخن وزیر

حفظ و ارتقای سلامت، هدفی است ارزشمند که دستیابی به آن نیازمند به کارگیری توأمان دانش و درایت است. تنوع ساختار و شیوه‌های عملکردی نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف جهان نشانگر رویکردهای متفاوت برای رسیدن به اهداف مشابه بوده و نتایج موفق یا ناموفق حاصله نیز بیانگر آن است که با وجود دامنه گسترده اطلاعات در دهکده جهانی، هوشمندی در انتخاب راه کار مناسب از این دریای بیکران دانش بشری، شرطی اساسی برای رسیدن به موفقیت به شمار می‌رود.

بیمارستان‌ها به عنوان سرمایه‌های عظیم ملی، علاوه بر تجهیزات و منابع فراوان، بسیاری از نخبگان کشور را در خود جای داده‌اند که هر یک به نوبه خود منشاء خدمات بی‌شمار برای جامعه هستند اما سیاستگذاری مناسب، موجب جهت دهی و هدایت صحیح آن‌ها در مسیر اهداف کلان سلامت خواهد شد و یکی از مهم‌ترین ابزارهای راهبری و رفتارسازی در سطح فردی و سازمانی، استفاده از روش‌های مناسب ارزشیابی است. روش‌هایی که علاوه بر تناسب با موضوع و محتوای مورد سنجش، از صحت و دقت مناسب برخوردار بوده و امکان شناسایی نقاط قوت و فرصت‌های بهبود را در سطح سازمانی، دانشگاهی و ملی فراهم آورده و با تکیه بر اصول و اولویت‌ها، سیاستگذاران و مجریان را در توزیع و تخصیص مناسب و اثربخش منابع محدود برای پاسخ به نیازهای نامحدود، یاری رسانند.

در همین راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعتباربخشی و حاکمیت بالینی را به عنوان شیوه‌هایی مکمل در زمینه ارتقای کیفیت و ایمنی مراکز ارائه خدمات سلامت، در دستور کار خود قرار داده است و خداوند را سپاس می‌گوییم که به دنبال ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها در اسفند ماه سال ۱۳۸۹ و برگزاری نخستین جشنواره حاکمیت بالینی در سال ۱۳۹۰، اکنون در پی تلاش‌های بی وقفه و همت والای همکاران معاونت درمان، توفیق آن حاصل شده‌است که شاهد تدوین راهنمای ارزیابی استانداردهای مذکور به عنوان ابزاری ارزشمند در جهت سنجش ایمنی و کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های کشور باشیم و انتظار می‌رود دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور با التزام و تعهد در به کارگیری دقیق و مسئولانه این ابزار، گام‌های جدی در جهت ارتقای روز افزون کیفیت و ایمنی مراکز مذکور برداشته و اطمینان داشته باشند که وزارت متبوع و معاونت‌های مختلف آن نیز از طریق شورایی اعتباربخشی که در بالاترین سطوح وزارتی، مسئولیت سیاستگذاری و هماهنگی‌های لازم در این زمینه را برعهده دارد، آن‌ها را در اجرای هر چه موفق تر این امر خطیر، یاری خواهد رساند.

در پایان لازم می‌دانم از جناب آقای دکتر سید حسن امامی رضوی، معاون محترم درمان و همکارانشان در دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان به واسطه تلاش‌ها و زحمات ارزشمندشان در به ثمر رساندن این سند افتخار ملی، تشکر و سپاسگزاری نموده و توفیق روز افزون آنان را از درگاه پروردگار متعال، مسئلت نمایم.

دکتر مرضیه وحید دستجردی

وزیر

پیش‌گفتار

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از پیچیده‌ترین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، از اهمیت و حساسیت خاصی برخوردار هستند و بیماران و همراهان در شرایط اضطرار و نگرانی به این مراکز مراجعه نموده و انتظار آن دارند که شاهد برخوردی مسئولانه و حاکی از احترام و همدردی بوده و خدماتی کیفی، ایمن و اثربخش را با پرداخت هزینه‌ای منطقی، دریافت نمایند. از سوی دیگر تأمین رضایت شغلی و رعایت شأن و منزلت کارکنان نیز از ضرورت و اولویت خاصی برخوردار است. همچنین، این مراکز محل ارائه خدمات متنوعی هستند که سیاستگذاری و هدایت آن‌ها را دفاتری از عرصه‌های مختلف ستادی برعهده داشته و ایجاد هماهنگی میان برنامه‌هایی که از مسیرهای متفاوت آغاز شده و در یک عرصه محیطی همچون بیمارستان تجمیع و آرایه می‌شوند، امری ضروری و در عین حال چالش برانگیز خواهد بود. جای بسی خوشحالی است که همکاران اداره ارزشیابی مراکز درمانی در دفتر نظارت و اعتباربخشی این معاونت، از نیمه دوم سال ۱۳۸۶ با آغاز مراحل تدوین استانداردهای اعتباربخشی ملی با هدف ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات آرایه شده در بیمارستان‌های کشور، در یک حرکت کم‌نظیر، ارتباط وسیعی را با دفاتر مرتبط در وزارت متبوع و دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور برقرار نموده و در پی استقبال و همکاری بسیار خوب مخاطبان، زمینه‌های همسویی و هماهنگی هرچه بیشتر را در این عرصه فراهم آورده‌اند. به نحوی که اکنون در تدوین کتاب‌های راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، علاوه بر کلیدی‌ترین نکات برگرفته از دانش روز ملی و بین‌المللی، بسیاری از مطالبات و اهداف گروه‌های مختلف ستادی، در قالب بخش نامه‌ها و دستورالعمل‌ها، مورد اشاره قرار گرفته که این امر، افزایش ضمانت اجرایی، شفاف و هماهنگ شدن سیاست‌های ستادی و در نتیجه افزایش امکان اجرایی شدن برنامه‌ها را فراهم آورده است. بدیهی است این امر آغازگر حرکتی است که هماهنگی‌های دقیق‌تر و کاربردی‌تر آتی را به همراه داشته و موجب هم‌افزایی اقدامات ستادی و تسهیل فعالیت‌های محیطی در راستای ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات آرایه شده، خواهد شد.

در پایان از جناب آقای دکتر سید سجاد رضوی، مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان و جناب آقایان دکتر سید محمد صادق مهدوی و دکتر محمودرضا محقق به عنوان مشاوران فنی و اجرایی طرح و همچنین همکاران پرتلاش اداره ارزشیابی مراکز درمانی، تشکر و قدردانی نموده و امید آن دارم که زحماتشان با تأمین رضایت و اطمینان خاطر بیماران و همراهان در مراجعه به مراکز آرایه دهنده خدمات سلامت، به بار نشیند.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

مقدمه

اطمینان از ارائه خدمات کیفی، ایمن و اثربخش در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، هدفی است که دستیابی به آن مستلزم مطالعه، برنامه‌ریزی و تلاش پیگیر و گسترده است. این دفتر در راستای تحقق هدف مذکور و عمل به وظایف محوله، بازبینی نظام ارزیابی بیمارستان‌های کشور را در دستور کار خود قرار داده است که تدوین و ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران در پایان سال ۱۳۸۹، اولین دستاورد مهم این حرکت ارزشمند به شمار می‌رود.

بدیهی است از ابلاغ استاندارد تا اجرا و استقرار کامل آن در تمامی بیمارستان‌های کشور، مسیری دشوار و طولانی پیش روی تمامی دست‌اندرکاران این عرصه خواهد بود که آغاز دوره‌های آموزش آشنایی از ابتدای سال ۱۳۹۰ و پیگیری عملکرد دانشگاه‌ها در انتقال آموزش‌ها به بیمارستان‌های تحت پوشش، صرف‌نظر از نوع وابستگی آن‌ها، تلاشی دیگر در جهت تسهیل و تسریع این امر محسوب می‌شد و بررسی‌های مذکور نشانگر عملکرد در خور تحسین دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های کشور در راستای تحقق هدف مذکور بود. هر چند لزوم استمرار و تکمیل آموزش‌های ارائه شده، ضرورتی است انکار ناپذیر که از دید برنامه‌ریزان و سیاستگذاران پنهان نمانده و همچنان نسبت به آن اهتمام جدی دارند.

اما در ادامه این روند آنچه بیش از هر چیز واجد اهمیت و نیازمند توجه ویژه است، طراحی و به کارگیری شیوه‌ای مناسب برای سنجش صحیح و دقیق نتایج این تلاش‌ها در میدان عمل و عرصه بیمارستانی است؛ روشی که امکان ارزیابی دقیق، کامل و فارغ از سلیقه‌های شخصی را فراهم آورده و اطمینان خاطر لازم را برای تمامی ذی‌نفعان به ارمغان آورد. تدوین ۳۸ کتاب راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی با درج سنجه‌ها و جداول راهنمای امتیازدهی برای تمامی استانداردها، با استفاده از راهنمایی‌ها و نظرات کارشناسی حوزه‌های مرتبط، برگ زرین دیگری است که با تلاش‌های صادقانه و همت والای همکاران اداره ارزیابی این دفتر، به ثمر رسید و نتایج برگزاری دوره‌های آموزش ارزیاب در سطوح مختلف ستادی و اجرایی براساس راهنمای مذکور، بیانگر آن است که استفاده از جداول امتیازدهی به عنوان یک نوآوری ارزشمند در عرصه اعتباربخشی، ابزاری موفق و کارآمد در ایجاد دیدگاه‌های مشترک و امتیازدهی صحیح توسط ارزیابان و شفاف نمودن و عینیت بخشیدن به مفاهیم مندرج در استاندارد می‌باشد و از این طریق راهنمایی کاربردی برای اجرای استانداردها توسط بیمارستان‌ها نیز به شمار می‌رود.

در اینجا لازم می‌دانم از سرکار خانم دکتر مژده رضانی و همکارانشان در اداره ارزیابی مراکز درمانی به پاس تلاش‌های فراوان و پرثمرشان، صمیمانه قدردانی نموده و همچنین از حوزه‌های مرتبط وزارتتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور و بیمارستان‌هایی که با علاقه و پیگیری، ما را در به ثمر رساندن این مجموعه یاری رسانده‌اند، تشکر نمایم. در پایان از تمامی اساتید، اندیشمندان و صاحب نظران عرصه سلامت در سراسر کشور خواهشمندم با ارسال نظرات، انتقادات و پیشنهادهای سازنده‌شان، ما را در ارتقای هر چه بهتر این مجموعه در ویرایش آتی، یاری رسانند.

دکتر سید سجاد رضوی
مدیر کل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

راهنمای استفاده از کتاب

کتاب‌های راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان، به منظور شفاف و عینی شدن سنجش استانداردهای مذکور تدوین شده‌است اما در عین حال یک راهنمای گام به گام و دقیق برای اجرای استانداردها در بیمارستان‌ها نیز به شمار می‌رود. برای استفاده هرچه بهتر از این کتاب به موارد ذیل توجه فرمایید:

۱. در این کتاب برای هر استاندارد یک یا چند سنجح برای سنجش اجزای آن، تدوین شده‌است و در ذیل هر سنجح یک جدول راهنمای امتیازدهی قرار گرفته که شامل چهار ستون اصلی مستندات، مشاهدات، مصاحبه و امتیازات است و نشان می‌دهد ارزیابان برای بررسی میزان اجرایی شدن سنجحی مربوطه، باید چه مستنداتی را بررسی نموده، چه مواردی را مشاهده نمایند و با چه کسانی مصاحبه کنند و براساس یافته‌ها، چه امتیازی به آن سنجح بدهند. در کنار هر ستون از حروفی استفاده شده‌است که به ترتیب نشان دهنده‌ی موارد ذیل هستند:

ستون مستندات

الف: چه مستنداتی بررسی شود

ب: با چه مشخصاتی

ج: در کجا

د: به چه تعداد

ستون مشاهدات

ه: چه چیزی مشاهده شود

و: در کجا

ز: به چه تعداد

ح: چگونه مشاهده شود

ط: چه مدت زمانی رعایت شده باشد^۱

ستون مصاحبه

ی: با چه فرد یا افرادی مصاحبه شود

ک: چه چیزی پرسیده شود

ل: در کجا

م: از چند نفر

۱ حرف «ط» بیانگر آن است که سنجح مذکور برای چه مدتی اجرا شده است. به عنوان مثال یک خط مشی و روش ممکن است از یک ماه قبل از انجام ارزیابی، اجرایی شده باشد. با توجه به نوپا بودن برنامه اعتباربخشی، در سال اول اجرا، این مورد بررسی نمی‌شود.

مثال:

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف		ه		ی				
	ب		و		ک				
	ج		ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۲. باید توجه داشت که لازم نیست برای هر سنجه تمام ستون‌ها و ردیف‌ها تکمیل شده باشند؛ چرا که ممکن است برای ارزیابی یک سنجه فقط مشاهده کافی باشد و بررسی مستندات و انجام مصاحبه، موضوعیت یا ضرورت نداشته باشد که در این صورت ستون‌های مربوط به مستندات و مصاحبه، خالی خواهند بود.

مثال:

سنجه . رسالت بیمارستان با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، ، تایپ، قاب یا لمینیت شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	رسالت بیمارستان	ه		ی				
	ب	با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ، قاب یا لمینیت شده‌است	و		ک	موارد مندرج در قسمت مستندات را نداشته باشد	قسمتی از موارد مندرج در قسمت مستندات را داشته باشد	موارد مندرج در قسمت مستندات را به طور کامل داشته باشد	
	ج	در این بخش	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۳. در قسمت امتیازات، امتیازهای صفر، یک، دو و غیر قابل ارزیابی "غ.ق.ا" در نظر گرفته شده‌اند. برای امتیازدهی صحیح ابتدا به ستون "غ.ق.ا" نگاه می‌کنیم و اگر با توجه به موارد مندرج در آن، سنجه قابل ارزیابی بود، ستون‌های امتیازات را از راست به چپ، از صفر به سمت یک و دو، نگاه می‌کنیم. به این ترتیب که اگر یکی از حالت‌های مندرج در ستون صفر وجود داشته باشد، امتیاز صفر داده می‌شود حتی اگر هم زمان، حالتی از ستون یک یا دو هم دیده شود. به عنوان مثال اگر در جدول ذیل براساس مستندات برای ۱-۰ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده است اما در مصاحبه ۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه خود مشارکت نموده‌اند، امتیاز صفر داده خواهد شد.

مثال:

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس نیاز سنجی آموزشی انجام شده مطابق سنجه ۱ برای تمامی کارکنان این بخش با مشارکت آنان برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
الف	ب	برنامه توسعه فردی کارکنان	ه		ی	از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند	برنامه توسعه فردی از الگوی مورد نظر تبعیت می‌کند
	ج	مشخصات مطابق الگوی برنامه توسعه فردی مورد اشاره در محور آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان	و		ک	آیا شما در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت داشته‌اید؟	یا	و	و	و
	د	در پرونده پرسنلی کارکنان این بخش	ز		ل	این بخش	براساس مستندات برای ۱-۰ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۳-۲ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۵-۴ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است	براساس مستندات برای ۵-۴ نفر برنامه توسعه فردی تدوین شده‌است
	ه	۵ پرونده از رده‌های مختلف شغلی	ح		م	۵ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آنها کنترل شده‌است (به صورت حضوری یا تلفنی)	یا	یا	و	و
				ط			۱-۰ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۳-۲ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۵-۴ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند	۵-۴ نفر اظهار می‌کنند که در تدوین برنامه توسعه فردی خود مشارکت نموده‌اند

۱ . ستون غیر قابل ارزیابی در مواردی تکمیل شده‌است که سنجه مورد نظر در آن بخش/واحد یا بیمارستان، موضوعیت نداشته باشد. به عنوان مثال سنجه‌ای که در مورد بیمارستان‌های آموزشی است، در بیمارستان‌های غیرآموزشی موضوعیت نداشته و غیرقابل ارزیابی خواهد بود.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

۴. نکته دیگری که در امتیاز دهی باید به آن توجه داشت، حروف ربطی است که در جدول امتیازات از آن‌ها استفاده شده است. به عنوان مثال وقتی بین دو حالت از "یا" استفاده شده است، منظور این است که اگر هر یک از آن دو حالت وجود داشته باشند، امتیاز بالای آن ستون داده می‌شود. اگر از "و" استفاده شده باشد یعنی باید هر دو حالت موجود باشند تا امتیاز بالای آن ستون داده شود و اگر از "اما" استفاده شود یعنی بخشی از شرایط رعایت شده اما هنوز نقایصی وجود دارد.

مثال:

سنجه. اطلاعات مربوط به پرونده پرسنلی به صورت فایل کاغذی/الکترونیکی در دسترس رییس این بخش است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	لیست کارکنان این بخش و پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیکی آنان	ه		ی	رییس / سوپروایزر یا جانشین او	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی نداشته باشند	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند	رییس یا جانشین او به آن‌ها دسترسی داشته باشند	
	ب		و		ک	اگر پرونده پرسنلی کارکنان بخش در دسترس شما است آن را با هم ببینیم	اما			
	ج	در دسترس این بخش	ز		ل	در این بخش	پرونده پرسنلی ۱-۰ نفر موجود باشد	پرونده پرسنلی ۳-۲ نفر موجود باشد	پرونده پرسنلی ۵-۴ نفر موجود باشد	
	د	پرونده پرسنلی ۵ نفر از کارکنان این بخش که به طور تصادفی از روی لیست کارکنان و از رده‌های شغلی مختلف انتخاب شده‌اند*	ح		م					
			ط							

*تذکر: شامل کارکنان خدمات نمی‌شود و پرونده‌ی پرسنلی آنان در واحد بهداشت محیط کنترل می‌گردد.

۵. در جداول امتیازدهی در قسمت تعداد مستندات یا مشاهدات یا مصاحبه‌ها، معمولاً به عدد ۵ یا ۱۰ اشاره شده‌است. به عنوان مثال گفته شده با ۵ نفر از کارکنان بخش یا واحد مربوطه مصاحبه شده و در صورت دریافت پاسخ صحیح از سوی ۱-۰ نفر، امتیاز صفر، از سوی ۳-۲ نفر، امتیاز یک و از سوی ۵-۴ نفر، امتیاز دو داده شود. اما ممکن است این مصاحبه در واحدی صورت بگیرد که کارکنان آن در مجموع ۳ نفر هستند. در این موارد باید براساس شرایط موجود درصد گرفته شود. به عنوان مثال اگر در واحدی سه نفر مشغول به کار بوده و در مصاحبه دو نفر پاسخ صحیح و یک نفر پاسخ نادرست بدهند، در این صورت ۲ تقسیم بر ۳ شده و در ۱۰۰ ضرب می‌شود که حاصل آن ۶۶/۶۶٪ می‌شود. اکنون با توجه به ملاک‌های ذیل امتیازدهی انجام می‌شود:
- اگر درصد حاصله بین ۲۰-۰٪ باشد، امتیاز صفر داده می‌شود. اگر بین ۶۰-۲۱٪ باشد، امتیاز یک داده خواهد شد و اگر بین ۱۰۰-۶۱٪ باشد، امتیاز دو به آن تعلق خواهد گرفت. بنابر این چون در این مثال، ۶۶/۶۶٪ عددی بین ۱۰۰-۶۱٪ است، امتیاز ۲ به آن داده خواهد شد.
۶. در برخی استانداردها که مربوط به شرایط احراز مسئولین قسمت‌های مختلف بیمارستان است، نحوه‌ی امتیاز دهی متفاوت است و برای هر یک از موارد تحصیلات، تجربیات و دوره‌های آموزشی، امتیازی در نظر گرفته شده‌است که با توجه به شرایط مسئول مربوطه در بیمارستان، امتیاز مذکور داده شده و مجموع امتیازات، امتیاز آن سنج را نشان خواهد داد.
- مثال:**

سنجه . فردی دارای مدرک تحصیلی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد سوپروایزر این بخش است.

شماره سنج	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز
	الف	موارد مندرج در متن استاندارد	ه		ی	در صورتی که سوپروایزر بخش رادیولوژی ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنج تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:	
	ب		و		ک	مدرک کارشناسی رادیولوژی یا بالاتر (۳ امتیاز)	
	ج	در پرونده پرسنلی سوپروایزر این بخش	ز		ل	مدرک کاردانی رادیولوژی (۲ امتیاز)	
	د		ح		م	دو سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کارشناسی رادیولوژی (۲ امتیاز)	
			ط			چهار سال سابقه کار در بخش تصویربرداری برای کاردان رادیولوژی (۱ امتیاز)	

۷. لازم به ذکر است که روش امتیازدهی اعتباربخشی با ارزشیابی قبلی، متفاوت است و برخلاف گذشته که با توجه به مجموع امتیازات کسب شده توسط بیمارستان، درجه مربوطه مشخص می‌شد، در اعتباربخشی براساس درصد امتیاز کسب شده از مجموع امتیازات قابل کسب برای بیمارستان، محاسبه انجام خواهد شد. به این ترتیب در مواردی که سنج برای یک بخش یا واحد غیرقابل ارزیابی باشد، بیمارستان مشکلی نخواهد داشت و از بابت آن امتیازی از دست نخواهد داد. در بیمارستان‌های تک تخصصی نیز، زمانی که یک بخش یا واحد در بیمارستان موجود نباشد، بخش مربوطه در این بیمارستان غیر قابل ارزیابی خواهد بود و از این بابت از بیمارستان امتیازی کسر نخواهد شد. اما باید به این نکته‌ی مهم توجه داشت که رعایت استانداردهای برخی بخش‌ها و واحدها برای تمام بیمارستان‌ها الزامی است و اگر بیمارستان، آن بخش‌ها یا واحدها را نداشته باشد، امتیاز مربوطه را از دست خواهد داد. به عنوان مثال می‌توان از واحد بهداشت حرفه‌ای در این زمینه نام برد.
۸. شایان ذکر است که در مجموعه «راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران»، راهنمای بخش داخلی نیز تدوین شده‌است که بخش‌هایی مانند گوارش، غدد، تالاسمی و روماتولوژی نیز براساس آن قابل سنجش هستند. از بخش CCU نیز می‌توان برای Post CCU استفاده کرد. جراحی نیز ملاک سنجش بخش‌هایی چون چشم، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، جراحی زنان و اروولوژی می‌باشد.
۹. در رابطه با سایر استانداردها نیز با توجه به بازخوردهای دریافت شده از حوزه‌های مرتبط ستادی و اجرایی، اصلاحاتی جهت تسهیل و تسریع فرایند اجرا، صورت گرفته است. لذا در صورت وجود تفاوت میان کتاب‌های «راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی» و کتاب «استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران»، ملاک عمل، کتاب‌های راهنما خواهند بود.

واحد مدیریت و رهبری

(۱) استانداردهای حاکمیتی [۱]

(۱-۱) شرح وظایف تیم حاکمیتی، حداقل شامل موارد ذیل است:

(۱-۱-۱) تعیین سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان* بیمارستان به صورت شفاف و واضح

سنجه . مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی بیمارستان سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان* بیمارستان را تعیین نموده‌اند که در قسمت مشخصی از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱**	۲	۱	۰
	الف	کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها	ه		ی					
	ب	موجود بودن خط‌مشی‌ها و روش‌های کلان بیمارستان در قسمت مشخصی از کتابچه مربوطه و فهرست آن	و		ک	شرایط مندرج در بند «ب» رعایت نشده‌است			شرایط مندرج در بند «ب» رعایت شده‌است	
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
				ط						

* تذکر: منظور از سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان بیمارستان، سیاست‌های عمومی و کلی است که لازم است موضع مدیریت ارشد نسبت به آن‌ها روشن باشد. به عنوان مثال این که بیمارستان از نیروهای قراردادی استفاده می‌نماید یا خیر یا اینکه سیاست بیمارستان در خصوص پذیرش همراه برای بیماران و خدمات رفاهی قابل ارایه به آنان چیست.

** غیر قابل ارزیابی

۱. در صورتی که تیم مدیریت ارشد بیمارستان دارای دو بخش مجزای حاکمیتی و اجرایی باشد، این استانداردها مربوط به بخش حاکمیتی (هیأت امناء، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان)، خواهد بود. در صورتی که بیمارستان فاقد بخش حاکمیتی مجزا باشد، مسئولیت اجرای این استانداردها در مواردی که مغایرت قانونی وجود نداشته باشد، بر عهده رییس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان خواهد بود.

۱-۱-۲) بررسی برنامه‌ها و پیشنهادهای ارایه شده از سوی تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و تصویب موارد مورد قبول

سنجه . مستندات نشان می‌دهند برنامه‌ها و پیشنهادهای ارایه شده از سوی تیم مدیریت اجرایی بیمارستان توسط تیم حاکمیتی مورد بررسی قرار گرفته و موارد مورد قبول به تصویب آنان رسیده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	صورت‌جلسات بررسی برنامه‌ها و پیشنهادهای تیم مدیریت اجرایی و تصویب موارد مورد قبول*	ه		ی	صورت جلسات موجود نیستند	صورت جلسات موجودند	اما	موارد مصوب مربوطه مشخص هستند
	ب		و	ک					
	ج	در این واحد	ز	ل					
	د		ح	م					
			ط						

* تذکر: در صورتی که بیمارستان تیم حاکمیتی مجزا ندارد و رییس بیمارستان مسئول انجام وظایف مربوطه است، تصویب برنامه‌ها در تیم مدیریت اجرایی کافی است و با ارایه صورت جلسات مذکور، امتیاز این سنجه و سنجه‌های مشابه داده می‌شود.

۱-۳) کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاست گذار

سنجه ۱. بیمارستان خط مشی و روش مکتوبی جهت کسب اطمینان از انطباق عملکرد تمامی قسمت‌های بیمارستان از جمله بخش‌ها یا واحدهای برون سپاری شده با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاست گذار تدوین نموده و براساس آن عمل می‌کند که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید. (چگونگی همکاری بیمارستان با طرح پزشک خانواده حتما در این بخش مشخص شده و در غیر این صورت، امتیازی به هیچ کدام از جداول مرتبط با این خط مشی و روش، تعلق نمی‌گیرد).

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عملکرد بیمارستان براساس خط مشی و روش مذکور در فواصل زمانی منظم به تیم حاکمیتی ارایه می‌گردد و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۲	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه خط مشی و روش مذکور	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	و	در فواصل منظم باشد	
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	گزارش ارایه شده درخصوص انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاست‌گذار (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟	صورت جلسات موجود نباشند	اما در فواصل منظم نباشند یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	و	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد	
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی	یا پاسخ ۰-۱ نفر مؤید* صورت جلسات باشد	یا پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	و	پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد	
	د		ح		م	۳ نفر					
				ط							

* تذکر: لازم نیست پاسخ افراد دقیقا مطابق صورت جلسه باشد و کافی است که از کلیات موضوعات مطرح شده و مصوبات جلسه مطلع باشند.

۱-۱-۴) کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با ماموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند ماموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان مدون شده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسیده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۱	الف	مستندات مربوط به ماموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان و صورت جلسات ارایه موارد مندرج در استاندارد به تیم حاکمیتی	ه		ی	مستندات مذکور موجود نیست یا صورت جلسات ارایه آن‌ها به تیم حاکمیتی موجود نیست			مستندات مذکور موجود است و صورت جلسات ارایه آن‌ها به تیم حاکمیتی موجود است	
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. بیمارستان خط مشی و روش مکتوبی جهت کسب اطمینان از انطباق عملکرد خود با ماموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان مطابق سنجه ۱ تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عملکرد بیمارستان براساس خط مشی و روش مذکور در فواصل زمانی منظم به تیم حاکمیتی ارایه می‌گردد و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۳	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه خط مشی و روش مذکور	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات		صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	غ.ق.۱
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	گزارش ارایه شده در خصوص انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟	صورت جلسات موجود نباشند	در فواصل منظم نباشند	و در فواصل منظم باشد	۲
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی	یا	حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد	و
	د		ح		م	۳ نفر	پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد	یا	پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد	و
			ط					یا	پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	و

۱-۵) کسب اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان بیمارستان

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش عملکرد کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان را در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در فواصل زمانی منظم دریافت می‌کند و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۱	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	و	در فواصل منظم باشد
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	گزارش ارایه شده در خصوص عملکرد کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟	صورت جلسات موجود نباشند	در فواصل منظم نباشند	و	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی	یا	حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	و	پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد
	د		ح		م	۳ نفر	یا	پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	و	پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی بیمارستان منشور حقوق کارکنان بیمارستان را در چارچوب قوانین و مقررات تدوین و اعلام نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	مستندات تدوین منشور حقوق کارکنان و ابلاغ آن به کارکنان	ه		ی	مستندات تدوین منشور حقوق کارکنان یا ابلاغ آن به کارکنان موجود نباشد				مستندات تدوین منشور حقوق کارکنان و ابلاغ آن به کارکنان موجود باشد
	ب	تایید شده از سوی تیم حاکمیتی و منطبق با قوانین و مقررات	و		ک	یا تایید شده از سوی تیم حاکمیتی و منطبق بر قوانین و مقررات نباشد				و تایید شده از سوی تیم حاکمیتی و منطبق بر قوانین و مقررات باشد
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح			م				
			ط							

سنجه ۳. بیمارستان خط مشی و روش مکتوبی جهت کسب اطمینان از رعایت حقوق کارکنان مطابق سنجه ۲ تدوین نموده که براساس آن عمل می‌شود و در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عملکرد بیمارستان براساس خط مشی و روش مذکور در فواصل زمانی منظم به تیم حاکمیتی ارایه می‌گردد و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه خط مشی و روش مذکور	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	گزارش ارایه شده درخصوص رعایت منشور حقوق کارکنان (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟	در فواصل منظم نباشند	حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	در فواصل منظم باشد
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی	یا	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد	و
	د		ح		م	۳ نفر	پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد	یا	پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد
			ط				پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	یا	پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد

۱-۶) کسب اطمینان از تامین و تخصیص مناسب منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب

سنجه ۱. بیمارستان خط مشی و روش مکتوبی جهت اطمینان از تصویب برنامه‌ها و تخصیص بودجه به آن‌ها با توجه به اولویت ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عملکرد بیمارستان براساس خط مشی و روش مذکور در فواصل زمانی منظم به تیم حاکمیتی ارایه می‌گردد و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.	
۲	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه خط مشی و روش مذکور	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند			
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	گزارش ارایه شده در خصوص تصویب برنامه‌ها و تخصیص بودجه به آن‌ها (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟	در فواصل منظم باشد	در فواصل منظم نباشند			
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی	یا	حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد		
	د		ح		م	۳ نفر	پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد	پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد			
								پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد	پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد		
				ط				پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد		

۱-۱-۷) کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه‌ریزی شده در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت در چهار حیطة گیرندگان خدمت، کارکنان، محیط بیمارستان و جامعه از طریق مشارکت با مسئولان ارشد جامعه

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطة گیرندگان خدمت، تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							غ.ق.۱	۲	۱	۰	
۱	الف	برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت و صورت جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی	ه		ی	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند			
	ب	در حیطة مندرج در استاندارد	و		ک		مستندات بند «الف» موجود نباشند	اما برنامه شامل حیطة مندرج در سنجه نباشد			
	ج	در این واحد	ز		ل			مستندات بند «الف» موجود نباشند	برنامه شامل حیطة مندرج در سنجه باشد		
	د		ح		م						
				ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطه کارکنان، تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۲	الف	برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت و صورت جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی	ه		ی	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند اما برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد	مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	در حیطه مندرج در استاندارد	و	ک							
	ج	در این واحد	ز	ل							
	د		ح	م							
			ط								

سنجه ۳. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطه محیط بیمارستان، تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۳	الف	برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت و صورت جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی	ه		ی	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند اما برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد	مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	در حیطه مندرج در استاندارد	و	ک							
	ج	در این واحد	ز	ل							
	د		ح	م							
			ط								

سنجه ۴. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطة جامعه تحت پوشش (با مشارکت مسئولان ارشد جامعه در منطقه تخمینی تحت پوشش مانند مسئولین شورای شهر) تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							غ.ق.۱	۲	۱	۰	
۴	الف	برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت و صورت جلسات مشارکت مسئولان ارشد جامعه و صورت جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی	ه		ی		مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند اما برنامه شامل حیطة مندرج در سنجه نباشد	مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطة مندرج در سنجه باشد		
	ب	در حیطة مندرج در استاندارد	و		ک						
	ج	در این واحد	ز		ل						
	د		ح		م						
				ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۵. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در چهار حیطه گیرندگان خدمت، کارکنان، محیط بیمارستان و جامعه تحت پوشش را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۵	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده براساس صورت جلسات	ه	موارد قابل مشاهده براساس مصوبات	ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد و تکمیل می‌شود اما مشخصات بند «ب» را ندارد یا نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود یا براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود و مشخصات بند «ب» را دارد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	غ.ق.۱
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و	در قسمت‌های مرتبط	ک	سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط				
	ج	در این واحد	ز	۱۰ مورد در حیطه‌های مختلف	ل	در قسمت‌های مرتبط				
	د		ح	مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده	م	۱۰ نفر در رابطه با حیطه‌های مختلف				
			ط							

۸-۱-۱) کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه‌ریزی شده در جهت حفظ و سالم‌سازی محیط‌زیست

سنجه ۱. بیمارستان، برنامه عملیاتی حفظ و سالم‌سازی محیط‌زیست را مدون نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	برنامه عملیاتی حفظ و سالم‌سازی محیط‌زیست	ه		ی	برنامه مذکور موجود نیست	۰	۱	۲	غ.ق.۱
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی حفظ و سالم‌سازی محیط‌زیست را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در خصوص برنامه مذکور	ه		ی	صورت جلسات موجود نباشند	۰	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۱-۱-۹) کسب اطمینان از وجود ساختار سازمانی مستند و شفاف که روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات را مشخص کرده باشد.

سنجه . ساختار سازمانی مستند بیمارستان که سلسله مراتب سازمانی در آن مشخص شده‌است وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز					
							۰	۱	۲	غ.ق.۱		
	الف	مستندات ساختار سازمانی	ه		ی	ساختار سازمانی مستند موجود است	ساختار سازمانی مستند موجود است	اما	سلسله مراتب سازمانی در آن مشخص نیست	سلسله مراتب سازمانی مستند موجود است	و	در آن مشخص است
	ب	مشخص بودن سلسله مراتب سازمانی	و		ک							
	ج	در این واحد	ز		ل							
	د		ح		م							
			ط									

۱-۱-۱۰) کسب اطمینان از وجود برنامه‌های مناسب برای استخدام، انتصاب، ابقا، توجیه، آموزش و توسعه مستمر تمام کارکنان (از جمله اعضای تیم مدیریت اجرایی بیمارستان)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرآیند مکتوبی برای استخدام، وجود دارد و در این زمینه به کارکنان اطلاع‌رسانی و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز						
							۰	۱	۲	غ.ق.۱			
۱	الف	فرآیند مکتوب استخدام با مشخص بودن زمانی که استفاده از این فرآیند استخدامی در بیمارستان آغاز شده‌است	ه		ی	کارکنان از رده‌های مختلف شغلی که از زمان آغاز استفاده از فرآیند مذکور، استخدام شده‌اند	مستندات بند «الف» موجود نباشند	یا	اظهارات ۲-۰ نفر بیانگر استخدام براساس فرآیند مذکور باشد	مستندات بند «الف» موجود باشند	و	مستندات بند «الف» موجود باشند	
	ب	مستندات اطلاع‌رسانی به کارکنان و متقاضیان استخدام	و		ک								فرآیند استخدام شما چگونه بود؟
	ج	در این واحد یا واحد مدیریت منابع انسانی	ز		ل								در بخش‌ها و واحدهای مختلف
	د		ح		م								۱۰ نفر
			ط										

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرآیند مکتوبی برای انتخاب و انتصاب مسئولان، وجود دارد و در این زمینه به کارکنان اطلاع‌رسانی و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	فرآیند مکتوب انتخاب و انتصاب مسئولان با مشخص بودن زمانی که استفاده از این فرآیند در بیمارستان آغاز شده است و مستندات عمل براساس این فرآیند (مانند صورت جلسات، مصاحبه‌ها، بررسی سوابق و ...) و مستندات اطلاع‌رسانی به کارکنان	۵		ی	افرادی که مسئول انتخاب و انتصاب کارکنان بند «ب» هستند	مستندات بند «الف» موجود نباشند یا به تفکیک موارد مندرج در بند «ب» نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند و به تفکیک موارد مندرج در بند «ب» باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند و به تفکیک موارد مندرج در بند «ب» باشند	
	ب	به تفکیک مدیران ارشد، رؤسای * بخش‌ها و واحدها، سوپروایزرها و سرپرستاران	و		ک	آیا برای انتخاب و انتصاب افرادی که حکم مسئولیت آن‌ها را امضا نموده‌اید، از فرآیند مشخصی تبعیت نموده‌اید؟ چه فرآیندی؟	اطهارات ۱-۰ نفر یا منطبق بر فرآیند باشد	اطهارات ۳-۲ نفر اما منطبق بر فرآیند باشد	اطهارات ۵-۴ نفر و منطبق بر فرآیند باشد	
	ج	در این واحد یا واحد مدیریت منابع انسانی	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر (حضوری یا تلفنی)				
			ط							

* تذکر: در صورتی که برخی از انتصاب‌ها مانند انتصاب مدیران ارشد توسط سازمان بالا دستی صورت می‌گیرد، عدم وجود فرآیند مربوط به این گروه، منجر به کسر امتیاز از بیمارستان نخواهد شد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرآیند مکتوبی برای توجیه کارکنان بیمارستان، وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	مستندات وجود فرآیند برگزاری و محتویات دوره توجیهی و مستندات برگزاری آن برای کارکنان جدیدالورود	ه		ی	کارکنانی که براساس مستندات دوره برای آن‌ها برگزار شده‌است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	
	ب	به تفکیک بخش‌ها و واحدها	و		ک	آیا در بدو ورود برای شما دوره توجیهی برگزار شد؟ چگونه؟	مستندات بند «الف» موجود نیست	اما به تفکیک بخش‌ها و واحدها نیست	و به تفکیک بخش‌ها و واحدهاست	
	ج		ز		ل		یا پاسخ ۰-۲ نفر مؤید مستندات بند «الف» باشد	یا پاسخ ۳-۶ نفر مؤید مستندات بند «الف» باشد	و پاسخ ۷-۱۰ نفر مؤید مستندات بند «الف» باشد	
	د		ح		م	۱۰ نفر حضوری یا تلفنی				
			ط							

سنجه ۴. مستندات نشان می‌دهند روش مکتوبی برای آموزش و توسعه کارکنان بیمارستان، وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۴	الف	مستندات استفاده از برنامه توسعه فردی برای آموزش و توسعه کارکنان (وجود برنامه توسعه فردی برای همه کارکنان و عمل براساس آن)	ه		ی					
	ب	برای تمامی رده‌های شغلی	و		ک					
	ج	در این واحد یا واحد مدیریت منابع انسانی	ز		ل			مندرجات بند «الف» در ۳-۶ پرونده وجود دارد	مندرجات بند «الف» در ۷-۱۰ پرونده وجود دارد	
	د	۱۰ پرونده پرسنلی از رده‌های مختلف شغلی شامل تیم مدیریت اجرایی	ح		م			مندرجات بند «الف» در ۰-۲ پرونده وجود دارد *		
				ط						

* تذکر: لازم نیست مستندات برنامه توسعه فردی و اجرای آن در هر پرونده کامل باشد. در این سنجه فقط وجود و در حال اجرا بودن این برنامه برای هر پرونده بررسی می‌شود و کامل بودن آن در سنج‌های مربوطه در بخش‌ها و واحدها، کنترل خواهد شد.

۱-۱-۱۱) کسب اطمینان از استفاده بهینه از منابع فیزیکی، انسانی و مالی در بیمارستان

سنجه ۱. بیمارستان خط مشی و روش خود را جهت اطمینان از استفاده بهینه از منابع فیزیکی، تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها آمده است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه پیروی از خط مشی و روش مورد اشاره در سنجه ۱ را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۲	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در خصوص خط مشی و روش مذکور	ه		ی	صورت جلسات موجود نباشند	صورت جلسات موجود باشند	اما در فواصل منظم نباشند	یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	صورت جلسات موجود باشند	و در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک						
	ج	در این واحد	ز		ل						
	د		ح		م						
			ط								

سنجه ۳. بیمارستان خط مشی و روش خود را جهت اطمینان از استفاده بهینه از منابع انسانی، تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها آمده است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۴. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه پیروی از خط مشی و روش مورد اشاره در سنجه ۳ را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۴	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در خصوص خط مشی و روش مذکور	ه		ی			صورت جلسات موجود باشند		
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	صورت جلسات موجود نباشند	اما در فواصل منظم نباشند یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد			
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۵. بیمارستان خط مشی و روش خود را جهت اطمینان از استفاده بهینه از منابع مالی، تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها آمده است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۶. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه پیروی از خط مشی و روش مورد اشاره در سنجه ۵ را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.ا.
۶	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در خصوص خط مشی و روش مذکور	ه		ی		صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	صورت جلسات موجود نباشند	اما در فواصل منظم نباشند	و در فواصل منظم باشند	
	ج	در این واحد	ز		ل		یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد	
	د		ح		م				
			ط						

۱-۱-۱۲) کسب اطمینان از بازنگری منظم آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و خط مشی‌های داخلی بیمارستان (حداقل سالانه)

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند برنامه مدونی جهت اطمینان از بازنگری منظم و حداقل سالانه‌ی آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و خط مشی‌های داخلی بیمارستان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	برنامه مدون بازنگری موارد مندرج در سنجه و مستندات انجام بازنگری و مستندات خارج کردن ویرایش‌های قدیمی از سیستم و اطلاع‌رسانی در خصوص ویرایش‌های جدید	ه		ی		برنامه مدون موجود باشد	برنامه مدون موجود باشد	برنامه مدون موجود باشد	
	ب	دارای زمان‌بندی منظم و حداقل سالانه و با ذکر مسئول پیگیری و مسئولین بازنگری و مسئولین خارج کردن ویرایش‌های قدیمی از سیستم و اطلاع‌رسانی در خصوص ویرایش‌های جدید	و		ک	برنامه مدون موجود نباشد یا دارای مشخصات بند «ب» نباشد	برنامه مدون موجود نباشد یا دارای مشخصات بند «ب» نباشد	برنامه مدون موجود نباشد یا دارای مشخصات بند «ب» نباشد		
	ج	در این واحد یا قسمت‌های مرتبط	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: در دور اول اعتباربخشی اگر هنوز تاریخ بازنگری فرا نرسیده باشد ولی سایر موارد موجود باشند، امتیاز داده خواهد شد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی بیمارستان، گزارش بازنگری منظم و حداقل سالانه آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های داخلی بیمارستان را دریافت نموده و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۲	الف	صورت جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در خصوص بازنگری موارد مندرج در سنجه	ه		ی	صورت جلسات موجود نباشند	صورت جلسات موجود باشند	اما در فواصل منظم نباشند	یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	صورت جلسات منظم باشند	و در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک						
	ج	در این واحد	ز		ل						
	د		ح		م						
			ط								

(۲-۱) جلسات تیم حاکمیتی به‌طور منظم و حداقل فصلی برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن ثبت می‌گردند تا مطابق آن‌ها عمل گردد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند آیین‌نامه داخلی جلسات تیم حاکمیتی و فهرست اعضای آن مدون و موجود است و تمامی اعضا از مفاد آیین‌نامه مطلع هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۱	الف	آیین‌نامه داخلی جلسات تیم حاکمیتی و فهرست اعضا و سمت و تحصیلات آن‌ها و زمان آغاز عضویت آنان در تیم حاکمیتی	ه		ی	اعضای تیم حاکمیتی براساس فهرست بند «الف»	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	در صورتی که بیمارستان تیم حاکمیتی مجزا نداشته باشد
	ب		و		ک	در خصوص مفاد آیین‌نامه داخلی	مستندات بند «الف» موجود نیست	اما	و	
	ج	در این واحد	ز		ل	۰-۱ نفر از اعضای تیم حاکمیتی از مفاد آیین‌نامه داخلی مطلع هستند	۲-۳ نفر از اعضای تیم حاکمیتی از مفاد آیین‌نامه داخلی مطلع هستند	تیم حاکمیتی از مفاد آیین‌نامه داخلی مطلع هستند	۴-۵ نفر از اعضای تیم حاکمیتی از مفاد آیین‌نامه داخلی مطلع هستند	
	د		ح		م	۵ نفر (حضور یا تلفنی)				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. جلسات تیم حاکمیتی به طور منظم و حداقل فصلی برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن با ذکر نام مسئولین پیگیری و انجام مصوبه و زمان تعیین شده جهت انجام آن ثبت می گردند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	صورت جلسات تیم حاکمیتی	ه		ی		صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و حداقل فصلی و با تعیین مسئولین پیگیری و اجرا و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	صورت جلسات موجود نباشند	اما در فواصل منظم حداقل فصلی نباشند	در فواصل منظم حداقل فصلی باشند	در صورتی که بیمارستان تیم حاکمیتی مجزا نداشته باشد	
	ج	در این واحد	ز		ل		حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد		
	د	۵ مصوبه	ح		م					
			ط							

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق‌الذکر در زمان تعیین شده، با کمک فرمی* که به این منظور طراحی شده‌است، صورت می‌پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۳	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده	ه	موارد قابل مشاهده براساس مصوبات	ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده در تذکر ذیل جدول	و	در قسمت‌های مرتبط	ک	سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط	اما	مشخصات بند «ب» را ندارد	مشخصات بند «ب» را دارد
	ج	در این واحد	ز	۵ مورد	ل	در قسمت‌های مرتبط	یا	یا	و
	د		ح	مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده	م	۵ مورد	براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است	نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است
			ط						

* تذکر: در این فرم، مصوبه مربوطه، تاریخ تصویب، مرجع تصویب‌کننده، مسئول پیگیری، مسئول اجرا، مهلت اجرا و نتایج پیگیری مشخص شده‌است.

۳-۱) توجیه اعضای جدید تیم حاکمیتی، مطابق برنامه توجیهی مستند، صورت می‌گیرد.

سنجه ۱. تمامی اعضای تیم حاکمیتی به کتابچه/ مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱*	۲	۱	۰
۱	الف		ه		ی	اعضای تیم حاکمیتی				
	ب		و		ک	آیا شما به کتابچه توجیهی دسترسی دارید؟				
	ج		ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر حضوری یا تلفنی				
			ط							

سنجه ۲. دوره توجیهی برای توجیه اعضای جدید تیم حاکمیتی حداقل شامل رسالت، چشم‌انداز، ارزش‌ها، اهداف کلان و اولویت‌های استراتژیک بیمارستان، آشنایی با استانداردهای اعتباربخشی، حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان، آیین‌نامه داخلی تیم حاکمیتی، نقشه ساختمان، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه و قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش موجود است و توجیه اعضای جدید براساس آن صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۲	الف	مستندات دوره توجیهی و برگزاری آن برای اعضای جدید	ه		ی	اعضای جدیدالورود* (ظرف یک‌سال گذشته به عضویت تیم حاکمیتی در آمده‌اند)	مستندات دوره توجیهی موجود باشد	مستندات دوره توجیهی موجود باشد اما شامل حداقل‌های مندرج در سنجه نباشد	مستندات دوره توجیهی موجود باشد و شامل حداقل‌های مندرج در سنجه باشد	عضو جدیدالورود نداشته باشند یا در صورتی که بیمارستان تیم حاکمیتی مجزا نداشته باشد
	ب	حداقل دارای موارد مندرج در سنجه	و		ک	در خصوص محتوای دوره توجیهی و گذراندن دوره	مستندات دوره توجیهی موجود نباشد یا	یا	و	یا
	ج	در این واحد	ز		ل	اظهارات ۲۰-۳۰٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	اظهارات ۶۰-۲۱٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	اظهارات ۱۰۰-۶۱٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است		
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: در دور اول اعتباربخشی، تمام اعضای تیم باید با کتابچه توجیهی آشنا شوند.

۲) استانداردهای اجرایی

۱-۲) شرح وظایف تیم مدیریت اجرایی، حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱-۲-۱) تدوین برنامه استراتژیک* ۳ تا ۵ ساله بیمارستان

سنجه . برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله بیمارستان به امضای تیم مدیریت اجرایی وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
	الف	برنامه استراتژیک بیمارستان	ه		ی				
	ب	تایید شده از سوی تیم مدیریت ارشد (حاکمیتی و اجرایی) و دارای حداقل‌های تعیین شده در ذیل جدول	و		ک	برنامه استراتژیک واجد شرایط بند «ب» موجود نیست			برنامه استراتژیک واجد شرایط بند «ب» موجود است
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

* تذکر: برنامه استراتژیک باید حداقل شامل مأموریت، چشم‌انداز، ارزش‌ها، نتایج تحلیل وضعیت موجود (نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها)، اهداف کلان (Goals) و استراتژی‌ها باشد. (گرچه برای عملیاتی و قابل سنجش شدن پیشرفت برنامه استراتژیک، لازم است که اهداف عینی (Objectives) و شاخص‌ها هم مشخص شوند اما اگر به این موارد در بخش برنامه عملیاتی و شاخص‌ها به‌طور جداگانه هم پرداخته شده باشد، قابل قبول است).

۲-۱-۲) بازنگری برنامه استراتژیک بیمارستان (حداقل سالانه)

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند برنامه استراتژیک بیمارستان (حداقل سالانه) بازنگری می‌شود.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	زمان بازنگری مشخص شده و حداقل سالانه است	زمان بازنگری مشخص شده اما حداقل سالانه نیست	زمان بازنگری مشخص نشده		ی		ه	مستندات تعیین زمان بازنگری برنامه استراتژیک و انجام بازنگری براساس آن	الف	
	و	یا			ک		و	حداقل سالانه	ب	
	بازنگری براساس آن انجام شده است	بازنگری براساس آن انجام نشده است*			ل		ز	در این واحد	ج	
					م		ح		د	
							ط			

* تذکر: اگر در زمان اعتباربخشی، هنوز تاریخ بازنگری فرا نرسیده باشد ولی سایر شرایط فراهم باشند، امتیاز این سنجه داده می‌شود.

۲-۱-۳) نشر بیانیه رسالت بیمارستان در تمامی قسمت‌ها به نحوی که تمام کارکنان از آن آگاهی داشته باشند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند که تیم مدیریت اجرایی در خصوص اطلاع‌رسانی رسالت بیمارستان اقدام نموده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف	مستندات نشر رسالت بیمارستان در تمامی بخش‌ها و واحدها	ه		ی					
	ب	تابلوی قاب یا لمینیت شده رسالت بیمارستان که با خط خوانا تایپ شده و از فاصله ۲ متری قابل خواندن بوده و در مجاورت تابلوی اعلانات نصب شده باشد	و		ک	رسالت بیمارستان با ویژگی‌های بند «ب» در ۲-۰ مورد از بخش‌ها و واحدهای بیمارستان موجود است	رسالت بیمارستان با ویژگی‌های بند «ب» در ۳-۶ مورد از بخش‌ها و واحدهای بیمارستان موجود است	رسالت بیمارستان با ویژگی‌های بند «ب» در ۷-۱۰ مورد از بخش‌ها و واحدهای بیمارستان موجود است		
	ج		ز		ل					
	د	۱۰ بخش و واحد	ح		م					
			ط							

۲-۱-۴) تعیین ایمنی بیمار و ارتقای مستمر کیفیت به عنوان اولویت‌های استراتژیک بیمارستان و نظارت بر اجرای آن در قالب برنامه عملیاتی در کل بیمارستان

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند ایمنی بیمار به عنوان یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان مشخص شده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۱	الف	برنامه استراتژیک بیمارستان	ه		ی					
	ب	موضوعات مربوط به ارتقای ایمنی بیمار به عنوان یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه مشخص شده است	و		ک	ارتقای ایمنی بیمار یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان نیست	ارتقای ایمنی بیمار یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان است	ارتقای ایمنی بیمار یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان است		
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برای دستیابی به اهداف ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان، برنامه عملیاتی مرتبط در تمام قسمت‌های مرتبط بیمارستان تدوین شده‌است و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	اهداف عینی و شاخص‌های بیمارستان برای ارتقای ایمنی بیمار و برنامه عملیاتی جهت دسترسی به آن و مستندات اجرای برنامه	ه	موارد قابل مشاهده براساس برنامه عملیاتی	ی	کارکنان مرتبط براساس برنامه	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است
	ب	به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مرتبط و در راستای دستیابی به اهداف کلان ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک	و	در قسمت‌های مرتبط براساس برنامه	ی	سوالاتی برای بررسی اجرای برنامه براساس مستندات با اظهارات کارکنان مرتبط	مستندات بند «الف» موجود نیست	اما ویژگی‌های بند «ب» را ندارد	ویژگی‌های بند «ب» را دارد
	ج	در این واحد	ز	۱۰ مورد	ل	در قسمت‌های مرتبط براساس برنامه	یا مشاهدات و مصاحبه‌ها، در ۲۰-۰٪ موارد با مستندات مطابقت دارند	یا مشاهدات و مصاحبه‌ها، در ۶۰-۲۱٪ موارد با مستندات مطابقت دارند	و مشاهدات و مصاحبه‌ها، در ۱۰۰-۶۱٪ موارد با مستندات مطابقت دارند
	د		ح		م	۱۰ مورد			
			ط						

سنجه ۳. مستندات نشان می‌دهند ارتقای مستمر کیفیت خدمات به عنوان یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان، مشخص شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	برنامه استراتژیک بیمارستان	ه		ی				
	ب	موضوعات مربوط به ارتقا مستمر کیفیت خدمات به عنوان یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه مشخص شده‌است	و		ک	ارتقا مستمر کیفیت خدمات یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان نیست			ارتقا مستمر کیفیت خدمات یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان است
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برای دستیابی به اهداف ارتقا مستمر کیفیت خدمات در برنامه استراتژیک بیمارستان، برنامه عملیاتی مرتبط در تمام قسمت‌های مرتبط بیمارستان تدوین شده‌است و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۴	الف	اهداف عینی و شاخص‌های بیمارستان برای ارتقا مستمر کیفیت خدمات و برنامه عملیاتی جهت دسترسی به آن	ه	موارد قابل مشاهده براساس برنامه عملیاتی	ی	کارکنان مرتبط براساس برنامه	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود نیست
	ب	به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مرتبط و در راستای دستیابی به اهداف کلان ارتقا مستمر کیفیت خدمات در برنامه استراتژیک	و	در قسمت‌های مرتبط براساس برنامه	ک	سوالاتی برای بررسی اجرای برنامه براساس مستندات با اظهارات کارکنان مرتبط	مستندات بند «الف» موجود نیست یا مشاهدات و مصاحبه‌ها، در ۲۰-۰٪ موارد با مستندات مطابقت دارند	اما ویژگی‌های بند «ب» را ندارد یا مشاهدات و مصاحبه‌ها، در ۶۰-۲۱٪ موارد با مستندات مطابقت دارند	ویژگی‌های بند «ب» را دارد و مشاهدات و مصاحبه‌ها، در ۱۰۰-۶۱٪ موارد با مستندات مطابقت دارند
	ج	در این واحد	ز	۱۰ مورد	ل	در قسمت‌های مرتبط براساس برنامه			
	د		ح		م	۱۰ مورد			
			ط						

۲-۵) تخصیص منابع به بخش‌ها و واحدها به منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تیم مدیریت اجرایی با پیگیری مستمر و منظم در طی سال، اطمینان حاصل می‌نماید منابع مصوب براساس خط مشی و روش مندرج در سنجه ۱ استاندارد ۱-۱-۶، به بخش‌ها و واحدهای مرتبط، تخصیص می‌یابد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات بررسی گزارش تخصیص منابع تصویب شده به بخش‌ها و واحدها براساس پیشرفت برنامه عملیاتی و اولویت برنامه‌ها	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	و	تخصیص براساس پیشرفت برنامه و اولویت‌های تعیین شده باشد
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	گزارش ارایه شده در خصوص تخصیص منابع تصویب شده به بخش‌ها و واحدها براساس پیشرفت برنامه عملیاتی به آن‌ها (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟	صورت جلسات موجود نباشند	تخصیص براساس پیشرفت برنامه و اولویت‌های تعیین شده نباشد	و	پیشرفت برنامه و اولویت‌های تعیین شده نباشد
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی	یا	یا	و	در فواصل منظم باشد
	د		ح		م	۳ نفر	پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد	حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	و	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد
			ط				پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد	با	و	پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد

۲-۶) نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی مناسب در کل بیمارستان برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس روش مدون پایش برنامه عملیاتی ایمنی بیمار، بخشی از نظارت به‌طور مستقیم توسط تیم مدیریت اجرایی صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۱	الف	روش مدون پایش برنامه عملیاتی با مشخص بودن نقش تیم مدیریت اجرایی در آن و مستندات عمل براساس آن	ه		ی	کارکنان مرتبط	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود نباشند
	ب	در خصوص ایمنی بیمار	و		ک	نقش تعیین شده برای تیم مدیریت اجرایی و اینکه آیا مدیران براساس آن به وظیفه خود عمل کرده‌اند یا خیر؟*	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود نباشند	
	ج	در این واحد	ز		ل	در بخش‌ها و واحدهای مختلف و مرتبط با نقش تعیین شده	یا	اما	و	
	د		ح		م	۱۰ نفر در رابطه با یک وظیفه مدیران اجرایی که به‌صورت تصادفی انتخاب شده‌است	۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	مثبت بدهند
			ط							

* تذکر: به عنوان مثال اگر در برنامه نظارتی آمده است که رؤسای بخش‌ها و واحدها گزارش عملکرد بخش خود در زمینه ایمنی بیمار را هر ماه به رییس بیمارستان گزارش می‌نمایند، از رؤسای بخش‌ها و واحدها سوال می‌شود که آیا رییس بیمارستان شخصا در جلسات شرکت می‌نمایند یا جانشین خود را می‌فرستند.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس روش مدون پایش برنامه عملیاتی ارتقای مستمر کیفیت، بخشی از نظارت به‌طور مستقیم توسط تیم مدیریت اجرایی صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	روش مدون پایش برنامه عملیاتی با مشخص بودن نقش تیم مدیریت اجرایی در آن و مستندات عمل براساس آن	ه		ی	کارکنان مرتبط	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود نباشند	
	ب	در خصوص ارتقای مستمر کیفیت	و		ک	نقش تعیین شده برای تیم مدیریت اجرایی و اینکه آیا مدیران براساس آن به وظیفه خود عمل کرده‌اند یا خیر؟	مستندات بند «الف» موجود نباشند	اما	و	
	ج	در این واحد	ز		ل	در بخش‌ها و واحدهای مختلف و مرتبط با نقش تعیین شده	یا	۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	و	
	د		ح		م	۱۰ نفر در رابطه با یک وظیفه مدیران اجرایی که به‌صورت تصادفی انتخاب شده‌است	۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	و	
			ط						۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس روش مدون پایش برنامه عملیاتی سایر موضوعات (به غیر از ایمنی و کیفیت)، بخشی از نظارت به‌طور مستقیم توسط تیم مدیریت اجرایی صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	روش مدون پایش برنامه عملیاتی با مشخص بودن نقش تیم مدیریت اجرایی در آن و مستندات عمل براساس آن	ه		ی	کارکنان مرتبط				
	ب	در خصوص سایر برنامه‌های عملیاتی	و		ک	نقش تعیین شده برای تیم مدیریت اجرایی و اینکه آیا مدیران براساس آن به وظیفه خود عمل کرده‌اند یا خیر؟	مستندات بند «الف» موجود نباشند یا ۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	مستندات بند «الف» موجود باشند اما ۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	مستندات بند «الف» موجود نباشند و ۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	
	ج	در این واحد	ز		ل	در بخش‌ها و واحدهای مختلف و مرتبط با نقش تعیین شده				
	د		ح		م	۱۰ نفر در رابطه با یک وظیفه مدیران اجرایی که به‌صورت تصادفی انتخاب شده‌است				
				ط						

سنجه ۴. شواهد نشان می‌دهند گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی و پایش‌های انجام شده، در فواصل زمانی منظم در تیم مدیریت اجرایی بررسی شده و روند پیگیری مداخلات اصلاحی و مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف	صورت جلسات بررسی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی	ه		ی	شرکت‌کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	صورت جلسات موجود باشند اما در فواصل منظم نباشند یا پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد یا پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد	صورت جلسات موجود باشند یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد یا پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد و پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد	غ.ق.۱
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	گزارش ارایه شده در خصوص پیشرفت برنامه عملیاتی به آن‌ها (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟				
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی				
	د		ح		م	۳ نفر				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق‌الذکر در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده‌است، صورت می‌پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۵	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده	ه	موارد قابل مشاهده براساس مصوبات	ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و	در قسمت‌های مرتبط	ک	سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط	اما فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود	مشخصات بند «ب» را ندارد	مشخصات بند «ب» را دارد
	ج	در این واحد	ز	۱۰ مورد	ل	در قسمت‌های مرتبط	یا	یا	و
	د		ح	مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده	م	۱۰ نفر	براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است	نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است
			ط						

۲-۱-۷) مشارکت در تدوین برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تیم مدیریت اجرایی بیمارستان در تدوین برنامه استراتژیک و عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت نموده‌اند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	صورت جلسات تدوین برنامه‌های مذکور با حضور اعضای تیم مدیریت اجرایی	ه		ی	اعضای تیم مدیریت اجرایی شرکت کننده در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	
	ب		و		ک	درخصوص مصوبات جلسه با تاکید بر موارد مرتبط با سمت فرد (به عنوان مثال از مترون بیمارستان در رابطه با ایمنی و بهبود کیفیت مرتبط با حوزه پرستاری سوال شود)	هر ۳ نفر اعضای مورد مصاحبه در جلسات مشارکت نموده باشند	۲ نفر از اعضای مورد مصاحبه در جلسات مشارکت نموده باشند	۰-۱ نفر از اعضای مورد مشارکت نموده باشند	
	ج	در این واحد	ز		ل	حضور یا تلفنی	و	یا	یا	
	د		ح		م	حداقل ۳ نفر که حتما شامل رییس، مدیر و مترون بیمارستان باشد	پاسخ هر ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد	پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	پاسخ ۰-۱ نفر مؤید صورت جلسات باشد	
			ط							

۲-۱-۸) نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده

سنجه ۱. خط مشی و روش مکتوبی برای نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده تدوین شده و براساس آن عمل می‌گردد که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان وجود دارد و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد نشان می‌دهند گزارش نتایج حاصل از نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها، در فواصل زمانی منظم به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	صورت جلسات بررسی گزارش نتایج حاصل از نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها	ه		ی		صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	صورت جلسات موجود نباشند	در فواصل منظم نباشند یا	در فواصل منظم نباشند	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد	
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: حتی اگر شاخص‌های کلیدی عملکرد به صورت داشبورد اطلاعاتی، روزانه به مدیران ارشد گزارش شود، لازم است روند تغییرات آن‌ها در طول زمان، در فواصل زمانی مشخص بررسی شده و مداخلات اصلاحی لازم اعمال گردند.

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق‌الذکر در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده‌است، صورت می‌پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.ا
۳	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده	ه		ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و		ک	سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط	اما فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود	مشخصات بند «ب» را ندارد	مشخصات بند «ب» را دارد
	ج	در این واحد	ز		ل	در قسمت‌های مرتبط	یا	یا	و
	د		ح		م	۱۰ نفر	براساس مصاحبه‌ها، اظهارات ۲-۰ نفر مؤید مندرجات فرم‌های پیگیری باشد	براساس مصاحبه‌ها، اظهارات ۶-۳ نفر مؤید مندرجات فرم‌های پیگیری باشد	براساس مصاحبه‌ها، اظهارات ۱۰-۷ نفر مؤید مندرجات فرم‌های پیگیری باشد
			ط						

۹-۱-۲) کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم در خصوص گزارش‌های ارزیابی و یا سازمان‌های قانون‌گذار از جمله اعتباربخشی

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند گزارش نتایج حاصل از بررسی گزارش‌های نهادهای ارزیاب و سازمان‌های سیاست‌گذار از جمله اعتباربخشی و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها، در فواصل زمانی منظم به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	صورت جلسات بررسی گزارش‌های نهادهای ارزیاب و سازمان‌های سیاست‌گذار از جمله اعتباربخشی و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها	ه		ی		صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک	صورت جلسات موجود نباشند	اما در فواصل منظم نباشند یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	صورت جلسات موجود نباشند	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
				ط					

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق‌الذکر در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده‌است، صورت می‌پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱
۲	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده	ه	موارد قابل مشاهده براساس مصوبات	ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد و تکمیل می‌شود اما مشخصات بند «ب» را ندارد یا براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود مشخصات بند «ب» را دارد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود مشخصات بند «ب» را دارد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و	در قسمت‌های مرتبط	ک	سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط			
	ج	در این واحد	ز	۵ مورد	ل	در قسمت‌های مرتبط			
	د		ح	مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده	م	۵ نفر			
			ط						

۲-۱-۱۰) انتصاب یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر

سنجه ۱. هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر، یکی از اعضای تیم ایمنی بیمار بیمارستان است و طی حکمی* از سوی رییس بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن به این عنوان منصوب شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	حکم انتصاب هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر و مستندات نشانگر عضویت او در تیم ایمنی بیمار بیمارستان	ه		ی	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد				
	ب	با امضای رییس بیمارستان	و		ک	یا مستندات نشانگر عضویت وی در تیم ایمنی بیمار بیمارستان موجود نباشد				
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

سنجه ۲. هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر در بیمارستان های آموزشی شرایط احراز لازم را دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز	غ.ق.ا
۲	الف	شرایط احراز	ه		ی		در صورتی که هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد یا عضو تیم ایمنی بیمار نباشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می شود:	
	ب	در پرونده پرسنلی هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر	و		ک		اگر فرد مذکور پرستار باشد: دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۱۰ سال سابقه کار بالینی (۱ امتیاز)	
	ج		ز		ل		دارا بودن گواهی شرکت در دوره های آشنایی با بیمارستان های دوست دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)	
	د		ح		م		دارا بودن گواهی شرکت در دوره های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه ای علل و مهارت های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)	
							اگر فرد مذکور پزشک باشد: دارا بودن مدرک دکترای حرفه ای پزشکی عمومی (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار (۱ امتیاز)	در بیمارستان های غیر آموزشی
				ط			دارا بودن گواهی شرکت در دوره های آشنایی با بیمارستان های دوست دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)	
							دارا بودن گواهی شرکت در دوره های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه ای علل و مهارت های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)	
						اگر فرد مذکور دارای تحصیلات مدیریتی باشد: دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدیریت (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار (۱ امتیاز)		
						دارا بودن گواهی شرکت در دوره های آشنایی با بیمارستان های دوست دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)		
						دارا بودن گواهی شرکت در دوره های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه ای علل و مهارت های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)		

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۳. هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر در بیمارستان‌های غیرآموزشی شرایط احراز لازم را دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز	غ.ق.ا
۳	الف	شرایط احراز و تعداد تخت فعال بیمارستان	ه		ی		<p>در صورتی که هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد یا عضو تیم ایمنی بیمار نباشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:</p> <p>اگر فرد مذکور پرستار و بیمارستان بالای ۳۰۰ تخت باشد: دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی (۱ امتیاز) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p>	
	ب		و		ک			
	ج	در پرونده پرسنلی هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر	ز		ل		<p>اگر فرد مذکور پرستار و بیمارستان زیر ۳۰۰ تخت باشد: دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار بالینی (۱ امتیاز) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p>	
	د		ح		م			
				ط			<p>اگر فرد مذکور پزشک باشد: دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار (۱ امتیاز) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p> <p>اگر فرد مذکور دارای تحصیلات مدیریتی و بیمارستان بالای ۳۰۰ تخت باشد: دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدیریت (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار (۱ امتیاز) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p> <p>اگر فرد مذکور دارای تحصیلات مدیریتی و بیمارستان زیر ۳۰۰ تخت باشد: دارا بودن مدرک کارشناسی مدیریت (۲ امتیاز) دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار (۱ امتیاز) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p>	در بیمارستان‌های غیرآموزشی

سنجه ۴. شرح وظایف هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر، به امضای رییس بیمارستان و حاوی موارد مندرج در پیوست مربوطه است.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	شرح وظایف مذکور موجود است	شرح وظایف مذکور موجود است	شرح وظایف مذکور موجود نیست		ی		ه	شرح وظایف هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر در بیمارستان	الف	۱
	و به تأیید رییس بیمارستان رسیده است	اما به تأیید رییس بیمارستان نرسیده است			ک		و	تأیید شده از سوی رییس بیمارستان و حاوی موارد مندرج در پیوست مذکور	ب	
	و حاوی موارد مندرج در پیوست مذکور است	یا حاوی موارد مندرج در پیوست مذکور نیست			ل		ز	در این واحد	ج	
					م		ح		د	
							ط			

۲-۱۱) انتصاب یکی از کارکنان با اختیارات مناسب به عنوان مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان

سنجه ۱. مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان، طی حکمی* از سوی رییس بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن به این عنوان منصوب شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۱	الف	حکم انتصاب مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان و درج تفویض اختیار در خصوص ایمنی بیمار و لزوم پاسخ‌گویی مستقیم به رییس بیمارستان در حکم یا ابلاغ مربوطه	ه		ی	حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود نباشد یا حاوی تفویض اختیار در خصوص ایمنی بیمار و لزوم پاسخ‌گویی مستقیم به رییس بیمارستان نباشد			حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان موجود باشد و حاوی تفویض اختیار در خصوص ایمنی بیمار و لزوم پاسخ‌گویی مستقیم به رییس بیمارستان باشد		
	ب	با امضای رییس بیمارستان	و		ک						
	ج		ز		ل						
	د		ح		م						
			ط								

* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

سنجه ۲. مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان، شرایط احراز لازم را دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز	
							۱	۲
۲	الف	شرایط احراز و مستندات رونوشت به تمام بخش‌ها و واحدها	ه		ی	<p>در صورتی که مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:</p> <p>دارا بودن حکمی که نشان دهد وی از مدیران ارشد بیمارستان است (۳ امتیاز)</p> <p>دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار (۱ امتیاز)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) برگزار شده از سوی وزارت متبوع (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p>		
	ب		و		ک			
	ج	در پرونده پرسنلی مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان	ز		ل			
	د		ح		م			
			ط					

سنجه ۳. شرح وظایف مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار به امضای رییس بیمارستان و حاوی موارد مندرج در پیوست مربوطه است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲
۳	الف	شرح وظایف مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان	ه		ی	<p>شرح وظایف مذکور موجود است</p> <p>شرح وظایف مذکور موجود است</p> <p>شرح وظایف مذکور موجود نیست</p>			
	ب	تایید شده از سوی رییس بیمارستان و حاوی موارد مندرج در پیوست مذکور	و		ک				
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۲-۱-۱۲) بازدید منظم مدیریتی به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌ها

سنجه ۱. بیمارستان خط مشی و روش خود را جهت انجام بازدید منظم مدیریتی به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌ها، براساس دستورالعمل بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار^۲ قابل دستیابی در پرتال دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت متبوع، تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برنامه سالانه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی موجود است و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۲	الف	برنامه مذکور و مستندات انجام بازدید براساس آن	ه		ی	سرپرستاران یا مسئولین بخش‌ها و واحدها براساس برنامه زمان‌بندی سالانه (ترجیحا بخش‌ها و واحدهایی که طبق مستندات، بازدید از آن‌ها انجام شده‌است)	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	
	ب		و		ک	آیا بازدید ایمنی بیمار براساس برنامه سالانه از بخش یا واحد شما انجام شده یا برنامه انجام آن به شما اعلام شده‌است؟	اما	یا	یا	
	ج	در این واحد	ز		ل	در بخش‌ها و واحدهای مختلف	۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	
	د		ح		م	۱۰ نفر				
			ط							

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار در جلساتی مورد بررسی قرار گرفته و اقدامات اصلاحی مصوب با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده‌است، پیگیری و اجرا می‌شوند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده جلسات مذکور	ه	موارد قابل مشاهده براساس مصوبات	ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد و تکمیل نمی‌شود یا براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود اما مشخصات بند «ب» را ندارد یا نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود و مشخصات بند «ب» را دارد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	غ.ق.۱
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و	در قسمت‌های مرتبط	ک	سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط				
	ج	در این واحد	ز	۱۰ مورد	ل	در قسمت‌های مرتبط				
	د		ح	مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده	م	۱۰ نفر				
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در خصوص نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، به کارکنان بازخورد داده می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۴	الف	گزارش‌ها و نتایج بازدید مذکور و فهرست بخش‌ها، واحدها یا افرادی که لازم است گزارش یا بخشی از آن را دریافت نمایند و مستندات ارسال گزارش براساس فهرست	ه		ی	کارکنانی که براساس فهرست باید گزارش را دریافت می‌نمودند	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است اما ۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	مستندات بند «الف» موجود است و ۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	
	ب		و		ی	آیا گزارش بازدید مذکور را دریافت کرده‌اند یا خیر				
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م	۱۰ نفر (حضور یا تلفنی)				
			ط							

۲-۲) جلسات تیم مدیریت اجرایی به طور منظم و لاقابل ماهانه برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن ثبت می گردند تا مطابق آن ها عمل گردد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند آیین نامه داخلی جلسات تیم مدیریت اجرایی و فهرست اعضای آن مدون و موجود است و تمامی اعضا از مفاد آیین نامه مطلع هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.ا.
۱	الف	آیین نامه داخلی جلسات تیم مدیریت اجرایی و فهرست اعضا و سمت و تحصیلات آنها و زمان آغاز عضویت آنان در این تیم	ه		ی	اعضای تیم مدیریت اجرایی براساس فهرست بند «الف»	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است	مستندات بند «الف» موجود است
	ب		و		ک	در خصوص مفاد آیین نامه داخلی	اما	۲-۳ نفر از اعضای تیم مدیریت اجرایی از مفاد آیین نامه داخلی مطلع هستند	۴-۵ نفر از اعضای تیم مدیریت اجرایی از مفاد آیین نامه داخلی مطلع هستند
	ج	در این واحد	ز		ل		یا	۰-۱ نفر از اعضای تیم مدیریت اجرایی از مفاد آیین نامه داخلی مطلع هستند	
	د		ح		م	۵ نفر (حضور یا تلفنی)			
			ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. جلسات تیم مدیریت اجرایی به طور منظم و حداقل ماهانه برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن با ذکر نام مسئولین پیگیری و انجام مصوبه و زمان تعیین شده جهت انجام آن ثبت می گردند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	صورت جلسات تیم مدیریت اجرایی	ه		ی	صورت جلسات موجود نباشند	صورت جلسات موجود باشند			
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و حداقل فصلی و با تعیین مسئولین پیگیری و اجرا و زمان اجرای مصوبات جلسه	و		ک		صورت جلسات موجود نباشند	اما در فواصل منظم حداقل ماهانه نباشند	یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	صورت جلسات موجود باشند و در فواصل منظم حداقل ماهانه باشند و در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د	۵ مصوبه	ح		م					
			ط							

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده است، صورت می پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف	فرم های پیگیری تکمیل شده	ه	موارد قابل مشاهده براساس مصوبات	ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود		
	ب	واجد حداقل های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و	در قسمت های مرتبط	ک		فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی شود	اما مشخصات بند «ب» را ندارد	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود و مشخصات بند «ب» را دارد
	ج	در این واحد	ز	۵ مورد	ل		یا	نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، مطابق مندرجات فرم پیگیری است	نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، مطابق مندرجات فرم پیگیری است
	د		ح	مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده	م		براساس مشاهدات و مصاحبه ها، ۲۰-۰٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم گرفته است	نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است
			ط						

۲-۳) توجیه اعضای جدید تیم مدیریت اجرایی، مطابق برنامه توجیهی مستند، صورت می‌گیرد.

سنجه ۱. تمامی اعضای تیم مدیریت اجرایی به کتابچه/ مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا.*	۲	۱	۰							
				اعضای تیم مدیریت اجرایی	ی		ه		الف	۱
				آیا شما به کتابچه توجیهی دسترسی دارید؟	ک		و		ب	
					ل		ز		ج	
				۵ نفر حضوری یا تلفنی	م		ح		د	
							ط			
	۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند	۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند	۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. برنامه توجیهی برای اعضای جدید تیم مدیریت اجرایی حداقل شامل رسالت، چشم‌انداز، اهداف کلان، ارزش‌ها و اولویت‌های استراتژیک بیمارستان، آشنایی با استانداردهای اعتباربخشی، حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان، آیین‌نامه داخلی تیم مدیریت اجرایی، نقشه ساختمان، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه و قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش موجود است و توجیه اعضای جدید براساس آن صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۲	الف	مستندات دوره توجیهی و برگزاری آن برای اعضای جدید	ه		ی	اعضای جدیدالورود* (ظرف یک سال گذشته به عضویت تیم مدیریت اجرایی در آمده‌اند)	مستندات بند «الف» موجود باشد	مستندات بند «الف» موجود باشد	مستندات دوره توجیهی موجود باشد	عضو جدیدالورود نداشته باشند
	ب	حداقل دارای موارد مندرج در سنجه	و		ک	در خصوص محتوای دوره توجیهی و گذراندن دوره	مستندات بند «الف» موجود نباشد	شامل حداقل‌های مندرج در سنجه نباشد	شامل حداقل‌های مندرج در سنجه باشد	
	ج	در این واحد	ز		ل	اظهارات ۲۰-۳۰٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	یا	یا	و	
	د		ح		م		اظهارات	اظهارات	اظهارات	
			ط				۶۰-۲۱٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	۶۰-۲۱٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	۱۰۰-۶۱٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده‌است	

* تذکر: در دور اول اعتباربخشی لازم است تمامی اعضای تیم با کتابچه توجیهی آشنا شوند.

۲-۴) تیم مدیریت اجرایی بیمارستان اعضای ثابتی دارد که حداقل شامل افراد ذیل است:

۲-۴-۱) رییس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۲-۴-۲) مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۲-۴-۳) مدیر پرستاری

۲-۴-۴) معاون درمان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۲-۴-۵) معاون آموزشی یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان (در بیمارستان‌های غیرآموزشی مدیر بهبود کیفیت)

۲-۴-۶) مسئول واحد فناوری اطلاعات، بدون حق رأی و به‌عنوان مشاور

۲-۴-۷) مدیر امور مالی بیمارستان، بدون حق رأی و به‌عنوان مشاور

۲-۴-۸) مدیر بهبود کیفیت در بیمارستان‌های آموزشی، بدون حق رأی و به‌عنوان مشاور، در جلسات تیم مدیریت اجرایی حضور دارند.

سنجه . تیم مدیریت اجرایی بیمارستان حداقل شامل افراد مندرج در استاندارد ۲-۴ توسط رییس بیمارستان تعیین شده‌اند و ابلاغ آنان وجود دارد*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	فهرست اعضای تیم مدیریت اجرایی و حکم آن‌ها با امضای رییس بیمارستان	ه		ی					
	ب	حداقل شامل افراد مندرج در استاندارد و درج داشتن یا نداشتن حق رای و عضو اصلی یا مشاور بودن آن‌ها در آیین‌نامه داخلی جلسات	و		ک	مستندات بند «الف» موجود نباشد	مستندات بند «الف» موجود باشد اما شرایط بند «ب» وجود نداشته باشد	مستندات بند «الف» موجود باشد و شرایط بند «ب» وجود داشته باشد		
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

*تذکر: ابلاغ رییس بیمارستان به امضای مسئول مربوطه خواهد بود.

۳) رئیس، مدیر عامل (یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان)

۳-۱) رئیس بیمارستان از جهت تحصیلات و تجربه، به ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل می‌باشد:

۳-۱-۱) دارا بودن مدرک دکترا در یکی از گرایش‌های مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه تحصیلات دانشگاهی مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳-۱-۳) دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه مدرک Mini MBA^۳ مدیریت بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سنجه ۱. رئیس بیمارستان طی حکمی* از سوی مسئول ذیربط تعیین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	حکم انتصاب رئیس بیمارستان	ه		ی	حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود نباشد	حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود نباشد	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	با امضای مسئول مربوطه	و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: امضای مسئول مربوطه، مسئول فعلی یا مسئول وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

سنجه ۲. فردی دارای مدرک تحصیلی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد ریاست بیمارستان را برعهده دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز	غ.ق.ا
۲	الف	مندرجات استاندارد	ه		ی		در صورتی که رییس بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:	
	ب		و		ک		دارا بودن مدرک دکترای یکی از گرایش‌های مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت (۷ امتیاز)	
	ج	در پرونده پرسنلی رییس بیمارستان	ز		ل		دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه تحصیلات دانشگاهی مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت (۶ امتیاز)	
	د		ح		م		دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه مدرک Mini MBA مدیریت بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت (۵ امتیاز)	
			ط				دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای دکترای مدیریت (۳ امتیاز)	
							دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پزشک دارای تحصیلات دانشگاهی مدیریتی (۲ امتیاز)	
							دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پزشک دارای مدرک Mini MBA مدیریت بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت (۱ امتیاز)	

۲-۳) رییس بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می نماید.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند رییس بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۱	الف		ه		ی	رؤسا و مسئولین بخش ها و واحدها				
	ب		و		ک	آیا رییس بیمارستان به صورت تمام وقت در این سمت فعالیت می نمایند یا کار بالینی یا اجرایی دیگری هم دارند؟*				
	ج		ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر	حتی اگر یک نفر اظهار کند که ایشان به صورت تمام وقت در این سمت نیستند و مستنداتی همچون برنامه نوبت کاری و ... نیز تایید کند که ایشان در سمت دیگری هم مشغول فعالیت هستند			
			ط							

*تذکر: در صورتی که رییس بیمارستان عضو هیات علمی دانشگاه باشند، فعالیت آموزشی و پژوهشی ایشان بلامانع است.

سنجه ۲. بیمارستان آموزشی هیات امنایی خط مشی و روش خود را جهت اطمینان از این که تمامی پزشکان به ویژه رییس بیمارستان و معاونین وی، تمام وقت جغرافیایی هستند و در عمل نیز از موازین مربوطه تبعیت می نمایند، تدوین نموده و براساس آن عمل می نماید که در کتابچه خط مشی ها و روش ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

*تذکر: این سنجه و تمام جداول مرتبط با آن برای بیمارستان هایی که آموزشی هیات امنایی نیستند غیر قابل ارزیابی خواهد بود.

۴) مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۴-۱) مدیر بیمارستان از نظر تحصیلات واجد شرایط ذیل است:

۴-۱-۱) دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان‌های سابق یا مدیریت بیمارستانی) و به ترتیب ۲، ۳ و ۴ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سنجه ۱. مدیر بیمارستان طی حکمی* از سوی مسئول ذیربط تعیین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	حکم انتصاب مدیر بیمارستان	ه		ی	حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود نباشد	۱	۱	۲	غ.ق.۱
	ب	با امضای مسئول مربوطه	و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: امضای مسئول مربوطه، مسئول فعلی یا وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. فردی دارای مدرک تحصیلی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد، مدیر بیمارستان است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز	غ.ق.ا
۲	الف	مندرجات استاندارد	ه		ی		<p>در صورتی که مدیر بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:</p> <p>دارا بودن مدرک دکترا در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان‌های سابق) (۶ امتیاز)</p> <p>دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان‌های سابق یا مدیریت بیمارستانی) (۶ امتیاز)</p> <p>دارا بودن مدرک کارشناسی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان‌های سابق) (۵ امتیاز)</p> <p>دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای دکترا (۴ امتیاز)</p> <p>دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای کارشناسی ارشد (۲ امتیاز)</p> <p>دارا بودن حداقل ۴ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای کارشناس (۲ امتیاز)</p>	۱.ق.ا
	ب		و		ک			
	ج	در پرونده پرسنلی مدیر بیمارستان	ز		ل			
	د		ح		م			
				ط				

۲-۴) مدیر بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می نماید.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند مدیر بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می نماید.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
			حتی اگر یک نفر اظهار کند که ایشان به صورت تمام وقت در این سمت نیستند و شواهد و مستنداتی همچون مکاتبات اداری به امضای ایشان یا حضورشان در محل مربوطه نیز تایید کند که ایشان در سمت دیگری هم مشغول فعالیت هستند	مسئولین واحدها	ی		ه		الف	
	هر ۵ نفر اظهار کنند که ایشان به صورت تمام وقت در این سمت فعالیت می کنند و مستندات و شواهدی نیز برخلاف این اظهارات موجود نباشد		آیا رییس بیمارستان به صورت تمام وقت در این سمت فعالیت می نمایند یا کار بالینی یا اجرایی دیگری هم دارند؟*		ک		و		ب	
					ل		ز		ج	
				۵ نفر	م		ح		د	
							ط			

* تذکر: در صورتی که مدیر بیمارستان عضو هیات علمی دانشگاه باشند، فعالیت آموزشی و پژوهشی ایشان بلامانع است.

۵) مدیریت فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی: (با تبعیت از استانداردهای اعتباربخشی آموزشی معاونت آموزشی وزارت متبوع)

۱-۵) مدیریت ارشد بیمارستان در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می‌نماید.

۱-۱-۵) خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص چارچوب ارائه خدمات توسط فراگیران، با تبعیت از قوانین، مقررات و استانداردهای اعتباربخشی آموزشی، تدوین شده‌است.

۲-۱-۵) مسئولیت‌ها و شرح وظایف کارآموزان و کارورزان و سایر گروه‌های تحت آموزش در خصوص مراقبت از بیماران مدون شده‌است.

۳-۱-۵) کارآموزان، کارورزان و دستیاران، خدمات مراقبتی را تحت نظارت افراد واجد صلاحیت (مطابق با قوانین، مقررات، استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و خط مشی‌ها) ارائه می‌نمایند.

* تذکر: استانداردهای ۱-۱-۵، ۲-۱-۵ و ۳-۱-۵ در بیمارستان‌های غیرآموزشی غیرقابل ارزیابی هستند.

سنجه ۱. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد دانشجویان پزشکی در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان آمده و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۲. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد کارآموزان پزشکی در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان آمده و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۳. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد کارورزان پزشکی در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان آمده و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

سنجه ۴. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد دستیاران سال اول در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان آمده و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

* تذکر: ارزیابان محترم توجه داشته باشند که در بیمارستان‌های آموزشی، دستیاران سال اول در ۶ ماه اول دوره دستیاری بدون نظارت مستقیم و حضور ناظرین واجد صلاحیت (مطابق قوانین و مقررات و خط مشی‌ها)، بیماران اورژانسی را ویزیت نمی‌نمایند و لازم است این نکته در خط مشی و روش مربوطه لحاظ شده باشد.

سنجه ۵. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد دانشجویان پیراپزشکی در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان آمده و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۴-۵) امکانات و تسهیلات آموزشی مناسب همچون مولاژ و مرکز آموزش مهارت‌های بالینی (skill lab) جهت ممانعت از انجام آموزش غیرضروری فراگیران بر بالین بیمار، موجود هستند.

سنجه ۱. فهرستی از آموزش‌های قابل ارایه در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی* که یادگیری آن‌ها مستلزم حضور بر بالین بیمار نمی‌باشد، موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.ا	۲	۱	۰
۱	الف	فهرست مورد اشاره در سنجه	ه	وجود مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ی		بیمارستان مرکز آموزش مهارت‌های بالینی دارد	و	فهرست مذکور موجود است
	ب		و		ک				
	ج	در این واحد یا مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

*تذکر: وجود مرکز آموزش مهارت‌های بالینی خاص بیمارستان‌های آموزشی نیست و در بیمارستان‌های غیرآموزشی نیز برای تقویت مهارت‌های عملی کارکنان و جلوگیری از به خطر افتادن ایمنی بیمار، مفید است و بنابر این در تمامی بیمارستان‌ها قابل ارزیابی است.

سنجه ۲. چک لیست تجهیزات و امکانات مورد نیاز جهت ارایه آموزش‌های مندرج در سنجه ۱، موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	چک لیست امکانات و تجهیزات لازم که موجود، سالم، ایمن و آماده به کار بودن امکانات و تجهیزات را کنترل می‌کند	ه		ی		چک لیست موجود است و تمامی شرایط بند «الف» را دارد	چک لیست موجود است اما بخشی از شرایط بند «الف» را دارد	چک لیست موجود نیست	
	ب	در صورتی که فهرست امکانات و تجهیزات این مرکز از سازمان‌های بالادستی ابلاغ نشده باشد، بیمارستان با توجه به فهرست آموزش‌های ارایه شده در این مرکز آن را تهیه نموده است	و	ک						
	ج	در این واحد یا مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ز	ل						
	د		ح	م						
			ط							

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند چک لیست به‌منظور کنترل موجود، سالم، ایمن و آماده به کار بودن امکانات و تجهیزات مورد نیاز در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی براساس فهرست سنجه ۲ در فواصل زمانی معین و منظم تکمیل می‌گردد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
۳	الف	چک لیست‌های تکمیل شده	ه	امکانات و تجهیزات مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ی					
	ب	منطبق بر فهرست سنجه ۲ و تکمیل شده در فواصل زمانی معین و منظم	و		ک	چک لیست‌های تکمیل شده موجود نباشند	یا	چک لیست‌های تکمیل شده موجود باشند	و	چک لیست‌های تکمیل شده موجود باشند
	ج	در این واحد یا مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ز	۱۰ مورد تصادفی و براساس چک لیست با تاکید بر مهم‌ترین موارد مثل امکانات مورد نیاز برای آموزش احیا	ل	حتی یک مورد از امکاناتی که بر حسب آخرین چک لیست موجود و سالم هستند، براساس مشاهدات، سالم و آماده به کار نباشند	یا	بخشی از شرایط بند «ب» را داشته باشد	و	تمامی شرایط بند «ب» را داشته باشد
	د		ح		م			در فواصل زمانی معین و منظم تکمیل نشده باشند	و	در هر ۱۰ مورد بین مشاهدات و مندرجات چک لیست، مطابقت وجود داشته باشد
			ط							

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در صورت کمبود یا خرابی امکانات و تجهیزات، طی فرآیند مدونی، مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۴	الف	فرآیند مدون چگونگی رفع نواقص با مشخص کردن مسئول پیگیری و مسئول پاسخ‌گویی و مستندات عمل براساس آن با مشخص نمودن زمان انجام مداخله اصلاحی یا اعلام عدم‌نیاز به مداخله اصلاحی	ه	نتایج مداخلات اصلاحی	ی	مدرسین و مربیانی که از این مرکز استفاده می‌نمایند	فرآیند مدون مذکور موجود است	اما تمامی موارد مندرج در بند «الف» در آن رعایت نشده‌است	فرآیند مدون مذکور موجود است و تمامی موارد مندرج در بند «الف» در آن رعایت شده‌است	غ.ق.۱
	ب		و	در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ک	آیا امکانات و تجهیزات این مرکز برای انجام اقدامات مورد نظر در فهرست آموزش‌های ارائه شده، همیشه برای شروع کلاس‌های شما، کنترل شده، سالم، ایمن و آماده به کار هستند؟	فرآیند مدون مذکور موجود نیست یا براساس آن عمل نمی‌شود یا ۱-۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	یا بخشی از اقدامات اصلاحی براساس آن انجام می‌گیرد یا ۳-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	تمامی اقدامات اصلاحی براساس آن انجام می‌گیرد یا اقدام اصلاحی لازم نمی‌باشد و ۵-۴ نفر پاسخ مثبت بدهند	غ.ق.۱
	ج	در این واحد یا مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ز		ل					غ.ق.۱
	د		ح		م	۵ نفر حضوری یا تلفنی				غ.ق.۱
			ط							غ.ق.۱
										غ.ق.۱

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند مرکز آموزش مهارت‌های بالینی فعال است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۵	الف	مستندات ثبت موارد استفاده از مرکز با ذکر تاریخ و نوع آموزش‌های ارائه شده و نام و نام خانوادگی مدرس یا مربی گروه	ه		ی	مدرسین و مربیان	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	
	ب		و		ک	در خصوص اینکه آیا در تاریخ ذکر شده از مرکز استفاده کرده‌اند یا خیر و به چه منظور	یا	اما	و	
	ج	در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی	ز		ل		مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	
	د		ح		م	۵ نفر (تلفنی یا حضوری)	مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	
			ط				مستندات بند «الف» موجود نباشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	مستندات بند «الف» موجود باشند	

۵-۱-۵) کارکنان بالینی و غیربالینی، به آخرین ویرایش کتب مرجع، حداقل در رابطه با رشته‌ها و تخصص‌های موجود در بیمارستان، دسترسی دارند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند کارکنان بالینی و غیربالینی به فرمت الکترونیک یا کاغذی آخرین ویرایش کتب مرجع، حداقل در رابطه با رشته‌ها و تخصص‌های موجود در بیمارستان، دسترسی دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فهرست رشته‌ها و تخصص‌های بالینی و غیربالینی موجود در بیمارستان و آخرین ویرایش کتب مرجع هر یک	ه	دسترسی به فرمت کاغذی یا الکترونیک آن‌ها	ی	مستندات بند «الف» موجود نیستند یا ۰-۱ مرجع موجود باشد	مستندات بند «الف» موجودند اما شرایط بند «ب» را نداشته باشد یا ۲-۳ مرجع باشند	مستندات بند «الف» موجودند و شرایط بند «ب» را داشته باشد و ۴-۵ مرجع موجود باشند	
	ب	تایید شده از طریق درج امضای مسئول هر بخش و واحد در ستون مقابل کتب مرجع در فهرست بند «الف»	و	ک					
	ج	در این واحد یا کتابخانه	ز	۵ مورد از فهرست به صورت تصادفی	ل				
	د		ح	م					
			ط						

۵-۲) مدیریت ارشد بیمارستان در تعامل با متولیان تصویب طرح‌های پژوهشی، در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می‌نماید:

۵-۲-۱) لحاظ‌شدن اولویت‌های پژوهشی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و شرایط خاص هر بیمارستان، منطقه و جمعیت تحت پوشش آن با نگاه ویژه به ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی در تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی

سنجه . خط مشی و روش مدونی جهت لحاظ‌شدن اولویت‌های پژوهشی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و شرایط خاص هر بیمارستان، منطقه و جمعیت تحت پوشش آن با نگاه ویژه به ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی در تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

تذکر: در بیمارستان‌های غیردانشگاهی نیز باید اولویت‌های پژوهشی بیمارستان مشخص شده باشند اما این امر می‌تواند با توجه به نیازهای خاص بیمارستان یا سازمانی که بیمارستان به آن وابسته است، صورت گرفته باشد.

۵-۲-۲) استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی و ارتقای سطح سلامت فرد و جامعه

سنجه . بیمارستان، خط مشی و روش مدونی جهت تشویق استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی و ارتقای سطح سلامت فرد و جامعه تدوین نموده‌اند که براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۵-۲-۳) رعایت قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و استانداردهای ابلاغی از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع

سنجه . بیمارستان خط مشی و روش مدونی جهت رعایت قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و استانداردهای ابلاغی از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع تدوین شده که براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۶) مدیریت خطر

۶-۱) بیمارستان برنامه مدیریت خطر را حداقل در موارد ذیل اجرا می‌نماید:

۶-۱-۱) مشکلات ساختمان

۶-۱-۲) از بین رفتن خدمات رایانه‌ای (بخش فناوری اطلاعات)

۶-۱-۳) خرابی تجهیزات اصلی

۶-۱-۴) کمبود یا اتمام اعتبارات

۶-۱-۵) برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان

۶-۱-۶) غفلت و اشتباهات کارکنان

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برنامه مدیریت خطر مدون (ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA^۴) در زمینه مشکلات ساختمان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	برنامه مدیریت خطر	ه	موارد قابل مشاهده براساس مستندات اجرای برنامه	ی	کارکنان مرتبط	برنامه وجود ندارد	برنامه وجود دارد	برنامه وجود دارد	
	ب	در زمینه مشکلات ساختمان و ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA و مستندات اجرای آن	و	در قسمت‌های مختلف ساختمان	ک	با توجه به مستندات اجرای برنامه	براساس مستندات اجرا نمی‌شود	براساس مدل توصیه شده نیست	براساس مدل توصیه شده است	
	ج	در این واحد یا واحد ساختمان	ز		ل		براساس مشاهدات ۰-۱ مورد اجرا شده	براساس مشاهدات ۲-۳ مورد اجرا شده	براساس مشاهدات ۴-۵ مورد اجرا شده	
	د		ح	۵ مورد	م	۵ نفر	یا	یا	یا	
			ط				براساس مشاهدات ۰-۱ مورد اجرا شده	براساس مشاهدات ۲-۳ مورد اجرا شده	براساس مشاهدات ۴-۵ مورد اجرا شده	

۴. Failure Mode and Effects Analysis

سنجه ۲. برنامه مدیریت خطر مدون (ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه از بین رفتن خدمات رایانه‌ای و بخش فناوری اطلاعات وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱	
۲	الف	برنامه مدیریت خطر	ه	موارد قابل مشاهده براساس مستندات اجرای برنامه	ی	کارکنان مرتبط	برنامه وجود دارد	اما	برنامه وجود دارد	و	برنامه وجود دارد
	ب	در زمینه از بین رفتن خدمات رایانه‌ای و بخش فناوری اطلاعات و ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA و مستندات اجرای آن	و	با توجه به مستندات اجرای برنامه	ک	یا براساس مستندات اجرا نمی‌شود یا براساس مشاهدات ۰-۱ مورد اجرا شده	برنامه وجود ندارد	براساس مدل توصیه شده نیست	براساس مستندات بخشی از آن اجرا می‌شود	و	براساس مستندات تمام آن اجرا می‌شود
	ج	در این واحد یا واحد فناوری اطلاعات	ز		ل	یا براساس مصاحبه، اظهارات ۰-۱ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	براساس مشاهدات ۲-۳ مورد اجرا شده	یا	براساس مشاهدات ۴-۵ مورد اجرا شده	و	براساس مشاهدات ۴-۵ مورد اجرا شده
	د		ح	۵ مورد	م	۵ نفر	براساس مصاحبه، اظهارات ۰-۱ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	یا	براساس مشاهدات ۲-۳ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	و	براساس مصاحبه، اظهارات ۴-۵ نفر مستندات اجرا را تایید نماید
			ط								

سنجه ۳. برنامه مدیریت خطر مدون (ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه خرابی تجهیزات اصلی وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۳	الف	برنامه مدیریت خطر و فهرست تجهیزات اصلی بیمارستان اعم از تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی که از نظر بیمارستان اصلی است	ه	موارد قابل مشاهده براساس مستندات اجرای برنامه	ی	کارکنان مرتبط	مستندات بند «الف» وجود ندارد یا براساس مستندات اجرا نمی‌شود	مستندات بند «الف» وجود دارد اما براساس مدل توصیه شده نیست	مستندات بند «الف» وجود دارد و براساس مدل توصیه شده‌است	
	ب	در زمینه خرابی تجهیزات اصلی و ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA و مستندات اجرای آن	و	با توجه به مستندات اجرای برنامه	ک	براساس مشاهدات ۰-۱ مورد اجرا شده یا براساس مصاحبه، اظهارات ۰-۱ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	براساس مستندات بخشی از آن اجرا می‌شود یا براساس مشاهدات ۲-۳ مورد اجرا شده یا براساس مصاحبه، اظهارات ۲-۳ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	براساس مستندات تمام آن اجرا می‌شود و براساس مشاهدات ۴-۵ مورد اجرا شده و براساس مصاحبه، اظهارات ۴-۵ نفر مستندات اجرا را تایید نماید		
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح	۵ مورد	م	۵ نفر				

سنجه ۴. برنامه مدیریت خطر مدون (ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه کمبود یا اتمام اعتبارات وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف	برنامه مدیریت خطر	ه		ی	کارکنان مرتبط	برنامه وجود ندارد	برنامه وجود دارد	برنامه وجود دارد
	ب	در زمینه کمبود یا اتمام اعتبارات و ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA مستندات اجرای آن	و		ک	با توجه به مستندات اجرای برنامه	یا براساس مستندات اجرا نمی‌شود	اما براساس مدل توصیه شده نیست	و براساس مدل توصیه شده است
	ج	در این واحد	ز		ل		یا براساس مستندات، اظهارات ۰-۱ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	یا براساس مستندات بخشی از آن اجرا می‌شود	و تمام آن اجرا می‌شود
	د		ح		م	۵ نفر	یا براساس مصاحبه، اظهارات ۲-۳ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	یا براساس مصاحبه، اظهارات ۴-۵ نفر مستندات اجرا را تایید نماید	و براساس مصاحبه، اظهارات ۴-۵ نفر مستندات اجرا را تایید نماید
			ط						

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۵. برنامه مدیریت خطر مدون (ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۳. غ.ق.۱
۵	الف	برنامه مدیریت خطر	ه		ی	کارکنان مرتبط	برنامه وجود ندارد	برنامه وجود دارد	برنامه وجود دارد	
	ب	در زمینه برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان و ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA و مستندات اجرای آن	و		ک	با توجه به مستندات اجرای برنامه	یا بر اساس مستندات اجرا نمی‌شود	اما بر اساس مدل توصیه شده نیست	و بر اساس مدل توصیه شده است	
	ج	در این واحد	ز		ل		بر اساس مصاحبه، اظهارات ۰-۲ نفر مستندات اجرا را تأیید نماید	بر اساس مستندات بخشی از آن اجرا می‌شود	بر اساس مستندات تمام آن اجرا می‌شود	
	د		ح		م	۱۰ نفر	بر اساس مصاحبه، اظهارات ۳-۶ نفر مستندات اجرا را تأیید نماید	یا اجرا می‌شود	و بر اساس مصاحبه، اظهارات ۷-۱۰ نفر مستندات اجرا را تأیید نماید	
				ط						

سنجه ۶. برنامه مدیریت خطر مدون (ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه غفلت و اشتباهات کارکنان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۶	الف	برنامه مدیریت خطر	ه	موارد قابل مشاهده براساس مستندات اجرای برنامه	ی	کارکنان مرتبط	برنامه وجود ندارد	برنامه وجود دارد	برنامه وجود دارد	
	ب	در زمینه غفلت و اشتباهات کارکنان و ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA و مستندات اجرای آن	و	با توجه به مستندات اجرای برنامه	ک		یا براساس مستندات اجرا نمی‌شود	براساس مدل توصیه شده نیست	براساس مدل توصیه شده است	
	ج	در این واحد	ز		ل		یا براساس مشاهدات ۰-۲ مورد اجرا شده	یا براساس مستندات اجرا می‌شود	یا تمام آن اجرا می‌شود	
	د		ح	۱۰ مورد	م	۱۰ نفر	یا براساس مصاحبه، اظهارات ۰-۲ نفر مستندات اجرا را تایید نمایند	یا براساس مشاهدات ۳-۶ مورد اجرا شده	یا براساس مشاهدات ۱۰-۷ مورد اجرا شده	
			ط				یا براساس مصاحبه، اظهارات ۳-۶ نفر مستندات اجرا را تایید نمایند	یا براساس مشاهدات ۳-۶ مورد اجرا شده	یا براساس مشاهدات ۱۰-۷ مورد اجرا شده	

۷) مدیریت بحران / بلایا

۷-۱) بیمارستان برنامه مستندی جهت مقابله با بلایا و همچنین بحران‌هایی مانند رسیدن تعداد بیمار بیش از ظرفیت بیمارستان دارد که حداقل شامل موارد ذیل است:

۷-۱-۱) فهرستی از اعضای تیم پاسخ اضطراری شامل مدیران، پزشکان، پرستاران، گروه‌های پاراکلینیک، پشتیبانی و ... با ذکر سمت آن‌ها در زمان بروز بحران

سنجه . فهرستی از اعضای تیم پاسخ اضطراری شامل مدیران، پزشکان، پرستاران، گروه‌های پاراکلینیک، پشتیبانی و ... با ذکر سمت آن‌ها در زمان بروز بحران وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	فهرست اسامی و سمت (سمت معمول و سمت در زمان بحران) اعضای تیم پاسخ اضطراری	ه		ی	فهرست موجود نیست	فهرست موجود است	اما	فهرست موجود است و شامل تمام موارد بند «الف و ب» است
	ب	شامل موارد مندرج در استاندارد	و		ک				
	ج	در این واحد	ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

۷-۲) فهرستی از مراکز ارجاع که قبلاً با آنها هماهنگ شده است.

سنجه ۱. فهرست مراکز ارجاع براساس برنامه مدیریت بحران و بلایا وجود دارد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
	برنامه مدیریت بحران و بلایا وجود دارد و فهرست مذکور موجود است		برنامه مدیریت بحران و بلایا وجود ندارد		ی		ه	برنامه مدیریت بحران و بلایای بیمارستان و فهرست مراکز ارجاع با توجه به برنامه مذکور	الف	۱
			یا		ک		و		ب	
			فهرست مذکور موجود نیست		ل		ز	در این واحد	ج	
					م		ح		د	
							ط			

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که از قبل با مراکز مذکور هماهنگی لازم به عمل آمده است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	مستندات هماهنگی قبلی با مراکز مورد اشاره در فهرست سنجه ۱ (مانند تفاهم‌نامه یا سند همکاری)	ه		ی	کارکنان مرتبط در مراکز مذکور و در بیمارستان که براساس روش انجام کار باید به سرعت اقدامات را مطابق روش تدوین شده شروع کنند	مستندات بند «الف» وجود ندارد	مستندات بند «الف» وجود دارد	مستندات بند «الف» وجود دارد	
	ب	مشخص بودن روش انجام کار در صورت بروز بلایا و بحران	و		ک	در خصوص این که آیا چنین هماهنگی صورت گرفته یا خیر و چه اقداماتی برای شروع عملیات، انجام می‌شود. (با توجه به روش مورد اشاره در بند «ب»)	یا مستندات بند «ب» موجود نیست	مستندات بند «ب» موجود است	مستندات بند «ب» موجود است	
	ج	در این واحد	ز		ل		۱-۰ نفر مؤید مستندات است	یا مستندات است	یا مستندات است	۳ نفر مؤید مستندات است
	د		ح		م	۳ نفر (حضور یا تلفنی) از بیمارستان و مراکز یاد شده				
			ط							

۷-۳) برنامه‌ای جهت فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده

سنجه . برنامه‌ای جهت فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده موجود است و اعضای تیم از آن مطلع هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	برنامه فراخوان اعضای تیم پاسخ اضطراری	ه		ی	اعضای تیم	برنامه موجود نباشد یا حتی یکی از اعضای از نحوه‌ی فراخوان مطلع نباشد	۱	۲	برنامه موجود باشد و هر ۵ نفر از نحوه‌ی فراخوان مطلع باشند
	ب		و		ک	در خصوص نحوه‌ی فراخوان مطابق برنامه				
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر				
			ط							

۷-۴) وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران تعیین شده‌است.

سنجه . مستندات مربوط به وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران موجود است و کارکنان مرتبط از آن مطلع هستند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم	ه		ی	کارکنان مرتبط	مستندات بند «الف» موجود نباشد یا حتی یک نفر از وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات خود اطلاع نداشته باشد	۱	۲	مستندات بند «الف» موجود باشد و هر ۵ نفر از وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات خود اطلاع داشته باشند
	ب		و		ی	در خصوص وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات آن‌ها مطابق مستندات بند «الف»				
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م	۵ نفر با ارجحیت افراد کلیدی				
			ط							

۷-۱-۵) چگونگی فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران

سنجه . چگونگی فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران مدون شده است و افراد دخیل در برنامه فعال سازی از آن مطلع می باشند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف	مستندات چگونگی فعال سازی برنامه	ه		ی	کارکنان مسئول فعال کردن برنامه	مستندات بند «الف» موجود نباشد یا حتی یک نفر از نقش خود و چگونگی اقدام براساس آن اطلاع نداشته باشد	مستندات بند «الف» موجود باشد و هر ۵ نفر از نقش خود و چگونگی اقدام براساس آن اطلاع داشته باشند		
	ب		و	ک	در خصوص نقش آن ها در فعال کردن برنامه و چگونگی انجام آن					
	ج	در این واحد	ز	ل						
	د		ح	م	۵ نفر با ارجحیت افراد کلیدی					
			ط							

۷-۱-۶) حداقل سالی یک بار مانورهای فرضی جهت اجرای برنامه مستند انجام می گیرد.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند حداقل سالی یک بار مانورهای شبیه سازی شده (بدون تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران) جهت اجرای برنامه مدیریت بلایا و بحران انجام می گیرد و تمام کارکنان مطابق برنامه در آن مشارکت می نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف	مستندات انجام مانور	ه		ی	کارکنان در رده های مختلف شغلی	مستندات انجام مانور موجود نباشد یا اظهارات ۲-۰ نفر مؤید مستندات باشد	مستندات انجام مانور موجود باشد اما مشخصات بند «ب» را نداشته باشد یا اظهارات ۳-۶ نفر مؤید مستندات باشد	مستندات انجام مانور موجود باشد و مشخصات بند «ب» را داشته باشد و اظهارات ۱۰-۷ نفر مؤید مستندات باشد	
	ب	حداقل سالانه و به صورت شبیه سازی شده و بدون تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران	و	ک	آیا در بیمارستان مانورهای شبیه سازی شده ای مقابله با بلایا و بحران اجرا می شود و شما و تمامی کارکنان در آن مشارکت می نمایید؟ آخرین مورد در چه زمانی برگزار شد؟					
	ج	در این واحد	ز	ل						
	د		ح	م	۱۰ نفر					
			ط							

۷-۱-۷) حداقل سالی یک بار مانور آتش نشانی، در بیمارستان انجام می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند حداقل سالی یک بار مانورهای آتش‌نشانی شبیه‌سازی شده (بدون تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران) انجام می‌گیرد و تمام کارکنان مطابق برنامه در آن مشارکت می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	مستندات انجام مانور آتش‌نشانی	ه		ی	کارکنان در رده‌های مختلف شغلی				
	ب	حداقل سالانه و به‌صورت شبیه‌سازی شده و بدون تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران	و		ک	آیا در بیمارستان مانورهای آتش‌نشانی شبیه‌سازی شده‌ی اجرا می‌شود و شما و تمامی کارکنان در آن مشارکت می‌نمایید؟ آخرین مورد در چه زمانی برگزار شد؟	مستندات انجام مانور موجود نباشد	یا مشخصات بند «ب» را نداشته باشد	اما مشخصات بند «ب» را نداشته باشد	مستندات انجام مانور موجود باشد
	ج	در این واحد	ز		ل		یا اظهارات ۲-۰ نفر مؤید مستندات باشد	یا اظهارات ۳-۶ نفر مؤید مستندات باشد		مشخصات بند «ب» را داشته باشد
	د		ح		م	۱۰ نفر				مستندات انجام مانور موجود باشد
			ط							مستندات انجام مانور موجود باشد

۷-۸) اطلاع رسانی کامل به تمامی کارکنان بیمارستان و جلب مشارکت آنان در راستای انجام مانورها انجام می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند به تمامی کارکنان بیمارستان در زمینه انجام مانورها و چگونگی مشارکت آن‌ها در برنامه، اطلاع‌رسانی می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات اطلاع‌رسانی به کارکنان	ه		ی	کارکنان در رده‌های مختلف شغلی			
	ب	به تمامی کارکنان و با ذکر چگونگی مشارکت کارکنان در برنامه	و		ک	آیا در زمینه انجام مانورها و چگونگی مشارکت کارکنان در آن، به شما اطلاع‌رسانی می‌شود؟ چگونه؟	مستندات اطلاع‌رسانی موجود نباشد	اما مشخصات بند «ب» را نداشته باشد	مستندات اطلاع‌رسانی موجود باشد
	ج	در این واحد	ز		ل		یا اظهارات ۲-۰ نفر مؤید مستندات باشد	یا اظهارات ۳-۶ نفر مؤید مستندات باشد	مشخصات بند «ب» را داشته باشد و اظهارات ۱۰-۷ نفر مؤید مستندات باشد
	د		ح		م	۱۰ نفر			
			ط						

۸) خطاها و حوادث ناخواسته

۸-۱) یک فرآیند زمان‌بندی شده، مستند و شفاف، برای گزارش خطاها و حوادث ناخواسته وجود دارد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند یک فرآیند مدون برای گزارش خطاها و حوادث ناخواسته وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	فرآیند مدون گزارش خطاها و حوادث ناخواسته	ه		ی					
	ب	در فرم‌های کاغذی/ الکترونیک گزارش خطا که امکان جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز جهت تحلیل و انجام اقدامات اصلاحی را فراهم آورد	و		ک		مستندات فرآیند مذکور، موجود است	مستندات فرآیند مذکور، موجود است	اما	
	ج	در این واحد	ز		ل		مستندات فرآیند مذکور، موجود نیست	فرم‌های بند «ب» موجود نیستند	فرم‌های بند «ب» موجود هستند	
	د		ح		م					
			ط							

۸-۲) بیمارستان یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش، به منظور فرآیند گزارش‌دهی منظم خطاها و حوادث ناخواسته ایجاد نموده است.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش، به منظور گزارش‌دهی منظم خطاها و حوادث ناخواسته موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف		ه		ی	کارکنان از رده‌های مختلف شغلی با ارجحیت گروه‌های بالینی				
	ب		و		ک	آیا اگر اقدامات شما منجر به بروز خطا یا حوادث ناخواسته شود، می‌توانید بدون ترس و نگرانی از تنبیه و سرزنش، آن را گزارش کنید؟	۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	
	ج		ز		ل					
	د		ح		م	۱۰ نفر				
			ط							

۸-۳) تمام کارکنان در رابطه با فرآیند گزارش خطاها و حوادث ناخواسته آموزش دیده‌اند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان در رابطه با فرآیند گزارش خطاها و حوادث ناخواسته آموزش دیده‌اند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف	مستندات برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط	ه		ی	کارکنان از رده‌های مختلف شغلی با ارجحیت گروه‌های بالینی	مستندات بند «الف» موجود باشد	مستندات بند «الف» موجود باشد		
	ب	برای تمامی کارکنان	و		ک	آیا شما در خصوص نحوه‌ی گزارش‌دهی خطاها و حوادث ناخواسته، آموزش دیده‌اید؟	مستندات بند «الف» موجود نباشد	اما برای برخی کارکنان باشد	و برای تمامی کارکنان باشد	
	ج		ز		ل		یا ۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند	یا	و	
	د		ح		م	۱۰ نفر		یا ۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند	و ۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند	
			ط							

۸-۴) جمع‌آوری داده‌های مربوط به خطاها و حوادث ناخواسته، تجزیه و تحلیل آن‌ها، به منظور شناسایی راه‌های کاهش شایع‌ترین و مهم‌ترین خطاها، انجام می‌گیرد.

سنجه . مستندات نشان می‌دهند جمع‌آوری داده‌های مربوط به خطاها و حوادث ناخواسته، تجزیه و تحلیل آن‌ها، به منظور شناسایی راه‌های کاهش شایع‌ترین و مهم‌ترین خطاها، انجام می‌گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
	الف	مستندات تجزیه و تحلیل و شناسایی مهم‌ترین و شایع‌ترین خطاها و حوادث ناخواسته	ه		ی					
	ب		و		ک	مستندات بند «الف» موجود نیست	مستندات بند «الف» موجود است			
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۸-۵) رویدادهای مهم و غیرمنتظره ارزیابی دقیق می‌شوند این رویدادها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

۸-۵-۱) مرگ و میرهای غیرمنتظره

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تعریف مرگ و میرهای غیرمنتظره توسط کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب‌شناسی و نسوج بیمارستان مشخص و ابلاغ شده و براساس خط مشی و روش مدونی، با حضور مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان گزارش و ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۸-۵-۲) واکنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، باعث آسیب به بیمار شده‌اند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند واکنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، باعث آسیب به بیمار شده‌اند براساس خط مشی و روش مدونی، توسط کمیته طب انتقال خون بیمارستان و با حضور مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۸-۵-۳) خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند خطاهای دارویی مهمی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند براساس خط مشی و روش مدونی، توسط کمیته دارو و درمان بیمارستان و با حضور مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان، ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۸-۵-۴) رویدادهای مهم بیهوشی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند رویدادهای مهم بیهوشی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند، براساس خط مشی و روش مدونی، توسط کمیته دارو و درمان بیمارستان و با حضور نماینده گروه بیهوشی و مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان، ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۸-۵-۵) تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی، بر مبنای خط مشی و روش مدونی، توسط کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب‌شناسی و نسوج بیمارستان و با حضور نماینده گروه پاتولوژی و مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان، ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۸-۶) مداخلات اصلاحی براساس نتایج گزارش‌ها و ارزیابی‌های صورت گرفته، انجام می‌پذیرد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند نتایج گزارش‌ها، ارزیابی‌ها و مداخلات اصلاحی صورت گرفته در خصوص رویدادهای مهم و غیرمنتظره و خطاها و حوادث ناخواسته، در فواصل زمانی منظم به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شوند و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	۱. غ.ق.
۱	الف	صورت جلسات بررسی موارد مندرج در سنجه در تیم مدیریت اجرایی	ه		ی	صورت جلسات موجود نباشند	صورت جلسات موجود باشند			
	ب	ارایه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسات تیم مدیریت اجرایی	و		ک		شامل تمام موضوعات مندرج در سنجه نباشند			
	ج	در این واحد	ز		ل		یا در فواصل منظم نباشند			
	د		ح		م		یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد			
			ط				در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد			

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات تیم مدیریت اجرایی (مورد اشاره در سنجه ۱) در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده‌است، صورت می‌پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							غ.ق.۱	۲	۱	۰	
۲	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده	ه	موارد قابل مشاهده براساس مصوبات	ی	کارکنان مرتبط براساس مصوبات	فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود یا براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۱۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود اما مشخصات بند «ب» را ندارد یا نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود و مشخصات بند «ب» را دارد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است		
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و	سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط	ک						
	ج	در این واحد	ز	۱۰ مورد	ل						
	د		ح	مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده	م	۱۰ مورد					
			ط								

(۹) مدیریت مالی

۹-۱) یک مسئول با حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط با امور مالی، برای این واحد تعیین شده‌است.

سنجه ۱. مسئول امور مالی بیمارستان طی حکمی* از سوی مسئول مربوطه تعیین شده‌است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	حکم انتصاب مسئول امور مالی بیمارستان	ه		ی					
	ب	با امضای مسئول مربوطه	و		ک					
	ج		ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							
							حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود باشد			
							حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود نباشد			

* تذکر: امضای مسئول مربوطه، مسئول فعلی یا وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

سنجه ۲. فردی دارای شرایط تعیین شده در متن استاندارد، مسئول واحد مدیریت مالی بیمارستان است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱			
۲	الف	مندرجات استاندارد	ه		ی					
	ب		و		ک					
	ج	در پرونده پرسنلی مسئول واحد مدیریت مالی بیمارستان	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							
							در صورتی که مسئول واحد مدیریت مالی بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط با امور مالی (۶ امتیاز)			

۲-۹) لیستی از تمامی کارکنان واحد مدیریت مالی شامل موارد ذیل موجود است:

۱-۲-۹) نام و نام خانوادگی

۲-۲-۹) تلفن تماس

۳-۲-۹) آدرس

۴-۲-۹) سمت

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند در این واحد، دسترسی به اطلاعات تماس تمامی کارکنان شامل اطلاعات خواسته شده در استاندارد، با رعایت اصل محرمانه‌بودن امکان‌پذیر است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز												
							۰	۱	۲	غ.ق.۱									
الف		لیست اطلاعات تماس کارکنان	ه		ی	یکی از مسئولین این واحد و کارکنان این واحد	مسئول مربوطه به لیست کارکنان دسترسی دارد	مسئول مربوطه به لیست کارکنان دسترسی دارد	به لیست کارکنان دسترسی دارد										
										ب	با مشخصات خواسته شده در متن استاندارد	و	اگر لیست کارکنان در اختیار شماسست آن را با هم ببینیم	ک	مسئول مربوطه به لیست کارکنان دسترسی ندارد	هیچ یک از ۵ نفر غیرمسئول، به لیست دسترسی ندارند	هیچ یک از ۵ نفر غیرمسئول، به لیست دسترسی ندارند		
										ج	در این واحد	ز		ل	یا	حتی یکی از کارکنان غیر از مسئولین این واحد به لیست دسترسی دارد	اما	لیست کارکنان، تمام اطلاعات مندرج در سنجه را برای تمامی کارکنان این واحد ندارد	لیست کارکنان، تمام اطلاعات مندرج در سنجه را برای تمامی کارکنان این واحد دارد
										د		ح	۵ نفر از کارکنان که یکی از آنها حتماً از مسئولین باشد	م					
												ط							

بودجه بندی

۳-۹) برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود است.

سنجه . برنامه بودجه سال جاری بیمارستان* موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	برنامه بودجه سال جاری بیمارستان	ه		ی	برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود نیست				بیمارستان های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

* تذکر: بیمارستان مجاز است در برنامه ی بودجه و مستندات مالی خود روی ارقامی که مایل نیست توسط ارزیاب مشاهده شوند و براساس قوانین و مقررات نیز موظف به ارایه آن به ارزیاب نمی باشد را با برچسب بپوشاند.

۴-۹) برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان موجود است.

سنجه . برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان	ه		ی	برنامه بودجه ۱-۰ سال از ۳ سال گذشته موجود است				بیمارستان های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۹-۵) برنامه بودجه باید در آمد و مخارج ماهانه با تمام جزییات را در برگیرد.

سنجه . برنامه بودجه، در آمد و مخارج ماهانه با تمام جزییات را در برمی گیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
	الف	برنامه بودجه سال جاری	ه		ی	برنامه بودجه سال جاری بیمارستان واجد مندرجات سنجه نیست	۱	۲	برنامه بودجه سال جاری بیمارستان واجد مندرجات سنجه است	۳	بیمارستان های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند
	ب	شامل مندرجات سنجه	و	ک							
	ج		ز	ل							
	د		ح	م							
			ط								

۹-۶) رییس هر بخش، در تنظیم بودجه سالانه مربوط به بخش خود مشارکت فعال دارد.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می دهند که خط مشی و روش مشارکت رؤسای بخش ها و واحدها در تنظیم برنامه عملیاتی بودجه سالانه تدوین شده و براساس آن عمل می شود که در کتابچه خط مشی ها و روش های موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

۹-۷) در هر بخش و قسمت، برنامه بودجه مربوطه وجود دارد.

سنجه . در هر بخش و قسمت، برنامه بودجه مربوطه وجود دارد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
	الف	برنامه بودجه مربوط به هر بخش و واحد	ه		ی	برنامه بودجه مربوطه در ۱-۰ بخش یا واحد موجود باشد	۱	۲	برنامه بودجه مربوطه در ۳-۲ بخش یا واحد موجود باشد	۳	بیمارستان های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند
	ب		و	ک							
	ج	در بخش ها و واحدها	ز	ل							
	د	۵ مورد	ح	م							
			ط								

۸-۹) برای تمام خدمات یا بخش‌های جدید پیش از شروع کار نتایج مطالعه توجیه اقتصادی موجود است.

سنجه . برای تمام خدمات یا بخش‌های جدید پیش از شروع کار نتایج مطالعه توجیه اقتصادی موجود است.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه			
۱. غ.ق.	۲	۱	۰										
<p>بیمارستان‌های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند</p> <p>یا</p> <p>در صورتی که در سال جاری بودجه‌ای برای طرح‌های توسعه‌ای تصویب نشده باشد</p>	<p>مستندات اطلاع‌رسانی و فهرست مذکور موجود است</p> <p>و</p> <p>مطالعه توجیه اقتصادی برای تمامی طرح‌های توسعه‌ای وجود دارد</p> <p>و</p> <p>صورت جلسات تصویب بودجه براساس نتایج مطالعات توجیه اقتصادی برای تمامی طرح‌های توسعه‌ای وجود دارد</p>	<p>مستندات اطلاع‌رسانی و فهرست مذکور موجود است</p> <p>اما</p> <p>مطالعه توجیه اقتصادی برای برخی از طرح‌های توسعه‌ای وجود دارد</p> <p>یا</p> <p>صورت جلسات تصویب بودجه براساس نتایج مطالعات توجیه اقتصادی برای برخی از طرح‌های توسعه‌ای وجود دارد</p>	<p>مستندات اطلاع‌رسانی موجود نیست</p> <p>یا</p> <p>فهرست مذکور موجود نیست</p> <p>یا</p> <p>مطالعه توجیه اقتصادی برای هیچ کدام از طرح‌های توسعه‌ای وجود ندارد</p> <p>یا</p> <p>صورت جلسات تصویب بودجه براساس نتایج مطالعات توجیه اقتصادی برای هیچ کدام از طرح‌های توسعه‌ای وجود ندارد</p>		ی	ه	<p>مستندات اطلاع‌رسانی به تمامی قسمت‌های بیمارستان مبنی بر این که به طرح‌های توسعه‌ای پیشنهادی که فاقد مطالعات توجیه اقتصادی باشند، بودجه‌ای اختصاص نخواهد یافت</p> <p>و</p> <p>فهرست خدمات یا بخش‌هایی که تصویب بودجه راه‌اندازی آنان، در سال جاری صورت پذیرفته است</p> <p>و</p> <p>صورت جلسات تصویب بودجه این طرح‌ها براساس نتایج مطالعات توجیه اقتصادی در جلسات تیم مدیریت ارشد بیمارستان</p> <p>و</p> <p>مستندات مطالعه توجیه اقتصادی مربوطه</p>	الف					
										ب	و	ک	
										ج	در این واحد	ز	ل
										د		ح	م
												ط	

۹-۹) بخش مالی جهت تامین بودجه نهایی، جزییات بودجه هر بخش را نگهداری می‌نماید. سنجه . بخش مالی جهت تامین بودجه نهایی، جزییات بودجه هر بخش و واحد را نگهداری می‌نماید.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	جزئیات بودجه تمامی بخش‌ها و واحدها	ه		ی	جزئیات بودجه هیچ یک از بخش‌ها و واحدها در این واحد موجود نیست و فقط برنامه بودجه کل بیمارستان موجود است	جزئیات بودجه برخی از بخش‌ها و واحدها در این واحد موجود است	جزئیات بودجه تمامی بخش‌ها و واحدها در این واحد موجود است	بیمارستان‌های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند	
	ب		و	ک						
	ج	در این واحد	ز	ل						
	د		ح	م						
			ط							

۹-۱۰) میزان تطبیق نتایج گزارش‌های مالی سالانه با برنامه استراتژیک بیمارستان، بررسی می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند که خط مشی و روش بررسی میزان تطبیق نتایج گزارش‌های مالی سالانه با برنامه استراتژیک و برنامه عملیاتی بیمارستان، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

۹-۱۱) تمام بخش‌ها گزارش مالی ماهانه دقیقی دریافت می‌کنند که واریانس بودجه (تفاوت بودجه پیشنهادی و صرف شده) را نشان می‌دهند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند رؤسای بخش‌ها و واحدها، گزارش مالی ماهانه دقیقی که واریانس بودجه (تفاوت بودجه پیشنهادی و صرف شده) را نشان می‌دهد، دریافت می‌کنند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
	الف	مستندات ارایه گزارش مذکور به بخش‌ها و واحدها	ه		ی	رؤسای بخش‌ها و واحدها	مستندات ارایه گزارش مذکور به ۳-۲ مورد از بخش‌ها و واحدها موجود باشد	مستندات ارایه گزارش مذکور به ۵-۴ مورد از بخش‌ها و واحدها موجود باشد	بیمارستان‌های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند		
	ب	ماهانه و به تمامی بخش‌ها و واحدها	و	ک	آیا شما گزارش واریانس بودجه (تفاوت بودجه پیشنهادی و صرف شده) بخش/ واحد خود را دریافت می‌نمایید؟ در چه فواصل زمانی؟					یا	یا ماهانه نباشد
	ج	در این واحد و بخش‌ها و واحدهای دیگر بیمارستان	ز	ل	اظهارات ۱-۰ نفر مؤید مستندات باشد					یا	اظهارات ۳-۲ نفر مؤید مستندات باشد
	د	۵ بخش و واحد	ح	م	۵ نفر						
			ط								

درآمد

۹-۱۲) در بیمارستان واحد درآمد موجود است.

سنجه . در بیمارستان واحد درآمد با شرح وظایف مشخص وجود دارد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.ا	۲	۱	۰							
بیمارستان‌های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند	واحد درآمد وجود دارد و مستندات بند «الف» موجود است		واحد درآمد وجود ندارد یا مستندات بند «الف» موجود نیست		ی	واحد درآمد*	ه	شرح وظایف مدون و تایید شده واحد درآمد از سوی رییس بیمارستان	الف	
					ک		و		ب	
					ل		ز	در این واحد	ج	
					م		ح		د	
								ط		

* تذکر: منظور وجود فضای فیزیکی مجزا نیست بلکه منظور وجود برنامه و مسئول اجرا و پاسخ‌گویی آن است.

هزینه

۹-۱۳) در بیمارستان برنامه مدیریت هزینه موجود است.

سنجه . در بیمارستان برنامه مدیریت هزینه موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	شرح وظایف مدون و تایید شده واحد هزینه از سوی رییس بیمارستان و برنامه مدیریت هزینه و مستندات عمل براساس آن	ه		ی	شرح وظایف تایید شده موجود نیست یا برنامه مدیریت هزینه موجود نیست یا براساس مستندات به آن عمل نمی شود	شرح وظایف تایید شده موجود است و برنامه مدیریت هزینه موجود است اما براساس مستندات به بخشی از آن عمل می شود	شرح وظایف تایید شده موجود است و برنامه مدیریت هزینه موجود است و براساس مستندات به تمام موارد آن عمل می شود	بیمارستان های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند	
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح			م				
				ط						

حسابداری و حسابرسی

۹-۱۴) سیستم حسابداری تعهدی در بیمارستان مستقر شده است.

سنجه . براساس استعلام صورت گرفته از مراجع ذیربط در وزارت متبوع، سیستم حسابداری تعهدی در بیمارستان مستقر شده است.*

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							غ.ق.۱	۲	۱	۰
	الف	نتایج استعلام از مراجع ذیربط در وزارت متبوع	ه		ی				
	ب	در خصوص میزان رعایت موازین حسابداری تعهدی	و		ک				
	ج		ز		ل				
	د		ح		م				
			ط						

* تذکر: امتیاز این سنجه معادل جمع امتیازات سنجه‌های ۳-۹ لغایت ۱۳-۹ و ۱۵-۹ لغایت ۲۱-۹ است که توسط ستاد وزارتخانه اعمال خواهد شد و لذا خواهشمند است ارزیابان محترم امتیازی به این سنجه ندهند.

۹-۱۵) گزارش سود و زیان، حداقل هر ۳ ماه یک بار تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش سود و زیان، حداقل هر ۳ ماه یک بار تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	گزارش سود و زیان بیمارستان و صورت جلسات ارایه آن به مدیران ارشد (حاکمیتی و اجرایی)	ه		ی	گزارش سود و زیان موجود است	گزارش سود و زیان موجود است	گزارش سود و زیان موجود است	گزارش سود و زیان موجود است	
	ب	حداقل فصلی	و		ک	یا صورت جلسات ارایه آن به هیچ یک از تیم‌های حاکمیتی و اجرایی موجود نیست	حداقل فصلی نیست	اما حداقل فصلی نیست	و حداقل فصلی است	
	ج	در این واحد	ز		ل	صورت جلسات ارایه آن به هیچ یک از تیم‌های حاکمیتی و اجرایی موجود نیست	یا صورت جلسات ارایه آن به یکی از تیم‌های حاکمیتی یا اجرایی موجود است	یا صورت جلسات ارایه آن به تیم‌های حاکمیتی و اجرایی موجود است	و صورت جلسات ارایه آن به تیم‌های حاکمیتی و اجرایی موجود است	
	د		ح		م					
			ط							

۹-۱۶) در پایان سال، تراز نامه مالی تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند در پایان سال تراز نامه مالی تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	مستندات ارایه ترازنامه مالی به تیم حاکمیتی و اجرایی	ه		ی	تراز نامه پایان سال گذشته موجود نیست	تراز نامه پایان سال گذشته موجود است	تراز نامه پایان سال گذشته موجود است	تراز نامه پایان سال گذشته موجود است	
	ب	پایان سال گذشته	و		ک	یا صورت جلسات ارایه آن به هیچ یک از تیم‌های حاکمیتی و اجرایی موجود نیست	اما صورت جلسات ارایه آن به یکی از تیم‌های حاکمیتی یا اجرایی موجود است	یا صورت جلسات ارایه آن به تیم‌های حاکمیتی و اجرایی موجود است	و صورت جلسات ارایه آن به تیم‌های حاکمیتی و اجرایی موجود است	
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۹-۱۷) سالانه حسابرسی مالی داخلی به طور جامع و کامل اجرا می گردد.

سنجه . سالانه حسابرسی مالی داخلی به طور جامع و کامل اجرا می گردد.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
بیمارستان های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند	گزارش انجام حسابرسی مالی داخلی سال گذشته موجود است		گزارش انجام حسابرسی مالی داخلی سال گذشته موجود نیست		ی		ه	گزارش انجام حسابرسی مالی داخلی	الف	
					ک		و	مربوط به سال گذشته	ب	
					ل		ز	در این واحد	ج	
					م		ح		د	
								ط		

۹-۱۸) سالانه حسابرسی مالی توسط یک حسابرس خارجی که منافی در برنامه ندارد، انجام می شود که مشروح گزارش حسابرسی آن موجود است.

سنجه . سالانه حسابرسی مالی توسط یک حسابرس خارجی که منافی در برنامه ندارد، انجام می شود و گزارش آن موجود است.

امتیاز				مصاحبه	کد	مشاهدات	کد	مستندات	کد	شماره سنجه
غ.ق.۱	۲	۱	۰							
بیمارستان های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند	گزارش انجام حسابرسی مالی خارجی سال گذشته موجود است		گزارش انجام حسابرسی مالی خارجی سال گذشته موجود نیست		ی		ه	گزارش انجام حسابرسی مالی خارجی	الف	
					ک		و	مربوط به سال گذشته	ب	
					ل		ز	در این واحد	ج	
					م		ح		د	
								ط		

۹-۱۹) پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابرسی خارجی، در تیم مدیریت ارشد بیمارستان بررسی شده و موارد مورد قبول، تصویب و اجرا می‌شوند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند نتایج و پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابرسی خارجی، در تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی یا یکی از آن دو به صلاحدید بیمارستان) بررسی شده و موارد مورد قبول، تصویب و اجرا می‌شوند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز				
							۰	۱	۲	غ.ق.۱	
۱	الف	صورت جلسات بررسی موارد مندرج در سنجه در تیم مدیریت ارشد	ه		ی	شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	صورت جلسات موجود باشند	بیمارستان‌های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند	
	ب	با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسات تیم مدیریت ارشد	و		ک	آیا نتایج و پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابرسی خارجی به شما ارائه شد و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بود؟	صورت جلسات موجود نباشند	شامل تمام موضوعات مندرج در سنجه نباشند	شامل تمام موضوعات مندرج در سنجه باشند		
	ج	در این واحد	ز		ل		یا	یا	و		
	د		ح		م	۳ نفر حضوری یا تلفنی	پاسخ ۱-۰ نفر مؤید صورت جلسات باشد	حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد	در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باش		و
			ط					پاسخ ۲ نفر مؤید صورت جلسات باشد	پاسخ ۳ نفر مؤید صورت جلسات باشد		و

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات تیم مدیریت ارشد (مورد اشاره در سنجه ۱) در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده‌است، صورت می‌پذیرد.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	فرم‌های پیگیری تکمیل شده	ه		ی	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد	فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد			
	ب	واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات	و		ک	یا	تکمیل می‌شود	تکمیل می‌شود		
	ج	در این واحد	ز		ل	تکمیل نمی‌شود	اما	مشخصات بند «ب» را دارد		
	د		ح		م		مشخصات بند «ب» را ندارد	مشخصات بند «ب» را دارد		
			ط							

۹-۲۰) مشروح گزارش حسابرسی خارجی ۵ سال گذشته موجود است.

سنجه . مشروح گزارش حسابرسی خارجی ۵ سال گذشته موجود است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	گزارش حسابرسی خارجی ۵ سال گذشته	ه		ی	گزارش حسابرسی خارجی موجود نیست	گزارش حسابرسی خارجی بعضی از سال‌ها در ۵ سال گذشته موجود است	گزارش حسابرسی خارجی ۵ سال گذشته موجود است		
	ب		و		ک					
	ج	در این واحد	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

۱۰) خط مشی‌ها و روش‌ها

۱-۱۰) یک کتابچه / مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدیریت و رهبری وجود دارد که روش‌های مدیریتی این بیمارستان را توصیف می‌نماید.

۱-۱-۱۰) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.

۲-۱-۱۰) خط مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۱-۱۰) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۴-۱-۱۰) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۵-۱-۱۰) کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۶-۱-۱۰) کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.

سنجه . کتابچه / مجموعه (کاغذی / الکترونیکی) خط مشی‌ها و روش‌ها شامل موارد مندرج در این واحد موجود و در دسترس تمامی کارکنان است.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
	الف	کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها*	ه		ی	از رده‌های مختلف شغلی				
	ب	مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۱۰ و زیر مجموعه آن	و		ی	اگر کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها در دسترس شماس‌ت آن را با هم ببینیم	۳-۲ نفر دسترسی داشته باشند	یا	۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند	
	ج	این بخش	ز		ل	این بخش	یا	کتابچه حاوی تمام مندرجات استاندارد نباشد	و	کتابچه حاوی تمام مندرجات استاندارد باشد
	د		ح		م	از ۵ نفر پرسیده شود		کتابچه موجود نباشد		
			ط							

* تذکر: منظور کتابچه / مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی / الکترونیکی در دسترس تمامی کارکنان می‌باشد و فهرست آن به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مربوطه یا موارد مربوط به کل بیمارستان، تنظیم شده و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه / مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را پرینت گرفته و مورد استفاده قرار دهد.

۱۰-۲) خط مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل می‌باشند:

- سنجه ۱. خط مشی‌ها و روش‌ها شامل موارد ذیل هستند.
 - نام دانشگاه
 - نام بیمارستان
 - عنوان/ موضوع (مانند عنوانی که در استانداردهای اعتبار بخشی ملی، در قسمت خط مشی‌ها و روش‌ها از بیمارستان‌ها خواسته شده است).
 - دامنه خط مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط مشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثلا بخش‌های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می‌شود کل بیمارستان یا بخش‌های ویژه و ...)
 - کد خط مشی (بیمارستان می‌تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می‌کند، خط مشی‌ها و روش‌ها را دسته‌بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه‌ای از حروف و اعداد باشد که به عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیربالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خط مشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
 - تاریخ ابلاغ
 - تاریخ آخرین بازنگری (باید بعد از ابلاغ باشد)
 - تاریخ بازنگری بعدی (در صورتی که هنوز تاریخ اولین بازنگری فرا نرسیده، لازم نیست این قسمت تکمیل شود).
 - تعاریف (در صورتی که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به نظر می‌رسد در صورتی که تعریف نشوند ممکن است از آن‌ها برداشت‌های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می‌گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه‌ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارائه شود و یک واژه در دو یا چند خط مشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
 - خط مشی: در این قسمت لازم است نوشته شود **چرا** این خط مشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دست‌یابی به **چه هدفی** است و **سیاست بیمارستان** در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. (به عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می‌توان نوشت: با توجه به **چرایی**) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با **هدف** پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست‌های آلوده، **سیاست** شستن دست‌ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
 - مشخص کردن فردی که پاسخ‌گوی اجرای این خط مشی می‌باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می‌نماید که خط مشی و روش مذکور اجرا می‌شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره‌ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی‌نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن‌ها با بهره‌گیری از مشارکت و هم‌فکری آنان می‌باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ‌گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).
 - روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله و ۴، ۳، ۲، ۱ و ... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران

توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر در مواردی که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها)

- امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
- جدول اسامی شامل: اسامی تهیه کنندگان، تایید کننده و ابلاغ کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور
- شماره صفحات
- منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می‌شود، تجربه بیمارستان).
- استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۱	الف	کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها	ه		ی					
	ب	مشخصات مندرج در سنجه ۱	و		ک	خط مشی‌ها و روش‌ها شامل تمام مندرجات سنجه ۱ نباشد				
	ج	در این بخش	ز		ل					
	د		ح		م					
			ط							

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در تهیه خط مشی‌ها و روش‌ها از افراد دخیل در اجرای آن‌ها استفاده می‌شود.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۲	الف	جدول اسامی تهیه‌کنندگان	ه		ی	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد	غ.ق.۱
	ب	با ذکر امضا و سمت آنان در پایان هر خط مشی و روش	و	ک					
	ج	در این واحد	ز	ل					
	د		ح	م					
			ط						

سنجه ۳. کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مربوطه آگاهی دارند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز		
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۳	الف		ه		ی	مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه نداند یا ۰-۱ نفر از مجریان از خط مشی و روش مربوطه آگاه باشند	۲-۳ نفر از مجریان از خط مشی و روش مربوطه آگاه باشند	۴-۵ نفر از مجریان از خط مشی و روش مربوطه آگاه باشند	غ.ق.۱
	ب		و	ک					
	ج		ز	ل					
	د		ح	م					
			ط						

* تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

** تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

سنجه ۴. کارکنان مرتبط براساس خط مشی و روش مربوطه عمل می‌نمایند.

شماره سنجه	کد	مستندات	کد	مشاهدات	کد	مصاحبه	امتیاز			
							۰	۱	۲	غ.ق.۱
۴	الف	مستندات مورد اشاره در خط مشی و روش مربوطه یا نحوه‌ی کنترل آن	ه	امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه	ی	بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف	مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد	
	ب	مشخصات تعیین شده در خط مشی و روش مربوطه	و		ی	در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	و عملکرد باشد	
	ج		ز	*۵ مورد	ل	در قسمت‌های مرتبط	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	و عملکرد باشد	
	د		ح	مستقیم و غیرمستقیم	م	*۵ مورد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	یا نشانگر تطابق عملکرد باشد	و عملکرد باشد	
			ط							

* تذکر: در مواردی که دامنه یک خط مشی و روش فراتر از یک بخش یا واحد باشد، مثل حقوق گیرنده خدمت، لازم است ۱۰ نمونه گرفته شود و امتیازات نیز به تناسب آن داده شود.

۱-۲-۱۰ تهیه برنامه بودجه

۲-۲-۱۰ بودجه‌بندی نهایی

۳-۲-۱۰ مدیریت منابع نقدی و تنخواه

۴-۲-۱۰ مدیریت بدهکاران و بستانکاران

۵-۲-۱۰ جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های مالی

۶-۲-۱۰ اعتبار داده‌ها

۷-۲-۱۰ حسابرسی داخلی و خارجی

۸-۲-۱۰ مدیریت خطرات مالی (شامل ذخایر و منابع موجود)

۱۰-۲-۹) آماده‌سازی گزارش‌های مالی

۱۰-۲-۱۰) معاملات و مذاکره جهت عقد قرارداد (قیمت، در اختیار گذاشتن سهام و غیره)

۱۰-۲-۱۱) نحوه برخورد با موارد عدم رعایت مفاد قرارداد توسط پیمانکاران خارجی

۱۰-۲-۱۲) واگذاری اختیار جهت نهایی کردن قراردادها از نظر مالی و ثبت امضا

۱۰-۲-۱۳) اطمینان از رعایت استانداردها و قوانین نهادهای ناظر توسط پیمانکاران (در موارد برون سپاری شده)

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization; 2008.
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluators. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition;2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards Malaysia; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS); 2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva; 2003.
12. Anne L. Rooney; Paul R . Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.



وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان
اداره ارزشیابی مراکز درمانی