



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش علوم پزشکی

معاونت آموزشی

اعتبار بخشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور: تدوین ساختار، فرایند، آیین

نامه، چارچوب استاندارد و راهنامه

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 اعتبار بخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی، ساختار اعتبار بخشی، متشکل از ارکان زیر در وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها، فعالیت می نماید:



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

برای انجام فرایند اعتبار بخشی 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 دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های لازم و ابلاغ رای صادره در خصوص مراکز آموزشی درمانی به کلیه دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی بر عهده معاونت آموزشی وزارت متبوع خواهد بود.

۲. دبیرخانه اعتباربخشی

دبیرخانه اعتباربخشی وظیفه انجام تمامی امور مرتبط با اعتباربخشی (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.

۳. کمیته اعتباربخشی کشوری (پیشنهاد)

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

۳-۱- اعضای کمیته اعتباربخشی کشوری:

- دبیر شورای گسترش (رئیس کمیته)
- معاون آموزشی وزارت متبوع
- مسئول اعتباربخشی کشوری با ابلاغ معاون آموزشی وزارت متبوع
- 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 موسسه یا بیمارستان
- یک نفر کارشناس آشنا با اعتباربخشی

- تبصره: اعضای کمیته اعتباربخشی کشوری نمی توانند در کمیته اعتباربخشی دانشگاهی عضو باشند.

۲-۳- شرح وظایف کمیته اعتباربخشی کشوری:

- تدوین و بازنگری استانداردهای اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی
- بررسی و تایید گزارش ارزیابی بیرونی اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی توسط تیم های 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.

۱-۵- 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

۵-۲- ابلاغ اعضای کمیته اعتباربخشی توسط معاون آموزشی دانشگاه تهیه و امضاء می گردد.

۵-۳- 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

فرایند اجرایی اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی

خلاصه ای 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:



گامهای اعتباربخشی را می‌توان در ۴ مرحله کلی شامل مرحله مقدماتی، خود ارزیابی، بازدید بیرونی، بازدید گامهای اعتباربخشی را می‌توان در ۴ مرحله کلی شامل مرحله مقدماتی، خود ارزیابی، بازدید بیرونی، بازدید

بیرونی و تصمیم‌گیری به شرح ذیل خلاصه نمود:



۱. مرحله مقدماتی اعتبار بخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی:

۱-۱- تعیین برنامه زمان بندی اعتبار بخشی (شامل خود ارزیابی و بازدید بیرونی) توسط

دبیرخانه اعتبار بخشی

۱-۲- اعلام مراکز حائز شرایط (کسب رتبه ممتاز از اعتبار بخشی درمان) به کمیته

اعتبار بخشی کلان منطقه توسط کمیته اعتبار بخشی دانشگاه ها/ دانشکده های علوم

پزشکی

۱-۳- اعلام لیست نهایی به دبیرخانه اعتبار بخشی توسط نماینده هر کلان منطقه

نکته: مراکزی مورد اعتبار بخشی آموزشی قرار می گیرند که در اعتبار بخشی

درمانی موفق به کسب رتبه ممتاز یا یک شده باشند.

۱-۴- ارسال استانداردهای مصوب، راهنمای انجام خود ارزیابی، راهنمای بازدید بیرونی

توسط دبیرخانه اعتبار بخشی

۱-۵- تعیین تیم بازدید بیرونی، تعیین سرپرست و دبیر تیم توسط دبیرخانه اعتبار بخشی

۲. مرحله انجام خود ارزیابی اعتبار بخشی آموزشی:

۱-۲- تشکیل کمیته اعتبار بخشی درون دانشگاهی در دانشگاه ها/ دانشکده های علوم پزشکی

۲-۲- تدوین جدول زمان بندی فعالیت های خود ارزیابی توسط کمیته اعتبار بخشی درون

دانشگاهی

۳-۲- انجام خود ارزیابی در راستای شناسایی نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت توسط کمیته

اعتبار بخشی درون دانشگاهی

۴-۲- اعلام تاریخ بارگذاری مستندات از طرف دبیرخانه اعتبار بخشی به دانشگاه ها

نکته: مدت بارگذاری مستندات یک ماه الی یک ماه و نیم می باشد

۵-۲- 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 دانشگاه ها یک هفته الی 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 اعضای تیم (تقسیم حوزه های استاندارد بین اعضای تیم توسط دبیر تیم)
- ۳-۳- انجام بازدید از محل توسط ارزیابان بیرونی بر اساس راهنمای بازدید بیرونی
- ۳-۴- بررسی و عودت مستندات ناقص مراکز توسط تیم ارزیاب به مرکز مربوطه پس از بازدید میدانی
- ۳-۵- اعطای فرصت یک هفته ای 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.
- ۳-۷- ارائه گزارش بازدید از مراکز آموزشی درمانی به دبیرخانه اعتبار بخشی توسط سرپرست تیم ارزیاب بیرونی ظرف مدت ده روز کاری

۴. مرحله تصمیم گیری 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.
- ۴-۱- اعلام نتایج نهایی اعتبار بخشی آموزشی پس از تصویب شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی کشور از طرف معاونت آموزشی وزارت متبوع به دانشگاه ها
- نکته: در صورت اعلام درخواست تجدید نظر، سرپرست تیم ارزیاب دانشگاه مربوطه و اعضای دبیرخانه اعتبار بخشی مسئولیت بررسی اعتراضات را برعهده خواهند داشت.

انواع تصمیم‌گیری در خصوص اعتباربخشی

تأیید 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.

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

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

تأیید مشروط شش ماهه: در صورتیکه مرکز آموزشی درمانی امتیازی بین ۵۹/۹۹ الی ۵۰ از کل امتیاز را کسب نمایند حکم تأیید 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 می‌کنند. 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 نظرخواهی

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 روزکاری توسط شورای گسترش صادر و به دانشگاه / دانشکده اعلام می‌گردد.

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 اعتبار بخشی 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 دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی به ارائه خدمات آموزشی و درمانی می پردازند، تدوین شده است.

تعاریف

موسسه: در این دستور العمل منظور از موسسه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشند.

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 می باشد.

اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی

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

در این دستور العمل منظور از اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی، اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد.

^۱ Council on Higher Education Accreditation-CHEA

استاندارد

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

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

خودارزیابی^۲

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 می دهد تا به طور شفاف نقاط قوت و نیز حوزه‌های قابل بهبود را شناسایی نماید.

ارزیابی بیرونی^۳

ارزیابی بیرونی عبارت است از ارزیابی مراکز آموزشی درمانی توسط ارزیابان بیرونی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی ابلاغ شده توسط شورای گسترش وزارت متبوع می باشد. هدف ارزیابی بیرونی بررسی صحت و اعتبار گزارش ارزیابی بیرونی بر اساس مستندات، تعیین نقاط قوت و ضعف عملکرد دانشگاه ها و یافتن راهکارهای رفع نواقص می باشد. 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 می شود. تیم ارزیابی بیرونی، تصمیم گیرنده در خصوص وضعیت اعتباربخشی دانشگاه‌ها نیستند.

دبیرخانه اعتباربخشی

منظور دبیرخانه اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی مستقر در دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی و در راستای مأموریت ویژه واگذار شده به این دانشگاه می باشد.

^۲ Self assessment (internal assessment)

^۳ External assessment

تجدید نظر خواهی

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

وزارت:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای گسترش:

منظور شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی وزارت بهداشت می باشد

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.

۱-۲- 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.

۱-۳- 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 می باشد.

۱-۴- کمیته اعتباربخشی کشوری: کمیته اعتباربخشی کشوری به منظور برنامه ریزی، سیاست گذاری، نظارت بر انجام اعتباربخشی، بررسی گزارش‌ها و صدور پیش رای اعتباربخشی تشکیل می گردد. اعضای این کمیته به مدت ۲ سال انتخاب می گردند

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 فعالیت های مرتبط با خودارزیابی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی تشکیل می شود.

فرایند اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی

ماده ۲- شروع اعتباربخشی

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

ماده ۳- خودارزیابی

- ۳-۱- کمیته اعتباربخشی دانشگاهی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی آموزشی مصوب شورای گسترش کار خود را جهت جمع آوری مستندات لازم آغاز می نماید.
- ۳-۲- گزارش خود ارزیابی به همراه مستندات به دبیرخانه کلان منطقه مربوطه ارسال می گردد.
- ۳-۳- در صورت تایید توسط کلان منطقه مراتب جهت اقدامات بعدی به دبیرخانه اعتباربخشی گزارش می شود
- ۳-۴- با در اختیار گذاشتن نام کاربری و رمز عبور برای هر یک از دانشگاهها / دانشکده ها بارگذاری مستندات مطابق با سنجه های اعتبار بخشی در سامانه ای که بدین منظور طراحی شده است انجام می گردد.

ماده ۴- ارزیابی بیرونی

۴-۱- 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.

۴-۲- 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.

۴-۳- 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

۵-۱- **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.

۵-۲- **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 ین تاییدیه یکسال خواهد بود.

۵-۳- **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.

۵-۴- **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

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

ماده ۶: تجدید نظر خواهی

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 روزکاری توسط شورای گسترش صادر و به دانشگاه/ دانشکده اعلام می‌گردد.

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 بازنگری شده اعتبار بخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی

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

استاندارد های باز یینی شده اعتباربخشی بیمارستان های آموزشی

بهمن ۹۹



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی

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) فراگیران
- محور ۵) مدیریت تسهیلات ، فضا ، امکانات، تجهیزات و منابع مالی و انسانی آموزشی و پژوهشی
- محور ۶) آموزش فراگیران در بخش‌های اورژانس و پاراکلینیک
- محور ۷) برنامه ها 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

استاندارد	۱	۱
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.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۵	۱		کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	وجود اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان			
مصاحبه با معاون آموزشی	آگاهی معاون آموزشی بیمارستان از اهداف آموزشی			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان وجود دارد و معاون آموزشی از آن مطلع می‌باشد.	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان وجود دارد	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین نشده است	

استاندارد	۱	۲
-----------	---	---

بیمارستان دارای واحد توسعه آموزش بالینی است که بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغ شده توسط معاونت آموزشی وزارت متبوع و همچنین دانشگاه‌های ذیربط، برنامه‌ریزی و نظارت جهت ارتقاء کیفیت آموزش بالینی را زیر نظر مستقیم معاون آموزشی بیمارستان بر عهده دارد.

سنجه	۱
------	---

واحد توسعه آموزش بالینی در چارت بیمارستان دیده شده است.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
	۱/۵	۲		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	وجود واحد توسعه آموزش بالینی در چارت بیمارستان در زیر مجموعه معاونت آموزشی			۱
مستندات	ابلاغ فرد مسئول حاوی شرح وظایف (با ذکر برنامه‌ریزی 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 توسعه آموزش بالینی در بیمارستان وجود دارد	واحد توسعه آموزش بالینی در بیمارستان با فرد مسئول و شرح وظایف وجود دارد،	واحد توسعه آموزش بالینی در بیمارستان وجود ندارد.	

سنجه	۲
------	---

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

استاندارد	۱	۳
-----------	---	---

تیم مدیریت آموزش در مراکز آموزشی درمانی شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی، مدیر گروه آموزشی، روسای بخش‌های آموزشی، مسئول مرکز توسعه آموزش، مترون بیمارستان و سوپروایزر آموزشی می‌باشد، که به جز سوپروایزر آموزشی، سایر اعضای 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 مترون یا سوپروایزر می‌باشند.

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

استاندارد	۱	۴
-----------	---	---

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

سنجه				
قرارداد یا تفاهم‌نامه‌های * همکاری جهت انجام فعالیت‌های آموزشی بین بیمارستان با دانشکده‌های مربوطه وجود دارد.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۲/۵	۳	۲		
روش ارزیابی	ملاک 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.	
توضیحات			*تفاهم‌نامه یا قرارداد حداقل شامل مشخصات طرفین، موضوع، تعهدات طرفین، مدت اجرا و اعتبار قرارداد و موارد فسخ می‌باشد.	

استاندارد	۱	۵
-----------	---	---

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		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲	۳	۱			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	وجود بند مسئولیت آموزشی رئیس بخش در ابلاغ یا شرح وظایف و لزوم ارائه گزارش عملکرد به معاون آموزشی بیمارستان				
مستندات	گزارش ارزیابی عملکرد آموزشی بخش‌ها توسط معاون آموزشی بیمارستان هر ۶ ماه به دانشکده پزشکی				
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.		

استاندارد	۱	۶
-----------	---	---

در صورتیکه در بیمارستان چند بخش از یک گروه آموزشی وجود داشته باشد، با حکم مدیر گروه یک نفر به عنوان مسئول برنامه ریزی آموزش در بخش ها انتخاب می گردد. فرد انتخاب شده به مدیر گروه مربوطه و معاون آموزشی بیمارستان پاسخگو می باشد.

سنجه						
فردی از اعضاء هیات علمی برای برنامه ریزی آموزشی بخش ها *توسط مدیر گروه و با هماهنگی روسای بخش های مربوطه، انتخاب و ایشان مسئول پاسخگوی معاون آموزشی بیمارستان و مدیر گروه می باشد.						
سطح سنجه			ضریب		میانگین وزن سنجه	
کاملا ضروری	ضروری	توسعه ای	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)		
			۱	۳	۲	
ملاک ارزیابی					روش ارزیابی	
۱		تعیین فرد مسئول برنامه ریزی آموزش بخش ها در بیمارستان هایی که چند بخش از یک گروه دارند.			مستندات	
۲		گزارش ارزیابی عملکرد آموزشی بخش ها به معاون آموزشی بیمارستان هر ۶ ماه یکبار و ارائه بازخورد به مدیر گروه و رئیس دانشکده توسط معاون آموزشی بیمارستان			مستندات	
امتیاز						
صفر (۰)		یک (۱)		دو (۲)		غیر قابل ارزیابی
فرد مسئول برنامه ریزی آموزشی بخش مشخص نشده است.		فرد مسئول برنامه ریزی آموزشی بخش مشخص شده است.		فرد مسئول برنامه ریزی آموزشی بخش مشخص شده و گزارش عملکرد به معاون آموزشی موجود است.		بیمارستان هایی که چند بخش از یک گروه ندارند امتیاز ۲
توضیحات		*در بیمارستان هایی که چند بخش از یک گروه وجود دارد.				

استاندارد	۱	۷
-----------	---	---

کمیته‌های بیمارستانی مرتبط با آموزش و عملکرد فراگیران 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 پزشکی و...) در تصمیمات برنامه‌ریزی آموزشی (هیات علمی و فراگیران) استفاده می‌شود.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۴	۵	۳		کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	استفاده از مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی		۱	
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	آگاهی معاون آموزشی در خصوص چگونگی استفاده از مصوبات در برنامه‌ریزی آموزشی		۲	
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	مصوبات 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 نمی‌شود.	

استاندارد	۱	۸
-----------	---	---

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.					
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه	
کاملاً ضروری	ضروری	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)		
		توسعه‌ای	۱	۴	
				۲/۵	
ملاک ارزیابی				روش ارزیابی	
۱	عضویت معاون آموزشی (یا نماینده تیم مدیریت آموزش) در کمیته‌های مرتبط			مستندات	
۲	لحاظ نظرات معاون آموزشی در صورتجلسات کمیته ها			مستندات	
امتیاز					
صفر (۰)		یک (۱)		دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
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 می‌باشد		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	
توضیحات		*کمیته‌های مرتبط حداقل شامل: کمیته مرگ و میر و عوارض، کمیته پایش و سنجش کیفیت، کمیته اخلاق پزشکی، کمیته پایش و سنجش کیفیت می‌باشند.			

استاندارد	۱	۹
-----------	---	---

مقررات نحوه رفتار و پوشش حرفه ای در بیمارستان به اطلاع فراگیران و اعضای 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 فراگیران و اعضاء هیات علمی از آن مطلع بوده و به آن عمل می کنند.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه ای	دستیابی (۳-۱)	
			۳	۲
		۲/۵		
ملاک ارزیابی			روش ارزیابی	
۱		وجود آئین نامه نحوه پوشش		
۲		اطلاع رسانی به کلیه فراگیران و اعضاء هیات علمی		
۳		اجرای آیین نامه نحوه پوشش		
امتیاز				
صفر (۰)		یک (۱)		دو (۲)
آیین نامه نحوه رفتار و پوشش حرفه ای در بیمارستان وجود ندارد.		آیین نامه نحوه رفتار و پوشش حرفه ای در بیمارستان وجود دارد ولی کمتر از ۵۰٪ فراگیران و اعضاء هیات علمی به آن عمل می کنند.		آیین نامه نحوه رفتار و پوشش حرفه ای در بیمارستان وجود دارد و کلیه فراگیران و اعضاء هیات علمی به آن عمل می کنند.
توضیحات		*بخشنامه یا آیین نامه داخلی منطبق با اسناد بالادستی و با ذکر سطوح نظارتی		

محور ۲

پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی

استاندارد	۲	۱
بیمارستان دارای نظام مدون جهت ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی زیر نظر دانشکده پزشکی می باشد.		

سنجه					۱
بیمارستان دارای برنامه جامع مدون * و مصوب ** به منظور ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی *** می باشد.					
سطح سنجه			ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه ای	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	
			۳	۵	۴
ملاک ارزیابی					
۱	تدوین برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی				
۲	تصویب برنامه توسط تیم مدیریت آموزشی				
امتیاز					
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی		
برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی تدوین نشده است.	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی تدوین و مصوب شده است.	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی (شامل تمامی اجزای ذکر شده در توضیحات)، تدوین و اجرا می شود			
توضیحات			* برنامه جامع، اجزای سیستم آموزشی (شامل اعضاء هیات علمی، فراگیران، تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه) را در چرخه مراحل آموزشی (نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و سنجش اثربخشی) شامل می شود.		
			** منظور از برنامه مصوب، برنامه ای است که به تصویب تیم مدیریت آموزش بیمارستان رسیده است.		
			*** منظور از نظام مدون ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی وجود هر گونه برنامه تعریف شده عملیاتی برای ارزشیابی اعضاء هیات علمی، فراگیران، تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه در سطح بیمارستان که توسط دانشگاه/دانشکده به بیمارستان ابلاغ شده است.		
			**** می تواند برنامه مصوب دانشگاه باشد که در بیمارستان اجرا می شود.		

سنجه		۲			
بیمارستان برنامه مصوب ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی را پایش می کند.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۵-)	دستیابی (۱-۳)	توسعه ای	ضروری	کاملاً ضروری
	(۱)				
۴	۵	۳			
روش ارزیابی		ملاک 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.		

استاندارد	۲	۲
-----------	---	---

در پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی، شاخص‌های آموزشی با شاخص‌های مرتبط با ارائه مراقبت بیماران تواما 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	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳/۵	۵	۲		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	اطلاع‌رسانی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی به معاون آموزشی			
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	استفاده از نتایج شاخص‌های کلی عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی در برنامه‌ریزی آموزشی فراگیران**			
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 می‌شود.	اطلاع‌رسانی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بیمارستانی به معاون آموزشی صورت گرفته و کمتر از ۵۰٪ آنها در برنامه‌ریزی 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 (کمی، کیفی و سطوح مختلف فراگیران) استفاده می‌کند.			توضیحات	

استاندارد	۲	۳
-----------	---	---

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

سنجه				
کلیه فراگیران در بیمارستان دارای پرونده یا سوابق آموزشی *می باشند.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	
		۲	۳	
				۲/۵
ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی		مستندات و مشاهده		
روش ارزیابی		مشاهده و مصاحبه		
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
پرونده آموزشی فراگیران وجود ندارد.	پرونده آموزشی فراگیران وجود دارد ولی دسترسی معاون آموزشی بیمارستان به پرونده آموزشی فراگیران وجود ندارد	پرونده آموزشی فراگیران وجود دارد و دسترسی معاون آموزشی بیمارستان به پرونده آموزشی فراگیران وجود دارد.		
توضیحات				
*پرونده (سوابق آموزشی) فراگیران پیراپزشکی حداقل شامل معرفی نامه،(تاریخ شروع و پایان دوره یا تعداد روزها و ساعات آموزشی و بخش های معرفی شده) و گواهی پایان دوره می باشد.				
پرونده (سوابق آموزشی) فراگیران 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.				

محور ۳

اعضاء هیات علمی

استاندارد	۳	۱
کادر اصلی آموزش بیمارستان، اعضاء هیات علمی دانشگاه می باشند.		

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

استاندارد	۳	۲
-----------	---	---

تعداد و تنوع اعضای هیات علمی موجود در مرکز باید متناسب با وظایف آموزشی بخش ها و تعداد فراگیران (پزشکی عمومی) و مطابق با مقررات جاری دانشگاه /وزارت متبوع باشد.

سنجه	۱
------	---

تعداد اعضای هیات علمی حاضر در بیمارستان با وظایف آموزشی و پژوهشی و فعالیت های درمانی بخش ها بر اساس استانداردهای آموزشی وزارت متبوع (کوریکولوم های آموزشی) * متناسب می باشد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملاک 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)		
	بیش از ۸۵٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.	۷۰ تا ۸۴٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.	کمتر از ۷۰٪ تناسب کوریکولوم رعایت شده است.		
توضیحات					
* پزشکی (عمومی و دوره‌های بالاتر) و پیراپزشکی ** پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان‌های آموزشی					

سنجه					۲		
تعداد اعضاء هيات علمى حاضر در بیمارستان با تعداد فراگیران بر اساس استانداردهای آموزشی وزارت متبوع (کوریکولوم های آموزشی) متناسب می باشد.							
میانگین وزن سنجه		ضریب		سطح سنجه			
		اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه ای	ضروری	کاملاً ضروری	
۳	۴	۲					
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی					
مستندات		۱ وجود تناسب بین تعداد اعضاء هيات علمى با تعداد فراگیران**					
امتیاز							
غیر قابل ارزیابی		دو (۲)		یک (۱)		صفر (۰)	
		بیش از ۸۵٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.		۷۰ تا ۸۴٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.		کمتر از ۷۰٪ تناسب کوریکولوم رعایت شده است.	
توضیحات						*پزشکی (عمومی و دوره های بالاتر) و پیراپزشکی، مطابق با ضوابط و استانداردهای وزارت متبوع ** پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان های آموزشی	

استاندارد	۳	۳
-----------	---	---

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

سنجه

اعضاء هیات علمی بیمارستان ساعات موظف حضور در بیمارستان را بر اساس مقررات جاری دانشگاه علوم پزشکی مربوطه رعایت می نمایند.

میانگین وزن سنجه		ضریب		سطح سنجه		
		اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳		۴	۲			
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی				
مستندات		۱ وجود سیستم پایش حضور اعضاء هیات علمی* در بیمارستان				
مستندات		۲ 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 می شود		سیستم پایش حضور اعضاء هیات علمی در بیمارستان وجود ندارد.	
توضیحات					*شامل ساعت حضور، ماموریت آموزشی، ساعات آنکالی و سایر مستندات حضور (منتج از سیستم ارزیابی عملکرد یکپارچه اساتید)	

استاندارد	۳	۴
-----------	---	---

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

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

استاندارد	۳	۵
-----------	---	---

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

استاندارد	۳	۶
-----------	---	---

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

سنجه				
بیمارستان با همکاری مرکز مطالعات دانشگاه و دانشکده مربوطه برنامه توانمندسازی اعضای هیات علمی را تدوین و اجرا می نماید.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه ای	دستیابی (۱-۳)	
			۲	۴
ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تدوین برنامه توانمندسازی اعضای هیات علمی بر اساس اولویت ها و نیاز آموزشی بیمارستان*		مستندات	
۲	اجرای برنامه تدوین شده		مصاحبه و مستندات	
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
نیاز سنجی و برنامه توانمندسازی اعضای هیات علمی در بیمارستان وجود ندارد	نیاز سنجی توانمندسازی اعضای هیئت علمی صورت گرفته و تا حدودی (کمتر از ۵۰٪) برنامه توانمندسازی اجرا می شود.	برنامه توانمندسازی اعضای هیات علمی در بیمارستان وجود دارد و کامل اجرا می گردد.		
توضیحات		*مانند چالش های بیمارستانی مصوبات کمیته ها، نظرسنجی ها، شکایات و		

استاندارد	۳	۷
-----------	---	---

سازوکارهای مدون برای تشویق اعضای هیات علمی که فعالیت های آموزشی و پژوهشی خود و رفتار حرفه ای را بخوبی انجام داده اند، وجود دارد.

سنجه

تیم مدیریت آموزش بیمارستان آیین نامه داخلی برای تشویق اعضاء هیات علمی (با تاکید بر مشوق های غیرمالی) در خصوص فعالیت های مطلوب آموزشی و پژوهشی را تدوین نموده و توسط معاون آموزشی اجرا می کند.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه ای	ضروری
۲/۵	۳	۲		
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی		
مستندات		تدوین آیین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی		
مصاحبه و مستندات		اجرای برنامه تدوین شده		
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	آیین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی تدوین شده است و به اطلاع اعضاء هیات علمی رسیده و مستندات تشویق وجود دارد.	آیین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی تدوین شده است ولی بر اساس آن عمل نمی شود یا اعضاء هیات علمی از آن اطلاع ندارند.	آیین نامه داخلی تشویق اعضاء هیات علمی تدوین نشده است.	

استاندارد	۳	۸
-----------	---	---

اقامتگاه مناسبی برای اعضاء هیات علمی در نظر 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	
	اهمیت آموزشی (۵-)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	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			
مشاهده	تامین امکانات و ملزومات مورد نیاز			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	فضای مناسب برای استراحت، تغذیه و دسترسی به منابع الکترونیک برای اعضاء هیات علمی به طور کامل تامین شده است	فضای 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 تامین نشده است.	
توضیحات				
* منظور از فضای مناسب، وجود اتاق ترجیحا یک نفره، تخت استراحت، تلفن، میز کار، کمد لباس، اینترنت و رایانه می‌باشد				

استاندارد	۳	۹
-----------	---	---

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

سنجه

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

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	وجود فرم، برنامه، روش و چگونگی رضایت‌سنجی اعضای هیات علمی از امکانات آموزشی و رفاهی				۱
مستندات	انجام رضایت‌سنجی 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 اعضای هیات علمی از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظرسنجی، انجام شده و اعضای هیات علمی آن را تایید می‌کنند.	سنجش رضایت‌مندی اعضای هیات علمی از امکانات آموزشی رفاهی انجام شده است.	سنجش رضایت‌مندی اعضای هیات علمی از امکانات آموزشی رفاهی انجام نشده است.		

محور ۴

فراگیران

استاندارد	۴	۱
معاون آموزشی بیمارستان سازوکار و برنامه مکتوب 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 بیمار، نحوه همکاری فراگیران در آموزش، شناخت استانداردهای زیست محیطی، شرح وظایف و اختیارات دانشجویان و پرستاران 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	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۴	۲		کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	۱ وجود برنامه توجیهی مدون بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران			
مصاحبه با فراگیران	۲ اجرای برنامه توجیهی مدون بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران دارد و فراگیران از آن اطلاع دارند.	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران دارد.	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران ندارد.	
توضیحات				
*برنامه توجیهی بدو ورود فراگیران شامل آشنایی فراگیران در رده‌های مختلف با محیط آموزشی، اعضای 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 بیمار، نحوه همکاری فراگیران در آموزش، شناخت استانداردهای زیست محیطی، شرح وظایف و اختیارات دانشجویان و پرستاران می‌باشد.				

استاندارد	۴	۲
بیمارستان سازوکار مشخص برای سنجش رضایت فراگیران دارد و اقدامات اصلاحی مورد نیاز برای افزایش رضایت فراگیران صورت می‌گیرد.		

سنجه				
بیمارستان در فواصل زمانی مشخص نسبت به سنجش رضایت‌مندی فراگیران از امکانات آموزشی و رفاهی اقدام می‌نماید و در خصوص اجرای اقدامات اصلاحی، مداخلات لازم را انجام می‌دهد.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۳	۳	۳		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	وجود فرم، برنامه، روش و چگونگی رضایت‌سنجی فراگیران از امکانات آموزشی و رفاهی			
مصاحبه با فراگیران	اجرای رضایت‌سنجی فراگیران از امکانات آموزشی و رفاهی			
مصاحبه	اجرای اقدام اصلاحی			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	سنجش رضایت‌مندی فراگیران از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظرسنجی، انجام شده و فراگیران آن را تایید می‌کنند.	سنجش رضایت‌مندی فراگیران از امکانات آموزشی رفاهی و.. انجام می‌شود.	سنجش رضایت‌مندی فراگیران از امکانات آموزشی رفاهی انجام نشده است.	

استاندارد	۴	۳
-----------	---	---

بیمارستان از دسترسی بی واسطه فراگیران به مسئولین آموزشی از جمله معاون آموزشی بیمارستان اطمینان حاصل می نماید.

سنجه				
بیمارستان فرآیندی برای ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی بیمارستان را تدوین نموده و بر اساس آن عمل می نماید.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه ای	کاملاً ضروری
۲	۲	۲		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	وجود فرآیند ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی بیمارستان			۱
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	فرآیند مدون ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی وجود دارد و فراگیران از آن اطلاع دارند.	فرآیند مدون ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی تدوین شده است.	فرآیند مدون ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی وجود ندارد.	

استاندارد	۴	۴
-----------	---	---

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 پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران) را اجرا می‌نماید.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۴	۵	۳		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات و مصاحبه	اجرای دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران			۱
مستندات و مصاحبه بامعاون آموزشی	پاسخگویی دستیاران به رئیس بخش و معاون آموزشی			۲
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
بیمارستان‌هایی که دستیار ندارند ۲	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران بطور کامل اجرا می‌شود و دستیاران به رئیس بخش و معاون آموزشی پاسخگو هستند.	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران کمتر از ۵۰٪ اجرا می‌شود.	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران اجرا نمی‌شود.	

استاندارد	۴	۵
-----------	---	---

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

سنجه				
دستورالعمل به اشتراك گذارى تجارب فراگيران در بیمارستان تدوين شده و اجرا مى گردد.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۳	۳		
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی		
مستندات		تدوین و اجرای دستورالعمل به اشتراك گذارى تجارب فراگيران		
مصاحبه با فراگيران و مسئولین آموزشی		استفاده از تجارب فراگيران در برنامه‌ریزی آموزشی		
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	دستورالعمل به اشتراك گذارى تجارب فراگيران تدوين شده و از تجارب آنها در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده مى شود.	دستورالعمل به اشتراك گذارى تجارب فراگيران تدوين شده است.	دستورالعمل به اشتراك گذارى تجارب فراگيران تدوين نشده است.	

استاندارد	۴	۶
-----------	---	---

بیمارستان برنامه‌های مشخص و مدونی برای آشنایی دستیاران و سایر فراگیران با الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی جاری دارد.

سنجه				
در برنامه توجیهی بیمارستان برنامه‌ای برای آشنایی دستیاران با الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی وجود دارد.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۲	۲	۲		
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی		
مستندات		تاکید بر الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی در برنامه توجیهی دستیاران		
مصاحبه با دستیاران		آگاهی دستیاران از الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی		
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
بیمارستان‌هایی که دستیار ندارند ۲	در برنامه توجیهی دستیاران و سایر فراگیران به الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی اشاره شده و دستیاران از الزامات آن آگاهی دارند.	در برنامه توجیهی دستیاران و سایر فراگیران به الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی اشاره شده است.	در برنامه توجیهی دستیاران، و سایر فراگیران به الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی اشاره نشده است.	

استاندارد	۴	۷
-----------	---	---

امنیت فراگیران در زمان ارائه خدمات تضمین شده است.

سنجه

بیمارستان امنیت فراگیران را در زمان ارائه خدمات تامین می‌نماید.

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	دستورالعمل‌های داخلی تیم حفاظت، امنیت بیمارستان (مانند شرح وظایف تیم انتظامات، مکان‌های تعیین شده برای نگهبانان، دوربین‌های مداربسته، برنامه فراخوان اعضای تیم انتظامات، برنامه حضور و...) و امنیت فراگیران				
مصاحبه با انتظامات و مستندات	اجرای دستورالعمل فوق				

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان و فراگیران تدوین نشده است.	دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان و فراگیران تدوین شده است.	دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان و فراگیران تدوین شده و کارکنان انتظامات از آن اطلاع داشته و مستندات آن موجود است	

استاندارد	۴	۸
-----------	---	---

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

سنجه				
بیمارستان محل مناسب * برای رختکن فراگیران به تفکیک آقا و خانم تامین نموده است.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۲/۵	۳	۲		کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مشاهده	وجود رختکن مناسب به تفکیک فراگیران آقا و خانم			۱
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	رختکن به تفکیک فراگیران آقا و خانم وجود دارد و از نظر فضای فیزیکی و شرایط بهداشتی مناسب است.	رختکن به تفکیک فراگیران آقا و خانم وجود دارد.	رختکن به تفکیک فراگیران آقا و خانم وجود ندارد.	
توضیحات			* منظور از مناسب، دارا بودن حداقل شرایط بهداشتی و امنیتی با نور و تهویه مناسب است. رختکن خانمها دارای فضای ایمن با قفل درب از داخل می باشد.	

استاندارد	۴	۹
-----------	---	---

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

سنجه

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

محور ۵

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

استاندارد	۵	۱
بیمارستان فضا و تجهیزات مناسب برای ارائه خدمات آموزشی به فراگیران متناسب با تعداد فراگیران 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 فراگیران متناسب با تعداد فراگیران و برنامه‌های آموزشی و نوع خدمات، در فضاهای مختلف مراقبتی فراهم کرده است.						
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه		
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه‌ای	دستیابی (۱-۳)		اهمیت آموزشی (۱-۵)	
			۳	۵	۴	
ملاک ارزیابی					روش ارزیابی	
تامین حداقل فضا برای ارائه خدمات آموزشی					مشاهده	
تامین تجهیزات تشخیصی درمانی** مناسب برای ارائه خدمات آموزشی					مشاهده و مصاحبه با رئیس بخش و فراگیر	
امتیاز						
صفر (۰)		یک (۱)		دو (۲)		غیر قابل ارزیابی
بیمارستان حداقل فضا و تجهیزات برای آموزش فراگیران فراهم نکرده است.		حداقل فضا و تجهیزات برای ارائه خدمات آموزشی به فراگیران وجود دارد.		در بیمارستان حداقل فضا و تجهیزات آموزشی لازم متناسب با تعداد فراگیر وجود دارد.		
توضیحات						* برای تمام گروه‌های آموزشی دارای فراگیر در بیمارستان، بخش و درمانگاه، اتاق عمل، و سایر محیط‌های آموزشی مرتبط وجود داشته باشد. (پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان‌های آموزشی) ** منظور، دسترسی فراگیران به تجهیزات تشخیصی و درمانی می‌باشد.

استاندارد	۵	۲
-----------	---	---

درمانگاه و کلینیک‌های ویژه برای آموزش فراگیران و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی و تحصیلات تکمیلی در بیمارستان فعال می‌باشد.

سنجه

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

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

استاندارد	۵	۳
-----------	---	---

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

سنجه

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

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۵-)	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 اعضای هیات علمی	۱
--------	---	---

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	در همه بخشها فضای کافی برای روسای بخشها و اعضای هیات علمی اختصاص داده شده است.	در بعضی از بخشهای بیمارستان فضای کافی برای روسای بخشها و اعضای هیات علمی وجود دارد.	فضاهای کافی برای دفتر کار معاون آموزشی و روسای بخشهای آموزشی و اعضای هیات علمی وجود ندارد.

توضیحات حداقل یک اتاق به روسای هر یک بخشهای آموزشی و اعضای هیات علمی اختصاص دارد.

استاندارد	۵	۴
-----------	---	---

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

سنجه

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

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۵-)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			

روش ارزیابی ملاک ارزیابی

مشاهده	وجود فضاهای مناسب با امکانات آموزشی	۱
--------	-------------------------------------	---

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	در همه بخش‌ها، فضا و امکانات آموزشی متناسب با 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 برنامه آموزشی بخش‌ها وجود ندارد.

*تناسب فضا مطابق استانداردهای وزارت متبوع			توضیحات
**منظور از فضاها، کلاس‌های درس، فضای کارگاهی برای بحث‌های گروهی کوچک و سالن اجتماعات یا سالن آمفی تئاتر می‌باشد. (پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزش بیمارستان‌های آموزشی)			

استاندارد	۵	۵
-----------	---	---

بیمارستان دارای زیرساخت‌ها و فناوری روزآمد جهت استفاده آموزشی بوده و امکان آموزشی مجازی روش های نوین آموزشی و مشاوره از راه دور فراهم می باشد.

سنجه

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

استاندارد	۵	۶
-----------	---	---

کتابخانه و فضای مطالعه متناسب با تعداد و نیاز اساتید و فراگیران در بیمارستان وجود دارد.

سنجه

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

استاندارد	۵	۷
-----------	---	---

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 و استفاده 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		ملاک ارزیابی			
مشاهده و مصاحبه با فراگیران و اعضاء هیات علمی		دسترسی به کتب مرجع			
مشاهده و مصاحبه با فراگیران و اعضاء هیات علمی		دسترسی به مجلات علمی مورد نیاز و به روز شده			
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 می باشد	دسترسی به کتب مرجع و مجلات علمی به روز شده فراهم نمی باشد		

استاندارد	۵	۸
-----------	---	---

بیمارستان مجهز به سیستم اطلاعات بیمارستانی می باشد که امکان دسترسی طبقه بندی شده برای اهداف آموزشی و پژوهشی به آن فراهم بوده و استفاده می شود.

سنجه

بیمارستان، دارای سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش های مختلف داده های بالینی (Clinical Data) برای اهداف آموزشی و پژوهشی می باشد.

سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه	
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه‌ای	دستیابی (۱-۳)		اهمیت آموزشی (۱-۵)
			۳	۴	۳/۵
ملاک ارزیابی					
روش ارزیابی		مشاهده و مصاحبه			
وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی با حداقل امکانات تعریف شده در سنجه					
۱					
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 ندارد.		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 داشته و جهت اهداف آموزشی و پژوهشی از آن استفاده می‌شود.	

استاندارد	۵	۹
-----------	---	---

پرسنل کافی خدمات آموزشی (کارشناسان آموزشی، منشی آموزشی، و ...) و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی در حال اجرا و تعداد فراگیران 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.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه‌ای	دستیابی (۱-۳)	
			۲	۳
		۲/۵		
روش ارزیابی				
ملاک ارزیابی				
۱		تامین نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری		
مشاهده و مصاحبه با معاون آموزشی				
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی وجود ندارد.	نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی در حدود ۵۰٪ وجود دارد	نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری کاملاً متناسب با برنامه‌های آموزشی وجود دارد.		
توضیحات				
*مطابق با ضوابط وزارت متبوع				

محور ۶

آموزش فراگیران در بخش‌های اورژانس و پاراکلینیک

استاندارد	۶	۱
در بخش‌های پاراکلینیک امکان دسترسی فراگیران به فایل‌های آموزشی مرتبط وجود دارد.		

سنجه				
در بیمارستان دستورالعمل اجرایی در زمینه امکان دسترسی به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک برای فراگیران با حفظ محرمانه بودن اسرار بیمار تدوین شده و اجرا می‌شود.				
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه‌ای	ضریب	
			دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)
			۲	۳
میانگین وزن سنجه				
۲/۵				
ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
بررسی مستندات				
تدوین دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک				
۱				
دسترس‌ی فراگیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک				
۲				
مصحح با فراگیران				
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک تدوین نشده است.	دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک تدوین شده است.	دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل‌های بخش‌های پاراکلینیک تدوین شده و اجرا می‌شود.		

استاندارد	۶	۲
-----------	---	---

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

سنجه

در بیمارستان به منظور تربیت فراگیران در آزمایشگاه کلینیکال، از همکاری یکی از متخصصین علوم پایه مرتبط (نظیر ایمنولوژیست، باکتریولوژیست، انگل‌شناس، بیوشیمی، ژنتیک، هماتولوژیست و ...) استفاده 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 معاون آموزشی	حضور و همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان				۱
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان در تربیت فراگیران طبق برنامه مدون همکاری دارند.	جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فراگیران برنامه مدون وجود دارد.	جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فراگیران برنامه ای وجود ندارد.		

استاندارد	۶	۳
-----------	---	---

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	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۳	۳		کاملاً ضروری
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی		
مشاهده و مصاحبه با مسئول بخش مراقبت‌های دارویی		وجود فرآیندهای آموزشی و امکانات و تجهیزات مربوط به بخش مراقبت‌های دارویی		
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی به طور کامل وجود دارد	امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی تا حدود ۵۰٪ 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 فراگیران و ارائه 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 نظارت می‌گردد.

سنجه

بیمارستان فرآیندهای آموزشی فراگیران را در بخش‌های اورژانس تدوین نموده و معاون آموزشی بر اجرای آن نظارت می‌کند.*					
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه	
		دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)		
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه‌ای	۳	۳	۳
ملاک ارزیابی					
۱	تدوین فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس				
۲	نظارت بر اجرای فرآیندها				
امتیاز					
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)		غیر قابل ارزیابی	
فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین نشده است	فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین شده است	فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین شده و تحت نظارت معاون آموزشی اجرا می‌شود.			
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

سرپرست بخش اورژانس ، یکی از اعضاء هیات علمی بیمارستان می باشد.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه ای	ضروری	کاملا ضروری
	۳	۱			
۲					
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	وجود ابلاغ عضو هیات علمی سرپرست اورژانس				۱
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	سرپرست اورژانس هیات علمی متخصص طب اورژانس می باشد.	سرپرست اورژانس هیات علمی می باشد	سرپرست اورژانس هیات علمی نمی باشد.		

محور ۷

برنامه‌ها و فرآیندهای آموزشی

استاندارد	۷	۱
کنفرانس‌های علمی با مشارکت گروه‌های آموزشی برگزار می‌گردد.		

سنجه					
مستندات برگزاری کنفرانس های علمی با همکاری گروه های آموزشی در بیمارستان موجود است.					
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه ای	ضروری	کاملا ضروری
۲/۵	۳	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات	۱ تدوین تقویم دوره ای کنفرانس های علمی با مشارکت گروه های آموزشی				
مصاحبه با روسای بخش ها و معاونت آموزشی	۲ برگزاری کنفرانس های علمی با همکاری گروه های آموزشی				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
	برنامه برگزاری کنفرانس های علمی موجود است و بطور منظم برگزار می گردد.	برنامه برگزاری کنفرانس های علمی موجود است ولی به طور منظم برگزار نمی شود	برنامه برگزاری کنفرانس های علمی موجود است.		

استاندارد	۷	۲
-----------	---	---

تعداد بیمارانی که توسط هر فراگیر 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

برنامه‌ریزی برای آموزش فراگیران با توجه به تعداد بیماران پذیرش شده در درمانگاه و بخش‌های بستری انجام می‌شود.

سطح سنجه	ضریب		میانگین وزن سنجه	
	کاملاً ضروری	ضروری		توسعه‌ای
دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	۳	۴	۲
ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
۱	برنامه آموزشی فراگیران با توجه به تعداد بیماران پذیرش شده در درمانگاه و بخش‌های بستری	مستندات و مصاحبه با روسای بخش‌های بالینی و معاونت آموزشی		
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
بیمارستان برنامه برای آموزش فراگیران متناسب با تعداد بیماران بستری و درمانگاه ندارد	بیمارستان برای آموزش فراگیران برنامه دارد	بیمارستان برای آموزش فراگیران متناسب 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		
		اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۲/۵		۳	۲			
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی				
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی و رئیس بخش		وجود محتواهای آموزشی درخصوص آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در برنامه آموزشی فراگیران				
مصاحبه با هیات علمی و فراگیر		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 محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد و کامل اجرا می‌گردد.	برنامه آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد ولی بصورت کامل اجرا نمی‌گردد.	برنامه آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود ندارد.			

سنجه			۲		
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	۳			
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی			
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی و رئیس بخش		وجود محتواهای آموزشی درخصوص آموزش استدلال بالینی در برنامه آموزشی فراگیران			
مصاحبه با هیات 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 وجود دارد و کامل اجرا می‌گردد.	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 کلاب، آموزش درمانگاهی و آموزش مهارت‌های بالینی بطور منظم اجرا شده و فراگیران و دستیاران در آن شرکت می‌کنند.

سنجه

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

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

استاندارد	۷	۵
-----------	---	---

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

سنجه

در بخش‌های آموزشی، برنامه‌ای برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری (شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، پرونده‌های درمانگاهی) با محوریت اعضای هیات علمی، مطابق با اهداف برنامه‌های آموزشی و پژوهشی وجود دارد.

میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه		
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری	کاملاً ضروری
۳	۴	۲			
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی				
مستندات و مصاحبه با روسای بخش‌ها و معاونت آموزشی	تدوین برنامه‌ای برای آموزش مدارک نوشتاری (شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، پرونده‌های درمانگاهی) با محوریت اعضای هیات علمی در برنامه آموزشی بخش‌ها				
امتیاز					
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)		
بیمارستان‌هایی که فراگیران مجاز به تکمیل پرونده بیماران نمی‌باشند.؟؟	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 ندارد.		

استاندارد	۷	۶
-----------	---	---

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

سنجه	۱
------	---

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

سنجه	۲
------	---

مستندسازی پرونده بیماران توسط فراگیران از کیفیت کافی و قانونی* برخوردار است.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۴	۲		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	تکمیل پرونده بیماران (بستری و درمانگاهی) با کیفیت کافی توسط فراگیران			۱
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
بیمارستان‌هایی که فراگیران مجاز به تکمیل پرونده بیماران نمی‌باشند.	درحدود ۷۰٪ موارد بررسی شده، مستندات پرونده‌ها ازکیفیت کافی و قانونی برخوردارهستند.	حداقل در ۶۰٪ موارد بررسی شده، مستندات پرونده‌ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.	در کمتر از ۶۰٪ پرونده‌های بررسی شده ، مستندات پرونده‌ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.	
توضیحات				
*منظور از کیفیت کافی و قانونی عبارت است از: ۱-خوانا بودن ۲-بدون خط‌خوردگی، با خودکار آبی یامشکی ۳-رعایت الزامات اولیه ۴-ذکر تاریخ/ساعت ۵-مهر و امضا فرد مجاز (طبق دستورالعمل ابلاغ شده وزارت متبوع) ۶- کامل بودن سربرگ				

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

سنجه				
در بیمارستان آموزشی، برنامه ریزی لازم برای ترویج و توسعه آموزش مبتنی بر شواهد* انجام شده است.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه ای	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)
			۳	۴
۳/۵				
ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				۱
وجود برنامه ترویج و توسعه آموزش مبتنی بر شواهد				مستندات و مصاحبه با روسای بخش ها و معاون آموزشی
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
برنامه مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد جهت فراگیران در بخش های آموزشی وجود ندارد.	برنامه مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد جهت فراگیران در حد اقل نیمی از بخش های آموزشی وجود دارد.	در تمامی بخش های آموزشی برنامه مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد جهت فراگیران اجرا می شود.		
توضیحات				*منظور، برنامه ریزی آموزش مبتنی بر شواهد در کارگاه های توانمندسازی اعضای هیات علمی، راندهای بخش ها، کنفرانس های بیمارستانی، گزارش صبحگاهی می باشد.

استاندارد	۷	۸
-----------	---	---

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

سنجه				
تیم مدیریت آموزش بیمارستان، برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی را پایش و نتایج آن را تحلیل می‌نماید.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۴	۵	۳		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	۱ تدوین برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی و شاخص‌های مربوط توسط تیم مدیریت آموزش بیمارستان			
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	۲ پایش شاخص‌ها و انجام اقدامات اصلاحی مربوط			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	مستندات پایش برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی و سوابق/صوتجلسات تحلیل تیم مدیریت آموزش وجود دارد و سوابق پایش شاخص‌ها یا اقدامات اصلاحی موجود است.	مستندات پایش برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی یا سوابق/صوتجلسات تحلیل تیم مدیریت آموزش وجود دارد .	مستندات پایش برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی موجود نیست.	

استاندارد	۷	۹
-----------	---	---

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

سنجه				
در برنامه‌های آموزشی بخش‌های بالینی، روش اجرایی مشخص برای مشارکت فراگیران در آموزش بیماران وجود دارد و اجرا می‌شود.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	کاملاً ضروری
۳	۳	۳	ضروری	
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات و مصاحبه با بیمار	تدوین روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراگیران 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 فراگیر وجود دارد و در تمام بخش‌ها اجرا می‌شود.	روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراگیر وجود دارد و در بعضی از بخش‌ها اجرا می‌شود.	روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراگیر وجود ندارد.	

استاندارد	۷	۱۰
-----------	---	----

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

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

محور ۸

رعایت حقوق بیمار در فرآیندهای آموزشی

استاندارد	۸	۱
-----------	---	---

در تمام فرآیندهای آموزشی رعایت حقوق گیرندگان خدمت تضمین می‌گردد.

سنجه				
بیمارستان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت به فراگیران، 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
۳	۴	۲		کاملاً ضروری
ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
مستندات و مصاحبه با فراگیران	ارائه آموزش‌های لازم به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت			
مشاهده و مصاحبه با بیماران	رعایت حقوق گیرندگان خدمت در فرآیندهای آموزشی بیمارستان			
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده شده و معاون آموزشی یا تیم مدیریت آموزش بر آن نظارت دارد.	به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده شده است.	به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده نشده است.	

استاندارد	۸	۲
-----------	---	---

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

سنجه

فرآیند ثبت، گزارش‌دهی و تحلیل خطاهایی که فراگیران در بروز آن نقش داشته‌اند تدوین شده و اجرا می‌شود.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۳	۳		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	تدوین فرآیند ثبت، گزارش‌دهی و تحلیل خطای فراگیران			۱
مصاحبه با معاون آموزشی	اجرای فرآیند			۲
مصاحبه با معاون آموزشی و فراگیران	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از خطای فراگیران			۳
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	فرآیند ثبت، گزارش‌دهی و تحلیل خطای فراگیران تدوین شده و به صورت کامل اجرا می‌شود و برنامه‌ای برای پیشگیری از تکرار خطاها وجود دارد	فرآیند ثبت، گزارش‌دهی و تحلیل خطای فراگیران تدوین شده ولی به صورت کامل اجرا نمی‌شود.	فرآیند ثبت، گزارش‌دهی و تحلیل خطای فراگیران تدوین نشده است	

استاندارد	۸	۳
-----------	---	---

بیمارستان از اطلاع رسانی مبنی بر آموزشی بودن بیمارستان و حضور فراگیران در تمام مراحل تشخیصی درمانی به بیمار اطمینان حاصل می نماید.

سنجه

به بیماران در بدو ورود، در خصوص آموزشی بودن بیمارستان و اینکه دانشجویان در تمام فرآیند تشخیص و درمان بیمار و مراجعات بعدی نقش دارند، اطلاع رسانی می گردد.

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

استاندارد	۸	۴
-----------	---	---

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

سنجه				
تیم مدیریت آموزش بیمارستان دستورالعمل خود را در زمینه اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال را در حداقل زمان ممکن توسط بالاترین سطح علمی و مهارتی (حداقل دستیار ارشد) تدوین و اجرا می نماید.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	توسعه ای	دستیابی (۱-۳)	
			۲	۳
				۲/۵
ملاک ارزیابی				
تدوین دستورالعمل مربوطه در خصوص اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال		مستندات		
اجرای دستورالعمل		مصاحبه با روسای بخش		
امتیاز				
صفر (۰)		یک (۱)		غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین نشده است.		دستورالعمل اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین شده و در کمتر از ۵۰٪ از بخش ها رعایت می شود.		دستورالعمل اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین شده و در تمام بخش ها اجرا می گردد.

استاندارد	۸	۵
-----------	---	---

به منظور اطمینان از کیفیت خدمات آموزشی ارائه شده در بیمارستان‌های آموزشی در شیفت‌های عصر و شب، پزشکان مقیم (بخصوص در رشته‌هایی که 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.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضروری	ضروری	دستیابی (۱-۳)	اهمیت آموزشی (۱-۵)	
		توسعه‌ای	۲	۲
ملاک ارزیابی				
تدوین دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل		مستندات		
اجرای دستورالعمل فوق		مصاحبه با فراگیران و پزشکان مقیم		
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین نشده است.	دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین شده است.	دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین شده و اجرا می‌شود.		

استاندارد	۸	۶
-----------	---	---

در بیمارستان‌های آموزشی، فرآیند خدمات درمانی که توسط فراگیران ارائه می‌شود تحت نظر مستقیم اعضای 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 هيات علمى بر فعاليت درمانى فراگيران تدوين شده است.				
سطح سنجه		ضريب		میانگین وزن سنجه
کاملاً ضرورى	ضرورى	توسعه‌اى	دستيابى (۱-۳)	
			۲	۵
		۳/۵		
ملاک ارزيابى				
روش ارزيابى				
مستندات		تدوين دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هيات علمى بر فعاليت درمانى فراگيران		
۱				
۲		اجراى دستورالعمل فوق		
مصاحبه با فراگيران و اعضاء هيات علمى				
امتیاز				
صفر (۰)		يك (۱)		دو (۲)
غیر قابل ارزيابى				
دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هيات علمى بر فعاليت درمانى فراگيران تدوين نشده است.		دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هيات علمى بر فعاليت درمانى فراگيران تدوين شده است.		دستورالعمل نحوه نظارت اعضاء هيات علمى بر فعاليت درمانى فراگيران تدوين شده و اجرا مى شود.
بیمارستان‌هایی که دستیار یا کارورز پزشکی ندارند ۲		بیمارستان‌هایی که دستیار یا کارورز پزشکی ندارند ۲		

محور ۹

بیمارستان‌های آموزشی به عنوان عرصه پژوهش‌های بالینی

استاندارد	۹	۱
بیمارستان معاون پژوهشی/آموزشی دارد. معاون پژوهشی بر فعالیت های 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	کاملاً ضروری
۲/۵	۳	۲	ضروری	ضروری
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	ابلاغ معاون پژوهشی			۱
مستندات	انتصاب معاون پژوهشی به عنوان مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی			۲
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
بیمارستان زیر ۲۰۰ تخت	در ساختار بیمارستان معاونت پژوهشی/آموزشی وجود دارد که بر فعالیت های پژوهشی بیمارستان نظارت دارد	در ساختار بیمارستان معاونت پژوهشی/آموزشی وجود دارد.	در ساختار بیمارستان معاونت پژوهشی/آموزشی وجود ندارد	

استاندارد	۹	۲
-----------	---	---

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

سنجه

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

استاندارد	۹	۳
-----------	---	---

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.

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

استاندارد	۹	۴
-----------	---	---

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
۳	۳	۳		کاملاً ضروری
روش ارزیابی	ملاک 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 بر اساس آن تحقیقات مرتبط انجام می‌شود.	فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین شده است.	فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین نشده است.	
*مشکلاتی که انجام پژوهش می‌تواند کمک قابل توجهی در رفع آنها داشته باشد اعم از مشکلات سازمانی و بالینی **این مشکلات توسط بخش‌های بالینی، دفتر پرستاری، واحد بهبود کیفیت، کمیته‌های بیمارستانی در شورای پژوهشی مطرح و پس از بررسی و اولویت‌بندی جهت اجرا به واحد توسعه تحقیقات بالینی یا معاون پژوهشی ارجاع می‌شود.				
توضیحات				

استاندارد	۹	۵
-----------	---	---

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

سنجه

دفتر توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان برنامه‌هایی جهت ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده در مجلات معتبر داخلی و خارجی از اعضا				
هیات علمی و فراگیران در حال آموزش دارد و اجرا می‌نماید.				
سطح سنجه		ضریب		میانگین وزن سنجه
کاملا ضروری	ضروری	توسعه‌ای	دستیابی (۱-۳) اهمیت آموزشی (۱-۵)	
		۳	۳	۳
ملاک ارزیابی				
روش ارزیابی				
۱	تدوین برنامه ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضا هیات علمی و فراگیران در بیمارستان			
۲	اجرای برنامه تدوین شده برای ارتقاء مقالات			
امتیاز				
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی	
بیمارستان برنامه‌ای برای ارتقاء	بیمارستان برای ارتقاء	تعداد مقالات منتشر شده توسط	اعضای هیئت علمی و سایر پرسنل	
تعداد مقالات منتشر شده اعضا	متنشر شده اعضا هیات علمی و	بیمارستان رشد سالانه دارد.		
هیات علمی و فراگیران ندارد.	فراگیران برنامه دارد			

استاندارد	۹	۶
-----------	---	---

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 *مطرح و تایید می‌گردد.				
میانگین وزن سنجه	ضریب		سطح سنجه	
	اهمیت آموزشی (۱-۵)	دستیابی (۱-۳)	توسعه‌ای	ضروری
۳	۴	۲		
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی			
مستندات	بررسی طرح‌های تحقیقاتی در کمیته اخلاق بیمارستان			۱
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.	
توضیحات			*تایید کمیته اخلاق در پژوهش بیمارستان یا دانشگاه برای طرح‌های تحقیقاتی مورد قبول است.	

راهنمای خودارزیابی در اعتبار بخشی آموزشی

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

راهنمای خودارزیابی در اعتباربخشی آموزشی

هدف از تدوین این راهنما 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

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

⁴ evaluation Orginazation



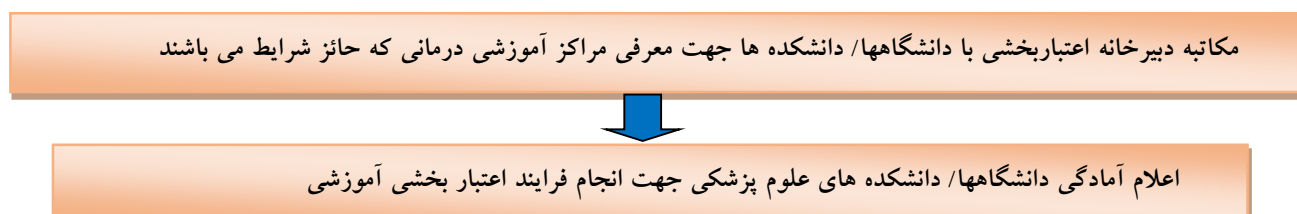
با جمع بندی موارد فوق می توان گفت: اعتباربخشی فرایندی است که در جریان آن، یک سازمان مشخص با استفاده از نظر مجموعهای از خبرگان یک حوزه تخصصی، بر اساس استانداردهای مدون و از پیش تعیین شده، نسبت به انجام ارزشیابیهای ادواری منظم واحدهای آموزشی در حوزه مورد نظر اقدام نموده و در مورد اعطای صالحت آموزشی به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

استانداردهای اعتباربخشی

مهمترین 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 توسعه ای) وجود دارد.

خلاصه فرآیند اعتباربخشی

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





گامهای اعتبار بخشی

گام های اعتبار بخشی را می توان در ۴ مرحله کلی شامل مرحله مقدماتی، خود ارزیابی، بازدید بیرونی و تصمیم گیری به شرح ذیل خلاصه نمود:



مرحله مقدماتی اعتبار بخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی:

- تعیین برنامه زمان بندی اعتبار بخشی (شامل خود ارزیابی و بازدید بیرونی) توسط دبیرخانه اعتبار بخشی

- کمیته اعتبار بخشی دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی می بایست مراکز حائز شرایط خود را به کمیته اعتبار بخشی 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 خواهند نمود.

- مراکزی مورد اعتباربخشی آموزشی قرار می گیرند که در اعتباربخشی درمانی موفق به کسب رتبه ممتاز یا یک 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 اندرکاران 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 مرحلهی 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 اعتباربخشی

آموزشی کمیته اعتباربخشی 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:



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

۵. کمیته خودارزیابی به منظور هدایت و نظارت کلیه فعالیت های 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 آمادگی 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 متقاضی اعتباربخشی است

راهنمای ارزیابی بیرونی در اعتبار بخشی 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)

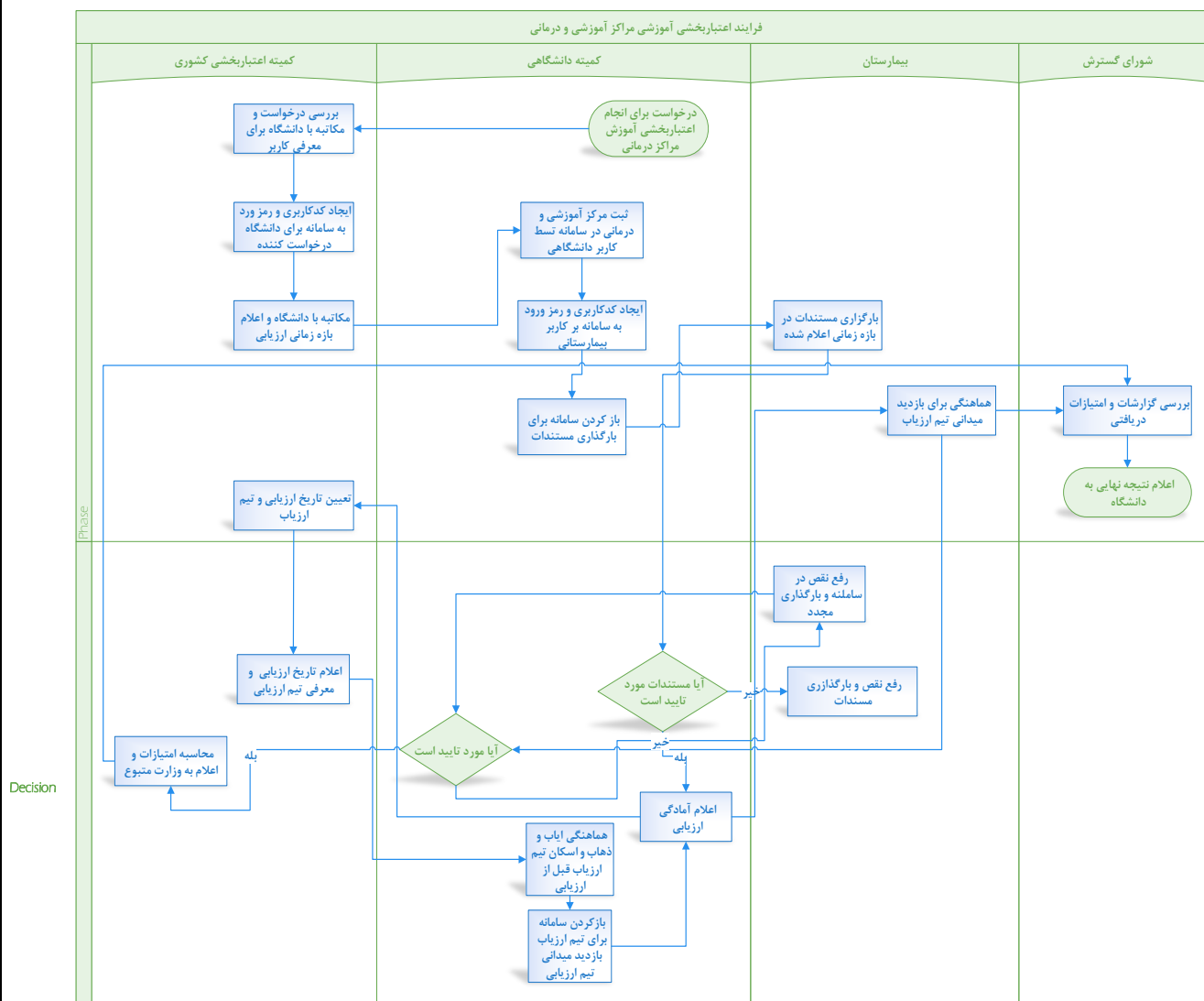
ارزیابان اعتباربخشی

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.

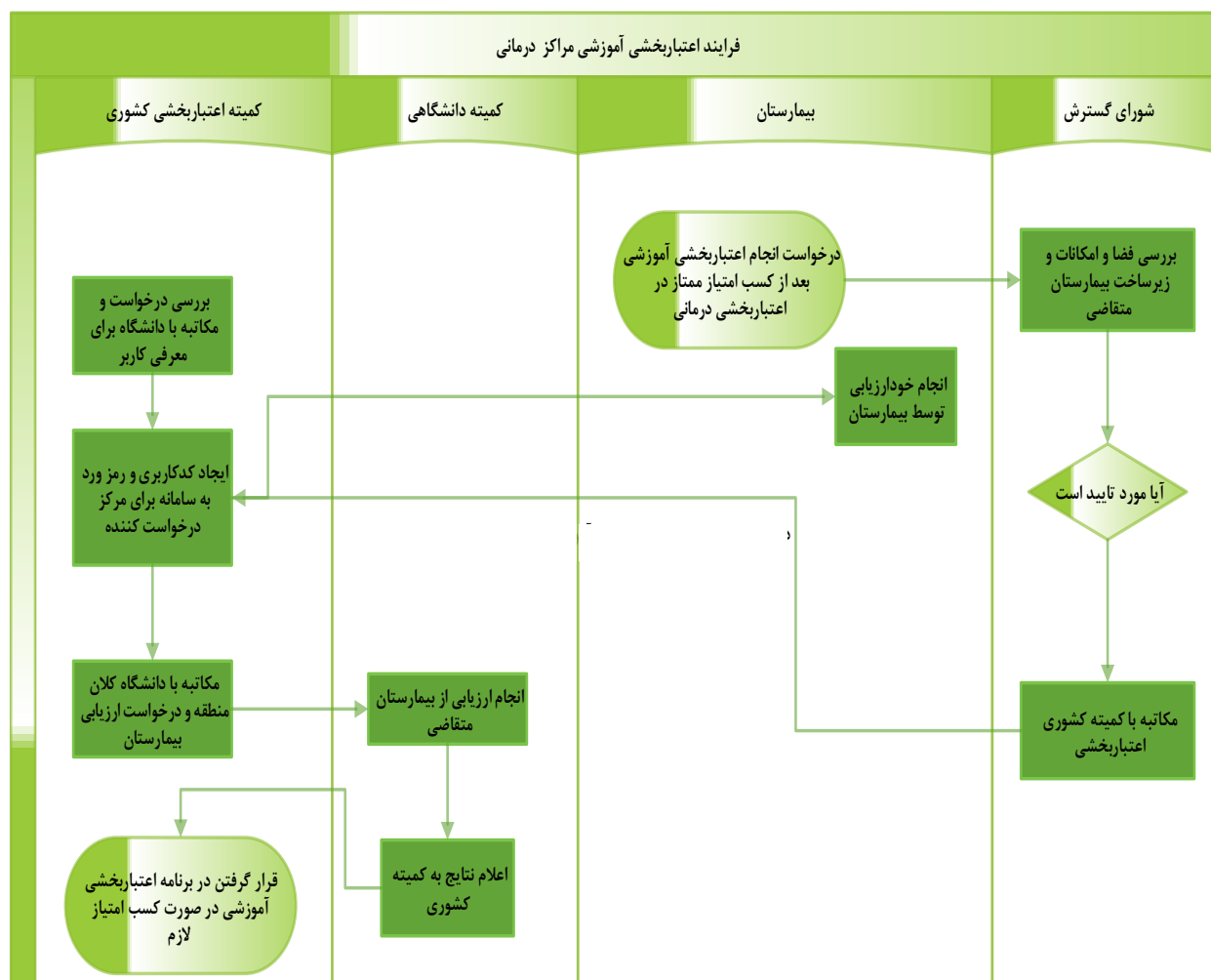
فرایند ارزیابی علم و هنر است. بنابراین، در انتخاب ارزیابان باید دقت کافی به عمل آورد. انتخاب ارزیابان باید بر اساس شرح وظایف و شرایط احراز مربوطه صورت گیرد. ارزیاب باید به طور عملی در حوزه مربوطه از تجربه کافی برخوردار باشد. حداقل سال تجربه کاری و تا سال تجربه مدیریتی برای انتخاب ارزیاب ضروری است. تجربه 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 شامل تا نفر این مسئولیت را بر عهده دارند.

فرایند اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی و درمانی



فرایند اعتباربخشی آموزشی مراکز درمانی



فرایند تجدیدنظرخواهی

