

رسالة محمد

استانداردهای واحد اطلاعات سلامت بیمارستان از منظر اعتباربخشی (HIM / Medical Records)

اداره نظارت و اعتباربخشی
معاونت درمان
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
آذر ماه ۱۴۰۴

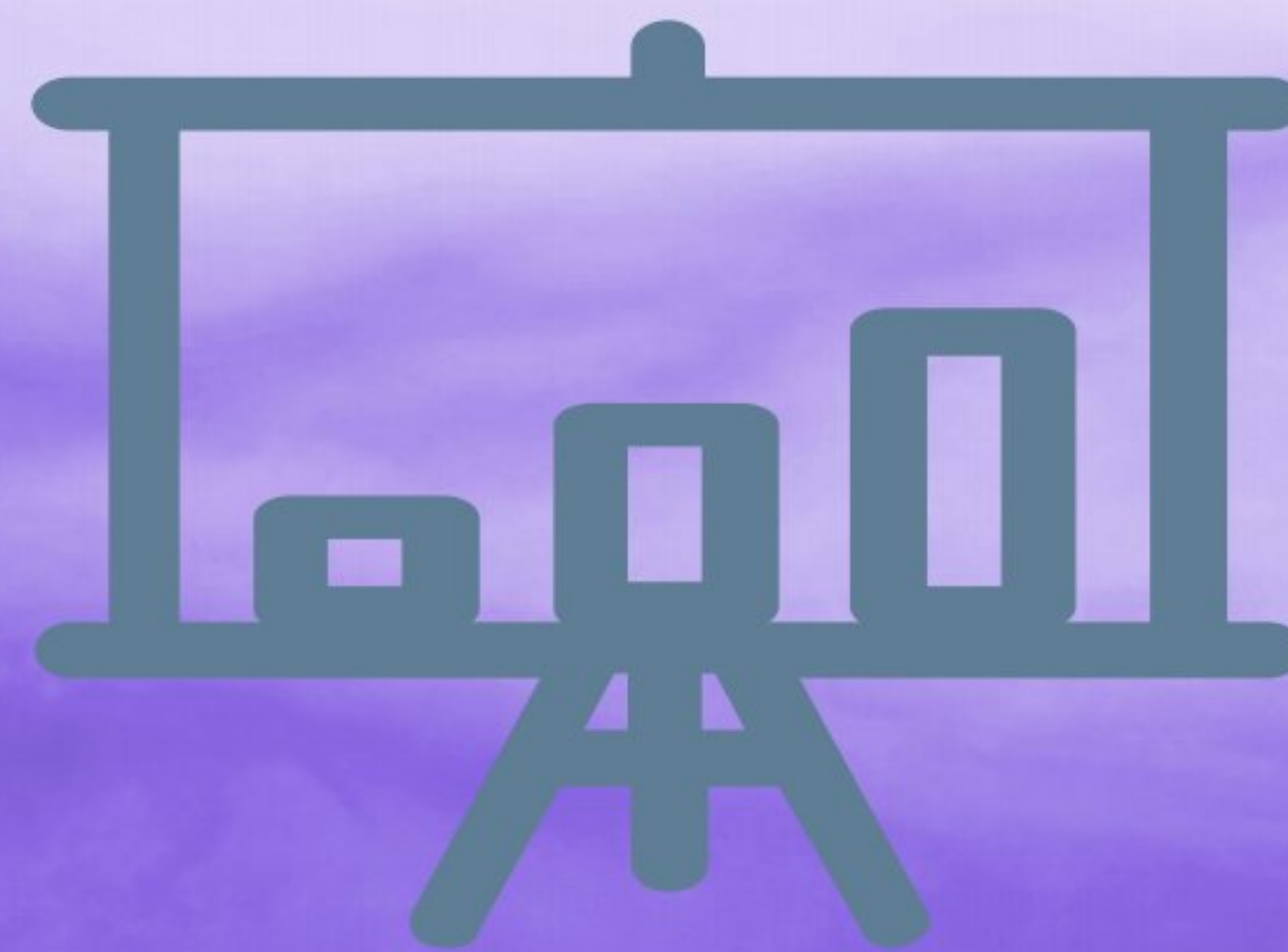
۱. چراغی

فهرست مطالب

12	روش ارزیابی بیمارستانها	3	4	1 تعاریف اعتبار بخشی	1
32	نمودارها و جداول	4	19	چالش های بخشهای پشتیبانی بیمارستان ها	2

برنامه اعتبار بخشی تحولی عظیم در مدیریت خدمات سلامت کشور است که پیوند مدیریت ارشد با ارائه خدمات موثر پزشکی را فراهم می نماید و به عنوان یکی از معتبرترین مدل های ارزیابی مبتنی بر کیفیت و ایمنی با برخورداری از مقبولیت جهانی روزافزون در بخش سلامت هماهنگ با سایر اولویت های وزارت متبوع همچون حاکمیت بالینی، ایمنی بیمار و منشور حقوق بیمار، همگام با استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و توجه به زیر ساخت های پژوهشی به ویژه در زمینه رعایت ایمنی و حقوق بیمار و ارتقای کیفیت خدمات راهی نو جهت کسب اطمینان از عملکرد مناسب سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت را فراسوی دست اندرکاران این حوزه قرار داده است.

اعتباربخشی چیست؟



محورهای ۱۹ گانه اعتباربخشی

محورهای ۱۹ گانه اعتباربخشی ویرایش پنجم

- | | |
|----------------------|--|
| رهبری و مدیریت | ۱. رهبری و مدیریت کیفیت |
| | ۲. مدیریت خطر حوادث و بلایا |
| | ۳. مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای |
| | ۴. مدیریت خدمات پرستاری |
| | ۵. فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت |
| | ۶. بهداشت محیط |
| مراقبت و درمان | ۷. مدیریت تجهیزات پزشکی |
| | ۸. مراقبت های عمومی بالینی |
| | ۹. مراقبت های حاد و اورژانس |
| | ۱۰. مراقبت های جراحی و بیهوشی |
| | ۱۱. مراقبت های مادر و نوزاد |
| | ۱۲. پیشگیری و کنترل عفونت |
| حمایت از گیرنده خدمت | ۱۳. مدیریت دارویی |
| | ۱۴. خدمات تصویر برداری |
| | ۱۵. خدمات آزمایشگاهی |
| | ۱۶. طب انتقال خون |
| | ۱۷. خدمات سرپایی |
| | ۱۸. تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت |
| | ۱۹. احترام به حقوق گیرنده خدمت |



محور مدیریت و رهبری

- ☐ رهبری و مدیریت کیفیت
- ☐ مدیریت خطر حوادث و بلایا
- ☐ مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای
- ☐ مدیریت خدمات پرستاری
- ☐ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
- ☐ بهداشت محیط
- ☐ مدیریت تجهیزات پزشکی

چرا اعتبار بخشی؟



- ❑ کاهش هزینه ها
- ❑ هتلینگ مناسب
- ❑ خدمات با کیفیت
- ❑ احترام به بیمار
- ❑ ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان

روش ارزیابی اعتباربخشی

الف: ارزیابی ادواری و سرزده اعتباربخشی

ب: ارزیابی جامع و ممیزی نهایی شامل مراحل:

- ❑ خود ارزیابی بیمارستانها و بارگذاری مستندات
- ❑ ارزیابی جامع طبق برنامه زمان بندی ستاد، صدور کارنامه و گواهینامه
- ❑ رسیدگی به اعتراضات و در صورت تایید دانشگاه مربوطه و کمیته اجرایی ارزیابی مجدد
- ❑ ارزیابی استانی (پیش ارزیابی سنجش آمادگی)

سنجه های اعتباربخشی در سه سطح تقسیم می شوند:

سطح سه

امکان تحقق پایین تر
وفراتر از حدود انتظارات
نسبت به وضعیت فعلی
بیمارستانها ۸۵

سطح دو

امکان تحقق متوسط و در
حدود وضعیت فعلی
بیمارستانها ۲۰۸

سطح یک

اهمیت، حساسیت و امکان
تحقق بالا و در حدود
انتظارات اولیه و پایه فعالیت
هر بیمارستان ۲۱۲

وزن دهی سنجه ها

گروههای مرتبط			ضریب وزنی	نوع وزن سنجه
مدیریت حوادث و بلایا	انطباق با موازین شرع مقدس	ایمنی بیمار	۲	دارای وزن بالا
		- سنجه های مرتبط با رسالت اصلی مراکز، شاخص های کلیدی عملکرد، بیمار محور بودن، نتیجه محور و مبتنی بر شواهد بودن، نشان دهنده استفاده از خرد جمعی - برخی سنجه های ایمنی بیمار	۱/۵	دارای وزن متوسط
		سایر موارد	۱	دارای وزن عادی

رتبه بندی اعتباربخشی

رتبه بندی اعتباربخشی

❖ پیش نیازهای اخذ گواهینامه اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

۱. رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۲. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح یک در استانداردهای محوره های ۱۹ گانه
۳. کسب حداقل امتیاز از استانداردهای ایمنی بیمار در استانداردهای محوره های ۱۹ گانه
۴. کسب حداقل امتیاز از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس
۵. کسب حداقل امتیاز از مجموع استانداردها در محوره های زیر مجموعه رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

❖ معیارهای رتبه بندی اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

۱. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح یک در هریک از رتبه بندی ها
۲. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح دو در هریک از رتبه بندی ها
۳. کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح سه در هریک از رتبه بندی ها

❖ در نظام نوین اعتباربخشی، بیمارستان ها در شش درجه مختلف رتبه بندی می شوند:

۱. رتبه عالی
۲. رتبه یک برتر
۳. رتبه یک
۴. رتبه دو
۵. رتبه سه
۶. رتبه چهار

(Health Information Management – HIM)

اهداف اصلی:

مدیریت صحیح، ایمن و محرمانه اطلاعات سلامت بیماران

تضمین دقت، کامل بودن، دسترس پذیری و محرمانگی پرونده‌های پزشکی

پشتیبانی از مراقبت ایمن، پژوهش، آموزش و اعتباربخشی

ساختار سازمانی و نیروی انسانی

وجود واحد مستقل اطلاعات سلامت در ساختار سازمانی بیمارستان

حضور مسئول فنی یا مدیر واحد با مدرک مرتبط (HIM)، مدارک پزشکی، فناوری اطلاعات سلامت

تعریف شرح وظایف مکتوب برای کلیه کارکنان

آموزش بدو ورود و آموزش دوره‌ای مستند

تعهدنامه محرمانگی برای کارکنان

مدیریت پرونده پزشکی بیمار

الزامات:

تشکیل پرونده برای کلیه بیماران بستری و سرپایی

استفاده از شماره پرونده یکتا

تکمیل به موقع مستندات پزشکی (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص)

خوانا بودن، امضا و تاریخ گذاری کلیه یادداشت ها

ممنوعیت استفاده از اصلاح کننده ها (لاک غلط گیر)

محتوای استاندارد پرونده پزشکی

پرونده باید شامل موارد زیر باشد:

اطلاعات هویتی کامل بیمار

شرح حال، معاینه، تشخیص‌ها

دستورات پزشکی و پرستاری

گزارش اعمال جراحی و بیهوشی

نتایج آزمایش‌ها و تصویربرداری

رضایت‌نامه‌های آگاهانه

خلاصه پرونده هنگام ترخیص

محرمانگی و امنیت اطلاعات (Information Security)

الزامات حیاتی:

دسترسی محدود و سطح بندی شده به پرونده ها

نگهداری پرونده ها در محیط امن و کنترل شده

قفل بودن بایگانی فیزیکی

کنترل دسترسی به HIS با نام کاربری و رمز عبور

ممنوعیت افشای اطلاعات بدون مجوز قانونی

✖ افشای اطلاعات بیمار = تخلف حرفه ای و قانونی

دست‌رسی و پاسخگویی به اطلاعات

الزامات:

فرآیند مکتوب برای درخواست اطلاعات

ارائه رونوشت پرونده فقط با:

رضایت بیمار

حکم قضایی

ثبت کلیه درخواست‌ها و تحویل‌ها

رعایت زمان پاسخگویی مشخص

کیفیت مستندسازی و ممیزی پرونده‌ها

استانداردها:

اجرای ممیزی داخلی پرونده‌ها (کمی و کیفی)

پایش شاخص‌هایی مانند:

تکمیل بودن پرونده

تأخیر در تکمیل

بازخورد به پزشکان و پرستاران

اقدامات اصلاحی و آموزشی

ارتباط با کمیته های بیمارستانی

کمیته کنترل عفونت

کمیته مرگ و میر

کمیته ایمنی بیمار

کمیته اعتباربخشی و ارائه گزارش های تحلیلی

① موارد عدم انطباق از دید اعتباربخشی

پرونده ناقص یا فاقد امضا

کدگذاری غیرمستند

عدم رعایت محرمانگی

بایگانی نامناسب یا بدون قفل

تحويل اطلاعات بدون مجوز قانونی

چالش های پشتیبانی بیمارستان ها

1 فضای فیزیکی

1

3 منابع انسانی

3

2 تجهیزات و تاسیسات

2

4 امور مالی، درآمد و بیمه
گری

4

5 قراردادها

5

چالش‌های واحد اطلاعات سلامت در بیمارستان‌های ایران

از منظر اعتباربخشی

نقص در تکمیل به‌موقع پرونده‌های پزشکی

● چالش بسیار شایع

مصادیق:

تکمیل نشدن پرونده تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص

عدم امضای پزشک یا تاریخ‌گذاری ناقص

یادداشت‌های ناخوانا یا ناقص

پیامد اعتباربخشی:

عدم انطباق الزامی و اساسی سنج‌های سطح یک و دو

کاهش امتیاز ایمنی بیمار

عدم همکاری کافی تیم درمان با واحد HIM

مصادیق:

تأخیر در تکمیل خلاصه پرونده
بی توجهی به بازخوردهای ممیزی
مقاومت در برابر اصلاح مستندات

ریشه‌ها:

ضعف فرهنگ مستندسازی
نبود سازوکار الزام‌آور مدیریتی

مدیریت پرونده پزشکی بیمار

الزامات:

تشکیل پرونده برای کلیه بیماران بستری و سرپایی

استفاده از شماره پرونده یکتا

تکمیل به موقع مستندات پزشکی (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص)

خوانا بودن، امضا و تاریخ گذاری کلیه یادداشت ها

ممنوعیت استفاده از اصلاح کننده ها (لاک غلط گیر)

سنجه های اعتباربخشی و چالشهای اجرایی

الف-۵-۵-۱ پذیرش تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک و با قابلیت بازیابی در مراجعه های بعدی صورت می پذیرد

هدف ارزیابی: تشکیل پرونده واحد برای بیماران جهت یکپارچه سازی سوابق برای ادامه درمان

مکان بررسی سنجه: واحد پذیرش بستری، اورژانس و درمانگاه - واحد بایگانی

مخاطب: کارکنان بخش پذیرش و بایگانی

نحوه ارزیابی:

- ❖ تشکیل پرونده برای کلیه بیماران بستری، اورژانس و سرپایی
- ❖ اختصاص شماره پرونده واحد برای کلیه مراجعات بستری یک بیمار
- ❖ اختصاص شماره پرونده واحد برای کلیه مراجعات سرپایی یک بیمار
- ❖ اختصاص شماره پرونده واحد برای کلیه مراجعات اورژانس یک بیمار
- ❖ در حالت ایده آل کلیه مراجعات با یک شماره پرونده ذخیره می گردد.

نوع پرونده ها در بیمارستان

تعریف کدیونیک

الف ۵-۵-۲ ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرمهای ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می‌پذیرد.

هدف ارزیابی: استفاده از فرمهای یکپارچه در سطح کشور جهت وحدت رویه و تجمیع اطلاعات بیماران جهت ادامه درمان

مکان بررسی سنجه: بخش مدیریت اطلاعات سلامت - کلیه بخشهای بالینی

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت

نحوه ارزیابی:

- استفاده از فرمهای ابلاغی دارای شناسه کشوری در کلیه بخشهای بالینی
- وجود موافقت کتبی کمیته مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه در خصوص سایر فرمهایی که بیمارستان بر حسب نیاز به پرونده اضافه نموده است

۱۸ برگ فرمهای ابلاغی در دستورالعملهای جدید طرح در کمیته اطلاعات سلامت

الف-۵-۵-۳ محل نگهداری سوابق پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.

هدف ارزیابی: تامین حداقل شرایط ضروری لازم برای نگهداری سوابق بیماران و جلوگیری از آسیب به پرونده های پزشکی بیماران

مکان بررسی سنج: بخش مدیریت اطلاعات سلامت- بایگانی جاری و راکد

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت و مسئول بایگانی

نحوه ارزیابی:

- رعایت حداقل استاندارد های ابلاغی در خصوص شرایط محل نگهداری پرونده های پزشکی
- انجام امحاء با اخذ مجوز از سازمان اسناد کتابخانه ملی و دفتر وزارتی بوده است

محدودیت فضای فیزیکی بایگانی راکد و جاری

امحاء پرونده ها و لاغرسازی

اوراق اضافه در پرونده ها



چالش های فضای فیزیکی بیمارستانها با ارزیابی ۳۶۰ درجه

- ☐ عدم تطابق استانداردهای فضای فیزیکی بیمارستانها با استانداردهای ابلاغی، دفتر فنی و اعتباربخشی
- ☐ عدم تعبیه فضای مناسب برای واحدهای اداری به ویژه واحد مدارک پزشکی و بایگانی (راکد و جاری)
- ☐ عدم اجرای ایمن سازی سطوح و دیوارها در محیط بیمارستان مطابق با استانداردهای ابلاغی (وجود پله های با شیب تند- رمپ های غیر استاندارد، عدم پیش بینی راه پله های فرار)
- ☐ عدم پیش بینی فضای بایگانی منطبق بر استانداردها از نظر مساحت، دما، رطوبت و تمهیدات مدیریت حریق و استفاده از ملزومات و تجهیزات با کیفیت برای نگهداری اسناد پرسنلی
- ☐ عدم ارزیابی عوامل فیزیکی و ارگونومی کار در واحد اطلاعات سلامت
- ☐ لزوم تفکیک فضای فیزیکی، فرایندی و پرسنلی واحدهای پذیرش و صندوق جهت حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران و جلوگیری از تداخل شرح وظایف پرسنل این دو واحد (شرایط فیزیکی این دو واحد در بیمارستان و فرایندهای تعریف شده باعث دخالت پرسنل پذیرش در امور مالی و دسترسی پرسنل صندوق به اطلاعات هویتی و محرمانه بیمار می شود)
- ☐ عدم پیش بینی فضا جهت توسعه بیمارستان

الف-۵-۵-۴ خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است.

هدف ارزیابی: اطمینان از نگهداری پرونده‌های پزشکی بر اساس مدت زمان قانونی مقرر جهت ادامه درمان و ...

مکان بررسی سنجه: بخش مدیریت اطلاعات سلامت - بایگانی

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت - مسئول بایگانی

حوزه ارزیابی:

■ رویت مجوز ابلاغی دفتر وزارتی در خصوص امحاء پرونده‌های پزشکی

■ رویت مکاتبات انجام گرفته با کارشناس اسناد دانشگاه و فرم تکمیل شده اوراق دارای مجوز امحاء و فرم صورت جلسه امحاء تایید شده توسط کارشناس اسناد دانشگاه

■ نگهداری حداقل فرمهای پذیرش و خلاصه پرونده، شرح عمل، گزارش پاتولوژی، شرح زایمان، آپگار نوزاد، گواهی ولادت، نمودار سطح سوختگی و امحاء بقیه فرمها بر اساس مجوز

■ * زمانهای ذکر شده در دستورالعمل حداقل زمان بوده و بیمارستان در صورت داشتن فضای کافی می تواند بیشتر از زمان ابلاغی نسبت به نگهداری پرونده اقدام نماید.

■ پرونده مجروحین جنگی مربوط به زمان مجروحیت غیر قابل امحاء

الف-۵-۵-۵ پرونده‌های پزشکی حین فرآیند ترخیص و در بخش های بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.

هدف ارزیابی: کاهش نواقص پرونده های پزشکی بیماران در زمان ترخیص

مکان بررسی سنجه: کلیه بخشهای بالینی - بخش مدیریت اطلاعات سلامت

مخاطب: منشی بخشها-کارکنان بخش مدیریت اطلاعات سلامت

نحوه ارزیابی:

- بررسی کنترل کمی کلیه پرونده های بیماران در حال ترخیص توسط منشی بخش بر اساس چک لیست ارزیابی مصوب کمیته مدیریت اطلاعات
- بازبینی نهایی کلیه پرونده های ترخیص شده توسط کارشناسان واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر اساس چک لیست تکمیل شده در بخشها توسط منشی
- ارائه بازخورد به مستند سازان در خصوص نواقص پرونده

ارزیابی کمی ناقص

الف-۵-۵-۶ بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پرونده‌های پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

هدف ارزیابی: کاهش نواقص پرونده‌های پزشکی بیماران و افزایش کیفیت مستندات پرونده‌های پزشکی

مکان بررسی **سنجه**: بخش مدیریت اطلاعات سلامت - کلیه بخشهای بالینی

مخاطب: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت - پزشکان - پرستاران - رئیس/مدیر بیمارستان

نحوه ارزیابی:

- وجود تیم کنترل کیفی مستندات پرونده با حضور نماینده گروه مستند سازان (پزشکان و پرستاران و مسئول مدیریت اطلاعات سلامت)
- کنترل کیفی حداقل ۳ پرونده از گروههای بالینی مختلف در مرکز بصورت ماهانه و هر ماه چند گروه بالینی
- بررسی صورتجلسات کنترل کیفی پرونده‌های پزشکی بصورت ماهانه در کمیته مدیریت اطلاعات
- توجه به مصادیق کنترل کیفی در بررسی پرونده

ارزیابی کیفی

الف-۵-۵-۷ فرآیندی معین برای کنترل و صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.

هدف ارزیابی: ممانعت از دسترسی افراد غیر مجاز به سوابق بالینی بیماران و جلوگیری از مفقودی پرونده های پزشکی

مکان بررسی سنج: بخش مدیریت اطلاعات سلامت - کلیه بخشهای بالینی

مخاطب: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت - بخش های بالینی

نحوه ارزیابی:

- قابلیت مشاهده محل دقیق پرونده در نقل و انتقال بین بخشی از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی
- درخواست پرونده (دستی / الکترونیک) توسط درخواست کننده مجاز
- نقل و انتقال پرونده توسط افراد مجاز و معین
- الصاق گزارشات تاخیری از جمله پاتولوژی پس از ترخیص به پرونده بیمار
- انطباق لیست بیماران پذیرش شده با پرونده های تحویلی به بخش مدیریت اطلاعات سلامت بصورت ماهانه
- نحوه تعیین تکلیف پرونده های مفقودی

تدوین خط مشی و روش اجرایی

الف - ۵-۵-۸ کد گذاری پرونده‌های بالینی بر اساس طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها و ضوابط مربوط انجام می‌شوند.

هدف ارزیابی: کدگذاری کلیه پرونده‌های پزشکی بر اساس آخرین طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مرگ و میر

مکان بررسی سنج: بخش مدیریت اطلاعات سلامت

مخاطب: مسئول و کارشناسان واحد کدگذاری

نحوه ارزیابی:

- کدگذاری کلیه پرونده‌های بستری بر اساس ویرایش ۲۰۱۶-ICD10 یا ویرایش بالاتر
- کدگذاری پرونده‌های بستری و تحت نظر اورژانس حداکثر ۴۸ ساعت بعد از ترخیص بیماران

الف ۵-۵-۹ قابلیت ردیابی مراجعه‌های قبلی بیماران بر اساس کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخش‌ها / واحدها فراهم است.

هدف ارزیابی: ثبت کد ملی برای کلیه بیماران و استفاده از کد ملی به عنوان کد یونیک جهت تجمیع کلیه سوابق و ارسال اطلاعات به سامانه‌های مختلف

مکان بررسی سنج: بخش مدیریت اطلاعات سلامت - کلیه بخش‌های بالینی - اورژانس و درمانگاه

مخاطب: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت - کارشناسان پذیرش

نحوه ارزیابی:

- ❖ قابلیت بازیابی پرونده‌های سرپایی، بستری و اورژانس بر اساس کد ملی
- ❖ مشاهده نتایج پایش ماهانه در خصوص بیماران فاقد کد ملی پذیرش شده

الف-۵-۶-۵ فرایند الکترونیک نمودن فرم ها، ثبت و بایگانی خدمات در بیمارستان برنامه ریزی شده و اجرا میشود.

هدف ارزیابی: پیاده سازی فرمهای پرونده بیماران در سیستم HIS با قابلیت تکمیل نمودن الکترونیکی و برنامه ریزی توسعه پرونده الکترونیک سلامت

مکان بررسی سنج: بخش مدیریت اطلاعات سلامت - بخش فناوری اطلاعات سلامت

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت

نحوه ارزیابی:

- ❖ پیاده سازی الکترونیک نمودن فرمهای ابلاغی
- ❖ قابلیت تکمیل فرمها بصورت الکترونیکی
- ❖ در صورتی که حداقل سه خدمت و پنج فرم الکترونیکی شده باشد نمره کامل تعلق می گیرد.

اجرای پرونده الکترونیک؟؟؟؟؟

چالشهای مدیریتی

- ❑ به روز رسانی هرگونه توسعه یا تغییر کاربری و تعداد بخشها/واحدهای پاراکلینیک و تعداد تختهای فعال بیمارستان با رعایت قوانین و براساس پروانه بهره برداری (الزام وجود چهار بخش اصلی با توجه به پروانه جنرال بیمارستان)
- ❑ انطباق مشخصات بخشهای درمانی و تشخیصی فعال در بیمارستان با بخش های درج شده در پروانه تاسیس/مجوز بهره برداری
- ❑ همخوانی تعداد کل تخت فعال بیمارستان حداکثر تا سقف تعداد تخت مصوب مندرج در پروانه تاسیس/مجوز بهره برداری
- ❑ تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه گیری آنها در بازه های زمانی مشخص
- ❑ تعیین دستور کار جلسات کمیته ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته
- ❑ همفکری اعضاء و تصویب راه حل های واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه و مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده

چالشهای مدیریتی

- ❑ شناسایی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان/اولویت بندی عوامل خطر آفرین /شناسایی مکانهای خطر آفرین جهت آتش سوزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه
- ❑ وجود سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت آماده و سالم
- ❑ اخذ تاییدیه استانداردهای آتش نشانی از سازمان آتش نشانی منطقه
- ❑ استفاده از دوربین های مداربسته بدون نقض حریم خصوصی بیماران
- ❑ افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و تأمین نیروی انسانی پیش بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم نامه یا قرارداد با سایر مراکز
- ❑ نظارت مستمر بر تامین مستمر اکسیژن با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار توسط مدیریت تجهیزات پزشکی
- ❑ استفاده از قفل ها و آژیرها برای مناطق حساس و مهم بیمارستان
- ❑ تغذیه بیمارستان از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری مجزا

چالشهای مدیریتی

□ علل و عوامل ترخیص با رعایت و میل شخصی و تفسیر و تحلیل نتایج، علل و روند تکرار علتها

□ طرح ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه (برای عواملی که می تواند منجر به ترخیص با رعایت با میل شخصی شود)

□ بهبود روند ترخیص با رعایت و میل شخصی بر اساس اقدامات اصلاحی برنامه ریزی شده

□ انجام رضایت مندی کارکنان با پرسشنامه پایا و روا حداقل هر شش ماه، مقایسه نتایج رضایت کارکنان دوره های قبلی، پیش بینی راهکارهای

بهبود و طراحی اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود بر اساس نتایج رضایت سنجی از کارکنان

□ تعیین و مکتوب نمودن سیاستهای اصلی توسط مسئولان ارشد بیمارستان، همسویی سیاستهای اصلی با سیاستهای سازمان بالادستی و

ملاحظات بومی بیمارستان و استفاده از سیاستهای اصلی به عنوان راهنما در تدوین استراتژیها و فعالیتهای بیمارستان و استفاده از سیاستهای

اصلی در نظارت و ارزیابی عملکرد واحدها (شاخص های عملکردی بیمارستان بصورت مستمر و طبق شناسنامه ی شاخص ها تحلیل گردد و در

کمیته های مربوطه به اطلاع تیم اجرایی رسانده شود و پس از تعیین اقدامات اصلاحی مجدداً "پایش گردد)

فناوری و اطلاعات سلامت

- ❑ عدم تطابق پروانه بهره برداری بیمارستان با تخت های موجود در بخش ها و اطلاعات ثبت شده در سامانه کشوری آواب و تکمیل اطلاعات پرسنل موجود و لزوم به روزرسانی تغییرات پرسنلی در قسمت مربوطه در سامانه آواب
- ❑ عدم وجود گواهینامه ارزیابی عملکرد، گواهینامه استانداردهای تبادل داده با درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت، گواهینامه مطابقت با استانداردهای تبادل داده با درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس)، گواهینامه گواهی امنیت سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS) ، گواهینامه به روز تبادل اطلاعات در نظام ارجاع برای سامانه اطلاعات بیمارستان، گواهینامه اتصال به میان افزار نوبت دهی نظام ارجاع برای سامانه نوبت دهی بیمارستان، گواهینامه به روز و معتبر تبادل اطلاعات در نظام ارجاع برای سامانه اطلاعات بیمارستان (گواهی های موجود فاقد اعتبار بوده و برخی نیز هنوز اخذ نشده اند)
- ❑ عدم قابلیت سامانه های اطلاعات بیمارستانی به منظور ایجاد داشبوردهای مدیریتی (که دسترسی مدیر و رییس بیمارستان را برای اطلاع از آمار بیمارستانی مانند تعداد تخت های اشغالی و... تسهیل کند)
- ❑ عدم یکپارچگی بین سامانه های بیمارستانی و تعدد نرم افزارهای بیمارستانی و دارویی از جمله :
- ❑ سامانه های رز- سپاس -HIS و سامانه های دارویی مانند TTAC و..

