

الف-۳) بهبود کیفیت



الف - ۳) بهبود کیفیت

الف	۳	۱	فرآیندهای اصلی بیمارستان، به صورت مستمر مدیریت می‌شود.
دستاورد استاندارد شناسایی فرآیندهای اصلی بیمارستان بهبود مستمر فرآیندها براساس سنجش و بازنگری ترویج مشارکت گروهی در بهبود فرآیندهای اصلی بیمارستان			

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی، فرآیندهای اصلی بیمارستان را شناسایی، تصویب، بازنگری و ابلاغ می‌نماید و در بخش‌ها / واحدهای مرتبط، کارکنان از آن‌ها مطلع شده و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی				
گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
۱	شناسایی فرآیندهای اصلی توسط تیم مدیریت اجرایی*	بررسی مستند		
۲	معرفی فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت و مدیر پرستاری	بررسی مستند		
۳	بررسی و تصویب فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند		
۴	ابلاغ فرآیندهای اصلی مصوب به بخش ها / واحدها، توسط رییس بیمارستان	بررسی مستند		
۵	دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیکی فرآیندهای اصلی ابلاغ شده	مشاهده		
۶	آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیندهای اصلی مرتبط با بخش/ واحد مرتبط	مصاحبه		

توضیحات:

* مسئول بهبود کیفیت به عنوان نماینده تیم مدیریت اجرایی با مشارکت سایر اعضا و مسئولان واحدها / بخش‌های پاراکلینیک، فرآیندهای اصلی بیمارستان را شناسایی می‌نماید. تعداد فرآیندهای اصلی شناسایی شده ملاک ارزیابی نیست و این امر با تشخیص بیمارستان است.

➤ فرآیند مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه‌ریزی شده انجام می‌گیرد. هر فرآیند، شروع و خاتمه مشخص داشته، با تعریف ورودی‌ها و خروجی‌های آن و تعیین متولی و صاحبان فرآیند، ساختار شفاف برای عملکرد ارائه می‌کند و به شکل افقی در سازمان جریان دارد.

➤ فرآیندهای سازمانی در سه گروه فرآیندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی قرار می‌گیرند. فرآیندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط است و ایجاد ارزش افزوده می‌کند. هر یک از گام‌های فرآیندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرآیند فرعی باشد. همچنین فرآیندها می‌توانند به صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند.

➤ فلوچارت یا نقشه فرآیند یا نمودار فرآیند کار: نموداری است که توالی مراحمی را که در یک فرآیند برای اجرای کار درست انجام می‌شود، نشان می‌دهد. از طریق مشاهده فلوچارت می‌توان تصویری کلی از فرآیند به دست آورد و دریافت که یک فرآیند چگونه کار می‌کند و مشکلات کیفیتی در کجا روی می‌دهد.

➤ طراحی شماتیک فلوچارت: برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و درک فلوچارت ترسیم شده، از اشکال هندسی قراردادی استفاده می‌شود. به عنوان مثال بیضی (شروع و پایان فرآیند)، مستطیل (انجام یک فعالیت)، لوزی (نماد یک تصمیم‌گیری) و از علامت فلش برای نشان دادن مسیر جریان فرآیند استفاده می‌شود.

➤ نگارش انشائی (الگوریتم): به هر دستورالعملی اطلاق می‌شود که مراحل انجام کاری را با زبانی دقیق و با جزئیات کافی بیان کند، به‌طوری‌که ترتیب مراحل و شروع و خاتمه عملیات در آن کاملاً مشخص شده باشد.

هدایت‌کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان بخش ها / واحدها، شاخص های سنجش فرآیندهای اصلی بیمارستان را تعیین و نسبت به پایش و اندازه گیری آن ها در بازه زمانی معین اقدام و تحلیل نتایج ارزیابی را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می نماید.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تعیین شاخص های سنجش فرآیندهای اصلی توسط مسئول بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان / سرپرستاران بخش ها / واحدها*	بررسی مستند		
۲	اندازه گیری شاخص های فرآیندی تعیین شده در بازه زمانی معین**	بررسی مستند		
۳	گزارش تحلیلی نتایج شاخص های فرآیندی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت	بررسی مستند		

توضیحات:

* مسئولان بخش ها / واحد ها، سرپرستاران بخش های تشخیصی و درمانی و مسئولان واحدهای پاراکلینیک، اداری و سایر واحدهایی است که در جریان فرآیندهای اصلی بیمارستان ایفای نقش می نمایند.

** بازه زمانی اندازه گیری شاخص های فرآیندی بر اساس نوع شاخص قابل تعریف است اما بازه یک ماهه برای شاخص های اصلی در گلوگاه های فرآیندی توصیه می شود.

ساختمان مانند یک سیستم است. برای سنجش عملکرد یک سازمان می بایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یکسری شاخص تعریف نمود که این شاخص ها برای اندازه گیری میزان دستیابی به آرمان ها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار می گیرد. شاخص های سنجش فرآیندها می توانند به صورت شاخص های ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی باشند.

شاخص های ساختاری یا درون دادی: آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطرح است که شامل منابع نیروی انسانی، منابع تجهیزاتی، منابع مالی و... خواهد بود و بدون آن ها امکان طراحی و اجرای برنامه ها و تأمین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص ها جای می گیرد. تعداد بیماران شرکت کننده در کلاس های آموزشی، تعداد بیماران پذیرش شده در آزمایشگاه، نسبت تعداد کادر پرستاری در بخش های بستری به تخت فعال

شاخص های فرآیندی: برای پایش فعالیت های در حال اجرا استفاده می شود و نحوه ارائه خدمات، روش ها و برنامه هایی که برای دستیابی به اهداف سازمانی به کار گرفته شود را پایش می کند. شاخص های میانگین زمانی، اغلب شاخص های فرآیندی هستند. میانگین زمانی انتظار جواب دهی بخش پاتولوژی، میانگین زمانی انتظار تزریق استرپتوکیناز به بیماران با تشخیص آنفارکتوس قلبی از بدو ورود به بیمارستان تا زمان تزریق

شاخص های پیامدی: شاخص هایی که نتایج فعالیت ها را نشان می دهد. شاخص های رضایت مندی و ایمنی بیمار و مواردی مانند میزان بروز زخم بستر در بیماران بستری، میزان افتادن بیمار در طول بستری، میزان مورتالیتی نوزادان زیر ۲۸ روز، جزء شاخص های پیامدی هستند. تعیین نوع شاخص ها برای هر فرآیند به وضعیت موجود سازمان، مطالبات سازمان های بالادستی، هدف از ارتقاء فرآیند و... بستگی دارد و می تواند برای هر فرآیند از سه نوع شاخص هم باشد. نکته مهم در تدوین شاخص ها اینست که باید توازنی بین شاخص های ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی در سازمان وجود داشته باشد. البته مفهوم توازن از منظر تعداد شاخص ها نیست بلکه منظور توجه به توازن در تعیین شاخص ها در هر سه حیطه ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. به نحوی که بیمارستان صرفاً بر یک حیطه متمرکز نشود.

شناسنامه شاخص: برای یکسان سازی مفاهیم و کسب اطلاعات دقیق لازم است برای هر شاخص شناسنامه تدوین شود که حداقل در آن: نوع شاخص، نحوه اندازه گیری، بازه زمانی اندازه گیری، فرد مسئول جمع آوری شاخص، نحوه گزارش دهی بخش ها / واحدهای مرتبط مشخص شده باشد.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند، نسبت به اقدام اصلاحی/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت و در صورت لزوم، بازنگری فرآیندها اقدام می‌نماید.

سطح سنجه			الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	بررسی گزارش تحلیلی مسئول بهبود کیفیت در خصوص نتایج شاخص های فرآیندی در جلسه تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند			
۲	اقدام اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود کیفیت/ بازنگری فرآیندها با مشارکت صاحبان فرآیند در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه			

توضیحات:

توصیه. در صورت تصمیم تیم مدیریت اجرایی برای اصلاح و بازنگری فرآیندهای اصلی، گروهی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت صاحبان فرآیند در بخش ها / واحدهای مرتبط تشکیل و پیشنهاد اصلاحی این گروه مجدداً در جلسه تیم مدیریت اجرایی طرح و در صورت تصویب ابلاغ شود.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت، ارزیابی و بازنگری می شود.

۲

۳

الف

دستآورد استاندارد

- امکان ارزیابی روند پیشرفت برنامه های عملیاتی و بهبود کیفیت
- امکان مداخله به موقع در موانع احتمالی اجرای برنامه ها به دنبال سنجش و پایش مستمر آن ها
- مشارکت صاحبان فرآیند در هدایت برنامه ها به اهداف تعیین شده

سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی، شاخص های برنامه ای و مسئول پایش و اندازه گیری میزان پیشرفت هر یک از برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت را تعیین نموده و بر روند پایش و ارزیابی آن ها نظارت می نماید.

سطح سنجه □ الزامی ■ اساسی □ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تعیین شاخص های اندازه گیری پیشرفت برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی
بررسی مستند و مصاحبه	۲ تعیین مسئول پایش و اندازه گیری * پیشرفت هر یک از برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی
بررسی مستند	۳ پایش و اندازه گیری میزان پیشرفت برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط مسئول پایش برنامه ها
بررسی مستند و مصاحبه	۴ نظارت بر روند پایش برنامه ها توسط مسئول بهبود کیفیت به نمایندگی از تیم مدیریت اجرایی

توضیحات:

- * در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه گیری شاخص معرفی می شود.
- توصیه. برای اطمینان از اجرای صحیح برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت تدوین شده دو معیار (شاخص) طراحی شود.
- ۱- پایش پیشرفت برنامه عملیاتی / بهبود کیفیت یا درصد تحقق اجرای برنامه های پایش بینی شده
- ۲- پایش شاخص های تعیین شده برای دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه ها

✚ شاخص تحقق برنامه که بر اساس اهداف اختصاصی در بازه های زمانی تعیین شده، اندازه گیری می شود بیانگر موفقیت برنامه در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده است، به عنوان مثال: ده درصد افزایش رضایتمندی مراجعین به اورژانس. اما شاخص پیشرفت برنامه درصد اجرایی گام های برنامه بر اساس زمان بندی تعیین شده است. این معیار موید همخوانی رفتار مجریان با مراحل اجرای برنامه است و الزاماً بیانگر میزان دست یابی به اهداف اختصاصی برنامه نیست. در همان مثال «افزایش ده درصدی رضایتمندی مراجعین اورژانس از طریق ایجاد امکانات و بهبود مبلمان»، اگر در گام های اجرایی برنامه خرید و نصب امکانات و مبلمان در نظر گرفته شده، صد درصد بر اساس زمان بندی تعیین شده انجام شود الزاماً به معنی ارتقای ده درصدی شاخص برنامه نیست! و اگر تغییری در رضایتمندی بیماران بوجود نیاید پیشرفت برنامه قابل قبول است اما اهداف برنامه محقق نشده اند. به عبارت دیگر روش انتخاب شده به درستی اجرا شده اما الزاماً این روش منجر به افزایش ده درصدی رضایت مندی نشده است. لذا در هر برنامه توصیه می شود به منظور امکان بازنگری های به موقع و جلوگیری از اتلاف منابع و زمان به هر دو بعد پایش نحوه اجرا و اندازه گیری تحقق برنامه اهتمام شود، چراکه در مقاطع پایش و اندازه گیری فرصت بازنگری در هر دو بعد میسر می شود.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۲. مسئولان پایش برنامه ها، نتایج پایش و ارزیابی برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت مربوط را به صورت فصلی، در کمیته پایش و سنجش کیفیت گزارش و پس از بررسی نتایج به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱ گزارش نتایج شاخص / شاخص های برنامه ای به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول مربوطه *			
بررسی مستند	۲ بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص های برنامه ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت			
بررسی مستند	۳ تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص های برنامه ای و در صورت لزوم پیشنهادات اصلاحی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی			
بررسی مستند	۴ ارائه گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت			

توضیحات:

* گزارش توسط مسئول پایش و اندازه‌گیری برنامه و حداقل سه ماهه (فصلی) و در صورت نیاز در بازه های زمانی کوتاه‌تر.

هدایت کننده: کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی بر اساس گزارش نتایج ارزیابی پیشرفت برنامه‌های عملیاتی در خصوص هریک از برنامه‌ها در صورت لزوم اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت، تدوین و ابلاغ می نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آن‌ها نظارت می‌کند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱ بررسی گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص پیشرفت برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی			
بررسی مستند	۲ در صورت لزوم برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی جهت انجام اقدامات اصلاحی * جهت بازنگری برنامه و به منظور تحقق اهداف آن			

توضیحات:

* با مشارکت صاحبان فرآیند و در صورت ضرورت برنامه بهبود کیفیت به منظور رفع موانع پیشرفت برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی، تدوین و ابلاغ می شود.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

الف | ۳ | ۳ | عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان، اندازه گیری شده و براساس آن بازنگری انجام می شود.

دستآورد استاندارد

- آگاهی بیمارستان از پیامدهای مهم عملکردی در ابعاد بالینی و غیر بالینی
- امکان بازنگری و بهبود مستمر عملکرد بیمارستان با مشارکت همه صاحبان فرآیند
- ترویج فرهنگ نتیجه گرایی در بیمارستان

سنجه ۱. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئولان بخش ها/ واحدهای بیمارستان، شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی را اولویت بندی و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد می نماید.

سطح سنجه	الزامی ■	اساسی ■	ایده آل ■	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱				طراحی شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی در کمیته پایش و سنجش کیفیت* با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت مسئولان بخش ها / واحدها**	بررسی مستند و مصاحبه
۲				پیشنهاد شاخص های عملکردی *** بالینی و غیر بالینی به صورت اولویت بندی شده برحسب درجه اهمیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	بررسی مستند و مصاحبه

توضیحات:

* کمیته پایش و سنجش کیفیت در جلسات اختصاصی متناسب با بخش های مخاطب (درمانی / تشخیصی / اورژانس / اداری / مالی / پاراکلینیک و ...) جلسات مستقل تشکیل می دهد و با حضور مسئولان مرتبط شاخص های عملکردی بخش ها / واحدها را طراحی می نماید.
 ** شاخص های عملکردی بالینی بایستی تحت نظر و با تأیید نهایی مدیر پرستاری طراحی شود.
 *** شاخص های عملکردی در نسل نوین اعتبار بخشی در دو گروه ارزیابی می شوند:

گروه اول شامل شاخص هایی است که با توجه به اهمیت آن ها اندازه گیری مستمر برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. شاخص های عملکردی الزامی شامل موارد ذیل می باشد:

۱- شاخص های اورژانس: شاخص های ملی اورژانس ابلاغ شده طی نامه شماره ۱۳۰۳/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۰/۹/۱۹ که شامل: درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت، درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت، درصد ترک با مسئولیت شخصی از اورژانس، میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح تریاژ، درصد احیاء قلبی - ریوی ناموفق
 ۲- در بخش های مراقبت ویژه (ICU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده های مرتبط با مرگ مغزی به استناد نامه هیات محترم دولت به شماره ۹۹۲۹/ت ۲۴۸۰۴ مورخ ۱۳۹۰/۳/۷ و بخشنامه وزارت بهداشت به شماره ۷۷۹/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۰/۵/۳۰ الزامی می باشد. (در بیمارستان های دارای ICU)

۳- در بخش مراقبت های ویژه قلبی (CCU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده های مرتبط با سکته قلبی به استناد نامه معاونت سلامت وزارت بهداشت به شماره ۶۱۰۳/۴۰۲/د مورخ ۱۳۹۲/۵/۱۶ الزامی می باشد و در صورتی که این مورد لحاظ نشده باشد نمره به هیچ یک از سنجه های این محور تعلق نمی گیرد. (در بیمارستان های دارای CCU)

گروه دوم شاخص های عملکردی است که بیمارستان برحسب شرایط خود به هر تنوع / تعداد که تشخیص می دهد طراحی، پایش و تحلیل می نماید. لذا برای اینکه کیفیت خدمات ارائه شده در تمامی ابعاد بررسی شود توصیه می شود حداقل شاخص های عملکردی در حیطه های ذیل تدوین شود:

- ایمنی^۱: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و عفونت ها برای بیمار می شود
- به موقع بودن خدمات^۲: انجام خدمات تشخیصی درمانی در زمان مناسب و توجه به وضعیت لیست بیماران
- اثربخشی^۳: انجام خدمات موثر مبتنی بر شواهد معتبر و راهنمای طبابت بالینی
- کارایی^۴: میزان هزینه های بیمار و وضعیت مصرف داروها، فرآورده های خونی، میزان انجام آزمایشات
- عدالت^۵: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، قومیت، سن، وضعیت بیمه و... متناسب با نوع و شدت نیازهای ایشان
- بیمار محوری^۶: میزان رضایتمندی بیمار از نحوه ارائه خدمات و میزان مشارکت آگاهانه در ارائه خدمات

هدایت کننده: کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی شاخص های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت را بررسی و تصویب نموده و با تعیین مسئول اندازه گیری هر یک از شاخص ها به تمام بخش ها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می نماید.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	بررسی فهرست شاخص های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه		
۲	انتخاب اولویت ها و تصویب شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی بخش ها/ واحدها توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند		
۳	تعیین مسئول اندازه گیری شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی مصوب و الزامی* توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند		
۴	تیم مدیریت اجرایی شاخص های تعیین شده با هر یک از شاخص ها را به تمام بخش ها/ واحدهای مرتبط ابلاغ می نماید.	بررسی مستند		

توضیحات:

* شاخص هایی است که با توجه به اهمیت آن ها اندازه گیری مستمر برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. (مراجعه به توضیحات سنجه ۱ از همین استاندارد)

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت، مسئولان بخش ها / واحدها

سنجه ۳. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان اندازه گیری هر یک از شاخص های عملکردی، نتایج را در فواصل زمانی تعیین شده از بخش ها / واحدهای بیمارستان دریافت نموده و پس از تحلیل در کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید و پس از تأیید تیم مدیریت اجرایی، نتایج تحلیل ها به بخش ها / واحدهای مرتبط اطلاع رسانی می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱ گزارش نتایج اندازه گیری هریک از شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط مسئولان اندازه گیری *هریک از شاخص ها به دفتر بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین**			
بررسی مستند	۲ گزارش نتایج شاخص / شاخص های عملکردی به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت			
بررسی مستند	۳ بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص های عملکردی در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت			
بررسی مستند و مصاحبه	۴ تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص های عملکردی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت جهت ارائه به تیم مدیریت اجرایی			
بررسی مستند و مصاحبه	۵ ارائه گزارش تحلیلی به جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت و در صورت موافقت تیم مدیریت اجرایی اعلام نتایج به بخش / واحد مربوط توسط دفتر بهبود کیفیت			

توضیحات:

*مسئول اندازه گیری هریک از شاخص های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط تیم مدیریت اجرایی تعیین می شود و توصیه می شود این افراد از بین کارکنان همان بخش یا واحد انتخاب نشوند.
**بر اساس بازه زمانی تعیین شده در شناسنامه شاخص و در همین بازه زمانی هر شاخص اندازه گیری و گزارش می شود.

هدایت کننده: کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت

سنجه ۴. تیم مدیریت اجرای با مشارکت صاحبان فرآیند براساس نتایج و تحلیل شاخص های عملکردی، اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت، تدوین و ابلاغ می نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آن ها نظارت می کند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱ بررسی گزارش تحلیلی کمیته پایش و سنجش کیفیت درخصوص نتایج شاخص / شاخص های عملکردی در تیم مدیریت اجرایی با حضور مسئولان و کارکنان کلیدی مرتبط			
بررسی مستند	۲ اخذ تصمیمات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت در مورد شاخص های که نتایج آن ها در محدوده هشدار / بحرانی قرار دارند، با مشارکت صاحبان فرآیند*			
بررسی مستند و مصاحبه	۳ نظارت دفتر بهبود کیفیت بر اجرای صحیح اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده از سوی تیم مدیریت اجرایی			

توضیحات:

*صاحب فرآیند کسی است که مدیریت فرآیند و بهبود آن را از طریق نظارت و گزارش کارایی فرآیندها (شاخص) برعهده دارد.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت، مسئولان بخش ها / واحدها

الف | ۳ | ۴ | مشکلات جاری و فرصت‌های بهبود، شناسایی و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت مرتبط اجرا می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

- حل مشکلات از سطح بخش تا مدیریت ارشد با شیوه‌های ساختارمند
- بهبود فرآیندها و پیامدهای بخش‌ها و واحدها با انجام کارگروهی و خرد جمعی
- کاهش هزینه‌های فزاینده مشکلات با رفع زودهنگام آن در بخش‌ها و واحدها

سنجه ۱. مسئولان بخش‌ها/واحدها با همکاری کارکنان نسبت به شناسایی مشکلات و تعیین فرصت‌های بهبود اقدام نموده و پس از اولویت‌بندی، اقدام اصلاحی مورد نیاز را تعیین، اجرا و سوابق آن را به صورت فایل الکترونیک ثبت و در بازه زمانی مشخص اثربخشی اقدامات را ارزیابی می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	شناسایی مشکلات و فرصت‌های بهبود توسط مسئولان بخش‌ها/واحدها با همکاری کارکنان مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه		
۲	اولویت‌بندی مشکلات و فرصت‌های بهبود و برنامه‌ریزی برای اقدام اصلاحی: توسط مسئولان بخش‌ها/واحدها	بررسی مستند و مصاحبه		
۳	ذخیره سوابق اقدامات اصلاحی با توصیف مشکل و نحوه حل آن با ذکر تاریخ دریک فایل الکترونیک در رایانه بخش:*	بررسی مستند و مصاحبه		
۴	بررسی مجدد اثربخشی اقدام اصلاحی توسط مسئول بخش/واحد در بازه زمانی معین به تشخیص مسئول	مصاحبه		

توضیحات:

- * اقدام اصلاحی مستقیم زمانی مورد انتظار است که مسئول بخش / واحد بدون نیاز به منابع برون بخشی صرفاً یک مشکل فرآیندی را بازبینی و حل مشکل می‌نماید.
- ** نیازی به طراحی فرم مستندسازی نیست، این مرحله از ثبت سوابق، صرفاً برای استفاده آیندگان از تجربه مسئولان قبلی است و ثبت الکترونیکی آن در یک صفحه کفایت می‌کند.

هدایت‌کننده: مسئول بهبود کیفیت، مسئولان بخش‌ها / واحدها

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت برنامه های بهبود کیفیت پیشنهادی بخش ها/ واحدها را در جلسات تیم مدیریت اجرایی، مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولان بخش ها/ واحدها بر پیشرفت و اجرای آن نظارت و نتایج را به تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند و مصاحبه	۱ تدوین برنامه بهبود با مشارکت مسئول بهبود کیفیت در مواردی که حل مشکل نیاز به منابع خارج از بخش دارد و یا نیازمند تعامل بیش از یک بخش در حل مشکل است*			
بررسی مستند و مصاحبه	۲ معرفی برنامه های بهبود بخش ها / واحدها در اولین جلسه تیم مدیریت اجرایی جهت تصویب و تأمین منابع مورد نیاز توسط مسئول بهبود کیفیت			
بررسی مستند	۳ در صورت تأیید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ برنامه بهبود به بخش / واحد و تأمین منابع مورد نیاز			
مصاحبه و بررسی مستند	۴ نظارت مسئول بهبود کیفیت بر اجرا و پیشرفت برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده و گزارش نتایج به تیم مدیریت اجرایی			

توضیحات:

* برنامه بهبود کیفیت در بخش ها / واحدها زمانی تدوین خواهد شد که حل مشکلات مطرح شده نیاز به منابع انسانی مالی و تجهیزاتی دارد و با اجرای اقدامات اصلاحی توسط مسئول بخش، امکان رفع مشکل وجود نداشته باشد. برنامه بهبود کیفیت با مشارکت مسئول / مسئولان مرتبط و همکاری دفتر بهبود کیفیت تدوین و به تصویب تیم مدیریت اجرایی می رسد. تعداد برنامه های بهبود ملاک امتیازدهی نیست، بلکه نحوه شناسایی و حل مشکلات بخش ها/ واحدها حائز اهمیت است.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت، مسئولان بخش ها/ واحدها

الف	۳	۵	مستندات مربوط به استانداردهای اعتباربخشی ملی مدیریت می‌شود.
-----	---	---	---

دست‌آورد استاندارد مدیریت و کنترل بهینه مستندات اعتباربخشی یکپارچه سازی مستندات کیفی مستند سازی الکترونیکی خط مشی‌ها، روش‌ها و دستورالعمل‌ها
--

سنجه. دفتر بهبود کیفیت، مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شده اند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تأیید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس کارکنان قرار می‌دهد.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط‌مشی‌ها و روش‌ها، روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌های بیمارستان*	بررسی مستند		
۲	الکترونیکی بودن ** تمامی فرمت‌های خط‌مشی‌ها، روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌ها	مشاهده		

توضیحات:

* برای تهیه فرمت مستندات اعتباربخشی هیچ قالب الزامی وجود ندارد اما در خصوص محتوای آن بایستی حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده، تأیید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شود.

** تمامی خط مشی‌ها و روش‌ها، روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌ها بایستی در قالب فایل الکترونیک باشند و نیازی به امضا ندارند؛ اما بایستی با نامه رسمی و امضای تصویب کننده از طریق اتوماسیون ابلاغ شوند.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت

الف | ۳ | ۶ | ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتباربخشی ملی با رویکرد بهبود مستمر توسط تیم های داخلی انجام می شود.

دستاوردها استاندارد

- آگاهی بیمارستان از عملکرد اعتباربخشی پیش از ارزیابی نهایی
- فرصت و امکان بازنگری و بهبود استقرار استانداردها پیش از ارزیابی نهایی

سنجه ۱. بخش ها/ واحدها در زمان تعیین شده، با رویکرد بهبود مستمر کیفیت، خود ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران را انجام داده و پس از انجام اقدامات اصلاحی در راستای استقرار استانداردها گزارش نهایی آن را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می نماید.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مصاحبه	۱ انجام خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران توسط مسئولان بخش ها/ واحدها بر اساس کتاب راهنما*
بررسی مستند و مصاحبه	۲ شناسایی موارد عدم انطباق و اقدام اصلاحی درون بخشی در جهت استقرار کامل استانداردهای مرتبط با بخش/ واحد
بررسی مستند	۳ ارسال نتایج خودارزیابی و گزارش اقدامات اصلاحی درون بخشی انجام شده به دفتر بهبود کیفیت**
بررسی مستند و مصاحبه	۴ بررسی نتایج خود ارزیابی بخش ها/ واحدها توسط مسئول بهبود کیفیت و در صورت لزوم ارائه پیشنهاد اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت
بررسی مستند	۵ ارائه گزارش نتایج خود ارزیابی بخش ها/ واحدها و اولویت بندی اقدامات اصلاحی / برنامه های بهبود کیفیت مورد نیاز به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت
بررسی مستند	۶ بررسی گزارش تحلیلی دفتر بهبود کیفیت در تیم مدیریت اجرایی و تصویب اقدامات اصلاحی / برنامه های بهبود کیفیت بر اساس اولویت بندی انجام شده و ابلاغ آن ها به بخش ها / واحدها
بررسی مستند و مصاحبه	۷ انجام خودارزیابی های مکرر با رویکرد بهبود مستمر توسط مسئول بخش ها / واحدها تا زمان اطمینان از استقرار استانداردهای اعتباربخشی

توضیحات

* با توجه به وظیفه (نقش) محوری استانداردها، خودارزیابی در اغلب مواقع نیازمند کارگروهی می باشد و روش انجام، افراد دخیل و همچنین نحوه گزارش نتایج به دفتر بهبود کیفیت با تشخیص بیمارستان تعیین می شود.

** برخی اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود، نیازمند منابع انسانی، مالی یا تجهیزاتی است، که بایستی شرح آن به همراه نتایج خود ارزیابی به دفتر بهبود کیفیت ارسال شود.

هدایت کننده: مسئول بهبود کیفیت، مسئولان بخش ها / واحدها

سنجه ۲. بیمارستان گروه ارزیابی داخلی تشکیل داده و طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، ارزیابی داخلی را با رویکرد بهبود مستمر کیفیت انجام داده و پس از انجام اقدامات اصلاحی، نتایج نهایی را در سامانه اعتباربخشی بارگذاری می نماید.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی با محوریت تیم مدیریت اجرایی*	مصاحبه		
۲	انجام ارزیابی داخلی براساس استانداردهای اعتباربخشی و کتاب راهنما**	بررسی مستند و مصاحبه		
۳	ثبت نتایج ارزیابی داخلی در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت تحت نظارت رییس / مدیرعامل***	بررسی مستند		
۴	تأیید نهایی نتایج خود ارزیابی توسط رییس / مدیرعامل برای انجام ارزیابی نهایی اعتباربخشی بیمارستان در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت و در بازه زمانی مقرر	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

* انتخاب اعضای گروه داخلی ارزیابی با تشخیص رییس / مدیرعامل است.
 ** تمامی سنجه‌های اعتباربخشی در سطح بیمارستان بایستی خود ارزیابی و با استفاده از نام کاربری و کلمه عبور رییس بیمارستان در سامانه الکترونیکی وزارت بهداشت نمره دهی شود.
 *** رییس / مدیرعامل می‌تواند این مسئولیت را تفویض نماید اما با توجه به اهمیت نتایج خود ارزیابی، توصیه نمی‌شود.

توصیه. تعیین افراد پاسخگو برای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در هر یک از محورها و مدیریت و برنامه‌ریزی تیم مدیریت اجرایی با مشارکت همه اعضای در خود ارزیابی اعتباربخشی توصیه می‌شود.

نتایج ارزیابی داخلی جنبه خود اظهاری داشته و الزاما قابل تعمیم به نتایج نهایی بیمارستان نخواهد بود.

هدایت کننده: رییس / مدیرعامل، مسئول بهبود کیفیت، اعضای تیم مدیریت اجرایی

