



الف. مدیریت و رهبری

الف - ۳) بهبود کیفیت

الف | ۳ | ۱ | فرآیندهای اصلی بیمارستان، به صورت مستمر مدیریت می‌شود.

دستاوردها

- 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 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 | 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 بخش‌ها / واحدها، توسط رئیس 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 | |

* 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 برنامه ریزی شده انجام می‌گیرد. 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 بوده و ایجاد ارزش افزوده می‌کند. هر یک از گام‌های فرآیندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرآیند فرعی باشد. فرآیندها می‌توانند به صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند.

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

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

نگارش انشائی (الگوریتم): هر دستورالعملی که مراحل انجام کاری را با زبانی دقیق و با جزئیات کافی بیان نماید بطوری که ترتیب مراحل و شروع و خاتمه عملیات در آن کاملاً مشخص شده باشد.

توضیحات

هدایت کننده تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت



| | | | |
|--|---|---|----------------------------------|
| <p>سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان بخش‌ها/واحدها، شاخص‌های سنجش فرآیندهای اصلی بیمارستان را تعیین و نسبت به پایش و اندازه‌گیری آن‌ها در بازه زمانی معین اقدام و تحلیل نتایج ارزیابی را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌نماید.</p> | | | |
| سطح سنجه | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | تعیین شاخص‌هایی سنجش فرآیندهای اصلی توسط مسئول بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان/سرپرستان بخش‌ها / واحدها* | بررسی مستند | |
| ۲ | اندازه‌گیری شاخص‌های فرآیندی تعیین شده در بازه زمانی معین** | بررسی مستند | |
| ۳ | گزارش تحلیلی نتایج شاخص‌های فرآیندی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت | بررسی مستند | |
| توضیحات | <p>**مسئولان بخش‌ها / واحدها سرپرستان بخش‌های تشخیصی و درمانی و مسئولان واحدهای پاراکلینیک، اداری و سایر واحدهایی است که در جریان فرآیندهای اصلی بیمارستان ایفای نقش می‌نمایند.</p> <p>**بازه زمانی اندازه‌گیری شاخص‌های فرآیندی بر اساس نوع شاخص قابل تعریف است اما بازه یک‌ماهه برای شاخص‌های اصلی در گلوگاه‌های فرآیندی توصیه می‌شود.</p> <p>✚ سازمان مانند یک سیستم است. برای سنجش عملکرد یک سازمان می‌بایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یکسری شاخص تعریف نمود که این شاخص‌های برای اندازه‌گیری میزان دستیابی به آرمان‌ها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. شاخص‌های سنجش فرآیندها می‌توانند به صورت شاخصهای ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی باشند.</p> <p>✚ شاخص‌های 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 آن‌ها امکان طراحی و اجرای برنامه‌ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص‌ها جای می‌گیرد. تعداد بیماران شرکت کننده در کلاس‌های آموزشی، تعداد بیماران پذیرش شده در آزمایشگاه، نسبت تعداد کادر پرستاری در بخش‌های بستری به تخت فعال</p> <p>✚ شاخص‌های فرآیندی: برای پایش فعالیت‌های در حال اجرا استفاده می‌شود و نحوه ارائه خدمات، روش‌ها و برنامه‌هایی که برای دستیابی به اهداف سازمانی بکارگرفته شود را پایش می‌کند. شاخص‌های میانگین زمانی، اغلب شاخص‌های فرآیندی هستند. میانگین زمانی انتظار جواب‌دهی بخش پاتولوژی، میانگین زمانی انتظار تزریق استریتوکیناز به بیماران با تشخیص آنفارکتوس قلبی از بدو ورود به بیمارستان تا زمان تزریق</p> <p>✚ شاخص‌های پیامدی: شاخص‌هایی که نتایج فعالیت‌ها را نشان می‌دهد. شاخص‌های رضایت‌مندی 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 شاخص‌های پیامدی هستند.</p> <p>✚ تعیین نوع شاخص‌ها برای هر فرآیند به وضعیت موجود سازمان، مطالبات سازمان‌های بالادستی، هدف از ارتقاء فرآیند و... بستگی دارد و می‌تواند برای هر فرآیند از سه نوع شاخص هم باشد. نکته مهم در تدوین شاخص‌ها اینست که باید توازن بین شاخص‌های ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی در سازمان وجود داشته باشد. البته مفهوم توازن از منظر تعداد شاخص‌ها نیست بلکه منظور توجه به توازن در تعیین شاخص‌ها در هر سه حیطه ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. به نحوی که بیمارستان صرفاً بر یک حیطه متمرکز نشود.</p> <p>✚ 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 اندازه‌گیری، بازه زمانی اندازه‌گیری، فرد مسئول جمع آوری شاخص، نحوه گزارش دهی بخش‌ها/واحدهای مرتبط مشخص شده باشد.</p> | | |
| 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 می نماید. | | | | |
| سطح سنجه | | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی | | گام اجرایی / ملاک 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 | | |

الف | ۳ | ۲ | میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت، ارزیابی و بازنگری می‌شود.

دستآورد استاندارد

- امکان ارزیابی روند پیشرفت برنامه‌های عملیاتی و بهبود کیفیت
- امکان مداخله به موقع در موانع احتمالی اجرای برنامه‌ها به دنبال سنجش و پایش مستمر آن‌ها
- مشارکت صاحبان فرآیند در هدایت برنامه‌ها به اهداف تعیین شده

| | | | |
|--|--|--|---|
| سنجه ۱. تیم مدیریت اجرایی، شاخص‌های برنامه‌ای و مسئول پایش و اندازه‌گیری میزان پیشرفت هریک از برنامه‌های عملیاتی/بهبود کیفیت را تعیین نموده و بر روند پایش و ارزیابی آن‌ها نظارت می‌نماید. | | | |
| سطح سنجه | | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی |
| روش ارزیابی | | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | |
| ۱ | تعیین شاخص‌های اندازه‌گیری پیشرفت برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی | بررسی مستند | |
| ۲ | تعیین مسئول پایش و اندازه‌گیری* پیشرفت هریک از برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی | بررسی مستند و مصاحبه | |
| ۳ | پایش و اندازه‌گیری میزان پیشرفت برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت توسط مسئول پایش برنامه‌ها | بررسی مستند | |
| ۴ | نظارت بر روند پایش برنامه‌ها توسط مسئول بهبود کیفیت به نمایندگی از تیم مدیریت اجرایی | بررسی مستند و مصاحبه | |
| توضیحات | | *در شناسنامه شاخص مسئول پایش و اندازه‌گیری شاخص معرفی می‌شود. توصیه. برای اطمینان از اجرای صحیح برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت تدوین شده دو معیار (شاخص) طراحی شود. ۱- پایش پیشرفت برنامه عملیاتی/ بهبود کیفیت یا درصد تحقق اجرای برنامه‌های پیش بینی شده ۲- پایش شاخص‌های تعیین شده برای دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه‌ها | |
| | | ➡ شاخص تحقق برنامه که بر اساس اهداف اختصاصی در بازه‌های زمانی تعیین شده، اندازه‌گیری می‌شود 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 گام‌های برنامه بر اساس زمان بندی تعیین شده است. این معیار موید همخوانی رفتار مجریان با مراحل اجرای برنامه است و الزاماً بیانگر میزان دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه نیست. در همان مثال "افزایش ده درصدی رضایتمندی مراجعین اورژانس از طریق ایجاد امکانات و بهبود مبلمان"، اگر در گام‌های 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 رضایتمندی نشده است. لذا در هر برنامه توصیه می‌شود به منظور امکان بازنگری‌های به موقع و جلوگیری از اتلاف منابع و زمان به هر دو بعد پایش نحوه اجرا و اندازه‌گیری تحقق برنامه اهتمام شود. چراکه در مقاطع پایش و اندازه‌گیری فرصت بازنگری در هر دو بعد میسر می‌شود. | |
| هدایت کننده | | تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت | |



سنجه ۲. مسئولان پایش برنامه‌ها، نتایج پایش و ارزیابی برنامه‌های 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 <input type="checkbox"/> | اساسی <input checked="" type="checkbox"/> | ایده آل <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|---|--|---|----------------------------------|
| گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | | | |
| روش ارزیابی | | | | |
| بررسی مستند | ۱ | گزارش نتایج شاخص/ شاخص‌های برنامه‌ای به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول مربوط * | | |
| بررسی مستند | ۲ | بررسی و تحلیل نتایج شاخص/ شاخص‌های برنامه‌ای در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت | | |
| بررسی مستند | ۳ | تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص/ شاخص‌های برنامه‌ای 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 بازه‌های زمانی کوتاه تر. | | |
| هدایت کننده | | کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت | | |

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

| سطح سنجه | | الزامی <input type="checkbox"/> | اساسی <input checked="" type="checkbox"/> | ایده آل <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|---|---|---|----------------------------------|
| گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | | | |
| روش ارزیابی | | | | |
| بررسی مستند | ۱ | بررسی گزارش تحلیلی و پیشنهادات اصلاحی کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص پیشرفت برنامه‌های علمياتی/ 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 می‌شود. | | |
| هدایت کننده | | تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت | | |



الف | ۳ | ۳ | عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان، اندازه‌گیری شده و براساس آن بازنگری انجام می‌شود.

دستاوردها

- 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 بخش‌ها/واحدهای بیمارستان، شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی را اولویت بندی، و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد می‌نماید.

| سطح سنجه | الزامی <input type="checkbox"/> | اساسی <input checked="" type="checkbox"/> | ایده آل <input type="checkbox"/> |
|-------------|---|---|----------------------------------|
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | طراحی شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی در کمیته پایش و سنجش کیفیت* با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت مسئولان بخش‌ها / واحدها** | | |
| ۲ | پیشنهاد شاخص‌های عملکردی*** بالینی و غیر بالینی به صورت اولویت بندی شده برحسب درجه اهمیت به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت | | |

*کمیته پایش و سنجش کیفیت در جلسات اختصاصی متناسب با بخش‌های مخاطب (درمانی/ تشخیصی/ اورژانس/ اداری/ مالی / پاراکلینیک و...) جلسات مستقل تشکیل می‌دهد و با حضور مسئولان مرتبط شاخص‌های عملکردی بخش‌ها / واحدها را طراحی می‌نماید.
**شاخص‌های عملکردی بالینی بایستی تحت نظر و با تایید نهایی مدیر پرستاری طراحی شود.
***شاخص‌های عملکردی در اعتباربخشی نسل نوین در دو گروه ارزیابی می‌شوند:
گروه اول شامل شاخص‌هایی است که با توجه به اهمیت آن‌ها اندازه‌گیری مستمر برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. شاخص‌هایی عملکردی الزامی شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ۱- شاخص‌های اورژانس: شاخص‌هایی ملی اورژانس ابلاغ شده طی نامه شماره ۱۰۰/۱۳۰۳ 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 احیای قلبی - ریوی ناموفق
 - ۲- در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده‌های 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 ۱۰۰/۷۷۹ مورخ ۱۳۹۰/۵/۳۰، الزامی می‌باشد. (در بیمارستان‌های دارای ICU)
 - ۳- در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی (CCU): جمع آوری، تحلیل و گزارش داده‌های مرتبط با سکته قلبی به استناد نامه معاونت سلامت وزارت بهداشت به شماره ۴۰۲/۶۱۰۳/د مورخ ۱۳۹۲/۵/۱۶، الزامی می‌باشد و در صورتی که این مورد لحاظ نشده باشد نمره به هیچ یک از سنجه‌های این محور تعلق نمی‌گیرد. (در بیمارستان‌های دارای CCU)
- توصیه. گروه دوم شاخص‌های عملکردی است، که بیمارستان برحسب شرایط خود به هر تنوع/ تعداد که تشخیص می‌دهد طراحی، پایش و تحلیل می‌نماید. لذا برای اینکه کیفیت خدمات ارائه شده در تمامی ابعاد بررسی شود توصیه می‌شود، حداقل شاخص‌های عملکردی در حیطه‌های ذیل تدوین شود:

- ایمنی^۱: میزان خطاهای که منجر به حادثه ناگوار، صدمات و عفونت‌ها برای بیمار می‌شود
- به موقع بودن خدمات^۲: انجام خدمات تشخیصی درمانی در زمان مناسب و وضعیت لیست بیماران
- اثربخشی^۳: انجام خدمات مؤثر مبتنی بر شواهد معتبر و راهنمای طبابت بالینی
- کارایی^۴: میزان هزینه‌های بیمار و وضعیت مصرف داروها، فرآورده‌های خونی، میزان انجام آزمایشات
- عدالت^۵: انجام خدمات به بیماران بدون توجه به جنسیت، نژاد، سن، وضعیت بیمه، قومیت 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

¹ SAFETY
² TIMELINESS
³ EFFECTIVENESS
⁴ EFFICIENCY
⁵ EQUITY
⁶ PATIENT CENTER ENDESS



| | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی شاخص‌های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت را بررسی و تصویب نموده و با تعیین مسئول اندازه‌گیری هر یک از شاخص‌ها به تمام بخش‌ها/واحدهای مرتبط ابلاغ می‌نماید. | | | |
| سطح سنجه | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | بررسی فهرست شاخص‌های عملکردی پیشنهادی کمیته پایش و سنجش کیفیت، توسط تیم مدیریت اجرایی | بررسی مستند و مصاحبه | |
| ۲ | انتخاب الویت‌ها و تصویب شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی بخش‌ها/واحدها توسط تیم مدیریت اجرایی | بررسی مستند | |
| ۳ | تعیین مسئول اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی مصوب و الزامی* توسط تیم مدیریت اجرایی | بررسی مستند | |
| ۴ | تیم مدیریت اجرایی شاخص‌های تعیین شده با هر یک از شاخص‌ها را به تمام بخش‌ها/واحدهای مرتبط ابلاغ می‌نماید. | بررسی مستند | |
| توضیحات | * شاخص‌هایی است که با توجه به اهمیت آن‌ها اندازه‌گیری 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 بخش‌ها / واحدها | | |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| سنجه ۳. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان اندازه‌گیری هر یک از شاخص‌های عملکردی، نتایج را در فواصل زمانی تعیین شده از بخش‌ها/واحدهای بیمارستان دریافت نموده و پس از تحلیل در کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌نماید و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی، نتایج تحلیل‌ها به بخش‌ها/واحدهای مرتبط اطلاع‌رسانی می‌شود. | | | |
| سطح سنجه | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | گزارش نتایج اندازه‌گیری هریک از شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط مسئولان اندازه‌گیری* هریک از شاخص‌ها به دفتر بهبود کیفیت در فواصل زمانی معین** | بررسی مستند | |
| ۲ | گزارش نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت | بررسی مستند | |
| ۳ | بررسی و تحلیل نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی در جلسات کمیته پایش و سنجش کیفیت | بررسی مستند | |
| ۴ | تهیه گزارش تحلیلی نتایج شاخص / شاخص‌های 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 | بررسی مستند و مصاحبه | |
| توضیحات | *مسئول اندازه‌گیری هریک از شاخص‌های عملکردی بالینی و غیر بالینی توسط تیم مدیریت اجرایی تعیین می‌شود و توصیه می‌شود از بین کارکنان همان بخش یا واحد انتخاب نشود. ** بر اساس بازه زمانی تعیین شده در شناسنامه شاخص و در همین بازه زمانی هر شاخص اندازه‌گیری و گزارش می‌شود. | | |
| هدایت کننده | کمیته پایش و سنجش کیفیت، مسئول بهبود کیفیت | | |

| | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| سنجه ۴. تیم مدیریت اجرای با مشارکت صاحبان فرآیند براساس نتایج و تحلیل شاخص‌های عملکردی، اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت، تدوین و ابلاغ می‌نماید و دفتر بهبود کیفیت بر اجرای آن‌ها نظارت می‌کند. | | | |
| سطح سنجه | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | بررسی گزارش تحلیلی کمیته پایش و سنجش کیفیت درخصوص نتایج شاخص / شاخص‌های عملکردی در تیم مدیریت اجرایی با حضور مسئولان و کارکنان کلیدی مرتبط | بررسی مستند | |
| ۲ | اخذ تصمیمات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت در مورد شاخص‌های که نتایج آن‌ها در محدوده هشدار/ بحرانی قرار دارند، با مشارکت صاحبان فرآیند* | بررسی مستند | |
| ۳ | نظارت دفتر بهبود کیفیت بر اجرای صحیح اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت ابلاغ شده از سوی تیم مدیریت اجرایی | بررسی مستند و مصاحبه | |
| 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 و مسئولان بخش‌ها / 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 فراینده مشکلات با رفع زود هنگام 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 | <input type="checkbox"/> الزامی | <input checked="" type="checkbox"/> اساسی | <input type="checkbox"/> ایده آل |
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | شناسایی مشکلات و فرصت‌های بهبود توسط مسئولان بخش‌ها/واحدها با همکاری کارکنان مرتبط | | |
| ۲ | اولویت بندی مشکلات و فرصت‌های بهبود و برنامه ریزی برای اقدام اصلاحی* توسط مسئولان بخش‌ها / واحدها | | |
| ۳ | ذخیره سوابق اقدامات اصلاحی با توصیف مشکل و نحوه حل آن با ذکر تاریخ دریک فایل الکترونیک در رایانه بخش** | | |
| ۴ | بررسی مجدد اثربخشی اقدام اصلاحی توسط مسئول واحد / بخش در بازه زمانی معین به تشخیص مسئول | | |
| 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 و مستند سازی نیست، این ثبت سوابق صرفاً برای استفاده آینده‌گان از تجربه مسئولان قبلی است و ثبت الکترونیکی آن در یک صفحه کفایت میکند. | | |
| هدایت کننده | مسئول بهبود کیفیت و مسئولان بخش‌ها / واحدها | | |

| | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت برنامه‌های بهبود کیفیت پیشنهادی بخش‌ها/واحدها را در جلسات تیم مدیریت اجرایی، مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولان واحدها/بخش‌ها بر پیشرفت و اجرای آن نظارت و نتایج را به تیم مدیریت اجرایی 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 | 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* | | |
| ۲ | معرفی برنامه‌های بهبود بخش‌ها / واحدها در اولین جلسه تیم مدیریت اجرایی جهت تصویب و تامین منابع مورد نیاز توسط مسئول بهبود کیفیت | | |
| ۳ | در صورت تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ برنامه بهبود به بخش/ واحد و تامین منابع مورد نیاز | | |
| 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 بخش‌ها / 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/مسئولین مرتبط و همکاری دفتر بهبود کیفیت تدوین به تصویب تیم مدیریت اجرایی می‌رسد. تعداد برنامه‌های بهبود ملاک امتیازدهی نیست. بلکه نحوه شناسایی و حل مشکلات بخش‌ها / واحدها حائز اهمیت است. | | |
| هدایت کننده | تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت و مسئولان بخش‌ها / 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 شده‌اند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس الکترونیکی کارکنان قرار می‌دهد.

| سطح سنجه | الزامی <input type="checkbox"/> | اساسی <input checked="" type="checkbox"/> | ایده آل <input type="checkbox"/> |
|-------------|--|---|----------------------------------|
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط مشی‌ها و روش‌ها، روشهای اجرایی، دستورالعمل‌های بیمارستان* | بررسی مستند | روش ارزیابی |
| ۲ | الکترونیکی** بودن تمامی فرمت‌های خط مشی‌ها و روش‌ها، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها | مشاهده | روش ارزیابی |
| توضیحات | *برای تهیه فرمت مستندات اعتباربخشی هیچ قالب الزامی وجود ندارد اما در خصوص محتوای آن بایستی حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شوند. ** تمامی خط مشی و روش، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها بایستی در قابل فایل الکترونیک باشند و نیازی به امضا ندارند اما بایستی با نامه رسمی و امضای تصویب کننده از طریق اتوماسیون ابلاغ شود. | | |
| هدایت کننده | تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت | | |

الف | ۳ | ۶ | ارزیابی عملکرد بیمارستان در پیاده سازی اعتباربخشی ملی به رویکرد بهبود مستمر توسط تیم‌های داخلی انجام می‌شود.

دستآورد استاندارد

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

سنجه ۱. بخش‌ها/ واحدها در زمان تعیین شده، با رویکرد بهبود مستمر کیفیت، خودارزیابی 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 می‌نماید.

| سطح سنجه | الزامی <input type="checkbox"/> | اساسی <input checked="" type="checkbox"/> | ایده آل <input type="checkbox"/> |
|-------------|--|---|----------------------------------|
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | | |
| ۱ | انجام خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران توسط مسئولان بخش / واحدها بر اساس کتاب راهنما* | بررسی مستند و مصاحبه | روش ارزیابی |
| ۲ | شناسایی موارد عدم انطباق و اقدام اصلاحی درون بخشی در جهت استقرار کامل استانداردهای مرتبط با بخش / واحد | بررسی مستند و مصاحبه | روش ارزیابی |
| ۳ | ارسال نتایج خودارزیابی و گزارش اقدامات اصلاحی درون بخشی انجام شده به دفتر بهبود کیفیت** | بررسی مستند | روش ارزیابی |
| ۴ | بررسی نتایج خودارزیابی بخش‌ها / 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 و مصاحبه | روش ارزیابی |
| ۵ | ارائه گزارش نتایج خودارزیابی بخش‌ها/ واحدها و اولویت بندی اقدامات اصلاحی / برنامه‌های بهبود کیفیت مورد نیاز به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول دفتر بهبود کیفیت | بررسی مستند | روش ارزیابی |
| ۶ | بررسی گزارش تحلیلی دفتر بهبود کیفیت در تیم مدیریت اجرایی و تصویب اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود کیفیت بر اساس اولویت بندی انجام شده و ابلاغ آن‌ها به بخش‌ها / واحدها | بررسی مستند | روش ارزیابی |
| ۷ | انجام خودارزیابی‌های مکرر با رویکرد بهبود مستمر توسط مسئول بخش‌ها / واحدها تا زمان اطمینان از استقرار استانداردهای اعتباربخشی | بررسی مستند و مصاحبه | روش ارزیابی |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| توضیحات | *با توجه به وظیفه (نقش) محوری بودن استانداردها، خودارزیابی در اغلب مواقع نیازمند کارگروهی می‌باشد و روش انجام، افراد دخیل و همچنین نحوه گزارش نتایج به دفتر بهبود کیفیت با تشخیص بیمارستان تعیین می‌شود. **برخی اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود نیازمند منابع انسانی، مالی یا تجهیزاتی است، که بایستی شرح آن به همراه نتایج خودارزیابی به دفتر بهبود کیفیت ارسال شود. | | |
| هدایت کننده | مسئول بهبود کیفیت، مسئولان بخش‌ها / واحدها | | |



| | | |
|--|--|---|
| <p>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 می‌نماید.</p> | | |
| سطح سنجه | <input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل | |
| روش ارزیابی | گام اجرایی / ملاک ارزیابی | |
| مصاحبه | تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی با محوریت تیم مدیریت اجرایی* | ۱ |
| بررسی مستند و مصاحبه | انجام ارزیابی داخلی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی و کتاب راهنما** | ۲ |
| بررسی مستند | ثبت نتایج ارزیابی داخلی در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت تحت نظارت رئیس/مدیرعامل*** | ۳ |
| بررسی مستند و مصاحبه | تایید نهایی نتایج خودارزیابی توسط رئیس/مدیرعامل برای انجام ارزیابی نهایی اعتباربخشی بیمارستان در سامانه الکترونیکی آنلاین وزارت بهداشت و در بازه زمانی مقرر | ۴ |
| توضیحات | <p>*انتخاب اعضای گروه داخلی ارزیابی با تشخیص رئیس/مدیرعامل است.</p> <p>**تمامی سنج‌های اعتباربخشی در سطح بیمارستان بایستی خودارزیابی و با استفاده از نام کاربری و کلمه عبور رئیس بیمارستان در سامانه الکترونیکی وزارت بهداشت نمره دهی شود.</p> <p>***رئیس/مدیرعامل می‌تواند این مسئولیت را تفویض نماید اما با توجه به اهمیت نتایج خودارزیابی توصیه نمی‌شود.</p> <p>توصیه. تعیین افراد پاسخگو برای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در هریک از محورها و مدیریت و برنامه ریزی تیم مدیریت اجرایی با مشارکت همه اعضای در خود ارزیابی اعتباربخشی توصیه می‌شود.</p> <p>🚩 نتایج ارزیابی داخلی جنبه خود اظهاری داشته و الزاما قابل تعمیم به نتایج نهایی بیمارستان نخواهد بود.</p> | |
| هدایت کننده | رئیس / مدیرعامل، مسئول بهبود کیفیت و اعضای تیم مدیریت اجرایی | |