

التاريخ : ١٩ / ٥ / ٢٠٠٣ م

**قرار وزاري رقم (٢١٧) لسنة ٢٠٠٣ م
بشأن الخطوات والاجراءات اللازمة للحصول
على قرار الاعتراف الوطني لجودة الخدمات الصحية**

وزير الصحة :

- بعد الاطلاع على القرار الوزاري رقم ١٤٥ لسنة ٢٠٠٣ بإنشاء اللجنة العليا للاعتراف .
- وعلى القرار الوزاري رقم ٣٥٨ لسنة ٢٠٠١ بإنشاء إدارة الاعتراف وضمان الجودة بالوزارة .
- وانطلاقا من سياسة الوزارة للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية في البلاد .
- واعمالا للبرامج التنفيذية لاستراتيجية الوزارة في تحقيق برنامج الاعتراف بجودة الخدمات الصحية .
- وحرصا على حسن سير العمل في هذا البرنامج وفق اطار تنظيمي محدد .
- وادراكا بأهمية تحديد وضع الخطوات والاجراءات التنفيذية للبرنامج لضمان حسن سير العمل به في سهولة ويسر .
- وبناء على توصية اللجنة العليا .

- قرر -

مادة أولى : تعتمد الخطوات والاجراءات اللازمة للحصول على قرار الاعتراف الوطني لجودة الخدمات الصحية .

مادة ثانية : يبلغ هذا القرار من يلزم لتنفيذه ، ويعمل به من تاريخه .

وزير الصحة

دولة الكويت
وزارة الصحة

تابع القرار وزارى
رقم (٢١٧) لسنة ٢٠٠٣ م
بتاريخ ٢٠٠٣ / ٥ / ١٩

الخطوات والاجراءات اللازمة للحصول
على قرار الاعتراف الوطنى لجودة الخدمات الصحية

المحتويات

أولاً :- تعاريف

١

ثانياً :- اجراءات تقديم طلب التقييم الخارجي

١

ثالثاً :- اجراءات العمل في برنامج الاعتراف

٢

١ - تعيين اعضاء الفريق

٢

٢ - تحديد مواعيد زيارة الفريق

٢

٣ - مهام فريق المدققين

٢

٤ - واجبات ومسؤوليا المستشفى محل التقييم

٣

٥ - تقرير زيارة الفريق

٤

رابعاً :- سرية المعلومات

٥

خامساً :- اصدار قرار الاعتراف من اللجنة العليا

٥

سادساً :- الاعتراض على قرار اللجنة العليا

٦

الخطوات والجراءات الواجب اتخاذها للحصول على قرار الاعتراف الوطني لجودة الخدمات الصحية أولاً : تعاريف

يقصد بالمصطلحات الآتية المعاني الموضحة امام كل منها :-

اللجنة العليا - اللجنة العليا للاعتراف

الادارة - إدارة الاعتراف وضمان الجودة

الفريق - فريق المدققين

ثانياً : تقديم طلب التقييم الخارجي

١ - تقوم اللجنة العليا للاعتراف بإرسال نموذج طلب التقييم

الخارجي للاعتراف مع نموذج التقييم الذاتي لجميع مستشفيات
الوزارة .

٢ - على إدارة المستشفى تعبئة نموذج طلب التقييم الخارجي

للاعتراف كاملاً وبكل دقة وإرساله إلى الإدارة مرفقاً به التقييم
الذاتي وجميع الوثائق المطلوبة في النموذج معتمداً من مدير
المستشفى وذلك في الموعد الذي تحدده اللجنة العليا .

٣ - تقوم الادارة بدراسة الطلب ونتائج التقييم الذاتي والوثائق

المرفقة للتأكد من استيفاء المستشفى لشروط التقدم للاعتراف ،
ورفعها إلى اللجنة العليا مشفوعة بالرأي والتوصيات .

٤ - تقوم اللجنة العليا بالبت في الطلبات المقدمة من المستشفيات

واخطار المستشفيات الجاهزة (المستوفية للشروط) بالموافقة على
طلبها وإبلاغ المستشفيات غير الجاهزة (غير مستوفية الشروط)

بعدم الموافقة على طلبها مع بيان الملاحظات والتوصيات اللازمة لاستكمال الشروط المقررة ، وتقديم طلب جديد بعد استيفائها .

ثالثاً : اجراءات العمل في برنامج الاعتراف

تقوم الادارة بالتنسيق مع إدارة المستشفى الحاصل على موافقة اللجنة العليا للدخول في برنامج العمل اتخاذ الاجراءات التالية :-

١ - تعيين أعضاء فريق المدققين

على الإدارة اختيار أعضاء الفريق الخاص لكل مستشفى وترشيح رئيساً له ، ورفعته إلى اللجنة العليا لاعتماد تعيينهم ومن ثم اخطار المستشفى المعنى بأسمائهم .

٢ - تحديد مواعيد زيارة الفريق

أ - تقوم الإدارة بالاتصال بإدارة المستشفى للاتفاق على موعد بدء زيارة الفريق لاجراء التقييم الخارجي وذلك خلال شهر من تاريخ حصول المستشفى على الموافقة .

ب - تقوم الإدارة بالتنسيق مع رئيس الفريق ومنسق الزيارة بالمستشفى لوضع جدول أعمال الزيارة التي تستغرق من ثلاثة إلى خمسة أيام حسب حجم العمل في المستشفى من حيث عدد الاسرة وعدد الاقسام الطبية التخصصية ونوع الخدمة المقدمة .

٣ - مهام فريق المدققين

أ - يتولى كل فريق مهمة التقييم الخارجي للمستشفى المكلف به

وفقا للاسس والمعايير والقواعد الموضوعة تحت اشراف الادارة .

ب - يجتمع الفريق في اليوم السابق للزيارة ، وذلك لعمل الترتيبات اللازمة وتوزيع مهام العمل على اعضائه .

ج - تبدأ زيارة الفريق بعقد اجتماع تعارفي مع مجلس إدارة المستشفى ومنسقي الاعتراف بنفس المستشفى ، يتم خلال هذا الاجتماع عرض برنامج الزيارة من قبل رئيس الفريق ، ثم يقوم الفريق بعد ذلك بجولة تعريفية على اقسام المستشفى المختلفة .

د - يراجع الفريق وثائق المستشفى الخاصة بالمتطلبات الاساسية للتحضير للاعتراف ، ويتبع ذلك اجراء المقابلات مع العاملين بالمستشفى ، والمرور على الاقسام المختلفة حسب الجدول المعد لذلك .

هـ - يعقد الفريق

و - تنتهي زيارة فريق المدققين بعقد اجتماع ختامي مع إدارة المستشفى حيث يقدم رئيس الفريق ملاحظات عامة عن الزيارة .

ز - يعتبر رئيس فريق المدققين حلقة الاتصال بين الفريق والمستشفى وإدارة الاعتراف وضمان الجودة .

٤ - واجبات ومسؤوليات المستشفى محل التقييم

لضمان حسن سير العمل في مهمة تقييم المستشفى ، على إدارة المستشفى الالتزام بما يلي تحت مسؤولية مدير المستشفى :-

١- تعيين منسق لزيارة الفريق للمستشفى .

٢ - تسهيل مهمة الفريق أثناء زيارته لاتمامها حسب الجدول

الموضوع بالاتفاق مع المستشفى ، وذلك بعمل الاتي :-

أ - توفير كافة المعلومات المطلوبة لاداء مهمة الفريق من مصادرها السليمة .

ب - توفير مكان خاص لاجتماع الفريق يتوفر به الملفات والوثائق المطلوبة وتجري فيه مقابلات الفريق مع العاملين بالمستشفى .

ج - تواجد منسق الزيارة أثناء زيارة الفريق للمستشفى وسهولة الوصول إليه .

د - تسهيل وترتيب مقابلات الفريق مع العاملين بالمستشفى .

هـ - الالتزام بالمواعيد المحددة مع اللجنة العليا والادارة من حيث :-

(١) موعد بدء الزيارة .

(٢) موعد تسليم الملاحظات على تقرير الفريق .

(٣) موعد تسليم طلب الاعتراض على قرار الاعتراف .

٣- في حالة حدوث طارئ للمستشفى يؤثر على سير عملية الاعتراف تقوم إدارة المستشفى بإبلاغ اللجنة العليا بذلك قبل موعد الزيارة ، ويتم الاتفاق بعد ذلك على موعد جديد للزيارة ، ولا يحق للمستشفى الاعتذار اكثر من مرة عن اجراء الزيارة .

٥ - تقرير زيارة الفريق

أ - بعد الانتهاء من زيارة المدققين للمستشفى يقوم الفريق بإعداد

تقرير نهائي عن زيارته ويرفعه رئيس الفريق إلى إدارة الاعتراف في مدة اقصاها اسبوع من تاريخ انتهاء الزيارة .

ب - تقوم هذه الادارة بتسليم نسخه من تقرير الزيارة إلى إدارة المستشفى في مدة لا تزيد عن أسبوعين من تاريخ انتهاء الزيارة .

ج - ترفع إدارة المستشفى اية ملاحظات تراها عن التقرير مدعما بالمعلومات والوثائق اللازمة - ان وجدت - وذلك خلال اسبوعين من تاريخ استلام التقرير . ولا يلتفت لاي ملاحظات ترد للادارة بعد هذا الموعد .

د - تقوم إدارة الاعتراف مع نفس فريق المدققين بمناقشة الملاحظات الواردة من إدارة المستشفى والتوصل إلى رأى بشأنها .

هـ - تعد إدارة الاعتراف بعد ذلك توصياتها وترفعها إلى اللجنة العليا مرفقا بها تقرير الفريق وملاحظات إدارة المستشفيات للبت في الموضوع .

رابعاً : سرية المعلومات

يلتزم جميع العاملين في مجال الاعتراف بما يلي حتى لا يتعرض للمساءلة القانونية :-

أ - السرية التامة للمعلومات التي يحصلون عليها من خلال أعمالهم وعدم الافشاء بها .

ب - عدم الادلاء بأي بيانات أو معلومات عن أي مستشفى لأي جهة أخرى إلا بعد موافقة هذا المستشفى خطياً .

ج - عدم نشر معلومات غير حقيقية عن نتيجة الاعتراف .

خامساً : اصدار قرار الاعتراف من اللجنة العليا

- ١ - تعرض توصيات إدارة الاعتراف وضمان الجودة على اللجنة العليا وتقوم هذه اللجنة بالنظر في تقرير المدققين وملاحظات المستشفى وتوصيات الادارة للبت في مدى تطبيق المستشفى محل التقييم للاشتراطات اللازمة والمعايير الموضوعة .
- ٢ - تصدر اللجنة العليا قرار الاعتراف للمستشفى ، وتبلغ إدارة المستشفى بهذا القرار .

سادساً : الاعتراض على قرار اللجنة العليا

يكون لادارة المستشفى حق الاعتراض على قرار اللجنة العليا كتابة ، وذلك خلال اسبوعين من تاريخ اخطارها بهذا القرار ، ولايلتفت للإعتراض الذي يقدم بعد هذه المدة .

وعلى اللجنة العليا قبول الاعتراض أو رفضه ، وفي حالة قبوله تقوم بتعديل قرارها أو طلب إعادة التقييم الخارجي للمستشفى كليا أو جزئيا .