



الف - مدیریت و رهبری

الف - ۲) تیم مدیریت اجرایی

جایگاه تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی

هدف از تشکیل تیم مدیریت اجرایی، تقویت سامانه‌های تصمیم سازی مبتنی بر اطلاعات پردازش شده به جایگزینی مدیریت امری و مبتنی بر تجربه‌های 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 کمیته‌های بیمارستانی در تعیین نقش‌های اجرایی هریک از مدیران، مسئولان بخش‌ها / واحدها برنامه‌ریزی و نظارت می‌نماید. 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 برنامه‌ریزی‌های عملیاتی و بهبود کیفیت، بخش عمده‌ای از اطلاعات مجریان شامل نتایج ارزیابی‌های عملکرد بخش‌ها / واحدها و کمیته‌های بیمارستانی، در بستر تیم مدیریت اجرایی به تصمیم سازی‌های مهم و مداخلات اصلاحی منجر می‌شود. همچنین فرآیندهای 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 می‌شود. حذف اعضای تیم مدیریت اجرایی یا تشریفاتی نمودن جلسات آن و هدایت تصمیم‌گیری‌ها 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 می‌شود. عمل گرایی و تمرکز بر نتایج واقعی و عینی عملکرد بیمارستان مد نظر نسل نوین اعتباربخشی بیمارستان‌ها است. بر همین اساس، رعایت الزامات عمومی برگزاری جلسات تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی^۲، صرفا پیش نیاز فرآیند تصمیم‌گیری 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 گام‌های اجرایی بسیاری از استانداردها مطرح شده اند که نقش تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی در برنامه ریزی و هدایت عناصر کیفی سازمان ارزیابی می‌شود. بنابراین چند استاندارد محدود و مستندی درخصوص برگزاری جلسات ملاک ارزیابی عملکرد تیم مدیریت اجرایی و کمیته‌های بیمارستانی نخواهد بود. لذا نگرش سیستمی مدیران در تحقق استانداردهای اعتباربخشی راه‌گشا خواهد بود.

در نسل نوین اعتباربخشی، دفتر بهبود کیفیت به نحوی مسئول آشکارسازی وضعیت واقعی بیمارستان است. نظارت این دفتر بر عملکرد کمیته‌های بیمارستانی و محوریت در ارزیابی عملکرد فرآیندی و پیامدی و سنجش میزان تحقق برنامه‌های عملیاتی، بهبود کیفیت بیمارستان، موید اهمیت این دفتر است. لذا توصیه می‌شود، 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 کمیته‌های بیمارستانی، نتایج شاخص‌های سه گانه (فرآیندی، پیامدی و برنامه ای) و رضایتمندی ذینفعان را بر عهده دارد. در واقع حلقه برنامه ریزی، اجرا، ارزیابی و بازنگری با فعالیت دقیق، حرفه‌ای و اثربخش کمیته پایش و سنجش کامل خواهد شد و تصمیمات مداخله‌ای تیم مدیریت اجرایی، در بسیاری از موارد مبتنی بر اطلاعات پردازش شده در این کمیته طراحی می‌شود. لذا انتظار می‌رود، 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.

❖ سنجه‌های با سطح الزامی، شامل امتیازدهی نمی‌باشند و در صورت عدم تحقق گواهینامه اعتباربخشی بیمارستان صادر نخواهد شد.

^۱ استاندارد الف - ۲- ۱ سنجه ۱

^۲ استاندارد الف - ۲- ۱ سنجه ۱ و استاندارد الف - ۲- ۵ سنجه ۱



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

دست‌آورد استاندارد

- انسجام و هماهنگی مدیران ارشد در تصمیم‌گیری
- 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 تصمیم‌سازی
- 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 اعضاء 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	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	ابلاغ عضویت تمامی اعضاء طبق استاندارد در تیم مدیریت اجرایی*
۲	مشارکت فعال ** و حضور اعضا در جلسات تیم مدیریت اجرایی
<p>* 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 می‌باشد. اما مسئول / مسئولان جایگزین بایستی دارای وظایف معادل متصدیان / مسئولان اجرایی متناظر خود در تیم مدیریت اجرایی باشند.</p> <p>رعایت موارد ذیل الزامی است:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 / مدیر عامل بیمارستان است و برای ایشان ابلاغ مجزایی لازم نیست. ۴. نحوه اداره جلسه، مشارکت افراد و تصمیم‌های اخذ شده براساس صورت جلسات، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد <p>** نام خانوادگی و امضای اعضا در صورت جلسات به تنهایی موید 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.</p>	
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل بیمارستان

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی به صورت منظم و مدون جلسات را برگزار نموده و مصوبات آن موید تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات پردازش شده از نتایج شاخص‌های فرآیندی/عملکردی/برنامه‌ای، مصوبات کمیته‌های بیمارستان و سایر موارد به تشخیص تیم مدیریت اجرایی است.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تشکیل جلسات تیم مدیریت اجرایی مطابق آیین‌نامه داخلی*
۲	اخذ تصمیمات مبتنی بر اطلاعات پردازش شده **
۳	استفاده از نتایج سنجش و ارزیابی شاخص‌های فرآیندی/عملکردی/برنامه‌ای
۴	استفاده از مصوبات کمیته‌های بیمارستانی در تصمیمات اجرایی
<p>* آیین‌نامه 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.</p> <p>** تعریف اطلاعات پردازش شده: مراجعه شود به واژگان</p> <p>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.</p>	
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	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
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*	بررسی مستند و مصاحبه	
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 می‌نماید. 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 | ۲ | سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره‌ای پایش و بازنگری می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ترویج فرهنگ برنامه محوری به جایگزینی تجربه محوری در حوزه مدیریت و برنامه ریزی
- استفاده از الگوهای معتبر برای برنامه ریزی استراتژیک
- یکپارچگی و تداوم سیاست‌های اصلی در سند استراتژیک بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی الهام گرفته از اهداف کلان بیمارستان
- برنامه ریزی مبتنی بر تحلیل شرایط بیمارستان و اولویت بخشی به استراتژی‌های اصلی بیمارستان
- ترویج کار تیمی در مدیریت و برنامه ریزی 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	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک 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 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 اولویت‌های استراتژیک بیمارستان است و تیم مدیریت اجرایی در قالب برنامه‌های عملیاتی با پیش بینی منابع مورد نیاز، این برنامه‌ها را تدوین و بر اجرای آن نظارت می‌نماید.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> 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 برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم		بررسی مستند و مصاحبه
۶	پایش مستمر برنامه‌های عملیاتی ایمنی بیمار و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم		بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*برنامه‌های عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار الزاماً نبایستی عناوین مزبور را داشته باشند بلکه نتیجه نهایی برنامه‌های 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 بخش‌ها/واحدهای مختلف بیمارستان در دسترس می‌باشد و کارکنان حداقل از اهداف اصلی (کلان) برنامه آگاهی دارند.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	دسترسی کارکنان به فایل الکترونیک سند استراتژیک در بخش‌ها و 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 بخش‌ها / واحدها امتیاز این سنجه را صفر می‌نماید.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی		



الف | ۲ | ۳ | مسئولان ایمنی تعیین شده و براساس شرح وظایف معین در بیمارستان فعالیت می‌نمایند.

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 برنامه‌های ارتقای ایمنی بیماران در تمام سطوح بیمارستان

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

سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input checked="" type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
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
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. بررسی مستند و مصاحبه
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 آیین‌نامه 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 درشیفت صبح الزامی است. توصیه . جایگاه قانونی مسئول فنی، از یک طرف و اهمیت ایمنی در بیمارستان موید ضرورت توجه ویژه مدیران ارشد در بکارگیری 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	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input checked="" type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	فعالیت مسئول فنی طبق وظایف محوله در ابلاغ خود به عنوان مسئول ایمنی* بررسی مستند و مصاحبه
۲	مسئول ایمنی بر روند پیشرفت برنامه‌های عملیاتی ایمنی نظارت میدانی دارد** بررسی مستند و مصاحبه
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	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> 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 پاسخگوی 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 حیطة 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	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	فعالیت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبق وظایف محوله در ابلاغ صادره
۲	نظارت میدانی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر رعایت اصول ایمنی بیمار در بخش‌های بالینی*
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 حیطة 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	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	پایش اثربخشی اقدامات* انجام شده برای ارتقای ایمنی بیمار
۲	تحلیل شاخص‌های ایمنی را در فواصل زمانی منظم توسط مسئول ایمنی
۳	گزارش نتایج شاخص‌های ایمنی توسط مسئول ایمنی حداقل سه ماهه از طریق نامه رسمی به ریاست بیمارستان**
۴	نظارت مسئول ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی مصوب تیم مدیریت اجرایی***
توضیحات	* برنامه‌های 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 بیمارشناسایی خطرات، بطور منظم انجام می‌شود.

دستاورد استاندارد

- اولویت بخشی به موضوع مهم ایمنی بیمار در سطح بخش‌ها/واحدها
- بررسی چالش‌های ایمنی از نگاه کارکنان
- جلب مشارکت و ترغیب کارکنان به توجه ویژه به ایمنی بیمار
- ایجاد فرهنگ بیمارمحوری 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 فرصت‌های بهبود، بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، به اجرا می‌گذارد

سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input checked="" type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> 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 برنامه‌های بازدیدهای مدیریتی با موضوع ارتقای فرهنگ ایمنی به بخش‌ها 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 بازخوردهای 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 بخش‌ها /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	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	<input checked="" type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> ایمنی بیمار <input type="checkbox"/> هتلینگ <input type="checkbox"/> دوستدار مادر <input type="checkbox"/> دوستدار کودک <input type="checkbox"/> ارتقاء سلامت <input type="checkbox"/> 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 بازدیدهای ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی
مشاهده	۳ انجام اقدامات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود که نیاز به تصمیم‌گیری 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 | کمیته‌های بیمارستانی طبق دستورالعمل‌های ابلاغی تشکیل و بر عملکرد آنها نظارت می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

- تصمیم‌سازی 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 برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیماران

سنجه ۱. حداقل کمیته‌های بیمارستانی براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت به شرح ذیل در بیمارستان فعال هستند.

پایش و سنجش کیفیت - مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات - اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای - 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

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی*
بررسی مستند	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 حرفه‌ای
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

*استثناءهای 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.

توضیحات

رئیس / مدیر عامل بیمارستان هدایت کننده



سنجه ۲. جلسات کمیته‌ها حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعمل‌های ابلاغی برگزار می‌شود.			
سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تعیین فواصل زمانی معین برای تشکیل جلسات هریک از کمیته‌ها در آیین‌نامه مربوط*	بررسی مستند و مصاحبه	روش ارزیابی
۲	برگزاری جلسات براساس زمان بندی تعیین شده در آیین‌نامه کمیته‌ها**	بررسی مستند و مصاحبه	روش ارزیابی
توضیحات		<p>* فاصله‌های زمانی برگزاری جلسات براساس آیین‌نامه داخلی تعیین می‌شود. البته در صورت تعیین بازه زمانی معین در دستورالعمل ابلاغی ملاک ارزیابی فاصله زمانی ابلاغی است.</p> <p>** 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)</p>	
هدایت کننده		رئیس / مدیرعامل بیمارستان	

سنجه ۳. آیین‌نامه داخلی کمیته‌ها تهیه شده و اعضاء کمیته از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.			
سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	تدوین آیین‌نامه داخلی کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند	روش ارزیابی
۲	تصویب آیین‌نامه داخلی کمیته‌های بیمارستانی توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند	روش ارزیابی
۳	رعایت حداقل‌های مورد انتظار در تدوین آیین‌نامه کمیته‌های بیمارستانی**	بررسی مستند	روش ارزیابی
توضیحات		<p>* در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی مبنای تدوین آیین‌نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم مدیریت اجرایی آیین‌نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود.</p> <p>** حداقل‌های مورد انتظار در آیین‌نامه کمیته‌های بیمارستانی</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ عدم مغایرت با دستورالعمل‌های 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 پی‌گیری مصوبات <p>توصیه. حداقل‌های 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.</p>	
هدایت کننده		رئیس / مدیرعامل بیمارستان	



سنجه ۴. رئیس/مستول، دبیر کمیته‌ها و اعضای اصلی، متناسب با وظایف و تخصص‌های مورد نیاز، توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان تعیین شده‌اند.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	صدور ابلاغ برای روسای کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیرعامل بیمارستان*	بررسی مستند	
۲	صدور ابلاغ برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیرعامل بیمارستان*	بررسی مستند	
۳	صدور ابلاغ برای اعضای ثابت کمیته‌های بیمارستانی، طبق آیین‌نامه داخلی مربوط، توسط رئیس / مدیرعامل بیمارستان**	بررسی مستند	
توضیحات	* ابلاغ روسا/ دبیران کمیته‌ها با تغییر رئیس/ مدیرعامل تا زمانیکه تصمیم‌گیری جهت تعویض آنها صورت نگرفته بقوت 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	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک 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 اعضای قبل از برگزاری جلسات کمیته‌ها	مصاحبه و بررسی مستند	
توضیحات	* معیار همسویی دستور کار جلسات با اهداف و مأموریت‌های کمیته آیین‌نامه 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 راه‌حل‌های واضح و مشخص برای حل مشکلات بیمارستان است.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تعیین دستور کارهای همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی کمیته‌ها*	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	تصویب راه‌حلهایی واضح و مشخص همسو با دستور کار کمیته	بررسی مستند و مصاحبه	
۳	قابلیت اجرایی مصوبات کمیته‌ها	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات	* مصاحبه با دبیر و اعضای کمیته در خصوص اولویت بندی مشکلات بیمارستان در تعیین دستور کار کمیته‌ها		
هدایت کننده	روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی		

سنجه ۷. رئیس بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در تمامی جلسات کمیته‌ها حضور دارد و مصوبات کمیته ضمانت اجرایی دارد.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	حضور رئیس / مدیرعامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار او در جلسات کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	ضمانت اجرایی** مصوبات پس از تایید*** رئیس / مدیرعامل بیمارستان یا جانشین تام الاختیار وی در جلسه کمیته	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات	* در صورت عدم حضور رئیس / مدیرعامل 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 / مدیرعامل 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 / مدیرعامل بیمارستان		



سنجه ۸. میزان اثربخشی و نحوه پیگیری و اجرای مصوبات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت، پایش و ارزیابی می‌شود و نتایج به کمیته مرتبط و تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود، و اقدام اصلاحی لازم به عمل می‌آید.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	نظارت دفتر بهبود کیفیت* در اجرایی شدن مصوبات کمیته‌های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده در صورتجلسه	بررسی مستند	
۲	گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته‌های مربوط و تیم مدیریت اجرایی**	بررسی مستند	
۳	گزارش نتایج ارزیابی کمیته‌ها در خصوص نحوه پیگیری و اجرای مصوبات به کمیته‌های مربوط	بررسی مستند	
توضیحات	*حداقل به صورت فصلی ارزیابی کمیته انجام و نتایج گزارش میشود. **علاوه بر نحوه پیگیری مصوبات از سوی مسئولان اجرای مصوبات و اجرای آنها در موعد مقرر براساس ملاک‌های تعیین شده در آیین‌نامه داخلی، ارزیابی عملکرد کمیته‌ها ارزیابی می‌شود.		
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول دفتر بهبود کیفیت		

سنجه ۹. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته‌های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	وجود ابلاغ عضویت حداقل یکی از کارشناسان دفتر بهبود کیفیت در تمامی کمیته‌های بیمارستانی	بررسی مستند	
۲	حضور کارشناس دفتر بهبود کیفیت در کمیته‌های بیمارستانی که ابلاغ عضویت دارد	بررسی مستند و مصاحبه	
۳	وجود ابلاغ عضویت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستانی	بررسی مستند	
۴	حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در تمامی کمیته‌های بیمارستانی*	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات	*حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته‌های 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 با هر دستور کاری الزامی است.		
هدایت کننده	روسا و دبیران کمیته‌های بیمارستانی		

سنجه ۱۰. پزشکان بیمارستان، حداقل در یکی از کمیته‌های بیمارستانی عضو هستند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌نمایند.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> 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 برنامه ریزی 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.

دستاوردها 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 معیارهای کیفی و رعایت "مقررات مالی معاملاتی" با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/>	اساسی <input checked="" type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند	روش ارزیابی
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان * در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند	روش ارزیابی
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند	روش ارزیابی
۴	شناسایی و تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند	روش ارزیابی
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند	روش ارزیابی
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند	روش ارزیابی
۷	پیش بینی نحوه تعیین معیارهای کیفی تخصصی در برون سپاری‌ها با مشارکت متخصصین امر، در روش اجرایی	بررسی مستند	روش ارزیابی
۸	لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین‌نامه مالی و معاملاتی) در روش اجرایی	بررسی مستند	روش ارزیابی
۹	ابلاغ فابل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند و مشاهده	روش ارزیابی
۱۰	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه	روش ارزیابی
۱۱	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده	روش ارزیابی
۱۲	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده	روش ارزیابی
توضیحات	*رئیس / مدیرعامل، مدیر / مدیر داخلی، مسئول امور مالی و 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 حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	الزامی <input checked="" type="checkbox"/>	اساسی <input type="checkbox"/>	ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین دستورالعمل *	بررسی مستند	روش ارزیابی
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند	روش ارزیابی
۳	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده	روش ارزیابی
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فابل الکترونیکی	بررسی مستند	روش ارزیابی
۵	آگاهی کارکنان مرتبط ** از دستورالعمل	مصاحبه	روش ارزیابی
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ	مشاهده	روش ارزیابی
توضیحات	* حداقل مورد انتظار در تدوین دستورالعمل، شامل تعیین ناظر فنی، نحوه نظارت، پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی، مکانیزم‌های 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		
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، مدیر بیمارستان، مسئول امور مالی		



الف | ۲ | ۷ | میزان پرداختی بیماران براساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه‌ریزی، 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 تعرفه‌های درمانی ابلاغی در سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان به روز رسانی شده و رعایت می‌شود.	
سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی.
۱	تطبیق تعرفه‌های بارگذاری شده در سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) با آخرین تعرفه ابلاغی*
۲	رعایت تعرفه‌های ابلاغی در محاسبه هزینه‌های درمانی در پرونده الکترونیک (HIS) بیماران بستری
توضیحات	*تعرفه ابلاغی هیات دوات 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 و مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۲. میزان پرداختی بیماران منطبق بر دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت و ضوابط بیمه‌های پایه و تکمیلی است.	
سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوششش بیمه پایه بیمار*
۲	محاسبه و دریافت صحیح سهم بیمار، منطبق بر قدرالسهم پرداختی، براساس ضوابط پوششش 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 و مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۳. بیماران هزینه‌های حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد را طبق خدمات ارائه شده در پرونده صرفاً به صندوق بیمارستان پرداخت می‌نماید و هیچگونه وجه جداگانه‌ای در داخل یا خارج از بیمارستان، بابت خدمات دریافتی و یا دارو و لوازم از بیمار دریافت نمی‌شود.	
سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
استاندارد مرتبط	

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	انطباق صورت حساب بیمار با خدمات واقعی ارائه شده
۲	پرداختی بیماران صرفاً به صندوق بیمارستان مطابق صورت حساب و براساس پرونده بالینی بیمار
۳	عدم پرداخت هرگونه وجه مازاد پرونده بالینی به صندوق بیمارستان یا هر فرد دیگر در داخل یا خارج از بیمارستان*
توضیحات	*منظور هرگونه پرداخت زیر میزی یا دریافتی‌های نقدی و یا پرداخت‌های 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 و مسئول فن آوری اطلاعات



سنجه ۴. تعرفه‌های 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 صورتحساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می‌شود.			
سطح سنجه	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی	<input type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	اطلاع رسانی تعرفه هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه اعتبار بخشی در واحد پذیرش در معرض دید مراجعین*		
۲	اطلاع رسانی تعرفه هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه اعتبار بخشی در واحد ترخیص / حسابداری در معرض دید مراجعین		
۳	انطباق نحوه محاسبه هتلینگ بیماران با تعرفه مصوب اعلام شده در آخرین گواهی نامه اعتباربخشی		
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 و مسئول فن آوری اطلاعات		

سنجه ۵. قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو محاسبه و از بیماران اخذ می‌شود و مسئول فنی بر این امر نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	محاسبه قیمت دارو و لوازم پزشکی طبق قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو * در صورتحساب بیماران		
۲	نظارت مسئول فنی بر رعایت قیمت‌های مصوب سازمان غذا و دارو در محاسبه هزینه‌ها در صورتحساب بیماران**		
۳	در صورت مشاهد موارد عدم انطباق مسئول فنی بیمارستان، نسبت به برخورد قانونی و اقدام اصلاحی		
توضیحات	*قیمت گذاری دارو و لوازم پزشکی توسط سازمان غذا و دارو **مسئول فنی در بازه زمانی معین طبق روش اجرایی نظارت مستمر(استانداردالف ۲- ۹) بصورت اتفاقی تعدادی از صورتحساب‌های بیماران را بررسی می‌نماید و در صورت هرگونه عدم انطباق ضمن اصلاح قیمت و جبران خسارت بیمار طبق وظایف قانونی خود غمل می‌نماید. همچنین ضمن بررسی عوامل بروز عدم انطباق را شناسایی و ضمن اصلاح فرآیند به رئیس / مدیرعامل گزارش می‌نماید.		
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و 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	<input checked="" type="checkbox"/> الزامی	<input type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	انطباق کدهای خدمات ثبت شده در پرونده بالینی* و صورتحساب بیماران با نوع خدمات ارائه شده		
۲	عدم محاسبه و اخذ کدهای خارج از کتاب ارزش نسبی خدمات در پرونده بالینی یا صورتحساب بیمار		
توضیحات	* شرح عمل و کدهای بیهوشی بیهوشی منطبق بر شرایط واقعی بیمار است و خدمات هتلینگ، کمک جراح و سایر موارد کد گذاری طبق تعرفه و واقیت ارائه خدمات بیمارستان است.		
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل، مسئول فنی، مسئول امور مالی و مسئول فن آوری اطلاعات		

سنجه ۷. مسئول فنی بر رعایت تعرفه‌ها و محاسبه صحیح صورتحساب بیماران نظارت می‌نماید 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 می‌نماید.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	نظارت مسئول فنی بر روند محاسبه صورتحساب بیماران براساس برنامه زمان بندی و نمونه برداری معین*		
۲	گزارش موارد عدم انطباق به تیم مدیریت اجرایی بیمارستان		
۳	اصلاح فرایند اضافه دریافتی و جبران اضافه پرداختی بیماران با هماهنگی رئیس / مدیرعامل برای بیمار/بیماران		
توضیحات	*با توجه آمار ترخیص روزانه، حداقل به صورت ماهیانه یکبار این نظارت برای ۱۰ درصد پرونده‌های ترخیصی صورت پذیرد.		
هدایت کننده	رئیس/ مدیرعامل و 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 صرف 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	
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 **	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات		* ضمن رعایت آیین‌نامه‌های 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 در خصوص خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای تصمیم‌گیری می‌شود.	
		** ضمن رعایت آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی موضوع خرید تجهیزات پزشکی مصرفی (غیر سرمایه ای) 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 در خصوص خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای تصمیم‌گیری می‌شود.	
		توصیه.تدوین فرمولاری (فهرست) تجهیزات مصرفی با استفاده از سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی برای بیمارستان، اطلاع رسانی به پزشکان (به‌ویژه در خصوص کاشتنی‌ها) و رعایت فرمولاری تجهیزات مصرفی و در صورت نیاز بازنگری آن در کمیته.	
		رئیس / مدیرعامل، کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	
هدایت کننده			

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 روش‌های آماری بررسی و موارد خارج از بازه‌های معمول را شناسایی و علت‌یابی می‌نماید.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	۱ جمع‌آوری 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 تشخیص و درمانی توسط یک پزشک یا گروهی از پزشکان	
* منظور از حجم مداخلات تجویز شده میزان تجویز دارو یا تجهیزات پزشکی یا امور تشخیصی و درمانی شایع در بازه زمانی معین است.		توضیحات
کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، مسئول فنی داروخانه و مسئول واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی		هدایت کننده



سنجه ۳. رئیس/مدیر عامل بیمارستان، نتایج بررسی‌های کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات در خصوص نحوه عملکرد پزشکانه که به صورت معنی‌داری مداخلات تشخیصی و درمانی بالاتر از میانگین گروه را دارند، را به همراه مستندات مربوط به صورت مکتوب به آنها متذکر می‌شود.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	شناسایی و ثبت مواردی از تجویز غیر معمول در امور تشخیص 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 پزشکانه که تجویز غیر معمول در امور تشخیص 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 / پزشکانه که تجویز غیر معمول در امور تشخیص 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 می‌آید.		
هدایت کننده	رئیس / مدیرعامل، 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	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تهیه فهرست خدمات نادر و پرهزینه تشخیصی/ درمانی توسط کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با مشارکت پزشکان متخصص* مرتبط	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	بررسی اندیکاسیون ارائه این خدمات به هریک از بیماران با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط پیش از ارائه خدمت**	بررسی مستند و مصاحبه	
۳	تایید یا رد اندیکاسیون*** خدمات در هر مورد با مشارکت پزشکان متخصص مرتبط و اقدام براساس تصمیم کمیته	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات	* مشارکت از 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 حل‌های تشخیص یا درمانی جایگزین، شناسایی و پیشنهاد می‌شود و شامل ارائه خدمات اورژانسی که تهدید کننده حیات بیماران، نمی‌شود.		
هدایت کننده	کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، مسئول فنی داروخانه و 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	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	ارسال گزارش عملکرد کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی را در گروه مداخلات تشخیصی و درمانی شایع به رئیس بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه	
۲	بررسی گزارش عملکرد واصله از کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در خصوص مداخلات تشخیصی و درمانی شایع توسط رئیس بیمارستان	بررسی مستند و مصاحبه	
۳	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	بررسی مستند و مصاحبه	
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 می‌نماید.

دست‌آورد 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 می‌نماید.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	فعالیت مسئول / مسئولان فنی بیمارستان مطابق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت در شیفت‌های بیمارستان	بررسی مستند	
۲	معتبر بودن پروانه مسئولی / 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 می‌نماید.			
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک 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 نمی‌باشد و صرفاً متمرکز مسئولیت‌های فنی طبق الزامات ابلاغی وزارت بهداشت است.		
هدایت کننده	رئیس/مدیرعامل و 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	<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> 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 گزارش گیری از موارد خطا و قصور از بخش‌ها / واحدها در تمامی ساعات شبانه روز در روش اجرایی	بررسی مستند	
۷	پیش بینی شیوه‌های ارزیابی و گزارش گیری از موارد نقض قوانین در تمامی ساعات شبانه روز 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	
توضیحات	* روسا / مسئولان بخش‌ها و واحدها و سرپرستاران		
هدایت کننده	روسا/مسئولان بخش‌ها و واحدها و سرپرستاران		



<p>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 می‌آورد.</p>		
<p>سطح سنجه <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل</p>		
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	۱ صدور ابلاغ عضویت مسئول فنی* بیمارستان در کمیته مرگ و میر و عوارض	
بررسی مستند و مصاحبه	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***	
<p>توضیحات *مسئول فنی شیفت صبح **برحسب شرح وظایف مسئولان فنی ابلاغی وزارت بهداشت رئیس / مدیرعامل بیمارستان و مسئول فنی</p>		
<p>هدایت کننده</p>		