



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز - معاونت درمان - مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی

بازدید جامع عملکرد

چک لیست رهبری و مدیریت کیفیت

نام مرکز :

تاریخ بازدید :

الف - رهبری و مدیریت

| امتیاز<br>نهایی | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ضریب<br>وزنی | مکان ۲                    | مکان ۱              | خوشه<br>ارزیابی             | ایمنی<br>بیمار | سطح       | الف - ۱ رهبری و مدیریت کیفیت                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|---|---|---|---|---|--------------|---------------------------|---------------------|-----------------------------|----------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |   |   |   |   |   |              |                           |                     |                             |                |           | الف - ۱ - ۱ سیاستهای اصلی ابلاغ شده و برنامه های بیمارستان بر اساس آن تدوین و اجرا می شود.                                                                                                                                                                                                         |
|                 |   |   |   |   |   | ۱            |                           | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد |                | سطح<br>دو | الف - ۱ - ۱ - ۱ سیاستهای اصلی بر اساس ماموریت های بیمارستان و همسو با سیاست های بالادستی تدوین شده است.                                                                                                                                                                                            |
|                 |   |   |   |   |   |              |                           |                     |                             |                |           | تعیین و مکتوب نمودن سیاستهای اصلی توسط مسئولان ارشد بیمارستان // همسویی سیاست های اصلی با سیاست های سازمان بالادستی و ملاحظات بومی بیمارستان<br>استفاده از سیاست های اصلی به عنوان راهنما در تدوین استراتژی ها و فعالیتهای بیمارستان // استفاده از سیاست های اصلی در نظارت و ارزیابی عملکرد واحدها |
|                 |   |   |   |   |   | ۱            |                           | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد |                | سطح<br>دو | الف - ۱ - ۱ - ۲ شناسایی و تحلیل ذینفعان انجام و سیاست های اصلی به ذینفعان کلیدی مرتبط ابلاغ شده است.                                                                                                                                                                                               |
|                 |   |   |   |   |   |              |                           |                     |                             |                |           | شناسایی و تحلیل ذینفعان با یکی از روشهای علمی و مشخص کردن ذینفعان کلیدی بیمارستان<br>ابلاغ سیاست های اصلی بیمارستان بر حسب ارتباط موضوعی به ذینفعان کلیدی داخلی // ثبت و به روز رسانی فهرست و تحلیل انجام شده ذینفعان                                                                              |
|                 |   |   |   |   |   |              |                           |                     |                             |                |           | الف - ۱ - ۲ رهبری بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل می نماید.                                                                                                                                                                                |
|                 |   |   |   |   |   | ۱            |                           | منابع انسانی        | سازماندهی<br>کارکنان        |                | سطح<br>یک | الف - ۱ - ۲ - ۱ نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس آن برقرار است.                                                                                                                                                        |
|                 |   |   |   |   |   |              |                           |                     |                             |                |           | تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی // تطابق نمودار با عملکرد و روابط بین واحدها و اجرای آن // بازنگری و به روز رسانی نمودار سازمانی در صورت تغییر                                                                                                                                                 |
|                 |   |   |   |   |   | ۱,۵          | دفتر<br>رئیس/مدیر<br>عامل | دفتر بهبود<br>کیفیت | شایستگی<br>مدیران           |                | سطح<br>دو | الف - ۱ - ۲ - ۲ مدیران / مسئولان بیمارستان از دانش و مهارت لازم برای انجام ماموریت های محوله برخوردارند.                                                                                                                                                                                           |

|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|--|--|--|--|--|-----|----------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | وجود گواهی آموزش مدیران، برای پنج رده مدیریتی تعیین شده // نیازسنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان / مدیران سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری بیمارستان // گذراندن دوره های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران و مسئولان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | استفاده از آموزه های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات و تصمیم گیری های سازمانی توسط مدیران و مسئولان در رده های مختلف همخوانی دانش و مهارت مدیران / مسئولان بیمارستان با مأموریت های محوله                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |  | ۱.۵ | دفتر<br>رئیس /مدیر<br>عامل | دفتر بهبود<br>کیفیت | شایستگی<br>مدیران           | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۲ - ۳ مدیران / مسئولان بیمارستان در انجام وظایف محوله متعهد و پاسخگو هستند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از نیازهای به روز شده ی جامعه و مراجعه کنندگان و سایر ذینفعان // آگاه بودن مدیران و مسئولان بیمارستان از مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان // آگاه بودن هر یک از اعضای تیم رهبری و مدیریت از حیطه مسئولیت ها و شرح وظایف خود                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | برنامه ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن نیازهای شناخته شده // آگاه نمودن سایر مسئولان و کارکنان از نیازها و برنامه ها همراه با شواهد توسط تیم رهبری و مدیریت // تعهد و پاسخگو بودن در برابر نتایج سازمانی و ذینفعان کلیدی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | الف- ۱ - ۳ سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره ای بازنگری می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  |  |  |  |  |  | ۱   |                            | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۳ - ۱ سند استراتژیک بیمارستان هماهنگ با سیاست های اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | تحلیل وضعیت موجود و پیش بینی شرایط آتی بیمارستان با یکی از روشها و الگوهای شناخته شده علمی و در نظر گرفتن انتظارات ذینفعان در تدوین برنامه در نظر گرفتن استراتژی ها و اهداف ابلاغ شده از طرف سازمان بالادست در استراتژی ها و اهداف کلان بیمارستان تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاستهای اصلی بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان تعیین اهداف عملیاتی / اختصاصی / عینی اسمارت برای هر یک از سال های برنامه استراتژیک مطابق با اهداف کلان و استراتژی های تدوین شده آماده سازی سند استراتژیک و تصویب و ابلاغ برنامه استراتژیک به واحدهای بیمارستان // بازنگری حداقل سالیانه و یا اصلاح آن در صورت نیاز در هر مقطع زمان در دسترس بودن سند استراتژیک در بخشها / واحدها(ترجیحا بصورت الکترونیک) // آگاهی کارکنان از قسمت های مرتبط با فعالیت خود |
|  |  |  |  |  |  | ۱   | تمامی بخش ها               | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۳ - ۲ سند استراتژیک مبنای برنامه ریزی ها در بیمارستان است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | همسویی برنامه های عملیاتی و جاری بیمارستان با سند استراتژیک // عدم اتخاذ تصمیمات / انجام اقدامات مغایر با سند استراتژیک در سطوح مدیریتی بیمارستان // آگاهی مدیران /مسئولان و کارکنان از برنامه های عملیاتی مرتبط با واحد خود                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | الف- ۱ - ۴ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و بر تحقق نتایج متوازن نظارت می نماید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |  |  |  |  |  | ۱.۵ | مدیریت<br>پرستاری          | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد | سطح<br>یک | الف- ۱ - ۴ - ۱ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|  |  |  |  |  |  |     |                            |                     |                             |           | ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارش های تحلیلی مورد نیاز // نظارت بر عملکرد بخشها / واحدها بر اساس گزارش های بدست آمده از منابع مختلف برای تحقق نتایج متوازن حاصل از تصمیمات و اقدامات // تصمیم سازی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|  |  |  |  |  |     |                   |                     |                             |  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|--|--|--|--|-----|-------------------|---------------------|-----------------------------|--|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  | ۱.۵ |                   | دفتر بهبود<br>کیفیت | نظارت و<br>کنترل            |  | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۴ - ۲ فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت می شوند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  |  |  |  |  |     |                   |                     |                             |  |           | شناسایی و مکتوب نمودن فرایندهای اصلی و مشخص کردن اجزا فرایندها // ترسیم توالی و تدوین تعامل بین فرایندهای اصلی ( نمودار فرایند )<br>اجرایی نمودن فرایندهای مکتوب شده // تعریف شاخص های متناسب و معیارها/ حد مورد انتظار برای اندازه گیری فرایندها<br>اندازه گیری شاخصهای تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج // تعیین و اجرای اقدامات مناسب/ اصلاحات فرایندی // بازنگری و به روز رسانی فرایندهای اصلی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  | ۱   |                   | دفتر بهبود<br>کیفیت | نظارت و<br>کنترل            |  | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۴ - ۳ نتایج عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان به طور مستمر پایش و مدیریت می شوند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |     |                   |                     |                             |  |           | محاسبه و تفسیر/ تحلیل شاخصهای مورد نیاز/ ابلاغی بالینی و غیر بالینی در فواصل تعیین شده و ارائه پیشنهادهای کاربردی بر اساس آنها<br>ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارشهای توصیفی بالینی و غیر بالینی مورد نیاز در زمان های مشخص<br>پایش عملکرد واحدهای بالینی و غیربالینی بر اساس گزارش های بدست آمده و تفسیر/ تحلیل شاخصهای مربوط // مقایسه نتایج پایش عملکرد با نتایج مورد انتظار/ از پیش تعیین شده/ ابلاغ شده// تعیین و اجرای اقدامات/ برنامه ها/ سیاستهای بهبود یا توسعه ای با توجه به روند نتایج ارزیابی عملکرد در حوزه های بالینی و غیر بالینی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  | ۱   |                   | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد |  | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۴ - ۴ برنامه های عملیاتی طراحی، پایش و مدیریت می شوند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|  |  |  |  |  |     |                   |                     |                             |  |           | تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سالیانه و با مشارکت واحدهای مرتبط<br>لحاظ موازنه ایمنی بیمار و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در برنامه عملیاتی و بودجه بندی بیمارستان با هویتی مشخص و مستقل (یا در قالب پیوست برنامه)<br>تعیین فعالیتهای لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی // 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 // مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آنها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی // تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه گیری آنها در بازه های زمانی مشخص<br>اطلاع کارکنان از برنامه های عملیاتی مرتبط با واحد خود // تهیه گزارشهای پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه های زمانی مشخص و ارائه به تیم رهبری و مدیریت // به روز رسانی برنامه های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه گیری شاخص های مربوط |
|  |  |  |  |  | ۱   | مدیریت<br>پرستاری | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد |  | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۴ - ۵ چالشها و فرصتهای بهبود شناسایی و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  |  |  |  |  |     |                   |                     |                             |  |           | شناسایی و مکتوب نمودن چالشهای در دوره های زمانی معین به تشخیص مدیران/ مسئولان بیمارستان // تعیین فرصتهای بهبود با توجه به امکانات و توانمندی های بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالش های شناسایی شده // جمع آوری ایده های مناسب برای فرصت های بهبود پیش بینی شده و انتخاب ایده های کاربردی برای اجرا اجرای ایده ها و ارزیابی مؤثر بودن آنها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  | ۱   |                   | دفتر بهبود<br>کیفیت | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد |  | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۴ - ۶ سوابق و مستنداتِ مدیریت، تحت کنترل بوده و قابل بازبایی است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|  |  |  |  |  |  |     |                       |                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|--|--|--|--|--|-----|-----------------------|-----------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |     |                       |                             |           | شناسایی مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان از طریق انتخاب نام/عنوان و کدگذاری آنها // مکتوب نمودن نحوه کدگذاری، تصویب، بازنگری، توزیع و تغییر مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان // تهیه فهرست اصلی برای مستندات درون سازمانی // مشخص نمودن فرد مسئول برای کنترل مستندات درون سازمانی // کسب اطمینان از تحت کنترل بودن و استفاده صحیح کارکنان از نسخ معتبر و به روز مستندات درون سازمانی و برون سازمانی // تعیین سوابق مورد نیاز در واحدها برای نگهداری و مشخص نمودن مدت زمان و نحوه نگهداری هر یک از سوابق                            |
|  |  |  |  |  |  | ۱   | دسترسی به<br>کیفیت    | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد | سطح<br>سه | الف- ۱ - ۴ - ۷ نظرات و پیشنهادات ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، با روشی مدون اخذ شده و در برنامه ریزی ها مورد استفاده قرار می گیرند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  |  |  |  |  |  |     |                       |                             |           | مشخص نمودن نحوه و بازه های زمانی برای دریافت نظرات و پیشنهادات هر یک از گروه های ذینفع // ارائه بازخورد، به واحدهای مختلف بیمارستان از نتایج نظرسنجی بدست آمده // استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  |  |  |  |  |  | ۲   |                       |                             |           | الف- ۱ - ۴ - ۸ 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|  |  |  |  |  |  |     |                       |                             |           | آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از قانون انطباق امور اداری و فنی موسسات و شرح وظایف مربوط برنامه ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای قانون و ایجاد فضای مناسب جهت اجرا وجود مصوبات موثر، مشخص و فاقد ابهام در کمیته های مرتبط همراه با ضمانت اجرایی آگاهی سایر مسئولان و کارکنان نسبت به قانون فوق، همراه با شواهد ، توسط تیم رهبری و مدیریت انطباق عملکرد کلیه مسئولان و کارکنان وجود مستندات حاکی از نظارت تیم مدیریت و رهبری بر حسن اجرای قانون وجود مستندات نشانگر بررسی وضعیت اجرای قانون در بیمارستان، گزارش و اقدام اصلاحی |
|  |  |  |  |  |  |     |                       |                             |           | الف- ۱ - ۷ تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه ریزی و اقدام می نماید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |  |  |  |  |  | ۱.۵ | دسترسی به<br>مدیرعامل | دسترسی به<br>کیفیت          | سطح<br>یک | الف- ۱ - ۷ - ۱ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |  |     |                       |                             |           | در نظر گرفتن محوریت بیمار در برنامه ریزی ها و اقدامات مرتبط در حال انجام در بیمارستان // برنامه ریزی و اجرای آموزشهای مرتبط با فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت // طرح ریزی و اجرای برنامه های تشویقی در راستای نهادینه کردن فرهنگ بیمار محوری // دریافت گزارشهای فصلی از ارزیابی ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله ای در زمینه مغایرت ها و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی موثر // استقرار فرهنگ بیمار محوری در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان                                                              |
|  |  |  |  |  |  | ۲   | دسترسی به<br>مدیرعامل | دسترسی به<br>کیفیت          | سطح<br>یک | الف- ۱ - ۷ - ۲ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در بیمارستان است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  |  |  |  |  |  |     |                       |                             |           | برنامه ریزی و اجرای آموزشهای مرتبط با ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت طرح ریزی و اجرای برنامه های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای توسط پرسنل مرتبط مشارکت فعال و برنامه ریزی توسط کمیته اخلاق بالینی برای ارتقای اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای // دریافت گزارشهای فصلی از اقدامات                                                                                                                                                                                                  |

|  |  |  |  |  |     |                |                    |                           |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|--|--|--|--|-----|----------------|--------------------|---------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |     |                |                    |                           |        | انجام شده، تحلیل و ابلاغ اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه و پیگیری اجرای آنها // نهادینه شدن اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی کارکنان بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|  |  |  |  |  | ۲   | تمامی بخش ها   | دفتر بهبود کیفیت   | نظارت و کنترل             | سطح دو | الف- ۱ - ۷ - ۳ نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای برنامه ریزی و انجام می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  |     |                |                    |                           |        | تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن نظارت شیوه مند، مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای // تدوین و اندازه گیری شاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت و نظارت کمیته اخلاق بالینی // تحلیل نتایج اندازه گیری شاخصها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای در کمیته اخلاق بالینی // انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای |
|  |  |  |  |  | ۱.۵ |                | دفتر بهبود کیفیت   | نظارت و کنترل             | سطح سه | الف- ۱ - ۷ - ۴ هرگونه تعارض منافع با منشور حقوق بیمار در سطح بیمارستان شناسایی و با رویکرد بیمار محوری مدیریت می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |     |                |                    |                           |        | شناسایی مواردی از مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان با منشور حقوق بیمار // اطلاع رسانی این مصادیق به تمامی پرسنل بیمارستان // ارائه و اجرای پیشنهادات پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری با هدایت تیم رهبری و مدیریت// طراحی و اجرای سیستم مدیریتی برای ثبت موارد گزارش شده در خصوص تعارض منافع / انجام اقدامات اصلاحی در صورت وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری                                                                                                                                                               |
|  |  |  |  |  | ۱.۵ | اورژانس        | بخش های عادی       | ارتباط با بیمار           | سطح سه | الف- ۱ - ۷ - ۵ اولویت بخشی به حقوق بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |  |  |  |  |     |                |                    |                           |        | وجود شواهدی مبنی بر مراقبت مستمر تیم مدیریت و رهبری از منشور حقوق بیماران// پایش برنامه های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با رعایت حقوق بیمار<br>اصلاح موارد عدم انطباق موجود در برنامه های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با حقوق بیمار //ارائه گزارش از عدم انطباق های بدست آمده و اقدامات اصلاحی مربوط در جلسه با مسئولان تمام واحدها // نهادینه شدن احترام به حقوق بیماران در تمام سطوح عملکردی بیمارستان                                                                                                                                                                          |
|  |  |  |  |  | ۲   | اورژانس        | بخش های عادی       | ارتباط با بیمار           | سطح سه | الف- ۱ - ۷ - ۶ رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  |  |  |  |  |     |                |                    |                           |        | تهیه روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان // اطمینان از پایبندی کارکنان بر اصول حرفه ای در مشاغل بالینی // پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان // ارائه گزارش از عدم انطباق های بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت // انجام اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه در موارد عدم انطباق // نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان                                                                                                                                             |
|  |  |  |  |  |     |                |                    |                           |        | الف- ۱ - ۸ بیمارستان درخصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپایی اطمینان حاصل می نماید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  |  |  |  |  | ۱   | مدیریت پرستاری | دفتر رئیس/مدیرعامل | استفاده از بهینه از منابع | سطح یک | الف- ۱ - ۸ - ۱ استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|  |  |  |  |  |  |   |                  |                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|--|--|--|--|--|---|------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |   |                  |                    |                           | تعیین دامنه بهیئگی استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی // تعریف شاخصهای مورد نظر برای بهیئگی توسط تیم رهبری و مدیریت // شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای محاسبه بهیئگی استفاده از تختهای بستری عادی تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهیئگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت اندازه گیری بهیئگی از طریق پایش نحوه گردش تخت بستری عادی // تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهیئگی تأثیر بگذارد طرح ریزی اقدامات/برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/برنامه های بهبود با مدیریت مدیر تخت سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهیئگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت //فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران بستری عادی با حداکثر ظرفیت تختهای مصوب |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |  | ۱ | مدیریت پرستاری   | دفتر رئیس/مدیرعامل | استفاده از بهینه از منابع | سطح یک                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | الف- ۱ - ۸ - ۲ استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری در بخشهای ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  |  |  |  |  |  |   |                  |                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | تعیین دامنه بهیئگی استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری در بخشهای ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی تعریف شاخصهای مورد نظر برای بهیئگی توسط تیم رهبری و مدیریت // شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای محاسبه بهیئگی استفاده از تختهای ویژه // تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهیئگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت / اندازه گیری بهیئگی از طریق پایش نحوه گردش تختهای بستری ویژه // تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت شناسایی و پیش بینی شرایط تأثیر گذار بر بهیئگی // طرح ریزی اقدامات/برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/برنامه های بهبود // سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهیئگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت رعایت اندیکاسیون های تعیین شده توسط بیمارستان برای پذیرش بیماران از نظر اورژانسی و پرخطر بودن در بخشهای ویژه فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران با حداکثر ظرفیت تختهای ویژه مصوب // تعامل و مشارکت برای جذب بیماران خارج از بیمارستان نیازمند به بستری در بخشهای ویژه از طریق ستاد هدایت دانشگاه // وجود روش معینی برای بررسی علت و تعیین تکلیف بیماران با بستری طولانی مدت یا خارج از اندیکاسیونهای پذیرش در بخشهای ویژه |
|  |  |  |  |  |  | ۱ |                  | فضاهای عمومی       | شرایط فضاهای عمومی        | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|  |  |  |  |  |  |   |                  |                    |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | بررسی وضعیت موجود فضاهای درمانی با در نظر گرفتن ضوابط وزارت بهداشت و سازمانهای بالادست مطرح کردن موارد عدم انطباق و اولویت بندی برای اصلاح در جلسات تیم رهبری و مدیریت با حضور مسئول ایمنی بیمارستان آگاهی تیم رهبری و مدیریت از عدم انطباق های فضاهای درمانی و اولویت های اصلاح //تعیین و انجام اقدامات اصلاحی برای موارد اولویت دار تهیه گزارش تحلیلی از اقدامات انجام گرفته // رعایت استانداردهای کتاب بیمارستان ایمن در طراحی و راه اندازی بخشها/واحدهای جدید بیمارستان // مدیریت نگهداشت فضاهای درمانی مطابق برنامه زمانبندی شده و نظارت بر حسن اجرای آن توسط تیم رهبری و مدیریت                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |  |  |  |  |  | ۱ | دفتر بهبود کیفیت | دفتر رئیس/مدیرعامل | استفاده بهینه از منابع    | سطح دو                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | الف- ۱ - ۸ - ۴ استفاده بهینه از ظرفیت های اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|  |  |  |  |  |  |     |                          |                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|--|--|--|--|--|-----|--------------------------|------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                        |        | <p>تعین دامنه بهینگی و شاخصهای مورد نظر برای بهینگی اتاق عمل توسط تیم رهبری و مدیریت // شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تخته های اتاق عمل // تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص/شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت // اندازه گیری بهینگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت( مثلا پایش گردش تخت اتاقهای عمل)</p> <p>شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد توسط تیم رهبری و مدیریت</p> <p>طرح ریزی اقدامات/برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن</p> <p>اجرای اقدامات/برنامه های بهبود با مدیریت مدیر تخت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن</p> <p>سنجش و تبیین عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت //بررسی لیست اعمال جراحی روزانه بر اساس تعداد اتاقهای عمل بیمارستان با احراز خالی بودن یک اتاق برای موارد اورژانسی // تعیین حداقل های لازم برای انجام اعمال جراحی اعم از نیروی انسانی، تجهیزات، زمان، مشاوره ها و سایر منابع ( از جمله رزرو خون، رزرو تخت ویژه، پروتز و ...) // تنظیم و اجرای برنامه زمانبندی اتاق عمل بر اساس حداقل های تعیین شده</p> |
|  |  |  |  |  |  | ۱   | دفتر پیگیری امور بیماران | به موقع بودن خدمات     | سطح دو | <p>الف- ۱ - ۸ - ۵ ارائه خدمات در بازه زمانی مورد انتظار، از طریق پیگیری امور بیماران و بر اساس نوع خدمات بستری مدیریت می شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                        |        | <p>تعیین و اندازه گیری شاخص های مناسب برای محاسبه زمان مورد انتظار بیماران در ارائه خدمات مختلف //تفسیر و تحلیل نتایج و روند اندازه گیری ها و ارائه اقدامات اصلاحی// نظارت بر نحوه ارائه خدمات مورد نیاز شبانه روزی بیماران // نظارت بر اجرای دستورالعمل ابلاغی آنکالی و بخشنامه ابلاغی مقیمی در خصوص بازه زمانی تعریف شده// پیگیری امور بیماران و رفع موانع و عدم انطباق های فرآیندی به صورت پیشگیرانه به منظور تسهیل و تسریع خدمات پزشکی بیماران</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  |  | ۱.۵ | دفتر بهبود کیفیت         | نظارت و کنترل          | سطح دو | <p>الف- ۱ - ۸ - ۷ علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی شناسایی و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر برنامه ریزی و اجرا می شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                        |        | <p>اجرای صحیح روند ثبت ترخیص با رضایت و میل شخصی و ثبت دقیق علت هر یک از موارد //تهیه فهرستی از علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی و تفسیر و تحلیل نتایج، علل و روند تکرار علت ها // طرح ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه برای عواملی که می تواند منجر به ترخیص با رضایت با میل شخصی شود // بهبود روند ترخیص با رضایت و میل شخصی بر اساس اقدامات اصلاحی برنامه ریزی شده</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |  |  |  |  |  | ۱   | دفتر رئیس/مدیرعامل       | استفاده بهینه از منابع | سطح سه | <p>الف- ۱ - ۸ - ۸ استفاده بهینه از ظرفیت گروه های پزشکی برای توسعه خدمات سرپایی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام می شود.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                        |        | <p>تعیین دامنه بهینگی و شاخصهای مورد نظر بهینگی برای مشارکت گروه های پزشکی در خدمات سرپایی // شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای محاسبه بهینگی مشارکت گروه های پزشکی در خدمات سرپایی // تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص های تعریف شده</p> <p>اندازه گیری بهینگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها برای مشارکت گروه های پزشکی در خدمات سرپایی // شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی گروه های پزشکی تاثیر بگذارد // طرح ریزی و اجرای اقدامات/برنامه های بهبود با توجه به نتایج بدست آمده در مراحل بالا // سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی مشارکت گروه های پزشکی در خدمات سرپایی // برنامه ریزی و اجرای اقدامات تشویقی برای بهینه سازی استفاده از ظرفیت گروه های پزشکی</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                        |        | <p>الف- ۱ - ۹ بیمارستان از تامین منابع مالی و مدیریت هزینه ها جهت استقرار و استمرار کیفیت خدمات، اطمینان حاصل می نماید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



|  |  |  |  |  |  |     |                   |                       |                              |       |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|--|--|--|--|--|-----|-------------------|-----------------------|------------------------------|-------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  | ۱   |                   | دفتر بهبود<br>کیفیت   | مدیریت<br>مبتنی بر<br>شواهد  |       | سطح<br>یک | الف- ۱ - ۹ - ۱ منابع و بودجه های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه های مربوط هزینه می شوند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |  |  |  |  |  |     |                   |                       |                              |       |           | وجود نظام ثبت اطلاعات حسابداری و سامانه اطلاعات حسابداری مناسب // انجام کنترل های داخلی حسابداری مطابق با استانداردهای مرتبط<br>هزینه کرد منابع و بودجه های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه های ابلاغی مربوط // پاسخگویی رئیس و مدیر بیمارستان در مقابل هزینه کرد<br>صحیح بودجه و اعتبارات تخصیصی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  |  |  |  |  |  | ۱.۵ |                   | دفتر<br>رئیس/مدیرعامل | استفاده<br>بهینه از<br>منابع | ایمنی | سطح<br>یک | الف- ۱ - ۹ - ۲ * افزایش درآمد بیمارستان در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و مدیریت می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |  |  |  |  |  |     |                   |                       |                              |       |           | شناسایی کانون های درآمدی بیمارستان و تعیین/برآورد ظرفیت تولید درآمد در هر یک از کانون ها در چارچوب قوانین و مقررات مربوط<br>تعیین عوامل موثر بر افزایش/کاهش تولید و وصول درآمد در هر یک از کانون های شناسایی شده // تعیین مقدار درآمد تحقق یافته/<br>وصول شده در هر یک از کانون های شناسایی شده // تحلیل و شناسایی علل کاهش تحقق/وصول درآمدها در هر یک از کانون های<br>شناسایی شده<br>برنامه ریزی و اقدام برای از بین بردن علل کاهش و تقویت علل افزایش تحقق/وصول درآمدها //ممانعت از هرگونه تاثیر منفی سیاستهای مالی، درآمذزایی<br>و صرفه جویی ها بر ایمنی بیماران                                                                                                                                                                                                                                 |
|  |  |  |  |  |  | ۱   |                   | دفتر<br>رئیس/مدیرعامل | استفاده<br>بهینه از<br>منابع |       | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۹ - ۳ جذب منابع مالی / سرمایه ای از میل مشارکتهای مردمی / موسسه های خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط<br>مربوط صورت می پذیرد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|  |  |  |  |  |  |     |                   |                       |                              |       |           | تعیین مقدار و سهم کمک های خیرین در برنامه گوناگون بیمارستان در ۵ سال اخیر و هدف گذاری برای سالهای آینده<br>تصویب برنامه های توسعه ای و سایر برنامه هایی که تامین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است // تدوین و اجرای برنامه های<br>تبلیغی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمکه های بیشتر از خیرین // همکاری موسسه های خیریه به منظور شناسایی نیازهای بیماران و<br>اولویت های توسعه بهسازی و خدمات با واحد مددکاری<br>تامین هزینه درمان مددجویان بی بضاعت براساس اسناد هزینه یا صورتحساب صادره از سوی امور مالی یا حسابداری با هماهنگی مددکاری<br>تامین هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاه های تخصصی با تایید تیم رهبری و مدیریت //تامین منابع بازسازی و بهسازی<br>بیمارستان با تایید تیم رهبری و مدیریت // تهیه گزارشهای تحلیلی مالی در تامین کمکه های مالی و سرمایه ای از سوی خیرین |
|  |  |  |  |  |  | ۲   | مدیریت<br>پرستاری | دفتر<br>رئیس/مدیرعامل | استفاده<br>بهینه از<br>منابع |       | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۹ - ۴ * مدیریت هزینه های خدمات گلوبال، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت<br>می پذیرد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  |  |  |  |  |  |     |                   |                       |                              |       |           | گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده برای هر یک از خدمات گلوبال انجام شده در بیمارستان // تعیین مقدار حداقل و حداکثر و میانگین هر<br>یک از اجزای خدمت (مواد مصرفی، دارو، زمان، ...) در خدمات گلوبال //گزارش هزینه تمام شده خدمات گلوبال ارائه شده توسط هر یک از<br>پزشکان و تعیین میزان انحراف از مقدار پایه (کم یا زیاد) و تاثیر آن در کیفیت خدمات // تدوین و اجرای برنامه های انطباق میانگین هزینه<br>تمام شده خدمات گلوبال در بیمارستان با تعرفه ابلاغی // عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل<br>مدیریت هزینه ها در خدمات گلوبال                                                                                                                                                                                                                                    |
|  |  |  |  |  |  | ۱.۵ | مدیریت<br>پرستاری | دفتر<br>رئیس/مدیرعامل | استفاده<br>بهینه از<br>منابع |       | سطح<br>دو | الف- ۱ - ۹ - ۵ * مدیریت هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار<br>صورت می پذیرد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



|  |  |  |  |  |  |     |                          |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|--|--|--|--|--|-----|--------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                          |                        | گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده هتلینگ برای هر بخش در بیمارستان // محاسبه مابه التفاوت هتلینگ دریافتی و هزینه تمام شده هتلینگ به تفکیک بخشهای بیمارستان /محاسبه مابه التفاوت هتلینگ از خدمات پرستاری دریافتی و هزینه تمام شده هتلینگ از خدمات پرستاری به تفکیک بخشهای بیمارستان/ 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 // عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  |  |  |  |  |  | ۱.۵ | تدارکات و انبار مرکزی    | دفتر رئیس /مدیرعامل      | استفاده بهینه از منابع | ایمنی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | سطح دو | الف- ۱ - ۹ - ۶ * تامین کالا / ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | تدوین برنامه خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات مطابق روشهای تعیین شده و استانداردهای مدیریت انبارها //کسب اطمینان از انجام درخواست به منابمووقع مسئولان بخشها/واحدها از طریق نظارت‌های میدانی تیم رهبری و مدیریت // ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات در کمیته های مرتبط //اولویت بندی درخواست های عادی و فوری بخشها/واحدها با استفاده از روشی معین و شفاف توسط تیم رهبری و مدیریت // لحاظ نمودن مفاد استانداردها، الزامات قانونی و بالادستی مانند آیین نامه های مالی و معاملاتی در خرید //شناسایی و ایجاد بانک اطلاعاتی تامین کنندگان معتبر و تامین کنندگان غیر معتبر<br>کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات از طریق نظارت های میدانی تیم رهبری و مدیریت // تهیه و تصویب فهرست کالاها/ملزومات و تجهیزات مورد نیاز مستمر، همراه با تعیین ویژگیهای کیفی و نقطه سفارش آنها برای کالاهای مصرف عمومی و تکرار شونده<br>تهیه و توزیع کالاها/ملزومات و تجهیزات براساس زمانبندی و یا نیازهای اعلام شده و کسب اطمینان از انطباق آنها با درخواست با مشارکت درخواست کننده // عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در تامین کالا/ ملزومات و تجهیزات |
|  |  |  |  |  |  | ۲   |                          | دفتر پیگیری امور بیماران | به موقع بودن خدمات     | ایمنی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | سطح سه | الف- ۱ - ۹ - ۷ * هیچ موردی از اختلال / تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمی شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | عدم اختلال فرایندی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان<br>عدم تاخیر زمانی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | الف- ۱ - ۱۰ بیمارستان از مشارکت پیمانکاران و تامین کنندگان در تحقق نتایج مطلوب اطمینان حاصل می نماید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |  |  |  |  |  | ۱   | دفتر مدیر داخلی / اجرایی | شرکاء و پیمانکاران       |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | سطح یک | الف- ۱ - ۱۰ - ۱ انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی به صورت مدون برنامه ریزی و انجام می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  |  |  |  |  |  |     |                          |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد عینی و صرفه وصلاح بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت مشخص نمودن اهداف و انتظارات بیمارستان از واگذاری خدمات به پیمانکاران //تدوین، تصویب نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین نامه مالی و معاملاتی) // تعیین معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین امر در هر مورد واگذاری خدمات و نحوه امتیازدهی به این معیارها // انتخاب پیمانکاران منطبق بر اهداف، انتظارات، معیارهای کیفی و قوانین و مقررات بالا دستی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  |  |  |  |  |  | ۱   | دفتر مدیر داخلی / اجرایی | شرکاء و پیمانکاران       |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | سطح یک | الف- ۱ - ۱۰ - ۲ برای تحقق نتایج مطلوب، نظارت مستمر بر عملکرد پیمانکاران برنامه ریزی و انجام می شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|  |  |  |  |  |  |    |                       |                          |                           |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|--|--|--|--|--|----|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |    |                       |                          |                           |        | الزام پیمانکار به رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقدہ انتخاب و مشخص نمودن اعضای ناظر و نحوه نظارت بر عملکرد پیمانکاران در هریک از قراردادهای برون سپاری پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی و پیش بینی مکانیزم های جریمه و یا فسخ قرارداد در متن قرارداد منعقدہ طراحی نظارت ساختارمند و ارزیابی دوره ای عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیستهای تخصصی و بکارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط 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 |
|  |  |  |  |  |  | ۱  | واحدہای برونسپاری شده | دفتر مدیر داخلی / اجرایی | شرکاء و پیمانکاران        | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  |  |  |  |  |  |    |                       |                          |                           |        | دسته بندی تامین کنندگان با توجه به خریدهای انجام گرفته و تهیه لیست تامین کنندگان خوشنام براساس معیارهای تعیین شده تهیه لیست سیاه از تامین کنندگان و پرهیز از خرید از این تامین کنندگان بازنگری و به روز رسانی فهرست تامین کنندگان و لیست سیاه تامین کنندگان به صورت دوره ای و حداکثر سالیانه یکبار                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  |  |  |  |  |  | ۱  |                       | تماس تلفنی               | رضایت ارائه دهنده خدمت    | سطح سه | الف- ۱- ۱۰- ۴ پیمانکاران و تامین کنندگان مایل به تداوم همکاری و فعالیت در این بیمارستان هستند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |  |  |  |  |  |    |                       |                          |                           |        | رضایتمندی و تمایل پیمانکاران در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان رضایتمندی و تمایل تامین کنندگان کالا و خدمات در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  |  |  |  |  |  | ۱  |                       | ستاد وزارتی              | پیشگامی در برنامه های ملی | سطح سه | الف- ۱- ۱۱- ۴ بیمارستان در اجرای برنامه های بهداشت محیط و مدیریت پسماند با روشهای نوین پیشگام و فعال است.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  |  |  |  |  |  |    |                       |                          |                           |        | شناسایی روشهای نوین مدیریت پسماند و به روز رسانی آن // انتخاب روش نوین مدیریت پسماند پس از تحلیل نقاط قوت و ضعف و لحاظ نمودن مسائل ایمنی در هر روش // طرح ریزی و اجرای برنامه های بهداشت محیط جدید و به روز شده بررسی تحلیلی روشهای نوین مدیریت پسماند/برنامه های بهداشت محیط به روز شده و انجام اصلاحات/اقدامات اصلاحی در صورت نیاز                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|  |  |  |  |  |  | ۱۱ |                       | ستاد وزارتی              | پیشگامی در برنامه های ملی | سطح سه | الف- ۱- ۱۱- ۵ بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز و ارتقا سلامت در حیطه محیط زیست، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می نماید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  |  |  |  |  |  |    |                       |                          |                           |        | شناسایی مواردی از بیمارستان سبز که با ایمنی بیمار مغایرت نداشته باشد // رنامه ریزی و اجرا برای موارد شناسایی شده در خصوص بیمارستان سبز // برنامه ریزی و اجرای اقداماتی برای جلوگیری از هدر رفتن منابع طبیعی مورد استفاده و حامل های انرژی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|  |  |  |  |  |  |    |                       |                          |                           |        | الف- ۱- ۱۲ بیمارستان در اجرای برنامه های ملی سلامت مشارکت می نماید.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  |  |  |  |  |  |    |                       | ستاد وزارتی              | پیشگامی در برنامه های ملی | سطح دو | الف- ۱- ۱۲- ۵ بیمارستان در اجرای برنامه های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات اخلاقی و حرفه ای مشارکت مؤثر دارد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|  |  |  |  |  |  |            |  |              |                           |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|--|--|--|--|--|------------|--|--------------|---------------------------|-------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  |  |  |  |            |  |              |                           |       |        | آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی // گزارش موارد مرگ مغزی به دانشگاه برای حمایت از برنامه اهدای عضو طبق انتظارات وزارت بهداشت // مشارکت فعال بیمارستان در ترویج و حمایت از اهدای عضو برای بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات مرتبط<br>اطلاع رسانی بیمارستان به واحدهای فراهم آوری و شناسایی اعضا<br>تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در برنامه های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی |
|  |  |  |  |  |  | ۲          |  | سنداد وزارتی | پیشگامی در برنامه های ملی | ایمنی | سطح سه | الف- ۱ - ۱۲ - ۷* بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  |  |  |  |  |  |            |  |              |                           |       |        | وجود شواهدی دال بر تمرکز و برنامه ریزی تیم های پزشکی به ترویج طبابت مبتنی بر شواهد در سطح بیمارستان<br>انجام مطالعات مرتبط با طبابت مبتنی بر شواهد و یکسان سازی روش های پزشکی // رنامه ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاین های ابلاغی وزارت بهداشت // ارزیابی دوره ای وضعیت بیمارستان از نظر طبابت مبتنی بر شواهد و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت<br>تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در زمینه طبابت مبتنی بر شواهد                  |
|  |  |  |  |  |  | جمع امتیاز |  |              |                           |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

نام و امضاء ارزیابی شونده :

نام و امضاء کارشناس ارزیاب: