

الف - ۲) تیم مدیریت اجرایی

الف - ۲) تیم مدیریت اجرایی

جایگاه تیم مدیریت اجرایی و کمیته های بیمارستانی

هدف از تشکیل تیم مدیریت اجرایی، تقویت سامانه‌های تصمیم سازی مبتنی بر اطلاعات پردازش شده به جایگزینی مدیریت آمرانه و مبتنی بر تجربه های فردی است. بیمارستان سازمانی پیچیده و پر خطر است و اداره موفق آن وابسته به مدیریت و رهبری هوشمند، ترویج کار گروهی و استفاده از خرد جمعی است. تیم مدیریت اجرایی براساس استانداردهای اعتباربخشی و با مشارکت کمیته های بیمارستانی در تعیین نقش های اجرایی هریک از مدیران، مسئولان بخش ها / واحدها برنامه ریزی و نظارت می نماید. اهم وظایف تیم مدیریت اجرایی، برنامه ریزی و مدیریت منابع در مسیر کارایی بیشتر، پاسخگویی به ذینفعان، ارتقای کیفی خدمات و بهبود ایمنی بیماران است.

براساس استانداردهای اعتباربخشی علاوه بر سند استراتژیک و برنامه ریزی های عملیاتی و بهبود کیفیت، بخش عمده ای از اطلاعات مجریان شامل نتایج ارزیابی های عملکرد بخش ها / واحدها و کمیته های بیمارستانی، در بستر تیم مدیریت اجرایی به تصمیم سازی های مهم و مداخلات اصلاحی منجر می شود. همچنین فرایندهای مهم ایمنی بیمار، مدیریت منابع انسانی، اقتصاد درمان، مدیریت مالی و سایر ابعاد مدیریت اجرایی نیز در دستور کار مستقیم تیم مدیریت اجرایی است، لذا تعداد جلسات و ترکیب اعضای موقت و مشورتی با رعایت حداقل الزامات^۱، با توجه به نوع، اندازه و ابعاد عملکرد بیمارستان با تشخیص رئیس / مدیر عامل بیمارستان و تیم مدیریت اجرایی تعیین می شود. حذف اعضای تیم مدیریت اجرایی یا تشریفاتی نمودن جلسات آن و هدایت تصمیم گیری ها توسط فرد یا سایر تشکیلات مانند هیات رئیسه / شورای مدیران / شورای معاونین / شورای اداری و یا هر عنوان دیگر به جایگزینی تیم مدیریت اجرایی، موجب آسیب کیفی به ساختار مدیریت و رهبری و حذف امتیازات این محور در ارزشیابی بیمارستان می شود.

عمل گرایی و تمرکز بر نتایج واقعی و عینی عملکرد بیمارستان مد نظر نسل نوین اعتباربخشی بیمارستان ها است. بر همین اساس، رعایت الزامات عمومی برگزاری جلسات تیم مدیریت اجرایی و کمیته های بیمارستانی^۲، صرفا پیش نیاز فرآیند تصمیم گیری است و موفقیت بیمارستان، بر مبنای تصمیم سازی مبتنی بر شواهد، خرد جمعی و نگرش سیستمی در این جلسات ارزیابی خواهد شد. ملاکهای ارزیابی این مهم در گام های اجرایی بسیاری از استانداردها مطرح شده اند که نقش تیم مدیریت اجرایی و کمیته های بیمارستانی در برنامه ریزی و هدایت عناصر کیفی سازمان ارزیابی می شود. بنابراین چند استاندارد محدود و مستندبایی درخصوص برگزاری جلسات ملاک ارزیابی عملکرد تیم مدیریت اجرایی و کمیته های بیمارستانی نخواهد بود. لذا نگرش سیستمی مدیران در تحقق استانداردهای اعتباربخشی راه گشا خواهد بود.

در نسل نوین اعتباربخشی، دفتر بهبود کیفیت به نحوی مسئول آشکار سازی وضعیت واقعی بیمارستان است. نظارت این دفتر بر عملکرد کمیته های بیمارستانی و محوریت در ارزیابی عملکرد فرآیندی و پیامدی و سنجش میزان تحقق برنامه های عملیاتی، بهبود کیفیت بیمارستان، موید اهمیت این دفتر است. لذا توصیه می شود، این دفتر مستقیما تحت نظارت رئیس / مدیر عامل فعالیت نماید.

کمیته پایش و سنجش کیفیت در واقع کمیته الحاقی به تیم مدیریت اجرایی است چرا که مسئولیت پردازش اطلاعات حاصل از کمیته های بیمارستانی، نتایج شاخص های سه گانه (فرایندی، پیامدی و برنامه ای) و رضایتمندی ذینفعان را بر عهده دارد. در واقع حلقه برنامه ریزی، اجرا، ارزیابی و بازنگری با فعالیت دقیق، حرفه ای و اثربخش کمیته پایش و سنجش کیفیت کامل خواهد شد و تصمیمات مداخله ای تیم مدیریت اجرایی، در بسیاری از موارد مبتنی بر اطلاعات پردازش شده در این کمیته طراحی می شود. لذا انتظار می رود، مدیران ارشد به ویژه مدیر بیمارستان و مدیر پرستاری در این کمیته نقش فعالی ایفا نمایند.

ارتقای جایگاه مسئول فنی بیمارستان به عنوان عضو تیم مدیریت اجرایی و مسئول ایمنی بیمارستان در اعتباربخشی نسل نوین، به منظور تقویت نظارت پیشگیرانه به عنوان ضرورتی مهم و اثر گذار در امر پیشگیری و کنترل قصور پزشکی و صیانت از ایمنی و حقوق بیماران است.

❖ سنجه های با سطح الزامی، شامل امتیازدهی نمی باشند و در صورت عدم تحقق گواهینامه اعتباربخشی بیمارستان صادر نخواهد شد.

الف	۲	۱	تیم مدیریت اجرایی بیمارستان تشکیل شده و نحوه فعالیت و تصمیم گیری آن مدون و مبتنی بر تحلیل نتایج عملکردی است.
-----	---	---	--

دستآورد استاندارد

- انسجام و هماهنگی مدیران ارشد در تصمیم گیری
- اخذ تصمیمات مبتنی بر واقعیت و مصلحت به واسطه بررسی اطلاعات پردازش شده از محیط اجرایی بیمارستان
- ترویج فرهنگ کار تیمی و تکیه بر خرد جمعی
- تسهیل و تسریع در اجرای تصمیمات با توجه به مشارکت ذینفعان در فرآیند تصمیم سازی
- بهبود هزینه اثربخشی با توجه به جریان اطلاعات در تیم مدیریت اجرایی و دوری از تصمیمات فردی و مبتنی بر تجربه شخصی مدیران

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی حداقل با عضویت متصدیان / مسئولان اجرایی ذیل در بیمارستان تشکیل و همه اعضا، در جلسات، مشارکت فعال دارند.

ریاست / مدیریت عامل - معاونت آموزشی - معاونت درمان - مدیریت - مدیریت پرستاری - مسئول فنی - واحد امور مالی - واحد منابع انسانی - دفتر بهبود کیفیت - واحد فناوری اطلاعات

سطح سنجه	الزامی 	اساسی 	ایده آل 
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	ابلاغ عضویت تمامی اعضا، طبق استاندارد در تیم مدیریت اجرایی*	بررسی مستند	روش ارزیابی
۲	**مشارکت فعال و حضور اعضا در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه	

توضیحات:

* با توجه به عناوین شغلی و ساختارهای سازمانی متنوع در انواع بیمارستانها، تطبیق کامل اعضای تیم مدیریت اجرایی با عناوین ذکر شده در متن استاندارد الزامی نیست. مبنای انتخاب پست متناظر در هر یک از اعضا چارت تشکیلاتی بیمارستان می باشد. اما مسئول / مسئولان جایگزین بایستی دارای وظایف معادل متصدیان / مسئولان اجرایی متناظر خود در تیم مدیریت اجرایی باشند. رعایت موارد ذیل الزامی است:

۱. در صورت وجود متصدیان / مسئولان اجرایی ذکر شده در متن استاندارد در بیمارستان، جایگزینی افراد متناظر مغایر استاندارد است.
 ۲. عضویت سایر مسئولان در صورت تشخیص رئیس / مدیرعامل بیمارستان، علاوه بر اعضای الزامی، منعی ندارد.
 ۳. سرپرستی تیم مدیریت اجرایی بر عهده رئیس / مدیرعامل بیمارستان است و برای ایشان ابلاغ مجزایی لازم نیست.
 ۴. نحوه اداره جلسه، مشارکت افراد و تصمیم های اخذ شده براساس صورت جلسات، مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- ** نام و نام خانوادگی و امضای اعضا در صورت جلسات به تنهایی موجد مشارکت فعال آنها در جلسات تیم مدیریت اجرایی نیست و مشارکت آنها در اخذ تصمیمات و اجرای آنها بیان گر مشارکت فعال اعضای تیم مدیریت اجرایی است.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی به صورت منظم و مدون جلسات را برگزار نموده و مصوبات آن موید تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات پردازش شده از نتایج شاخص‌های فرآیندی / عملکردی / برنامه ای، مصوبات کمیته‌های بیمارستان و سایر موارد به تشخیص تیم مدیریت اجرایی است.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل		
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند و مصاحبه	۱ تشکیل جلسات تیم مدیریت اجرایی مطابق آیین نامه داخلی *	
بررسی مستند	۲ اخذ تصمیمات مبتنی بر اطلاعات پردازش شده **	
بررسی مستند	۳ استفاده از نتایج سنجش و ارزیابی شاخص‌های فرآیندی / عملکردی / برنامه ای	
بررسی مستند و مصاحبه	۴ استفاده از مصوبات کمیته‌های بیمارستانی در تصمیمات اجرایی	

توضیحات:

*آیین نامه داخلی تدوین شده و در یکی از جلسات تیم مدیریت اجرایی تصویب می‌شود و حداقل شامل: اهداف، تعیین حداقل تعداد اعضا برای رسمیت بخشیدن به جلسات، تعیین دبیر و برنامه زمانی و تواتر جلسات است.

**تعریف اطلاعات پردازش شده: مراجعه شود به واژگان

توصیه. ایجاد ضمانت اجرایی برای تصمیمات مصوبات کمیته‌های بیمارستانی و تعامل نزدیک تیم مدیریت اجرایی با تمامی کمیته‌های بیمارستانی به عنوان بازوی مشورتی تصمیمات اجرایی را به سوی خرد جمعی و مدیریت مبتنی بر شواهد سوق می‌دهد.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی ارزیابی مستمری از نتایج تصمیمات اخذ شده را از نظر دستیابی به اهداف و اثربخش بودن آنها به عمل آورده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ اخذ گزارش از مسئول انجام مصوبات قبلی مطابق مهلت زمانی انجام آنها در هر جلسه
بررسی مستند و مصاحبه	۲ اخذ تصمیمات تسریع کننده و تسهیل گر جهت اجرایی شدن مصوبات معوق و اجرایی نشده
بررسی مستند و مصاحبه	۳ بررسی نتایج نهایی و میزان اثربخشی تصمیمات قبلی و در صورت لزوم تصویب اقدام اصلاحی لازم*

توضیحات:

* تیم مدیریت اجرایی پس از بررسی شواهد و مستندات درخصوص اثر بخش بودن تصمیمات قبلی، در صورت عدم دستیابی به نتایج مورد نظر، نسبت به بازنگری تصمیمات قبلی و ابلاغ تصمیمات جدید اقدام می نماید. توصیه. مسئول اجرای هر مصوبه بایستی میزان پیشرفت مصوبه را براساس شاخص مربوط در جلسه بعدی گزارش نماید.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان

الف | ۲ | سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره ای پایش و بازنگری می‌شود.

دستآورد استاندارد

- ترویج فرهنگ برنامه محوری به جایگزینی تجربه محوری در حوزه مدیریت و برنامه ریزی
- استفاده از الگوهای معتبر برای برنامه‌ریزی استراتژیک
- یکپارچگی و تداوم سیاست‌های اصلی در سند استراتژیک بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی الهام گرفته از اهداف کلان بیمارستان
- برنامه‌ریزی مبتنی بر تحلیل شرایط بیمارستان و اولویت بخشی به استراتژی‌های اصلی بیمارستان
- ترویج کار تیمی در مدیریت و برنامه‌ریزی با مشارکت ذینفعان هریک از برنامه‌ها

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی سند استراتژیک بیمارستان را با مشارکت کارکنان و هماهنگ با سیاست‌های اصلی تهیه و به تیم حاکمیتی ارائه نموده و حداقل سالیانه مورد بازنگری قرار می‌دهد.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	تدوین سند استراتژیک براساس یکی از روش‌ها و الگوهای شناخته شده علمی	بررسی مستند			
۲	مشارکت کارکنان و سایر ذینفعان* در تدوین سند استراتژیک	بررسی مستند و مصاحبه			
۳	هماهنگی و عدم مغایرت اهداف کلی سند استراتژیک با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند			
۴	تحلیل وضعیت موجود براساس شرایط واقعی و بومی بیمارستان	مصاحبه			
۵	ارسال سند استراتژیک طی نامه رسمی جهت اصلاح/ تصویب به تیم حاکمیتی	بررسی مستند			
۶	ویرایش و بازنگری سند استراتژیک در بازه زمانی مشخص و حداقل سالانه	بررسی مستند			

توضیحات:

* ذینفعان با توجه به سیاست‌های اصلی و تشخیص مدیران ارشد بیمارستان انتخاب می‌شوند.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی

سنجه ۲. بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار جزو اولویت های استراتژیک بیمارستان است و تیم مدیریت اجرایی در قالب برنامه های عملیاتی با پیش بینی منابع مورد نیاز، این برنامه ها را تدوین و بر اجرای آن نظارت می نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱		بهبود مستمر کیفیت جزء اهداف کلی در سند استراتژیک*	بررسی مستند
۲		ایمنی بیمار جزء اهداف کلی در سند استراتژیک	بررسی مستند
۳		تدوین برنامه و بودجه عملیاتی در راستای بهبود کیفیت	بررسی مستند
۴		تدوین برنامه و بودجه عملیاتی در راستای ارتقای ایمنی بیمار	بررسی مستند
۵		پایش مستمر برنامه های عملیاتی بهبود کیفیت و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم	بررسی مستند و مصاحبه
۶		پایش مستمر برنامه های عملیاتی ایمنی بیمار و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات:

* برنامه های عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار الزاماً ناپیستی عناوین مزبور را داشته باشند بلکه نتیجه نهایی برنامه های عملیاتی بایستی منجر به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران باشد. معیار این همخوانی ارتباط موضوع برنامه، اهداف عینی^۱ و شاخص برنامه برای دستیابی به اهداف عینی است.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی

سنجه ۳. سند استراتژیک به صورت فایل الکترونیکی در بخش ها/ واحدهای مختلف بیمارستان در دسترس می باشد و کارکنان حداقل از اهداف اصلی (کلان) برنامه آگاهی دارند.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱		دسترسی کارکنان به فایل الکترونیک سند استراتژیک در بخش ها / واحدها	بررسی مستند و مصاحبه
۲		آگاهی کارکنان به اهداف اصلی سند استراتژیک*	مصاحبه

توضیحات:

* ملاک ارزیابی کارکنان آگاهی آنها به اهداف اصلی (کلان) مرتبط با بخش کاری خود است. هرگونه تولید نسخه کاغذی سند استراتژیک در بخش ها/ واحدها امتیاز این سنجه را صفر می نماید.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی

مستولان ایمنی تعیین شده و براساس شرح وظایف معین در بیمارستان فعالیت می‌نمایند.

۳

۲

الف

دست‌آورد استاندارد

- تقویت مدیریت پیشگیری و ایمنی در بیمارستان با تولید مشخص و برنامه‌های معین
- اولویت بخشی، برنامه ریزی، اجرا و پایش و بازنگری مستمر برنامه های ارتقای ایمنی بیماران در تمام سطوح بیمارستان

سنجه ۱. مسئول فنی بیمارستان، براساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت می‌نماید.

سطح سنجه	الزامی ☒	اساسی ☐	ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒	ایمنی بیمار ☐	هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
بررسی مستند	۱	صدور ابلاغ کتبی مسئول فنی بیمارستان به عنوان مسئول ایمنی توسط رئیس بیمارستان	
بررسی مستند	۲	ذکر شرح وظایف مسئول ایمنی در ابلاغ صادره	
بررسی مستند و مصاحبه	۳	ارسال رونوشت ابلاغ به تمامی بخش‌ها / واحدهای بیمارستان*	
بررسی مستند و مصاحبه	۴	فعالیت مسئول ایمنی همزمان با انجام سایر وظایف مسئول فنی** است.	

توضیحات:

* کارکنان بایستی مسئول فنی را به عنوان مسئول ایمنی شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند.

** در حال حاضر مسئول فنی در بیمارستان‌ها ممکن است بیش از یک نفر باشد لذا تا زمان ابلاغ آیین نامه جدید مسئول فنی از سوی وزارت بهداشت، رئیس / مدیرعامل بیمارستان بایستی از بین مسئولان فنی یک نفر را به عنوان مسئول ایمنی منصوب نماید. بدیهی است با توجه به عضویت مسئول فنی در تیم مدیریت اجرایی حضور مستمر ایشان در شیفت صبح الزامی است.

توصیه . جایگاه قانونی مسئول فنی، از یک طرف و اهمیت ایمنی در بیمارستان موید ضرورت توجه ویژه مدیران ارشد در به کارگیری اثربخش، مستمر و محوری مسئول فنی به عنوان مسئول ایمنی در همه ابعاد آن در بیمارستان است.

هدایت کننده: رئیس/مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۲. مسئول ایمنی براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می‌نماید.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	فعالیت مسئول فنی طبق وظایف محوله در ابلاغ خود به عنوان مسئول ایمنی *
۲	مسئول ایمنی بر روند پیشرفت برنامه‌های عملیاتی ایمنی نظارت میدانی دارد**

توضیحات:

* سوابق گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست بیمارستان موید عملکرد مسئول ایمنی طبق وظایف محوله است و کارکنان فعالیت ایشان را در حیطه برنامه ایمنی بخش تایید می‌نمایند.
 ** مسئول ایمنی چالش‌ها و موانع پیشرفت برنامه‌های مرتبط با ایمنی را نظارت و در صورت لزوم با هماهنگی تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی به عمل می‌آید.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی / ایمنی بیمارستان

سنجه ۳. طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان، یک نفر از پزشکان / پرستاران با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش‌های بالینی به عنوان «کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار» تعیین شده است.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	صدور ابلاغ کتبی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی* بیمار توسط رئیس بیمارستان
۲	پزشک / پرستار با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش‌های بالینی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
۳	ذکر شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در ابلاغ صادره
۴	تعیین سطح پاسخگویی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در ابلاغ صادره
۵	ارسال رونوشت ابلاغ به تمامی بخش‌ها / واحدهای بیمارستان**

توضیحات:

*مسئول ایمنی پاسخگویی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار متمرکز برنامه‌های ایمنی بیمار بوده و اقدامات خود را با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان انجام می‌دهد.
 ** کارکنان بایستی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۴. «کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار» براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می‌نماید.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐	استاندارد مرتبط
	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐	
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	فعالیت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق وظایف محوله در ابلاغ صادره	بررسی مستند و مصاحبه
۲	نظارت میدانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر رعایت اصول ایمنی بیمار در بخش‌های بالینی*	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات:

*سوابق گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست بیمارستان موید عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق وظایف محوله است و کارکنان فعالیت ایشان را در حیطه برنامه ایمنی بخش تایید می‌نمایند.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی / ایمنی بیمارستان

سنجه ۵. اثربخشی اقدامات انجام شده برای ارتقاء ایمنی توسط مسئول ایمنی در فواصل زمانی مدون ارزیابی شده و گزارش آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح و تیم مدیریت اجرایی در صورت لزوم اقدام اصلاحی تعیین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐	استاندارد مرتبط
	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐	
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	پایش اثربخشی اقدامات* انجام شده برای ارتقای ایمنی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه
۲	تحلیل شاخص های ایمنی را در فواصل زمانی منظم توسط مسئول ایمنی	بررسی مستند و مصاحبه
۳	گزارش نتایج شاخص های ایمنی توسط مسئول ایمنی حداقل سه ماهه از طریق نامه رسمی به ریاست بیمارستان**	بررسی مستند و مصاحبه
۴	نظارت مسئول ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی مصوب تیم مدیریت اجرایی***	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات:

* برنامه های عملیاتی بهبود کیفیت به منظور ارتقای ایمنی بیمار
 ** گزارش کتبی آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی طرح (مستند- صورت جلسات جلسات تیم مدیریت اجرایی) و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی به همراه نحوه نظارت به منظور اجرایی شدن اقدامات اصلاحی ابلاغ گردیده است.
 *** کارکنان از اقدامات اصلاحی مصوب اطلاع دارند.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول فنی / ایمنی بیمارستان

الف | ۲ | ۴ | بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات، به طور منظم انجام می شود.

دستآورد استاندارد

- اولویت بخشی به موضوع مهم ایمنی بیمار در سطح بخش ها/ واحدها
- بررسی چالش های ایمنی از نگاه کارکنان
- جلب مشارکت و ترغیب کارکنان به توجه ویژه به ایمنی بیمار
- ایجاد فرهنگ بیمار محوری در سطح بیمارستان
- شناسایی مشکلات ایمنی بیماران از نزدیک و اصلاح میدانی تهدیدات ایمنی

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی با همراهی مسئولین ایمنی و کنترل عفونت، به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت های بهبود، بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، به اجرا می گذارد.

سطح سنجه		الزامی ☒	اساسی ☐	ایده آل ☐
استاندارد مرتبط		آموزش ☐	ایمنی بیمار ☒	هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱ وجود تقویم بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی			
بررسی مستند و مصاحبه	۲ اعلام رسمی برنامه های بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی به بخش ها و واحدها*			
بررسی مستند و مصاحبه	۳ انجام بازدیدها در فواصل زمانی قید شده بر حسب نوع بخش توسط افراد عنوان شده برنامه**			
بررسی مستند	۴ شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار از زبان کارکنان در حین بازدید			
مصاحبه	۵ ارائه بازخورد های فردی به افراد گزارش کننده شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار***			
مصاحبه	۶ آگاهی کارکنان در خصوص لزوم بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی			

توضیحات:

- * مشاهده تاریخ و زمان بازدید در تابلو اعلانات بخش ها / واحدها
- ** طبق دستورالعمل ابلاغی از طرف وزارت بهداشت
- *** بررسی سوابق بازخورد فردی از قبیل ایمیل یا نامه اداری رسمی و یا هر روش مقتضی به منظور جلب مشارکت کارکنان در ارتقای ایمنی بیماران.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی

سنجه ۲. نتایج بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و اقدام‌های اصلاحی / برنامه‌های بهبود کیفیت تعیین و بر اجرای آن نظارت می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☒ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ برگزاری جلسه جمع بندی بازدید با حضور تیم بازدید کننده در بخش / واحد مورد بازدید*
بررسی مستند و مصاحبه	۲ پیگیری نتایج بازدید های ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی
مشاهده	۳ انجام اقدامات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود که نیاز به تصمیم گیری در سطح مدیریت اجرایی دارند
بررسی مستند و مصاحبه	۴ نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای صحیح و به موقع اقدامات اصلاحی / اجرای برنامه بهبود کیفیت

توضیحات:

*تنظیم صورتجلسه با ذکر تاریخ و ساعت و فرد مسئول اجرا / پیگیری فعالیت

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی

الف | ۲ | ۵ | کمیته های بیمارستانی طبق دستورالعمل های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می شود.

دستاورد استاندارد

- تصمیم سازی مبتنی بر خرد جمعی
- ترویج فرهنگ مدیریت مشارکتی
- ترویج کار گروهی در حل مشکلات بیمارستان
- گردش اطلاعات و ایجاد درک متقابل مابین کارکنان و مدیران ارشد
- اخذ مشارکت پزشکان در برنامه های بهبود کیفیت و ایمنی بیماران

سنجه ۱. حداقل کمیته های بیمارستانی براساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت به شرح ذیل در بیمارستان فعال هستند.

پایش و سنجش کیفیت - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای - کنترل عفونت - بهداشت محیط - حفاظت فنی و بهداشت کار - مدیریت خطر حوادث و بلایا - ترویج زایمان طبیعی و ایمن - ترویج تغذیه با شیر مادر - اورژانس / تعیین تکلیف بیماران (مدیریت تخت) - اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی - مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج - طب انتقال خون

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی*			روش ارزیابی		
۱	فعال بودن کمیته پایش و سنجش کیفیت در بیمارستان	بررسی مستند			
۲	فعال بودن کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	بررسی مستند			
۳	فعال بودن کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای	بررسی مستند			
۴	فعال بودن کمیته کنترل عفونت	بررسی مستند			
۵	فعال بودن کمیته بهداشت محیط	بررسی مستند			
۶	فعال بودن کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	بررسی مستند			
۷	فعال بودن کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	بررسی مستند			
۸	فعال بودن کمیته - ترویج زایمان طبیعی و ایمن	بررسی مستند			
۹	فعال بودن کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	بررسی مستند			
۱۰	فعال بودن کمیته اورژانس / تعیین تکلیف بیماران / تریاژ	بررسی مستند			
۱۱	فعال بودن کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	بررسی مستند			
۱۲	فعال بودن کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	بررسی مستند			
۱۳	فعال بودن کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج	بررسی مستند			
۱۴	فعال بودن کمیته طب انتقال خون	بررسی مستند			

توضیحات:

*استثنا:های برگزاری جلسات کمیته‌ها که در ارزیابی مد نظر قرار می‌گیرد:

۱. در بیمارستان‌های با ۱۰۰ تخت فعال و کمتر، برگزاری جلسات کمیته‌های: بهداشت محیط با کنترل عفونت - ترویج زایمان طبیعی و ایمن با ترویج تغذیه با شیر مادر - پایش و سنجش کیفیت با مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - مدیریت خطر حوادث و بلایا با حفاظت فنی و بهداشت کار - مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج با طب انتقال خون به صورت همزمان قابل قبول است.
۲. کمیته‌های ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر در بیمارستان‌های فاقد بلوک زایمان و تک تخصصی‌های غیر از زنان زایمان و مامایی الزامی نمی‌باشد و غیر قابل ارزیابی است.
۳. برگزاری مشترک جلسات کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و کمیته درمان و دارو و تجهیزات پزشکی با دستور کارهای مستقل بلامانع است.
۴. کمیته طب انتقال خون در بیمارستان‌های بدون ترانسفیوژن الزامی نبوده و غیر قابل ارزیابی است.
۵. برگزاری کمیته‌های اورژانس و زیر کمیته‌های آن به صورت همزمان قابل قبول است.

هدایت کننده: رئیس / مدیر عامل بیمارستان

سنجه ۲. جلسات کمیته‌ها حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعمل‌های ابلاغی برگزار می‌شود.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تعیین فواصل زمانی معین برای تشکیل جلسات هریک از کمیته‌ها در آیین نامه مربوط*	بررسی مستند و مصاحبه		
۲	برگزاری جلسات براساس زمان بندی تعیین شده در آیین نامه کمیته‌ها**	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

* فاصله‌های زمانی برگزاری جلسات براساس آیین نامه داخلی تعیین می‌شود. البته در صورت تعیین بازه زمانی معین در دستورالعمل ابلاغی ملاک ارزیابی فاصله زمانی ابلاغی است.

** فاصله زمانی جلسات کمیته‌های بیمارستانی با ۶۴ تخت فعال و کمتر تا دو برابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته‌ها نسبت به دستورالعمل قابل قبول است و امتیاز تعلق می‌گیرد. (بعنوان مثال بازه زمانی ماهیانه دستورالعمل در بیمارستان‌های ۶۴ تخت فعال و کمتر برگزاری هر دو ماه یک بار امتیاز می‌گیرد)

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۳. آیین نامه داخلی کمیته‌ها تهیه شده و اعضا، کمیته از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تدوین آیین نامه داخلی کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند		
۲	تصویب آیین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند		
۳	رعایت حداقل‌های مورد انتظار در تدوین آیین نامه کمیته‌های بیمارستانی**	بررسی مستند		

توضیحات:

* در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی مبنای تدوین آیین نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم مدیریت اجرایی آیین نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود.

** حداقل‌های مورد انتظار در آیین نامه کمیته های بیمارستانی:

- عدم مغایرت با دستورالعمل های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت/ دانشگاه
- شرایط و نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته‌ها
- اعضای دائم و موقت کمیته
- برنامه زمانی و تواتر جلسات
- تعیین حداقل اعضا برای رسمت یافتن جلسات
- تعیین اهداف هریک از کمیته‌ها
- تعیین نحوه ارزیابی عملکرد کمیته‌ها
- نحوه مستند سازی سوابق جلسات
- نحوه تعامل با سایر کمیته‌ها و تیم مدیریت اجرایی
- نحوه پی گیری مصوبات

توصیه. حداقل های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل: تاریخ و ساعت جلسه، دستور کار جلسه، افراد حاضر و غایب، نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل، مباحث مطرح شده توسط اعضای جلسه، مصوبات جدید، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات، امضای اعضای حاضر در جلسه است.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۴. رئیس / مسئول، دبیر کمیته‌ها و اعضای اصلی، متناسب با وظایف و تخصص‌های مورد نیاز، توسط رئیس / مدیرعامل بیمارستان تعیین شده‌اند.

سطح سنجه		الزامی ☒	اساسی ☐	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	صدور ابلاغ برای روسای کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیرعامل بیمارستان*	بررسی مستند		
۲	صدور ابلاغ برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیرعامل بیمارستان*	بررسی مستند		
۳	صدور ابلاغ برای اعضای ثابت کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیرعامل بیمارستان**	بررسی مستند		

توضیحات:

* ابلاغ روسا / دبیران کمیته‌ها با تغییر رئیس / مدیرعامل تا زمانی که تصمیم‌گیری جهت تعویض آنها صورت نگرفته به قوت خود باقی است و نیازی به ابلاغ جدید توسط رئیس / مدیرعامل جدید ندارد.
** در صورت غیبت اعضای ثابت بیش از سه جلسه متوالی و یا بیش از ۳۰ درصد جلسات سالیانه بایستی عضو جدید جایگزین شود.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۵. دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف، مأموریت‌ها و با اولویت بندی مشکلات واقعی و جاری بیمارستان است.

سطح سنجه		الزامی ☒	اساسی ☐	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با اهداف و مأموریت‌های کمیته‌ها *	بررسی مستند		
۲	همسویی دستور کار جلسات کمیته‌ها با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان **	مصاحبه و بررسی مستند		
۳	اطلاع رسانی دستور کار کمیته به اعضا، قبل از برگزاری جلسات کمیته‌ها	مصاحبه و بررسی مستند		

توضیحات:

* معیار همسویی دستور کار جلسات با اهداف و مأموریت‌های کمیته آیین نامه داخلی کمیته است.
** معیار همسویی دستور کار جلسات با مشکلات واقعی و جاری بیمارستان نتایج شاخص‌های بیمارستانی، نتایج رضایت سنجی ذینفعان و مصاحبه با اعضای کمیته است.

هدایت کننده: روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی

سنجه ۶. مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه حل های واضح و مشخص برای حل مشکلات بیمارستان است.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تعیین دستور کار های همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی کمیته ها *	مصاحبه و بررسی مستند		
۲	تصویب راه حل هایی واضح و مشخص همسو با دستور کار کمیته ها	مصاحبه و بررسی مستند		
۳	قابلیت اجرایی مصوبات کمیته ها	مصاحبه و بررسی مستند		

توضیحات:

* مصاحبه با دبیر و اعضای کمیته در خصوص اولویت بندی مشکلات بیمارستان در تعیین دستور کار کمیته ها

هدایت کننده: روسا و دبیران کمیته های بیمارستانی

سنجه ۷. رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در تمامی جلسات کمیته ها حضور دارد و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	حضور رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در جلسات کمیته های بیمارستانی *	مصاحبه و بررسی مستند		
۲	ضمانت اجرایی ** مصوبات پس از تایید *** رئیس / مدیر عامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار وی در جلسه کمیته	مصاحبه و بررسی مستند		

توضیحات:

* در صورت عدم حضور رئیس / مدیر عامل در هریک از کمیته‌های بیمارستانی صدور ابلاغ برای جانشین تام الاختیار با قید اختیارات لازم ضروری است.

** ضمانت اجرایی به معنی همراهی تیم مدیریت اجرایی بدون تغییر برای اجرایی شدن مصوبات است. لذا رئیس / مدیر عامل یا نماینده تام الاختیار او قبل از امضای صورتجلسه بایستی از تامین منابع اطمینان حاصل کند.

*** وجود امضای رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار در صورتجلسات موید تایید مصوبات و اخذ ضمانت اجرایی است.

هدایت کننده: رئیس / مدیر عامل بیمارستان

سنجه ۸. میزان اثربخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته ها توسط دفتر بهبود کیفیت، پایش و ارزیابی می شود و نتایج به کمیته مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می شود، و اقدام اصلاحی لازم به عمل می آید.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ نظارت دفتر بهبود کیفیت* در اجرایی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده در صورتجلسه
بررسی مستند	۲ گزارش نتایج ارزیابی کمیته ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته های مربوط و تیم مدیریت اجرایی**
بررسی مستند	۳ گزارش نتایج ارزیابی کمیته ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته های مربوط

توضیحات:

*حداقل به صورت فصلی ارزیابی کمیته انجام و نتایج گزارش می شود.
**علاوه بر نحوه پیگیری مصوبات از سوی مسئولان اجرای مصوبات و اجرای آنها در موعد مقرر براساس ملاک های تعیین شده در آیین نامه داخلی، ارزیابی عملکرد کمیته ها ارزیابی می شود.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول دفتر بهبود کیفیت

سنجه ۹. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ وجود ابلاغ عضویت حداقل یکی از کارشناسان دفتر بهبود کیفیت در تمامی کمیته های بیمارستانی
مصاحبه و بررسی مستند	۲ حضور کارشناس دفتر بهبود کیفیت در کمیته های بیمارستانی که ابلاغ عضویت دارد
بررسی مستند	۳ وجود ابلاغ عضویت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته های بیمارستانی
مصاحبه و بررسی مستند	۴ حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته های بیمارستانی*

توضیحات:

*حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیماران و در سایر کمیته ها هر دستور کاری الزامی است.

هدایت کننده: روسا و دبیران کمیته های بیمارستانی

سنجه ۱۰. پزشکان بیمارستان، حداقل در یکی از کمیته‌های بیمارستانی عضو هستند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	عضویت پزشکان به صورت ثابت یا موقت در کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند و مصاحبه		
۲	حضور پزشکان عضو در جلسات کمیته‌ها	بررسی مستند		

توضیحات:

* به منظور مشارکت پزشکان در امور برنامه‌ریزی و مدیریت تمامی پزشکان در بیمارستان‌های کمتر از ۱۰۰ تخت فعال و در بیمارستان‌های بیش از ۱۰۰ تخت فعال حداقل یک نفر از پزشکان متخصص هریک از گروه‌های تخصصی عضو ثابت یکی از کمیته‌های بیمارستانی هستند و سایر پزشکان براساس برنامه ریزی بیمارستان در تناوب سه یا شش ماهه به عنوان اعضای موقت در جلسات کمیته‌های بیمارستانی مرتبط با تشخیص رئیس / مدیر عامل بیمارستان حاضر می‌شوند.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی

الف | ۲ | ۶ | تیم مدیریت اجرایی بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران نظارت می‌نماید.

دستآورد استاندارد

- انجام برون سپاری خدمات منطبق بر صرفه و صلاح بیمارستان
- اولویت بخشی کیفیت در انتخاب پیمانکاران
- کسب اطمینان از عملکرد پیمانکاران منطبق بر قرارداد منعقد

سنجه ۱. خط مشی و روش انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیار های کیفی و رعایت «مقررات مالی معاملاتی» با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند		
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان* در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند		
۳	رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان	بررسی مستند		
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند		
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۷	پیش بینی نحوه تعیین معیار های کیفی تخصصی در برون سپاری ها با مشارکت متخصصین امر، در روش اجرایی	بررسی مستند		
۸	لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین نامه مالی و معاملاتی) در روش اجرایی	بررسی مستند		
۹	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده		
۱۰	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه		
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده		
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده		

توضیحات:

* رئیس / مدیرعامل، مدیر / مدیر داخلی، مسئول امور مالی، سایر صاحبان فرآیند و ذینفعان به تشخیص بیمارستان

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مدیر بیمارستان، مسئول امور مالی

سنجه ۲. دستورالعمل «نظارت بر عملکرد پیمانکاران» با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه			الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	تدوین دستورالعمل*	تدوین دستورالعمل*	بررسی مستند	بررسی مستند	بررسی مستند
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند	بررسی مستند	بررسی مستند
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	مشاهده	مشاهده
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند	بررسی مستند	بررسی مستند
۵	آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل	آگاهی کارکنان مرتبط** از دستورالعمل	مصاحبه	مصاحبه	مصاحبه
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده	مشاهده	مشاهده

توضیحات:

* حداقل مورد انتظار در تدوین دستورالعمل، شامل تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت، پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی، مکانیزم های جریمه و یا فسخ قرارداد و رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در تعهدات پیمانکار در متن قرارداد است.

** ناظرین فنی قراردادهای برون سپاری

توصیه ۱. طراحی نظارت ساختارمند بر عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیست های تخصصی و به کارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط

توصیه ۲. پیش بینی جریمه های نقدی معین و شرایط لغو قرارداد و اخذ خسارات وارده در صورت عدم رعایت الزامات کیفی و قانونی در مفاد قرارداد منعقد، براساس گزارش ناظر فنی قرارداد.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مدیر بیمارستان، مسئول امور مالی

الف	۲	۷	میزان پرداختی بیماران براساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه ریزی، اجرا و نظارت می‌شود.
دست‌آورد استاندارد رعایت قوانین و مقررات ابلاغی وزارت بهداشت رعایت حقوق بیماران افزایش اعتبار بیمارستان در افکار عمومی و اطمینان بیماران و همراهان به انصاف و رعایت قوانین مالی توسط بیمارستان			

سنجه ۱. آخرین تعرفه های درمانی ابلاغی در سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان به روز رسانی شده و رعایت می‌شود.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تطبیق تعرفه های بارگذاری شده در سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) با آخرین تعرفه ابلاغی*		
۲	رعایت تعرفه های ابلاغی در محاسبه هزینه های درمانی در پرونده الکترونیک (HIS) بیماران بستری		

توضیحات: * تعرفه ابلاغی هیات دولت تازمان ابلاغ تعرفه بعدی تنها ملاک قیمت گذاری خدمات است و هرگونه دخل و تصرف در مقادیر آن توسط بیمارستان در صورت حساب الکترونیکی بیمارستان مغایر قانون است.	
هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی، مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۲. میزان پرداختی بیماران منطبق بر دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و ضوابط بیمه های پایه و تکمیلی است.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوشش بیمه پایه بیمار*		
۲	محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوشش بیمه تکمیلی بیمار		

توضیحات: *میزان پوشش بیمه و هزینه تقریبی خدمات برابر استانداردهای حقوق بیمار قبل از بستری بایستی به اطلاع بیمار رسانده شود.	
هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی، مسئول فن آوری اطلاعات	

سنجه ۳. بیماران هزینه های حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد را طبق خدمات ارائه شده در پرونده صرفاً به صندوق بیمارستان پرداخت می نمایند و هیچگونه وجه جداگانه ای در داخل یا خارج از بیمارستان، بابت خدمات دریافتی و یا دارو و لوازم از بیمار دریافت نمی شود.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	انطباق صورت حساب بیمار با خدمات واقعی ارائه شده	بررسی مستند و مصاحبه		
۲	پرداختی بیماران صرفاً به صندوق بیمارستان مطابق صورت حساب و براساس پرونده بالینی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه		
۳	عدم پرداخت هرگونه وجه مازاد پرونده بالینی به صندوق بیمارستان یا هر فرد دیگر در داخل یا خارج از بیمارستان*	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

*منظور هرگونه پرداخت زیر میزی یا دریافتی های نقدی و یا پرداخت های دو مرحله ای در دو صندوق و موارد مشابه تخلف از قانون بابت حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد است.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی، مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۴. تعرفه های مربوط به هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه ارزشیابی، حداقل در واحد پذیرش، واحد ترخیص یا حسابداری و سالن انتظار اصلی، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب گردیده و در صورت حساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می شود.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	اطلاع رسانی تعرفه هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه اعتبار بخشی در واحد پذیرش در معرض دید مراجعین*	بررسی مستند و مصاحبه		
۲	اطلاع رسانی تعرفه هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه اعتبار بخشی در واحد ترخیص / حسابداری در معرض دید مراجعین	بررسی مستند و مصاحبه		
۳	انطباق نحوه محاسبه هتلینگ بیماران با تعرفه مصوب اعلام شده در آخرین گواهی نامه اعتبار بخشی	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

*بایستی بیمارستان ترتیبی اتخاذ کند که قبل از پذیرش و در زمان ترخیص گیرندگان خدمت (بیمار / ولی قانونی وی) از تعرفه هتلینگ بیمارستان آگاهی داشته باشند.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی، مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۵. قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو محاسبه و از بیماران اخذ می شود و مسئول فنی بر این امر نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق اقدام اصلاحی به عمل می آورد.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱		محاسبه قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو* در صورتحساب بیماران	بررسی مستند
۲		نظارت مسئول فنی بر رعایت قیمت های مصوب سازمان غذا و دارو در محاسبه هزینه ها در صورتحساب بیماران**	بررسی مستند و مصاحبه
۳		برخورد قانونی مسئول فنی و انجام اقدام اصلاحی لازم	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات:

* قیمت گذاری دارو و لوازم پزشکی توسط سازمان غذا و دارو
 ** مسئول فنی در بازه زمانی معین طبق روش اجرایی نظارت مستمر (استاندارد الف - ۲ - ۹) به صورت اتفاقی تعدادی از صورتحساب های بیماران را بررسی می نماید و در صورت هرگونه عدم انطباق ضمن اصلاح قیمت و جبران خسارت بیمار طبق وظایف قانونی خود عمل می نماید. همچنین ضمن بررسی عوامل بروز عدم انطباق را شناسایی و ضمن اصلاح فرآیند به رئیس / مدیرعامل گزارش می نماید.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی، مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۶. کدهای خدمات ثبت شده در پرونده و صورتحساب بیماران منطبق بر خدمات ارائه شده و شرایط بیمار است.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱		انطباق کدهای خدمات ثبت شده در پرونده بالینی* و صورتحساب بیماران با نوع خدمات ارائه شده	بررسی مستند و مصاحبه
۲		عدم محاسبه و اخذ کدهای خارج از کتاب ارزش نسبی خدمات در پرونده بالینی یا صورت حساب بیمار	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات:

* شرح عمل و کد های بیهوشی منطبق بر شرایط واقعی بیمار است و خدمات هتلینگ، کمک جراح و سایر موارد کد گذاری طبق تعرفه و واقعیت ارائه خدمات بیمارستان است.

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی، مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۷. مسئول فنی بر رعایت تعرفه ها و محاسبه صحیح صورت حساب بیماران نظارت می نماید و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق، ضمن گزارش موارد به تیم مدیریت اجرایی اقدام لازم برابر مقررات را تعیین و بر اجرای آن نظارت می نماید.

سطح سنجه			الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	نظارت مسئول فنی بر روند محاسبه صورت حساب بیماران براساس برنامه زمان بندی و نمونه برداری معین*	بررسی مستند و مصاحبه			
۲	گزارش موارد عدم انطباق به تیم مدیریت اجرایی بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه			
۳	اصلاح فرایند اضافه دریافتی و جبران اضافه پرداختی بیماران با هماهنگی رئیس / مدیرعامل برای بیمار/ بیماران	بررسی مستند و مصاحبه			

توضیحات:

* با توجه آمار ترخیص روزانه، حداقل به صورت ماهیانه یک بار این نظارت برای ۱۰ درصد پرونده های ترخیصی صورت پذیرد.

هدایت کننده: رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی

الف	۲	۸	هزینه دارو و درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ارزیابی و برنامه‌ریزی می‌شود.
دست‌آورد استاندارد خرید تجهیزات مصرفی و سرمایه‌ای براساس صرفه و صلاح و اصول کارشناسی تجویز منطقی خدمات تشخیصی و درمانی پرهزینه و نادر بهبود اقتصاد دارو و درمان			

سنجه ۱. طبق آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، خرید تجهیزات پزشکی مصرفی و غیر مصرفی براساس نظرات فنی و با در نظر گرفتن صرفه و صلاح پس از تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی انجام می‌شود.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
بررسی مستند و مصاحبه	۱ خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای با در نظر گرفتن صرفه و صلاح و تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی*		
بررسی مستند و مصاحبه	۲ خرید تجهیزات پزشکی مصرفی با در نظر گرفتن صرفه، صلاح و تایید کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی**		

توضیحات:

* ضمن رعایت آیین نامه‌های مالی و معاملاتی موضوع خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی (سرمایه‌ای) در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول واحد مهندسی پزشکی مطرح و ضمن بررسی کارشناسی و فنی با در نظر گرفتن صرفه و صلاح درخصوص خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای تصمیم‌گیری می‌شود.

** ضمن رعایت آیین نامه‌های مالی و معاملاتی موضوع خرید تجهیزات پزشکی مصرفی (غیر سرمایه‌ای) در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول واحد مهندسی پزشکی مطرح و ضمن بررسی کارشناسی و فنی با در نظر گرفتن صرفه و صلاح درخصوص خرید تجهیزات پزشکی مصرفی (غیر سرمایه‌ای) تصمیم‌گیری می‌شود.

توصیه: تدوین فرمولاری (فهرست) تجهیزات مصرفی با استفاده از سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی برای بیمارستان، اطلاع‌رسانی به پزشکان (به ویژه در خصوص کاشتنی‌ها) و رعایت فرمولاری تجهیزات مصرفی و در صورت نیاز بازنگری آن در کمیته.

هدایت‌کننده: رئیس / مدیرعامل، کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

سنجه ۲. کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات اطلاعات حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان بیمارستان در امور تشخیصی و درمانی شایع را با استفاده از روش های آماری بررسی و موارد خارج از بازه های معمول را شناسایی و علت یابی می نماید.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	جمع آوری اطلاعات حجم مداخلات تجویز شده*	توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان	بررسی مستند	
۲	تحلیل آماری حجم مداخلات تجویز شده*	توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان	بررسی مستند	
۳	استخراج موارد غیر معمول تجویز شده	توسط پزشکان در امور تشخیصی و درمانی شایع در بیمارستان	بررسی مستند	
۴	شناسایی و ثبت دلایل افزایش غیر معمول تجویز	امور تشخیصی و درمانی توسط یک پزشک یا گروهی از پزشکان	بررسی مستند	

توضیحات:

*منظور از حجم مداخلات تجویز شده میزان تجویز دارو یا تجهیزات پزشکی یا امور تشخیصی و درمانی شایع در بازه زمانی معین است.

هدایت کننده: کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، مسئول فنی داروخانه، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی

سنجه ۳. رئیس/ مدیر عامل بیمارستان، نتایج بررسی های کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات در خصوص نحوه عملکرد پزشکی که به صورت معنی داری مداخلات تشخیصی و درمانی بالاتر از میانگین گروه را دارند، را به همراه مستندات مربوط به صورت مکتوب به آنها متذکر می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	شناسایی و ثبت مواردی از تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی که اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز پزشکان بیمارستان دارد در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	شناسایی و ثبت مواردی از تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی که اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز پزشکان بیمارستان دارد در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	گزارش مکتوب عملکرد پزشکی که تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی با اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند به همراه مستندات مربوط به رئیس / مدیر عامل بیمارستان	گزارش مکتوب عملکرد پزشکی که تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی با اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند به همراه مستندات مربوط به رئیس / مدیر عامل بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه	
۳	تذکر کتبی* رئیس بیمارستان به پزشک / پزشکی که تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی با اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند.	تذکر کتبی* رئیس بیمارستان به پزشک / پزشکی که تجویز غیر معمول در امور تشخیصی و درمانی با اختلاف معنا داری نسبت به متوسط حجم تجویز سایر پزشکان بیمارستان دارند.	بررسی مستند و مصاحبه	

توضیحات:

*تذکرات اولیه جهت اطلاع است اما در صورت تکرار برابر تصمیمات تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی لازم به عمل می آید.

هدایت کننده: رئیس / مدیر عامل، کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

سنجه ۴. خدمات نادر و پرهزینه بیمارستان در کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات شناسایی شده و با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط؛ پیش از ارائه این خدمات، با بررسی اندیکاسیون هر مورد، مجوز انجام مداخله صادر می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☒ ایده آل ☐	روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱		بررسی مستند و مصاحبه	تهیه فهرست خدمات نادر و پرهزینه تشخیصی / درمانی توسط کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با مشارکت پزشکان متخصص* مرتبط
۲		بررسی مستند و مصاحبه	بررسی اندیکاسیون ارائه این خدمات به هریک از بیماران با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط پیش از ارائه خدمت**
۳		بررسی مستند و مصاحبه	تایید یا رد اندیکاسیون*** خدمات در هر مورد با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط و اقدام براساس تصمیم کمیته

توضیحات:

* مشارکت پزشک معالج و پزشکان همکار به نحوی باشد که ضمن مدیریت خدمات پرهزینه و نادر مسئولیت پزشک معالج خدشه دار نشود.
 *** به نحوی برنامه ریزی شود که قبل از بستری بیمار و اطاله زمان در جلسه کمیته مطرح و مصوب شود..
 *** به منظور رعایت حقوق بیماران غیر اورژانسی راه حل های تشخیص یا درمانی جایگزین، شناسایی و پیشنهاد می شود و شامل ارائه خدمات اورژانسی که تهدید کننده حیات بیماران، نمی شود.

هدایت کننده: کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، مسئول فنی داروخانه، مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی

سنجه ۵. بیمارستان نتایج عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی را در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، به کمیته معادل در ستاد دانشگاه گزارش می‌نماید.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☒ ایده آل ☐	روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱		بررسی مستند و مصاحبه	ارسال گزارش عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع به رئیس بیمارستان
۲		بررسی مستند و مصاحبه	بررسی گزارش عملکرد واصله از کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در خصوص مداخلات تشخیصی و درمانی شایع توسط رئیس بیمارستان
۳		بررسی مستند و مصاحبه	ارسال گزارش عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع، به کمیته معادل در ستاد دانشگاه توسط رئیس بیمارستان

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل، کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

الف | ۲ | ۹ | مسئول فنی واجد صلاحیت بر نحوه ارائه خدمات به بیماران و رعایت قوانین و مقررات در بیمارستان نظارت می نماید.

دستاوردها استاندارد

- تقویت فرآیند پیشگیری خطا و قصور پزشکی
- ترویج برنامه خود ارزیابی و خود اظهاری پیش از بروز مشکلات حاد برای بیمار و بیمارستان
- رسیدگی فوری به قصور پزشکی طبق مقررات

سنجه ۱. مسئول فنی واجد صلاحیت و دارای پروانه معتبر در بیمارستان فعالیت می نماید.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	فعالیت مسئول / مسئولان فنی بیمارستان مطابق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت در شیفت های بیمارستان	بررسی مستند			
۲	معتبر بودن پروانه مسئول / مسئولان فنی بیمارستان	بررسی مستند			

هدایت کننده: رئیس/مدیرعامل، مسئول / مسئولان فنی بیمارستان

سنجه ۲. مسئول فنی بیمارستان از شرح وظایف مسئولان فنی ابلاغی از سوی وزارت بهداشت آگاهی داشته و براساس آن عمل می نماید.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	آگاهی مسئول / مسئولان فنی از شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت*	بررسی مستند و مصاحبه			
۲	انجام وظایف محوله طبق شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت مسئول فنی بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه			

توضیحات:

*موضوع این سنجه شرح وظایف مسئول ایمنی نمی باشد و صرفاً متمرکز مسئولیت های فنی طبق الزامات ابلاغی وزارت بهداشت است.

هدایت کننده: رئیس /مدیرعامل، مسئول / مسئولان فنی بیمارستان

سنجه ۳. روش اجرایی «نظارت مستمر در تمام ساعات شبانه روز بر روند ارائه خدمات در بیمارستان» با محوریت مسئول فنی و مشارکت روسا/مسئولان بخش‌ها/ واحدها با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند		
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه		
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده		
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	پیش بینی شیوه‌های ارزیابی و گزارش‌گیری از موارد خطا و قصور از بخش‌ها / واحدها در تمامی ساعات شبانه‌روز در روش اجرایی	بررسی مستند		
۷	پیش بینی شیوه‌های ارزیابی و گزارش‌گیری از موارد نقض قوانین در تمامی ساعات شبانه‌روز در روش اجرایی	بررسی مستند		
۸	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند		
۹	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه		
۱۰	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده		
۱۱	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده		

هدایت‌کننده: روسا /مسئولان بخش‌ها / واحدها و سرپرستاران

سنجه ۴. مسئول فنی بیمارستان عضو کمیته مرگ و میر و عوارض است و در جلسات حضور فعال داشته و اقدامات لازم برای پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی به عمل می آورد.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	صدور ابلاغ عضویت مسئول فنی* بیمارستان در کمیته مرگ و میر و عوارض	بررسی مستند		
۲	حضور کامل مسئول فنی بیمارستان در تمامی جلسات کمیته مرگ و میر و عوارض	بررسی مستند و مصاحبه		
۳	پیگیری موارد قصور مورد تایید کمیته مرگ و میر و عوارض برابر مقررات با همکاری متخصصین پزشکی قانونی و سایر مراجع ذیربط**	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

*مسئول فنی شیفت صبح
**برحسب شرح وظایف مسئولان فنی ابلاغی وزارت بهداشت

هدایت کننده: رئیس / مدیرعامل بیمارستان، مسئول / مسئولان فنی بیمارستان