



## مدیریت و رهبری

# مدیریت ورهبری

تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و بر تحقق نتایج متوازن نظارت مینماید.

سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره ای بازنگری میشود

رهبری بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل مینماید

سیاستهای اصلی ابلاغ شده و برنامه های بیمارستان بر اساس آن تدوین و اجرا میشود.

بیمارستان در خصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپایی اطمینان حاصل مینماید

تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه ریزی و اقدام مینماید

عملکرد تیم رهبری و مدیریت بیانگر تعهد به اجرای برنامه های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است

کمیته های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به صورت اثر بخش فعالیت مینمایند

بیمارستان در اجرای برنامه های ملی سلامت مشارکت می نماید

بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت برنامه ریزی و اقدام مینماید

بیمارستان از مشارکت پیمانکاران و تامین کنندگان در تحقق نتایج مطلوب اطمینان حاصل مینماید

بیمارستان از تامین منابع مالی و مدیریت هزینه ها جهت استقرار و استمرار کیفیت خدمات، اطمینان حاصل مینماید

## سیاست‌های اصلی ابلاغ شده و برنامه های بیمارستان بر اساس آن تدوین و اجرا میشود

- تعیین و مکتوب نمودن سیاست‌های اصلی توسط مسئولان ارشد بیمارستان ۱/۵
- همسویی سیاست‌های اصلی با سیاست‌های سازمان بالادستی و ملاحظات بومی بیمارستان ۱/۵
- استفاده از سیاست‌های اصلی به عنوان راهنما در تدوین استراتژیها و فعالیتهای بیمارستان ۳
- استفاده از سیاست‌های اصلی در نظارت و ارزیابی عملکرد واحدها ۴

سیاست های اصلی براساس  
ماموریت‌های بیمارستان وهمسو  
با سیاست های بالا دستی  
تدوین شده است سطح ۲

- شناسایی و تحلیل ذینفعان با یکی از روشهای علمی و مشخص کردن ذینفعان کلیدی بیمارستان ۳/۵
- ابلاغ سیاست‌های اصلی بیمارستان برحسب ارتباط موضوعی به ذینفعان کلیدی داخلی ۳
- ثبت و به روز رسانی فهرست و تحلیل انجام شده ذینفعان ۳,۵

شناسایی و تحلیل ذینفعان  
انجام و سیاست های اصلی به  
ذینفعان کلیدی ابلاغ شده  
است سطح ۲

# رهبری بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگو بودن مسئولان در حیطة وظایفشان اطمینان حاصل می نماید

## □ مدیران / مسئولان در انجام وظیفه محواله متعهد و پاسخگو هستند

- آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از نیازهای به روز شده جامعه و مراجعه کنندگان و سایر ذینفعان
- آگاه بودن مدیران و مسئولان بیمارستان از مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان
- آگاه بودن هر یک از اعضا تیم رهبری و مدیریت از حیطة مسئولیت ها و شرح وظایف خود، ۱،۵
- برنامه ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن نیازهای شناخته شده ۲،۵
- آگاه نمودن سایر مسئولان و کارکنان از نیازها و برنامه ها همراه با شواهد ، توسط تیم رهبری و مدیریت
- تعهد و پاسخگو بودن در برابر نتایج سازمانی و ذینفعان کلیدی ۲

## □ مدیران / مسئولان بیمارستان از دانش و مهارت لازم برای انجام ماموریت های محوله بر خوردارند

- وجود گواهی آموزشی مدیران ، برای پنج رده مدیریتی تعیین شده ۱/۵
- نیاز سنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان / مدیران سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری بیمارستان
- گذراندن دوره های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران و مسئولان ۲
- استفاده از آموزه های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات و تصمیم گیری های سازمانی توسط مدیران و مسئولان در رده های مختلف ۳
- همخوانی دانش و مهارت مدیران / مسئولان بیمارستان با ماموریت های محوله ۲،۵

## نمودار سازمانی با روابط سطوح مسئولیت ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی براساس آن برقرار است سطح یک

- تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی ۲/۵
- تطابق نمودار سازمانی با عملکرد و روابط بین واحدها و اجرای آن ۴/۵
- بازنگری و به روز رسانی نمودار سازمانی در صورت تغییر ۳

# سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده وبصورت دوره ای بازنگری می شود

سند استراتژیک مبنای برنامه ریزی ها در بیمارستان است

- هم سویی برنامه های عملیاتی و جاری بیمارستان با سند استراتژیک ۳,۵
- عدم اتخاذ تصمیمات / انجام اقدامات مغایر با سند استراتژیک در سطوح مدیریتی بیمارستان ۴
- آگاهی مدیران / مسئولان و کارکنان از برنامه های عملیاتی مرتبط با واحد خود ۲,۵

سند استراتژیک هماهنگ با سیاستهای اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری میشود

- تحلیل وضعیت موجود و پیش بینی شرایط آنی بیمارستان با یکی از روش ها و الگوهای شناخته شده علمی و در نظر گرفتن انتظارات ذینفعان در تدوین برنامه ۱,۵
- در نظر گرفتن استراتژی ها و اهداف ابلاغ شده از طرف سازمان بالادست در استراتژی ها و اهداف کلان بیمارستان ۱
- تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاستهای اصلی بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ۱
- تعیین اهداف عملیاتی/ اختصاصی / عینی اسمارت برای هر یک از سالهای برنامه استراتژیک مطابق با اهداف کلان و استراتژیهای تدوین شده ۱,۵
- آماده سازی سند استراتژیک و تصویب و ابلاغ برنامه استراتژیک به واحدهای بیمارستان ۱
- بازنگری حداقل سالیانه و یا اصلاح آن در صورت نیاز در هر مقطع زمان ۱,۵
- در دسترس بودن سند استراتژیک در بخش ها / واحدها (ترجیحا بصورت الکترونیک) ۱
- آگاهی کارکنان از قسمتهای مرتبط با فعالیت خود ۱,۵

# تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و بر تحقق نتایج متوازن نظارت مینماید.

□ فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت میشوند

- شناسایی و مکتوب نمودن فرآیندهای اصلی و مشخص کردن اجزاء فرآیندها ۱
- ترسیم توالی و تدوین تعامل بین فرآیندهای اصلی (نمودار فرآیند) ۱
- اجرایی نمودن فرآیندهای مکتوب شده ۱,۵
- تعریف شاخصهای متناسب و معیارها/ حد مورد انتظار برای اندازهگیری فرآیندها ۱
- اندازهگیری شاخصهای تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج ۲
- تعیین و اجرای اقدامات مناسب/ اصلاحات فرآیندی ۲
- بازنگری و به روز رسانی فرآیندهای اصلی ۱,۵

□ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.

- ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارشهای تحلیلی مورد نیاز ۲,۵
- نظارت بر عملکرد بخشها / واحدها براساس گزارشهای بدست آمده از منابع مختلف برای تحقق نتایج متوازن حاصل از تصمیمات و اقدامات ۲,۵
- تصمیم سازی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی بیمارستان ۵

## برنامه های عملیاتی طراحی، پایش و مدیریت می شوند

- تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی / عملیاتی / عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سالیانه و با مشارکت واحدهای مرتبط ۱
- لحاظ موازین ایمنی بیمار و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در برنامه عملیاتی و بودجه بندی بیمارستان با هویتی مشخص و مستقل) یا در قالب پیوست برنامه ۱)
- تعیین فعالیتهای لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی / عملیاتی / عینی ۱
- مشخص نمودن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) مورد نیاز برای هر فعالیت ۱
- مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آنها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی ۱
- تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه گیری آنها در بازه های زمانی مشخص ۱
- اطلاع کارکنان از برنامه های عملیاتی مرتبط با واحد خود ۱
- تهیه گزارشهای پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه های زمانی مشخص و ارائه به تیم رهبری و مدیریت ۱,۵
- به روز رسانی برنامه های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه گیری شاخصهای مربوط ۱,۵

## سوابق و مستندات مدیریت، تحت کنترل بوده و قابل بازیابی است

- شناسایی مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان از طریق انتخاب نام/ عنوان و کدگذاری آنها، ۱،۵
- مکتوب نمودن نحوه کدگذاری، تصویب، بازنگری، توزیع و تغییر مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان ۱،۵
- تهیه فهرست اصلی برای مستندات درون سازمانی ۱
- مشخص نمودن فرد مسئول برای کنترل مستندات درون سازمانی ۱
- کسب اطمینان از تحت کنترل بودن و استفاده صحیح کارکنان از نسخ معتبر و به روز مستندات درون سازمانی و برون سازمانی ۲،۵
- تعیین سوابق مورد نیاز در واحدها برای نگهداری و مشخص نمودن مدت زمان و نحوه نگهداری هر یک از سوابق ۲،۵

## چالشها و فرصتهای بهبود، شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل میشود.

- شناسایی و مکتوب نمودن چالشها در دوره های زمانی معین به تشخیص مدیران / مسئولان بیمارستان ۱،۵
- تعیین فرصتهای بهبود با توجه به امکانات و توانمندیهای بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالشهای شناسایی شده ۲،۵
- جمع آوری ایده های مناسب برای فرصتهای بهبود پیش بینی شده و انتخاب ایده های کاربردی برای اجرا ۲،۵
- اجرای ایده ها و ارزیابی موثر بودن آنها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود ۳،۵



## تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، نشانگر اهتمام و نظارت بر حسن اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی باموازیین شرع مقدس در بیمارستان میباشد.

- آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از قانون انطباق امور اداری و فنی موسسات و شرح وظایف مربوط ۲
- برنامه ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای قانون و ایجاد فضای مناسب جهت اجرا ۱
- وجود مصوبات موثر، مشخص و فاقد ابهام در کمیته های مرتبط همراه با ضمانت اجرایی ۲
- آگاهی سایر مسئولان و کارکنان نسبت به قانون فوق، همراه با شواهد، توسط تیم رهبری و مدیریت ۱
- انطباق عملکرد کلیه مسئولان و کارکنان ۲
- وجود مستندات حاکی از نظارت تیم مدیریت و رهبری بر حسن اجرای قانون ۱
- وجود مستندات نشانگر بررسی و رعیت اجرای قانون در بیمارستان، گزارش و اقدام اصلاحی ۱

نظرات و پیشنهادات ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، با روشی مدون اخذ شده و در برنامه ریزیها مورد استفاده قرار میگیرند.

- مشخص نمودن نحوه و بازه های زمانی برای دریافت نظرات و پیشنهادات هر یک از گروه های ذینفع ۲
- ارائه بازخورد، به واحدهای مختلف بیمارستان از نتایج نظرسنجی بدست آمده ۴
- استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن ۴

# کمیته های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به صورت اثربخش فعالیت مینمایند.

- تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر یک از کمیته های بیمارستانی ۱,۵
- برگزاری جلسات کمیته ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعملهای ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی بیمارستان برای هر کمیته ۲,۵
- تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته ها، متناسب با وظایف و تخصصهای مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت ۱,۵
- تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان ۲,۵
- برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته ۲

جلسات کمیته های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان برگزار میشود. سطح یک

- تعیین دستور کار جلسات کمیته ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته ۱
- ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین ۱
- همفکری اعضا و تصویب راه حلهای واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه ۱,۵
- مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده ۱,۵
- تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز ۱
- تهیه صورتجلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی بیمارستان ۱
- بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته ها ۳

□ مصوبات کمیته های بیمارستانی شامل راه حلهای واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است. سطح یک

## □ اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی، ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل میآید.

- اندازه گیری و تمایل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط دفتر بهبود کیفیت با همکاری دبیران کمیته ها ۲
- ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته ها توسط دفتر بهبود کیفیت ۲,۵
- ارائه گزارشهای دوره‌های (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفیت ۲
- انجام اقدامات اصلاحی در کمیته های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هر یک از کمیته ها ۳,۵

## کمیته های بیمارستانی در روند ارتقا کیفیت خدمات و ایمنی بیماران نقش مؤثر ایفا مینمایند.

- اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته های بیمارستانی ۲
- مشارکت فعال کمیته های مرگ و میر، انتقال خون، دارو و درمان و سایر کمیته ها در موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارتقا آن ۲,۵
- کسب اطمینان از ایفای نقش مؤثر کمیته های بیمارستانی از ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در ارزیابی اثر بخشی کمیته های بیمارستانی ۲
- وجود شواهد تایید کننده مبنی بر ایفای نقش مؤثر کمیته های بیمارستانی در ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان ۳,۵

# عملکرد تیم رهبری و مدیریت بیانگر تعهد به اجرای برنامه های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است.

- درج سیاستهای منتخب تیم رهبری و مدیریت برای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار در "سیاستهای اصلی" بیمارستان ۱
- بررسی گزارشهای تحلیلی از کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیمار و استفاده از آنها در بازنگری/ویرایش سند استراتژیک و "سیاستهای اصلی" بیمارستان ۲
- اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستورکار و مصوبات جلسات تیم رهبری و مدیریت ۱,۵
- اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستورکار و مصوبات جلسات کمیته های بیمارستانی ۱,۵
- مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات/ برنامه های مدیریت ۲,۵
- تایید کارکنان و مسئولان واحدهای بیمارستان، بر تاکید تیم رهبری و مدیریت بر کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیمار در بیانات، نشستها، بازدیدهای میدانی و جلسات ۱,۵

**تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده اولویت بخشی به ارتقا کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است.**

- اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت مدون طبق دستورالعمل ابلاغی ۱,۵
- مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات/ برنامه ریزی های مدیریتی ۲
- وجود صورتجلسه برای هر یک از بازدیدهای ایمنی بیمار مشتمل بر دغدغههای مطرح شده و راهکارهای پیشنهادی با امضای حاعرین در بازدید ۱,۵
- طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود موثر بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار ۳
- ارائه پسخوراند مستند نتایج بازدیدها و نتایج اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد/ افراد پیشنهاد دهنده ۲

**□ تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدون ایمنی را مطابق عوالب مربوط برنامه ریزی و اجرا مینماید.**



□ مسئول ایمنی و کارشناس

هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اساس شرح وظایف فعالیت مینمایند.

- فعالیت مسئول فنی / ایمنی بیمار طبق آخرین ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت و شرح وظایف تعریف شده ۵
- فعالیت کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار طبق شرح وظایف تعریف شده ۵

□ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه

خدمات / مراقبت سلامت مطابق ضوابط مربوط گزارش میشوند.

- گزارش حوادث ناخواسته درمان بر اساس شیوه نامه ابلاغی وزارت بهداشت ۲
- انجام اقدامات لازم طبق مراحل شیوه نامه ابلاغی وقایع ناخواسته با هماهنگی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی ۶

□ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه

خدمات / مراقبت سلامت، شناسایی، پیشگیری و مدیریت میشوند.

- وجود رویکرد عاری از سرزنش نابجا، منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار جهت ترویج گزارشدهی وقایع ناخواسته از سوی تیم رهبری و مدیریت ۱
- شناسایی علل ریشه‌های منجر به وقایع ناخواسته ایمنی بیمار اعم از وقایع ناگوار، موارد بدون آسیب، موارد نزدیک به وقوع ۱
- تدوین دستورالعمل مشخص برای نمونه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته طبق دستورالعمل ۱
- بررسی و تحلیل مستمر نتایج و روند گزارشدهی وقایع ناخواسته به منظور برنامه ریزی برای ارتقا ایمنی بیمار به صورت مدون ۱
- طراحی و اجرای برنامه/مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تملیل علل ریشه ای وقایع ناخواسته ۱،۵
- نظارت و پایش برنامه مداخلات اصلاحی با روشهای معتبر جهت ارتقا گزارش دهی ۱
- اطلاع رسانی / بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش کنندگان ۱
- به مشارکت گذاشته شدن درسهای آموخته شده با سایر کارکنان و بخشهای مرتبط ۱
- استفاده از وقایع رخ داده به عنوان درس از گذشته به عنوان شواهد در برنامه ریزی و بازنگری برنامه ها و فرایندها ۱

- وجود برنامه مدون و در حال اجرا برای پایش اثربخشی ایمنی بیمار ۲,۵
- وجود برنامه عملیاتی مداخلات اصلاحی اثربخش برای ارتقا ایمنی بیمار ۳
- تغییر مشهود در روند بهبود شاخصهای ایمنی بیماران در سطح بیمارستان ۴,۵

□ اثربخشی برنامه های ارتقا ایمنی بیمار در فواصل زمانی معین ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر اجرا میشود.

- تدوین خط مشی و روش "مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت" با حداقلهای مورد انتظار ۳
- آگاهی، تعهد و عملکرد تیم رهبری و مدیریت و سایر کارکنان مرتبط طبق خط مشی و روش مدیریت پیشگیرانه خطر ۷

□ مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، برنامه ریزی و اجرا میشود.

- آگاهی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار ۱
- تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف ۱
- آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار ۱
- ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با روش معتبر در زمان بندیهای معین ۱,۵
- بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود در صورت لزوم ۲
- ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار ۲
- نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی ۱,۵

□ استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

- اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت خدمات در تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، کمیته های بیمارستانی و مدیریت بخشها / واحدها ۲
- آگاه بودن کارکنان نسبت به مفاهیم و مصداقهای ارتقای کیفیت خدمات در واحد خود ۲
- نهادینه شدن باورهای کیفی در بین مدیران و کارکنان بیمارستان در تمام سطوح عملکردی به عنوان یک ارزش سازمانی ۲
- تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف ۲
- آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف ۲

□ اولویت بخشی به ارتقا کیفیت خدمات در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

# تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه ریزی و اقدام مینماید.

- در نظر گرفتن محوریت بیمار در برنامه ریزی ها و اقدامات مرتبط در حال انجام در بیمارستان ۱,۵

- برنامه ریزی و اجرای آموزشهای مرتبط با فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت ۲

- طرح ریزی و اجرای برنامه های تشویقی در راستای نهادینه کردن فرهنگ بیمار محوری ۲
- دریافت گزارشهای فصلی از ارزیابی ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله ای در زمینه مغایرتها و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی موثر ۲

- استقرار فرهنگ بیمار محوری در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان ۲,۵

□ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان است.

- برنامه ریزی و اجرای آموزشهای مرتبط با ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفهای در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت ۱,۵

- طرح ریزی و اجرای برنامه های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای توسط پرسنل مرتبط ۲

- مشارکت فعال و برنامه ریزی توسط کمیته اخلاق بالینی برای ارتقا اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای ۱,۵

- دریافت گزارشهای فصلی از اقدامات انجام شده، تحلیل و ابلاغ اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و پیگیری اجرای آنها ۲

- نهادینه شدن اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی کارکنان بیمارستان ۳

□ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در بیمارستان است.

- تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن ۲
- نظارت شیوه مند، مستمر و موثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای ۱,۵
- تدوین و اندازه گیری شاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت و نظارت کمیته اخلاق بالینی ۱,۵
- تحلیل نتایج اندازه گیری شاخصها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای در کمیته اخلاق بالینی ۲
- انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای ۳

□ نظارت مستمر و موثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای برنامه ریزی و انجام می شود.

- شناسایی مواردی از مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان با منشور حقوق بیمار ۲
- اطلاع رسانی این مصادیق به تمامی پرسنل بیمارستان ۱,۵
- ارائه و اجرای پیشنهادات پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری با هدایت تیم رهبری و مدیریت ۲
- طراحی و اجرای سیستم مدیریتی برای ثبت موارد گزارش شده در خصوص تعارض منافع ۲
- انجام اقدامات اصلاحی در صورت وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری ۲,۵

□ هر گونه تعارض در منافع با منشور حقوق بیمار در سطح بیمارستان شناسایی و با رویکرد بیمار محوری مدیریت شود



- وجود شواهدی مبنی بر مراقبت مستمر تیم رهبری و مدیریت از منشور حقوق بیماران ۲
- پایش برنامه های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با رعایت حقوق بیماران ۱,۵
- اصلاح موارد عدم انطباق موجود در برنامه های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با حقوق بیماران ۲,۵
- ارائه گزارش از عدم انطباقهای بدست آمده و اقدامات اصلاحی مربوط در جلسه با مسئولان تمام واحدها، ۱,۵
- نهادینه شدن احترام به حقوق بیماران در تمام سطوح عملکردی بیمارستان ۲,۵

□ اولویت بخشی به حقوق بیمار  
در تمام سطوح عملکردی  
بیمارستان مشهود است.

- تهیه روش مدون برای تشریح نمونه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان ۱
- اطمینان از پایبندی کارکنان بر اصول حرفه‌ای در مشاغل بالینی ۱,۵
- پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان ۱,۵
- ارائه گزارش از عدم انطباقهای بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت
- انجام اقدام اصلاحی/پیشگیرانه در موارد عدم انطباق ۱,۵
- نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان ۲,۵

□ رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و  
اخلاق بالینی در تمام سطوح  
عملکردی بیمارستان مشهود  
است.

# بیمارستان در خصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیت های بستری عادی، ویژه و سرپایی اطمینان حاصل مینماید.

- تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی ۰,۵
- تعریف شاخصهای مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت ۰,۵
- شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای مماسبه بهینگی استفاده از تختهای بستری عادی ۰,۵
- تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار /مطلوب برای شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت ۰,۵
- اندازه گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تخت بستری عادی ۱
- تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ۱
- شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد ۱
- طرح ریزی اقدامات /برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات /برنامه های بهبود با مدیریت مدیر تخت ۲
- سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ۱,۵
- فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران بستری عادی با حداکثر ظرفیت تختهای مصوب ۱,۵

استفاده بهینه از  
ظرفیت تخت های  
بستری عادی، با  
رعایت اصول  
کیفیت و ایمنی  
بیمار برنامه ریزی  
و بر اساس آن  
عمل میشود.

- تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری در بخشهای ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی ۰,۵
- تعریف شاخصهای مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت ۰,۵
- شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تختهای ویژه ۰,۵
- تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار /مطلوب برای شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت ۰,۵
- اندازه گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تختهای بستری ویژه ۰,۵
- تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ۰,۵
- شناسایی و پیش بینی شرایط تاثیر گذار بر بهینگی ۰,۵
- طرح ریزی اقدامات /برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات /برنامه های بهبود ۱,۵
- سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ۱
- رعایت اندیکاسیونهای تعیین شده توسط بیمارستان برای پذیرش بیماران از نظر اورژانسی و پرخطر بودن در بخشهای ویژه ۱
- فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران با حداکثر ظرفیت تختهای ویژه مصوب ۱
- تعامل و مشارکت برای جذب بیماران خارج از بیمارستان نیازمند به بستری در بخشهای ویژه از طریق ستاد هدایت دانشگاه ۱
- وجود روش معینی برای بررسی علت و تعیین تکلیف بیماران با بستری طولانی مدت یا خارج از اندیکاسیونهای پذیرش در بخشهای ویژه ۱

استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری در بخشهای ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل میشود.

- بررسی وضعیت موجود فضاهای درمانی با در نظر گرفتن عواید وزارت بهداشت و سازمانهای بالادست ۱
- مطرح کردن موارد عدم انطباق و اولویت بندی برای اصلاح در جلسات تیم رهبری و مدیریت با حضور مسئول ایمنی بیمارستان ۱
- گاهی تیم رهبری و مدیریت از عدم انطباقهای فضاهای درمانی و اولویتهای اصلاح ۱
- تعیین و انجام اقدامات اصلاحی برای موارد اولویت دار ۲
- تهیه گزارش تحلیلی از اقدامات انجام گرفته ۱
- رعایت استانداردهای کتاب بیمارستان ایمن در طراحی و راه اندازی بخشها/واحدهای جدید بیمارستان ۲
- مدیریت نگهداشت فضاهای درمانی مطابق برنامه زمانبندی شده و نظارت بر حسن اجرای آن توسط تیم رهبری و مدیریت ۲

**فضاهای درمانی مورد نیاز با توجه به ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تامین شده است**

- تعیین دامنه بهینگی و شاخصهای مورد نظر برای بهینگی اتاق عمل توسط تیم رهبری و مدیریت ۵، ۰
- شناسایی منابع گردآوری دادههای لازم برای مماسبه بهینگی استفاده از تختهای اتاق عمل ۵، ۰
- تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و مماسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص/شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت ۵، ۰
- اندازه گیری بهینگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت (مثلا پایش گردش تخت اتاقهای عمل ۱
- شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد توسط تیم رهبری و مدیریت ۵، ۰
- طرح ریزی اقدامات/برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن ۱
- اجرای اقدامات/برنامه های بهبود با مدیریت مدیر تخت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن ۵، ۱
- سنجش و تحلیل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ۱
- بررسی لیست اعمال جراحی روزانه بر اساس تعداد اتاقهای عمل بیمارستان با احراز خالی بودن یک اتاق برای موارد اورژانسی ۱
- تعیین حداقلهای لازم برای انجام اعمال جراحی اعم از نیروی انسانی، تجهیزات، زمان، مشاورهها و سایر منابع (از جمله رزرو خون، رزرو تخت ویژه، پروتز و ... ۱)
- تنظیم و اجرای برنامه زمانبندی اتاق عمل بر اساس حداقل های تعیین شده ۵، ۱

**استفاده بهینه از ظرفیت های اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل میشود.**

## ارائه خدمات در بازه زمانی مورد انتظار، از طریق پیگیری امور بیماران و بر اساس نوع خدمات بستری مدیریت میشود.

- تعیین و اندازه گیری شاخص های مناسب برای محاسبه زمان مورد انتظار بیماران در ارائه خدمات مختلف ۱
- تفسیر و تحلیل نتایج و روند اندازه گیری ها و ارائه اقدامات اصلاحی ۲
- نظارت بر نحوه ارائه خدمات مورد نیاز شبانه روزی بیماران ۲
- نظارت بر اجرای دستورالعمل ابلاغی آنکالی و بخشنامه ابلاغی مقیمی در خصوص بازه زمانی تعریف شده ۲
- پیگیری امور بیماران و رفع موانع و عدم انطباقهای فرآیندی به صورت پیش گیرانه به منظور تسهیل و تسریع خدمات پزشکی بیماران ۳

## □ علل و عوامل بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه ریزی و اجرا میشود.

- شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه ریزی قبلی طی یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان ۲
- پایش روند شاخص بستریهای مجدد در کل و به تفکیک عناوین مختلف مانند بخش، سرویس تخصصی، تشخیص نهایی بیماری، پروسیجرها ۲
- بررسی علل بستری مجدد و انجام تحلیل علل ریشه‌ای توسط تیمهای مربوطه ۳
- انجام اقدامات اصلاحی مؤثر بر اساس نتایج بررسیها و پایش نتایج اقدامات توسط تیمهای مربوطه ۳

- تعیین دامنه بهینگی و شاخصهای مورد نظر بهینگی برای مشارکت گروه های پزشکی در خدمات سرپایی ۰,۵
- شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای محاسبه بهینگی مشارکت گروههای پزشکی در خدمات سرپایی ۰,۵
- تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخصهای تعریف شده ۱
- اندازه گیری بهینگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها برای مشارکت گروه های پزشکی در خدمات سرپایی ۱,۵
- شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی گروه های پزشکی تاثیر بگذارد ۱
- طرح ریزی و اجرای اقدامات/ برنامه های بهبود با توجه به نتایج بدست آمده در مراحل بالا ۱,۵
- سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی مشارکت گروههای پزشکی در خدمات سرپایی ۲
- برنامه ریزی و اجرای اقدامات تشویقی برای بهینه سازی استفاده از ظرفیت گروههای پزشکی ۲

**استفاده بهینه از ظرفیت گروههای پزشکی برای توسعه خدمات سرپایی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام میشود.**

# بیمارستان از تامین منابع مالی و مدیریت هزینه ها جهت استقرار و استمرار کیفیت خدمات، اطمینان حاصل مینماید.

- وجود نظام ثبت اطلاعات حسابداری و سامانه اطلاعات حسابداری مناسب<sup>۲</sup>
- انجام کنترلهای داخلی حسابداری مطابق با استانداردهای مرتبط<sup>۲</sup>
- هزینه کرد منابع و بودجه های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه های ابلاغی مربوط<sup>۲</sup>
- پاسخگویی رئیس و مدیر بیمارستان در مقابل هزینه کرد صمیح بودجه و اعتبارات تخصیصی<sup>۳</sup>

منابع و بودجه های عملیاتی  
تخصیصی مطابق اهداف  
برنامه های مربوط هزینه  
میشوند.

- شناسایی کانونهای درآمدی بیمارستان و تعیین/برآورد ظرفیت تولید درآمد در هر یک از کانونها در چارچوب قوانین و مقررات مربوط<sup>۱,۵</sup>
- تعیین عوامل موثر بر افزایش/کاهش تولید و وصول درآمد در هر یک از کانون های شناسایی شده<sup>۱</sup>
- تعیین مقدار درآمد تحقق یافته/ وصول شده در هر یک از کانونهای شناسایی شده<sup>۱</sup>
- تحلیل و شناسایی علل کاهش تحقق/وصول درآمدها در هر یک از کانونهای شناسایی شده<sup>۱,۵</sup>
- برنامه ریزی و اقدام برای از بین بردن علل کاهش و تقویت علل افزایش تحقق/ وصول درآمدها<sup>۲,۵</sup>
- ممانعت از هرگونه تاثیر منفی سیاستهای مالی، درآمدزایی و صرفه جویی ها بر ایمنی بیمار<sup>۲,۵</sup>

افزایش درآمد بیمارستان  
در چارچوب ضوابط مربوط  
و رعایت اصول کیفیت و  
ایمنی بیمار برنامه ریزی و  
مدیریت میشود.

- تعیین مقدار و سهم کمکهای خیرین در برنامه های گوناگون بیمارستان در ۵ سال اخیر و هدف گذاری برای سالهای آینده ۱
- تصویب برنامه های توسعه ای و سایر برنامه هایی که تامین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است ۱
- تدوین و اجرای برنامه های تبلیغی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمکهای بیشتر از خیرین ۱
- همکاری موسسه های خیریه به منظور شناسایی نیازهای بیماران و اولویت های توسعه بهسازی و خدمات با واحد مددکاری ۱
- تامین هزینه درمان مددجویان بی بضاعت براساس اسناد هزینه یا صورت حساب صادره از سوی امور مالی یا حسابداری با هماهنگی مددکاری ۲,۵
- تامین هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاههای تخصصی با تایید تیم رهبری و مدیریت ۱,۵
- تامین منابع بازسازی و بهسازی بیمارستان با تایید تیم رهبری و مدیریت ۱
- تهیه گزارشهای تحلیلی مالی در تامین کمکهای مالی و سرمایه ای از سوی خیرین ۱

**جذب منابع مالی / سرمایه ای از محل مشارکتهای مردمی / موسسه های خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط مربوط صورت میپذیرد.**



**مدیریت هزینه های خدمات  
گلوبال، در چارچوب ضوابط  
مربوط و رعایت اصول  
کیفیت و ایمنی بیمار صورت  
میپذیرد.**

- گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده برای هر یک از خدمات گلوبال انجام شده در بیمارستان ۱,۵
- تعیین مقدار حداقل و حداکثر و میانگین هر یک از اجزای خدمت (مواد مصرفی، دارو، زمان، ... (در خدمات گلوبال ۱,۵
- گزارش هزینه تمام شده خدمات گلوبال ارائه شده توسط هر یک از پزشکان و تعیین میزان انحراف از مقدار پایه (کم یا زیاد) و تاثیر آن در کیفیت خدمات ۱,۵
- تدوین و اجرای برنامه های انطباق میانگین هزینه تمام شده خدمات گلوبال در بیمارستان با تعرفه ابلاغی ۲,۵
- عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در خدمات گلوبال ۳

**\* مدیریت هزینه ها در  
سهام هتلینگ از خدمات  
پرستاری، در چارچوب  
ضوابط مربوط و رعایت  
اصول کیفیت و ایمنی  
بیمار صورت میپذیرد.**

- گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده هتلینگ از خدمات پرستاری برای هر بخش در بیمارستان ۱,۵
- محاسبه مابه التفاوت هتلینگ از خدمات پرستاری دریافتی و هزینه تمام شده هتلینگ از خدمات پرستاری به تفکیک بخشهای بیمارستان ۱,۵
- تدوین برنامه و اقدام برای انطباق هزینه های انجام شده برای هتلینگ از خدمات پرستاری هر بخش بیمارستان با درآمد اختصاصی هتلینگ از خدمات پرستاری ۳,۵
- عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در سهام هتلینگ از خدمات پرستاری ۳,۵

## هیچ موردی از اختلال / تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمیشود

- عدم اختلال فرایندی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان ۵
- عدم تاخیر زمانی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان ۵

## \*تامین کالا / ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام میشود.

- تدوین برنامه خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات مطابق روشهای تعیین شده و استانداردهای مدیریت انبارها ۱
- کسب اطمینان از انجام درخواست به موقع مسئولان بخشها/واحدها از طریق نظارت‌های میدانی تیم رهبری و مدیریت ۰,۷۵
- ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات در کمیته های مرتبط ۱
- اولویت بندی درخواستهای عادی و فوری بخشها/واحدها با استفاده از روشی معین و شفاف توسط تیم رهبری و مدیریت ۰,۷۵
- لحاظ نمودن مفاد استانداردها، الزامات قانونی و بالادستی مانند آیین نامه های مالی و معاملاتی در خرید ۰,۷۵
- شناسایی و ایجاد بانک اطلاعاتی تامین کنندگان معتبر و تامین کنندگان غیر معتبر ۰,۷۵
- کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات از طریق نظارت‌های میدانی تیم رهبری و مدیریت ۱
- تهیه و تصویب فهرست کالاها/ملزومات و تجهیزات مورد نیاز مستمر، همراه با تعیین ویژگیهای کیفی و نقطه سفارش آنها برای کالاهای مصرف عمومی و تکرار شونده ۱
- تهیه و توزیع کالاها/ ملزومات و تجهیزات براساس زمانبندی و یا نیازهای اعلام شده و کسب اطمینان از انطباق آنها با درخواست با مشارکت درخواست کننده ۱
- عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینهها در تامین کالا/ ملزومات و تجهیزات ۲

# بیمارستان از مشارکت پیمانکاران و تامین کنندگان در تحقق نتایج مطلوب اطمینان حاصل مینماید.

- تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد عینی و صرفه و صلاح بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت ۲,۵
- مشخص نمودن اهداف و انتظارات بیمارستان از واگذاری خدمات به پیمانکاران ۱,۵
- تدوین، تصویب نمونه اجرای انتخاب پیمانکاران با لفاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین نامه مالی و معاملاتی) ۱,۵
- تعیین معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین امر در هر مورد واگذاری خدمات و نمونه امتیازدهی به این معیارها ۱,۵
- انتخاب پیمانکاران منطبق بر اهداف، انتظارات، معیارهای کیفی و قوانین و مقررات بالا دستی ۳

انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی به صورت مدون برنامه ریزی و انجام میشود.

- الزام پیمانکار به رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقدہ ۱,۵
- انتخاب و مشخص نمودن اعضای ناظر و نمونه نظارت بر عملکرد پیمانکاران در هریک از قراردادهای برون سپاری ۱,۵
- پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی و پیش بینی مکانیزمهای جریمه و یا فسخ قرارداد در متن قرارداد منعقدہ ۱,۵
- طراحی نظارت ساختارمند و ارزیابی دوره ای عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیستهای تخصصی و بکارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط ۳
- تهیه گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم رهبری و مدیریت و تصمیم گیری در خصوص تداوم رابطه کاری با آنها ۲,۵

**برای تحقق نتایج مطلوب، نظارت مستمر بر عملکرد پیمانکاران برنامه ریزی و انجام میشود.**

- دسته بندی تامین کنندگان با توجه به خریدهای انجام گرفته و تهیه لیست تامین کنندگان خوشنام براساس معیارهای تعیین شده ۳,۵
- تهیه لیست سیاه از تامین کنندگان و پرهیز از خرید از این تامین کنندگان ۳,۵
- بازنگری و به روز رسانی فهرست تامین کنندگان و لیست سیاه تامین کنندگان به صورت دوره‌ای و حداکثر سالیانه یکبار ۳

ارزیابی و انتخاب تامین کنندگان با لحاظ معیارهای معین برنامه ریزی شده و بر اساس آن اقدام میشود.

- رضایتمندی و تمایل پیمانکاران در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان ۶
- رضایتمندی و تمایل تامین کنندگان کالا و خدمات در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان ۴

پیمانکاران و تامین کنندگان مایل به تداوم همکاری و فعالیت در این بیمارستان هستند.

# بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت برنامه ریزی و اقدام مینماید.

- فعال سازی کلینیک های لازم برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر مطابق با برنامه های ملی ۳,۵
- برنامه ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با برنامه های ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر در فعال سازی کلینیکهای ابلاغ شده ۳,۵
- اجرای برنامه های آموزشی برای بیماران/ همراهان/ مراجعین در خصوص بیماریهای فشار خون، دیابت و سرطان ۳

بیمارستان در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- ارزیابی سیستماتیک و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقا سلامت بیماران توسط تیم ارتقا سلامت ۲
- برنامه ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با پیشگیری و ارتقا سلامت بیماران ۲,۵
- آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، تر سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی ۲,۷۵
- آموزش و مشاوره به ویژه برای بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکتته مغزی، اختلالات روانپزشکی و جراحی ۲,۷۵

بیمارستان برای پیشگیری و ارتقا سلامت بیماران، برنامه داشته و بر اساس آن عمل مینماید.

- ارزیابی مدون و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقا سلامت کارکنان توسط تیم ارتقا سلامت ۱
- تثبیت محیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیتهای ارتقا سلامت کارکنان ۱
- اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه فعالیت بدنی ۱,۲۵
- اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه مصرف دخانیات ۱
- اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه تغذیه سالم ۱,۲۵
- برنامه ریزی و انجام اقدامات برای ارتقا سلامت کارکنان حداقل در حیطه های تغذیه، فعالیتهای بدنی، مصرف دخانیات ۲
- ارزیابی اثربخشی برنامه های ارتقای سلامت کارکنان هر شش ماه و در صورت لزوم طراحی اقدامات اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود ۲,۵

بیمارستان برای پیشگیری و ارتقا سلامت کارکنان، برنامه داشته و بر اساس آن عمل مینماید.



- شناسایی روشهای نوین مدیریت پسماند و به روز رسانی آن ۱,۵
- انتخاب روش نوین مدیریت پسماند پس از تحلیل نقاط قوت و ععف و لحاظ نمودن مسائل ایمنی در هر روش ۲
- طرح ریزی و اجرای برنامه های بهداشت محیط جدید و به روز شده ۳
- بررسی تحلیلی روشهای نوین مدیریت پسماند/ برنامه های بهداشت محیط به روز شده و انجام اصلاحات/اقدامات اصلاحی در صورت نیاز ۳,۵

**بیمارستان در اجرای برنامه های بهداشت محیط و مدیریت پسماند با روشهای نوین پیشگام و فعال است.**

- شناسایی مواردی از بیمارستان سبز که با ایمنی بیمار مغایرت نداشته باشد ۲,۵
- برنامه ریزی و اجرا برای موارد شناسایی شده در خصوص بیمارستان سبز ۴
- برنامه ریزی و اجرای اقداماتی برای جلوگیری از هدر رفتن منابع طبیعی مورد استفاده و حامل های انرژی ۳,۵

**بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز و ارتقا سلامت در حیطه محیط زیست، برنامه داشته و بر اساس آن عمل مینماید.**

# بیمارستان در اجرای برنامه های ملی سلامت مشارکت مینماید.

- مشارکت در زمینه ارتقای شاخصهای سلامت و کاهش مرگ و میر مادران ۱
- مشارکت در زمینه ارتقای شاخصهای سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان ۱
- مشارکت در زمینه ارتقای شاخصهای سلامت و کاهش مرگ و میر کودکان ۱
- اولویت بخشی به استقرار استانداردها و راهنماهای طبابت بالینی ابلاغی وزارت بهداشت ۲
- بررسی تحلیلی میزان مشارکت و برنامه ریزی برای روند رو به رشد آن ۱,۵
- تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت بیمارستان در ارتقای شاخصهای سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال ۳,۵

□ بیمارستان در زمینه ارتقای شاخصهای سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- اجرای محورهای برنامه ترویج زایمان طبیعی مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی ۱,۵
- پایش مستمر برنامه ترویج زایمان طبیعی و ارائه گزارش به دانشگاه مربوط ۱
- بررسی اندیکاسیونهای انجام سزارین براساس بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در کمیته ترویج زایمان طبیعی و ارائه بازخورد به متخصصین زنان ۱
- رعایت دستورالعمل خوشایندسازی زایمان طبیعی براساس دستورالعمل ابلاغی ترویج زایمان طبیعی وزارت بهداشت در بیمارستان ۱
- کاهش سزارین نخست زا براساس هدف گذاری تعیین شده ۲
- محاسبه ماهیانه شاخص سزارین و سزارین بار اول و بررسی نتایج در کمیته ترویج زایمان طبیعی و انجام اصلاحات/ اقدامات اصلاحی برای کاهش میزان سزارین ۲
- تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در پیادهسازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی ۱,۵

بیمارستان در پیاده سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.



## بیمارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- اجرای محورهای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر ۳
- پایش مستمر برنامه ملی تغذیه با شیر مادر و تملیل نتایج آن توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ۲
- ارائه گزارش از اجرای برنامه به دانشگاه مربوط در دورههای زمانی تعریف شده ۱,۵
- تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر ۳,۵

## بیمارستان در اجرای برنامه های دوستدار مادر و دوستدار کودک پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- برنامه ریزی و اجرای اقدامات و پایش آن برای "استقرار گامهای ده گانه استاندارد دوستدار مادر" ۲
- برنامه ریزی و اجرای اقدامات و پایش آن برای "استقرار گامهای ده گانه استاندارد دوستدار کودک" ۲
- بررسی اثربخشی اقدامات و تحلیل نقاط قوت و عطف و ارائه اقدامات اصلاحی/برنامههای بهبود برای بهبود روند نتایج ۳
- تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در اجرای برنامههای دوستدار مادر و دوستدار کودک ۳



## بیمارستان در اجرای برنامه های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات اخلاقی و حرفه‌ای مشارکت مؤثر دارد.

- آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی ۱,۵
- گزارش موارد مرگ مغزی به دانشگاه برای حمایت از برنامه اهدای عضو طبق انتظارات وزارت بهداشت ۱
- مشارکت فعال بیمارستان در ترویج و حمایت از اهدای عضو برای بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات مرتبط ۲,۵
- اطلاع رسانی بیمارستان به واحدهای فراهم آوری و شناسایی اعضا ۲
- تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی ۳

## بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته های حاد قلبی و مغزی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- مشارکت کامل و مؤثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد قلبی ۱ با تایید وزارت بهداشت ۳,۵
- مشارکت کامل و مؤثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد مغزی ۲ با تایید وزارت بهداشت ۳
- تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در درمان سکته‌های حاد قلبی و سکته های حاد مغزی ۳,۵

## بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- وجود شواهدی دال بر تمرکز و برنامه‌ریزی تیمهای پزشکی به ترویج طبابت مبتنی بر شواهد در سطح بیمارستان ۲
- انجام مطالعات مرتبط با طبابت مبتنی بر شواهد و یکسان سازی روشهای پزشکی ۱,۵
- برنامه ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاینهای ابلاغی وزارت بهداشت ۲
- ارزیابی دوره‌های وعیت بیمارستان از نظر طبابت مبتنی بر شواهد و انجام اقدامات برای بهبود وعیت ۲,۵
- [۲] تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در زمینه طبابت مبتنی بر شواهد ۲