



معاونت درمان



معتد

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

دوره آموزشی بازآموزی ارزیابان

محور: رهبری و مدیریت

زیرمحور: رهبری و مدیریت کیفیت

مدرس: دکتر سید پیام پایمرد

تاریخ: ۱۴۰۵/۷/۱۱

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (معتد)



سوابق مدرس

• سوابق علمی

دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
کارشناسی ارشد MBA



• سوابق اجرایی

ارزیاب ارشد اعتباربخشی ملی بیمارستان ها
کارشناس نظارت و اعتباربخشی
کارشناس گردشگری سلامت
بازرس ویژه تعزیرات

نام و نام خانوادگی

سید پیام پایمرد

زیرمحور الف-۱: رهبری و مدیریت کیفیت

نقشهٔ کامل استانداردها و سنجه‌های این زیرمحور، به همراه سطح‌بندی هر سنجه.

7	34	12	19	3
استاندارد	سنجه	سطح یک	سطح دو	سطح سه

● سطح یک – انتظار پایه ● سطح دو – وضعیت اکثر بیمارستان‌ها ● سطح سه – فراتر از وضعیت فعلی

الف-۱-۱

رهبری و مدیریت کیفیت در بیمارستان مبتنی بر برنامه‌محوری می‌باشد

1. سیاست‌های اصلی تدوین شده و... 2. فرصت‌های بهبود و چالش‌ها...

الف-۱-۲

تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از مشخص‌بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایف خود اطمینان حاصل می‌نماید

1. نمودار سازمانی با روابط و... 2. مدیران / مسئولان بیمارستان از دانش...

الف-۱-۳

تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و به تحقق نتایج متوازن می‌انجامد

1. تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و... 2. فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت... 3. بیمارستان در زمینه هوشمندسازی و استفاده... 4. تصمیم‌ی مات و اقدامات ت...

الف-۱-۴

کمیته‌های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به‌صورت اثربخش فعالیت می‌نمایند

1. کمیته‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط... 2. اثربخشی مصوبات کمیته‌ها ارزیابی می... 3. عملکرد و تصمیمات تیم رهبری و... 4. بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و...

الف-۱-۵

عملکرد تیم رهبری و مدیریت بیانگر تعهد به اجرای برنامه‌های ارتقای مستمر کیفیت و ایمنی است

1. بیمارستان فرایند خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی را... 2. مسئولیت ایمنی بیمار در بیمارستان مشخص... 3. تیم رهبری و مدیریت با همراه... 4. وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات... 5. مدیریت پیشگیرانه‌ی خطر برای اجتناب... 6. محدوده‌ی زمانی ارائه‌ی خدمات... 7. استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح...

الف-۱-۶

بیمارستان از مدیریت منابع مالی با رویکرد اقتصاد درمان و با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات اطمینان حاصل می‌نماید

1. از ظرفیت تخت‌های بستری بخش... 2. از ظرفیت اتاق / اتاق‌های... 3. از ظرفیت گروه‌های پزشکی برای... 4. علل بروز بستری مجدد بیماران شناسایی... 5. علل و عوامل ترخیص با مسئولیت... 6. افزایش درآمد بیمارستان و جذب منابع... 7. ممیزی مالی صورتحساب بیماران بر اساس... 8. مدیریت هزینه‌های خدمات مشمول کلوپال... 9. مدیریت هزینه‌ها در سهم هزینه... 10. تامین و نگهداری کالا / ملزومات... 11. هیچ موردی از اختلال / تاخیر... 12. انتخاب و نظارت بر عملکرد پیمانکاران...

الف-۱-۷

بیمارستان در خصوص طبابت مبتنی بر شواهد و ارتقای سلامت برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید

1. بیمارستان در پیشگیری و کنترل بیماری... 2. در راستای طبابت مبتنی بر شواهد... 3. بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان...

سیاست های اصلی تدوین شده و برنامه استراتژیک، برنامه ها و اقدامات در بیمارستان در راستای آن می باشد.

- ❖ تعیین و مکتوب نمودن سیاست های اصلی بیمارستان
- ❖ استفاده از سیاست های اصلی به عنوان چارچوب در تدوین برنامه استراتژیک و اتخاذ تصمیمات و اقدامات بیمارستان
- ❖ تدوین برنامه استراتژیک بر مبنای یکی از الگوهای علمی با در نظر گرفتن تحلیل منابع بیمارستان (مالی، انسانی و...) و جاری سازی استراتژی ها در بیمارستان
- ❖ تدوین برنامه های عملیاتی بر مبنای اصول علمی، تحلیل منابع، در راستای برنامه استراتژیک و با مشارکت بخش ها / واحدهای مرتبط
- ❖ پایش برنامه استراتژیک و برنامه های عملیاتی با هدایت واحد بهبود کیفیت

• برنامه محوری زمانی احراز می شود که بتوان مسیر یک تصمیم یا اقدام بیمارستان را از سیاست اصلی و برنامه استراتژیک تا برنامه عملیاتی، اجرای واقعی، شاخص نتیجه و تصمیم اصلاحی ردیابی کرد.



نکات کلیدی:

- برنامه محوری یعنی تصمیم‌ها و اقدامات بیمارستان از یک منطق برنامه‌ریزی شده پیروی کنند، نه اینکه صرفاً پس از وقوع مشکلات، واکنشی و موردی عمل شود.
- در بیمارستان، سیاست‌های اصلی باید:
 - ✓ توسط تیم رهبری و مدیریت تعیین و تصویب شوند؛
 - ✓ با مأموریت، الزامات بالادستی، نیازهای جامعه و منابع سازمان هماهنگ باشند؛
 - ✓ مبنای برنامه استراتژیک قرار گیرند؛
 - ✓ به اهداف و برنامه‌های عملیاتی تبدیل شوند؛
 - ✓ و در تصمیم‌ها و اقدامات واقعی بیمارستان قابل ردیابی باشند.
- ✓ سیاست نمی‌گوید دقیقاً چه فعالیتی، توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شود؛ بلکه مشخص می‌کند تصمیم‌ها و فعالیت‌ها باید بر اساس چه اصول و جهت‌گیری‌هایی انتخاب و هدایت شوند.

برای مثال: بیمارستان در تصمیم‌های توسعه خدمات، ابتدا ایمنی بیمار، نیاز جامعه، توانمندی منابع و الزامات قانونی را در نظر می‌گیرد. این جمله یک سیاست است، زیرا چارچوب تصمیم‌گیری را تعیین می‌کند، اما هنوز فعالیت، مسئول و زمان‌بندی مشخصی ندارد.



خطاهای رایج ارزیابان

- احراز سنجه صرفاً با مشاهده برنامه استراتژیک وجود سند، تنها بخش کوچکی از سنجه است. باید ارتباط سند با برنامه‌ها و اقدامات بررسی شود.
- پذیرش هر سندی به عنوان برنامه استراتژیک سندی که فقط شامل فهرست اهداف کلی است، الزاماً برنامه استراتژیک علمی نیست.
- تمرکز بر شکل سند ممکن است سند از نظر ظاهری کامل باشد، اما: تحلیل واقعی نداشته باشد؛ اهداف غیرواقع‌بینانه باشند؛ شاخص‌ها قابل اندازه‌گیری نباشند؛ برنامه‌ها اجرا نشده باشند.
- خطای چهارم: یکی دانستن پیشرفت فیزیکی و دستیابی به هدف تکمیل فعالیت به معنای تحقق نتیجه نیست.
- خطای پنجم: قبول برنامه بدون بررسی منابع برنامه‌ای که منابع آن مشخص نیست، ممکن است قابلیت اجرا نداشته باشد.
- خطای ششم: پذیرش ابلاغ به عنوان جاری‌سازی ابلاغ سند، جاری‌سازی نیست. باید نقش واحدها، تخصیص منابع و ارتباط برنامه‌ها با اهداف بررسی شود.
- خطای هفتم: مطالبه شاخص‌های بدون ارتباط با هدف هر شاخص باید نشان دهد چه چیزی را اندازه می‌گیرد و چگونه به هدف مرتبط است.



فرصت‌های بهبود و چالش‌ها، شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه‌ی بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل می‌شود.

- ❖ شناسایی و مکتوب نمودن فرصت‌های بهبود و چالش‌ها با توجه به امکانات و توانمندی‌های بیمارستان
- ❖ جمع‌آوری، انتخاب و اجرای ایده‌های کاربردی برای فرصت‌های بهبود و چالش‌ها تحت نظارت تیم رهبری و مدیریت در قالب برنامه‌های عملیاتی / بهبود کیفیت
- ❖ سنجش اثربخشی برنامه‌های فوق در کمیته‌ی پایش و سنجش کیفیت و ارائه‌ی پیشنهادات و اقدامات اصلاحی با مشارکت صاحبان فرایند

«ما فرصت‌ها و چالش‌های خود را می‌شناسیم، آن‌ها را بر اساس شواهد و توانمندی‌ها اولویت‌بندی می‌کنیم، برای موارد مهم برنامه مشخص طراحی و اجرا می‌کنیم، نتیجه را با داده می‌سنجیم و اگر برنامه مؤثر نبود، آن را اصلاح می‌کنیم.»
بنابراین، وجود برنامه بهبود، پایان کار نیست؛ بلکه نقطه شروع ارزیابی اثربخشی است.



الف-۱-۲ / ۱ / ☒ ☒ ☒ ☐ ۱

نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس آن برقرار است.

- ❖ تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی
- ❖ تطبیق نمودار سازمانی با آخرین بازنگری مصوب شده و الزامات ابلاغی
- ❖ تطبیق نمودار سازمانی با عملکرد و روابط بین واحدها و اجرای آن

این سنجه از بیمارستان انتظار دارد که ساختار سازمانی آن:

- ☐ به صورت رسمی طراحی و تصویب شده باشد
- ☐ به واحدها، بخش‌ها، پست‌ها و سطوح مدیریتی اشاره کند
- ☐ روابط گزارش‌دهی و پاسخ‌گویی را مشخص نماید
- ☐ حدود مسئولیت‌ها و اختیارات را روشن کند
- ☐ با قوانین و ساختار سازمان بالادستی مغایرت نداشته باشد
- ☐ با عملکرد و روابط واقعی بین واحدها مطابقت داشته باشد
- ☐ در عمل مبنای ارتباطات و تصمیم‌گیری قرار گیرد



➤ نکته درباره کمیته‌ها

کمیته‌ها معمولاً با واحدهای اجرایی یکسان نیستند. برای مثال، کمیته کنترل عفونت یا کمیته دارو و درمان ممکن است نقش سیاست‌گذاری، مشاوره، هماهنگی و پایش داشته باشد، نه اینکه الزاماً در سلسله‌مراتب اجرایی زیرمجموعه یک مدیر عملیاتی باشد.

➤ توجه به قوانین و مقررات سازمان بالادستی

هنگام طراحی نمودار باید قوانین و مقررات سازمان‌های بالادستی رعایت شود و از ایجاد سمت‌های مغایر با قوانین جلوگیری گردد. نمونه مغایرت‌ها:

- ☐ ایجاد عنوان مدیریتی بدون مجوز
- ☐ تغییر جایگاه رسمی یک واحد بدون تصویب
- ☐ ایجاد پست موازی با پست مصوب
- ☐ حذف یا جابه‌جایی واحدی که جایگاه آن در ساختار بالادستی تعیین شده است
- ☐ استفاده از عنوانی که با تشکیلات مصوب مطابقت ندارد
- ☐ ایجاد معاونت یا مدیریت جدید بدون مجوز
- ☐ قرار دادن یک واحد در سطحی بالاتر یا پایین‌تر از جایگاه مصوب

نمودار سازمانی زمانی ارزشمند است که کارکنان بدانند در ساختار سازمانی چه جایگاهی دارند، به چه کسی گزارش می‌دهند، چه اختیاری دارند، در برابر چه کسی پاسخگو هستند و در روابط بین‌بخشی چه کسی مسئول نهایی تصمیم و نتیجه است.



مدیران / مسئولان بیمارستان از دانش، مهارت و تعهد لازم برای انجام مأموریت‌های محوله برخوردارند.

- ❖ آگاه بودن هر یک از مدیران / مسئولان از حیطه‌ی مسئولیت‌ها و شرح وظایف خود و عمل به آن
- ❖ نیازسنجی آموزشی برای تمام مسئولان / مدیران سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
- ❖ گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران / مسئولان
- ❖ استفاده از آموزه‌های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات، تصمیم‌گیری‌های سازمانی و انجام مأموریت‌ها توسط مدیران / مسئولان در رده‌های مختلف
- ❖ تعهد و پاسخگو بودن در برابر نتایج سازمانی و ذی‌نفعان کلیدی

این سنجه تأکید می‌کند که مدیران و مسئولان بیمارستان نباید صرفاً بر اساس عنوان سازمانی، سابقه کار یا حکم انتصاب، واجد صلاحیت تلقی شوند؛ بلکه باید برای انجام مأموریت‌های خود از سه مؤلفه برخوردار باشند:

دانش: دانستن مفاهیم، قوانین، استانداردها و اصول مرتبط با مسئولیت

مهارت: توانایی به‌کارگیری دانش در تحلیل، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، حل مسئله و مدیریت افراد و منابع

تعهد و پاسخ‌گویی: پایبندی به مأموریت سازمان و پذیرش مسئولیت نتایج تصمیم‌ها و عملکرد

بنابراین، سنجه فقط درباره «شرکت مدیران در دوره‌های آموزشی» نیست؛ بلکه درباره شایستگی واقعی مدیران و استفاده عملی از آموخته‌ها در اداره بیمارستان است.

آموزش اختصاصی نباید صرفاً بر اساس عنوان شغلی تعیین شود؛ بلکه باید با
مسئولیت واقعی، سطح اختیار، نوع خدمات و نیاز شناسایی‌شده ارتباط داشته باشد.



خطاهای رایج ارزیابان

- یکی دانستن سابقه کار با شایستگی مدیریتی
سابقه طولانی ممکن است ارزشمند باشد، اما جایگزین ارزیابی دانش، مهارت و تعهد نمی‌شود.
- یکی دانستن مدرک تحصیلی با صلاحیت مدیریتی
مدرک تحصیلی می‌تواند بخشی از شواهد باشد، اما توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و اداره فرایند باید در عمل نیز بررسی شود.
- پذیرش گواهی حضور به عنوان اثربخشی آموزش
گواهی حضور فقط نشان می‌دهد فرد در دوره شرکت کرده است؛ نه اینکه یاد گرفته یا آموخته‌ها را به کار برده است.
- بررسی آموزش بدون توجه به نیازسنجی
ممکن است دوره‌ای برگزار شده باشد، اما مشخص نباشد چرا این دوره برای این فرد لازم بوده است.
- تمرکز بر آموزش و نادیده گرفتن موانع سازمانی
اگر مدیر اختیار، منابع یا اطلاعات لازم را ندارد، ضعف نتیجه الزاماً ناشی از کمبود آموزش نیست.
- ارزیابی تعهد بر اساس برداشت شخصی
تعهد نباید با ظاهر فرد، میزان صحبت کردن یا رضایت مدیر بالادست سنجیده شود؛ بلکه باید بر اساس شواهد عملکرد، پیگیری، پاسخ‌گویی و تصمیم‌های واقعی بررسی شود.



الف-۱-۳ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و به تحقق نتایج متوازن می‌انجامد

الف-۱-۳-۱ / ☒ ☐ ☐ ۲

تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان‌دهنده‌ی استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.

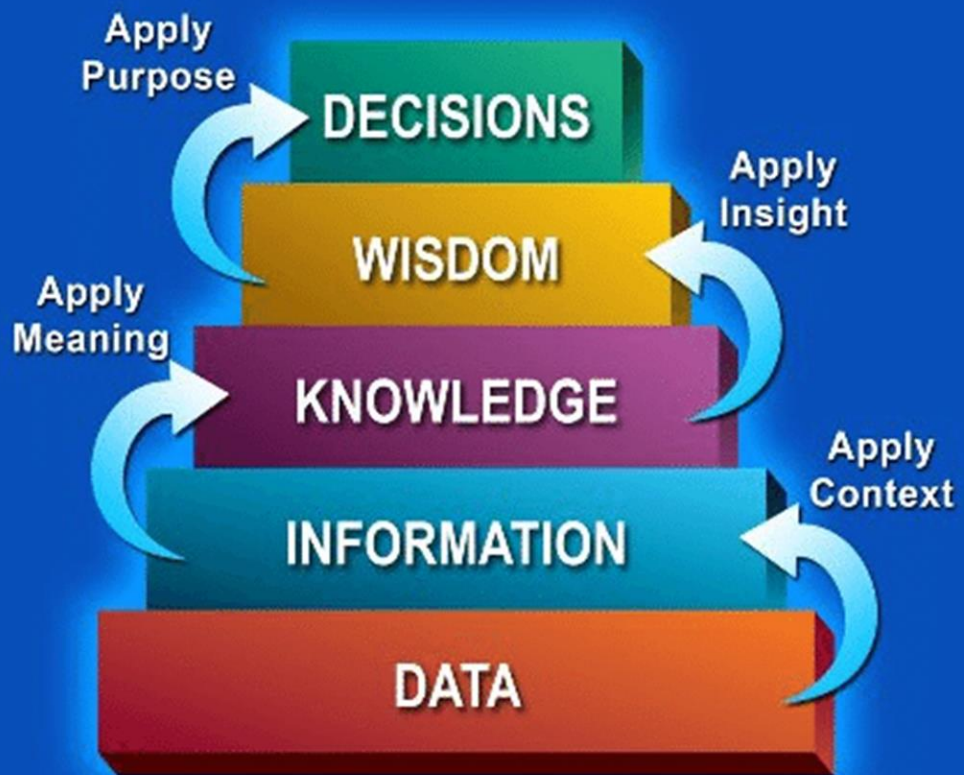
- ❖ دریافت اطلاعات از تمامی بخش‌ها/واحدها، تحلیل اطلاعات توسط کمیته پایش و سنجش کیفیت و ارائه‌ی نتایج به تیم رهبری و مدیریت
- ❖ تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تیم رهبری و مدیریت
- ❖ پایش اثربخشی تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت به‌منظور اطمینان از تحقق نتایج متوازن توسط واحد بهبود کیفیت
- ❖ تحلیل نتایج پایش‌های انجام شده در کمیته پایش و سنجش کیفیت و ارائه پیشنهادات اصلاحی

این سنجه از بیمارستان انتظار دارد که تصمیم‌ها و اقدامات تیم رهبری و مدیریت بر اساس:

- ☐ اطلاعات واقعی و معتبر
- ☐ داده‌های جمع‌آوری شده از واحدهای مختلف
- ☐ تحلیل و تفسیر اطلاعات
- ☐ مقایسه نتایج با اهداف از پیش تعیین شده
- ☐ شواهد حاصل از عملکرد سازمان
- ☐ و پیشنهادهای اصلاحی مبتنی بر تحلیل اتخاذ شود

بنابراین، تفاوت مهمی میان اطلاع داشتن از وضعیت بیمارستان و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد وجود دارد





صرف داشتن داده یا حتی گزارش اطلاعاتی، به معنی استفاده مدیریتی از اطلاعات نیست. ارزش واقعی زمانی ایجاد می‌شود که اطلاعات پردازش و تفسیر شده و در تصمیم‌گیری و اقدام مورد استفاده قرار گیرد.

- اطلاعات پردازش شده
- شواهد سیستمی
- دریافت اطلاعات از تمامی بخش‌ها و واحدها
- نقش کمیته پایش و سنجش کیفیت
- گزارش تحلیلی چه ویژگی‌هایی دارد؟
- مفهوم «نتایج متوازن»
- راه‌اندازی امکان گزارش‌سازی مدیریتی



فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت می‌شوند.

- ❖ شناسایی و مکتوب نمودن فرایندهای اصلی و مشخص کردن اجزا و تعامل فرایندها
- ❖ اجرایی نمودن فرایندهای مکتوب شده
- ❖ تعریف شاخص‌های متناسب برای اندازه‌گیری فرایندها و پایش آن‌ها
- ❖ تصمیم‌سازی و اجرای اقدامات/اصلاحات فرایندی مناسب بر اساس نتایج پایش

این سنجه در واقع می‌خواهد ببیند بیمارستان خودش را به صورت مجموعه‌ای از فرایندهای به هم پیوسته مدیریت می‌کند یا صرفاً به صورت مجموعه‌ای از بخش‌ها و واحدهای جداگانه.



- فرایندهای اصلی چه هستند؟

- نقشه فرایند بیمارستان

- مستندسازی فرایند (E2E)

- شاخص فرایند

- شناسنامه شاخص

- پایش باید به تصمیم منجر شود

این سنجه از بیمارستان می‌خواهد نشان دهد فرایندهای اصلی را به صورت یک سیستم به هم پیوسته، با شاخص، داده، تحلیل، تصمیم و بهبود مستمر مدیریت می‌کند.



بیمارستان در زمینه هوشمندسازی و استفاده از روش‌های نوین فناوری در مدیریت پیشگام می‌باشد.

- ❖ تحلیل و مکتوب‌سازی فرایندهای فعلی
- ❖ شناسایی فرایندها با نقاطی که امکان انتقال داده در آن‌ها به‌صورت هوشمند وجود دارد
- ❖ پیاده‌سازی زیرساخت‌های هوشمندسازی بر اساس فرایندهای منتخب و اجرای فرایندها در بستر آن
- ❖ آموزش کارکنان در خصوص فرایندهای هوشمندسازی شده
- ❖ پایش صحت کارکرد فرایندهای هوشمندسازی شده

هوشمندسازی = فناوری در خدمت فرایند و تصمیم

این سنجه می‌خواهد نشان دهد فناوری به‌صورت هدفمند، در فرایندهای واقعی بیمارستان وارد شده و باعث بهبود مدیریت، ایمنی، دسترسی به اطلاعات، تصمیم‌گیری و واکنش به شرایط مختلف شده است.



هوشمندسازی

زیرساخت اطلاعات
بیمارستانی یکپارچه

پشتیبانی تصمیمات بالینی

امنیت و محرمانگی اطلاعات

تبادل اطلاعات بین بیمارستان
و نظام سلامت

واکنش هوشمند به بحران

- تفاوت «هوشمندسازی»
با «دیجیتالی شدن»
یعنی بیمارستان بتواند از
اطلاعات برای انجام
خودکار، هشدار، تحلیل،
تصمیم‌سازی یا پیشگیری
از خطا استفاده کند.



تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، نشانگر تعهد اجرایی و نظارت بر حسن اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی با موازین شرع مقدس می باشد.

- ❖ برنامه ریزی و انجام اقدامات مناسب و فراهم کردن الزامات اجرای قانون توسط تیم رهبری و مدیریت
- ❖ آگاهی و انطباق عملکرد کلیه ی مسئولان و کارکنان نسبت به قانون فوق
- ❖ نظارت بر اجرای قوانین و انجام مداخلات و اقدامات اصلاحی مورد نیاز توسط تیم رهبری و مدیریت

**«بیمارستان از چه طریقی اطمینان پیدا می کند که الزامات قانون انطباق
در عمل رعایت می شوند؟»**

برنامه ریزی و فراهم کردن الزامات
آگاهی کارکنان
نظارت مدیریت



* الف-۱-۴-۱ / ☒ / ۲

کمیته‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط برگزار و منجر به تصمیم‌سازی‌های واضح و قابل اجرا برای حل مشکلات بیمارستان می‌شوند.

- ❖ برگزاری جلسات کمیته‌ها مطابق آیین‌نامه‌ی داخلی مصوب برابر دستورالعمل‌های ابلاغی و انطباق جلسات با تقویم پیش‌بینی شده
- ❖ مشارکت فعال اعضا در ارائه پیشنهادات و تصمیم‌سازی‌های واضح و کاربردی همسو با دستور کار جلسات با اولویت بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
- ❖ تدوین صورت‌جلسات کمیته‌ها با حداقل‌های موردانتظار

هدف واقعی سنجه، اثرگذاری کمیته به عنوان یک سازوکار تصمیم‌سازی و حل مسئله بیمارستان است؛ یعنی صرف تشکیل جلسه و داشتن صورت‌جلسه به تنهایی نباید احراز سنجه تلقی شود.



- اجزای آیین نامه داخلی
- تقویم جلسات
- مشارکت فعال اعضا
- صورت جلسه

آیا کمیته واقعاً تشکیل و طبق ضوابط اداره می شود؟
آیا کمیته «تصمیم سازی» می کند؟
آیا تصمیمات اجرا می شوند؟

آیا کمیته بر اساس اطلاعات و مشارکت اعضا، تصمیم های روشن و قابل پیگیری می گیرد و اجرای و نتیجه آنها را پایش می کند؟



اثربخشی مصوبات کمیته‌ها ارزیابی می‌شود و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

- ❖ اندازه‌گیری درصد اجرای مصوبات کمیته‌های بیمارستانی
- ❖ اندازه‌گیری شاخص اثربخشی مصوبات کمیته‌ها با تأکید بر ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار
- ❖ ارائه گزارش‌های دوره‌ای (حداکثر سه ماه یک‌بار) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته‌ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفیت
- ❖ تصمیم‌سازی و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی مبتنی بر شواهد توسط تیم رهبری و مدیریت با همکاری کمیته مرتبط

آیا آن تصمیم‌ها اجرا شده‌اند و واقعاً اثربخش بوده‌اند یا خیر



- درصد اجرای مصوبات با شاخص اثربخشی مصوبات یک چیز نیست:
اثربخشی باید به هدف مصوبه متصل باشد.
- شاخص‌های عملکردی مرتبط با وظایف هر کمیته و اهداف مطلوب تعیین شوند
- مبتنی بر شواهد
- گزارش سه‌ماهه دفتر بهبود کیفیت



عملکرد و تصمیمات تیم رهبری و مدیریت در راستای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران است.

- ❖ تصمیم‌گیری بر اساس نتایج پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی در سطح بیمارستان
- ❖ تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های عملکردی کلیدی تحلیل شده مرتبط با اهداف استراتژیک، کیفیت و ایمنی
- ❖ تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های مرتبط با فرایندهای اصلی بیمارستان
- ❖ تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های مرتبط با بهینگی
- ❖ تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های مرتبط با اجرای منشور حقوق بیمار و اخلاق حرفه‌ای کارکنان
- ❖ بررسی گزارش‌های سایر کمیته‌ها (کمیته پیشگیری و کنترل عفونت، دارو و درمان، مرگ‌ومیر و...) و حصول اطمینان از اجرای مصوبات آن‌ها

DATA



INFORMATION



ANALYSIS / KNOWLEDGE



DECISION



ACTION



RESULT & FEEDBACK



بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی پایش و سنجش کیفیت اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ پایش و تحلیل شاخص‌های کلیدی کیفیت و ایمنی در حوزه‌های بالینی و غیربالینی و استفاده از نتایج آن در شناسایی مشکلات و فرصت‌های بهبود
- ❖ پایش و ارزیابی فرایندهای اصلی بیمارستان و میزان انطباق آن‌ها با استانداردها، دستورالعمل‌ها و الزامات مرتبط
- ❖ پایش میزان تحقق اهداف و نتایج برنامه‌های عملیاتی و برنامه‌های بهبود کیفیت و ارائه نتایج و تحلیل‌های مرتبط به تیم رهبری و مدیریت
- ❖ ارائه گزارش‌های تحلیلی، یافته‌های پایش، روند شاخص‌ها، مشکلات و ریسک‌های شناسایی شده و پیشنهادهای بهبود به تیم رهبری و مدیریت برای پشتیبانی از تصمیم‌گیری‌های کلان و اجرایی بیمارستان
- ❖ تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد کمیته‌های بیمارستانی به منظور سنجش اثربخشی و انجام اقدامات اصلاحی / بهبود
- ❖ راستی‌آزمایی اثربخشی اقدامات اصلاحی / بهبود بر اساس شواهد و شاخص‌های مرتبط و ارائه نتایج به تیم رهبری و مدیریت برای تصمیم‌گیری در خصوص تداوم، اصلاح یا تعریف اقدامات جدید

«چه چیزی از داده‌ها یاد گرفته‌ایم، چه اقدامی انجام شده و از کجا می‌دانیم آن اقدام مؤثر بوده است»



الف-۱-۵ / ☒ ☐ ☐ / ۱.۵

بیمارستان فرایند خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی را با رویکرد بهبود مستمر کیفیت اجرا می‌نماید.

- ❖ تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی
- ❖ انجام خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی در سطح بخش‌ها/واحدها
- ❖ ثبت نمرات ارزیابی اعتباربخشی در سامانه جامع ارزیابی اعتباربخشی در مهلت مقرر
- ❖ بررسی نتایج خودارزیابی بخش‌ها توسط مسئول بهبود کیفیت و ارائه پیشنهادات اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت
- ❖ شناسایی موارد عدم انطباق و اجرای اقدامات اصلاحی درون‌بخشی در راستای استقرار کامل استانداردهای مرتبط
- ❖ ارائه گزارش تحلیلی جامع از نتایج خودارزیابی و برنامه‌ریزی اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود کیفیت



- انتخاب تیم ارزیابی داخلی توسط رئیس/مدیرعامل
- ثبت نمرات در سامانه
- بررسی نتایج خودارزیابی توسط مسئول بهبود کیفیت
- گزارش تحلیلی جامع
- تامین منابع مورد نیاز

خودارزیابی معتبر زمانی اتفاق افتاده است که نتیجه آن فقط یک نمره نباشد، بلکه به شناسایی شکاف‌های واقعی، اقدام اصلاحی، تخصیص منابع، پایش اثربخشی و بهبود وضعیت در ارزیابی بعدی منجر شده باشد.



مسئولیت ایمنی بیمار در بیمارستان مشخص است و کلیه برنامه‌ها و اقدامات این حوزه تحت نظارت دقیق تیم رهبری و مدیریت می‌باشد.

- ❖ ایفای مسئولیت‌های محوله توسط مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ‌کننده‌ی ایمنی بیمار، مطابق شرح وظایف مصوب و روابط سازمانی
- ❖ نظارت بر موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارائه‌ی گزارش‌های نظارتی به مراجع ذی‌ربط توسط مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ‌کننده‌ی ایمنی بیمار
- ❖ مشارکت مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ‌کننده‌ی ایمنی بیمار در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های ایمنی و پیش‌بینی اقدامات اصلاحی موردنیاز
- ❖ نظارت مستمر تیم رهبری و مدیریت بر عملکرد مسئولان ایمنی بیمار و تصمیم‌گیری در خصوص اقدامات اصلاحی موردنیاز

**مسئولیت، اختیار، ارتباط سازمانی، گزارش‌دهی،
پایش و نظارت مدیریتی بر ایمنی بیمار واقعاً برقرار باشد.**



- مسئول فنی بعنوان مسئول ایمنی بیماران-مراجعین-کارکنان و بیمارستان
- ابلاغ و ساختار سازمانی
- شواهد عملکردی کارشناس هماهنگ کننده
- مشارکت در تدوین و پایش برنامه ایمنی
- نظارت تیم رهبری
- حضور مسئول ایمنی در کمیته‌ها

آیا مسئولیت ایمنی بیمار مشخص است و آیا این مسئولیت از طریق یک ساختار واقعی گزارش‌دهی، پایش، تحلیل، تصمیم‌گیری مدیریتی و اقدام اصلاحی به بهبود ایمنی منجر می‌شود؟



تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدیریتی ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌نماید.

- ❖ تدوین برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی با مشارکت تیم رهبری و مدیریت و رعایت الزامات مندرج در دستورالعمل ابلاغی
- ❖ پوشش تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی
- ❖ ثبت و مستندسازی مشاهدات، موضوعات مطرح‌شده و راهکارهای پیشنهادی در صورت جلسه هر یک از بازدیدهای مدیریتی ایمنی
- ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود مبتنی بر نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی
- ❖ ارائه بازخورد نتایج بازدیدها و اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد/افراد پیشنهاددهنده

هدف اصلی این بازدید این است که تیم رهبری مستقیماً به محل ارائه خدمت برود، با کارکنان درباره مخاطرات ایمنی صحبت کند، خطرهای پنهان و سیستماتیک را شناسایی کند و یافته‌ها را به تصمیم و اقدام اصلاحی تبدیل کند.



- ماهیت بازدید مدیریتی ایمنی
- حضور تیم رهبری
- برنامه سالانه
- پوشش تمام بخش‌ها و واحدها
- عدم تبدیل به جلسه عمومی مدیریت
- اتصال اقدام اصلاحی به یافته بازدید
- بازخورد گروهی و فردی
- سنجش اثربخشی بازدید ها
- درس آموخته ها

بازدید مدیریتی ایمنی یک چرخه مدیریتی برای کشف خطر، شنیدن صدای کارکنان، اقدام و یادگیری از نتایج است.



وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت‌های سلامت مطابق ضوابط مربوطه مدیریت می‌شوند.

- ❖ گزارش حوادث ناخواسته‌ی درمان و انجام اقدامات لازم بر اساس شیوه‌نامه‌ی ابلاغی وزارت بهداشت
- ❖ شناسایی، بررسی و تحلیل علل ریشه‌ای منجر به وقایع ناخواسته‌ی ایمنی بیمار اعم از وقایع ناگوار^۱، موارد بدون آسیب^۲، موارد نزدیک به وقوع^۳
- ❖ طراحی و اجرای برنامه‌ها/مداخلات اصلاحی به‌منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ناخواسته
- ❖ به‌اشتراک‌گذاری درس‌های آموخته شده با سایر کارکنان و بخش‌های مرتبط

**از کشف و گزارش تا تحلیل ریشه‌ای، اقدام اصلاحی، یادگیری سازمانی و
پیشگیری از تکرار**



- چه وقایعی باید شناسایی و گزارش شوند
- شناسایی از چند مسیر
- تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ناخواسته منجر به وقایع ناگوار، موارد بدون آسیب و موارد نزدیک به وقوع
- اقدام اصلاحی موردی/سیستماتیک از دل RCA
- Trigger Tool
- سیستم یادگیرنده
- محرمانگی گزارش‌دهندگان
- Just Culture

«یادگیری سازمانی و پیشگیری از تکرار»



مدیریت پیشگیرانه‌ی خطر برای اجتناب از وقایع تهدیدکننده‌ی ایمنی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- ❖ وجود برنامه‌ی مدیریت پیشگیرانه‌ی خطر در حوزه ایمنی بیمار، ایمنی کارکنان، ایمنی سازمان و جامعه
- ❖ تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «مدیریت پیش‌گیرانه‌ی خطر^۱ برای اجتناب از وقایع تهدیدکننده ایمنی» با حداقل‌های موردانتظار
- ❖ اجرای برنامه‌های مدون مدیریت پیشگیرانه‌ی خطر با محوریت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ پایش برنامه‌های اجرا شده و در صورت نیاز طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی با مشارکت کمیته‌های مرتبط

**بیمارستان نباید فقط بعد از وقوع حادثه واکنش نشان دهد؛
باید قبل از وقوع آسیب، خطرهای شناسایی، ارزیابی و کنترل کند.**



ایمنی بیمار
ایمنی کارکنان
ایمنی سازمان و جامعه

سه حوزه مدیریت جامع خطر

خطمشی و روش اجرایی

برنامه جامع

نقش تیم رهبری

پایش برنامه‌ها

کمیته‌ها

- چه خطایی ممکن است رخ دهد؟
- احتمال وقوع این خطا و آثار و پیامدهای آن کدامست؟
- احتمال شناسایی و کشف این خطا پیش از وقوع چقدر است؟

بیمارستان باید قبل از اینکه خطر به حادثه تبدیل شود، آن را شناسایی، ارزیابی، اولویت‌بندی و کنترل کند و بعد هم بررسی کند که کنترل انجام‌شده واقعاً ریسک را کاهش داده است.



محدوده‌ی زمانی ارائه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی با تأکید بر ایمنی بیمار و بهبود کیفیت خدمات تعیین و رعایت می‌گردد.

- ❖ تعیین و پایش زمان استاندارد ارائه خدمات تشخیصی و درمانی
- ❖ تبیین شیوه‌ی مدون و نظارت بر روند اجرای زمان‌بندی‌های تعیین شده
- ❖ ارائه گزارش تحلیلی هر سه ماه یک‌بار به تیم رهبری و مدیریت
- ❖ طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه‌های بهبود کیفیت مناسب
- ❖ پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی / برنامه‌های بهبود کیفیت

WHO در تعریف فعلی خود، کیفیت خدمات سلامت را دارای ۷ بُعد می‌داند:

1. Effective — اثربخش
2. Safe — ایمن
3. People-centred — مردم/بیمارمحور
4. Timely — به‌موقع
5. Equitable — عادلانه
6. Integrated — یکپارچه
7. Efficient — کارآمد

هدف مدیریت زمان، حداکثر کردن سرعت نیست؛
ارائه خدمت در زمان مناسب، بدون ایجاد تأخیر زیان‌بار و
بدون قربانی کردن ایمنی و اثربخشی است.

WHO برای بُعد **Timely** صراحتاً می‌گوید:

Timely – reducing waiting times and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.

یعنی:

به‌موقع بودن: کاهش زمان‌های انتظار و گاهی تأخیرهای زیان‌بار، هم برای دریافت‌کنندگان و هم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت .



استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

- ❖ آگاهی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار و تعهد به اجرای آن در سطوح مختلف
- ❖ آگاهی کارکنان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار و تعهد به اجرای آن
- ❖ ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با ابزار معتبر در زمان‌بندی‌های معین مطابق دستورالعمل ابلاغی
- ❖ بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی در صورت لزوم
- ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی طراحی شده در زمینه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار
- ❖ وجود شواهدی مبنی بر تطبیق عملکرد بیمارستان با مصادیق ایمنی بیمار

آیا ایمنی بیمار به یک ارزش و الگوی رفتاری پایدار در سازمان تبدیل شده است، به‌گونه‌ای که کارکنان بتوانند خطرها و خطاها را گزارش کنند، سازمان از آنها یاد بگیرد و مدیریت بر اساس داده‌ها عملکرد خود را اصلاح کند؟



* الف-۱-۶ / ☒ ☐ ☐ / ۱.۵

از ظرفیت تخت های بستری بخش های عادی و ویژه، با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات به صورت بهینه استفاده می شود.

- ❖ تعیین دامنه ی بهینگی ظرفیت تخت های بستری (به تفکیک بخش) و تعریف شاخص های مورد نظر با محوریت مدیریت مالی
- ❖ اندازه گیری، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها، شناسایی و کنترل عوامل تاثیرگذار و مخدوش کننده ی بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ طرح ریزی و اجرای اقدامات/برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/برنامه های بهبود
- ❖ پایش اثربخشی اقدامات/برنامه های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت

هدف، پاسخ به این سؤال است:

آیا بیمارستان ظرفیت تختی که در اختیار دارد را به شکلی استفاده می کند که هم از نظر عملیاتی/اقتصادی مناسب باشد و هم باعث افت کیفیت و ایمنی نشود؟



- تعیین دامنه بهینگی
- محوریت مدیریت مالی
- استفاده از شاخص های تعادلی جهت حفظ کیفیت و ایمنی
- عوامل مخدوش کننده
- نقش تیم رهبری و مدیریت

این سنجه درباره حداکثر کردن استفاده از تخت نیست؛ درباره ایجاد و مدیریت یک سطح بهینه از بهره برداری از ظرفیت تخت، متناسب با تقاضا و با لحاظ همزمان ملاحظات عملیاتی، اقتصادی، کیفیت و ایمنی است.



از ظرفیت اتاق/اتاق‌های عمل، با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات به صورت بهینه استفاده می شود.

- ❖ تعیین دامنه‌ی بهینگی استفاده از ظرفیت اتاق‌های عمل و تعریف شاخص‌های مورد نظر با محوریت مدیریت مالی
- ❖ اندازه‌گیری، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها، شناسایی و کنترل عوامل تاثیرگذار و مخدوش‌کننده‌ی بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ طرح‌ریزی و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ پایش اثربخشی اقدامات/برنامه‌های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت

از ظرفیت قابل استفاده اتاق عمل، در یک دامنه بهینه و با حفظ ظرفیت لازم برای موارد اورژانسی، کیفیت و ایمنی، استفاده شود.



• FTE

• شاخص های تعادلی

لغو عمل

زمان انتظار بیمار برای جراحی



از ظرفیت گروه‌های پزشکی برای توسعه‌ی خدمات، با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت به صورت بهینه استفاده می شود.

- ❖ تعیین دامنه‌ی بهینگی و شاخص‌های مورد نظر بهینگی برای مشارکت گروه‌های پزشکی
- ❖ اندازه‌گیری، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها، شناسایی و کنترل عوامل تاثیرگذار و مخدوش‌کننده‌ی بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ طرح‌ریزی و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ پایش اثربخشی اقدامات/برنامه‌های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت

در خصوص بهینگی استفاده از ظرفیت گروه‌های پزشکی علاوه بر مشارکت در توسعه‌ی خدمات سرپایی مواردی مانند اورژانس، خدمات تشخیصی و بخش‌های بستری و سایر مشارکت‌های گروه پزشکی مطرح است که در صورت تعیین معادل تمام‌وقت برای هر یک از واحدهای پیش‌گفت، تصمیم‌گیری مسئولان ارشد بیمارستان را برای برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات مناسب تسهیل می‌سازد.

بیمارستان باید بداند از ظرفیت موجود گروه‌های پزشکی چه میزان و چگونه استفاده می‌کند، چه ظرفیتی برای توسعه خدمات دارد، عوامل محدودکننده چیست و آیا اقدامات انجام‌شده واقعاً باعث بهبود استفاده از این ظرفیت شده‌اند؛ بدون اینکه ایمنی و کیفیت آسیب ببینند.



- ظرفیت گروه پزشکی
- تعیین دامنه بهینگی
- عوامل تأثیرگذار و «مخدوش کننده»
- توسعه خدمات

Capacity → Utilization → Outcome

ظرفیت موجود ← ظرفیت قابل استفاده ← میزان استفاده ← عوامل مؤثر / مخدوش کننده ← اقدام بهبود ← پیامد ← اثربخشی



علل بروز بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود موثر برنامه ریزی و اجرا می شود.

- ❖ شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه ریزی قبلی
- ❖ پایش روند شاخص بستری مجدد بیمارستان
- ❖ بررسی تحلیلی علل بستری مجدد به تفکیک عناوین مختلف
- ❖ طرح ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه های بهبود بر اساس نتایج بررسی ها با محوریت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی / برنامه های بهبود

هدف، شناسایی بستری های مجدد قابل پیشگیری و اصلاح علل آنهاست.



- بستری مجدد یعنی: بستری ناخواسته و بدون برنامه‌ریزی قبلی، در فاصله حداکثر ۳۰ روز از ترخیص قبلی.
- تحلیل بیمارستان: چرا بیمار دوباره بستری شده؟ آیا این بستری مجدد قابل پیشگیری بوده؟
- تشکیل تیم چند تخصصی
- ترخیص ایمن
- نقش مددکار اجتماعی
- مخرج شاخص

«این سنجه ارزیابی می‌کند که آیا بیمارستان از بستری‌های مجدد به‌عنوان یک منبع اطلاعاتی برای شناسایی شکاف‌های قابل اصلاح در مراقبت، ترخیص و تداوم مراقبت استفاده می‌کند و بر اساس آن اقدام مؤثر انجام می‌دهد یا خیر.»



علل و عوامل ترخیص با مسئولیت شخصی شناسایی و اقدامات اصلاحی/برنامه‌ی بهبود مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- ❖ شناسایی و ثبت موارد ترخیص با مسئولیت شخصی به تفکیک بخش‌های بیمارستان
- ❖ پایش روند شاخص ترخیص با مسئولیت شخصی
- ❖ تحلیل عوامل مؤثر بر ترخیص با مسئولیت شخصی
- ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود مبتنی بر نتایج تحلیل علل، با محوریت تیم رهبری و مدیریت
- ❖ پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود اجرا شده

بیمارستان از موارد ترخیص با مسئولیت شخصی چه چیزی یاد گرفته و بر اساس آن چه تغییری در فرایندهای خود ایجاد کرده است



- تفکیک بر اساس بخش
- پایش روند
- تحلیل عوامل مؤثر
- اقدام اصلاحی بر اساس تحلیل علت ها

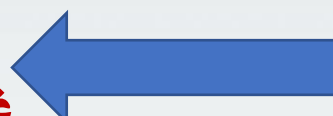
چرا بیماران بیمارستان را برخلاف توصیه پزشکی ترک می کنند و آیا بیمارستان بر اساس علت های قابل اصلاح، تغییر مؤثری در سیستم ایجاد می کند یا خیر.



افزایش درآمد بیمارستان و جذب منابع مالی / سرمایه‌ای در چارچوب ضوابط، با تاکید بر ایمنی بیمار و کیفیت خدمات برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.

- ❖ شناسایی کانون‌های درآمدی و جذب منابع مالی و سرمایه‌ای بیمارستان و برآورد ظرفیت درآمدزایی و جذب منابع در هر یک از کانون‌ها
- ❖ تحلیل عوامل مؤثر بر افزایش یا کاهش درآمد و جذب منابع مالی و سرمایه‌ای در کانون‌های شناسایی شده
- ❖ برنامه‌ریزی، اجرای و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود مبتنی بر نتایج تحلیل‌ها
- ❖ جذب و هزینه‌کرد منابع حاصل از مشارکت‌های مردمی و مؤسسات خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط و مقررات مربوطه

افزایش درآمد نباید از مسیر کاهش مراقبت ضروری، پذیرش نامتناسب، ترخیص زودهنگام، افزایش غیر ضروری خدمات یا حذف هزینه‌های حیاتی ایمنی بیمار انجام شود.



- ۱. شناسایی و توسعه منابع درآمدی**
- ۲. مدیریت صحیح منابع مالی و سرمایه‌ای**
- ۳. عدم آسیب به کیفیت و ایمنی بیمار**



- شناسایی کانون‌های درآمدی (عملیاتی-غیر عملیاتی)
- ظرفیت درآمدزایی هر کانون (سری زمانی، مطالعه فرایند و...)
- تحلیل عوامل افزایش یا کاهش درآمد
- تفاوت «درآمد» با «وصول»
- پذیرش بیمار نباید تابع درآمد باشد
- محدودیت افزایش حجم خدمت
- گزارش تفسیری و تحلیلی مالی
- منابع خیریه و مردمی

مدیریت علمی ظرفیت‌ها و منابع مالی برای پایداری و توسعه خدمات است، به گونه‌ای که درآمدزایی، صرفه‌جویی یا جذب منابع به کیفیت و ایمنی بیمار آسیب نزنند.



ممیزی مالی صورتحساب بیماران بر اساس رویه‌ای مشخص انجام می‌گیرد.

- ❖ محاسبه دقیق خدمات تشخیصی، درمانی و رفاهی ارائه شده به بیماران و صدور صورتحساب
- ❖ تعیین دقیق میزان پرداخت از جیب بیماران دارای بیمه پایه و بیمه تکمیلی
- ❖ محاسبه و پایش کسورات بیمه‌ای پرونده‌های بیماران به صورت فصلی
- ❖ تدوین برنامه‌های مدون برای کاهش پرداخت از جیب بیماران و کاهش کسورات بیمه‌ای
- ❖ اجرای برنامه‌های تدوین شده، ارزیابی اثربخشی آن‌ها و انجام اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های بهبود در صورت نیاز

آیا بیمارستان سازوکاری دارد که مطمئن شود صورتحساب کامل، صحیح، قابل ردیابی و منطبق با خدمات واقعی و ضوابط بیمه‌ای است؟



حمایت از حقوق بیمار
جلوگیری از دریافت نادرست از بیمار
جلوگیری از کاهش درآمد قانونی بیمارستان
شفافیت در رابطه با بیمه‌ها
شناسایی ضعف‌های فرایندی

• ممیزی مالی صورتحساب

- ☐ محاسبه دقیق خدمات و صدور صورتحساب
- ☐ تطبیق با مستندات
- ☐ ممیزی بر اساس رویه‌ای مشخص
- ☐ تعیین دقیق پرداخت از جیب بیمار
- ☐ محاسبه و پایش کسورات بیمه‌ای به صورت فصلی
- ☐ برنامه کاهش پرداخت از جیب و کسورات
- ☐ ارزیابی اثربخشی برنامه‌ها



مدیریت هزینه‌های خدمات مشمول گلوبال، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت می‌پذیرد.

- ❖ تهیه گزارش تحلیلی هزینه تمام‌شده هر یک از خدمات گلوبال ارائه‌شده در بیمارستان
- ❖ تعیین حداقل، حداکثر و میانگین مصرف ملزومات هر یک از خدمات گلوبال، مانند مواد مصرفی، دارو و زمان ارائه خدمت
- ❖ تحلیل هزینه تمام‌شده خدمات گلوبال به تفکیک پزشکان، تعیین میزان انحراف از مقادیر پایه و بررسی تأثیر آن بر کیفیت خدمات
- ❖ تدوین و اجرای برنامه‌های انطباق میانگین هزینه تمام‌شده خدمات گلوبال در بیمارستان با تعرفه‌های ابلاغی، با تأکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات

ارائه خدمت گلوبال با هزینه قابل‌مدیریت، در چارچوب تعرفه و ضوابط، همراه با حفظ کیفیت و ایمنی است.

«هزینه هر خدمت، اجزای تشکیل‌دهنده آن، عوامل اختلاف بین پزشکان یا واحدها و پیامدهای اقدامات اصلاحی را می‌شناسیم.»



هدف

- شناخت هزینه تمام شده خدمات گلوبال
- شناخت الگوی مصرف منابع در هر خدمت
- شناسایی انحرافات و عوامل ایجادکننده هزینه
- اصلاح فرایندهای پرهزینه بدون آسیب به کیفیت و ایمنی

1. تهیه گزارش تحلیلی هزینه تمام شده (گزارش تحلیلی)
2. تعیین حداقل، حداکثر و میانگین مصرف اجزای خدمت
3. تفکیک هزینه به ازای پزشکان
4. بررسی تأثیر هزینه بر کیفیت خدمات
5. برنامه انطباق

هزینه کمتر زمانی موفقیت است که با حفظ کیفیت، ایمنی و کفایت مراقبت به دست آمده باشد؛ نه اینکه هزینه از بیمارستان حذف و به بیمار یا نظام سلامت منتقل شده باشد.



مدیریت هزینه‌ها در سهم هزینه‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری در چارچوب ضوابط مربوط و با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات صورت می‌پذیرد.

- ❖ تهیه‌ی گزارش تحلیلی از هزینه‌ی تمام شده‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک به تفکیک بخش‌های بستری
- ❖ طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود برای انطباق هزینه‌ها و درآمدهای خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک
- ❖ پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت

مدیریت سهم هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک، همراه با حفظ کیفیت و ایمنی

- الف) آیا هزینه واقعی این اقلام و خدمات با سهم/درآمد پیش‌بینی شده تناسب دارد؟
 ب) آیا برای کنترل هزینه، کیفیت و ایمنی بیمار قربانی نمی‌شود؟





الف) مشمول ۶ درصد خدمات پرستاری (مشمول هتلینگ)

ردیف	عنوان
۱	انواع سرنگ (در بخش بستری)
۲	انواع سرسوزن (در بخش بستری)
۳	انواع گاز ساده و خط دار استریل و غیر استریل (در بخش بستری)
۴	انواع گازطبی ۲۰.... (در بخش بستری)
۵	باند ساده (در بخش بستری)
۶	پنبه (در بخش بستری)
۷	انواع چسب (در بخش بستری)
۸	ملحفه یکبار مصرف و پارچه ای
۹	دستکش لاتکس- وینیل - کم پودر (در بخش بستر)
۱۰	پلاستیک سفره ای (روکش پلاستیکی تخت)
۱۱	دروشیت
۱۲	شیلد چشمی
۱۳	سرجی فیکس
۱۴	دستکش نایلونی
۱۵	آستین
۱۶	نخ وزنه
۱۷	روتختی (کاور تخت) یکبار مصرف و پارچه ای
۱۸	مچ بند شناسایی (نوزاد و بزرگسال)
۱۹	انواع محلول ضد عفونی شامل: الکل، انواع بتادین، دکوسیت، ساوین، آب اکسیژنه
۲۰	رکاب
۲۱	اریگیتور (وسیله شستشوی زخم)
۲۲	روبالشتی پارچه ای و یکبارمصرف
۲۳	چست لید (ICU و CCU)

ب) مشمول جزء فنی اتاق عمل

ردیف	عنوان
۱	آستین
۲	پیش بند
۳	شان پارچه ای و یکبار مصرف (استریل و غیر استریل)
۴	گان بیمار
۵	کلاه بیمار
۶	کلاه، ماسک، گان جراحی
۷	استریل درپ جراحی
۸	کاور کفش (پایوش)
۹	لوله های خرطوم و رابط خرطومی دستگاه بیهوشی (دستگاه ونتیلاتور) (در اتاق عمل)
۱۰	کاور شیلد اسکوپ
۱۱	کاور میکروسکوپ
۱۲	کاور دوربین
۱۳	لوله ها و رابط های دستگاه ساکشن (در اتاق عمل)
۱۴	مارکر جراحی
۱۵	پگ اعمال جراحی
۱۶	عینک محافظ
۱۷	قلم کوتر
۱۸	پلیت کوتر
۱۹	انواع ستهای جراحی: ست ارتوپدی، ست جنرال، ست پرپ ست، لامینکتومی و
۲۰	متعلقات دستگاه TUR شامل: پروپ و لوپ TUR و ..
۲۱	گاید لوله تراشه
۲۲	گاید دهانی
۲۳	گازهای طبی (O ₂ , N ₂ O, ...)
۲۴	تیپیس و نچوری
۲۵	رابط پلیت کوتر
۲۶	دستگاه مانتور با متعلقات (بجز chest lead)
۲۷	دستگاه پالس اکسیمتری با متعلقات
۲۸	دستگاه استرایکر
۲۹	دستگاه اشعه (تلویزیون)
۳۰	چراغ اشعه ماوراء بنفش
۳۱	انواع محلولهای شوینده و استریل کننده مانند (آب اکسیژنه، الکل، بتادین، ساوین و ...)

ج) در تعرفه ی سر جمع خدمت لحاظ شده است

ردیف	عنوان
۱	کاغذ انواع دستگاهها از قبیل: EEG و سونوگرافی و EKG و ... (در سر جمع خدمات لحاظ شده)
۲	انواع ژل (در سر جمع خدمات مربوطه لحاظ شده)
۳	لانست (در سر جمع خدمات نمونه برداری آزمایشگاهی لحاظ شده)
۴	ظرف بیوپسی (در سر جمع خدمات نمونه برداری آزمایشگاهی لحاظ شده)
۵	لوله آزمایش (در سر جمع خدمات نمونه برداری آزمایشگاهی لحاظ شده)
۶	لام آزمایش (در سر جمع خدمات نمونه برداری آزمایشگاهی لحاظ شده)
۷	کاست بلاد گاز
۸	پوشه دکمه دار برای گرافی ها و جواب آزمایشات

د) جزء اقلام کیف بهداشتی

ردیف	عنوان
۱	انواع لباس بیمار
۲	لبوان یکبار مصرف
۳	انواع درجه حرارت

د) جزء اقلام ضروری بیمارستان

ردیف	عنوان
۱	آموبگ
۲	تیغه لارنگوسکوپ یکبارمصرف
۳	پروپ پالس اکسی متر (اطفال و بزرگسال)
۴	آتل ارتوپدی فلزی و چوبی
۵	رسیور یکبارمصرف
۶	ظرف جمع آوری ادرار و مدفوع یکبار مصرف
۷	مژ داروی بیمار



شماره ثبت: ۱۴۰۴۱۲۷۷
تاریخ: ۱۳۹۲/۰۴/۲۸
شماره پروانه: ۶۵۴۸۴-هـ

پ - هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان های بخش دولتی در سال ۱۴۰۵، به شرح جدول زیر است:

ردیف	نوع تخت	یک	دو	سه	چهار
۱	اتاق یک تختی	۳۴,۴۰۰,۰۰۰	۲۷,۵۲۰,۰۰۰	۲۰,۶۶۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰
۲	اتاق دو تختی	۲۵,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۶۴۰,۰۰۰	۱۵,۴۸۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰
۳	اتاق سه تختی و بیشتر	۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰
۴	هزینه همراه	۳,۸۷۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰	۲,۳۲۰,۰۰۰	۱,۵۵۰,۰۰۰
۵	بخش نوزادان سالم	۸,۶۲۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰	۵,۱۶۰,۰۰۰	۳,۴۴۰,۰۰۰
۶	بخش نوزادان بیمار سطح دوم	۱۷,۲۰۰,۰۰۰	۱۳,۷۶۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰	۶,۸۸۰,۰۰۰
۷	بخش بیماران روانی (حاد و مزمن)	۲۵,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۶۴۰,۰۰۰	۱۵,۴۸۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰
۸	بخش بیماران سوختگی	۶۰,۷۲۰,۰۰۰	۴۸,۵۷۰,۰۰۰	۳۶,۴۴۰,۰۰۰	۲۴,۳۲۰,۰۰۰
۹	بخش مراقبت های بینابینی (Intermediate ICU) مانند بخش سکنه حاد مغزی (SCU)	۳۹,۹۰۰,۰۰۰	۳۱,۹۴۰,۰۰۰	۲۳,۹۴۰,۰۰۰	۱۵,۹۶۰,۰۰۰
۱۰	بخش مراقبت های ویژه قلبی (CCU)	۳۹,۹۰۰,۰۰۰	۳۱,۹۴۰,۰۰۰	۲۳,۹۴۰,۰۰۰	۱۵,۹۶۰,۰۰۰
۱۱	بخش پشتیبان مراقبت های ویژه قلبی	۳۱,۳۰۰,۰۰۰	۲۵,۰۴۰,۰۰۰	۱۸,۷۸۰,۰۰۰	۱۲,۵۲۰,۰۰۰
۱۲	بخش های مراقبت های ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه	۷۹,۸۳۰,۰۰۰	۶۳,۸۶۰,۰۰۰	۴۷,۹۰۰,۰۰۰	۳۱,۹۴۰,۰۰۰
۱۳	بخش مراقبت های ویژه سوختگی	۸۷,۷۷۰,۰۰۰	۷۰,۲۳۰,۰۰۰	۵۲,۶۷۰,۰۰۰	۳۵,۱۱۰,۰۰۰
۱۴	بخش کودکان	۲۵,۸۰۰,۰۰۰	۲۰,۶۴۰,۰۰۰	۱۵,۴۸۰,۰۰۰	۱۰,۳۲۰,۰۰۰

تبصره ۱- هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش های بستری در تخت سوختگی (ردیف ۸) این جدول معادل دوازده درصد (۱۲٪) تعرفه اقامت (هتلینگ)، در تخت های مراقبت ویژه عمومی، کودکان، نوزادان و ریه (ردیف ۱۲) جدول فوق معادل چهار و دو دهم درصد (۴,۲٪)، در تخت مراقبت های ویژه سوختگی (ردیف ۱۳) جدول فوق معادل هشت و چهاردهم درصد (۸,۴٪) و در سایر بخش های این جدول معادل شش درصد (۶٪) تعرفه اقامت (هتلینگ) محاسبه می گردد. فهرست خدمات و لوازم مصرفی مشترک بخش های بستری توسط دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می گردد.

تبصره ۲- پرداخت سازمان های بیمه گر برای ردیف های (۱) و (۲) جدول موضوع این بند، بر مبنای تعرفه اقامت (هتلینگ) اتاق سه تختی و بیشتر (ردیف ۳) جدول مذکور خواهد بود.

تبصره ۳- به هزینه اقامت (هتلینگ) در بیمارستان های بخش دولتی مبلغ هفت میلیون (۷,۰۰۰,۰۰۰) ریال بعنوان مابه التفاوت آزادسازی ارز نهادهای دامی و کشاورزی اضافه می گردد. سهم خودپرداخت (فرانشیز) بیماران

- گزارش تحلیلی هزینه تمام شده
- مدیریت هزینه
- تأکید روی ایمنی بیمار
- اقدام اصلاحی از تحلیل هزینه
- نقش کمیته اقتصاد درمان

بیمارستان باید نشان دهد هزینه خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک را می شناسد، در بخش های مختلف تحلیل می کند، انحراف های قابل اصلاح را علت یابی می کند، برای آنها اقدام می کند و ثابت می کند که کاهش هزینه به قیمت کاهش کیفیت و ایمنی بیمار تمام نشده است.



تأمین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات با هدف ارتقای ایمنی بیمار، کیفیت خدمات و تاب‌آوری بیمارستان صورت می‌پذیرد.

- ❖ تدوین فرایند «تأمین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات در بیمارستان با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار، کیفیت خدمات و تاب‌آوری بیمارستان»
- ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط با تأمین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات در بیمارستان بر اساس فرایند تدوین شده
- ❖ نگهداری و انبارش کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات براساس دستورالعمل انبارش کارآمد و ایمن
- ❖ نظارت تیم رهبری و مدیریت بر اجرای فرایند تأمین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات در بیمارستان و شناسایی موارد عدم انطباق
- ❖ طرح ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود در صورت نیاز

آیا بیمارستان می‌تواند اقلام مورد نیاز را، با کیفیت مناسب، در زمان مناسب، به مقدار مناسب و بدون ایجاد وقفه در خدمت تأمین کند؟



انتظار سنج

- طراحی فرایند
- اجرای فرایند توسط کارکنان
- انبارش ایمن
- نظارت مدیریت
- بهبود و اثربخشی

تاب آوری
عدم/تأخیر در ارائه خدمات یا ارجاع بیمار/همراه به خارج بیمارستان
موجودی انبار
به موقع بودن توزیع
اولویت بندی درخواستها
تجهیزات گران قیمت



۱۱ توصیه تصمیم‌گیری برای خرید تجهیزات پزشکی



۱۱ توصیه کلیدی در تأمین و خرید تجهیزات پزشکی و ملزومات

با هدف ارتقای ایمنی بیمار، کیفیت خدمات و تاب‌آوری بیمارستان



1

حمایت از تجهیزات پزشکی تولید داخل



درفرآیند تأمین، ظرفیت تولید داخل
طبق ضوابط مربوط مورد توجه قرار گیرد.

2

قیمت تمام‌شده تأمین و
هزینه بهره‌برداری



هزینه چرخه عمر تجهیز (خرید، نصب، آموزش،
نگهداری، تعمیرات، قطعات و مصرفی‌ها)
مدنظر باشد.

3

برآورد ارزش افزوده تجهیزات



بررسی شود خرید تجهیز چه ارزش افزوده‌ای
برای ایمنی، کیفیت، دسترسی و کاهش هزینه
ایجاد می‌کند.

4

بررسی قابلیت‌های کمی و کیفی
مورد انتظار



مشخصات فنی و بالینی مورد نیاز
به‌صورت دقیق و شفاف تعیین شود.

5

خرید از زنجیره قانونی و مجاز



تجهیزات پزشکی از مسیرها و شرکت‌های مجاز
و مطابق ضوابط مربوط تأمین شوند.

6

عدم ارجاع بیمار یا همراه
برای خرید به خارج



ارجاع به خارج به دلیل کمبود اقلام بیمارستان
نباید رخ دهد (جز در موارد استثنایی و طبق ضوابط).

7

بررسی تعهدات و خدمات
پس از فروش



گارانتی، تعمیرات، تأمین قطعات، آموزش
و سوابق عملکرد تأمین‌کننده بررسی شود.

8

گزارش کارشناسی هزینه بهره‌برداری



هزینه‌های بهره‌برداری (مصرفی‌ها، نگهداری،
تعمیرات و ...) قبل از خرید ارزیابی شود.

9

امکان تأمین کیت/مواد مصرفی
و قطعات یدکی



اطمینان از تأمین مستمر کیت‌ها، مواد مصرفی
و قطعات یدکی در طول عمر تجهیز وجود داشته باشد.

10

قابلیت ارتقای تجهیزات موجود



قبل از خرید تجهیز جدید، امکان ارتقای
تجهیزات موجود برای رفع نیاز بررسی شود.

11

رعایت ضوابط اداره کل تجهیزات پزشکی
و تشریفات قانونی



تأمین و خرید مطابق ضوابط اداره کل تجهیزات پزشکی
و تشریفات قانونی و منطبق با مقررات انجام شود.



هدف نهایی



ایمنی بیمار



کیفیت خدمات



تاب‌آوری بیمارستان



- آیا بیمارستان هر چیزی را که لازم دارد، در زمان لازم در اختیار دارد؟
- آیا این اقلام با کیفیت و ایمنی مناسب تأمین و نگهداری می‌شوند؟
- اگر تأمین مختل شود، آیا بیمارستان توان ادامه خدمت و مدیریت اختلال را دارد؟



هیچ موردی از اختلال/تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمی شود.

- ❖ نظارت تیم رهبری و مدیریت بر اجرای فرایندهای خدمات تشخیصی درمانی، پشتیبانی و اداری مالی
- ❖ ارائه به موقع، ایمن و باکیفیت خدمات تشخیصی درمانی، پشتیبانی و اداری مالی بر اساس فرایندهای تدوین شده
- ❖ ارائه خدمات تشخیصی درمانی، پشتیبانی و اداری مالی مورد نیاز بیمار و همراه در داخل بیمارستان و جلوگیری از ارجاع آنان به خارج از بیمارستان
- ❖ برنامه ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی و برنامه های بهبود برای رفع کمبودهای شناسایی شده

آیا کمبود هر نوع منبع، در عمل باعث اختلال در ارائه خدمت به بیمار شده است یا خیر؟



- موجودی کالا/ملزومات و تجهیزات
- ذخیره دارویی
- ملزومات پزشکی و غیرپزشکی
- نیروی انسانی
- جایگزینی
- قطعات یدکی و مواد مصرفی



انتخاب و نظارت بر عملکرد پیمانکاران و تعامل با آن‌ها با لحاظ معیارهای کمی و کیفی به صورت مدون برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- ❖ انتخاب پیمانکار با رعایت صرفه و صلاح و قوانین بالادستی مالی و معاملاتی براساس معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین
- ❖ الزام پیمانکار به رعایت دقیق استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقد
- ❖ انتخاب و مشخص نمودن ناظر/ناظران و نحوه‌ی نظارت بر عملکرد پیمانکاران و پیش‌بینی مکانیزم‌های جریمه یا فسخ قرارداد
- ❖ ارزیابی دوره‌ای عملکرد پیمانکاران براساس روش مدون توسط ناظر مشخص شده در قرارداد و پرداخت حقوق پیمانکاران براساس گزارش ناظر
- ❖ تهیه‌ی گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم رهبری و مدیریت
- ❖ سنجش رضایت و تمایل پیمانکاران درخصوص نحوه‌ی همکاری با بیمارستان

آیا بیمارستان قبل از انتخاب، پیمانکار را بر اساس معیارهای مناسب انتخاب می‌کند و بعد از عقد قرارداد نیز عملکرد او را با شاخص‌های مشخص پایش، تحلیل و مدیریت می‌کند؟



- انتخاب پیمانکار
- استانداردها باید وارد قرارداد شوند
- ناظر پیمانکار
- جریمه و فسخ قرارداد
- ارزیابی دوره‌ای پیمانکار
- گزارش تحلیلی به تیم رهبری
- رضایت پیمانکار

برون‌سپاری خدمت، برون‌سپاری مسئولیت بیمارستان در قبال کیفیت و ایمنی نیست.



بیمارستان در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای سلامت بیماران برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.

- ❖ ارزیابی سیستماتیک و اولویت‌بندی نیازهای پیشگیری و ارتقای سلامت بیماران توسط تیم ارتقای سلامت
- ❖ فعال‌سازی کلینیک‌های لازم برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مطابق با برنامه‌های ملی
- ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات مرتبط با پیشگیری و ارتقای سلامت بیماران و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- ❖ اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ی ویژه برای بیماران/همراهان/مراجعین در خصوص بیماری‌های غیرواگیر
- ❖ آموزش و مشاوره‌ی سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی

یعنی کمک به فرد برای اینکه:
توانایی کنترل عوامل مؤثر بر سلامت خود را افزایش دهد و انتخاب‌های سالم‌تری داشته باشد.

- ارزیابی سیستماتیک نیازها و نیازسنجی از منابع متفاوت
- اولویت‌بندی
- تیم ارتقای سلامت
- فعال‌سازی کلینیک‌های لازم
- موضوعات آموزشی و مشاوره

بیمارستان باید ابتدا بفهمد بیمارانش چه نیازهای پیشگیرانه و ارتقای سلامتی دارند، آنها را اولویت‌بندی کند، برای نیازهای اولویت‌دار برنامه داشته باشد، برنامه را اجرا کند و بتواند شواهدی از نتیجه یا اثربخشی آن ارائه دهد.



بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیش‌گام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات لازم برای ترویج طبابت مبتنی بر شواهد توسط تیم‌های پزشکی در سطح بیمارستان
- ❖ برنامه‌ریزی و اجرای استانداردهای خدمات سلامت و راهنماهای طبابت بالینی ابلاغی وزارت بهداشت
- ❖ ارزیابی دوره‌ای وضعیت بیمارستان از نظر میزان استقرار طبابت مبتنی بر شواهد و اجرای اقدامات بهبوددهنده

بیمارستان آیا سازوکاری ایجاد کرده است که تصمیم‌ها و اقدامات بالینی، تا حد امکان بر اساس شواهد معتبر و قابل اعتماد انجام شوند و اجرای آن نیز پایش و بهبود یابد یا خیر.



- برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات لازم برای ترویج و استقرار طبابت مبتنی بر شواهد
- اجرای استانداردهای خدمات سلامت و راهنماهای طبابت بالینی ابلاغی وزارت بهداشت
- ارزیابی دوره‌ای میزان استقرار EBM و اجرای اقدامات بهبوددهنده

EBM فرایند تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد است



بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز^۱ و ارتقای سلامت در حیطه محیط زیست، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می نماید.

- ❖ شناسایی الزامات و تهیهی فهرست استانداردهای بیمارستان سبز با تأکید بر حفظ ایمنی بیمار
- ❖ طرح و بررسی موضوعات مرتبط با استانداردهای بیمارستان سبز در کمیته های تخصصی ذی ربط
- ❖ تصمیم گیری و اجرای اقدامات کاربردی و مؤثر در خصوص موارد شناسایی شده
- ❖ اخذ گواهینامه ها و مجوزهای قانونی مورد نیاز از سازمان حفاظت محیط زیست

بیمارستان سبز یعنی بیمارستانی که همزمان با ارائه خدمات سلامت، اثرات منفی فعالیت های خود بر محیط زیست را کاهش می دهد و از این طریق به حفظ سلامت انسان، افزایش بهره وری و استفاده بهینه از منابع کمک می کند.

سلامت انسان + محیط زیست + بهره وری منابع
بیمارستان باید از حالت اقدام های پراکنده زیست محیطی
به سمت یک نظام مدیریتی بیمارستان سبز حرکت کند.



هدف اصلی	حوزه
کاهش مصرف و استفاده بهینه از آب	آب
ایجاد نظام مدیریت بیمارستان سبز	مدیریت
کاهش مصرف منابع و ضایعات غذایی	تغذیه
مصرف بهینه آب و انتخاب پوشش مناسب	فضای سبز
مدیریت مواد شیمیایی و مخاطره آمیز	آزمایشگاه
کاهش خطرات زیست محیطی بدون آسیب به کنترل عفونت	کنترل عفونت
کاهش و بهینه سازی مصرف انرژی	انرژی
طراحی و ساخت پایدار	طراحی ساختمان
کیفیت هوای داخل و تهویه مناسب	تهویه
توجه به آثار زیست محیطی محصولات پزشکی	خرید سبز
کاهش مصرف و حرکت به سمت فرآیندهای الکترونیک	کاغذ
کنترل آلودگی صوتی	صدا

ارزیاب باید بررسی کند که بیمارستان چگونه اثرات زیست محیطی فعالیت های خود را شناسایی، اولویت بندی، مدیریت، اندازه گیری و بهبود می دهد؛ به گونه ای که ایمنی بیمار و کیفیت خدمات سلامت حفظ شود.





معتد

مؤسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

با تشکر از توجه شما!

 آدرس: تهران-بلوار ایوانک شرقی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- بلوک C طبقه 13

تلفن: 021-81452883/021-81452878



وبسایت و شبکه های اجتماعی: <https://zil.ink/hmdi>



**راه های ارتباطی
معتد**

مؤسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (معتد)