

استاندارد	
سطح	الف-۱-۱ سیاست‌های اصلی ابلاغ شده و برنامه‌های بیمارستان بر اساس آن تدوین و اجرا می‌شود.
سطح دو	الف-۱-۱-۱ سیاست‌های اصلی بر اساس ماموریت‌های بیمارستان و همسو با سیاست‌های بالادستی تدوین شده است.
۱.۵	❖ تعیین و مکتوب نمودن سیاست‌های اصلی توسط مسئولان ارشد بیمارستان
۱.۵	❖ همسویی سیاست‌های اصلی با سیاست‌های سازمان بالادستی و ملاحظات بومی بیمارستان
۳	❖ استفاده از سیاست‌های اصلی به عنوان راهنما در تدوین استراتژی‌ها و فعالیت‌های بیمارستان
۴	❖ استفاده از سیاست‌های اصلی در نظارت و ارزیابی عملکرد واحدها
سطح دو	الف-۱-۲ شناسایی و تحلیل ذینفعان انجام و سیاست‌های اصلی به ذینفعان کلیدی مرتبط ابلاغ شده است.
۳.۵	❖ شناسایی و تحلیل ذینفعان با یکی از روش‌های علمی و مشخص کردن ذینفعان کلیدی بیمارستان
۳	❖ ابلاغ سیاست‌های اصلی بیمارستان بر حسب ارتباط موضوعی به ذینفعان کلیدی داخلی
۳.۵	❖ ثبت و به روز رسانی فهرست و تحلیل انجام شده ذینفعان
سطح	الف-۱-۲ رهبری بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	الف-۱-۲-۱ نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس آن برقرار است.
۲.۵	❖ تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی
۴.۵	❖ تطابق نمودار سازمانی با عملکرد و روابط بین واحدها و اجرای آن
۳	❖ بازنگری و به روز رسانی نمودار سازمانی در صورت تغییر
سطح دو	الف-۱-۲-۱-۱ مدیران / مسئولان بیمارستان از دانش و مهارت لازم برای انجام ماموریت‌های محوله برخوردارند.
۱.۵	❖ وجود گواهی آموزش مدیران، برای پنج رده مدیریتی تعیین شده
۱	❖ نیازسنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان / مدیران سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری بیمارستان
۲	❖ گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران و مسئولان
۳	❖ استفاده از آموزه‌های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات و تصمیم‌گیری‌های سازمانی توسط مدیران و مسئولان در رده‌های مختلف
۲.۵	❖ همخوانی دانش و مهارت مدیران / مسئولان بیمارستان با ماموریت‌های محوله
سطح دو	الف-۱-۲-۱-۲ مدیران / مسئولان بیمارستان در انجام وظایف محوله متعهد و پاسخگو هستند.
۱	❖ آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از نیازهای به روز شده‌ی جامعه و مراجعه‌کنندگان و سایر ذینفعان
۱	❖ آگاه بودن مدیران و مسئولان بیمارستان از مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان
۱.۵	❖ آگاه بودن هر یک از اعضای تیم رهبری و مدیریت از حیطه مسئولیت‌ها و شرح وظایف خود
۲.۵	❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن نیازهای شناخته شده
۲	❖ آگاه نمودن سایر مسئولان و کارکنان از نیازها و برنامه‌ها همراه با شواهد، توسط تیم رهبری و مدیریت
۲	❖ تعهد و پاسخگو بودن در برابر نتایج سازمانی و ذینفعان کلیدی
سطح	الف-۱-۳ سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره‌ای بازنگری می‌شود.
سطح دو	الف-۱-۳-۱ سند استراتژیک بیمارستان هماهنگ با سیاست‌های اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری می‌شود.
۱.۵	❖ تحلیل وضعیت موجود و پیش‌بینی شرایط آتی بیمارستان با یکی از روش‌ها و الگوهای شناخته شده علمی و در نظر گرفتن انتظارات ذینفعان در تدوین برنامه

۱	❖ در نظر گرفتن استراتژی‌ها و اهداف ابلاغ شده از طرف سازمان بالادست در استراتژی‌ها و اهداف کلان بیمارستان
۱	❖ تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاست‌های اصلی بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
۱.۵	❖ تعیین اهداف عملیاتی / اختصاصی / عینی اسمارت برای هر یک از سالهای برنامه استراتژیک مطابق با اهداف کلان و استراتژیهای تدوین شده
۱	❖ آماده سازی سند استراتژیک و تصویب و ابلاغ برنامه استراتژیک به واحدهای بیمارستان
۱.۵	❖ بازنگری حداقل سالیانه و یا اصلاح آن در صورت نیاز در هر مقطع زمان
۱	❖ در دسترس بودن سند استراتژیک در بخش‌ها/ واحدها (ترجیحاً بصورت الکترونیک)
۱.۵	❖ آگاهی کارکنان از قسمت‌های مرتبط با فعالیت خود
سطح دو	الف-۱-۳-۲ سند استراتژیک مبنای برنامه‌ریزی‌ها در بیمارستان است.
۳.۵	❖ همسویی برنامه‌های عملیاتی و جاری بیمارستان با سند استراتژیک
۴	❖ عدم اتخاذ تصمیمات / انجام اقدامات مغایر با سند استراتژیک در سطوح مدیریتی بیمارستان
۲.۵	❖ آگاهی مدیران / مسئولان و کارکنان از برنامه‌های عملیاتی مرتبط با واحد خود
سطح	الف-۱-۴ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و بر تحقق نتایج متوازن نظارت می‌نماید.
سطح یک	الف-۱-۴-۱ <input checked="" type="checkbox"/> تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.
۲.۵	❖ ایجاد سیستم گزارش‌دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های تحلیلی مورد نیاز
۲.۵	❖ نظارت بر عملکرد بخش‌ها/ واحدها بر اساس گزارش‌های بدست آمده از منابع مختلف برای تحقق نتایج متوازن حاصل از تصمیمات و اقدامات
۵	❖ تصمیم سازی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی بیمارستان
سطح دو	الف-۱-۴-۲ <input checked="" type="checkbox"/> فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت می‌شوند.
۱	❖ شناسایی و مکتوب نمودن فرایندهای اصلی و مشخص کردن اجزاء فرایندها
۱	❖ ترسیم توالی و تدوین تعامل بین فرایندهای اصلی (نمودار فرایند)
۱.۵	❖ اجرایی نمودن فرایندهای مکتوب شده
۱	❖ تعریف شاخص‌های متناسب و معیارها/ حد مورد انتظار برای اندازه‌گیری فرایندها
۲	❖ اندازه‌گیری شاخص‌های تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج
۲	❖ تعیین و اجرای اقدامات مناسب / اصلاحات فرایندی
۱.۵	❖ بازنگری و به روز رسانی فرایندهای اصلی
سطح دو	الف-۱-۴-۳ برنامه‌های عملیاتی طراحی، پایش و مدیریت می‌شوند.
۱	❖ تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی / عملیاتی / عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سالیانه و با مشارکت واحدهای مرتبط
۱	❖ لحاظ موازن ایمنی بیمار و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در برنامه عملیاتی و بودجه بندی بیمارستان با هویتی مشخص و مستقل (یا در قالب پیوست برنامه)
۱	❖ تعیین فعالیت‌های لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی / عملیاتی / عینی
۱	❖ مشخص نمودن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) مورد نیاز برای هر فعالیت
۱	❖ مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آن‌ها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی
۱	❖ تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه‌گیری آن‌ها در بازه‌های زمانی مشخص
۱	❖ اطلاع کارکنان از برنامه‌های عملیاتی مرتبط با واحد خود

۱.۵	❖ تهیه گزارش‌های پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه‌های زمانی مشخص و ارائه به تیم رهبری و مدیریت
۱.۵	❖ به روز رسانی برنامه‌های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های مربوط
سطح دو	الف-۱-۴-۵ چالش‌ها و فرصت‌های بهبود، شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل می‌شود.
۱.۵	❖ شناسایی و مکتوب نمودن چالش‌ها در دوره‌های زمانی معین به تشخیص مدیران / مسئولان بیمارستان
۲.۵	❖ تعیین فرصت‌های بهبود با توجه به امکانات و توانمندی‌های بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالش‌های شناسایی شده
۲.۵	❖ جمع‌آوری ایده‌های مناسب برای فرصت‌های بهبود پیش‌بینی شده و انتخاب ایده‌های کاربردی برای اجرا
۳.۵	❖ اجرای ایده‌ها و ارزیابی مؤثر بودن آن‌ها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های بهبود
سطح دو	الف-۱-۴-۶ سوابق و مستندات مدیریت، تحت کنترل بوده و قابل بازیابی است.
۱.۵	❖ شناسایی مستندات درون سازمانی مؤثر بر عملکرد بیمارستان از طریق انتخاب نام / عنوان و کدگذاری آن‌ها
۱.۵	❖ مکتوب نمودن نحوه کدگذاری، تصویب، بازنگری، توزیع و تغییر مستندات درون سازمانی مؤثر بر عملکرد بیمارستان
۱	❖ تهیه فهرست اصلی برای مستندات درون سازمانی
۱	❖ مشخص نمودن فرد مسئول برای کنترل مستندات درون سازمانی
۲.۵	❖ کسب اطمینان از تحت کنترل بودن و استفاده صحیح کارکنان از نسخ معتبر و به روز مستندات درون سازمانی و برون سازمانی
۲.۵	❖ تعیین سوابق مورد نیاز در واحدها برای نگهداری و مشخص نمودن مدت زمان و نحوه نگهداری هر یک از سوابق
سطح سه	الف-۱-۴-۷ نظرات و پیشنهادات ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، با روشی مدون اخذ شده و در برنامه‌ریزی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.
۲	❖ مشخص نمودن نحوه و بازه‌های زمانی برای دریافت نظرات و پیشنهادات هر یک از گروه‌های ذینفع
۴	❖ ارائه بازخورد، به واحدهای مختلف بیمارستان از نتایج نظرسنجی بدست آمده
۴	❖ استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه‌ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن
سطح یک	الف-۱-۴-۸ <input checked="" type="checkbox"/> تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، نشانگر اهتمام و نظارت بر حسن اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی باموازی شرع مقدس در بیمارستان می‌باشد.
۲	❖ آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از قانون انطباق امور اداری و فنی موسسات و شرح وظایف مربوط
۱	❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای قانون و ایجاد فضای مناسب جهت اجرا
۲	❖ وجود مصوبات مؤثر، مشخص و فاقد ابهام در کمیته‌های مرتبط همراه با ضمانت اجرایی
۱	❖ آگاهی سایر مسئولان و کارکنان نسبت به قانون فوق، همراه با شواهد، توسط تیم رهبری و مدیریت
۲	❖ انطباق عملکرد کلیه مسئولان و کارکنان
۱	❖ وجود مستندات حاکی از نظارت تیم مدیریت و رهبری بر حسن اجرای قانون
۱	❖ وجود مستندات نشانگر بررسی وضعیت اجرای قانون در بیمارستان، گزارش و اقدام اصلاحی
سطح	الف-۱-۵ کمیته‌های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به صورت اثربخش فعالیت می‌نمایند.
سطح یک	الف-۱-۵-۱ جلسات کمیته‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان برگزار می‌شود.
۱.۵	❖ تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین‌نامه داخلی برای هر یک از کمیته‌های بیمارستانی
۲.۵	❖ برگزاری جلسات کمیته‌ها مطابق آیین‌نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعمل‌های ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی بیمارستان برای هر کمیته
۱.۵	❖ تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته‌ها، متناسب با وظایف و تخصص‌های مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت
۲.۵	❖ تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان

۲	❖ برگزاری جلسات کمیته‌ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته
الف-۱-۵-۲	❑ مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه حل‌های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است. سطح یک
۱	❖ تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته
۱	❖ ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین
۱.۵	❖ همفکری اعضاء و تصویب راه حل‌های واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه
۱.۵	❖ مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده
۱	❖ تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز
۱	❖ تهیه صور تجلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی بیمارستان
۳	❖ بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته‌ها
الف-۱-۵-۳	❑ اثربخشی مصوبات کمیته‌های بیمارستانی، ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید. سطح دو
۲	❖ اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته‌های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط دفتر بهبود کیفیت با همکاری دبیران کمیته‌ها
۲.۵	❖ ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت
۲	❖ ارائه گزارش‌های دوره‌ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته‌ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفیت
۳.۵	❖ انجام اقدامات اصلاحی در کمیته‌های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هر یک از کمیته‌ها
الف-۱-۵-۴	❑ کمیته‌های بیمارستانی در روند ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران نقش مؤثر ایفا می‌نمایند. سطح سه
۲	❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته‌های بیمارستانی
۲.۵	❖ مشارکت فعال کمیته‌های مرگ و میر، انتقال خون، دارو و درمان و سایر کمیته‌ها در موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارتقاء آن
۲	❖ کسب اطمینان از ایفای نقش مؤثر کمیته‌های بیمارستانی از ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در ارزیابی اثر بخشی کمیته‌های بیمارستانی
۳.۵	❖ وجود شواهد تایید کننده مبنی بر ایفای نقش مؤثر کمیته‌های بیمارستانی در ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان
الف-۱-۶	❖ عملکرد تیم رهبری و مدیریت بیانگر تعهد به اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است. سطح
الف-۱-۶-۱*	❖ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده اولویت بخشی به ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران است. سطح یک
۱	❖ درج سیاست‌های منتخب تیم رهبری و مدیریت برای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار در "سیاست‌های اصلی" بیمارستان
۲	❖ بررسی گزارش‌های تحلیلی از کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیمار و استفاده از آن‌ها در بازنگری / ویرایش سند استراتژیک و "سیاست‌های اصلی" بیمارستان
۱.۵	❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات جلسات تیم رهبری و مدیریت
۱.۵	❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات جلسات کمیته‌های بیمارستانی
۲.۵	❖ مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات / برنامه‌های مدیریت
۱.۵	❖ تایید کارکنان و مسئولان واحدهای بیمارستان، بر تاکید تیم رهبری و مدیریت بر کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیمار در بیانات، نشست‌ها، بازدیدهای میدانی و جلسات
الف-۱-۶-۲*	❖ تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدون ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌نماید. سطح یک
۱.۵	❖ اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت مدون طبق دستورالعمل ابلاغی
۲	❖ مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات / برنامه‌ریزی‌های مدیریتی
۱.۵	❖ وجود صور تجلسه برای هر یک از بازدیدهای ایمنی بیمار مشتمل بر دغدغه‌های مطرح شده و راهکارهای پیشنهادی با امضای حاضرین در بازدید
۳	❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

۲	❖ ارائه پس‌خوراند مستند نتایج بازدیدها و نتایج اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد/ افراد پیشنهاد دهنده
الف-۱-۳*	❖ مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اساس شرح وظایف فعالیت می‌نمایند.
۵	❖ فعالیت مسئول فنی/ ایمنی بیمار طبق آخرین ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت و شرح وظایف تعریف شده
۵	❖ فعالیت کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار طبق شرح وظایف تعریف شده
الف-۱-۴*	❖ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت مطابق ضوابط مربوط گزارش می‌شوند.
۴	❖ گزارش حوادث ناخواسته درمان بر اساس شیوه‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت
۶	❖ انجام اقدامات لازم طبق مراحل شیوه‌نامه ابلاغی وقایع ناخواسته با هماهنگی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی
الف-۱-۵*	❖ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، شناسایی، پیشگیری و مدیریت می‌شوند.
۱	❖ وجود رویکرد عاری از سرزنش ناجا، منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار جهت ترویج گزارش‌دهی وقایع ناخواسته از سوی تیم رهبری و مدیریت
۱	❖ شناسایی علل ریشه‌ای منجر به وقایع ناخواسته ایمنی بیمار اعم از وقایع ناگوار ^[6] ، موارد بدون آسیب ^[7] ، موارد نزدیک به وقوع ^[8]
۱	❖ تدوین دستورالعمل مشخص برای نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته طبق دستورالعمل
۱	❖ بررسی و تحلیل مستمر نتایج و روند گزارش‌دهی وقایع ناخواسته به منظور برنامه‌ریزی برای ارتقاء ایمنی بیمار به صورت مدون
۱.۵	❖ طراحی و اجرای برنامه/ مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ناخواسته
۱.۵	❖ نظارت و پایش برنامه مداخلات اصلاحی با روش‌های معتبر جهت ارتقاء گزارش‌دهی
۱	❖ اطلاع‌رسانی/ بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش‌کنندگان
۱	❖ به مشارکت گذاشته شدن درس‌های آموخته شده با سایر کارکنان و بخش‌های مرتبط
۱	❖ استفاده از وقایع رخ داده به عنوان درس از گذشته به عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرایندها
الف-۱-۶*	❖ اثربخشی برنامه‌های ارتقاء ایمنی بیمار در فواصل زمانی معین ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا می‌شود.
۲.۵	❖ وجود برنامه مدون و در حال اجراء برای پایش اثربخشی ایمنی بیمار
۳	❖ وجود برنامه عملیاتی مداخلات اصلاحی اثربخش برای ارتقاء ایمنی بیمار
۴.۵	❖ تغییر مشهود در روند بهبود شاخص‌های ایمنی بیماران در سطح بیمارستان
الف-۱-۸*	❖ مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
۳	❖ تدوین خط مشی و روش مدیریت پیش‌گیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت" با حداقل‌های مورد انتظار
۷	❖ آگاهی، تعهد و عملکرد تیم رهبری و مدیریت و سایر کارکنان مرتبط طبق خط مشی و روش مدیریت پیش‌گیرانه خطر
الف-۱-۹*	❖ استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.
۱	❖ آگاهی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار
۱	❖ تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف
۱	❖ آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار
۱.۵	❖ ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با روش معتبر در زمان بندی‌های معین
۲	❖ بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود در صورت لزوم
۲	❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار
۱.۵	❖ نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی

الف-۱-۶-۱۰*	اولویت بخشی به ارتقاء کیفیت خدمات در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.	سطح سه
❖	اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت خدمات در تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، کمیته‌های بیمارستانی و مدیریت بخش‌ها / واحدها	۲
❖	آگاه بودن کارکنان نسبت به مفاهیم و مصداق‌های ارتقای کیفیت خدمات در واحد خود	۲
❖	نهادینه شدن باورهای کیفی در بین مدیران و کارکنان بیمارستان در تمام سطوح عملکردی به عنوان یک ارزش سازمانی	۲
❖	تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف	۲
❖	آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف	۲
الف-۱-۷	تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه‌ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید.	سطح
الف-۱-۷-۱	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان است.	سطح یک
❖	در نظر گرفتن محوریت بیمار در برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات مرتبط در حال انجام در بیمارستان	۱.۵
❖	برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌های مرتبط با فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت	۲
❖	طرح ریزی و اجرای برنامه‌های تشویقی در راستای نهادینه کردن فرهنگ بیمار محوری	۲
❖	دریافت گزارش‌های فصلی از ارزیابی ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله‌ای در زمینه مغایرت‌ها و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی موثر	۲
❖	استقرار فرهنگ بیمار محوری در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان	۲.۵
الف-۱-۷-۲	تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان است.	سطح یک
❖	برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌های مرتبط با ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت	۱.۵
❖	طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای توسط پرسنل مرتبط	۲
❖	مشارکت فعال و برنامه‌ریزی توسط کمیته اخلاق بالینی برای ارتقاء اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای	۱.۵
❖	دریافت گزارش‌های فصلی از اقدامات انجام شده، تحلیل و ابلاغ اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و پیگیری اجرای آن‌ها	۲
❖	نهادینه شدن اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی کارکنان بیمارستان	۳
الف-۱-۷-۳	نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح دو
❖	تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن	۲
❖	نظارت شیوه‌مند، مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای	۱.۵
❖	تدوین و اندازه‌گیری شاخص‌های مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه‌ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت و نظارت کمیته اخلاق بالینی	۱.۵
❖	تحلیل نتایج اندازه‌گیری شاخص‌ها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه‌ای در کمیته اخلاق بالینی	۲
❖	انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای	۳
الف-۱-۷-۴	هرگونه تعارض منافع با منشور حقوق بیمار در سطح بیمارستان شناسایی و با رویکرد بیمار محوری مدیریت می‌شود.	سطح سه
❖	شناسایی مواردی از مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان با منشور حقوق بیمار	۲
❖	اطلاع رسانی این مصادیق به تمامی پرسنل بیمارستان	۱.۵
❖	ارائه و اجرای پیشنهادات پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمار محوری با هدایت تیم رهبری و مدیریت	۲
❖	طراحی و اجرای سیستم مدیریتی برای ثبت موارد گزارش شده در خصوص تعارض منافع	۲
❖	انجام اقدامات اصلاحی در صورت وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمار محوری	۲.۵
الف-۱-۷-۵	اولویت بخشی به حقوق بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.	سطح سه

۲	وجود شواهدی مبنی بر مراقبت مستمر تیم رهبری و مدیریت از منشور حقوق بیماران
۱.۵	پایش برنامه‌های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با رعایت حقوق بیمار
۲.۵	اصلاح موارد عدم انطباق موجود در برنامه‌های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با حقوق بیمار
۱.۵	ارائه گزارش از عدم انطباق‌های بدست آمده و اقدامات اصلاحی مربوط در جلسه با مسئولان تمام واحدها
۲.۵	نهادینه شدن احترام به حقوق بیماران در تمام سطوح عملکردی بیمارستان
سطح سه	الف-۱-۷-۶ <input checked="" type="checkbox"/> رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.
۱	تهیه روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
۱.۵	اطمینان از پایبندی کارکنان بر اصول حرفه‌ای در مشاغل بالینی
۱.۵	پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
۱.۵	ارائه گزارش از عدم انطباق‌های بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت
۲	انجام اقدام اصلاحی / پیشگیرانه در موارد عدم انطباق
۲.۵	نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان
سطح	الف-۱-۸ بیمارستان درخصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیت‌های بستری عادی، ویژه و سرپایی اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	الف-۱-۸-۱ استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
۰.۵	تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی
۰.۵	تعریف شاخص‌های مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت
۰.۵	شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تخت‌های بستری عادی
۰.۵	تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص‌های تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت
۱	اندازه‌گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تخت بستری عادی
۱	تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
۱	شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد
۲	طرح ریزی اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود با مدیریت مدیر تخت
۱.۵	سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
۱.۵	فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران بستری عادی با حداکثر ظرفیت تخت‌های مصوب
سطح یک	الف-۱-۸-۲ استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری در بخش‌های ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
۰.۵	تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری در بخش‌های ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی
۰.۵	تعریف شاخص‌های مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت
۰.۵	شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تخت‌های ویژه
۰.۵	تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص‌های تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت
۰.۵	اندازه‌گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تخت‌های بستری ویژه
۰.۵	تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
۰.۵	شناسایی و پیش بینی شرایط گذار بر بهینگی

۱.۵	❖ طرح ریزی اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود
۱	❖ سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهیئتی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
۱	❖ رعایت اندیکاسیون‌های تعیین شده توسط بیمارستان برای پذیرش بیماران از نظر اورژانسی و پرخطر بودن در بخش‌های ویژه
۱	❖ فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران با حداکثر ظرفیت تخت‌های ویژه مصوب
۱	❖ تعامل و مشارکت برای جذب بیماران خارج از بیمارستان نیازمند به بستری در بخش‌های ویژه از طریق ستاد هدایت دانشگاه
۱	❖ وجود روش معینی برای بررسی علت و تعیین تکلیف بیماران با بستری طولانی مدت یا خارج از اندیکاسیون‌های پذیرش در بخش‌های ویژه
سطح یک	الف-۱-۸-۳ فضاهای درمانی مورد نیاز با توجه به ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تامین شده است.
۱	❖ بررسی وضعیت موجود فضاهای درمانی با در نظر گرفتن ضوابط وزارت بهداشت و سازمان‌های بالادست
۱	❖ مطرح کردن موارد عدم انطباق و اولویت بندی برای اصلاح در جلسات تیم رهبری و مدیریت با حضور مسئول ایمنی بیمارستان
۱	❖ آگاهی تیم رهبری و مدیریت از عدم انطباق‌های فضاهای درمانی و اولویت‌های اصلاح
۲	❖ تعیین و انجام اقدامات اصلاحی برای موارد اولویت دار
۱	❖ تهیه گزارش تحلیلی از اقدامات انجام گرفته
۲	❖ رعایت استانداردهای کتاب بیمارستان ایمن در طراحی و راه اندازی بخش‌ها/واحدهای جدید بیمارستان
۲	❖ مدیریت نگهداشت فضاهای درمانی مطابق برنامه زمانبندی شده و نظارت بر حسن اجرای آن توسط تیم رهبری و مدیریت
سطح دو	الف-۱-۸-۴ استفاده بهینه از ظرفیت‌های اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
۰.۵	❖ تعیین دامنه بهیئتی و شاخص‌های مورد نظر برای بهیئتی اتاق عمل توسط تیم رهبری و مدیریت
۰.۵	❖ شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهیئتی استفاده از تخت‌های اتاق عمل
۰.۵	❖ تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهیئتی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص/شاخص‌های تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت
۱	❖ اندازه گیری بهیئتی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت (مثلا پایش گردش تخت اتاق‌های عمل)
۰.۵	❖ شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهیئتی تاثیر بگذارد توسط تیم رهبری و مدیریت
۱	❖ طرح‌ریزی اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن
۱.۵	❖ اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود با مدیریت مدیر تخت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن
۱	❖ سنجش و تحلیل عوامل مخدوش کننده بهیئتی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
۱	❖ بررسی لیست اعمال جراحی روزانه بر اساس تعداد اتاق‌های عمل بیمارستان با احراز خالی بودن یک اتاق برای موارد اورژانسی
۱	❖ تعیین حداقل‌های لازم برای انجام اعمال جراحی اعم از نیروی انسانی، تجهیزات، زمان، مشاوره‌ها و سایر منابع (از جمله رزرو خون، رزرو تخت ویژه، پروتز و ...)
۱.۵	❖ تنظیم و اجرای برنامه زمانبندی اتاق عمل بر اساس حداقل‌های تعیین شده
سطح دو	الف-۱-۸-۵ ارائه خدمات در بازه زمانی مورد انتظار، از طریق پیگیری امور بیماران و بر اساس نوع خدمات بستری مدیریت می‌شود.
۱	❖ تعیین و اندازه‌گیری شاخص‌های مناسب برای محاسبه زمان مورد انتظار بیماران در ارائه خدمات مختلف
۲	❖ تفسیر و تحلیل نتایج و روند اندازه‌گیری‌ها و ارائه اقدامات اصلاحی
۲	❖ نظارت بر نحوه ارائه خدمات مورد نیاز شبانه روزی بیماران
۲	❖ نظارت بر اجرای دستورالعمل ابلاغی آنکالی و بخشنامه ابلاغی مقیمی در خصوص بازه زمانی تعریف شده
۳	❖ پیگیری امور بیماران و رفع موانع و عدم انطباق‌های فرآیندی به صورت پیش‌گیرانه به منظور تسهیل و تسریع خدمات پزشکی بیماران

الف-۱-۸-۶*	علل و عوامل بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو
❖	شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه‌ریزی قبلی طی یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان	۲
❖	پایش روند شاخص بستری‌های مجدد در کل و به تفکیک عناوین مختلف مانند بخش، سرویس تخصصی، تشخیص نهایی بیماری، پروسیجرها	۲
❖	بررسی علل بستری مجدد و انجام تحلیل علل ریشه‌ای توسط تیم‌های مربوطه	۳
❖	انجام اقدامات اصلاحی مؤثر بر اساس نتایج بررسی‌ها و پایش نتایج اقدامات توسط تیم‌های مربوطه	۳
الف-۱-۸-۷	علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو
❖	اجرای صحیح روند ثبت ترخیص با رضایت و میل شخصی و ثبت دقیق علت هر یک از موارد	۱.۵
❖	تهیه فهرستی از علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی و تفسیر و تحلیل نتایج، علل و روند تکرار علت‌ها	۲
❖	طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه برای عواملی که می‌تواند منجر به ترخیص با رضایت با میل شخصی شود	۳
❖	بهبود روند ترخیص با رضایت و میل شخصی بر اساس اقدامات اصلاحی برنامه‌ریزی شده	۳.۵
الف-۱-۸-۸	استفاده بهینه از ظرفیت گروه‌های پزشکی برای توسعه خدمات سرپایی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح سه
❖	تعیین دامنه بهینگی و شاخص‌های مورد نظر بهینگی برای مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی	۰.۵
❖	شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهینگی مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی	۰.۵
❖	تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار /مطلوب برای شاخص‌های تعریف شده	۱
❖	اندازه‌گیری بهینگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها برای مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی	۱.۵
❖	شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی گروه‌های پزشکی تأثیر بگذارد	۱
❖	طرح‌ریزی و اجرای اقدامات / برنامه‌های بهبود با توجه به نتایج بدست آمده در مراحل بالا	۱.۵
❖	سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی	۲
❖	برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات تشویقی برای بهینه سازی استفاده از ظرفیت گروه‌های پزشکی	۲
الف-۱-۹	بیمارستان از تامین منابع مالی و مدیریت هزینه‌ها جهت استقرار و استمرار کیفیت خدمات، اطمینان حاصل می‌نماید.	سطح
الف-۱-۹-۱	منابع و بودجه‌های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه‌های مربوط هزینه می‌شوند.	سطح یک
❖	وجود نظام ثبت اطلاعات حسابداری و سامانه اطلاعات حسابداری مناسب	۲
❖	انجام کنترل‌های داخلی حسابداری مطابق با استانداردهای مرتبط	۲
❖	هزینه کرد منابع و بودجه‌های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه‌های ابلاغی مربوط	۳
❖	پاسخگویی رئیس و مدیر بیمارستان در مقابل هزینه کرد صحیح بودجه و اعتبارات تخصیصی	۳
الف-۱-۹-۲*	افزایش درآمد بیمارستان در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سطح یک
❖	شناسایی کانون‌های درآمدی بیمارستان و تعیین /برآورد ظرفیت تولید درآمد در هر یک از کانون‌ها در چارچوب قوانین و مقررات مربوط	۱.۵
❖	تعیین عوامل مؤثر بر افزایش /کاهش تولید و وصول درآمد در هر یک از کانون‌های شناسایی شده	۱
❖	تعیین مقدار درآمد تحقق یافته / وصول شده در هر یک از کانون‌های شناسایی شده	۱
❖	تحلیل و شناسایی علل کاهش تحقق /وصول درآمدها در هر یک از کانون‌های شناسایی شده	۱.۵
❖	برنامه‌ریزی و اقدام برای از بین بردن علل کاهش و تقویت علل افزایش تحقق / وصول درآمدها	۲.۵
❖	ممانعت از هرگونه تأثیر منفی سیاست‌های مالی، درآمدزایی و صرفه جویی‌ها بر ایمنی بیماران	۲.۵

الف-۱-۹-۳	جذب منابع مالی / سرمایه ای از محل مشارکت های مردمی / موسسه های خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط مربوط صورت می پذیرد.	سطح دو
❖	تعیین مقدار و سهم کمک های خیرین در برنامه های گوناگون بیمارستان در ۵ سال اخیر و هدف گذاری برای سال های آینده	۱
❖	تصویب برنامه های توسعه ای و سایر برنامه هایی که تامین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است	۱
❖	تدوین و اجرای برنامه های تبلیغی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمک های بیشتر از خیرین	۱
❖	همکاری موسسه های خیریه به منظور شناسایی نیازهای بیماران و اولویت های توسعه بهسازی و خدمات با واحد مددکاری	۱
❖	تامین هزینه درمان مددجویان بی بضاعت براساس اسناد هزینه یا صورتحساب صادره از سوی امور مالی یا حسابداری با هماهنگی مددکاری	۲.۵
❖	تامین هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاه های تخصصی با تایید تیم رهبری و مدیریت	۱.۵
❖	تامین منابع بازسازی و بهسازی بیمارستان با تایید تیم رهبری و مدیریت	۱
❖	تهیه گزارش های تحلیلی مالی در تامین کمک های مالی و سرمایه ای از سوی خیرین	۱
الف-۱-۹-۴ *	مدیریت هزینه های خدمات گلوبال، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت می پذیرد.	سطح دو
❖	گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده برای هر یک از خدمات گلوبال انجام شده در بیمارستان	۱.۵
❖	تعیین مقدار حداقل و حداکثر و میانگین هر یک از اجزای خدمت (مواد مصرفی، دارو، زمان، ...) در خدمات گلوبال	۱.۵
❖	گزارش هزینه تمام شده خدمات گلوبال ارائه شده توسط هر یک از پزشکان و تعیین میزان انحراف از مقدار پایه (کم یا زیاد) و تاثیر آن در کیفیت خدمات	۱.۵
❖	تدوین و اجرای برنامه های انطباق میانگین هزینه تمام شده خدمات گلوبال در بیمارستان با تعرفه ابلاغی	۲.۵
❖	عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در خدمات گلوبال	۳
الف-۱-۹-۵ *	مدیریت هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت می پذیرد.	سطح دو
❖	گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده هتلینگ از خدمات پرستاری برای هر بخش در بیمارستان	۱.۵
❖	محاسبه مابه التفاوت هتلینگ از خدمات پرستاری دریافتی و هزینه تمام شده هتلینگ از خدمات پرستاری به تفکیک بخش های بیمارستان	۱.۵
❖	تدوین برنامه و اقدام برای انطباق هزینه های انجام شده برای هتلینگ از خدمات پرستاری هر بخش بیمارستان با درآمد اختصاصی هتلینگ از خدمات پرستاری	۳.۵
❖	عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری	۳.۵
الف-۱-۹-۶ *	تامین کالا / ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام می شود.	سطح دو
❖	تدوین برنامه خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات مطابق روش های تعیین شده و استانداردهای مدیریت انبارها	۱
❖	کسب اطمینان از انجام درخواست به موقع مسئولان بخش ها/واحدها از طریق نظارت های میدانی تیم رهبری و مدیریت	۰.۷۵
❖	ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات در کمیته های مرتبط	۱
❖	اولویت بندی درخواست های عادی و فوری بخش ها/واحدها با استفاده از روشی معین و شفاف توسط تیم رهبری و مدیریت	۰.۷۵
❖	لحاظ نمودن مفاد استانداردها، الزامات قانونی و بالادستی مانند آیین نامه های مالی و معاملاتی در خرید	۰.۷۵
❖	شناسایی و ایجاد بانک اطلاعاتی تامین کنندگان معتبر و تامین کنندگان غیر معتبر	۰.۷۵
❖	کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات از طریق نظارت های میدانی تیم رهبری و مدیریت	۱
❖	تهیه و تصویب فهرست کالاها/ملزومات و تجهیزات مورد نیاز مستمر، همراه با تعیین ویژگی های کیفی و نقطه سفارش آن ها برای کالاهای مصرف عمومی و تکرار شونده	۱
❖	تهیه و توزیع کالاها/ملزومات و تجهیزات براساس زمانبندی و با نیازهای اعلام شده و کسب اطمینان از انطباق آن ها با درخواست با مشارکت در خواست کننده	۱
❖	عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در تامین کالا/ملزومات و تجهیزات	۲
الف-۱-۹-۷ *	هیچ موردی از اختلال / تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمی شود.	سطح سه

۵	❖ عدم اختلال فرایندی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان
۵	❖ عدم تاخیر زمانی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان
سطح	الف-۱-۱۰ بیمارستان از مشارکت پیمانکاران و تامین کنندگان در تحقق نتایج مطلوب اطمینان حاصل می نماید.
سطح یک	الف-۱-۱۰-۱ انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی به صورت مدون برنامه ریزی و انجام می شود.
۲.۵	❖ تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد عینی و صرفه و صلاح بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت
۱.۵	❖ مشخص نمودن اهداف و انتظارات بیمارستان از واگذاری خدمات به پیمانکاران
۱.۵	❖ تدوین، تصویب نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین نامه مالی و معاملاتی)
۱.۵	❖ تعیین معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین امر در هر مورد واگذاری خدمات و نحوه امتیازدهی به این معیارها
۳	❖ انتخاب پیمانکاران منطبق بر اهداف، انتظارات، معیارهای کیفی و قوانین و مقررات بالا دستی
سطح یک	الف-۱-۱۰-۲ برای تحقق نتایج مطلوب، نظارت مستمر بر عملکرد پیمانکاران برنامه ریزی و انجام می شود.
۱.۵	❖ الزام پیمانکار به رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقد
۱.۵	❖ انتخاب و مشخص نمودن اعضای ناظر و نحوه نظارت بر عملکرد پیمانکاران در هریک از قراردادهای برون سپاری
۱.۵	❖ پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی و پیش بینی مکانیزمهای جریمه و یا فسخ قرارداد در متن قرارداد منعقد
۳	❖ طراحی نظارت ساختارمند و ارزیابی دوره ای عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیستهای تخصصی و بکارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط
۲.۵	❖ تهیه گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم رهبری و مدیریت و تصمیم گیری در خصوص تداوم رابطه کاری با آنها
سطح دو	الف-۱-۱۰-۳ ارزیابی و انتخاب تامین کنندگان با لحاظ معیارهای معین برنامه ریزی شده و بر اساس آن اقدام می شود.
۳.۵	❖ دسته بندی تامین کنندگان با توجه به خریدهای انجام گرفته و تهیه لیست تامین کنندگان خوشنام براساس معیارهای تعیین شده
۳.۵	❖ تهیه لیست سیاه از تامین کنندگان و پرهیز از خرید از این تامین کنندگان
۳	❖ بازنگری و به روز رسانی فهرست تامین کنندگان و لیست سیاه تامین کنندگان به صورت دوره ای و حداکثر سالیانه یکبار
سطح سه	الف-۱-۱۰-۴ پیمانکاران و تامین کنندگان مایل به تداوم همکاری و فعالیت در این بیمارستان هستند.
۶	❖ رضایتمندی و تمایل پیمانکاران در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان
۴	❖ رضایتمندی و تمایل تامین کنندگان کالا و خدمات در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان
سطح	الف-۱-۱۱ بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت برنامه ریزی و اقدام می نماید.
سطح یک	الف-۱-۱۱-۱ بیمارستان در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر مشارکت فعال و مؤثر دارد.
۳.۵	❖ فعال سازی کلینیکهای لازم برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر مطابق با برنامه های ملی
۳.۵	❖ برنامه ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با برنامه های ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر در فعال سازی کلینیکهای ابلاغ شده
۳	❖ اجرای برنامه های آموزشی برای بیماران / همراهان / مراجعین در خصوص بیماریهای فشار خون، دیابت و سرطان
سطح دو	الف-۱-۱۱-۲ بیمارستان برای پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می نماید.
۲	❖ ارزیابی سیستماتیک و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقا سلامت بیماران توسط تیم ارتقاء سلامت
۲.۵	❖ برنامه ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران
۲.۷۵	❖ آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی
۲.۷۵	❖ آموزش و مشاوره به ویژه برای بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکتة مغزی، اختلالات روانپزشکی و جراحی

الف-۱-۱۱-۳	بیمارستان برای پیشگیری و ارتقاء سلامت کارکنان، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.	سطح دو
۱	ارزیابی مدون و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقاء سلامت کارکنان توسط تیم ارتقاء سلامت	
۱	تثبیت محیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیت‌های ارتقاء سلامت کارکنان	
۱.۲۵	اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه فعالیت بدنی	
۱	اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه مصرف دخانیات	
۱.۲۵	اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه تغذیه سالم	
۲	برنامه‌ریزی و انجام اقدامات برای ارتقاء سلامت کارکنان حداقل در حیطه‌های تغذیه، فعالیت‌های بدنی، مصرف دخانیات	
۲.۵	ارزیابی اثربخشی برنامه‌های ارتقای سلامت کارکنان هر شش ماه و در صورت لزوم طراحی اقدامات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود	
الف-۱-۱۱-۴	بیمارستان در اجرای برنامه‌های بهداشت محیط و مدیریت پسماند با روش‌های نوین پیشگام و فعال است.	سطح سه
۱.۵	شناسایی روش‌های نوین مدیریت پسماند و به روز رسانی آن	
۲	انتخاب روش نوین مدیریت پسماند پس از تحلیل نقاط قوت و ضعف و لحاظ نمودن مسائل ایمنی در هر روش	
۳	طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های بهداشت محیط جدید و به روز شده	
۳.۵	بررسی تحلیلی روش‌های نوین مدیریت پسماند/برنامه‌های بهداشت محیط به روز شده و انجام اصلاحات/اقدامات اصلاحی در صورت نیاز	
الف-۱-۱۱-۵	بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز و ارتقاء سلامت در حیطه محیط زیست، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.	سطح سه
۲.۵	شناسایی مواردی از بیمارستان سبز که با ایمنی بیمار مغایرت نداشته باشد	
۴	برنامه‌ریزی و اجرا برای موارد شناسایی شده در خصوص بیمارستان سبز	
۳.۵	برنامه‌ریزی و اجرای اقداماتی برای جلوگیری از هدر رفتن منابع طبیعی مورد استفاده و حامل‌های انرژی	
الف-۱-۱۲	بیمارستان در اجرای برنامه‌های ملی سلامت مشارکت می‌نماید.	سطح
الف-۱-۱۲-۱	بیمارستان در زمینه ارتقای شاخص‌های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال مشارکت فعال و مؤثر دارد.	سطح یک
۱	مشارکت در زمینه ارتقای شاخص‌های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران	
۱	مشارکت در زمینه ارتقای شاخص‌های سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان	
۱	مشارکت در زمینه ارتقای شاخص‌های سلامت و کاهش مرگ و میر کودکان	
۲	اولویت بخشی به استقرار استانداردها و راهنماهای طبابت بالینی ابلاغی وزارت بهداشت	
۱.۵	بررسی تحلیلی میزان مشارکت و برنامه‌ریزی برای روند رو به رشد آن	
۳.۵	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت بیمارستان در ارتقای شاخص‌های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال	
الف-۱-۱۲-۲	بیمارستان در پیاده‌سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.	سطح یک
۱.۵	اجرای محورهای برنامه ترویج زایمان طبیعی مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی	
۱	پایش مستمر برنامه ترویج زایمان طبیعی و ارائه گزارش به دانشگاه مربوط	
۱	بررسی اندیکاسیون‌های انجام سزارین براساس بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در کمیته ترویج زایمان طبیعی و ارائه بازخورد به متخصصین زنان	
۱	رعایت دستورالعمل خوشایندسازی زایمان طبیعی براساس دستورالعمل ابلاغی ترویج زایمان طبیعی وزارت بهداشت در بیمارستان	
۲	کاهش سزارین نخست‌زا براساس هدف گذاری تعیین شده	
۲	محاسبه ماهیانه شاخص سزارین و سزارین بار اول و بررسی نتایج در کمیته ترویج زایمان طبیعی و انجام اصلاحات / اقدامات اصلاحی برای کاهش میزان سزارین	

۱.۵	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در پیاده‌سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی
سطح دو	الف-۱-۱۲-۳ بیمارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر مشارکت فعال و مؤثر دارد.
۳	اجرای محورهای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر
۲	پایش مستمر برنامه ملی تغذیه با شیر مادر و تحلیل نتایج آن توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
۱.۵	ارائه گزارش از اجرای برنامه به دانشگاه مربوط در دوره‌های زمانی تعریف شده
۳.۵	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر
سطح دو	الف-۱-۱۲-۴ بیمارستان در اجرای برنامه‌های دوستدار مادر و دوستدار کودک پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
۲	برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات و پایش آن برای "استقرار گام‌های ده گانه استاندارد دوستدار مادر"
۲	برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات و پایش آن برای "استقرار گام‌های ده گانه استاندارد دوستدار کودک"
۳	بررسی اثربخشی اقدامات و تحلیل نقاط قوت و ضعف و ارائه اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود برای بهبود روند نتایج
۳	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در اجرای برنامه‌های دوستدار مادر و دوستدار کودک
سطح دو	الف-۱-۱۲-۵ بیمارستان در اجرای برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات اخلاقی و حرفه‌ای مشارکت مؤثر دارد.
۱.۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی
۱	گزارش موارد مرگ مغزی به دانشگاه برای حمایت از برنامه اهدای عضو طبق انتظارات وزارت بهداشت
۲.۵	مشارکت فعال بیمارستان در ترویج و حمایت از اهدای عضو برای بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات مرتبط
۲	اطلاع رسانی بیمارستان به واحدهای فراهم‌آوری و شناسایی اعضا
۳	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی
سطح سه	الف-۱-۱۲-۶ بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد قلبی و مغزی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
۳.۵	مشارکت کامل و موثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد قلبی با تایید وزارت بهداشت
۳	مشارکت کامل و موثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد مغزی با تایید وزارت بهداشت
۳.۵	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در درمان سکته‌های حاد قلبی و سکته‌های حاد مغزی
سطح سه	الف-۱-۱۲-۷* بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
۲	وجود شواهدی دال بر تمرکز و برنامه‌ریزی تیم‌های پزشکی به ترویج طبابت مبتنی بر شواهد در سطح بیمارستان
۱.۵	انجام مطالعات مرتبط با طبابت مبتنی بر شواهد و یکسان‌سازی روش‌های پزشکی
۲	برنامه‌ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاین‌های ابلاغی وزارت بهداشت
۲.۵	ارزیابی دوره‌ای وضعیت بیمارستان از نظر طبابت مبتنی بر شواهد و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت
۲	تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در زمینه طبابت مبتنی بر شواهد

