



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>
	<p>فرایند مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه‌ریزی شده انجام می‌گیرد. فرایند بایستی شروع و خاتمه مشخص داشته و ضمن تعریف ورودی‌ها و خروجی‌ها و تعیین متولی و صاحبان فرایند، ساختار شفاف برای عملکرد ارائه نماید. فرایندهای اصلی بیمارستان منظور آن گروه از فرایندها هستند که در ارتباط مستقیم با مشتریان بیمارستان تعریف می‌شوند. مشتریان منطق با ماوریت‌های بیمارستان می‌توانند شامل دانشجویان، بیماران، مراجعه کنندگان، مددجویان و ... باشند. به طور مثال فرایند ارائه خدمات آموزشی برای دانشجویان، فرایند ارائه خدمات درمانی سرپایی، فرایند ارائه خدمات درمانی بستری، فرایند ارائه خدمات اورژانسی، فرایند ارائه خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و سایر.</p> <p>فرایندهای سازمانی در سه گروه فرایندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی قرار می‌گیرند. فرایندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می‌کند. هر یک از گام‌های فرایندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرایند فرعی باشد. فرایندها می‌توانند به صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند. اجزاء فرایند شامل ورودی‌ها، خروجی‌ها، منابع، متولی فرایند و صاحبان فرایند می‌شود. برای تحت کنترل قرار دادن فرایندها لازم است که فرایندهای شناسایی شده، کدگذاری شده و پس از تصویب رییس 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. تعامل فرایندها شامل تاثیرگذاری هر فرایند بر فرایندهای مرتبط با آن بر اساس نقشه فرایندی/ توالی فرایندی است.</p> <p>فلوچارت یا نمودار فرایند، نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند برای اجرای کار درست انجام می‌شود را نشان می‌دهد. از طریق مشاهده فلوچارت می‌توان تصویری کلی از فرایند به دست آورد و فهمید که یک فرایند چگونه کار می‌کند؟ و مسئول هر یک از فعالیت‌ها کیست؟</p>
	<p>➤ برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوچارت ترسیم شده، از اشکال هندسی قراردادی به شرح زیر استفاده می‌شود:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. بیضی (شروع و پایان فرایند)</li> <li>۲. مستطیل (انجام یک فعالیت)</li> <li>۳. لوزی (نشان دادن یک تصمیم‌گیری)</li> <li>۴. فلش برای نشان دادن مسیر جریان فرایند</li> </ol> <p>ضروری است در هنگام تعیین شاخص‌های اندازه‌گیری فرایندها، به کافی و متناسب بودن آن دقت شود به طوری که برای هر یک از گلوگاه‌های فرایند اصلی، اندازه‌گیری در نظر گرفته شود. شاخص‌ها می‌توانند جنبه‌های مختلفی را پوشش دهند، از جمله می‌توان 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 شاخص‌های فرایندی باید مشخص گردد که چه کسی، در چه بازه زمانی، با چه فرمولی و بر اساس چه اطلاعاتی، اندازه‌گیری شاخص‌ها را انجام می‌دهد. فرایندهای ابلاغ شده باید با روند کاری در واحدهای مرتبط همخوانی داشته و کارکنان از آن آگاهی کامل داشته باشند. این فرایندها حداقل سالی یکبار مورد بازنگری و در صورت نیاز ویرایش می‌شوند. هر بیمارستان تعداد محدودی فرایند اصلی دارد و متعدد بودن فرایندهای اصلی یا کوچک بودن دامنه هر فرایند، باعث گسستگی سیستم مدیریتی در واحدها می‌شود. لذا توصیه می‌شود از تعریف فرایندهای کوچک یا فرعی، بدون در نظر گرفتن توالی آن‌ها و ارتباط فرایندهای اصلی با مشتریان اصلی بیمارستان خودداری شود.</p>



سطح دو	الف-۱-۳-۴ 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>
	<p>➤ انواعی از گزارش‌های عملکردی:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. متوسط اقامت بیمار در هر بخش بستری/ هر پزشک/ هر بیماری (ماهانه)</li> <li>۲. ضریب اشغال تخت در هر بخش بستری/ هر پزشک/ هر بیماری (ماهانه)</li> <li>۳. نرخ عفونت بیمارستانی به تفکیک بخش (سه ماهه)</li> <li>۴. نرخ بستری مجدد در هر بخش بستری هر پزشک/ هر بیماری (سه ماهه)</li> <li>۵. هزینه/درآمد هر روز تخت بستری اشغال شده/ بستری کل (سه ماهه)</li> <li>۶. هزینه/درآمد هر ماه فعالیت هر بخش بستری/ هر واحد تشخیصی/ هر واحد کمک درمانی (سه ماهه)</li> <li>۷. نسبت تخت روز بستری پذیرش بیماران بر حسب منبع پذیرش بیمار (درمانگاه، مطب خصوصی، اورژانس، و...) (سه ماهه)</li> <li>۸. نسبت تعداد نفر- سرویس ارائه شده به ازای تعداد نفر- ساعت کار واحد تشخیصی/ کمک درمانی (سه ماهه)</li> <li>۹. نسبت ساعت کار اتاق عمل به کل ساعت کار قابل استفاده اتاق عمل (ماهانه)</li> <li>۱۰. گردش تخت اتاق عمل (تعداد جراحی انجام شده بر روی هر تخت) هر سرویس تخصصی/ هر پزشک</li> <li>۱۱. متوسط ویزیت روزانه بیمار در درمانگاه به ازای هر گروه تخصصی پزشکان (ماهانه)</li> <li>۱۲. میزان ترخیص با میل شخصی</li> <li>۱۳. میزان اعمال جراحی کنسل شده</li> </ol> <p>بدیهی است موارد ذکر شده فوق، صرفاً مثال‌هایی از شاخص‌هایی برای پایش عملکرد بالینی و غیر بالینی هستند و خود این شاخص‌ها ملاک ارزیابی نیستند. هریک از بیمارستان‌ها بایستی به صورت کاملاً بومی با شناسایی گلوگاه‌های مهم و گزارش‌های لازم برای سازمان‌های بالادستی، نسبت به تعریف شاخص‌های بالینی و غیر بالینی موثر بر نتایج سازمان خود اقدام نماید. در همین راستا توصیه موکد توجه به میزان تاثیر این پایش‌ها در بازنگری سیستم مدیریتی و بهبود نتایج سازمان است و اتلاف وقت و هزینه برای پایش‌های متعدد و بدون/کم ثمر توصیه نمی‌شود.</p>
سطح دو	الف-۱-۴-۴ برنامه‌های عملیاتی طراحی، پایش و مدیریت می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سالیانه و با مشارکت واحدهای مرتبط</li> <li>❖ 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)</li> <li>❖ تعیین فعالیت‌های لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی</li> <li>❖ 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</li> <li>❖ مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آن‌ها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی</li> <li>❖ تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه‌گیری آن‌ها در بازه‌های زمانی مشخص</li> <li>❖ اطلاع کارکنان از برنامه‌های عملیاتی مرتبط با واحد خود</li> <li>❖ تهیه گزارش‌های پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه‌های زمانی مشخص و ارائه به تیم رهبری و مدیریت</li> <li>❖ به روز رسانی برنامه‌های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های مربوط</li> </ul>
	<p>برنامه عملیاتی مستندی است شامل مجموعه فعالیت‌ها و اقدامات زمان بندی شده (معمولاً در بازه زمانی یک سال) برای دستیابی به اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی در راستای به اجرا درآوردن تصمیمات استراتژیک با بهترین استفاده از منابع موجود (منابع انسانی، فیزیکی، مالی و اطلاعاتی). در تدوین برنامه عملیاتی، امکان در نظر گرفتن تحولات محیطی و اعمال اصلاحات لازم به شرط اینکه اهداف تعیین شده حاصل شود، وجود دارد. برنامه عملیاتی شامل اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی با ویژگی اسمارت بودن است و بر اساس اهداف کلان و استراتژی‌های مشخص شده در برنامه استراتژیک تعیین می‌گردند. ویژگی اسمارت بودن به خاص و مشخص بودن هدف (تمرکز آن بر یک موضوع مشخص)، قابل اندازه‌گیری بودن، قابل دسترس بودن، واقع گرا یا مرتبط بودن و زمان مند بودن هدف اشاره دارد. فعالیت‌های لازم برای دستیابی به اهداف تعیین شده، مسئول اجرا و زمان اجرای هر فعالیت و منابع مورد نیاز (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) برای هر فعالیت است. برای هر برنامه، مسئول پایش تعیین شده که در زمان‌های معین، اجرای فعالیت‌ها را پایش کرده و با اندازه‌گیری شاخص‌های تعیین شده، میزان تحقق اهداف اختصاصی/ عملیاتی را تعیین و گزارش می‌نماید.</p>



سطح دو	الف-۴-۵ چالش‌ها و فرصت‌های بهبود شناسایی و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی و مکتوب نمودن چالش‌های در دوره‌های زمانی معین به تشخیص مدیران/ مسئولان بیمارستان</li> <li>❖ تعیین فرصت‌های بهبود با توجه به امکانات و توانمندی‌های بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالش‌های شناسایی شده</li> <li>❖ جمع آوری ایده‌های مناسب برای فرصت‌های بهبود پیش بینی شده و انتخاب ایده‌های کاربردی برای اجرا</li> <li>❖ اجرای ایده‌ها و ارزیابی مؤثر بودن آن‌ها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های بهبود</li> </ul> <p>منظور از چالش، هر وضعیت یا پدیده بیرونی است که از حیطة اختیار سازمان خارج بوده، باعث بروز دشواری یا ایجاد مانع در راه انجام وظایف معمول و رسیدن به اهداف شده، سیاست‌های اصلی سازمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و مواجهه با آن دغدغه ذهنی برای مدیران است. تاثیر بر آثار چالش‌ها، تلاشی سخت و سرنوشت ساز نیاز دارد. لازم به ذکر است منظور از چالش در این استاندارد، نقاط ضعف یا تهدیدهای سازمان که در تحلیل وضعیت موجود در سند استراتژیک نمی باشد. چالش‌ها معمولاً به عنوان یک تهدید فوری در سازمان پدیدار می‌شوند و تاثیرات مهمی در روندها و برنامه‌ها و نتایج می‌گذارند. بهترین مثال برای این مهم تاخیر غیر معمول در دریافت مطالبات از سازمان‌های بیمه گر و کاهش ناگهانی نقدینگی بیمارستان است. البته مسلم است که خود این چالش نیز تحت تاثیر چالش‌های فرادستی دیگر نمود پیدا می‌کند. اما در سازمان‌های برنامه محور با حضور رهبری و مدیریت آگاه به اصول برنامه‌ریزی می‌توان چالش‌ها را به موقع شناسایی نمود و فرصت بهبود/اجبران و کاهش آسیب پذیری را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال طراحی مدل اقتصاد مقاومتی در بیمارستان با همه ابعاد فنی و اجرایی می‌تواند نسخه جبرانی برای مدیریت کمبود منابع باشد. در واقع تهدید کمبود منابع به فرصتی برای پویایی و ایجاد بهره وری بیشتر در سازمان تبدیل می‌شود. نقش رهبری و مدیریت در بیمارستان فراتر از چند تصمیم کوچک/ بزرگ در فرایند اجرایی است. این مهم تنها با خلاقیت در شیوه‌های رهبری و هدایت بهینه منابع در راستای برنامه‌های اقتصاد مقاومتی مدیریت می‌شود. البته تمامی تاثیرات چالش‌های سیستمی را نمی‌توان از بین برد اما به قدر وسع و توان سازمانی تیم رهبری و مدیریت، می‌توان عوارض سازمانی این چالش‌ها را به حداقل رساند.</p> <p>فرصت بهبود عبارت است از هر وضعیت، موقعیت و شرایطی که امکان ایجاد ارزش/ منفعت/ بهبود برای سازمان داشته باشد. این فرصت می‌تواند با اضافه شدن ایده مناسب و یا منابع لازم تبدیل به ارزش/ منفعت/ بهبود گردد. برای اینکه بتوان از فرصت‌های بهبود پیش آمده استفاده بهینه کرد، لازم است در ابتدا این فرصت‌ها را شناسایی نمود و سپس با طراحی و ارائه ایده‌های کاربردی و یا برنامه‌های اجرایی، آن را به یک بهبود بالفعل در سیستم/ سازمان تبدیل نمود.</p> <p>برنامه بهبود مستندی است که برای دستیابی به اهداف کیفیتی معین و به صورت یک برنامه اجرایی با فعالیت‌ها، زمان‌بندی، منابع و مجریان مشخص طراحی و تدوین می‌شود. برنامه بهبود همانند برنامه عملیاتی باید پایش و ارزیابی شود تا اطمینان حاصل شود که بیمارستان به اهداف تعیین شده دست پیدا کرده است.</p> <p>ضروری است بیمارستان سوابق مربوط به شناسایی چالش‌ها، فرصت‌های بهبود و ایده‌های کاربردی اجرا شده و نتایج اجرا را به صورت جمع بندی شده نگهداری نماید. چرا که درس از گذشته یکی از شیوه‌های مهم و اثربخش در مدیریت چالش‌های تجربه شده است. چالش‌های شناسایی شده بایستی در بازنگری سیاست‌های اصلی و برنامه استراتژیک مدنظر باشند. همچنین توصیه می‌شود تیم رهبری و مدیریت از کارکنان خلاق به نحو مقتضی قدردانی نمایند. همچنین به منظور استفاده از قدرت خلاقیت کارکنان برای ارائه ایده‌های کاربردی می‌توان دوره‌های آموزشی پرورش تفکر خلاق و تفکر انتقادی را برگزار نمود.</p>



سطح دو	الف-۱-۴-۶ سوابق و مستندات مدیریت، تحت کنترل بوده و قابل بازیابی است.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان از طریق انتخاب نام/عنوان و کدگذاری آن‌ها</li> <li>❖ مکتوب نمودن نحوه کدگذاری، تصویب، بازنگری، توزیع و تغییر مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان</li> <li>❖ تهیه فهرست اصلی برای مستندات درون سازمانی</li> <li>❖ مشخص نمودن فرد مسئول برای کنترل مستندات درون سازمانی</li> <li>❖ کسب اطمینان از تحت کنترل بودن و استفاده صحیح کارکنان از نسخ معتبر و به روز مستندات درون سازمانی و برون سازمانی</li> <li>❖ تعیین سوابق مورد نیاز در واحدها برای نگهداری و مشخص نمودن مدت زمان و نحوه نگهداری هر یک از سوابق</li> </ul>
	<p>منظور از مستندات، نوشته، تصویر، فیلم یا صوتی است که به قصد ارائه اطلاعات برای انجام وظایف، ثبت داده‌های عملکردی سازمان، انتشار دانش سازمانی، شواهدی برای تعیین انطباق محصول/ پیامد بدست آمده با ویژگی‌های تعیین شده تهیه می‌شود. مدیریت مستندات و سوابق، یعنی کنترل نظام‌مند مستندات و سوابق از لحظه ایجاد، تا بکارگیری، توزیع، سازمان‌دهی، ذخیره‌سازی، بازیابی و به روز رسانی. هدف اصلی مدیریت مستندات، تحویل مدرک یا سابقه مناسب به فرد مناسب در زمان مناسب است. مستندات می‌توانند بصورت کاغذی، الکترونیکی، نوری، مغناطیسی و ... باشند. مستندات برای اطمینان از اینکه به روز بوده و اعتبار لازم را برای استفاده دارند مورد بازنگری و ویرایش قرار می‌گیرند. مستنداتی که توسط بیمارستان تدوین می‌شوند به عنوان مستندات درون سازمانی و مستنداتی که از سازمان‌های بالا دست یا سایر سازمان‌ها برای اجرا در بیمارستان ابلاغ/ ارائه می‌گردد به عنوان مستندات برون سازمانی تعریف می‌شوند. مستندات برون سازمانی در بیمارستان‌ها معمولاً توسط دبیرخانه بیمارستان دریافت، شناسایی، شماره‌گذاری و توزیع می‌شود اما برای مستندات درون سازمانی نیاز است که واحد/ فرد خاصی تعیین شود که ضمن پیشگیری از موازی کاری و گردش مستندات مشابه در بیمارستان، اطمینان حاصل شود که هر مستندی که در اختیار بخش‌ها/ واحدهای مختلف قرار دارد و آخرین ویرایش و نسخه معتبر آن مستند است. مستندات انواع مختلفی دارد از جمله می‌تواند شامل مستندات در سطح بالا یا مستندات مادر (شامل برنامه‌ها، فرایندها، دستورالعمل‌ها، روش‌های اجرایی، خط مشی و روش‌های اجرایی، SOPها، آیین نامه‌ها و ...) و مستنداتی سطح پایین هرم مستندات (از قبیل چک لیست‌ها، فهرست‌ها، فرم‌ها، جداول و ...) باشد. مستندات سطح پایین در ارتباط با حداقل یکی از مستندات سطح بالاتر بوده و اغلب برای گردآوری اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند. هیچ یک از مستندات سطح پایین نباید بدون سند سطح بالا یا سند مادر، در سازمان استفاده شود. زیرا توضیح نحوه استفاده از این نوع مستندات در داخل سند مادر قید می‌شود. سوابق، نوعی دیگر از مستندات است که نشان دهنده انجام فعالیت/کار، نتایج بدست آمده، خروجی‌ها/ محصول فرایند، اجرای وظایف و مانند آن است. ضروری است که بیمارستان مشخص کند هر سابقه‌ای را برای چه مدتی باید نگهداری نماید؟ و پس از انقضاء مدت مشخص شده چگونه تعیین تکلیف شوند؟ (برای تعیین تکلیف کردن سوابق روش‌های مختلفی وجود دارد اعم از امحاء کردن، خلاصه نویسی و بعد امحاء، تعیین تکلیف کردن از سازمان بالادست، نگهداری در بایگانی راکد تا مدت زمان معین و ...). توصیه می‌شود پایش دوره‌ای برای کسب اطمینان از رعایت اصول تدوین، نگهداری، توزیع و قابلیت بازیابی مستندات و سوابق در بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام شود.</p>
سطح سه	الف-۱-۴-۷ نظرات و پیشنهادات ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، با روشی مدون اخذ شده و در برنامه‌ریزی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ مشخص نمودن نحوه و بازه‌های زمانی برای دریافت نظرات و پیشنهادات هر یک از گروه‌های ذینفع</li> <li>❖ ارائه بازخورد، به واحدهای مختلف بیمارستان از نتایج نظرسنجی بدست آمده</li> <li>❖ استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه‌ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن</li> </ul> <p>در ابتدای کار، بایستی بیمارستان گروه‌های مختلف ذینفعان خود را شناسایی نماید تا در هنگام دریافت نظرات، مخصوصاً در صورتی که گروه ذینفع، از اعضای زیادی برخوردار باشد بتواند با نمونه گیری برای نظرسنجی استفاده نماید.</p> <p>➤ برخی از گروه‌های ذینفع:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. گروه بیماران به عنوان مشتریان اصلی بیمارستان</li> <li>۲. گروه کارکنان و پزشکان</li> <li>۳. گروه دانشجویان و دستیاران تخصصی (برای بیمارستان‌های آموزشی) به عنوان گروه دیگری از مشتریان اصلی بیمارستان</li> <li>۴. گروه سهامداران</li> <li>۵. تامین کنندگان (پیمانکاران، تامین کنندگان دارو و لوازم مصرفی پزشکی، ارائه دهندگان خدمات مختلف تعمیر و نگهداری، تامین کنندگان تجهیزات پزشکی و ...)</li> <li>۶. سازمان متبوع (مانند وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی/ نیروی مسلح برای بیمارستان‌ها تابعه خودشان، دانشگاه علوم پزشکی متبوع و ...)</li> <li>۷. گروه سازمان‌های همکار (مانند پزشکی قانونی، شهرداری و ...)</li> </ol> <p>توصیه می‌شود ضمن طراحی فرم‌های نظرسنجی و دریافت پیشنهادات متناسب با هر یک از گروه‌های ذینفعان، جمع بندی و تحلیل نتایج توسط مسئول معینی صورت پذیرد.</p>



سطح	الف-۱-۵ کمیته‌های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به صورت اثربخش فعالیت می‌نمایند.
سطح یک	الف-۱-۵-۱ جلسات کمیته‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان برگزار می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر یک از کمیته‌های بیمارستانی</li> <li>❖ برگزاری جلسات کمیته‌ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعمل‌های ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی بیمارستان برای هر کمیته</li> <li>❖ تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته‌ها، متناسب با وظایف و تخصص‌های مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت</li> <li>❖ تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان</li> <li>❖ برگزاری جلسات کمیته‌ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته</li> </ul>	
<p>آیین نامه داخلی، مستندی است که برای کنترل کار کمیته/گروه/اداره و نظم دهی به رفتار اعضای آن در قبال کمیته/گروه/اداره، تدوین، تصویب و توسط بالاترین مرجع آن گروه/کمیته/اداره یا سازمان، ابلاغ می‌گردد. در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی مبنای تدوین آیین نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم رهبری و مدیریت آیین نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود. رعایت آیین نامه داخلی برای تمامی اعضا الزامی است.</p>	
<p>➤ اجرای آیین نامه داخلی کمیته‌ها:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اهداف، رسالت، چارت سازمانی و شرح وظیفه کمیته و نحوه تعیین اعضا و انتخاب دبیر</li> <li>۲. تعداد اعضا و سمت اعضا (بدون درج اسامی افراد در آیین نامه و صرفاً ثبت سمت اعضای مورد نیاز تا در صورت تغییر افراد نیاز به ویرایش آیین نامه نباشد)</li> <li>۳. شرح وظایف نقش‌های مختلف که برای کمیته در نظر گرفته شده است</li> <li>۴. مسئولیت‌ها و اختیارات هر یک از نقش‌ها از جمله شرح وظیفه و مسئولیت‌ها و اختیارات رئیس و دبیر کمیته بصورت مجزا</li> <li>۵. نحوه ارزیابی عملکرد کمیته و نحوه تعامل کمیته با سایر کمیته‌ها و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان</li> <li>۶. تبیین "ضوابط برگزاری جلسات" در انتهای آیین نامه داخلی</li> </ol> <p>"ضوابط برگزاری جلسات" شامل مدت و فاصله زمانی برگزاری جلسات، نحوه رسمیت یافتن جلسات، تصویب و تصمیم‌گیری در حوزه وظایف و نحوه پیگیری مصوبات است و با همه ملحقات آن در انتهای آیین نامه‌های داخلی کمیته‌ها درج می‌شود.</p> <p>در تدوین آیین نامه هر کمیته و نحوه فعالیت آن دقت شود تا عدم مغایرتی با دستورالعمل‌های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت/دانشگاه/دانشکده وجود نداشته باشد.</p>	
<p>➤ حداقل جلسات مشترک/مستقل مورد انتظار در این استاندارد شامل کمیته‌های ذیل است:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. کمیته پایش و سنجش کیفیت (مستقل)</li> <li>۲. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات (مستقل)</li> <li>۳. کمیته اخلاق بالینی (مستقل)</li> <li>۴. کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت محیط (به صورت مشترک/مستقل)</li> <li>۵. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلاها و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار (به صورت مشترک/مستقل)</li> <li>۶. کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر (به صورت مشترک/مستقل)</li> <li>۷. کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و اقتصاد درمان (به صورت مشترک/مستقل)</li> <li>۸. کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته‌های مربوط (مشترک/مستقل)</li> <li>۹. کمیته طب انتقال خون (مستقل)</li> <li>۱۰. کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس (مستقل)</li> </ol>	



سطح یک	الف-۱-۵-۲ مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه حل‌های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته</li> <li>❖ ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین</li> <li>❖ همفکری اعضا و تصویب راه حل‌های واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه</li> <li>❖ مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده</li> <li>❖ تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز</li> <li>❖ تهیه صورتجلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی بیمارستان</li> <li>❖ بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته‌ها</li> </ul>
	<p>➤ حداقل‌های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. تاریخ، ساعت و محل برگزاری جلسه</li> <li>۲. دستور کار جلسه، فهرست افراد حاضر و غایب</li> <li>۳. نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل</li> <li>۴. شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه</li> <li>۵. مصوبات جلسه، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات</li> <li>۶. امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه و اخذ امضای غایبین پس از جلسه</li> </ol> <p>شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه کمیته باید به صورتی درج گردد که علت مصوبات جلسات برای خواننده صورتجلسه مشخص شود و از نگارش جملات کوتاه و غیرشفاف پرهیز شود. وجود امضای غایبین در صورتجلسات کمیته‌ها، برای اطمینان از در جریان قرار گرفتن آن‌ها از مصوبات و مباحث مطرح شده در جلسه است و ملاک به رسمیت شناختن جلسات نیست. از طرفی این شیوه نوعی ارائه بازخورد به غایبین جلسات محسوب می‌شود.</p> <p>توصیه می‌شود رییس جلسه بر نحوه نگارش صورتجلسه کمیته نظارت نموده و اطمینان یابد که تمام نکات مهم مطرح شده در صورتجلسه درج شده است. همچنین با توجه به اهمیت نگارش صحیح صورتجلسات، دوره آموزشی نحوه نگارش صورتجلسه، نحوه مدیریت جلسات / نحوه استفاده از شیوه‌های بارش افکار و گفتگوی ساختارمند، برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی برگزار شود.</p>
سطح دو	الف-۱-۵-۳ اثربخشی مصوبات کمیته‌های بیمارستانی، ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته‌های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط دفتر بهبود کیفیت با همکاری دبیران کمیته‌ها</li> <li>❖ ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت</li> <li>❖ ارائه گزارش‌های دوره‌ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته‌ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفیت</li> <li>❖ انجام اقدامات اصلاحی در کمیته‌های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هر یک از کمیته‌ها</li> </ul>
	<p>ارزیابی عملکرد کمیته‌ها مطابق نحوه ارزیابی درج شده در آیین نامه کمیته مربوط صورت می‌پذیرد و مصادیق این استاندارد بایستی در آیین نامه کمیته‌ها نیز پیش بینی شود. مصوبات کمیته‌های بیمارستانی قابلیت اجرایی داشته و بایستی در صورتجلسات به طور واضح مشخص شده باشد که چه کسی، چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد/ پی گیری می‌کند. منابع مورد نیاز برای اجرای مصوبات توسط مسئولان ارشد بیمارستان تامین می‌شود.</p> <p>توصیه می‌شود برای اعضا کمیته‌های بیمارستانی و بویژه دبیران کمیته‌ها، آموزش‌های لازم برای ارائه ایده‌های جدید برگزار شده و اقدامات تشویقی با توجه به صلاحدید تیم رهبری بیمارستان برای ارائه دهندگان ایده‌ها/ نظرات جدید کاربردی در نظر گرفته شود.</p>
سطح سه	الف-۱-۵-۴ کمیته‌های بیمارستانی در روند ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران نقش مؤثر ایفا می‌نمایند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته‌های بیمارستانی</li> <li>❖ مشارکت فعال کمیته‌های مرگ و میر، انتقال خون، دارو و درمان و سایر کمیته‌ها در موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارتقاء آن</li> <li>❖ کسب اطمینان از ایفای نقش مؤثر کمیته‌های بیمارستانی از ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در ارزیابی اثر بخشی کمیته‌های بیمارستانی</li> <li>❖ وجود شواهد تایید کننده مبنی بر ایفای نقش مؤثر کمیته‌های بیمارستانی در ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان</li> </ul>
	<p>شاخص‌های عملکردی مرتبط با ایمنی بیماران برای هر یک از کمیته‌ها تعیین شود و گزارش اجرای مصوبات هر یک از کمیته‌ها که مؤثر بر کیفیت خدمات و ایمنی بیماران بوده اند بصورت مجزا از عملکرد هر کمیته و تحلیل تاثیر مصوبات مرتبط اجرایی شده کمیته‌ها بر شاخص‌های کیفیت خدمات و ایمنی بیماران تدوین و به صورت فصلی به تیم رهبری و مدیریت ارائه شود. ارزیابی روند عملکرد کمیته‌ها در پرداختن به ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران و نتایج حاصل از آن در دفتر بهبود کیفیت برنامه‌ریزی و انجام شود. همچنین توصیه می‌شود پیوست ایمنی هر یک از مصوبات مرتبط با بیماران و خدمات تشخیصی و درمانی پیش بینی شده و مد نظر قرار گیرد.</p>