

فهرست

| صفحه | عنوان |
|---------|--|
| ۲..... | مسئول واحد بهبود کیفیت |
| ۳..... | نمودار سازمانی |
| ۴..... | برنامه بهبود کیفیت فراگیر |
| ۱۱..... | پایش مدیریتی |
| ۱۳..... | سیستم پیشنهادات، انتقادات، شکایات و رضایت مندی |
| ۱۵..... | پایش مراقبت بالینی |
| ۲۲..... | راهنمای طبابت بالینی |
| ۲۳..... | جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها |
| ۲۸..... | منابع |

واحد بهبود کیفیت

(۱) مسئول واحد بهبود کیفیت

(۱-۱) مسئول واحد بهبود کیفیت حداقل دارای شرایط ذیل است:

(۱-۱-۱) دارای مدرک حداقل کارشناسی و مدارک گذراندن دوره‌های مدیریت کیفیت حداقل به مدت ۱۰۰ ساعت.

سنجه. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با شرایط تعیین شده در متن استاندارد، طی حکمی از سوی مدیریت ارشد بیمارستان به عنوان مسئول این واحد تعیین شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|
| | الف | حکم انتصاب مسئول واحد بهبود کیفیت و موارد مندرج در متن استاندارد | ه | | ی | | در صورتی که مسئول واحد ابلاغ مکتوب با امضای مدیریت ارشد را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتیکه ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود. دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی و بالاتر (۴ امتیاز) مدارک گذراندن حداقل ۱۰۰ ساعت دوره‌های مدیریت کیفیت (۲ امتیاز) |
| | ب | با امضای مدیریت ارشد | و | | ک | | |
| | ج | در پرونده پرسنلی مسئول واحد | ز | | ل | | |
| | د | | ح | | م | | |
| | | | ط | | | | |
| | | | | | | | |

۲) نمودار سازمانی

۱-۲) در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، ساختار سازمانی شفاف و مستند بیمارستان که شامل کمیته‌های فعال بیمارستانی نیز باشد موجود است.

سنجه. نمودار سلسله مراتب سازمانی بیمارستان و ساختار کمیته‌های فعال بیمارستانی (شامل کمیته‌های ابلاغ شده در قالب اعتبار بخشی) و سایر کمیته‌های فعال با توجه به نیاز بیمارستان موجود است و ارتباط آن‌ها را با یکدیگر مشخص می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | | |
| | الف | نمودار سازمانی بیمارستان و کمیته‌ها | ه | | ی | نمودار سازمانی بیمارستان و کمیته‌ها وجود ندارد | نمودار سازمانی بیمارستان | نمودار سازمانی بیمارستان | نمودار سازمانی بیمارستان | | | |
| | ب | سلسله مراتب سازمانی بیمارستان از تیم حاکمیتی تا سطح واحدها و بخش‌ها و ارتباط کمیته‌ها در آن مشخص شده باشد | و | | ک | | | | | کمیته‌ها وجود دارد | کمیته‌ها وجود دارد | کمیته‌ها وجود دارد |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | مشخصات مندرج در بند «ب» را ندارد | مشخصات مندرج در بند «ب» را ندارد | مشخصات مندرج در بند «ب» را ندارد |
| | د | | ح | | م | | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | | |

۲-۲) فرآیندهای بیمارستان مطابق اصول بهبود کیفیت طراحی شده است و یک نسخه مدون از آن، در این واحد موجود است.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که در تدوین فرآیندهای بیمارستان، اصول بهبود کیفیت رعایت شده است به نحوی که هر فرایند به شکل شفاف و با رسم فلوجارت مشخص شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|--|--|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | | |
| | الف | مستندات (کاغذی یا الکترونیک) فرآیندهای تمامی بخش‌ها و واحدها | ه | | ی | مستندات فرآیندهای بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در این واحد موجود نیست | مستندات فرآیندهای برخی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در این واحد موجود است | مستندات فرآیندهای تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در این واحد موجود است | مستندات فرآیندهای تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در این واحد موجود است | | | |
| | ب | به شکل فلوجارت | و | | ک | | | | | مستندات فرآیندهای بیمارستان در این واحد موجود است | مستندات فرآیندهای بیمارستان در این واحد موجود است | مستندات فرآیندهای بیمارستان در این واحد موجود است |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | مستندات فرآیندهای بیمارستان در این واحد موجود نیست | مستندات فرآیندهای بیمارستان در این واحد موجود است | مستندات فرآیندهای بیمارستان در این واحد موجود است |
| | د | | ح | | م | | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | | |

۳) برنامه بهبود کیفیت فراگیر

۳-۱) بیمارستان دارای برنامه سالیانه بهبود کیفیت فراگیر، شامل موضوعات بالینی و غیر بالینی می باشد و تمامی بخش ها و واحدها به آن دسترسی دارند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند بیمارستان دارای برنامه بهبود کیفیت جامعی است که تمامی کارکنان بخش ها و واحدها به آن دسترسی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | برنامه بهبود کیفیت و ایمنی سالانه بیمارستان و فهرست اسامی تمامی واحدها، بخش ها و قسمت های بیمارستان | ه | | ی | کارکنان در بخش ها، واحدها و قسمت های مختلف | برنامه بهبود کیفیت موجود است اما ویژگی های مندرج در بند «ب» را ندارد | برنامه بهبود کیفیت موجود است اما ویژگی های مندرج در بند «ب» را ندارد | و ویژگی های مندرج در بند «ب» را دارد |
| | ب | شامل موضوعات بالینی و غیر بالینی و در برگیرنده تمامی واحدها، بخش ها و قسمت های بیمارستان | و | | ک | اگر به برنامه بهبود کیفیت دسترسی دارید آن را با هم ببینیم | ۲ - ۰ نفر از کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند یا حتی یکی از مسئولین به آن دسترسی نداشته باشد | ۳-۶ نفر از کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند یا ۱۰-۷ نفر از کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند | و بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | بخش ها، واحدها و قسمت های مختلف | یا حتی یکی از مسئولین به آن دسترسی نداشته باشد | یا ۳-۶ نفر از کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند | و بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند |
| | د | | ح | | م | از ۱۰ نفر که ۲ نفر از آن ها حتما از مسئولین بخش ها و واحدها باشد | یا حتی یکی از مسئولین به آن دسترسی نداشته باشد | ۳-۶ نفر از کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند یا ۱۰-۷ نفر از کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند | و بخش ها و واحدهای مختلف به آن دسترسی داشته باشند |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۳) برنامه بهبود کیفیت جامع بیمارستان با هدف ارتقای یکپارچه و هماهنگ تمامی بخش‌ها و واحدهای آن، تدوین شده است.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند اهداف اختصاصی برنامه بهبود کیفیت و ایمنی در تمامی واحدها و بخش‌ها، هم‌راستا و هماهنگ با اهداف کلی برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمارستان تدوین شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | فهرست هدف یا اهداف کلی برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمارستان و اهداف اختصاصی برنامه بهبود کیفیت و ایمنی تمامی بخش‌ها و واحدها | ه | | ی | مسئولین (رئیس یا سرپرستار، مسئول واحد یا مدیر اجرایی و ...) | فهرست اهداف کلی و اختصاصی موجود باشد اما شامل تمامی بخش‌ها و واحدها نباشد یا فقط در برخی از بخش‌ها و واحدها، هم‌راستا و هماهنگ با اهداف بیمارستان باشد یا | فهرست اهداف کلی و اختصاصی موجود باشد و شامل تمامی بخش‌ها و واحدها باشد و در تمام بخش‌ها و واحدها، هم‌راستا و هماهنگ با اهداف کلی بیمارستان باشد و | | |
| | ب | هم‌راستایی* و هماهنگی اهداف کلی بیمارستان و اختصاصی یاد شده در بخش‌ها و واحدها | و | | ک | در مورد اهداف اختصاصی بخش یا واحد مربوطه در راستای دستیابی به اهداف کلی برنامه بهبود کیفیت بیمارستان | ۲-۰ نفر پاسخ صحیح بدهند | هم‌راستا و هماهنگ با اهداف کلی بیمارستان باشد یا | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | در بخش‌ها و واحدهای مختلف | ۲-۰ نفر پاسخ صحیح بدهند | فقط در برخی از بخش‌ها و واحدها، هم‌راستا و هماهنگ با اهداف کلی بیمارستان باشد یا | | |
| | د | | ح | | م | ۱۰ نفر | ۲-۰ نفر پاسخ صحیح بدهند | فقط در برخی از بخش‌ها و واحدها، هم‌راستا و هماهنگ با اهداف کلی بیمارستان باشد یا | | |
| | | | ط | | | | ۲-۰ نفر پاسخ صحیح بدهند | فقط در برخی از بخش‌ها و واحدها، هم‌راستا و هماهنگ با اهداف کلی بیمارستان باشد یا | | |

*تذکر: هم‌راستایی را می‌توان با توجه به اهداف کلان و اختصاصی بررسی کرد. اگر دستیابی به اهداف اختصاصی بخش‌ها و واحدها، موجب دستیابی به هدف یا اهداف کلی بهبود کیفیت بیمارستان شود یا آن را تسهیل یا تسریع نماید، یعنی برنامه بخش‌ها و واحدها در راستای دسترسی به اهداف برنامه جامع بهبود کیفیت بیمارستان است.

۳-۳) برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برنامه بهبود کیفیت بیمارستان دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی است و شاخص‌های مرتبط با ارتقا کیفیت هر بخش و واحد برای کارکنان آن بخش و واحد مشخص شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| غ.ق.ا | | | | | | | | | |
| | الف | شاخص‌های عملکردی برنامه بهبود کیفیت بیمارستان | ه | | ی | مسئولین بخش‌ها و واحدها (رییس یا سرپرستار، مسئول واحد یا مدیر اجرایی و ...) | هیچ شاخصی تعیین نشده است یا ۰-۲ نفر از افراد مورد مصاحبه، شاخص‌های مربوط به بخش خود را بدانند | شاخص‌ها تعیین شده‌اند اما تمامی ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را ندارند یا ۳-۶ نفر از افراد مورد مصاحبه، شاخص‌های مربوط به بخش خود را بدانند | شاخص‌ها تعیین شده‌اند و تمامی ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند و ۷-۱۰ نفر از افراد مورد مصاحبه، شاخص‌های مربوط به بخش خود را بدانند |
| | ب | منطبق با موارد مندرج در سنجه و تفکیک شده برای هر بخش / واحد) | و | | ک | شاخص‌های ارتقای کیفیت مربوط به بخش / واحد شما کدامند؟ | | | |
| | ج | در بیمارستان | ز | | ل | ۱۰ نفر از بخش‌ها و واحدهای مختلف | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۳-۴) طراحی، اجرا و کنترل برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با مشارکت مدیران ارشد بیمارستان و روسای بخش‌ها و واحدها انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند طراحی، اجرا و کنترل برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با مشارکت مدیران ارشد بیمارستان و روسای بخش‌ها و واحدها انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| غ.ق.ا | | | | | | | | | |
| | الف | مستندات مشارکت مدیران ارشد و روسای بخش‌ها و واحدها در موارد مندرج در سنجه (شامل صورت‌جلسات و ...) | ه | | ی | مشارکت مدیران ارشد و روسای بخش‌ها و واحدها با توجه به مستندات ارائه شده | مستندات مشارکت موجود نیست یا ۰-۱ نفر نشانگر مشارکت باشد | مستندات مشارکت موجود است اما ۲-۳ نفر نشانگر مشارکت باشد | مستندات مشارکت موجود است و ۴-۵ نفر نشانگر مشارکت باشد |
| | ب | | و | | ک | در خصوص موضوعاتی که براساس مستندات، مدیر مربوطه در آن مشارکت داشته است | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۳-۵) شواهدی دال بر اجرا و کنترل (پایش و ارزشیابی) برنامه بهبود کیفیت، در دسترس است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند اجرا و پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، انجام گرفته و داده‌های آن نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | مستندات اجرای برنامه، شیوه پایش و ارزشیابی، و تجزیه و تحلیل داده‌های آن | ه | | ی | کنترل شونده‌گان براساس برنامه کنترل مشخص | مستندات بندهای «الف و ب» وجود ندارد | مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | غ.ق.ا |
| | ب | مشخص بودن روش پایش و ارزشیابی (مانند چک لیست، شاخص و...)، مسئول پایش و ارزشیابی، سمت یا نام کنترل شونده یا کنترل شونده‌گان در بخش و واحد مربوطه و زمان یا دوره زمانی انجام آن و انجام تحلیل با مشخص کردن نقاط قوت و نقاط قابل بهبود | و | | ک | نحوه‌ی کنترل برنامه بهبود کیفیت بخش / واحد شما و فواصل زمانی آن چگونه است؟ | یا مستندات بندهای «الف و ب» وجود ندارد | اما مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | و مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | غ.ق.ا |
| | ج | دراین واحد | ز | | ل | | یا مستندات بندهای «الف و ب» وجود ندارد | اما مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | و مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | غ.ق.ا |
| | د | | ح | | م | ۱۰ نفر از بخش‌ها و واحدهای مختلف | یا مستندات بندهای «الف و ب» وجود ندارد | اما مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | و مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | غ.ق.ا |
| | | | | ط | | | یا مستندات بندهای «الف و ب» وجود ندارد | اما مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | و مستندات بندهای «الف و ب» وجود دارد | غ.ق.ا |

۳-۶) مداخلات اصلاحی مبتنی بر کنترل برنامه بهبود کیفیت، در حال اجرا هستند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند مداخلات اصلاحی براساس نتایج کنترل برنامه بهبود کیفیت، انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات تعیین و پیگیری اقدامات اصلاحی و برنامه‌های مداخله‌ای | ه | اقدامات مرتبط که لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند* | ی | فرد یا افراد مسئول یا ذینفع **در اجرای اقدامات اصلاحی و برنامه‌های مداخله‌ای (شامل کارکنان و بیماران) | مستندات بند «الف» موجود است | مستندات بند «الف» موجود است | مستندات بند «الف» موجود است |
| | ب | ذکر زمان انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول اجرا و پیگیری آن | و | براساس محلی که در مستندات کنترل و پیگیری تعیین شده است | ک | با توجه به اقدامات اصلاحی و برنامه‌های مداخله‌ای تدوین شده | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند |
| | ج | در این واحد | ز | ۱۰ مورد | ل | براساس محل تعیین شده در اقدامات اصلاحی و برنامه‌های مداخله‌ای تدوین شده | براساس مشاهدات، در ۳-۶ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۳-۶ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۷-۱۰ مورد طبق برنامه عمل شده است |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | از ۱۰ نفر | یا | یا | یا |
| | | | ط | | | | اظهارات ۲-۰ نفر موید اجرای اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های مداخله‌ای است | اظهارات ۳-۶ نفر موید اجرای اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های مداخله‌ای است | اظهارات ۷-۱۰ نفر موید اجرای اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های مداخله‌ای است |

*تذکر: به‌عنوان مثال براساس برنامه مداخله‌ای قرار بوده روکش محافظ لامپ سقفی تعویض شود و از طریق مشاهده کنترل می‌کنیم که این کار انجام شده است یا خیر.

**تذکر: به‌عنوان مثال اگر قرار است طرز کار دستگاه جدیدی به فردی آموزش داده شود، از فردی که قرار بوده به وی آموزش داده شود سوال کنیم که آموزش انجام شده است یا خیر.

۳-۷) هر سال گزارشی از برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند واحد بهبود کیفیت گزارش سالانه پیشرفت برنامه بهبود کیفیت و ایمنی را که حداقل شامل درصد تحقق اهداف، چالش‌ها، فرصت‌ها و نقاط قوت و فرصت‌های بهبود سازمان می‌باشد به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|----|---------------------------------|----|---------|----|---|---------------------------------------|---|----|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| الف | ب | شامل حداقل‌های مشخص شده در سنجه | و | | ک | در خصوص گزارش سالانه، محتوای اصلی آن (مندرجات سنجه) و درصد تحقق اهداف مرتبط با شاخص‌های کلیدی | عدم ارائه گزارش سالانه به مدیران ارشد | ارائه گزارش سالانه که شامل برخی از حداقل‌های مشخص شده در سنجه است | یا | ارائه گزارش سالانه که شامل تمامی حداقل‌های مشخص شده در سنجه است |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | در بیمارستان | | | | |
| | د | | ح | | م | حداقل رییس، مدیر و مترون بیمارستان | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

۳-۸) تکنولوژی لازم و ابزارهای حمایت کننده برنامه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توسط مدیران ارشد بیمارستان فراهم شده است.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند واحد بهبود کیفیت تمامی فرایندهای خود را جهت دستیابی به اهداف بهبود کیفیت و تامین ایمنی بیمار، کارکنان و چک لیست کنترلی آن را مشخص کرده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|------------------------------|-----------------------------|-----|------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | فهرست و فلوچارت فرآیندهای بالینی و غیر بالینی بیمارستان و چک لیست کنترلی | ه | | ی | | مستندات بند «الف» موجود است | اما | مستندات بند «الف» موجود و کامل است |
| | ب | در زمینه مراقبت از بیمار تامین ایمنی بیمار و تامین ایمنی کارکنان | و | | ک | مستندات بند «الف» موجود نیست | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. تجهيزات و امکانات براساس چک لیست موجود است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|----|--|----|--------------------------|-----|------------|
| غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | ۴-۵ مورد موجود و آماده به کار باشد | ۲-۳ مورد موجود و آماده به کار باشد | ۰-۱ مورد موجود و آماده به کار باشد | | ی | تجهيزات و امکانات براساس چک لیست | ه | چک لیست تکمیل شده | الف | ۲ |
| | | | | | ک | در این واحد | و | در فواصل زمانی تعیین شده | ب | |
| | | | | | ل | ۵ مورد با اولویت امکانات و تجهيزات ضروری | ز | در این واحد | ج | |
| | | | | | م | کنترل سالم و آماده به کار بودن | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۴) پایش مدیریتی

۴-۱) بیمارستان دارای سیستم یکپارچه تعیین، اولویت‌بندی، سنجش، تحلیل و ارتقای شاخص‌های بیمارستانی است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، شاخص‌هایی را براساس مطالبات سازمان‌های بالادستی، برنامه استراتژیک، برنامه بهبود کیفیت و ایمنی، برنامه مدیریت خطر، منابع انسانی، امور مالی، تجهیزات، تأسیسات و ... در ابعاد مختلف کیفیت (اثربخشی، ایمنی، رضایت‌مندی، کارایی، دسترسی عادلانه و ...) و در جنبه‌های بالینی و غیربالینی و مدیریتی تعیین، ادغام و اولویت‌بندی نموده است.*

| شماره سنجه | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|---|---|---|
| | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | شاخص‌های تعیین شده، مبنای تعیین آن‌ها و صورت جلسات، تعیین، ادغام و اولویت‌بندی شاخص‌ها | ه | افرادی که طبق صورت‌جلسات در تعیین، ادغام و اولویت‌بندی شاخص‌ها، مشارکت داشته‌اند | شاخص‌ها تعیین شده‌اند | غ.ق.ا | |
| | ب | شاخص‌هایی جهت سنجش تمامی ابعاد و جنبه‌های مندرج در سنجه** | و | در خصوص چگونگی تعیین، ادغام و اولویت‌بندی شاخص‌ها (با توجه موضوع جلساتی که فرد در آن شرکت داشته است) | اما بخشی از ویژگی‌های مندرج در بندهای «الف، ب و د» را دارند | و تمامی ویژگی‌های مندرج در بندهای «الف، ب و د» را دارند | |
| | ج | در بیمارستان | ز | در بیمارستان | یا اظهارات ۳-۶ نفر، مؤید، تعیین، ادغام و اولویت‌بندی شاخص‌ها است | و اظهارات ۷-۱۰ نفر، مؤید، تعیین، ادغام و اولویت‌بندی شاخص‌ها است | |
| | د | یک مجموعه از شاخص‌های یکپارچه و اولویت‌بندی شده برای کل بیمارستان | ح | از ۱۰ نفر که حتماً ۲ نفر از آن‌ها در اولویت‌بندی و ادغام هم مشارکت داشتند | یا اظهارات ۲-۰ نفر، مؤید، تعیین، ادغام و اولویت‌بندی شاخص‌ها است | و اظهارات ۷-۱۰ نفر، مؤید، تعیین، ادغام و اولویت‌بندی شاخص‌ها است | |
| | | | ط | | | | |

**تذکر: بیمارستان تمامی شاخص‌های استخراج شده از منابع و برنامه‌های مختلف خود را، بررسی نموده و با برطرف کردن هم پوشانی‌ها و ادغام موارد مشابه و اولویت‌بندی کردن آن‌ها، به مجموعه‌ای از شاخص‌های یکپارچه و اولویت‌بندی شده برسد که بیمارستان را به صورت منسجم و مستمر در مسیر ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات، حرکت دهد. بیمارستان می‌تواند در این خصوص از روش‌هایی چون "کارت امتیازی متوازن"، استفاده نماید.

**تذکر: کافی است در کل بیمارستان تمامی ابعاد و جنبه‌ها، دارای شاخص باشند و لازم نیست در هر بخش و واحد شاخص‌هایی در تمامی ابعاد و جنبه‌های مندرج در سنجه وجود داشته باشند.

۴-۲) شاخص‌های بیمارستان توسط مدیران ارشد و با همکاری صاحبان فرآیند، اولویت‌بندی شده و در فواصل زمانی مشخص گزارش می‌شوند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند مدیران ارشد با در نظر گرفتن اولویت‌های برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمارستان، تعداد معدودی شاخص را به‌عنوان شاخص‌های کلیدی مشخص نموده‌اند که به‌طور مستمر سنجش شده و نتایج مربوطه به آنان گزارش می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات اولویت‌بندی شاخص‌ها و سنجش و گزارش مستمر آنان در فواصل تعیین شده | ه | | ی | مدیران ارشد بیمارستان با توجه به مستندات ارائه شده | مستندات اولویت‌بندی شاخص‌ها مشخص نشده‌اند یا شاخص‌های کلیدی توسط مدیران ارشد تعیین نشده‌اند | شاخص‌های کلیدی توسط مدیران ارشد (حداقل رییس، مدیر و مترون بیمارستان) تعیین شده‌اند اما تمامی آن‌ها در فواصل زمانی تعیین شده گزارش نمی‌شوند | شاخص‌های کلیدی توسط مدیران ارشد (حداقل رییس، مدیر و مترون بیمارستان) تعیین شده‌اند و تمامی آن‌ها در فواصل زمانی تعیین شده گزارش می‌شوند |
| | ب | تعیین شاخص‌های کلیدی توسط مدیران ارشد با تعیین اولویت‌ها | و | | ک | در خصوص چگونگی اولویت‌بندی شاخص‌ها و تعیین اولویت‌ها | | | |
| | ج | دراین واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | حداقل رییس، مدیر و مترون بیمارستان | | | |
| | | | ط | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

۵) سیستم پیشنهادات، انتقادات، شکایات و رضایت‌مندی

۵-۱) در واحد بهبود کیفیت، خط مشی‌ها و روش‌هایی برای دریافت و رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات، شکایات و رضایت‌مندی حداقل برای افراد زیر موجود است.

۵-۱-۱) بیماران و همراهان

سنجه. خط مشی و روش دریافت و رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات، شکایات و رضایت‌مندی بیماران و همراهان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|--|---|---------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۱. غ.ق. |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق. ۱ |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۵-۱ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۱۰ مورد | ل | در این واحد | یا مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | تطابق عملکرد باشد یا تطابق عملکرد باشد | مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۱۰ مورد | یا مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | تطابق عملکرد باشد یا تطابق عملکرد باشد | مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: به‌عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

** تذکر: اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است و برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه‌کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ‌کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می‌نماید.

۵-۱-۲) کارکنان

سنجه. خط مشی و روش دریافت و رسیدگی به پیشنهادات انتقادات، شکایات و رضایتمندی کارکنان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---|---|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجربان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۵-۱ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا | یا | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا مسئول پاسخگویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۶) پایش مراقبت بالینی

۶-۱) پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، حداقل در موارد ذیل صورت می‌گیرد.

۶-۱-۱) رعایت حقوق گیرندگان خدمت

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، در مورد رعایت حقوق گیرندگان خدمت از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش رعایت حقوق گیرندگان خدمت | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش رعایت حقوق گیرندگان خدمت | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود | | |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | | ک | | تمامی شاخص‌ها و ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را ندارند | تمامی شاخص‌ها و ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | | | م | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۲) ارزیابی بیمار (حداقل شامل ارزیابی اولیه، ارزیابی تکمیلی، ارزیابی قبل از ورود به اتاق عمل و ارزیابی قبل از القای بیهوشی)

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، در مورد ارزیابی بیمار (حداقل شامل ارزیابی اولیه، ارزیابی تکمیلی، ارزیابی قبل از ورود به اتاق عمل و ارزیابی قبل از القای بیهوشی) از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش ارزیابی بیمار | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش ارزیابی بیمار | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود | | |
| | ب | حداقل شامل ارزیابی‌ها و شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | | ک | | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را ندارند | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند | و | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | برخی از ارزیابی‌های مندرج در سنجه را پوشش می‌دهد | برخی از ارزیابی‌های مندرج در سنجه را پوشش می‌دهد | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۶-۱-۳) ارائه مراقبت به موقع

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، در مورد ارائه مراقبت به موقع از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی و واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش ارائه مراقبت به موقع | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش ارائه مراقبت به موقع | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود | | |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | | ک | | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را ندارند | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند | و | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۶-۱-۴) اعمال جراحی تهاجمی (حداقل شامل اقدامات تهاجمی که در این بیمارستان انجام می شود و برای آنها اخذ رضایت آگاهانه لازم است)

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، درمورد اقدامات تهاجمی از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی و واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|--|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش اقدامات تهاجمی | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش اقدامات تهاجمی | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود | |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | | ک | | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را ندارند | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | یا | برخی از اقدامات تهاجمی لیست مذکور را پوشش داده است | تمامی اقدامات تهاجمی لیست مذکور را پوشش داده است | تمامی اقدامات تهاجمی لیست مذکور را پوشش داده است |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۶-۱-۵) کاربرد آنتی بیوتیک‌ها و داروهای خطرناک

سنجه ۱. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، درمورد کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی و واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|--|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش کاربرد آنتی‌بیوتیک‌ها | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش کاربرد آنتی بیوتیک‌ها | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود | |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | | ک | | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را ندارند | تمامی شاخص‌ها ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارند | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | یا | برخی از اقدامات تهاجمی لیست مذکور را پوشش داده است | تمامی اقدامات تهاجمی لیست مذکور را پوشش داده است | تمامی اقدامات تهاجمی لیست مذکور را پوشش داده است |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، درمورد کاربرد داروهای خطرناک از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی و واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|----|-------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش کاربرد داروهای خطرناک | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش کاربرد داروهای خطرناک | شخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۶) خطاهای دارویی و کلیه خطاهای مراقبتی

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، درمورد خطاهای دارویی و کلیه خطاهای مراقبتی از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|----|-------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش خطاهای دارویی و کلیه خطاهای مراقبتی | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش خطاهای دارویی و کلیه خطاهای مراقبتی | شخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۷) کاربرد بیهوشی و آرام بخش‌های متوسط و عمیق

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، درمورد کاربرد بیهوشی و آرام بخش‌های متوسط و عمیق از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|----|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش کاربرد بیهوشی و آرام‌بخش‌های متوسط و عمیق | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش کاربرد بیهوشی و آرام بخش‌های متوسط و عمیق | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۸) کاربرد خون و فرآورده‌های خونی

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، درمورد کاربرد خون و فرآورده‌های خونی از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|----|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش کاربرد خون و فرآورده‌های خونی | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش کاربرد خون و فرآورده‌های خونی | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۹) کنترل عفونت

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، درمورد کنترل عفونت از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|----|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش کنترل عفونت | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش کنترل عفونت | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۱۰) برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی تصویربرداری و آزمایشگاه

سنجه ۱. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، در مورد برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی تصویر برداری از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی و واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|----|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی تصویر برداری | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی تصویر برداری | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، در مورد برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی آزمایشگاه از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی و واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|----|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی آزمایشگاه | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش برنامه‌های کنترل کیفیت و ایمنی آزمایشگاه | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱۱) مدارک پزشکی (میزان رعایت اصول علمی و حرفه ای در تکمیل پرونده)

سنجه. پایش داده‌ها، اقدامات و مداخلات مراقبتی، در مورد مدارک پزشکی (میزان رعایت اصول علمی و حرفه‌ای در تکمیل پرونده) از طریق تعیین و تحلیل شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، واقع بینانه و دارای زمان‌بندی، صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|----|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات تعیین و تحلیل شاخص‌های پایش مدارک پزشکی (میزان رعایت اصول علمی و حرفه ای در تکمیل پرونده) | ه | | ی | عدم تعیین شاخص در رابطه با پایش مدارک پزشکی شامل محتوا و میزان دسترسی | شاخص تعیین شده اما سنجش و تحلیل نمی‌شود | یا | شاخص تعیین شده و سنجش و تحلیل می‌شود |
| | ب | شاخص‌های واجد ۵ ویژگی مندرج در سنجه | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷) راهنماهای طبابت بالینی

۷-۱) بیمارستان از راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت در ارائه خدمات مراقبتی استفاده می نماید.

۷-۱-۱) کارکنان مرتبط، در زمینه ی راهنماها، آموزش لازم را دیده اند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کارکنان مرتبط، در زمینه ی راهنماها، آموزش لازم را دیده اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--------------------------------------|----|---------|----|--|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | مستندات آموزش کارکنان | ه | | ی | کارکنان مرتبط | مستندات آموزش کارکنان موجود باشد | مستندات آموزش کارکنان موجود باشد | مستندات آموزش کارکنان موجود باشد | راهنمای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت متبوع، ابلاغ نشده باشد |
| | ب | در زمینه راهنمای طبابت بالینی مربوطه | و | | ی | آیا در زمینه نحوه استفاده از راهنمای طبابت بالینی مذکور، آموزش دیده اید؟ | و | و | و | |
| | ج | | ز | | ل | در بخش مربوطه | ۳-۲ نفر اظهار کنند که در این رابطه آموزش دیده اند | ۳-۲ نفر اظهار کنند که در این رابطه آموزش دیده اند | ۵-۴ نفر اظهار کنند که در این رابطه آموزش دیده اند | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر | ۱-۰ نفر اظهار کنند که در این رابطه آموزش دیده اند | ۱-۰ نفر اظهار کنند که در این رابطه آموزش دیده اند | ۱-۰ نفر اظهار کنند که در این رابطه آموزش دیده اند | |
| | | | ط | | | | | | | |

۷-۱-۲) بیمارستان به عنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت، داده های مربوط به اجرا و نتایج حاصل از به کارگیری راهنماهای خدمات بالینی را، جمع آوری و تجزیه تحلیل می نماید.

سنجه. مستندات نشان می دهند بیمارستان داده های مربوط به اجرا و نتایج حاصل از به کارگیری راهنماهای خدمات بالینی را، جمع آوری و تجزیه تحلیل می نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--------------------------------------|----|---------|----|--------|--|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها | ه | | ی | | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | راهنمای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت متبوع، ابلاغ نشده باشد |
| | ب | در رابطه با بکارگیری راهنماهای مذکور | و | | ک | | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | |
| | د | | ح | | م | | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | مستندات جمع آوری و تحلیل داده ها در رابطه با تمامی راهنماهای مذکور وجود دارد | |
| | | | ط | | | | | | | |

۸) جمع آوری و تحلیل داده‌ها

۸-۱) داده‌های لازم برای سنجش شاخص‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف مشخص شده‌اند و هدف از جمع‌آوری داده‌ها برای تمام افرادی که در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها دخالت دارند، روشن است و جمع‌آوری داده‌ها، انجام می‌شوند.

سنجه . شواهد و مستندات نشان می‌دهند داده‌های لازم برای سنجش شاخص‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف مشخص شده‌اند و هدف از جمع‌آوری داده‌ها برای تمام افرادی که در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها دخالت دارند، روشن است و جمع‌آوری داده‌ها، انجام می‌شوند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | هدف و علت منطقی جمع‌آوری هر داده و فرد یا افراد مسئول جمع‌آوری آن و مستندات جمع‌آوری داده‌ها در فواصل زمانی مشخص | ه | | ی | افرادی که طبق مستندات مسئول جمع‌آوری داده‌ها هستند | حتی یک مورد از شاخص‌های اجباری مشخص شده در تذکرهای ۱ تا ۳ ذیل جدول در بیمارستان جمع‌آوری نشده باشد یا داده‌های لازم برای محاسبه هیچ شاخصی، مشخص نشده است یا مستندات بند «الف» برای برخی شاخص‌ها مشخص و مستند شده است | شاخص‌های اجباری مشخص شده در تذکرهای ۱ تا ۳ ذیل جدول در بیمارستان جمع‌آوری شده باشد اما داده‌های لازم برای محاسبه برخی از شاخص‌ها، مشخص شده است یا مستندات بند «الف» برای تمامی شاخص‌ها مشخص و مستند شده است | غ.ق.ا |
| | ب | مشخص بودن ارتباط هر داده با شاخص مربوطه | و | | ی | در مورد هدف یا علت منطقی جمع‌آوری داده‌ای که آن‌ها مسئولش هستند و روند جمع‌آوری و فواصل زمانی آن | مستندات بند «الف» برای برخی شاخص‌ها مشخص و مستند شده است یا مستندات بند «الف» برای هیچ شاخصی موجود نیست یا | مستندات بند «الف» برای تمامی شاخص‌ها مشخص و مستند شده است | |
| | ج | در بیمارستان | ز | | ل | در بخش‌ها و واحدهای مربوطه | مستندات بند «الف» برای هیچ شاخصی موجود نیست یا | مستندات بند «الف» برای تمامی شاخص‌ها مشخص و مستند شده است | |
| | د | حداقل برای ۱۰ شاخص مربوط به بخش‌ها و واحدهای مختلف (علاوه بر شاخص‌های ضروری اورژانس، ICU و CCU)* | ح | | م | ۱۰ نفر | ۲-۰ نفر از مسئولین جمع‌آوری داده‌ها از هدف تعیین شده و روند جمع‌آوری و فواصل زمانی آن، آگاه هستند | ۶-۳ نفر از مسئولین جمع‌آوری داده‌ها از هدف تعیین شده و روند جمع‌آوری و فواصل زمانی آن، آگاه هستند | ۱۰-۷ نفر از مسئولین جمع‌آوری داده‌ها از هدف تعیین شده و روند جمع‌آوری و فواصل زمانی آن، آگاه هستند |
| | | | ط | | | | | | |

*تذکر: جمع‌آوری داده‌های مربوط به شاخص‌های مشخص شده در سه تذکر ذیل، اجباری است و اگر حتی یکی از آن‌ها انجام نشده باشد، امتیاز صفر داده خواهد شد و ۱۰ شاخص دیگر علاوه بر این شاخص‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرند و امتیاز دهی آن‌ها نیز مطابق ستون‌های امتیازدهی جدول فوق خواهد بود.

تذکر ۱: در بخش اورژانس جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مرتبط با شاخص‌های کیفی ابلاغ شده طی نامه شماره ۱۳۰۳/۱۳۰۳ مورخ ۱۳۹۰/۹/۱۹، الزامی می‌باشد و در صورتی که هر ۵ مورد لحاظ نشده باشند نمره به هیچ‌یک از سنجه‌های این محور، تعلق نمی‌گیرد.

تذکر ۲: در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU)، جمع‌آوری و تحلیل و گزارش داده‌های مرتبط با مرگ مغزی به استناد نامه هیت محترم دولت به شماره ۲۴۸۰۴/ت/۹۹۲۹ مورخ ۹۰/۳/۷ و نامه مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱-۱۷۷۹ مورخ ۹۰/۵/۳۰، الزامی می‌باشد و در صورتی که این مورد لحاظ نشده باشد نمره به هیچ‌یک از سنجه‌های این محور تعلق نمی‌گیرد. (در بیمارستان‌های دارای ICU)

تذکر ۳: در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، جمع‌آوری و تحلیل و گزارش داده‌های مرتبط با سکت قلبی به استناد نامه معاونت سلامت وزارت متبوع به شماره ۴۰۲/۶۱۰۳/د مورخ ۹۲/۵/۱۶، الزامی می‌باشد و در صورتی که این مورد لحاظ نشده باشد نمره به هیچ‌یک از سنجه‌های این محور تعلق نمی‌گیرد. (در بیمارستان‌های دارای CCU)

۲-۸) سنجش و تحلیل شاخص‌ها ترجیحا با مشارکت واحد مدارک پزشکی (مدیریت اطلاعات سلامت) انجام شده و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی، در چارچوب زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان پیگیری و اجرا می‌شوند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که سنجش و تحلیل شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی، در چارچوب زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان پیگیری و اجرا می‌شوند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|---------------------|--|----|--|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | سنجش و تحلیل رایانه ای شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی | ه | مواردی که طبق برنامه لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند | ی | فرد یا افراد مسئول و مرتبط با سنجش و تحلیل شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی (شامل کارکنان و بیماران) | مستندات بند «الف» موجود است | مستندات بند «الف» موجود است | مستندات بند «الف» موجود است |
| | | | | | | با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس گزارش سنجش و تحلیل شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی اجرا شود | و | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص نشده‌اند | و |
| | ب | ذکر زمان و انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول اجرا و پیگیری آن | و | براساس گزارش سنجش و تحلیل شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی و محلی که در آن تعیین شده است | ک | براساس محل تعیین شده در گزارش سنجش و تحلیل شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی | براساس مشاهدات، در ۰-۲ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۳-۶ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۷-۱۰ مورد طبق برنامه عمل شده است |
| | | | | | | با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس گزارش سنجش و تحلیل شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی اجرا شود | یا | اما | و |
| | ج | در بیمارستان | ز | ۱۰ مورد | ل | براساس محل تعیین شده در گزارش سنجش و تحلیل شاخص‌ها و برنامه‌ها و اقدامات اصلاحی | یا | یا | یا |
| | | | | | | از ۱۰ نفر ار بخش‌ها و واحدهای مختلف | ۰-۲ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | ۳-۶ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است | ۷-۱۰ نفر اظهار می‌کنند که طبق برنامه عمل شده است |
| د | | ح | مستقیم و غیر مستقیم | م | | | | | |
| | | | | | ط | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۸-۳) افراد دارای تجربه، دانش و مهارت در زمینه تحلیل داده‌ها، با مشارکت صاحبان فرآیند، مرتباً (حداقل فصلی)، داده‌های بیمارستان را گردآوری و تحلیل می‌نمایند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تحلیل داده‌ها، با مشارکت صاحبان فرآیند، حداقل به صورت فصلی صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------------------------|----|---------|----|---------------------------------|---|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | مستندات تحلیل داده‌ها | ه | | ی | صاحبان فرایندهای مرتبط | مستندات تحلیل داده‌ها موجود است یا ۰-۲ نفر اظهار نمایند که مشارکت داشته‌اند | مستندات تحلیل داده‌ها موجود است اما حداقل فصلی نیست یا ۳-۶ نفر اظهار نمایند که مشارکت داشته‌اند | مستندات تحلیل داده‌ها موجود است و حداقل فصلی است و ۷-۱۰ نفر اظهار نمایند که مشارکت داشته‌اند | غ.ق.ا |
| | ب | مشخصات مندرج در استاندارد | و | | ک | در خصوص مشارکت در تحلیل داده‌ها | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | در بخش‌ها و واحدهای مختلف | | | | |
| | د | | ح | | م | ۱۰ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۸-۴) برنامه ممیزی داخلی در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند چک لیست ممیزی داخلی* به منظور شناخت نقاط قوت و فرصت‌های بهبود (نقاط ضعف) براساس استانداردهای اعتباربخشی با یک برنامه مدون برای فواصل حداقل سالانه تدوین و با هدایت واحد بهبود کیفیت، انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | مستندات انجام برنامه ممیزی داخلی براساس چک لیست | ه | | ی | مسئولین بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان | محتویات بند «الف» وجود ندارد یا اظهارات ۰-۲ نفر مؤید اجرای برنامه ممیزی داخلی است | محتویات بند «الف» وجود دارد اما ویژگی‌های بند «ب» را ندارد یا اظهارات ۳-۶ نفر مؤید اجرای برنامه ممیزی داخلی است | محتویات بند «الف» وجود دارد و ویژگی‌های بند «ب» را دارد و اظهارات ۷-۱۰ نفر مؤید اجرای برنامه ممیزی داخلی است | غ.ق.ا |
| | ب | با هدایت واحد بهبود کیفیت و حداقل سالانه | و | | ک | در خصوص برنامه ممیزی داخلی و زمان اجرای آن | | | | |
| | ج | در بیمارستان | ز | | ل | در بخش‌ها و واحدهای مختلف | | | | |
| | د | | ح | | م | ۱۰ نفر | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

* منظور از ممیزی داخلی در استانداردهای اعتباربخشی، خودارزیابی براساس استانداردهای ملی است که توسط بیمارستان با هدایت واحد بهبود کیفیت و مشارکت بخش‌ها و واحدها انجام می‌شود.

۸-۵) تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و برنامه مداخله‌ای در چارچوب زمانی تعیین شده از سوی بیمارستان پیگیری و اجرا می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|--|----|---|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| الف | الف | گزارش تحلیلی رایانه ای ممیزی داخلی و برنامه مداخله‌ای | ه | مواردی که طبق برنامه لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند* | ی | فرد یا افراد مسئول و مرتبط ** با گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و برنامه مداخله‌ای (شامل کارکنان و بیماران) | مستندات بند «الف» موجود است | مستندات بند «الف» موجود است | مستندات بند «الف» موجود است |
| | | | | | | | و | و | و |
| | | | | | | | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند |
| | | | | | | | اما | یا | یا |
| | | | | | | | براساس مشاهدات، در ۱۰-۷ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۶-۳ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۲-۰ مورد طبق برنامه عمل شده است |
| ب | ب | ذکر زمان انجام اقدامات و فرد یا افراد مسئول پیگیری و اجرای آن | و | براساس گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و برنامه مداخله‌ای و محلی که در آن تعیین شده است | ک | با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و برنامه مداخله‌ای اجرا شود | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | زمان و مسئولین اجرا و پیگیری مشخص شده‌اند | زمان یا مسئولین اجرا یا پیگیری مشخص نشده‌اند |
| | | | | | | | و | و | و |
| | | | | | | | براساس مشاهدات، در ۱۰-۷ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۶-۳ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۲-۰ مورد طبق برنامه عمل شده است |
| | | | | | | | اما | یا | یا |
| ج | ج | در بیمارستان | ز | ۱۰ مورد | ل | براساس گزارش تحلیلی ممیزی داخلی و برنامه مداخله‌ای | براساس مشاهدات، در ۱۰-۷ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۶-۳ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۲-۰ مورد طبق برنامه عمل شده است |
| | | | | | | | و | و | و |
| | | | | | | | براساس مشاهدات، در ۱۰-۷ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۶-۳ مورد طبق برنامه عمل شده است | براساس مشاهدات، در ۲-۰ مورد طبق برنامه عمل شده است |
| د | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | از ۱۰ نفر در بخش‌ها و واحدهای مرتبط | مستقیم و غیرمستقیم | مستقیم و غیرمستقیم | مستقیم و غیرمستقیم |
| | | | | | | | و | و | و |
| ط | ط | | ط | | | | مستقیم و غیرمستقیم | مستقیم و غیرمستقیم | مستقیم و غیرمستقیم |
| | | | | | | | و | و | و |

*تذکر: به‌عنوان مثال براساس برنامه مداخله‌ای قرار بوده روکش محافظ لامپ سقفی تعویض شود و از طریق مشاهده کنترل می‌کنیم که این کار انجام شده است یا خیر.

**تذکر: به‌عنوان مثال اگر قرار است طرز کار دستگاه جدیدی به فردی آموزش داده شود، از فردی که قرار بوده به وی آموزش داده شود سوال کنیم که آموزش انجام شده است یا خیر.

۸-۶) در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در خصوص نتایج حاصل از بررسی و تحلیل‌های صورت گرفته در خصوص ممیزی داخلی، به مدیران و دست‌اندرکاران اطلاع‌رسانی می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات ارائه گزارش به مدیران ارشد و مسئولین در بخش‌ها و واحدهای مختلف | ه | | ی | مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها و واحدهای مختلف | مستندات ارائه گزارش به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها و واحدهای مختلف موجود است و اظهارات ۱۰-۷ نفر مؤید ارائه گزارش‌ها است | مستندات ارائه گزارش به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها و واحدهای مختلف موجود است اما اظهارات ۳-۶ نفر مؤید ارائه گزارش‌ها است | مستندات ارائه گزارش به مدیران ارشد و مسئولین بخش‌ها و واحدهای مختلف موجود نیست یا اظهارات ۲-۰ نفر مؤید ارائه گزارش‌ها است |
| | ب | حاوی نتایج بررسی‌ها و اقدامات اصلاحی مربوط به کل بیمارستان به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مربوطه در رابطه با ممیزی داخلی | و | | ک | در خصوص گزارشی که طبق مستندات بند «الف»، به آن‌ها ارائه شده است | | | |
| | ج | در بیمارستان | ز | | ل | در بخش‌ها و واحدهای مربوطه | | | |
| | د | | ح | | م | ۱۰ نفر | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۸-۷) داده‌های بیمارستانی تحلیل می‌شوند و به وسیله تیم مدیریت ارشد بیمارستان، در تصمیم‌گیری‌ها به کار گرفته می‌شوند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند داده‌های بیمارستانی تحلیل می‌شوند و به وسیله تیم مدیریت ارشد بیمارستان، در تصمیم‌گیری‌ها به کار گرفته می‌شوند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | | ی | رییس بیمارستان | مستنداتی مبنی بر استفاده از نتایج تحلیل داده‌ها در تصمیم‌گیری‌ها موجود باشد | مستنداتی مبنی بر استفاده از نتایج تحلیل داده‌ها در تصمیم‌گیری‌ها موجود نباشد | مستنداتی مبنی بر استفاده از نتایج تحلیل داده‌ها در تصمیم‌گیری‌ها موجود نباشد |
| | ب | | و | | ک | اگر از نتایج تحلیل داده‌ها در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی استفاده می‌نمایید، لطفاً حداقل مستندات یک مورد از آن را ارائه دهید | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization. 2008.
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluation. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition; 2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards ; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De l Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé ; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS) ;2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva; 2003.
12. Anne L. Rooney; Paul R . Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.