



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی های ایران

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش علوم پزشکی
معاونت آموزشی

**اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی
دانشگاههای علوم پزشکی کشور : تدوین
ساختار، فرایند، آیین نامه، چارچوب استانداردها
وراهنمایها**

مأموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران
طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

ساختار اعتبار بخشی

آموزشی مراکز آموزشی

درمانی

مأموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران

طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

ساختار اعتبار بخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی

به منظور اجرای فرایند اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی، ساختار اعتباربخشی، متشکل از ارکان زیر در وزارت بهداشت و دانشگاهها، فعالیت می نماید:



اعضا ، شرح وظایف و نحوه عملکرد ساختار پیشنهادی به شرح زیر است:

برای انجام فرایند اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی، فعالیت‌ها و اقدامات در سطوح زیر انجام می شود:

۱. شورای گسترش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تصویب استانداردها و راهنمای اعتباربخشی آموزشی و تایید نهایی اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی را بر عهده دارد. ابلاغ دستور العمل ها و شیوه نامه های لازم و ابلاغ رای صادره در خصوص مراکز آموزشی درمانی به کلیه دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی بر عهده معاونت آموزشی وزارت متبع خواهد بود.

۲. دبیرخانه اعتباربخشی

دبیرخانه اعتباربخشی وظیفه انجام تمامی امور مرتبط با اعتباربخشی (انتخاب ارزیابان و ارسال اسامی جهت تایید معاونت آموزشی وزارت متبع، تهیه ابلاغ جهت ارزیابان، طراحی سامانه جهت بارگذاری مستندات و خود اظهاری، برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت ارزیابان، بازنگری سنجه‌ها، مکاتبات لازم با مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌ها، ارتباط با نمایندگان کلان منطقه و) را بر عهده دارد. حسن اجرای کار و پاسخگویی در خصوص امور بر عهده این دبیرخانه می‌باشد.

۳. کمیته اعتباربخشی کشوری (پیشنهاد)

کمیته اعتباربخشی کشوری به منظور برنامه ریزی، سیاست گذاری، نظارت بر انجام اعتباربخشی، بررسی گزارش‌ها و صدور پیش رای اعتباربخشی تشکیل می‌گردد. اعضای این کمیته به مدت ۲ سال انتخاب می‌گردند.

۱-۳-۱- اعضای کمیته اعتباربخشی کشوری:

- دبیر شورای گسترش (رئيس کمیته)
- معاون آموزشی وزارت متبع
- مسئول اعتباربخشی کشوری با ابلاغ معاون آموزشی وزارت متبع
- مسئول اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه متولی امر (دانشگاه علوم پزشکی ایران در حال حاضر)
- ۵ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده‌های پزشکی با سابقه فعالیت در زمینه اعتباربخشی موسسه‌یا بیمارستان
- یک نفر کارشناس آشنا با اعتباربخشی
- تبصره: اعضای کمیته اعتباربخشی کشوری نمی‌توانند در کمیته اعتباربخشی دانشگاهی عضو باشند.

۱-۳-۲- شرح وظایف کمیته اعتباربخشی کشوری:

- تدوین و بازنگری استانداردهای اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی
- بررسی و تایید گزارش ارزیابی بیرونی اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی توسط تیم‌های ارزیاب
- رسیدگی به تجدید نظر نظرخواهی مراکز آموزشی درمانی در خصوص رای صادر شده

۴. کمیته اعتباربخشی کلان منطقه ای

این کمیته وظیفه خود ارزیابی مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش آن منطقه را دارد و در صورت دارا بودن حداقل ۵۰٪ از کل امتیاز استاندارد اعتباربخشی(۵۳۳ امتیاز) مراتب جهت انجام اعتباربخشی کشوری به دبیرخانه اعتباربخشی اعلام خواهد نمود.

۵. کمیته اعتباربخشی دانشگاهی (پیشنهاد)

کمیته اعتباربخشی دانشگاهی به منظور هدایت کلیه فعالیت های مرتبط با خود ارزیابی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی تشکیل می شود.

۱- ترکیب اعضای کمیته اعتباربخشی دانشگاهی:

- معاون آموزشی دانشگاه
- مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش
- رئیس دانشکده پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی
- معاون آموزشی عمومی و تخصصی دانشکده
- مدیر دفتر توسعه آموزش پزشکی دانشکده
- مسئول بسته اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی و موسسه ای دانشگاه
- روساء یا معاونین آموزشی مراکز آموزشی درمانی
- مدیران دفاتر توسعه آموزش علوم پزشکی مراکز آموزشی درمانی(در صورت وجود)
- ۳ نفر از اعضای هیات علمی بالینی که در زمینه اعتباربخشی علم و آگاهی و تجربه داشته باشد به انتخاب معاون آموزشی دانشگاه
- یک نفر کارشناس اعتباربخشی

۲- ابلاغ اعضای کمیته اعتباربخشی توسط معاون آموزشی دانشگاه تهیه و امضاء می گردد.

۳- شرح وظایف کمیته اعتباربخشی دانشگاه

- برگزاری جلسات منظم با معاونین آموزشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه جهت تشریح استانداردهای ابلاغی (ترجیحا ۳ بار در سال)
- نظارت بر حسن اجرای بارگذاری مستندات در سامانه

- برگزاری کارگاههای آموزشی مرتبط با اعتباربخشی جهت متولیان امر
- انجام خودارزیابی
- انجام مکاتبات لازم جهت آمادگی ارزیابی بیرونی با دبیرخانه اعتباربخشی

فرایند اجرایی اعتباربخشی

آموزشی مراکز آموزشی

درمانی

مأموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران

طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

فرایند اجرایی اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی

خلاصه‌ای از فرایند اعتباربخشی

در راستای اجرای فرایند اعتباربخشی آموزشی پس از ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی آموزشی به کلیه دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی کشور اقدامات ذیل انجام می‌گردد:

مکاتبه دبیرخانه اعتباربخشی با دانشگاه‌ها / دانشکده‌ها جهت معرفی مراکز آموزشی درمانی که حائز شرایط می‌باشند



اعلام آمادگی دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی جهت انجام فرایند اعتباربخشی آموزشی



خود ارزیابی و بارگذاری مستندات در سامانه اعتباربخشی آموزشی



بازدید میدانی تیم ارزیاب بیرونی از مراکز آموزشی درمانی



گزارش سرپرست تیم ارزیاب بیرونی به دبیرخانه اعتباربخشی



محاسبه امتیازات و اعلام نتایج به شورای گسترش وزارت



اعلام نتایج نهایی اعتباربخشی توسط معاونت آموزشی

وزارت به دانشگاهها

گامهای اعتباربخشی را می‌توان در ۴ مرحله کلی شامل مرحله مقدماتی، خود ارزیابی، بازدید بیرونی و تصمیم‌گیری به شرح ذیل خلاصه نمود:

تصمیم‌گیری

بازدید بیرونی

خود ارزیابی

مرحله مقدماتی

۱. مرحله مقدماتی اعتبار بخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی:

- ۱- تعیین برنامه زمان بندی اعتباربخشی(شامل خود ارزیابی و بازدید بیرونی) توسط دبیرخانه اعتباربخشی
- ۲- اعلام مراکز حائز شرایط (کسب رتبه ممتاز از اعتبار بخشی درمان) به کمیته اعتباربخشی کلان منطقه توسط کمیته اعتبار بخشی دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی
- ۳- اعلام لیست نهایی به دبیرخانه اعتباربخشی توسط نماینده هر کلان منطقه نکته: مراکزی مورد اعتباربخشی آموزشی قرار می گیرند که در اعتباربخشی درمانی موفق به کسب رتبه ممتاز یا يک شده باشند.
- ۴- ارسال استانداردهای مصوب، راهنمای انجام خودارزیابی، راهنمای بازدید بیرونی توسط دبیرخانه اعتباربخشی
- ۵- تعیین تیم بازدید بیرونی، تعیین سرپرست و دبیر تیم توسط دبیرخانه اعتباربخشی

۲. مرحله انجام خودارزیابی اعتباربخشی آموزشی:

- ۱- تشکیل کمیته اعتباربخشی درون دانشگاهی در دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی
- ۲- تدوین جدول زمان بندی فعالیت‌های خودارزیابی توسط کمیته اعتبار بخشی درون دانشگاهی
- ۳- انجام خودارزیابی در راستای شناسایی نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت توسط کمیته اعتبار بخشی درون دانشگاهی
- ۴- اعلام تاریخ بارگذاری مستندات از طرف دبیرخانه اعتباربخشی به دانشگاهها نکته: مدت بارگذاری مستندات یک ماه الی یک ماه و نیم می باشد
- ۵- بارگذاری مستندات در سامانه اعتبار بخشی آموزشی توسط کمیته اعتبار بخشی درون دانشگاهی

۳. مرحله انجام بازدید بیرونی

- ۳-۱- اعلام تاریخ ارزیابی و مشخصات تیم ارزیاب توسط دبیر خانه اعتبار بخشی به دانشگاه‌ها یک هفته‌الی ده روز قبل از ارزیابی
- ۳-۲- دریافت گزارش خودارزیابی توسط تیم بازدید بیرونی از طریق مستندات بارگذاری شده در سامانه اعتباربخشی و انجام هماهنگی اولیه بین اعضاء تیم (تقسیم حوزه‌های استاندارد بین اعضای تیم توسط دبیر تیم)
- ۳-۳- انجام بازدید از محل توسط ارزیابان بیرونی بر اساس راهنمای بازدید بیرونی
- ۴-۳- بررسی و عودت مستندات ناقص مراکز توسط تیم ارزیاب به مرکز مربوطه پس از بازدید میدانی
- ۵-۳- اعطای فرصت یک هفته‌ای جهت رفع نواقص به مراکز آموزشی درمانی مربوطه
نکته: پس از پایان مهلت فوق مستندات رفع نقص شده توسط تیم ارزیاب بررسی و امتیازات نهایی ثبت خواهد شد.
- ۶-۳- ارائه گزارش بازدید از مراکز آموزشی درمانی به دبیرخانه اعتبار بخشی توسط سرپرست تیم ارزیاب بیرونی ظرف مدت ده روز کاری

۴. مرحله تصمیم‌گیری در خصوص موقعیت اعتبار بخشی

- نکته: دبیرخانه اعتباربخشی موظف است در پایان هر دوره ارزیابی بیرونی مراکز آموزشی درمانی گزارش نتایج امتیازات را به کمیته اعتبار بخشی کشوری و دبیرخانه شورای گسترش ارائه نماید.
- ۱-۴- اعلام نتایج نهایی اعتبار بخشی آموزشی پس از تصویب شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از طرف معاونت آموزشی وزارت متبوع به دانشگاه‌ها
- نکته: در صورت اعلام درخواست تجدید نظر، سرپرست تیم ارزیاب دانشگاه مربوطه و اعضای دبیرخانه اعتبار بخشی مسئولیت بررسی اعتراضات را بر عهده خواهند داشت.

أنواع تصميم گيري در خصوص اعتباربخشى

- تایید کامل: زمانی یک مرکز آموزشی درمانی تاییدیه کامل را دریافت می‌نماید که ۵۳۳ امتیاز یا٪ ۱۰۰ امتیاز کاملاً "ضروری را کسب نموده باشد. طول مدت این اعتبار ۲ ساله بوده و پس از پایان این مدت مجدداً "اعتبار بخشی انجام خواهد شد.

تائید یکساله: در صورتیکه که مرکز آموزشی درمانی امتیازی بین ۹۹ تا ۷۵/۹۹ را کسب نماید حکم تائید یکساله را دریافت می کند اعتبار این تاییدیه یکسال خواهد بود.

تائید مشروط یک ساله: در صورتیکه مرکز آموزشی درمانی امتیازی بین ۶۰ تا ۷۴/۹۹ از کل امتیاز را کسب نماید حکم تائید مشروط یکساله را دریافت خواهد کرد.

تائید مشروط شش ماهه: در صورتیکه مرکز آموزشی درمانی امتیازی بین ۵۰ الی ۵۹/۹۹ از کل امتیاز را کسب نمایند حکم تائید مشروط شش ماهه را دریافت خواهد کرد.

حکم اخطار آموزشی: مراکزی که کمتر از ۵۰ درصد از کل امتیاز را کسب کنند حکم اخطار آموزشی دریافت می کنند. این مراکز پس از یکسال مورد ارزیابی مجدد قرار خواهند گرفت.

نکته: جهت صرفه جویی در زمان و هزینه مراکز مشروط یکساله و شش ماهه بصورت همزمان و پس از اطلاع رسانی به دانشگاهها، مورد ارزیابی مجدد قرار خواهند گرفت.

فرایند تجدید نظر خواهی

۱- با توجه به در نظر گرفتن زمان برای بارگذاری مستندات و زمان مجدد یک هفته ای جهت رفع نقص مستندات بارگذاری شده، بررسی اعتراض فقط با توجه به مستندات بارگذاری شده و مشاهده و مصاحبه انجام خواهد شد.

۲- رای نهایی پس از بررسی نتیجه تجدید نظر، ظرف مدت ۳۰ روز کاری توسط شورای گسترش صادر و به دانشگاه / دانشکده اعلام می گردد.

اعلام نتایج اعتباربخشی

شورای گسترش نتایج اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاهها / دانشکده‌های علوم پزشکی را فقط در اختیار کلان منطقه و دانشگاه مربوطه قرار خواهد داد.

دستور العمل اعتباربخشی

آموزشی مراکز آموزشی

درمانی

مأموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران

طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

دستور العمل اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی

نظر به نقش و اهمیت اعتباربخشی موسسه در تضمین و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات مراکز آموزشی درمانی، این دستور العمل جهت تبیین ساختار، وظایف و فرآیند اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی به ارائه خدمات آموزشی و درمانی می‌پردازد، تدوین شده است.

تعاریف

موسسه: در این دستور العمل منظور از موسسه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد.

اعتباربخشی:

اعتباربخشی عبارت است از اعطای مجوز یا تایید صلاحیت یک واحد آموزشی که بر اساس قضاوت خبرگان حوزه مربوطه، ضوابط از پیش تعیین شده را رعایت کرده باشد. بر اساس تعریف شورای اعتباربخشی آموزش عالی^۱ امریکا، اعتباربخشی فرایندی مبتنی برخودارزیابی و ارزیابی همتایان، در راستای تضمین کیفیت مؤسسه یا دوره آموزشی دانشگاهی است. هدف از اعتباربخشی ارتقای کیفیت، پاسخگویی و تعیین موقعیت مؤسسه یا برنامه مورد نظر، نسبت به استانداردهای منتشر شده توسط سازمان اعتباربخشی مربوطه می‌باشد.

اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی

در اعتباربخشی آموزشی نه تنها به آموزش عرضه شده توسط مرکز آموزشی درمانی توجه می‌شود بلکه سایر خصوصیات مؤسسه نظیر امور اداری، بودجه، منابع و امکانات، امور پژوهشی، امکانات آموزشی و مکانیسم‌های تضمین کیفیت، خدمات دانشجویی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

در این دستور العمل منظور از اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی، اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد.

استاندارد

^۱ Council on Higher Education Accreditation-CHEA

معیارهایی که نشان می دهد سطح مطلوب عملکرد چه بوده و دوره توسط آنها مورد قضاوت قرار می گیرد.

شاختی است که نشان دهنده سطح مطلوب عملکرد بوده و بر اساس مستندات، مشاهده فیلد و مصاحبه مورد ارزیابی قرار می گیرد.

خودارزیابی²

خودارزیابی یک بازنگری منظم و سیستماتیک و جامع از فعالیت‌ها و نتایج آنها بر اساس استانداردهای اعتباربخشی آموزشی ابلاغ شده از طرف وزارت متبوع، توسط خود سازمان و افراد آن است. فرآیند خودارزیابی به سازمان اجازه می‌دهد تا به طور شفاف نقاط قوت و نیز حوزه‌های قابل بهبود را شناسائی نماید.

ارزیابی بیرونی³

ارزیابی بیرونی عبارت است از ارزیابی مرکز آموزشی درمانی توسط ارزیابان بیرونی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی آموزشی مرکز آموزشی درمانی ابلاغ شده توسط شورای گسترش وزارت متبوع می‌باشد. هدف ارزیابی بیرونی بررسی صحت و اعتبار گزارش ارزیابی درونی بر اساس مستندات، تعیین نقاط قوت و ضعف عملکرد دانشگاه‌ها و یافتن راهکارهای رفع نواقص می‌باشد. ارزیابی بیرونی به طور معمول دربرگیرنده بررسی گزارش خودارزیابی، بازدید از مرکز آموزشی درمانی، و تدوین گزارش ارزیابی بیرونی و ارائه آن است.

ارزیاب

به افرادی با مدرک ترجیحاً دکترای تخصصی بالینی و MD, PhD که طی چندین کارگاه آموزشی به سطحی از دانش و آگاهی و تخصص در امر اعتباربخشی آموزشی دست یافته اند ارزیاب اطلاق می‌شود. تیم ارزیابی بیرونی، تصمیم گیرنده در خصوص وضعیت اعتباربخشی دانشگاه‌ها نیستند.

دیرخانه اعتباربخشی

منظور دیرخانه اعتباربخشی مرکز آموزشی درمانی مستقر در دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی و در راستای ماموریت ویژه واگذار شده به این دانشگاه می‌باشد.

تجدید نظر خواهی

² Self assessment (internal assessment)

³ External assessment

درخواست تجدید نظر در خصوص نتیجه اعتباربخشی که توسط دانشگاه مورد اعتباربخشی و بر اساس
ضوابط تدوین شده در این دستور العمل صورت می‌گیرد.

وزارت:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای گسترش:

منظور شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی وزارت بهداشت می‌باشد

ساختار اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی:

ماده ۱ - برای انجام فرایند اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی، فعالیتها و اقدامات در شش سطح زیر
انجام خواهد شد:

۱-۱- شورای گسترش: شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تصویب استانداردها و راهنمای اعتباربخشی آموزشی بیمارستان‌ها و تایید نهایی اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی را بر عهده دارد.

۲-۱- معاونت آموزشی وزارت متبوع ابلاغ دستور العمل‌ها و شیوه نامه‌های لازم و ابلاغ رای صادره در خصوص مراکز آموزشی درمانی را به کلیه دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی بر عهده دارد.

۳-۱- دبیرخانه اعتباربخشی: دبیرخانه اعتباربخشی وظیفه انجام تمامی امور مرتبط با اعتباربخشی مانند انتخاب ارزیابان و ارسال اسامی جهت تایید معاونت آموزشی وزارت متبوع، تهیه ابلاغ جهت ارزیابان، طراحی سامانه جهت بارگذاری مستندات و خود اظهاری، برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت ارزیابان، بازنگری سنجه‌ها مکاتبات لازم با مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌ها، ارتباط با نمایندگان کلان منطقه و را بر عهده دارد. حسن اجرای کار و پاسخگویی در خصوص امور بر عهده این دبیرخانه می‌باشد.

۴-۱- کمیته اعتباربخشی کشوری: کمیته اعتباربخشی کشوری به منظور برنامه‌ریزی، سیاست گذاری، نظارت بر انجام اعتباربخشی، بررسی گزارش‌ها و صدور پیش‌رای اعتباربخشی تشکیل می‌گردد.
اعضای این کمیته به مدت ۲ سال انتخاب می‌گردند

۵-۱- کمیته اعتباربخشی کلان منطقه‌ای: این کمیته وظیفه خود ارزیابی مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش آن منطقه را دارد و در صورت دارا بودن حداقل ۵۰٪ از کل امتیاز استاندارد اعتباربخشی (۵۳۳ امتیاز) مراتب جهت انجام اعتباربخشی کشوری به دبیرخانه اعتباربخشی اعلام خواهد نمود.

۶-۱- کمیته اعتباربخشی دانشگاهی:

کمیته اعتباربخشی دانشگاهی به منظور هدایت کلیه فعالیت‌های مرتبط با خودارزیابی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی تشکیل می‌شود.

فرایند اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی

ماده ۲- شروع اعتباربخشی

- دانشگاه باید آمادگی خود را جهت انجام اعتباربخشی به کمیته اعتباربخشی کلان منطقه‌ای اعلام نماید.
- کمیته اعتباربخشی کلان منطقه‌ای در صورت دارا بودن حداقل ۵۰٪ از کل امتیاز استاندارد اعتباربخشی (۵۳۳ امتیاز) مرکز آموزشی درمانی را جهت انجام اعتباربخشی کشوری به دبیرخانه اعتباربخشی معرفی خواهد نمود.

ماده ۳- خودارزیابی

۱-۳- کمیته اعتباربخشی دانشگاهی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی آموزشی مصوب شورای گسترش کار خود را جهت جمع آوری مستندات لازم آغاز می‌نماید.

۲-۳- گزارش خود ارزیابی به همراه مستندات به دبیرخانه کلان منطقه مربوطه ارسال می‌گردد.

۳-۳- در صورت تایید توسط کلان منطقه مراتب جهت اقدامات بعدی به دبیرخانه اعتباربخشی گزارش می‌شود

۴-۳- با در اختیار گذاشتن نام کاربری و رمز عبور برای هر یک از دانشگاهها / دانشکده‌ها بارگذاری مستندات مطابق با سنجه‌های اعتباربخشی در سامانه‌ای که بدین منظور طراحی شده است انجام می‌گردد.

ماده ۴- ارزیابی بیرونی

۱-۴- پس از اعلام آمادگی دانشگاه متقاضی به دبیرخانه اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی در برنامه ارزیابی قرار داده می شوند و جدول زمانبندی ارزیابی بیرونی به آن دانشگاه ارسال می گردد.

۲-۴- برای هر تیم ارزیابی بیرونی یک نفر بعنوان سرپرست تیم توسط دبیرخانه اعتباربخشی انتخاب می گردد که مسئولیت هماهنگی اعضا و گزارش ارزیابی بیرونی بر عهده ایشان می باشد.

۳-۴- تیم ارزیاب بیرونی از ارزیابان سایر کلان مناطق بوده و در ارزیابی بیرونی بیمارستانهای کلان منطقه مربوطه قرار داده نمی شوند

ماده ۵: صدور انواع رای نهایی در خصوص اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی

۱-۵- تایید کامل: زمانی یک مرکز آموزشی درمانی تاییدیه کامل را دریافت می نماید که ۵۳۳ امتیاز یا ۱۰۰٪ امتیاز کاملاً "ضروری را کسب نموده باشد. طول مدت این اعتبار ۲ ساله بوده و پس از پایان این مدت مجدداً" اعتبار بخشی انجام خواهد شد.

۲-۵- تائید یکساله: در صورتیکه که مرکز آموزشی درمانی امتیازی بین ۹۹ تا ۷۵/۹۹ را کسب نماید حکم تائید یکساله را دریافت می کند اعتبار یکساله را دریافت خواهد بود.

۳-۵- تایید مشروط یک ساله: در صورتیکه مرکز آموزشی درمانی امتیازی بین ۶۰ تا ۷۴/۹۹ از کل امتیاز را کسب نماید حکم تائید مشروط یکساله را دریافت خواهد کرد.

۴-۵- تایید مشروط شش ماهه: در صورتیکه مرکز آموزشی درمانی امتیازی بین ۵۹/۹۹ الی ۵۰ از کل امتیاز را کسب نمایند حکم تائید مشروط شش ماهه را دریافت خواهد کرد.

۵-۵- جهت صرفه جویی در زمان و هزینه مراکز مشروط یکساله و شش ماهه بصورت همزمان و پس از اطلاع رسانی به دانشگاهها مورد ارزیابی مجدد قرار خواهند گرفت

۶-۵- حکم اخطار آموزشی: مراکزی که کمتر از ۵۰ درصد از کل امتیاز را کسب کنند حکم اخطار آموزشی دریافت می کنند. این مراکز پس از یکسال مورد ارزیابی مجدد قرار خواهند گرفت.

ماده ۶: تجدید نظرخواهی

۶-۱- با توجه به در نظر گرفتن زمان برای بارگذاری مستندات و زمان مجدد یک هفته ای جهت رفع نقص مستندات بارگذاری شده، بررسی اعتراض فقط با توجه به مستندات بارگذاری شده و مشاهده و مصاحبه انجام خواهد شد.

۶-۲- رای نهایی پس از بررسی نتیجه تجدید نظر، ظرف مدت ۳۰ روز کاری توسط شورای گسترش صادر و به دانشگاه/دانشکده اعلام می گردد.

ماده ۷: اعلام نتایج اعتباربخشی

شورای گسترش نتایج اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاهها/دانشکده‌های علوم پزشکی را فقط در اختیار کلان منطقه و دانشگاه مربوطه قرار خواهد داد.

این دستور العمل در ... بخش و ماده و تبصره در جلسه شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی مورخ به تصویب رسید.

استانداردهای باز نگری شده

اعتباربخش، آموزش، مراکز

استاندارد های باز بینی شده اعتباربخشی بیمارستان های آموزشی

۹۹ بهمن



حیطه ها (محورها)

محور ۱) مدیریت آموزش در بیمارستان‌های آموزشی

محور ۲) پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی

محور ۳) اعضاء هیات علمی

محور ۴) فراغیران

محور ۵) مدیریت تسهیلات ، فضا ، امکانات، تجهیزات و منابع مالی و انسانی آموزشی و پژوهشی

محور ۶) آموزش فراغیران در بخش‌های اورژانس و پاراکلینیک

محور ۷) برنامه‌ها و فرآیندهای آموزشی

محور ۸) رعایت حقوق بیمار در فرآیندهای آموزشی

محور ۹) بیمارستان‌های آموزشی به عنوان عرصه پژوهش‌های بالینی

محور ۱

مدیریت آموزش در بیمارستان‌های آموزشی

۱	۱	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان در سند استراتژیک، اهداف آموزشی خود را مشخص کرده و برنامه‌های عملیاتی خود را برای رسیدن به این اهداف ارائه می‌نماید.

سنجه

بیمارستان در سند استراتژیک، اهداف آموزشی خود را مشخص کرده است.			سطح سنجه		
میانگین وزن سنجه	ضریب		توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
	دستیابی (۱-۳)	همیت آموزشی (۱-۵)			
۳	۵	۱			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	وجود اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان			۱	
اصحاح به با معاعون آموزشی	آگاهی معاعون آموزشی بیمارستان از اهداف آموزشی			۲	
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان وجود دارد و معاعون آموزشی از آن مطلع می‌باشد.	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان وجود دارد	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین نشده است		

۱	۲
---	---

بیمارستان دارای واحد توسعه آموزش بالینی است که بر اساس دستورالعمل های ابلاغ شده توسط معاونت آموزشی وزارت متبوع و همچنین دانشگاه های ذیربسط، برنامه ریزی و نظارت جهت ارتقاء کیفیت آموزش بالینی را زیر نظر مستقیم معاون آموزشی بیمارستان بر عهده دارد.

۱	سنجه
---	------

واحد توسعه آموزش بالینی در چارت بیمارستان دیده شده است.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۱/۵	۲	۱			
ملک ارزیابی					
مستندات	وجود واحد توسعه آموزش بالینی در چارت بیمارستان در زیر مجموعه معاونت آموزشی				۱
	ابلاغ فرد مسئول حاوی شرح وظایف (با ذکر برنامه ریزی و نظارت جهت ارتقاء کیفیت آموزش بالینی در شرح وظایف ابلاغی)				۲
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	مستندات فعالیت و تشکیل جلسات واحد	واحد توسعه آموزش بالینی در بیمارستان با فرد مسئول و شرح	واحد توسعه آموزش بالینی در بیمارستان وجود ندارد.		
	توسعه آموزش بالینی در بیمارستان وجود دارد	وظایف وجود دارد،			

۲	سنجه
---	------

واحد توسعه آموزش بالینی دارای برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی بوده و معاون آموزشی بر اجرای آن نظارت می کند.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
ملک ارزیابی					
مستندات	تدوین برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی				
	اجرای برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی در بیمارستان				
مستندات ارائه گزارش عملکرد به معاون آموزشی و مصاحبه با مسئول واحد توسعه آموزش بالینی					
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی	برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی	برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی		
	تدوین شده است.	اجرا می شود.	بالینی تدوین نشده است.		

تیم مدیریت آموزش در مراکز آموزشی درمانی شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی، مدیر گروه آموزشی، روسای بخش‌های آموزشی، مسئول مرکز توسعه آموزش، متrown بیمارستان و سوپر وایزر آموزشی می‌باشد، که به جز سوپر وایزر آموزشی، سایر اعضاء تیم مدیریت آموزشی، عضو هیات علمی نیز هستند.

سنجه

تیم مدیریت آموزش در بیمارستان شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی، مدیران گروه‌های آموزشی و یا نمایندگان آنها^{*}، روسای بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی و روسای بخش‌های آموزشی (که همه عضو هیات علمی هستند) و متrown یا سوپر وایزر می‌باشند.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۱/۵	۲	۱			
روش ارزیابی	ملأک ارزیابی				
مستندات	ابلاغ یا صور تجلیسات تیم مدیریت آموزش				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)		یک (۱)	صفر (۰)	
	تیم مدیریت آموزش تشکیل شده و ابلاغ اعضا با شرح وظایف مطابق سنجه تشکیل شده است و صور تجلیسات تیم وجود دارد.		تیم مدیریت آموزش بیمارستان، مطابق سنجه تشکیل نشده است.		
*نماینده مدیر گروه می‌تواند رئیس بخش باشد.				توضیحات	

معاونت آموزشی بیمارستان قرارداد مشخصی با دانشکده‌های تابعه دانشگاه در رابطه با مسئولیت‌های طرفین منعقد کرده است.

سنجه			
قرارداد یا تفاهمنامه‌ای * همکاری جهت انجام فعالیت‌های آموزشی بین بیمارستان با دانشکده‌های مربوطه وجود دارد.			
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای ضروری کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲	
روش ارزیابی			ملأک ارزیابی
مستندات	لیست رشته‌های آموزشی دارای دانشجو در بیمارستان به تفکیک دانشکده‌ها		
مستندات	وجود قرارداد یا تفاهمنامه بین بیمارستان و دانشکده‌های مربوطه		
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	اجرای مفاد قرارداد یا تفاهمنامه		
امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	تفاهمنامه همکاری بین بیمارستان و دانشکده‌ها وجود ندارد.	تفاهمنامه همکاری بین بیمارستان و دانشکده‌های مربوطه وجود دارد.	تفاهمنامه همکاری بین بیمارستان و دانشکده‌ها وجود ندارد.
*تفاهمنامه یا قرارداد حداقل شامل مشخصات طرفین، موضوع، تعهدات طرفین، مدت اجرا و اعتبار قرارداد و موارد فسخ می‌باشد.		توضیحات	

روسای بخش‌های آموزشی مسئولیت آموزش را بر عهده دارند و عملکرد آموزشی بخش‌ها توسط معاونت آموزشی ارزیابی می‌شود.

سنجه

در ابلاغ یا شرح وظایف روسای بخش‌های آموزشی مسئولیت آموزشی آنها مشخص گردیده و عملکرد آموزشی توسط معاون آموزشی بیمارستان ارزیابی می‌شود.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲	۳	۱			
ملک ارزیابی					
مستندات	وجود بند مسئولیت آموزشی رئیس بخش در ابلاغ یا شرح وظایف و لزوم ارائه گزارش عملکرد به معاون آموزشی بیمارستان			۱	
مستندات	گزارش ارزیابی عملکرد آموزشی بخش‌ها توسط معاون آموزشی بیمارستان هر ۶ ماه به دانشکده پزشکی			۲	
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)		یک (۱)	صفر (۰)	
	شرح وظایف آموزشی روسای بخش‌های آموزشی در ابلاغ مشخص شده، ارزیابی عملکرد آموزشی انجام شده و گزارش آن موجود است.		شرح وظایف آموزشی روسای بخش‌های آموزشی در ابلاغ مشخص شده است.	شرح وظایف آموزشی روسای بخش‌های آموزشی در ابلاغ مشخص نشده است.	

درصورتیکه در بیمارستان چند بخش از یک گروه آموزشی وجود داشته باشد، با حکم مدیر گروه یک نفر به عنوان مسئول برنامه‌ریزی آموزش در بخش‌ها انتخاب می‌گردد. فرد انتخاب شده به مدیر گروه مربوطه و معاون آموزشی بیمارستان پاسخگو می‌باشد.

سنجه

فردی از اعضاء هیات علمی برای برنامه‌ریزی آموزشی بخش‌ها *توسط مدیر گروه و با هماهنگی روسای بخش‌های مربوطه، انتخاب و ایشان مسئول پاسخگوی معاون آموزشی بیمارستان و مدیر گروه می‌باشد.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	تسویه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۲	۳	۱				
روش ارزیابی	ملک ارزیابی					
مستندات	تعیین فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزش بخش‌ها در بیمارستان‌هایی که چند بخش از یک گروه دارند.					
مستندات	گزارش ارزیابی عملکرد آموزشی بخش‌ها به معاون آموزشی بیمارستان هر ۶ ماه یکبار و ارائه بازخورد به مدیر گروه و رئیس دانشکده توسط معاون آموزشی بیمارستان					

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
بیمارستان‌هایی که چند بخش از یک گروه ندارند امتیاز ۲	فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزشی بخش مشخص شده و گزارش عملکرد به معاون آموزشی موجود است.	فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزشی بخش مشخص شده است.	فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزشی بخش مشخص نشده است.
*در بیمارستان‌هایی که چند بخش از یک گروه وجود دارد.			توضیحات

کمیته‌های بیمارستانی مرتبط با آموزش و عملکرد فرآگیران فعال بوده و مستندات برگزاری مستمر آنها موجود و نحوه تاثیر آنها در تصمیمات بیمارستان مشخص است.

سنجه					
در بیمارستان از مصوبات کمیته‌های مرتبط (مانند کمیته‌های مرگ و میر، کنترل عفونت، و اخلاق پژوهشی و...) در تصمیمات برنامه‌ریزی آموزشی (هیات علمی و فرآگیران) استفاده می‌شود.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۵)	اهمیت آموزشی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۴	۵	۳			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	استفاده از مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی				
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	آگاهی معاون آموزشی در خصوص چگونگی استفاده از مصوبات در برنامه‌ریزی آموزشی				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	مصطفيات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده شده و معاون آموزشی از آن اطلاع دارد	از مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده شده است.	از مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده شده است.		

معاون آموزشی / پژوهشی یا نماینده تیم مدیریت آموزش با هدف ارتقاء کمی و کیفی فرآیندهای آموزشی و تسهیلات

ارائه خدمات، عضو کمیته‌های بیمارستانی مرتبط می‌باشد.

سنجه

معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش، در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط *عضو می‌باشد.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	همیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۴	۱			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	عضویت معاون آموزشی (یا نماینده تیم مدیریت آموزش) در کمیته‌های مرتبط				۱
مستندات	لحاظ نظرات معاون آموزشی در صورت جلسات کمیته ها				۲
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط عضو می‌باشد و در مصوبات کمیته ها، نظرات معاون آموزشی لحاظ گردیده است	معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط عضو نمی‌باشد.	معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط عضو نمی‌باشد.			
*کمیته‌های مرتبط حداقل شامل: کمیته مرگ و میر و عوارض، کمیته پایش و سنجش کیفیت، کمیته اخلاق پژوهشی، کمیته پایش و سنجش کیفیت می‌باشند.			توضیحات		

۹	۱	استاندارد
---	---	-----------

مقررات نحوه رفتار و پوشش حرفه ای در بیمارستان به اطلاع فراغیران و اعضاء هیات علمی بخش ها می رسد و معاون آموزشی، معاون درمان یا رئیس بیمارستان حسب مورد بر اجرای آن نظارت دارد.

سنجه

آیین نامه * نحوه پوشش در بیمارستان وجود دارد و تمامی فراغیران و اعضاء هیات علمی از آن مطلع بوده و به آن عمل می کنند.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۵-۱)	توسعه ای	ضروری	کاملا ضروری
۲/۵	۲	۳			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	وجود آیین نامه نحوه پوشش				
مستندات	اطلاع رسانی به کلیه فراغیران و اعضاء هیات علمی				
مشاهده	اجرای آیین نامه نحوه پوشش				

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	آیین نامه نحوه رفتار و پوشش	آیین نامه نحوه رفتار و پوشش حرفه ای در بیمارستان وجود	آیین نامه نحوه رفتار و پوشش حرفه ای در بیمارستان وجود
*بخشنامه یا آیین نامه داخلی منطبق با استاد بالادستی و با ذکر سطوح نظارتی			توضیحات

محور ۲

پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی

۱	۲	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان دارای نظام مدون جهت ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی زیر نظر دانشکده پژوهشی می باشد.

۱	سنجه
---	------

بیمارستان دارای برنامه جامع مدون * و مصوب ** به منظور ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی *** می باشد.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۴	۵	۳				
روش ارزیابی	ملک ارزیابی					
مستندات	تدوین برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی					
مستندات	تصویب برنامه توسط تیم مدیریت آموزشی					

امتیاز

غير قابل ارزیابی	(۲)	(۱)	صفر (۰)		
	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی تدوین و مصوب شده است. اجزای ذکر شده در توضیحات، تدوین و اجرا می شود	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی تدوین نشده است.	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی تدوین نشده است.		
<p>* برنامه جامع، اجزای سیستم آموزشی (شامل اعضاء هیأت علمی، فراغیران، تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه) را در چرخه مراحل آموزشی (نیازسنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و سنجش اثربخشی) شامل می شود.</p> <p>** منظور از برنامه مصوب، برنامه‌ای است که به تصویب تیم مدیریت آموزش بیمارستان رسیده است.</p> <p>*** منظور از نظام مدون ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی وجود هر گونه برنامه تعریف شده عملیاتی برای ارزشیابی اعضاء هیأت علمی، فراغیران، تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه در سطح بیمارستان که توسط دانشگاه/دانشکده به بیمارستان ابلاغ شده است.</p> <p>**** می تواند برنامه مصوب دانشگاه باشد که در بیمارستان اجرا می شود.</p>			توضیحات		

بیمارستان برنامه مصوب ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی را پایش می کند.

ضریب			سطح سنجه		
میانگین وزن سنجه	اهمیت آموزشی (۵-۱)	دستیابی (۳-۱)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۴	۵	۳			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	پایش برنامه جامع مصوب ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی پایش شده است.		برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی پایش نشده است.		

۲	۲	استاندارد
---	---	-----------

در پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی، شاخص‌های آموزشی با شاخص‌های مرتبط با ارائه مراقبت بیماران تواماً مورد بررسی قرار می‌گیرد.

سنجه

بیمارستان از نتایج ارزیابی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی *در پایش و توسعه برنامه‌های آموزشی استفاده می‌کند.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	همیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	
۲/۵	۵	۲			
ملاک ارزیابی					
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	اطلاع‌رسانی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی به معاون آموزشی				۱
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	استفاده از نتایج شاخص‌های کلی عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی در برنامه‌ریزی آموزشی فرآگیران *				۲

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
از بیش از ۵۰٪ شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده نمی‌شود.	اطلاع‌رسانی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی به معاون آموزشی صورت گرفته و کمتر از ۵۰٪ آنها در برنامه ریزی آموزشی استفاده می‌شوند.	از شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده نمی‌شود.	
*شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی درمان مانند مرگ و میر، خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار، عفونت‌های بیمارستانی، نتایج درمان و .. می‌باشد. **معاون آموزشی بطور روتین نتایج شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی را بررسی نموده و در برنامه‌ریزی آموزشی (كمی، كيفي و سطوح مختلف فرآگيران) استفاده می‌کند.			توضیحات

استاندارد

۳

۲

مدارک و مستندات لازم در رابطه با وضعیت آموزشی فراغیران موجود است.

سنجه

کلیه فراغیران در بیمارستان دارای پرونده یا سوابق آموزشی *می باشند.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	همیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۲/۵	۳	۲		کاملاً ضروری
روش ارزیابی		ملک ارزیابی		
مستندات و مشاهده		وجود حداقل های تعریف شده در پرونده کلیه فراغیران		۱
مشاهده و مصاحبه		دسترسی معاونت آموزشی به پرونده یا سوابق آموزشی فراغیران		۲
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	پرونده آموزشی فراغیران وجود دارد	پرونده آموزشی فراغیران وجود دارد	پرونده آموزشی فراغیران وجود	
	و دسترسی معاون آموزشی	ولی دسترسی معاون آموزشی	ندارد.	
	بیمارستان به پرونده آموزشی فراغیران	بیمارستان به پرونده آموزشی فراغیران		
	فراغیران وجود دارد.	وجود ندارد		
توضیحات				
<p>*پرونده (سوابق آموزشی) فراغیران پیراپزشکی حداقل شامل معرفی نامه،(تاریخ شروع و پایان دوره یا تعداد روزها و ساعت آموزشی و بخش های معرفی شده) و گواهی پایان دوره می باشد.</p> <p>پرونده (سوابق آموزشی) فراغیران پزشکی حداقل شامل معرفی نامه (بخش معرفی شده، تاریخ شروع و پایان دوره نتایج آزمون های داخلی بخش ها، نتایج آزمون های ارتقاء ، آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی و فوق تخصصی می باشد. در ضمن مستندات می تواند بصورت یک پرونده یا پورتفولیوی الکترونیک با دسترسی تعریف شده معاونت آموزشی بیمارستان موجود باشد.</p>				

محور ۳

اعضاء هیات علمی

استاندارد	۱	۲
-----------	---	---

کادر اصلی آموزش بیمارستان، اعضاء هیات علمی دانشگاه می باشند.

سنجه					
کادر اصلی آموزش *بیمارستان، اعضاء هیات علمی می باشند.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۴	۵	۳			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	احکام اعضای هیات علمی بیمارستان متبع				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	بیش از ۸۵٪ کادر اصلی آموزشی بین ۷۰ تا ۸۴٪ کادر اصلی آموزشی بیمارستان عضو هیات علمی می باشند.	کمتر از ۷۰٪ کادر اصلی آموزشی بیمارستان عضو هیات علمی می باشند.			
*کادر اصلی آموزش افرادی می باشند که نسبت به اجرای کوریکولومهای آموزشی در شیفت‌های موظف (صبح و عصر) نقش اصلی را دارند.			توضیحات		

۲	۳	استاندارد
---	---	-----------

تعداد و تنوع اعضاء هیات علمی موجود در مرکز باید متناسب با وظایف آموزشی بخش‌ها و تعداد فراغیران (پژوهشی عمومی) و مطابق با مقررات جاری دانشگاه / وزارت متبع باشد.

۱	سنجه
---	------

تعداد اعضاء هیات علمی حاضر در بیمارستان با وظایف آموزشی و پژوهشی و فعالیت‌های درمانی بخش‌ها بر اساس استانداردهای آموزشی وزارت متبع (کوریکولوم‌های آموزشی)* متناسب می‌باشد.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه	
	دستیابی (۱-۵)	دستیابی (۱-۲)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	وجود تناسب بین تعداد اعضاء هیات علمی با وظایف آموزشی، مطابق با کوریکولوم**				
مستندات	وجود تناسب بین تعداد اعضاء هیات علمی با فعالیت‌های آموزشی بخش‌ها بر اساس شاخص‌های عملکردی				

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	۷۰ تا ۸۴٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.	بیش از ۸۵٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.	کمتر از ۷۰٪ تناسب کوریکولوم رعایت شده است.
*پژوهشی (عمومی و دوره‌های بالاتر) و پیراپژوهشی ** پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان‌های آموزشی			توضیحات

۲	سنجه
---	------

تعداد اعضاء هیات علمی حاضر در بیمارستان با تعداد فراگیران بر اساس استانداردهای آموزشی وزارت متبوع (کوریکولوم‌های آموزشی) *متناسب می‌باشد.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه	
	دستیابی (۱-۲)	اهمیت آموزشی (۵-۱)	دستیابی (۱-۲)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۴	۲			کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	وجود تناسب بین تعداد اعضاء هیات علمی با تعداد فراگیران **				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۱)	دو (۲)			صفر (۰)
	کمتر از ۷۰٪ تناسب کوریکولوم	بیش از ۸۵٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.	۷۰ تا ۸۴٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.		
*پژوهشی (عمومی و دوره‌های بالاتر) و پیراپژوهشی، مطابق با ضوابط و استانداردهای وزارت متبوع		توضیحات			
**پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباریخسی اختصاصی آموزشی بیمارستان‌های آموزشی					

استاندارد ۳

اعضاء هیات علمی بالینی در بیمارستان مطابق با ضوابط و مقررات جاری دانشگاه علوم پزشکی و وزارت متبع حضور داشته و فعالیت می‌نمایند.

سنجه

اعضاء هیات علمی بیمارستان ساعت موظف حضور در بیمارستان را بر اساس مقررات جاری دانشگاه علوم پزشکی مربوطه رعایت می‌نمایند.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دهستایابی (۱-۵)	همیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	وجود سیستم پایش حضور اعضاء هیات علمی *در بیمارستان				
مستندات	اطمینان از حضور اعضاء هیات علمی مطابق با مقررات جاری دانشگاه که توسط رئیس بخش، معاون آموزشی یا ریاست بیمارستان تایید شده است.				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	سیستم پایش حضور اعضای هیئت علمی وجود دارد و بر اساس ضوابط آن اعضای هیئت علمی فعالیت داشته و مستندات آن وجود دارد	سیستم پایش حضور اعضاء هیات علمی در بیمارستان وجود دارد یا بر اساس سامانه یکپارچه دانشگاه انجام می‌شود	سیستم پایش حضور اعضاء هیات علمی در بیمارستان وجود ندارد.		
* شامل ساعت حضور، ماموریت آموزشی، ساعت آنکالی و سایر مستندات حضور (متوجه از سیستم ارزیابی عملکرد یکپارچه استادی)					توضیحات

استاندارد ۳ ۴

بهر است متrown بیمارستان عضو هیات علمی دانشکده پرستاری بوده و عضو شورای آموزشی (یا تیم مدیریت آموزش) بیمارستان باشد.

سنجه

متrown بیمارستان عضو هیات علمی بوده و دارای ابلاغ/حکم می باشد.						
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه			
	دستیابی (۱-۵)	اهمیت آموزشی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۳	۳	۳	ملک ارزیابی			
روش ارزیابی					۱	
مستندات	وجود حکم/بلاغ هیات علمی مدیر پرستاری بیمارستان.					
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)		یک (۱)	صفر (۰)		
	متrown بیمارستان عضو هیات علمی و عضو شورای آموزشی بیمارستان می باشد.		متrown بیمارستان عضو هیات علمی نیست ولی عضو شورای آموزشی بیمارستان یا تیم مدیریت آموزش است	متrown بیمارستان عضو هیات علمی نمی باشد.		

۳	۵	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان متناسب با ماموریت و وظایف آموزشی و درمانی خود دارای فرآیند تعریف شده همکاری با گروههای مختلف پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و توانبخشی، داروسازی بالینی، تغذیه، اپیدمیولوژیست و پزشکی اجتماعی می‌باشد.

سنجه

فرآیند همکاری گروههای مختلف پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و توانبخشی، داروسازی بالینی، تغذیه، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی در برنامه‌های آموزشی متناسب با فعالیت‌های آموزشی و درمانی تدوین شده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲	۳	۱			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	تدوین فرآیند همکاری گروههای مختلف پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و توانبخشی، داروسازی بالینی، تغذیه، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی در برنامه‌های آموزشی *				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	فرآیند همکاری گروههای ذکر شده در سنجه در برنامه‌های آموزشی تدوین شده است و بر اساس آن همکاری انجام می‌شود	فرآیند همکاری گروههای ذکر شده در سنجه در برنامه‌های آموزشی تدوین نشده است.	فرآیند همکاری گروههای ذکر شده در سنجه در برنامه‌های آموزشی تدوین نشده است.		
*مانند گزارش صبحگاهی، راندهای آموزشی، ژورنال کلاب‌ها، کمیته‌ها و کنفرانس‌های آموزشی					توضیحات

سازوکارهای مناسب برای نیاز سنجی و توانمندسازی اعضاء هیات علمی وجود دارد

سنجه					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	تدوین برنامه توانمندسازی اعضاء هیات علمی بر اساس اولویت‌ها و نیاز آموزشی * بیمارستان				
صاحبہ و مستندات	اجرای برنامه تدوین شده				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	برنامه توانمندسازی اعضاء هیات علمی در بیمارستان وجود دارد و کامل اجرا می‌گردد.	نیاز سنجی توانمندسازی اعضای هیئت علمی صورت گرفته و تا حدودی (کمتر از ۵۰٪) برنامه توانمندسازی اجرا می‌شود.	نیاز سنجی و برنامه توانمندسازی اعضاء هیات علمی در بیمارستان وجود ندارد		
*مانند چالش‌های بیمارستانی مصوبات کمیته‌ها، نظرسنجی‌ها، شکایات و					توضیحات

سازوکارهای مدون برای تشویق اعضاء هیات علمی که فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی خود را در حرفه‌ای را بخوبی انجام داده‌اند، وجود دارد.

سنجه

تیم مدیریت آموزش بیمارستان آبین نامه داخلی برای تشویق اعضاء هیات علمی (با تأکید بر مشوق‌های غیرمالی) در خصوص فعالیت‌های مطلوب آموزشی و پژوهشی را تدوین نموده و توسط معاون آموزشی اجرا می‌کند.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	همیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	تدوین آبین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی				
مصاحبه و مستندات	اجرای برنامه تدوین شده				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۲)	دو	یک (۱)	صفر (۰)	
	آبین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی تدوین شده است و به اطلاع اعضاء هیات علمی تدوین نشده است.	آبین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی تدوین شده است ولی بر اساس آن عمل نمی‌شود یا اعضاء هیات علمی رسیده و مستندات تشویق وجود دارد.	آبین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی تدوین شده است ولی بر اساس آن عمل نمی‌شود یا اعضاء هیات علمی رسیده و مستندات تشویق وجود دارد.	آبین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی تدوین شده است ولی بر اساس آن عمل نمی‌شود یا اعضاء هیات علمی رسیده و مستندات تشویق وجود دارد.	

۸	۳	استاندارد
---	---	-----------

اقامتگاه مناسبی برای اعضاء هیات علمی درنظر گرفته شده و در آنها امکانات تغذیه‌ای، استراحت و دسترسی به منابع الکترونیکی پیش‌بینی شده است.

سنجه

در بیمارستان فضایی جهت استراحت، تغذیه و دسترسی به منابع الکترونیک برای اعضاء هیات علمی فراهم شده است.*						
میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۵)	(۱)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲				
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی					
مشاهده و مصاحبه با اعضاء هیات علمی و معاون آموزشی	وجود فضایی برای استراحت اعضاء هیات علمی					۱
مشاهده	تامین امکانات و ملزمات مورد نیاز					۲
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)		صفر (۰)		
	فضای مناسب برای استراحت، تغذیه و دسترسی به منابع الکترونیک برای اعضاء هیات علمی با ۵۰٪ امکانات ذکر شده تامین شده است	فضای مناسب برای استراحت، تغذیه و دسترسی به منابع الکترونیک برای اعضاء هیات علمی به طور کامل تامین شده است				
* منظور از فضای مناسب، وجود اتاق ترجیحاً یک نفره، تخت استراحت، تلفن، میز کار، کمد لباس، اینترنت و رایانه می‌باشد					توضیحات	

۹	۳	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان سازوکار مناسب برای سنجش رضایت اعضاء هیات علمی از امکانات آموزشی و رفاهی را دارد و اقدامات اصلاحی مورد نیاز جهت افزایش رضایتمندی اعضاء هیات علمی صورت می‌گیرد.

سنجه

بیمارستان در فواصل زمانی مشخص (حداقل سالیانه) نسبت به سنجش رضایتمندی اعضاء هیات علمی از امکانات آموزشی و رفاهی اقدام می‌نماید.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	دستیابی (۱-۵)	اهمیت آموزشی (۱-۳)	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۳	۳	۳		

روش ارزیابی

ملک ارزیابی

مستندات	وجود فرم، برنامه، روش و چگونگی رضایت‌سنجه اعضاء هیات علمی از امکانات آموزشی و رفاهی	۱
مستندات	انجام رضایت‌سنجه هیات علمی از امکانات آموزشی و رفاهی	۲
مصاحبه و مستندات	اجرای اقدام اصلاحی	۳

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	سنجش رضایتمندی اعضاء هیات علمی از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظرسنجی، انجام شده و اعضاء هیات علمی آن را تایید می‌کنند.	سنجش رضایتمندی اعضاء هیات علمی از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظرسنجی، انجام شده است.	سنجش رضایتمندی اعضاء هیات علمی از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظرسنجی، انجام شده و اعضاء هیات علمی آن را تایید می‌کنند.

محور ۴

فراگیران

۱	۴	استاندارد
---	---	-----------

معاون آموزشی بیمارستان سازوکار و برنامه مكتوب و مشخصی برای آشنایی فراگیران در رده‌های مختلف با محیط آموزشی، اعضاء هیات علمی، مدیریت بیمارستان و مقررات داخلی بیمارستان و الزامات و قوانین مرتبط کشوری، ایمنی و بهداشت، رعایت حقوق بیمار، نحوه ارتباطات درون و برون سازمانی، امکانات مختلف، نحوه تکمیل پرونده بیماران، نحوه همکاری فراگیران در آموزش، شناخت استانداردهای زیست محیطی، شرح وظایف و اختیارات دانشجویان و پرسنال دارد و آنها را بطور مرتب و در فواصل مشخص اجرا می‌کند.

سنجه

بیمارستان برنامه توجیهی *بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران را اجرا می‌نماید.							
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه				
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری		
۳	۴	۲	ملک ارزیابی				
روش ارزیابی							
مستندات	وجود برنامه توجیهی مدون بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران					۱	
مصاحبه با فراگیران	اجرای برنامه توجیهی مدون بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران					۲	
امتیاز							
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)				
	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران دارد و فراگیران از آن طلاع دارند.	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران دارد.	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران ندارد.				
*برنامه توجیهی بدو ورود فراگیران شامل آشنایی فراگیران در رده‌های مختلف با محیط آموزشی، اعضاء هیات علمی، مدیریت بیمارستان و مقررات داخلی بیمارستان و الزامات و قوانین مرتبط کشوری، ایمنی و بهداشت، رعایت حقوق بیمار، نحوه ارتباطات درون و برون سازمانی، امکانات مختلف، نحوه تکمیل پرونده بیماران، نحوه همکاری فراگیران در آموزش، شناخت استانداردهای زیست محیطی، شرح وظایف و اختیارات دانشجویان و پرسنال دارد و آنها را بطور مرتب و در فواصل مشخص اجرا می‌کند.						توضیحات	

۲	۴	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان سازوکار مشخص برای سنجش رضایت فرآگیران دارد و اقدامات اصلاحی مورد نیاز برای افزایش رضایت فرآگیران صورت می‌گیرد.

		سنجه		
		ضریب	سطح سنجه	
میانگین وزن سنجه	دستیابی (۱-۳)	دهمیت آموزشی (۱-۵)	کاملاً توسعه‌ای ضروری	
		۳	۳	
روش ارزیابی		ملک ارزیابی		
مستندات		وجود فرم، برنامه، روش و چگونگی رضایت‌سنجدی فرآگیران از امکانات آموزشی و رفاهی		
مصاحبه با فرآگیران		اجرای رضایت‌سنجدی فرآگیر ازا امکانات آموزشی و رفاهی		
مصاحبه		اجرای اقدام اصلاحی		
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	سنجش رضایت‌مندی فرآگیران از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظرسنجی، انجام شده و فرآگیران آن را تایید می‌کنند.	سنجش رضایت‌مندی فرآگیران از امکانات آموزشی رفاهی و.. انجام می‌شود.	فرآگیران از امکانات آموزشی رفاهی انجام نشده است.	

۳	۴	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان از دسترسی بی‌واسطه فرآگیران به مسئولین آموزشی از جمله معاون آموزشی بیمارستان اطمینان حاصل می‌نماید.

سنجه

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه			
	دستیابی (۱-۵)	اهمیت آموزشی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۲	۲	۲	ملک ارزیابی			
روش ارزیابی					۱	
مستندات	وجود فرآیند ارتباط بی‌واسطه فرآگیران با معاون آموزشی بیمارستان					
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)			
	فرآیند مدون ارتباط بی‌واسطه فرآگیران با فرآگیران با معاون آموزشی تدوین شده است. و فرآگیران از آن اطلاع دارند.	فرآیند مدون ارتباط بی‌واسطه فرآگیران با معاون آموزشی وجود دارد.	فرآیند مدون ارتباط بی‌واسطه فرآگیران با معاون آموزشی وجود ندارد.			

۴	۴	استاندارد
---	---	-----------

در بیمارستان آموزشی سازوکاری طراحی شده که دستیاران تخصصی و تحصیلات تکمیلی به ازای اقدامات درمانی خود علاوه بر استاد مربوطه و رئیس بخش مربوطه در مقابل معاون آموزشی و رئیس بیمارستان نیز پاسخگو می‌باشند.

سنجه

بیمارستان دستورالعمل کشوری (ابزارهای ارزشیابی و پاییندی به اصول حرفه‌ای دستیاران) را اجرا می‌نماید.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	دستیابی (۱-۳)	همیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری
۴	۵	۳		کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملک ارزیابی			
مستندات و مصاحبه			اجرای دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پاییندی به اصول حرفه‌ای دستیاران	۱
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی			پاسخگویی دستیاران به رئیس بخش و معاون آموزشی	۲

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
بیمارستان هایی که دستیار ندارند	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پاییندی به اصول حرفه‌ای دستیاران تطور کامل اجرا می‌شود و دستیاران به رئیس بخش و معاون آموزشی پاسخگو هستند.	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پاییندی به اصول حرفه‌ای دستیاران کمتر از ۵۰٪ اجرا می‌شود.	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پاییندی به اصول حرفه‌ای دستیاران اجرا نمی‌شود.

بیمارستان سازوکار مدون برای مستندسازی و بهره‌گیری از بازخوردها و تجارب فرآگیران دارد.

سنجه

دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فرآگیران در بیمارستان تدوین شده و اجرا می‌گردد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	تدوین و اجرای دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فرآگیران				
مصاحبه با فرآگیران و مسئولین آموزشی	استفاده از تجارب فرآگیران در برنامه‌ریزی آموزشی				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۲)	دو	یک (۱)	صفر (۰)	
	دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فرآگیران تدوین شده است.	دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فرآگیران تدوین شده است.	دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فرآگیران تدوین نشده است.		
	تجارب آنها در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده می‌شود.				

۶	۴	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان برنامه‌های مشخص و مدونی برای آشنايی دستیاران و سایر فرآگيران با الزامات نظام بيمه‌اي و درمانی جاري دارد.

سنجه

در برنامه توجيهي بيمارستان برنامه‌اي برای آشنايی دستیاران با الزامات نظام بيمه‌اي و درمانی وجود دارد.			
ميانگين وزن سنجه	ضريب		سطح سنجه
	دستيابي (۱-۳)	اهميtie آموزشی (۱-۵)	كاملا ضروري
۲	۲	۲	ضروري
روش ارزیابی			ملاک ارزیابی
مستندات	تاكيد بر الزامات نظام بيمه‌اي و درمانی در برنامه توجيهي دستیاران		
مصاحبه با دستیاران	آگاهي دستیاران از الزامات نظام بيمه‌اي و درمانی		
امتياز			
غير قابل ارزیابی	دو (۲)	يك (۱)	صفر (۰)
بيمارستان هايي که دستيار ندارند	در برنامه توجيهي دستیاران و سایر فرآگيران به الزامات نظام بيمه‌اي و درمانی اشاره شده و دستیاران از الزامات آن آگاهی دارند.	در برنامه توجيهي دستیاران و سایر فرآگيران به الزامات نظام بيمه‌اي و درمانی اشاره شده نشده.	در برنامه توجيهي دستیاران، و سایر فرآگيران به الزامات نظام بيمه‌اي و درمانی اشاره نشده است.

امنیت فرآگیران در زمان ارائه خدمات تضمین شده است.

سنجه

میانگین وزن سنجه	ضریب دستیابی (۱-۳)	اممیت آموزشی (۱-۵)	سطح سنجه		
			توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲			
روش ارزیابی					
دستورالعمل های داخلی تیم حفاظت، امنیت بیمارستان (مانند شرح وظایف تیم انتظامات، مکان های تعیین شده برای نگهبانان، دوربین های مداربسته، برنامه فرآخوان اعضاء تیم انتظامات، برنامه حضور و...) و امنیت فرآگیران					
۱					
۲					
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان و فرآگیران تدوین شده است .	دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان و فرآگیران تدوین شده است .	دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان و فرآگیران تدوین نشده است.		

محل مناسبی برای رختکن دانشجویان و کمد به تفکیک آقا و خانم در بیمارستان موجود است.

سنجه

بیمارستان محل مناسب * برای رختکن فراغیران به تفکیک آقا و خانم تامین نموده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مشاهده	وجود رختکن مناسب به تفکیک فراغیران آقا و خانم				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (-)		
	رختکن به تفکیک فراغیران آقا و خانم وجود دارد.	رختکن به تفکیک فراغیران آقا و خانم وجود ندارد.			
*منظور از مناسب، دارا بودن حداقل شرایط بهداشتی و امنیتی ابا نور و تهویه مناسب است. رختکن خانمهای دارای فضای ایمن با قفل درب از داخل می باشد.		توضیحات			

استاندارد ۴ ۹

اقامتگاه مناسبی به تفکیک جنس، برای فرآگیران در نظر گرفته شده و در آنها امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک پیش‌بینی شده است.

سنجه

بیمارستان پاویون، امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک برای فرآگیران فراهم نموده است.						
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه			
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۳	۳	۳	ملک ارزیابی			
روش ارزیابی						۱
مشاهده	وجود پاویون با امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک برای فرآگیران					
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)			
	پاویون برای فرآگیران با امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک وجود دارد.	پاویون برای فرآگیران با ۵۰٪ امکانات ذکر شده در سنجه وجود دارد.	پاویون برای فرآگیران وجود ندارد.			

محور ۵

مدیریت تسهیلات، فضا، امکانات، تجهیزات و منابع مالی و انسانی آموزشی و پژوهشی

۱	۵	استاندارد
---	---	-----------

بیمارستان فضا و تجهیزات مناسب برای ارائه خدمات آموزشی به فرآگیران متناسب با تعداد فرآگیران و برنامه های آموزشی و نوع خدمات ، در فضاهای مختلف مراقبتی فراهم کرده است.

سنجه

بیمارستان حداقل فضا * و تجهیزات برای ارائه خدمات آموزشی به فرآگیران متناسب با تعداد فرآگیران و برنامه های آموزشی و نوع خدمات، در فضاهای مختلف مراقبتی فراهم کرده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۳-۵)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۳-۵)	ضروری	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۴	۵	۳				
روش ارزیابی	ملک ارزیابی					
مشاهده	تامین حداقل فضا برای ارائه خدمات آموزشی					
مشاهده و مصاحبه با رئیس بخش و فرآگیر	تامین تجهیزات تشخیصی درمانی * مناسب برای ارائه خدمات آموزشی					

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
بیمارستان حداقل فضا و تجهیزات برای آموزش فرآگیران وجود دارد.	در بیمارستان حداقل فضا و تجهیزات آموزشی لازم متناسب با تعداد فرآگیر وجود دارد.	حداقل فضا و تجهیزات برای ارائه خدمات آموزشی به فرآگیران وجود دارد.	بیمارستان حداقل فضا و تجهیزات برای آموزش فرآگیران نکرده است.
*برای تمام گروههای آموزشی دارای فرآگیر در بیمارستان ، بخش و درمانگاه، اتاق عمل، و سایر محیطهای آموزشی مرتبط وجود داشته باشد. (پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستانهای آموزشی)			توضیحات
*منظور، دسترسی فرآگیران به تجهیزات تشخیصی و درمانی می باشد.			

۲	۵	استاندارد
---	---	-----------

درمانگاه و کلینیک‌های ویژه برای آموزش فراغیران و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی و تحصیلات تكمیلی در بیمارستان فعال می‌باشد.

سنجه

بیمارستان درمانگاه جنرال و تخصصی برای آموزش فراغیران اختصاص داده است و فراغیران مربوطه در درمانگاه آموزشی تحت نظارت اعضاء هیات علمی آموزش می‌بینند.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۵	۱			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مشاهده	وجود درمانگاه و کلینیک ویژه آموزشی برای آموزش فراغیران				
مستندات حضور هیات علمی در درمانگاه	حضور و نظارت هیات علمی بر آموزش فراغیران در درمانگاه				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	درمانگاه و کلینیک ویژه آموزشی وجود وجود دارد و کاملاً توسط اعضاء هیات علمی پوشش داده می‌شود	درمانگاه و کلینیک ویژه آموزشی وجود دارد	درمانگاه و کلینیک ویژه آموزشی وجود آموزشی وجود ندارد		

فضاهای کافی به عنوان دفتر کار برای فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضاء هیات علمی در بخش‌ها با توجه به شرایط بیمارستان و به شرط عدم تغییر کاربری و کاهش فضاهای درمانی درنظر گرفته شده است.

سنجه

بیمارستان، فضاهای کافی به عنوان دفتر کار برای فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضاء هیات علمی در بخش‌ها با توجه به شرایط بیمارستان و به شرط عدم تغییر کاربری و کاهش فضاهای درمانی اختصاص داده است.

		ضریب		سطح سنجه		
میانگین وزن سنجه		اهمیت آموزشی (۵-۱)	دستیابی (۳-۱)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵		۳	۲			
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی				
مشاهده		وجود فضاهای کافی برای دفتر کار معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضاء هیات علمی				
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی		دو (۲)	یک (۱)		صفر (۰)	
		در بعضی از بخش‌های بیمارستان فضای کافی برای روسای بخش‌ها و اعضاء هیات علمی اختصاص داده شده است.	در همه بخش‌ها فضای کافی برای روسای بخش‌ها و اعضاء هیات علمی وجود دارد.	فضاهای کافی برای دفتر کار معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضاء هیات علمی وجود ندارد.		
حداقل یک اتاق به روسای هر یک بخش‌های آموزشی و اعضاء هیات علمی اختصاص دارد.						توضیحات

تعداد کلاس‌های درس، اتاق‌های برای بحث گروهی کوچک و سالن‌های کنفرانس به نسبت برنامه‌های در حال اجرا و تعداد فراغیران باید کافی بوده و حداقل از امکانات مناسب آموزشی برخوردار باشد.

سنجه

بیمارستان متناسب *با برنامه‌های آموزشی بخش‌ها (گزارش صبحگاهی و ...) و تعداد فراغیران، فضاهای مناسب** با امکانات آموزشی اختصاص داده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۵-۱)	دستیابی (۳-۱)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مشاهده	وجود فضاهای مناسب با امکانات آموزشی				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)		صفر (۰)	
	در همه بخش‌ها، فضا و امکانات آموزشی متناسب با برنامه‌های برنامه‌های آموزشی وجود دارد.	در بعضی از بخش‌های بیمارستان، فضا و امکانات آموزشی متناسب با برنامه‌های آموزشی وجود دارد.		فضا و امکانات آموزشی متناسب با برنامه‌های آموزشی بخش‌ها وجود ندارد.	
*تناسب فضا مطابق استانداردهای وزارت متبوع			**منظور از فضاهای کلاس‌های درس، فضای کارگاهی برای بحث‌های گروهی کوچک و سالن اجتماعات یا سالن آمفی‌თئاتر می‌باشد. (پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان‌های آموزشی)		
توضیحات					

استاندارد ۵ | ۵

بیمارستان دارای زیرساخت‌ها و فناوری روزآمد جهت استفاده آموزشی بوده و امکان آموزشی مجازی روش‌های نوین آموزشی و مشاوره از راه دور فراهم می‌باشد.

سنجه

بیمارستان دارای زیرساخت و فناوری روزآمد و پهنانی اینترنت مناسب برای آموزش‌های مجازی و مشاوره از راه دور می‌باشد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
روش ارزیابی					ملاک ارزیابی
مشاهده و مصاحبه با مسئول فناوری اطلاعات	فراهم نمودن زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور و آموزش مجازی و تسهیلات مورد نیاز حوزه telemedicine				۱
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور روش‌های نوین آموزش و آموزش مجازی وجود دارد.	زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور روش‌های نوین آموزشی و آموزش مجازی وجود دارد.	زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور روش‌های نوین آموزشی و آموزش مجازی فراهم نمی‌باشد.		
	آموزشی وجود دارد و فعال بودن این خدمات مشاهده می‌شود.				

کتابخانه و فضای مطالعه مناسب با تعداد و نیاز اساتید و فرآگیران در بیمارستان وجود دارد.

سنجه

در بیمارستان فضای مطالعه و کتابخانه وجود دارد.					
میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه	
	دهستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	ضروری	توسعه‌ای
۲	۳	۱			کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مشاهده	وجود کتابخانه و فضای مطالعه (قرائت‌خانه)				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)		یک (۱)		صفر (۰)
	کتابخانه و فضای مطالعه در بیمارستان وجود دارد ولی مناسب با تعداد فرآگیر و هیئت علمی وجود دارد	کتابخانه و فضای مطالعه در بیمارستان وجود ندارد	و هیئت علمی نیست	کتابخانه و فضای مطالعه در بیمارستان وجود ندارد	

بیمارستان کتب مرجع و مجلات مورد نیاز و منابع به روز آموزشی را برای تمام بخش‌ها و رشته‌های مختلف تهیه می‌نماید و امکان جستجوی منابع واستفاده از کتابخانه الکترونیک و منابع ارائه‌دهنده متن کامل مقالات فراهم می‌باشد.

سنجه

بیمارستان، دسترسی به کتب مرجع تخصصی و مجلات علمی به روز و منابع آموزشی برای تمام بخش‌های آموزشی و رشته‌های مختلف درمانی فراهم نموده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مشاهده و مصاحبه با فرآگیران و اعضاء هیأت علمی					دسترسی به کتب مرجع ۱
مشاهده و مصاحبه با فرآگیران و اعضاء هیأت علمی					دسترسی به مجلات علمی مورد نیاز و به روز شده ۲
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	دسترسی به کتب مرجع و مجلات علمی به روز شده به شکل الکترونیک فراهم است.	دسترسی به کتب مرجع یا مجلات علمی فراهم می‌باشد	دسترسی به کتب مرجع و مجلات علمی به روز شده فراهم نمی‌باشد		

استاندارد	۵	۸
-----------	---	---

بیمارستان مجهر به سیستم اطلاعات بیمارستانی می‌باشد که امکان دسترسی طبقه‌بندی شده برای اهداف آموزشی و پژوهشی به آن فراهم بوده و استفاده می‌شود.

سنجه

بیمارستان، دارای سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش‌های مختلف داده‌های بالینی (Clinical Data) برای اهداف آموزشی و پژوهشی می‌باشد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳/۵	۴	۳			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مشاهده و مصاحبه	وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی با حداقل امکانات تعریف شده در سنجه				

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش‌های مختلف داده‌های بالینی برای اهداف آموزشی و پژوهشی وجود دارد.	سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش‌های مختلف داده‌های بالینی برای اهداف آموزشی و پژوهشی وجود دارد.	سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش‌های مختلف داده‌های بالینی برای اهداف آموزشی و پژوهشی وجود دارد.	

استاندارد ۵ ۹

پرسنل کافی خدمات آموزشی (کارشناسان آموزشی، منشی آموزشی، و ...) و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی در حال اجرا و تعداد فراغیران توسط بیمارستان تامین شده است.

سنجه

بیمارستان، متناسب با برنامه‌های آموزشی در حال اجرا، نیروی انسانی خدمات آموزشی و امکانات اداری برای پشتیبانی اجرای برنامه آموزشی را تامین نموده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	همیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مشاهده و مصاحبه با معاون آموزشی	تامین نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری				۱
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی و جواد دارد.	نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری کاملاً متناسب با برنامه‌های آموزشی برنامه‌های آموزشی وجود ندارد.	نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی وجود ندارد.		
*مطابق با ضوابط وزارت متبع					توضیحات

محور ۶

آموزش فراغیران در بخش‌های اورژانس و پاراکلینیک

۱	۶	استاندارد
---	---	-----------

در بخش‌های پاراکلینیک امکان دسترسی فراغیران به فایل‌های آموزشی مرتبط وجود دارد.

سنجه

در بیمارستان دستورالعمل اجرایی در زمینه امکان دسترسی به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک برای فراغیران با حفظ محترمانه بودن اسرار بیمار تدوین شده و اجرا می‌شود.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۵-۱)	توسعه‌ای	ضروری
۲/۵	۳	۲		کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملک ارزیابی			
بررسی مستندات	تدوین دستورالعمل اجرایی دسترسی فراغیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک			
مصطفحه با فراغیران	دسترسی فراغیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	(۲) دو	(۱) یک	(۰) صفر	
	دستورالعمل اجرایی دسترسی فراغیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک تدوین شده و اجرا می‌شود.	دستورالعمل اجرایی دسترسی فراغیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک تدوین نشده است.	دستورالعمل اجرایی دسترسی فراغیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک تدوین شده است.	

استاندارد ۶ | ۲

در آزمایشگاه بیمارستان با نقش تربیت فرآگیر، امکان همکاری با متخصصین علوم پایه مرتبط نظیر اینمولوژیست، باکتریولوژیست، انگلشناسی، علوم آزمایشگاهی، متخصص زنتیک پزشکی، متخصص بیوشیمی، هماتولوژی و بانک خون فراهم است.

سنجه

در بیمارستان به منظور تربیت فرآگیران در آزمایشگاه کلینیکال، از همکاری یکی از متخصصین علوم پایه مرتبط (نظیر اینمولوژیست، باکتریولوژیست، انگلشناس، بیوشیمی، زنتیک، هماتولوژیست و ..) استفاده می‌شود.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۳-۱)	اهمیت آموزشی (۵-۱)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	حضور و همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۰)	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	جهت همکاری متخصصین
	متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان در تربیت فرآگیران طبق برنامه مدون همکاری دارند.	جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فرآگیران برنامه مدون وجود دارد	جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فرآگیران برنامه ای وجود ندارد	جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فرآگیران برنامه ای وجود ندارد	جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فرآگیران برنامه ای وجود ندارد

در بخش مراقبت‌های دارویی امکانات و تجهیزات متناسب با فرآیندهای آموزشی وجود دارد.

سنجه

بیمارستان فرآیندهای آموزشی و امکانات و تجهیزات مربوط را برای اجرای آموزش‌های مرتبط با مراقبت‌های دارویی *تامین نموده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه			
	همیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری		
۳	۳	۳	ملک ارزیابی				
روش ارزیابی							
مشاهده و مصاحبه با مسئول بخش مراقبت‌های دارویی	وجود فرآیندهای آموزشی و امکانات و تجهیزات مربوط به بخش مراقبت‌های دارویی				۱		
امتیاز							
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	(۱)	صفر (۰)				
	امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی تا حدود ۵۰٪ وجود دارد	امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی به طور کامل وجود دارد	امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی وجود ندارد				
*بخش مراقبت‌های دارویی، بخشی است که به منظور انسجام بخشیدن به کلیه امور مربوط به خدمات دارویی (از فراهم‌آوری دارو تا برنامه‌ریزی مصرف دارو در بیمارستان)، آموزش فرآگیران و ارئه خدمات مشاوره‌ای دارویی به گروه‌های آموزشی و انجام فعالیت‌های پژوهشی در راستای تجویز منطقی دارو و تجهیزات ایجاد می‌گردد.	توضیحات						

استاندارد ۶ | ۴

فرآیندهای آموزشی و ارتباط آن با خدمات اورژانس (پذیرش، تحت نظر گرفتن، درمان و تعیین تکلیف بیماران) تعریف شده و توسط رئیس بخش و معاون آموزشی ناظارت می‌گردد.

سنجه

میانگین وزن سنجه		ضریب	سطح سنجه			
		اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳	۳			
روش ارزیابی		ملک ارزیابی				
مستندات		تدوین فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس				
مصاحبه با رئیس بخش اورژانس		ناظارت بر اجرای فرآیندها				
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	(۲)	دو	یک (۱)	صفر (۰)		
	فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین شده و تحت ناظارت معاون آموزشی اجرا می‌شود.	فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین شده است	بخش اورژانس تدوین نشده است	بخش اورژانس تدوین نشده است	فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین نشده است	
توضیحات		*فرآیندهای آموزشی فراگیر توسط رئیس بخش اورژانس تدوین شده و در اختیار معاون آموزشی قرار می‌گیرد.				

استاندارد ۶

۵

در بخش اورژانس یک عضو هیات علمی سرپرستی بخش را بر عهده دارد که در صورت وجود برنامه طب اورژانس، متخصص طب اورژانس خواهد بود.

سنجه

میانگین وزن سنجه		ضریب	سطح سنجه		
روش ارزیابی	مستندات	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۲	۳	۱	کاملاً ضروری		
ملاک ارزیابی					
وجود ابلاغ عضو هیات علمی سرپرست اورژانس					۱
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	(۱)	یک (۱)	صفر (۰)	
	سرپرست اورژانس هیات علمی متخصص طب اورژانس می‌باشد.	سرپرست اورژانس هیات علمی می‌باشد.	سرپرست اورژانس هیات علمی نمی‌باشد.	سرپرست اورژانس هیات علمی نمی‌باشد.	

محور ۷

برنامه‌ها و فرآیندهای آموزشی

استاندارد ۱ ۷

کنفرانس‌های علمی با مشارکت گروه‌های آموزشی برگزار می‌گردد.

سنجه

مستندات برگزاری کنفرانس‌های علمی با همکاری گروه‌های آموزشی در بیمارستان موجود است.				
میانگین وزن سنجه	ضریب	سطح سنجه		
۲/۵	۳	۲	توسعه‌ای	ضروری
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	تدوین تقویم دوره‌ای کنفرانس‌های علمی با مشارکت گروه‌های آموزشی			۱
صاحبه با روسای بخش‌ها و معاونت آموزشی	برگزاری کنفرانس‌های علمی با همکاری گروه‌های آموزشی			۲
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	برنامه برگزاری کنفرانس‌های علمی موجود است و لی به علمی موجود است و بطور منظم برگزار می‌گردد.	برنامه برگزاری کنفرانس‌های علمی موجود است ولی به طور منظم برگزار نمی‌شود	برنامه برگزاری کنفرانس‌های علمی موجود است .	

استاندارد ۷ | ۲

تعداد بیمارانی که توسط هر فراغیر در عرصه‌های درمانگاه و بستری مورد مراقبت قرار می‌گیرند و تعداد بیماران پذیرش شده در هر شیفت به تعداد دانشجو کافی بوده و سازوکارهای لازم برای آموزش دانشجویان پیش‌بینی شده است.

سنجه

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	تسویه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۳	۴	۲				
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی					
مستندات و مصاحبه با روسای بخش‌های بالینی و معاونت آموزشی	برنامه آموزشی فراغیران با توجه به تعداد بیماران پذیرش شده در درمانگاه و بخش‌های بستری ۱					
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)			
	بیمارستان برای آموزش فراغیران متناوب با تعداد بیماران بستری و درمانگاه برنامه دارد	بیمارستان برای آموزش فراغیران برنامه دارد	بیمارستان برنامه برای آموزش فراغیران متناوب با تعداد بیماران بستری و درمانگاه برنامه دارد			

استاندارد ۷ | ۳

در راستای اجرای برنامه آموزشی ضرورت دارد بیمارستان در بخش‌های آموزشی در خصوص آموزش استدلال بالینی، اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار برنامه‌ریزی و اقدام نماید.

سنجه ۱

در محتوای برنامه آموزشی فراگیران، موضوعات در خصوص آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار گنجانده و اجرا شده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۵)	اهمیت آموزشی (۱-۳)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲				
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی					
مستندات و مصاحبه با معاون بیمار در برنامه آموزشی فراگیران	وجود محتواهای آموزشی در خصوص آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و آموزشی و رئیس بخش					
مصاحبه با هیات علمی و فراغیر	آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار					
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)			
	برنامه آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در محتواهای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد ولی بصورت کامل اجرا نمی‌گردد.	برنامه آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در محتواهای برنامه آموزشی فراگیران وجود ندارد.				

در محتوای برنامه آموزشی فراگیران، موضوعات در خصوص آموزش استدلال بالینی گنجانده و اجرا شده است.								
میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه				
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری			
	۴	۵						
روش ارزیابی	ملک ارزیابی							
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی و رئیس بخش	وجود محتواهای آموزشی در خصوص آموزش استدلال بالینی در برنامه آموزشی فراگیران							
مصاحبه با هیأت علمی و فراگیر	آموزش استدلال بالینی							
امتیاز								
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)					
	برنامه آموزش استدلال بالینی در محتوای برنامه آموزشی فراگیران، آموزش استدلال بالینی وجود ندارد.	برنامه آموزش استدلال بالینی در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد ولی بصورت کامل اجرا نمی‌گردد.	در محتوای برنامه آموزشی فراگیران، آموزش استدلال بالینی وجود ندارد.					

استاندارد	۷	۴
-----------	---	---

راندهای آموزش بالینی و مواردی از جمله گزارش صبحگاهی، ژورنال کلب، آموزش درمانگاهی و آموزش مهارت‌های بالینی بطور منظم اجرا شده و فرآگیران و دستیاران در آن شرکت می‌کنند.

سنجه

فعالیتهای آموزشی فرآگیران، شامل راندهای آموزش بالینی، گزارش صبحگاهی، ژورنال کلب، آموزش مهارت بالینی طبق برنامه زمانبندی بخش‌ها، بطور منظم برگزار می‌گردد.

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	ضریب	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۵	۲				
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی					
مستندات	تدوین برنامه زمانبندی شده آموزش در setting های مختلف آموزشی					
اصحابه با هیات علمی و فرآگیر	اجرای برنامه آموزش فرآگیران در setting های مختلف آموزشی طبق برنامه زمانبندی شده					
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	(۲) دو	(۱) یک	(۰) صفر			
	برنامه مدون برای فعالیتهای آموزشی ذکر شده در سنجه برای فرآگیران وجود ندارد	برنامه مدون برای فعالیتهای آموزشی ذکر شده در سنجه برای فرآگیران وجود ندارد	برنامه مدون برای فعالیتهای آموزشی ذکر شده در سنجه برای فرآگیران وجود ندارد			
	آموزشی ذکر شده در سنجه برای فرآگیران وجود دارد ولی بصورت نامنظم اجرا می‌شود.	آموزشی ذکر شده در سنجه برای فرآگیران وجود دارد ولی بصورت نامنظم اجرا می‌شود.	آموزشی ذکر شده در سنجه برای فرآگیران وجود دارد ولی بصورت نامنظم اجرا می‌شود.			

استاندارد ۷ | ۵

بیمارستان با محوریت اعضاء هیات علمی درخصوص آموزش مدارک پزشکی نوشتاری (شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، پرونده‌های درمانگاهی) مطابق با اهداف برنامه‌های آموزشی و پژوهشی و ارائه خدمات به فراغیران اطمینان پیدا می‌کند.

سنجه

میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه	
	دستیابی (۱-۵)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
تدوین برنامه‌ای برای آموزش مدارک نوشتاری (شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، مستندات و مصاحبه با روسای پرونده‌های درمانگاهی) با محوریت اعضاء هیات علمی در برنامه آموزشی بخش‌ها	۱				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
بیمارستان هایی که فراغیران مجاز به تکمیل پرونده بیماران نمی‌باشد.؟؟	بیمارستان برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری در برنامه آموزشی تمام بخش‌ها برنامه دارد و هیات علمی بر آن نظارت دارد	بیمارستان برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری در برنامه آموزشی بخش‌ها برنامه دارد	بیمارستان برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری در برنامه آموزشی بخش‌ها برنامه دارد		

استاندارد ۶ ۷

مدارک پزشکی نوشتاری تکمیل شده توسط فراغیران کامل و مطابق با آموزش‌های داده شده می‌باشد.

۱ سنجه

مستندسازی پرونده بیماران ، بطور کامل * توسط فراغیران انجام می‌شود.										
میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه						
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توضیعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری					
۳	۴	۲	ملک ارزیابی							
روش ارزیابی					تکمیل پرونده بیماران (بستری و درمانگاهی) بصورت کامل توسط فراغیران					
مستندات					۱					
امتیاز										
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)		صفر (۰)						
بیمارستان‌هایی که تمام پرونده‌های بررسی شده ، بطور کامل توسط فراغیران تکمیل شده است.	حداقل ۷۰٪ پرونده‌های بررسی شده ، بصورت کامل توسط فراغیران تکمیل شده است.	کمتر از ۷۰٪ پرونده‌های بررسی شده ، بصورت کامل توسط فراغیران تکمیل شده است.		کمتر از ۷۰٪ پرونده‌های بررسی شده ، بصورت کامل توسط فراغیران تکمیل شده است.						
پرونده بیماران نمی‌باشد.؟؟										
توضیحات						*منتظر از کامل بودن، پر کردن تمام موارد ذکر شده در برگه‌های استاندارد پرونده‌های بیماران است.				

۲ سنجه

مستندسازی پرونده بیماران از کیفیت کافی و قانونی * برخوردار است.						
میانگین وزن سنجه	ضریب			سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توضیعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۳	۴	۲	ملک ارزیابی			
روش ارزیابی					تکمیل پرونده بیماران (بستری و درمانگاهی) با کیفیت کافی توسط فراغیران	
مستندات					۱	

امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
بیمارستان هایی که فرآگیران مجاز به تکمیل بیماران پرونده نمی باشند.	در حدود ۷۰٪ موارد بررسی شده، مستندات پرونده ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.	حداقل در ۶۰٪ موارد بررسی شده، مستندات پرونده ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.	در کمتر از ۶۰٪ پرونده های بررسی شده ، مستندات پرونده ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.
*منظور از کیفیت کافی و قانونی عبارت است از: ۱- خوانا بودن ۲- بدون خط خوردگی، با خودکار آبی یامشکی ۳- رعایت الزامات اولیه ۴- ذکر تاریخ/ساعت ۵- مهر و امضای فرد مجاز (طبق دستورالعمل ابلاغ شده وزارت متبع) ۶- کامل بودن سربرگ			توضیحات

استفاده دارد	۷	۷
بیمارستان برنامه مشخصی برای استقرار مهارت بالینی، مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد را در نظر گرفته است.		

سنجه						
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه			
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۳/۵	۴	۳	ملک ارزیابی			
روش ارزیابی						
مستندات و مصاحبه با روسای بخش ها و معاون آموزشی	وجود برنامه ترویج و توسعه آموزش مبتنی بر شواهد					۱
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)			
	در تمامی بخش های آموزشی برنامه مهارت آموزی مبتنی بر شواهد جهت فرآگیران در حداقل شواهد جهت فرآگیران در بخش های آموزشی وجود ندارد.	برنامه مهارت آموزی مبتنی بر شواهد جهت فرآگیران در بخش های آموزشی وجود ندارد.				
*منظور، برنامه ریزی آموزش مبتنی بر شواهد در کارگاه های توانمندسازی اعضاء هیات علمی، راندهای بخش ها،			توضیحات			

کنفرانس‌های بیمارستانی، گزارش صبحگاهی می‌باشد.

برنامه‌های بیمارستان برای ارتقاء کیفی و کمی آموزش، مکتوب و آماده ارائه است.

سنجه

تیم مدیریت آموزش بیمارستان، برنامه‌های ارتقاء کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی را پایش و نتایج آن را تحلیل می‌نماید.						
میانگین وزن سنجه	ضریب	سطح سنجه				
		دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۴	۵	۳				
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی					
مستندات	تدوین برنامه‌های ارتقاء کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی و شاخص‌های مربوط توسط					۱
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	پایش شاخص‌ها و انجام اقدامات اصلاحی مربوط					۲

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
مستندات پایش برنامه‌های ارتقاء کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی یا سوابق/صوتجلسات تحلیل تیم مدیریت آموزشی موجود نیست.	مستندات پایش برنامه‌های ارتقاء کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی و سوابق/صوتجلسات تحلیل تیم مدیریت آموزش وجود دارد.	مستندات پایش برنامه‌های ارتقاء کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی و سوابق/صوتجلسات تحلیل تیم مدیریت آموزش وجود دارد.	

بیمارستان روش اجرایی مدون برای مشارکت فراغیران در آموزش بیماران دارد.

سنجه

در برنامه‌های آموزشی بخش‌های بالینی، روش اجرایی مشخص برای مشارکت فراغیران در آموزش بیماران وجود دارد و اجرا می‌شود.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات و مصاحبه با بیمار	تدوین روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراغیران در کلیه بخش‌های آموزشی بالینی و اجرای آن			۱	
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراغیر وجود دارد و در تمام بخش‌ها اجرا می‌شود.	روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراغیر وجود دارد و در بعضی از بخش‌ها اجرا می‌شود.	روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراغیر وجود ندارد.		

برنامه‌های مشخصی برای برگزاری جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی بین گروه‌ها و اعضاء هیات علمی پایه و بالینی در بیمارستان وجود دارد.

سنجه

در بیمارستان جلسه‌های آموزشی و پژوهشی مشترک بین گروه‌های بالینی و علوم پایه برگزار می‌گردد.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	برگزاری جلسات مشترک آموزشی پژوهشی بین اعضاء هیات علمی پایه و بالینی				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۲)	(۱)	صفر (۰)		
	برنامه مدون برای برگزاری جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی بین اعضای هیأت علمی پایه و بالینی وجود دارد.	برنامه مدون برای برگزاری جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی بین اعضای هیأت علمی پایه و بالینی وجود ندارد			
	آن موجود است.	دارد			

محور ۸

رعایت حقوق بیمار در فرآیندهای آموزشی

استاندارد ۱ ۸

در تمام فرآیندهای آموزشی رعایت حقوق گیرندگان خدمت تضمین می‌گردد.

سنجه

بیمارستان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت به فراغیران، آموزش داده و در تمامی فرآیندهای آموزشی بر این امر تأکید شده است.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات و مصاحبه با فراغیران	ارائه آموزش‌های لازم به فراغیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت				
مشاهده و مصاحبه با بیماران	رعایت حقوق گیرندگان خدمت در فرآیندهای آموزشی بیمارستان				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۲)	(۱)	(۰)	صفر (۰)	
	به فراغیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده شده و معاون آموزشی یا تیم مدیریت آموزش بر آن نظارت دارد.	به فراغیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده شده است.	به فراغیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده نشده است.	به فراغیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده نشده است.	

بررسی خطاها و مسائل مربوط به اخلاق حرفه‌ای و پزشکی فرآگیران توسط برنامه مدون و مشخص انجام می‌شود و روش‌های مشخصی برای پیشگیری از تکرار آنها پیش‌بینی شده است.

سنجه

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	تدوین فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فرآگیران				۱
صاحبه با معاون آموزشی	اجرا فرآیند				۲
صاحبه با معاون آموزشی و فرآگیران	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از خطای فرآگیران				۳
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۰)	(۱)	(۲)	دو	غیر قابل ارزیابی
	فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فرآگیران تدوین شده و به صورت کامل اجرا می‌شود و برنامه‌های برای پیشگیری از تکرار خطاهای وجود دارد	فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فرآگیران تدوین شده ولی به صورت کامل اجرا نمی‌شود.	فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فرآگیران تدوین نشده است		

استاندارد ۸

بیمارستان از اطلاع‌رسانی مبنی بر آموزشی بودن بیمارستان و حضور فرآگیران در تمام مراحل تشخیصی درمانی به بیمار اطمینان حاصل می‌نماید.

سنجه

به بیماران در بد و ورود، در خصوص آموزشی بودن بیمارستان و اینکه دانشجویان در تمام فرآیند تشخیص و درمان بیمار و مراجعات بعدی نقش دارند، اطلاع‌رسانی می‌گردد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۱	۱	۱			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مصاحبه با بیماران	اطلاع‌رسانی به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان و حضور فرآگیران				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان اطلاع‌رسانی می‌شود و بیماران از نقش دانشجویان در فرآیند تشخیص و درمان بیمار و مراجعات بعدی آگاهی دارند.	به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان اطلاع‌رسانی نمی‌شود.			

در بیمارستان آموزشی، فرآیندهای آموزشی ارائه خدمات به بیماران بدحال را تحت تاثیر قرار نمی‌دهد.

سنجه

میانگین وزن سنجه	ضریب	سطح سنجه			
		دستیابی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	تدوین دستورالعمل مربوطه در خصوص اولویت‌بندی مراقبت از بیماران بدحال				
مصاحبه با روسای بخش	اجرای دستورالعمل				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۲)	(۱)	صفر (۰)		
	دستورالعمل اولویت‌بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین شده و در تمام بخش‌ها رعایت می‌شود.	دستورالعمل اولویت‌بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین نشده است.			

به منظور اطمینان از کیفیت خدمات آموزشی ارائه شده در بیمارستان‌های آموزشی در شیفت‌های عصر و شب، پزشکان مقیم (بخصوص در رشته‌های اورژانس‌های بیشتر و حساس‌تری دارند) که ارتباط آموزشی و درمانی تعریف شده‌ای با بیمارستان دارند تحت برنامه تعیین شده توسط رئیس بخش مربوطه و یا سرپرستی وی فعالیت دارند. ارتباط آموزشی و درمانی دستیاران و کارورزان با آنها نیز شفاف و تعریف شده است.

سنجه

در بیمارستان دستورالعمل مشخصی جهت تعیین نحوه ارتباط متقابل آموزشی و درمانی دستیاران و کارورزان با پزشک مقیم شیفت‌های عصر و شب و ایام تعطیل (که عضو هیات علمی نیستند) به صورت شفاف تدوین شده و اجرا می‌گردد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲	۲	۲			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	تدوین دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فرآگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل				
مصاحبه با فرآگیران و پزشکان مقیم	اجرای دستورالعمل فوق				

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فرآگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین شده و اجرا می‌شود.	دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فرآگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین نشده است.	دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فرآگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین نشده است.

استاندارد ۸

در بیمارستان‌های آموزشی، فرآیند خدمات درمانی که توسط فراغیران ارائه می‌شود تحت نظر مستقیم اعضاء هیات علمی و با واگذاری تدریجی مسئولیت به تناسب پیچیدگی خدمات و مهارت‌های مورد نیاز انجام گرفته و مستندات آن موجود است.

سنجه

در بیمارستان دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هیات علمی بر فعالیت درمانی فراغیران تدوین شده است.						
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه			
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۳/۵	۵	۲	ملک ارزیابی			
روش ارزیابی	تدوین دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هیات علمی بر فعالیت درمانی فراغیران				۱	
مستندات	اصحابه با فراغیران و اعضاء هیات علمی				۲	
مصاحبه با فراغیران و اعضاء هیات علمی	اجرای دستورالعمل فوق					
امتیاز						
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)			
بیمارستان‌هایی که دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هیات علمی بر فعالیت درمانی فراغیران تدوین شده و اجرا می‌شود.	دستیار یا کارورز	دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هیات علمی بر فعالیت درمانی فراغیران تدوین شده است.	دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هیات علمی بر فعالیت درمانی فراغیران تدوین نشده است.			

محور ۹

بیمارستان‌های آموزشی به عنوان عرصه پژوهش‌های بالینی

استاندارد ۹ | ۱

بیمارستان معاون پژوهشی/آموزشی دارد. معاون پژوهشی بر فعالیت‌های پژوهشی بیمارستان نظارت دارد

سنجه					
در ساختار بیمارستان، معاون پژوهشی، مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی نیز می‌باشد.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	ابلاغ معاون پژوهشی				
مستندات	انتصاب معاون پژوهشی به عنوان مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۲)	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
بیمارستان زیر ۲۰۰ تخت	در ساختار بیمارستان معاونت	در ساختار بیمارستان معاونت	پژوهشی/آموزشی وجود دارد.	در ساختار بیمارستان معاونت	پژوهشی/آموزشی وجود ندارد
	پژوهشی/آموزشی وجود دارد.	پژوهشی/آموزشی وجود دارد.			
	بر فعالیت‌های پژوهشی بیمارستان نظارت دارد				

در سند استراتژیک بیمارستان اهداف پژوهشی بیمارستان تدوین شده است و برنامه‌های پژوهشی در بیمارستان برای فوائل زمانی مناسب استقرار یافته است.

سنجه

میانگین وزن سنجه		ضریب		سطح سنجه	
		اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۲		۳	۱		ضروری
روش ارزیابی					ملک ارزیابی
مستندات					تدوین اهداف پژوهشی در برنامه استراتژیک بیمارستان ۱
مصاحبه با معاون پژوهشی					اجرای برنامه‌های پژوهشی در بیمارستان ۲
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	(۲) دو	(۱) یک	(۰) صفر		
	در برنامه استراتژیک بیمارستان	در برنامه استراتژیک بیمارستان	در برنامه استراتژیک بیمارستان	اهداف پژوهشی پیش‌بینی شده اهداف پژوهشی پیش‌بینی شده است.	
	اهداف پژوهشی پیش‌بینی شده و برنامه پژوهشی اجرا می‌شود.			اهداف پژوهشی پیش‌بینی شده است.	

بیمارستان دارای واحد توسعه تحقیقات بالینی است که سرپرستی آن را متخصص اپیدمیولوژی و یا پزشکی اجتماعی عهده دارد و کارشناسان پژوهش و پژوهشیاران آموزش یافته زیر نظر مسئول واحد مربوطه بر اساس دستورالعمل ابلاغ شده، هدایت پژوهش را بر عهده دارند.

سنجه

در بیمارستان واحد توسعه تحقیقات بالینی طبق دستورالعمل ابلاغ شده و با بکارگیری متخصص اپیدمیولوژی و یا پزشکی اجتماعی و کارشناسان پژوهش و پژوهشیاران ، هدایت پژوهش را بر عهده دارد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه				
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری		
۳	۳	۳					
روش ارزیابی	ملأک ارزیابی						
مستندات	وجود واحد توسعه تحقیقات بالینی و ابلاغ یا قرار داد پرسنل واحد توسعه تحقیقات بالینی				۱		
صاحبه با معاون پژوهشی	هدایت پژوهش				۲		
امتیاز							
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)				
	در ساختار سازمانی واحد توسعه تحقیقات بالینی با سرپرستی اپیدمیولوژیست یا پزشکی اجتماعی وجود دارد و هدایت پژوهش را به عهده دارد	در ساختار سازمانی واحد توسعه تحقیقات بالینی وجود دارد	در ساختار سازمانی واحد توسعه تحقیقات بالینی وجود ندارد.				

از شواهد علمی و نتایج پژوهش‌های بالینی برای تصمیم‌گیری در ارتقاء مراقبت‌های بالینی و سیستم ارائه خدمات بیمارستان‌ها استفاده می‌گردد.

سنجه

بیمارستان فرآیند شناسایی مشکلات، اولویت‌بندی و ارائه به معاون پژوهشی** را تعیین نموده و اجرا می‌کند.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۳	۳			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	تدوین فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان			۱	
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین شده و براساس آن تحقیقات مرتبط انجام می‌شود.	فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین نشده است.	فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین شده است.		
<p>*مشکلاتی که انجام پژوهش می‌تواند کمک قابل توجهی در رفع آنها داشته باشد اعم از مشکلات سازمانی و بالینی</p> <p>**این مشکلات توسط بخش‌های بالینی، دفتر پرستاری، واحد بپروردگاری، کمیته‌های بیمارستانی در شورای پژوهشی مطرح و پس از بررسی و اولویت‌بندی جهت اجرا به واحد توسعه تحقیقات بالینی یا معاون پژوهشی ارجاع می‌شود.</p>					
توضیحات					

بیمارستان سازوکار مناسب جهت ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده در مجلات معتبر داخلی و خارجی از اعضاء هیات علمی و فراغیران در حال آموزش دارد.

سنجه

دفتر توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان برنامه‌هایی جهت ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده در مجلات معتبر داخلی و خارجی از اعضاء هیات علمی و فراغیران در حال آموزش دارد و اجرا می‌نماید.

میانگین وزن سنجه	ضریب	سطح سنجه		
		دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۳	۳	۳		
روش ارزیابی	ملک ارزیابی			
مستندات	تدوین برنامه ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضاء هیات علمی و فراغیران در بیمارستان			
اصحابه با معاون پژوهشی و اعضاء هیات علمی	اجرای برنامه تدوین شده برای ارتقاء مقالات			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	(۲) دو	(۱) یک	صفر (۰)	
	تعداد مقالات منتشر شده توسط اعضای هیئت علمی و سایر پرسنل بیمارستان رشد سالانه دارد.	بیمارستان برای ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضاء هیات علمی و فراغیران برنامه دارد.	بیمارستان برنامه‌ای برای ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضاء هیات علمی و فراغیران ندارد.	

تمام طرح‌های تحقیقاتی در حال اجرا در بیمارستان، بر اساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوبات لازم را از کمیته اخلاق دارای صلاحیت کسب نموده است.

سنجه

طرح‌های تحقیقاتی بیمارستان بر اساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کمیته اخلاق بیمارستان *مطروح و تایید می‌گردد.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملک ارزیابی				
مستندات	بررسی طرح‌های تحقیقاتی در کمیته اخلاق بیمارستان				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	مستندات تایید کمیته اخلاق برای همه طرح‌ها وجود دارد.	مستندات تایید کمیته اخلاق برای برخی طرح‌های واجد شرایط وجود دارد	مستندات تایید کمیته اخلاق وجود ندارد.		
*تایید کمیته اخلاق در پژوهش بیمارستان یا دانشگاه برای طرح‌های تحقیقاتی مورد قبول است.		توضیحات			

راهنمای خودارزیابی در اعتباربخشی آموزشی

مأموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران

طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

راهنمای خودارزیابی در اعتباربخشی آموزشی

هدف از تدوین این راهنمای ارائه‌ی اطلاعات مورد نیاز درخصوص مراحل و شرایط انجام خودارزیابی برای متقاضیان اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی است.

مفهوم اعتباربخشی

اعتباربخشی عبارت است از اعطای مجوز یا تأیید صلاحیت یک واحد آموزشی که بر اساس قضاوت خبرگان حوزه مربوطه، ضوابط از پیش تعیین شده را رعایت کرده باشد.

اعتباربخشی دارای دو هدف عمده است:

۱. بهبود کیفیت برنامه آموزشی

۲. تعیین میزان تبعیت از استانداردهای مصوب ملی

اعتباربخشی به عنوان یک سیستم ارزشیابی سازمانی^۴ دارای **عناصر اصلی** زیر میباشد:

(۱) سازمان متولی انجام اعتباربخشی آموزشی

(۲) استانداردها و ابزارهای مدون اعتباربخشی آموزشی

(۳) برنامه‌ی زمانی از قبل تعیین شده برای انجام ارزشیابی

(۴) استفاده از نظرات خبرگان به منظور قضاوت در مورد کیفیت برنامه مورد ارزشیابی

(۵) تأثیر نتایج حاصل از ارزشیابی بر وضعیت برنامه مورد ارزشیابی

با جمع بندی موارد فوق می‌توان گفت: اعتباربخشی فراینده‌ی است که در جریان آن، یک سازمان مشخص با استفاده از نظر مجموعه‌ای از خبرگان یک حوزه تخصصی، بر اساس استانداردهای مدون و از پیش تعیین شده، نسبت به انجام ارزشیابی‌های ادواری منظم واحدهای آموزشی در حوزه مورد نظر اقدام نموده و در مورد اعطای صلاحیت آموزشی به آنها تصمیم‌گیری می‌نماید.

⁴ evaluation Orginazation

استانداردهای اعتباربخشی

مهتمرین و اساسی ترین هدف اعتباربخشی، دستیابی دانشگاهها به سطوحی از استانداردهای وضع شده و رسمی است. در نسخه حاضر، ۹ محور (حیطه)، ۶۶ استاندارد و ۷۱ سنجه (شامل ۳۶ سنجه کاملاً ضروری، ۲۵ سنجه ضروری و ۱۰ سنجه توسعه‌ای) وجود دارد.

خلاصه فرآیند اعتباربخشی

در راستای اجرای فرایند اعتباربخشی آموزشی پس از ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی آموزشی به کلیه دانشگاهها/ دانشکده‌های علوم پزشکی کشور اقدامات ذیل باید انجام گردد:

مکاتبه دیرخانه اعتباربخشی با دانشگاهها/ دانشکده‌های علوم پزشکی جهت معرفی مراکز آموزشی درمانی که حائز شرایط می‌باشند



اعلام آمادگی دانشگاهها/ دانشکده‌های علوم پزشکی جهت انجام فرایند اعتباربخشی آموزشی



خود ارزیابی و بارگذاری مستندات در سامانه اعتباربخشی آموزشی



بازدید میدانی تیم ارزیاب بیرونی از مراکز آموزشی درمانی



گزارش سرپرست تیم ارزیاب بیرونی به دیرخانه اعتباربخشی



محاسبه امتیازات و اعلام نتایج به شورای گسترش وزارت



اعلام نتایج نهایی اعتباربخشی توسط معاونت آموزشی

وزارت به دانشگاهها

گامهای اعتباربخشی

گام‌های اعتباربخشی را می‌توان در ۴ مرحله کلی شامل مرحله مقدماتی، خود ارزیابی، بازدید بیرونی و تصمیم‌گیری به شرح ذیل خلاصه نمود:



مرحله مقدماتی اعتباربخشی آموزشی درمانی:

- تعیین برنامه زمان بندی اعتباربخشی (شامل خود ارزیابی و بازدید بیرونی) توسط دبیرخانه اعتباربخشی
- کمیته اعتباربخشی دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی می باشد مراکز حائز شرایط خود را به کمیته اعتباربخشی کلان منطقه مربوطه اعلام و نماینده هر کلان منطقه پس از بررسی های لازم لیست نهایی مراکز آموزشی درمانی را جهت انجام اعتباربخشی به دبیرخانه اعتباربخشی اعلام خواهد نمود.
- مراکزی مورد اعتباربخشی آموزشی قرار می گیرند که در اعتباربخشی درمانی موفق به کسب رتبه ممتاز یا يك شده باشند.
- ارسال استانداردهای مصوب، راهنمای انجام خودارزیابی، راهنمای بازدید بیرونی توسط دبیرخانه اعتباربخشی
- تعیین تیم بازدید بیرونی، تعیین سرپرست و دبیر تیم توسط **کمیته تخصصی اعتباربخشی** و با هماهنگی دبیرخانه اعتباربخشی

مرحله انجام خودارزیابی اعتباربخشی آموزشی:

خودارزیابی عبارت است از ارزشیابی که توسط دست اندکاران آن و بر اساس استانداردهای ملی مصوب انجام می شود. این ارزشیابی در برگیرنده ارزیابی کمی و کیفی از نقاط قوت و محدودیتها بوده که هدف آن اصلاح و بهبود می باشد. خودارزیابی به عنوان مهمترین مرحله فرآیند اعتباربخشی، از اهمیت خاصی برخوردار

است و به منظور بررسی میزان تحقق استانداردهای از پیش تعیین شده توسط دست اندرکاران و مجریان برنامه انجام می شود.

فرایند انجام خودارزیابی:

خودارزیابی مستلزم تلاش دسته جمعی تمامی مدیران، اعضای هیأت علمی، کارکنان و دانشجویان ذینفع برنامه است . به منظور انجام خودارزیابی، گامهای زیر باید در هر دانشگاه طی گردد:

۱. دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی می بایست جهت اجرای هر چه بهتر اعتبار بخشی آموزشی کمیته

اعتبار بخشی درون دانشگاهی تشکیل دهند

۲. کمیته اعتباربخشی دانشگاهی به منظور هدایت کلیه فعالیت های مرتبط با خودارزیابی در مرکز مطالعات و

توسعه آموزش پزشکی تشکیل می شود

۳. ترکیب اعضای کمیته اعتباربخشی دانشگاهی:

معاون آموزشی دانشگاه

مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش

رئیس دانشکده پزشکی

معاون آموزشی عمومی و تخصصی دانشکده

مدیر دفتر توسعه آموزش پزشکی دانشکده

مسئول بسته اعتباربخشی

روسا یا معاونین آموزشی مراکز آموزشی درمانی

مدیران دفاتر توسعه آموزش علوم پزشکی مراکز آموزشی

۳ نفر از اعضای هیأت علمی بالینی

یک نفر کارشناس اعتباربخشی

۴. ابلاغ اعضای کمیته اعتباربخشی توسط معاون آموزشی دانشگاه تهیه و امضاء می گردد.
۵. کمیته خودارزیابی به منظور هدایت و نظارت کلیه فعالیت‌های مرتبط با اعتباربخشی، باید دارای یک دبیر باشد.

۶. شرح وظایف کمیته اعتباربخشی دانشگاه:

(۱) برگزاری جلسات منظم با معاونین آموزشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه جهت تشریح استانداردهای ابلاغی

(۲) نظارت بر حسن اجرای بارگذاری مستندات در سامانه

(۳) برگزاری کارگاههای آموزشی مرتبط با اعتباربخشی جهت متولیان امر

(۴) انجام خودارزیابی

(۵) انجام مکاتبات لازم جهت امدادگی ارزیابی بیرونی با دبیرخانه اعتباربخشی

۷. هماهنگ کننده اعتباربخشی :

هماهنگ کننده اعتباربخشی فردی است که رابط بین واحد اعتباربخشی دبیرخانه شورای آموزشی برنامه مرتبط، دبیر تیم بازدید بیرونی و گروه و دانشکده است. مسئولیت هماهنگی کلیه امور اجرایی مربوط به بازدید بیرونی به عهده هماهنگ کننده اعتباربخشی است.

۸. دریافت نام کاربری و رمز عبور جهت بارگذاری مستندات در سامانه اعتباربخشی
۹. جمع آوری مستندات و بارگذاری آنها در سامانه اعتباربخشی در بازه زمانی اعلام شده
۱۰. تامین اعتبار مالی لازم برای تمام فرآیند (از آموزش تا خودارزیابی و بازدید بیرونی) بر عهده دانشگاه متقارضی اعتباربخشی است

راهنمای ارزیابی بیرونی در اعتباربخشی آموزشی

مأموریت ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران

طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

راهنمای ارزیابی بیرونی در اعتباربخشی آموزشی (در حال تکمیل می باشد)

ارزیابان اعتباربخشی

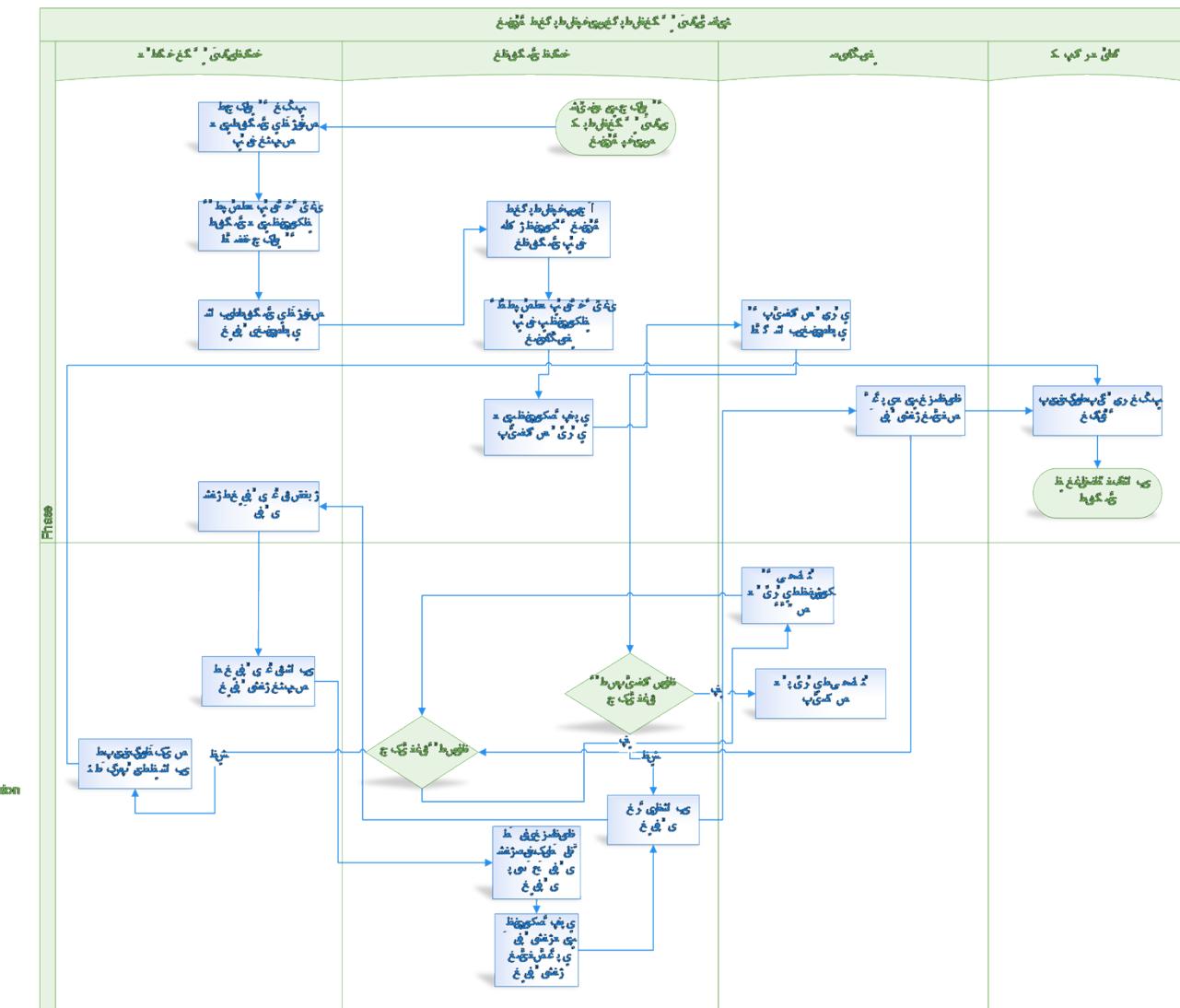
آموزش و توانمندسازی ارزیابان اعتباربخشی نقش بسزایی در دستیابی به اهداف اعتباربخشی دارد. اگر بهترین استانداردها و مناسبترین روش اعتباربخشی هم داشته باشیم ولیکن ارزیابان اعتباربخشی از دانش و مهارت لازم برخوردار نباشند، نتیجه‌ای حاصل نخواهد شد. ارزیابان باید هم از نظر فنی Technical و هم از نظر رفتاری Functional آموزش‌های لازم را دریافت دارند. بنابراین، آموزش‌های لازم در زمینه‌های درک و تفسیر استانداردها (دانش در زمینه استانداردها)، فرایند ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد، بهبود مستمر کیفیت، مهارت‌های ارتباطی، تکنیک‌های مشاوره، شیوه‌های مصاحبه، مهارت‌های مشاهده، ممیزی و بررسی مستندات، فنون گزارش نویسی، اصول اخلاقی ارزیابان، کار تیمی و کار گروهی و تعامل در تیم و کار با سامانه الکترونیک اعتباربخشی ضروری است.

فرایند ارزیابی علم و هنر است. بنابراین، در انتخاب ارزیابان باید دقیق کافی به عمل آورد. انتخاب ارزیابان باید بر اساس شرح وظایف و شرایط احراز مربوطه صورت گیرد. ارزیاب باید به طور عملی در حوزه مربوطه از تجربه کافی برخوردار باشد. حداقل سال تجربه کاری و سال تجربه مدیریتی برای انتخاب ارزیاب ضروری است. تجربه کاری به ارزیاب کمک می‌کند که بتواند ارتباط بهتری با ارزیابی شونده برقرار سازد و اعتماد به نفس بالایی داشته باشد.

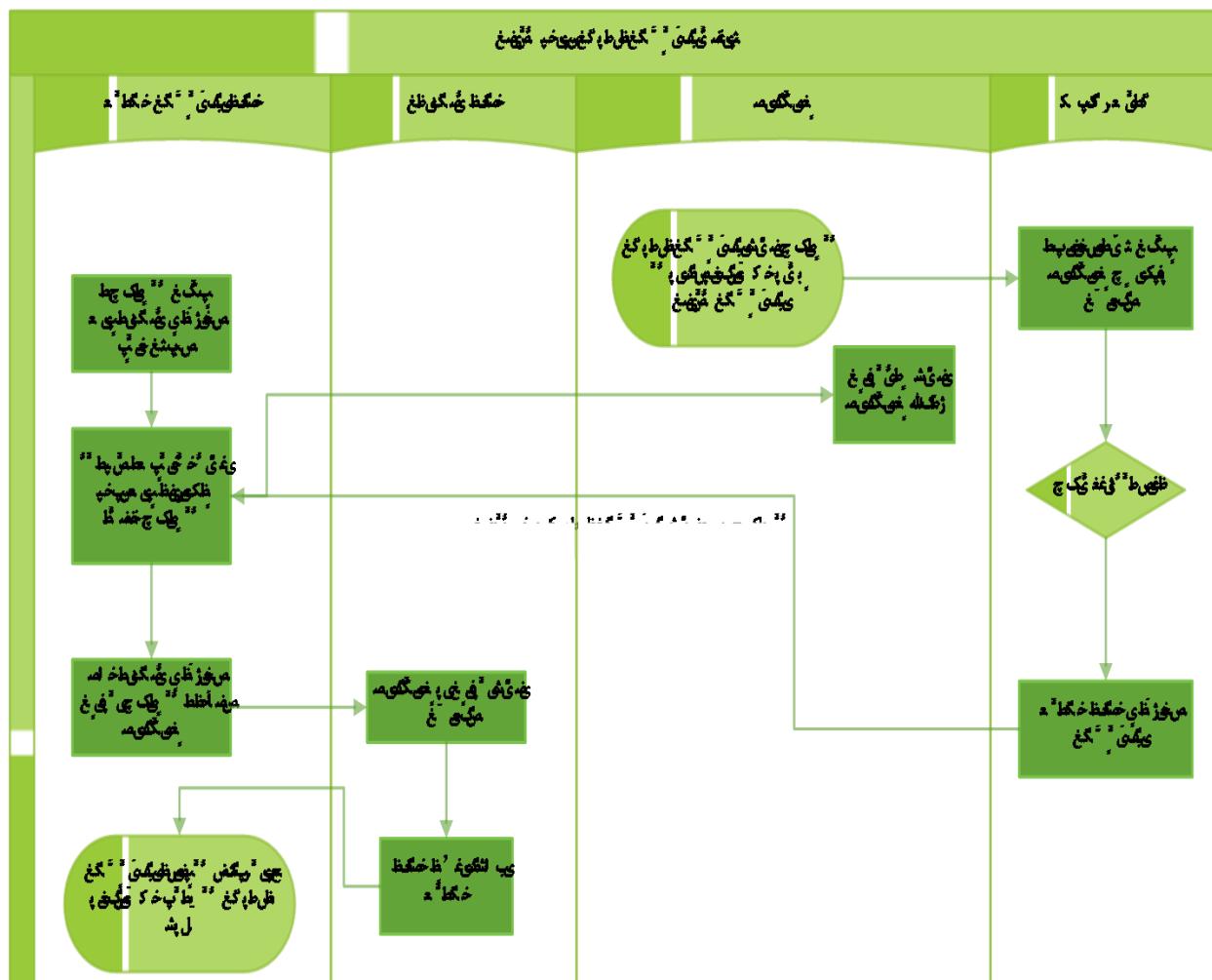
ترکیب و تعداد تیم ارزیابی اعتباربخشی نیز باید هماهنگ باباشد. در کشور ما تیمی شاملتا

نفر این مسئولیت را بر عهده دارند.

فرایند اعتباربخشی آموزشی و درمانی



فرایند اعتباربخشی آموزشی مراکز درمانی



فرايند تجديدنظر خواهی

