



# رهبری و مدیریت کیفیت

بهزاد مومنی

مرکز قلب و عروق شهید رجایی

[Momeni.Behzad@gmail.com](mailto:Momeni.Behzad@gmail.com)

# رهبری و مدیریت کیفیت

- در نسل چهارم نظام اعتباربخشی منظور از عبارت تیم رهبری و مدیریت مجموعه ای از اجزای حاکمیتی و اجرایی مدیریت است. تیم های رهبری و مدیریت در انواع بیمارستان با ترکیب های متنوع و تقسیم اختیارات متفاوت فعالیت می نمایند.
- لذا در اعتبار بخشی نوین، صرفاً عملکرد مجموع تیم در انجام وظایف رهبری و مدیریت ارزیابی شده و هیچگونه ساختار بسته ای مانند تیم حاکمیتی و اجرایی مدنظر نیست. لذا اعضای تیم رهبری و مدیریت کاملاً در اختیار و بر اساس تشکیلات و تشخیص بیمارستان است.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



## الف - رهبری و مدیریت

### الف-۱ رهبری و مدیریت کیفیت

سطح	الف-۱-۱ سیاست‌های اصلی ابلاغ شده و برنامه‌های بیمارستان بر اساس آن تدوین و اجرا می‌شود.
سطح دو	الف-۱-۱-۱ سیاست‌های اصلی بر اساس مأموریت‌های بیمارستان و همسو با سیاست‌های بالادستی تدوین شده است. <ul style="list-style-type: none"><li>❖ تعیین و مکتوب نمودن سیاست‌های اصلی<sup>۱</sup> توسط مسئولان ارشد بیمارستان</li><li>❖ همسویی سیاست‌های اصلی با سیاست‌های سازمان بالادستی و ملاحظات بومی بیمارستان</li><li>❖ استفاده از سیاست‌های اصلی به عنوان راهنما در تدوین استراتژی‌ها و فعالیت‌های بیمارستان</li><li>❖ استفاده از سیاست‌های اصلی در نظارت و ارزیابی عملکرد واحدها</li></ul>

➤ تعیین و مکتوب نمودن سیاست های اصلی توسط مسئولان ارشد  
بیمارستان با در نظر گرفتن موارد زیر صورت پذیرد

- ۱. سیاستها و اهداف کلان سازمانهای بالا دستی
- ۲. ماموریت بیمارستان (تعیین شده توسط بیمارستان یا ابلاغی)
- ۳. ضعف ها و توانمندی های داخل سازمانی
- ۴. وضعیت سلامت جامعه و سایر عوامل بیرونی تاثیرگذار بر بیمارستان
- ۵. انتظارات ذینفعان کلیدی

# سیاست های اصلی در بیمارستان

سیاست های اصلی، عباراتی است که جهت گیری ها، روال های کاری و اولویت های بیمارستان را برای اجرای منسجم وظایف / ماموریت / استراتژی های تعیین شده نشان می دهد.

این سیاست ها توسط تیم رهبری و مدیریت تهیه، تصویب و ابلاغ می شود.

برای تعیین سیاستهای اصلی نیاز است که ضعف ها و توانمندی های سازمان، وضعیت سلامت جامعه، عوامل برون سازمانی و انتظارات ذینفعان کلیدی شناسایی شده و از اطلاعات / آمار / مطالعات به روز استفاده شود.

شناسایی ضعفها و توانمندی ها با شرایطی که مطرح شده است در سند استراتژیک بیمارستان انجام و به روز رسانی می شود.

# روش تعیین سیاست ها

- بیمارستان در مجموعه نظام سلامت به عنوان واحد ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی با تمرکز بیشتر در سطح دوم مراقبت از سلامت فعالیت می نماید.
- بیمارستان تابع سیاست گذاری های کلان نظام سلامت در کشور است. لذا تبیین و تدوین سیاست های اصلی در بیمارستان به عنوان یک واحد مجری در نظام سلامت ابعاد پیچیده ای ندارد. چراکه غالب سیاست های بیمارستان به شکل بخشنامه، دستورالعمل و آیین نامه های قانونی از سوی وزارت بهداشت تعیین می شود. اما با توجه به تنوع وابستگی های سازمانی و تفاوت های انواع بیمارستان بایستی تیم رهبری و مدیریت روال های اصلی و چارچوب های اصلی و بومی مدیریت و برنامه ریزی را تبیین، تدوین و به ذینفعان ابلاغ نماید.

# چند نکته در مورد سیاست ها

- سیاست و استراتژی در مسیر یکدیگر شکل گرفته و بایستی استراتژی های سازمانی به نحوی تبیین شوند که سیاست های اصلی بیمارستان، دانشگاه، وزارت بهداشت و سایر سازمان های بالادستی را نقض نکنند.
- اگر سیاستی برای بیمارستان در نظر ندارید بجای عبارت های کلیشه ای، در اسناد مدیریتی بیمارستان، سیاستی را تدوین و ابلاغ فرمایید و بیمارستان را تابع محض در رعایت سیاست های نظام سلامت و سازمانهای بالادستی نمایید.



# ماموریت اصلی و فلسفه وجودی بیمارستان ارائه مراقبت درمانی با سه ویژگی مهم است

- ۱- ایمن
- ۲- به موقع
- ۳- اثربخش



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



سطح دو	الف-۱-۲ شناسایی و تحلیل ذینفعان انجام و سیاست‌های اصلی به ذینفعان کلیدی مرتبط ابلاغ شده است.
	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ شناسایی و تحلیل ذینفعان با یکی از روش‌های علمی و مشخص کردن ذینفعان کلیدی بیمارستان</li><li>❖ ابلاغ سیاست‌های اصلی بیمارستان بر حسب ارتباط موضوعی به ذینفعان کلیدی داخلی</li><li>❖ ثبت و به روز رسانی فهرست و تحلیل انجام شده ذینفعان</li></ul>

# ذینفعان

- ۱. **ذینفعان داخلی**، گروه های داخل بیمارستان یا افرادی هستند که مستقیماً در درون بیمارستان کار می کنند.

مانند سهامداران، کارکنان، پیمانکاران و سایر

- ۲. **ذینفعان خارجی**، گروهها یا افرادی خارج از بیمارستان هستند که مستقیماً درون بیمارستان کار نمی کنند ولی تحت تاثیر تصمیم

های آن قرار گرفته یا بر تصمیم های بیمارستان اثر می گذارند. مانند مشتریان/ بیماران، سازمان های بالادست، سازمانهای همکار

مانند شهرداریها، پزشکی قانونی و سایر

# ذینفعانِ کلیدی

- ذینفعانِ کلیدیِ مخاطبِ هر یک از سیاستهای اصلی بیمارستان، گروهی از ذینفعان هستند که در پیامد نهایی حاصل از اعمالِ آن سیاست در فعالیت های بیمارستان تاثیرگذار هستند. **از جمله ذینفعانِ کلیدی بیمارستان بیماران، کارکنان، سازمانهای سیاستگذار و بالادست، سهامداران، تامین کنندگان مالی و سایر ذینفعانی هستند که معمولاً بیمارستان تمایل به افزایش ارتباط پویا با آنها داشته و نقش استراتژیک برای بیمارستان ایفا می کنند. امکان جایگزینی ذینفعانِ کلیدی به راحتی وجود ندارد.**
- ذینفعانِ کلیدی توسط تدوین کنندگان سیاست، تعیین می شوند. **روش اطلاع رسانی با تشخیص مسئولان ارشد بیمارستان بوده و ملاک ارزیابی آن، صرفاً آگاهی ذینفعان از سیاست های مرتبط با آنها است.**

سطح	الف-۱-۲ رهبری بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل می نماید.
سطح یک	الف-۱-۲-۱ نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیتها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس آن برقرار است.
<p>❖ تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی</p> <p>❖ تطابق نمودار با عملکرد و روابط بین واحدها و اجرای آن</p> <p>❖ بازنگری و به روز رسانی نمودار سازمانی در صورت تغییر</p>	

- صرفاً وجود نمودار سازمانی کفایت نمی کند و دو شرط **تطبیق با وضعیت واقعی** بیمارستان و **رعایت سطح بندی اختیارات و ارتباطات سازمانی** لازمه تحقق این استاندارد است.
- انتظار اعتباربخشی از عملکرد بیمارستان در ابلاغ نمودار سازمانی یا سیاست اصلی و یا حتی سند استراتژیک، خط مشی ها و روش ها، نامه نگاری نیست و دسترسی به هر نحو مقتضی که منجر به آگاهی کارکنان و عملکرد بر اساس اسناد مدیریتی شود ملاک ارزیابی است.
- **تاکید می گردد از مستند سازی غیر ضرور پرهیز شود.** همین که با شیوه های مورد تایید و مد نظر بیمارستان، اطلاع رسانی موثر انجام شود کفایت می نماید. شیوه هایی مانند تابلو اعلانات، سایت، پیامک و هر شیوه مطمئن اطلاع رسانی مناسب دیگر...



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



سطح دو	الف-۱-۲-۲ مدیران / مسئولان بیمارستان از دانش و مهارت لازم برای انجام ماموریت‌های محوله برخوردارند.
	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ وجود گواهی آموزش مدیران، برای پنج رده مدیریتی تعیین شده</li><li>❖ نیازسنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان / مدیران سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری بیمارستان</li><li>❖ گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران و مسئولان</li><li>❖ استفاده از آموزه‌های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات و تصمیم‌گیری‌های سازمانی توسط مدیران و مسئولان در رده‌های مختلف</li><li>❖ همخوانی دانش و مهارت مدیران / مسئولان بیمارستان با ماموریت‌های محوله</li></ul>

# پنج رده مدیریتی مورد نظر برای گذراندن دوره های آموزش مدیران شامل

- ۱. رئیس / مدیرعامل
- ۲. مدیر اجرایی / داخلی / مدیر خدمات پشتیبانی
- ۳. مدیر مالی
- ۴. مدیر پرستاری
- ۵. مدیر / مسئول بهبود کیفیت



## آموزش های مدیریتی و رهبری

- آموزشهای مدیریتی و رهبری در دو دسته عمومی و اختصاصی قرار می گیرند. آموزش های عمومی، آن دسته از آموزش ها را شامل می شود که برای تمام افراد شاغل در پست ها یا نقش های مدیریتی، سرپرستان، بدون در نظر گرفتن بخش / واحد تحت نظرشان، نیاز است و آموزش های اختصاصی مدیریت و رهبری، منظور آموزش های است که با توجه به مسئولیت فرد، مورد نیاز است.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



سطح دو	الف-۱-۲-۳ مدیران/ مسئولان بیمارستان در انجام وظایف محوله متعهد و پاسخگو هستند.
	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از نیازهای به روز شده‌ی جامعه و مراجعه‌کنندگان و سایر ذینفعان</li><li>❖ آگاه بودن مدیران و مسئولان بیمارستان از مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان</li><li>❖ آگاه بودن هر یک از اعضای تیم رهبری و مدیریت از حیطه مسئولیت‌ها و شرح وظایف خود</li><li>❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن نیازهای شناخته شده</li><li>❖ آگاه نمودن سایر مسئولان و کارکنان از نیازها و برنامه‌ها همراه با شواهد توسط تیم رهبری و مدیریت</li><li>❖ تعهد و پاسخگو بودن در برابر نتایج سازمانی و ذینفعان کلیدی</li></ul>

# تعهد و پاسخگو بودن تیم رهبری و مدیریت در برابر نتایج سازمانی و ذینفعان کلیدی

- مسئولیت پذیری و پاسخگویی مدیران ارشد در هر سازمان یکی از نشانه های **توسعه سازمانی** است که حداقل نتیجه آن الگوسازی و رهبری اثربخش آنها در انجام ماموریت های محوله است.
- مدیران و مسئولان در همه رده های مدیریتی بیمارستان بایستی در برابر تحقق نتایج از خود تعصب داشته و در صورت هرگونه نقصان شخصا مسئولیت آنرا به عهده گرفته و از فرافکنی های سازمانی دوری جویند.

# آثار تعهد و مسئولیت پذیری تیم رهبری و مدیریت

- ارزیابی این استاندارد نیازمند بررسی جو سازمانی در بیمارستان است.
- از لحظه ورود یک گیرنده خدمت تا خروج او همه مسیرهای ارائه خدمت، میزان تعهد پذیری، پاسخگویی و مسئولیت پذیری سازمان را به نمایش می گذارند. تا آنجا که در مواردی حتی نیازی به ملاقات مدیران ارشد هم نیست و رفتارهای سازمانی کارکنان و مسئولان بیان کننده تعهد و پاسخگویی و مسئولیت پذیری تیم رهبری و مدیریت است.
- خوشنامی و فعالیت بر اساس ارزشها در بیمارستان بایستی برای تیم رهبری و مدیریت مهم باشد.
- قطعا وجود هرگونه کم تفاوتی/ بی تفاوتی در مدیران مسئولان نسبت به موفقیت سازمان سمی مهلك برای هر گونه بهبود و توسعه سازمانی است.



سطح	الف-۱-۳ سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره‌ای بازنگری می‌شود.
سطح دو	الف-۱-۳-۱ سند استراتژیک <sup>۱</sup> بیمارستان هماهنگ با سیاست‌های اصلی تدوین، مصوب، ابلاغ و بازنگری می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ 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</li><li>❖ در نظر گرفتن استراتژی‌ها و اهداف ابلاغ شده از طرف سازمان بالادست در استراتژی‌ها و اهداف کلان بیمارستان</li><li>❖ تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاست‌های اصلی بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان</li><li>❖ تعیین اهداف عملیاتی/ اختصاصی/ عینی اسمارت<sup>۲</sup> برای هر یک از سال‌های برنامه استراتژیک مطابق با اهداف کلان و استراتژی‌های تدوین شده</li><li>❖ آماده سازی سند استراتژیک و تصویب و ابلاغ برنامه استراتژیک به واحدهای بیمارستان</li><li>❖ بازنگری حداقل سالیانه و یا اصلاح آن در صورت نیاز در هر مقطع زمان</li><li>❖ در دسترس بودن سند استراتژیک در بخش‌ها/ واحدها (ترجیحا بصورت الکترونیک)</li><li>❖ آگاهی کارکنان از قسمت‌های مرتبط با فعالیت خود</li></ul>	

# برنامه ریزی استراتژیک

- هر بیمارستان با بررسی سیاست ها و اسناد بالادستی خود و با استفاده از **یک الگوی شناخته شده علمی**، اقدام به برنامه ریزی استراتژیک می نماید.
- ضروری است این مجموعه، **حداقل بطور سالیانه مورد بازنگری قرار گیرد** تا در صورتی که تغییرات جدیدی در محیط داخلی یا خارجی بیمارستان و یا تغییری در سیاست ها و استراتژی های سازمان بالادست اتفاق افتاد، اصلاحات لازم انجام و مجدداً ابلاغ گردد.
- دارا بودن استراتژی به این معناست که تیم رهبری و مدیریت بیمارستان برای مجموعه تصمیم های خود، از الگو و تدابیر مشخص از پیش تعیین شده ای تبعیت نماید.
- برای اطلاع بخشها/واحدها از استراتژیها و اهداف بیمارستان، برنامه استراتژیک در دسترس **الکترونیکی** و بدون امکان چاپ یا کپی قرار گیرد و نیازی نیست که کل سند استراتژیک (یعنی مطالعات مربوط و تمام پیوست های آن) اطلاع رسانی شود.

الف-۱-۳-۲ سند استراتژیک مبنای برنامه‌ریزی‌ها در بیمارستان است.

سطح دو

❖ همسویی برنامه‌های 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 برنامه‌های عملیاتی مرتبط با واحد خود

وجود دو جریان مستقل تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بدون توجه به سند استراتژیک و برنامه‌های مبتنی بر سند استراتژیک در بیمارستان نشان‌دهنده عدم استقرار کامل این استاندارد مهم است. برنامه‌ریزی استراتژیک به منظور مدیریت کیفیت با لحاظ اولویت‌ها و شرایط بومی بیمارستان تدوین می‌شود. لذا بایستی در همه ابعاد مدیریتی مورد استناد باشد.





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



### الف-۱-۴ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و بر تحقق نتایج متوازن نظارت می‌نماید.

سطح	
سطح یک	الف-۱-۴-۱ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.
	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های تحلیلی مورد نیاز</li><li>❖ نظارت بر عملکرد بخش‌ها/ واحدها بر اساس گزارش‌های بدست آمده از منابع مختلف برای تحقق نتایج متوازن حاصل از تصمیمات و اقدامات</li><li>❖ تصمیم سازی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی بیمارستان</li></ul>

# حداقل گزارش های تحلیلی مورد نیاز شامل:

- ۱. گزارش تحلیلی نتایج اندازه گیری شاخص های عملکردی بخشها/ واحدها و فرایندها (هر سه ماه یک بار)
- ۲. گزارش تحلیلی رضایت سنجی از بیماران/ خانواده بیماران (هر سه ماه یک بار)
- ۳. گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان (حداقل هر شش ماه یک بار)
- ۴. گزارش اجرای برنامه های عملیاتی/بهبود بیمارستان و تحقق اهداف تعیین شده (هر سه ماه یک بار)
- ۵. گزارش ارزیابی فعالیت کمیته های بیمارستانی (هر سه ماه یک بار)
- ۶. گزارش ارزیابی شاخص های عملکردی مربوط به سکتة های قلبی و مغزی و ترویج زایمان طبیعی (هر شش ماه یک بار)
- ۷. گزارشهای توصیفی و تحلیلی از اجرای برنامه های بالادستی ابلاغ شده

نظارت بر عملکرد واحدها بر اساس گزارش های بدست آمده از منابع مختلف (میدانی، سیستم گزارش دهی و سایر)، مقایسه آن با نتایج از پیش تعیین شده/ابلاغ شده توسط سازمان های بالادست، تعیین و اجرای اقدامات/برنامه ها/سیاست های بهبود یا توسعه ای به منظور تحقق **نتایج متوازن** صورت می پذیرد.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



سطح دو	الف-۱-۴-۲ فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ شناسایی و مکتوب نمودن فرایندهای اصلی و مشخص کردن اجزاء فرایندها</li><li>❖ ترسیم توالی و تدوین تعامل بین فرایندهای اصلی (نمودار فرایند)</li><li>❖ اجرایی نمودن فرایندهای مکتوب شده</li><li>❖ تعریف شاخص‌های متناسب و معیارها/ حد مورد انتظار برای اندازه‌گیری فرایندها</li><li>❖ اندازه‌گیری شاخص‌های تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج</li><li>❖ تعیین و اجرای اقدامات مناسب/ اصلاحات فرایندی</li><li>❖ بازنگری و به روز رسانی فرایندهای اصلی</li></ul>

# انواع فرایندها

- فرآیندهای سازمانی در سه گروه **فرایندهای اصلی**، **پشتیبان** و **مدیریتی** قرار می گیرند.
- فرایندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی درارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می کند.
- برای تحت کنترل قرار دادن فرایندها لازم است که فرایندهای شناسایی شده، **کدگذاری شده** و پس از **تصویب رئیس بیمارستان**، در سطح بیمارستان ابلاغ گردد.
- فرایندهای اصلی باید به شکلی تعریف شوند که بتوان نقشه ارتباطی بین آنها (نقشه فرایندی) را ترسیم و مسیر حرکت مشتری مورد نظر را در بین فرایندها مشخص نمود.
- فرایندهای ابلاغ شده باید با **روند کاری** در واحدهای مرتبط **هم خوانی** داشته و کارکنان از آن آگاهی کامل داشته باشند.
- این فرایندها **حداقل سالی یکبار** مورد بازنگری و در صورت نیاز ویرایش می شوند.

# شاخص های فرایندی

- ضروری است در هنگام تعیین شاخص های اندازه گیری فرایندها، به کافی و متناسب بودن آن دقت شود به طوری که برای هر یک از **گلوگاه های فرایند اصلی**، اندازه گیری در نظر گرفته شود.

- شاخص ها می توانند جنبه های مختلفی را پوشش دهند، از جمله می توان به زمان ارائه خدمات و یا زمان انتظار برای دریافت خدمات، هزینه، سرعت انجام کار، صحت/ دقت انجام کار، رضایت مشتریان اشاره نمود.

- در **شناسنامه شاخص** های فرایندی باید مشخص گردد که چه کسی، در چه بازه زمانی، باچه فرمولی و بار اساس چه اطلاعاتی، اندازه گیری شاخص ها را انجام می دهد.



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها - ویرایش چهارم - سال ۱۳۹۸



سطح دو	الف-۱-۳-۴-۱ نتایج عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان به طور مستمر پایش و مدیریت می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ محاسبه و تفسیر/ تحلیل شاخص‌های مورد نیاز/ ابلاغی بالینی و غیر بالینی در فواصل تعیین شده و ارائه پیشنهادهای کاربردی بر اساس آنها</li><li>❖ ایجاد سیستم گزارش‌دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های توصیفی بالینی و غیر بالینی مورد نیاز در زمان‌های مشخص</li><li>❖ پایش عملکرد واحدهای بالینی و غیر بالینی بر اساس گزارش‌های بدست آمده و تفسیر/ تحلیل شاخص‌های مربوط</li><li>❖ مقایسه نتایج پایش عملکرد با نتایج مورد انتظار/ از پایش تعیین شده/ ابلاغ شده</li><li>❖ تعیین و اجرای اقدامات/ برنامه‌ها/ سیاست‌های بهبود یا توسعه‌ای با توجه به روند نتایج ارزیابی عملکرد در حوزه‌های بالینی و غیر بالینی</li></ul>

# مثال های از گزارش های عملکردی:

- ۱. متوسط اقامت بیمار در هر بخش بستری / هر پزشک / هر بیماری (ماهانه)
- ۲. ضریب اشغال تخت در هر بخش بستری / هر پزشک / هر بیماری (ماهانه)
- ۳. نرخ عفونت بیمارستانی به تفکیک بخش (سه ماهه)
- ۴. نرخ بستری مجدد در هر بخش بستری هر پزشک / هر بیماری (سه ماهه)
- ۵. هزینه / درآمد هر روز تخت بستری اشغال شده / بستری کل (سه ماهه)
- ۶. هزینه / درآمد هر ماه فعالیت هر بخش بستری / هر واحد تشخیصی / هر واحد کمک درمانی (سه ماهه)
- ۷. نسبت تخت روز بستری پذیرش بیماران بر حسب منبع پذیرش بیمار (درمانگاه، مطب خصوصی، اورژانس، و...) (سه ماهه)
- ۸. نسبت تعداد نفر سرویس ارائه شده به ازای تعداد نفر ساعت کار واحد تشخیصی / کمک درمانی (سه ماهه)
- ۹. نسبت ساعت کار اتاق عمل به کل ساعت کار قابل استفاده اتاق عمل (ماهانه)
- ۱۰. گردش تخت اتاق عمل (تعداد جراحی انجام شده بر روی هر تخت) هر سرویس تخصصی / هر پزشک
- ۱۱. متوسط ویزیت روزانه بیمار در درمانگاه به ازای هر گروه تخصصی پزشکان (ماهانه)
- ۱۲. میزان ترخیص با مسئولیت شخصی
- ۱۳. میزان اعمال جراحی کنسل شده



# ایا این شاخص ها ملاک ارزیابی هستند؟

- این شاخص ها ملاک ارزیابی نیستند .
- هریک از بیمارستان ها بایستی به صورت کاملاً بومی با شناسایی گلوگاه های مهم و گزارش های لازم برای سازمانهای بالادستی، نسبت به تعریف شاخص های بالینی و غیر بالینی موثر بر نتایج سازمان خود اقدام نماید.
- در همین راستا توصیه موکد توجه به میزان تاثیر این پایش ها در بازنگری سیستم مدیریتی و بهبود نتایج سازمان است و اتلاف وقت و هزینه برای پایش های متعدد و بدون/کم ثمر توصیه نمی شود.

● بزرگترین عارضه نظام های مراقبت مدیریت نظارت های نامتوازن و بدون حساب و کتاب و بدون رویه های منطقی است. به عنوان مثال در یک بیمارستان کوچک بیش از یکصد شاخص پایش و اندازه گیری می شود. اما بجز موارد معدودی اساسا فرصت تحلیل و بازنگری برای سازمان فراهم نمی شود. صرفا پرستاران را از بالین بیمار دور می کنیم!

# 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
- ❖ لحاظ موازین ایمنی بیمار و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در برنامه عملیاتی و بودجه بندی بیمارستان با هویتی مشخص و مستقل (یا در قالب پیوست برنامه)
- ❖ تعیین فعالیت های 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
- ❖ اطلاع کارکنان از برنامه های عملیاتی مرتبط با واحد خود
- ❖ تهیه گزارش های 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 شاخصهای مربوطه

# 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 چالش های در دوره های زمانی معین به تشخیص مدیران / مسئولان بیمارستان
- ❖ تعیین فرصت های بهبود با توجه به امکانات و توانمندی های بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالش های شناسایی شده
- ❖ جمع آوری ایده های مناسب برای فرصتهای 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

# الف- ۱- ۴- ۶ سوابق و مستنداتِ مدیریت، تحت کنترل بوده و قابل بازیابی 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

● مدیریت مستندات امری مهم و تعیین کننده در راستای اجرای دقیق نظام پایش و مراقبت است. این مهم در بسیاری از بیمارستان‌ها شامل همه مستندات جاری نیست و متأسفانه انواع چک لیست‌ها، فرم‌ها و پایش‌ها به صورت گردابی زمان مفید کارکنان بالینی را به هدر می‌دهد.

● در صورت هرگونه تغییر مسئولان ارشد هرگز نیاز به بازنگری و ابلاغ مجدد مستندات مدیریتی نیست. تنها مستنداتی که در زمان تصدی مدیران جدید بازنگری می‌شوند نیاز به ابلاغ مجدد و توشیح روسای جدید دارد.

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 گروههای 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

# برخی از گروه‌های ذینفع:

- بیماران به عنوان مشتریان اصلی بیمارستان
- کارکنان و پزشکان
- دانشجویان و دستیاران تخصصی (برای بیمارستانهای آموزشی) به عنوان گروه دیگری از مشتریان اصلی بیمارستان
- سهامداران
- تامین کنندگان (پیمانکاران، تامین کنندگان دارو و لوازم مصرفی پزشکی، ارائه دهندگان خدمات مختلف تعمیر و نگهداری، تامین کنندگان تجهیزات پزشکی و ...)
- سازمان متبوع (مانند وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی / نیروی مسلح برای بیمارستانها تابعه خودشان، دانشگاه علوم پزشکی متبوع و ...)
- سازمانهای همکار (مانند پزشکی قانونی، شهرداری و ...).



# الف ۱-۵ کمیته های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به صورت اثربخش فعالیت می نمایند.

- ❖ تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر یک از کمیته های بیمارستانی
- ❖ برگزاری جلسات کمیته ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعمل های ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی بیمارستان برای هر کمیته
- ❖ تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته ها، متناسب با وظایف و تخصصهای مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت
- ❖ تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان
- ❖ برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته

# حداقل جلسات مشترک / مستقل مورد انتظار در این استاندارد شامل کمیته های ذیل است

- ۱. کمیته پایش و سنجش کیفیت (مستقل)
- ۲. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات (مستقل)
- ۳. کمیته اخلاق بالینی (مستقل)
- ۴. کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت محیط (ه صورت مشترک / مستقل)
- ۵. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ( به صورت مشترک / مستقل)
- ۶. کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر (به صورت مشترک / مستقل)
- ۷. کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و اقتصاد درمان (به صورت مشترک / مستقل)
- ۸. کمیته مر و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط (مشترک / مستقل)
- ۹. کمیته طب انتقال خون (مستقل)
- ۱۰. کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس (مستقل)
- ۱۱. فن آوری و مدیریت اطلاعات سلامت (مستقل)

- الف- ۱- ۵- ۲ مصوبات کمیته های بیمارستانی شامل راه حل های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.
- الف- ۱- ۵- ۳ اثربخشی مصوبات کمیته های بیمارستانی، ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.
- الف- ۱- ۵- ۴ کمیته های بیمارستانی در روند ارتقا کیفیت خدمات و ایمنی بیماران نقش مؤثر ایفا می نمایند.

# نقش رهبری و مدیریت در ارتقاء مستمر کیفیت خدمات و ایمنی بیمار

- اعتباربخشی در دو عبارت **ارتقاء مستمر کیفیت خدمات و ایمنی بیمار** خلاصه می‌شود.
- نتایج ارزیابی این استاندارد و همه سنجه‌های آن به عنوان یکی از مهم‌ترین استانداردها، بر نتایج سایر محورها نیز تاثیر گذار خواهد بود.

# ارتقاء مستمر کیفیت خدمات و ایمنی بیمار درده سنجه ذیل خلاصه می شوند

- الف-۱-۶-۱ \* اولویت بخشی به ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار
- الف-۱-۶-۲ \* انجام بازدیدهای مدون ایمنی بیمار
- الف-۱-۶-۳ \* فعالیت مسئول ایمنی و هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- الف-۱-۶-۴ \* گزارش وقایع ناخواسته درمان
- الف-۱-۶-۵ \* شناسایی، پیشگیری و مدیریت وقایع ناخواسته درمان
- الف-۱-۶-۶ \* ارزیابی اثربخشی و بهبود برنامه‌های ارتقاء ایمنی بیمار
- الف-۱-۶-۷ \* نقش موثر رهبری و مدیریت در ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار
- الف-۱-۶-۸ \* مدیریت پیشگیرانه در وقایع ناخواسته درمان
- الف-۱-۶-۹ \* استقرار فرهنگ ایمنی بیمار
- الف-۱-۶-۱۰ \* اولویت بخشی به ارتقاء کیفیت خدمات در سطوح عملکردی

- روند کیفی سازی و ایمن سازی خدمات از اولویت بخشی تیم رهبری و مدیریت آغاز می شود. اما بایستی به نهادینه سازی کیفیت در سطوح عملکردی و استقرار فرهنگ ایمنی در بیمارستان منجر شود.

- ایجاد مستندات بیان کننده اولویت بخشی در سطح ستاد و تیم ارشد مدیریت، مانند صورت جلسات و استراتژی های، پله اول اولویت بخشی به کیفیت و ایمنی بیمار است.

- تبدیل شدن ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار به یک ارزش سازمانی بی بدیل در تمام سطوح عملکردی و اعضای سازمان بیان کننده پای بندی واقعی تیم رهبری و مدیریت به این دو مهم است.

- بکارگیری منابع، سازماندهی، برنامه ریزی، رهبری و در نهایت نظارت و کنترل در سیستم های مدیریتی بایستی به صورت یکپارچه و همسو موتور محرک کیفیت و ایمنی در سطح بیمارستان باشند.

● در شرایط محدودیت منابع **توزیع متوازن منابع** موجود بر اساس تعهدات رهبری و مدیریت بدون هرگونه تبعیض سازمانی و گرایش گروهی ، صنفی و شغلی یک ضرورت است و موجب تقویت نهادهای گروهی برای ارائه خدمات هم سو و هم دوش در بیمارستان می شود.

● محدودیت منابع یکی از مشکلات همیشگی پیش روی مدیران است. اما این محدودیت ها هرگز عامل اصلی خدشه دار شدن رابطه مدیران و کارکنان نیست.

● **حمایت متوازن از ارائه دهنده و گیرنده خدمت** از ویژگی های رهبری است و همبستگی سازمانی را در بین کارکنان و مدیران رواج می دهد.

● مدیران و مسئولان متعهد و پاسخگو با استفاده از الگوهای رهبری سازمانی نشاط و امید را با تکیه بر واقعیت های سازمانی و ارزش های انسانی ترویج نموده و سازمان را در چارچوب های خشک مدیریتی و نظام های تشویق و تنبیهی محض متوقف نمی نمایند.

# الف ۱-۷ تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه ریزی و اقدام می نماید.

- جایگاه بیماران در بسترهای تصمیم گیری و اجرایی در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان نشان دهنده استقرار فرهنگ بیمار محوری است.
- دسترسی بیمار به خدمات، استمرار خدمات به بیمار، آموزش به بیمار و همراهان به وسیله شاخص رضایت سنجی بیمار قابل سنجش است.
- یکی از نشانه های بیمار محوری در بیمارستان تمایل و اشتیاق مدیران/مسئولان/کارکنان برای پاسخگویی، راهنمایی و کمک به بیماران به عنوان یک فرهنگ سازمانی پایدار است.



# 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.

## ● انواع شیوه ها و منابع نظارت

- نظارت میدانی تیم رهبری و مدیریت (بازدیدهای سرزدهای در تمام ساعات شبانه روز برای ارزیابی عملکرد کارکنان)
- اخذ گزارشهای محیطی از صندوقهای ارتباط مردمی
- برنامه های ملاقات حضوری تیم رهبری و مدیریت و اخذ گزارش از گیرنده گان خدمت
- پیشنهادات و شکایات واصله مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اخلاق حرفه ای

# مدیریت منابع انسانی

## الف- ۳- ۱ کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز توانمندیهای لازم برای هر یک از مشاغل بکارگیری می شوند.

- بکارگیری پزشکان، پرستاران، نیروهای پاراکلینیک، پشتیبانی، اداری و مالی و خدمات مطابق با قوانین و مقررات وزارت بهداشت و کتاب طبقه بندی مشاغل

- ❖ بکارگیری نیروهای شاغل در بیمارستان براساس قوانین بالادستی سازمان مربوط

- ❖ ممنوعیت بکارگیری اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بیمارستانهای غیر دانشگاهی

- ❖ ممنوعیت اشتغال اعضای هیات علمی غیر تمام وقت جغرافیایی در بخش غیر دانشگاهی در ساعات اداری

- ❖ ممنوعیت بکارگیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی و نیروهای متخصص متعهد در بیمارستانهای غیر دانشگاهی یا بیمارستانهای غیر موظفی

- ❖ ممنوعیت بکارگیری دستیاران، دانشجویان پزشکی و پرستاری و حرف وابسته در بیمارستانهای غیر دانشگاهی

- ❖ بکارگیری نیروهای مرتبط در بخش های درمانی مطابق با شرایط احراز شغل و عملکرد در چارچوب شرح وظایف و براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی

- ❖ رعایت توازن در ترکیب رده های شغلی و سابقه افراد و تعداد آنها در برآورد نیروی انسانی در هر بخش / واحد

الف- ۳- ۱- ۲ توانمندیهای عمومی و اختصاصی برای هریک از مشاغل تعیین شده است و بکارگیری کارکنان بر اساس آن صورت می پذیرد.

- تعیین فرآیندهای فنی و تخصصی هر بخش/واحد توسط مدیر منابع انسانی با همکاری مسئولان بخشها/واحدها
- فرایندهای مدیریت منابع انسانی برای پرستاران تحت مدیریت و برنامه ریزی مدیریت پرستاری است. در این استاندارد کارکنان غیر پرستاری مد نظر است
- ❖ شناسایی و تدوین حداقل صلاحیت های فنی و تخصصی برای اشتغال در بخشها/واحدهای بیمارستان و ارزیابی صلاحیت کارکنان جدید الورد بر همین اساس
- ❖ ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی کارکنان توسط مسئول بخشها/واحد مربوط

● تدوین فهرست توانمندیهای لازم برای انجام وظایف، برای همه مشاغل ضروری نیست و بیمارستان صرفاً درخصوص مشاغلی که علاوه بر شرایط تصدی موجود در کتاب طبقه بندی مشاغل و شرایط احراز و توانمندیهای خاصی مانند گذراندن دوره های آموزشی یا داشتن سوابق اجرایی برای آنها مدنظر است، تدوین می نماید.

● درخصوص مشاغل حساس مانند پرستار تریاژ، مسئول اتاق عمل، سوپروایزرها، سرپرستاران، مسئول بانک خون و سایر مواردی که از نظر بیمارستان نیاز به توانمندیهای خاص برای انجام وظایف دارند، بایستی فهرست توانمندی ها تعیین و قبل از بکارگیری احراز شود.

الف-۳-۱-۳ حداقل مهارت های ارتباطی برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران، ارزیابی و پیش از بکارگیری آنها احراز می شود.

- تعیین مصادیق ارزیابی مهارت های ارتباطی برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران
- ❖ ارزیابی و در صورت لزوم اجرای برنامه آموزشی در زمینه مهارت ارتباطی مورد نیاز برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران
- ❖ رفتار و برخورد مناسب و حرفه ای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران مبتنی بر اصول مهارت های ارتباطی اثربخش

# الف- ۳- ۲- ۱ برنامه ریزی آموزشی سالیانه بر اساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی برنامه ریزی و اجرا می شود.

- ❖ تدوین برنامه آموزشی سالیانه کارکنان
- ❖ لحاظ برنامه توسعه فردی کارکنان در برنامه آموزشی سالیانه کارکنان
- ❖ لحاظ دوره های پیشنهادی مسئولان بخشها / واحدها کارکنان در برنامه آموزشی
- ❖ لحاظ نتایج ارزشیابی کارکنان و برنامه ریزی آموزشی توسط مسئولان واحدها/ بخش
- ❖ محوریت مدیریت پرستاری در نیازسنجی آموزشی پرستاران
- ❖ محوریت رئیس/ مدیرعامل بیمارستان در نیازسنجی آموزشی پزشکان
- ❖ محوریت مدیریت بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی در نیازسنجی آموزشی کارکنان غیر پزشک و غیر پرستار
- ❖ برآورد بودجه آموزشی مورد نیاز برنامه آموزشی سالیانه کارکنان
- ❖ تامین بودجه و تصویب و ابلاغ برنامه آموزشی سالیانه کارکنان توسط تیم رهبری و مدیریت
- ❖ اجرای برنامه آموزشی به صورت الکترونیک/ حضوری
- ❖ تدوین برنامه اصلاحی متعاقب ارزشیابی دوره های آموزشی و نتایج آزمونها

- الف-۳-۲-۲ کتابچه توجیهی برای معرفی شرایط عمومی و موارد اختصاصی هر بخش / واحد و مقررات اداری و مالی در دسترس کارکنان است.
- الف-۳-۲-۳ جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات بین کارکنان، برنامه ریزی و بر اساس آن اقدام میشود.
- دستورالعمل انتقال دانش و تجربه استاد و شاگرد حداقل در مشاغل حساس تدوین و اجرایی شود.
- الف-۳-۲-۴ اثربخشی برنامه های آموزشی در حیطه آگاهی و مهارت، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی مؤثر برنامه ریزی و اجرا میشوند.



الف- ۳- ۲- ۵- کنگره ها و همایشهای علمی اطلاع رسانی شده و از حضور کارکنان در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم پزشکان حمایت میشود.

- ❖ اطلاع رسانی بیمارستان درخصوص برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی
- ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت پزشکان در دورههای بازآموزی و آموزش مداوم
- ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت پرستاران در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم
- ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت کارکنان پاراکلینیک در دوره های بازآموزی و آموزش مداوم
- ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت کارکنان غیر بالینی در دوره های بازآموزی و آموزشهای تخصصی

## الف-۳-۳ ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان

- الف-۳-۳-۱ کنترل‌های انضباطی بر اساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا می‌شوند.
- الف-۳-۳-۲ نتایج ارزشیابی سالیانه کارکنان، در طراحی برنامه آموزشی و ارتقا شغلی کارکنان استفاده میشوند.

الف- ۳- ۳- ۳ شایستگی کارکنان بر اساس معیارهای معین ارزیابی شده و نتایج آن ملاک ارتقای شغلی کارکنان است.

- ❖ مشخص بودن روند ارتقای شغلی در رده های شغلی مختلف در مقررات داخلی بیمارستان
- ❖ آگاهی کارکنان از ضوابط و روند ارتقای شغلی خود
- ❖ ارتقای شغلی کارکنان مطابق ضوابط ابلاغی و احکام کارگزینی مربوط
- ❖ انتصاب مدیران و مسئولان بخشها/ واحدها متناسب با شایستگی های دانشی، مهارتی و تجربه افراد و شواهد عملکردی آنان
- ❖ داشتن حسن شهرت و نداشتن سوء سابقه در زمینه اخلاق حرفه ایی شرط لازم برای انتصاب های مدیریتی

# الف-۳-۳ کارکنان نمونه، بر اساس عوامل کلیدی معین و مؤثر بر کیفیت کار، شناسایی شده و مورد تشویق قرار می گیرند.

- تعیین ملاکهای شناسایی و معرفی کارکنان نمونه در تمامی بخشها/واحدها
- ❖ اطلاع رسانی ملاکهای شناسایی و معرفی کارکنان نمونه به تمامی کارکنان
- ❖ انتخاب کارکنان نمونه براساس ملاکهای شناسایی شده و با روش مشخص
- ❖ داشتن حس شهرت و عدم وجود سو سابقه در زمینه اخلاق حرفه ایی شرط لازم برای پرسنل نمونه

## الف- ۳- ۴- ۱ اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان و سطح بندی دسترسی به این اطلاعات رعایت می شود

- **تعیین حداقل محتوای پرونده پرسنلی** منطبق با قوانین سازمانهای بالادستی
- **وجود فضای بایگانی** منطبق بر استانداردها از نظر مساحت، دما، رطوبت و استفاده از ملزومات و تجهیزات با کیفیت برای نگهداری اسناد پرسنلی
- **رعایت اصل محرمانگی، تعیین سطح دسترسی ها** با نظارت مسئول واحد منابع انسانی
- **وجود پرونده پرسنلی کاغذی / الکترونیک** برای تمامی کارکنان در واحد منابع انسانی برگه شمار نمودن و جداسازی اوراق پرونده های پرسنلی
- **وجود پرونده پرسنلی کاغذی / الکترونیک برای کارکنان بخشها و واحدهای برون سپاری شده**

- الف-۳-۴-۳ عملکرد و تصمیمات تیم مدیریت و رهبری نشان دهنده ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان است.
- الف-۳-۴-۴ رضایت کارکنان حداقل دو بار در سال و با فاصله شش ماه ارزیابی و بر اساس نتایج آن، اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا میشود.
- الف-۳-۴-۸ \* بیمارستان در قبال عملکرد/ نقش کارکنان در وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت مبتنی بر فرهنگ ایمنی بیمار اقدام می نماید.