به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی تربت
حیدریه

مجموعه سیاستهای کلان بیمارستان

تدوین: تیم مدیریت اجرایی

بازنگری فروردین 1403

افراد خیل دربازنگری سیاستهای کلان

نام ونام خانوادگی	سمت
خانم دکتر زهرا نیک فرجام	رییس بیمارستان
آقای دکتر رضا قاسمی	معاون آموزشی بیمارستان
خانم دکتر راضیه سلیمی	مدیر بیمارستان
خانم طلعت بخشی	مدیر پرستاری
آقای هادی فیروز فر	مسوول حراست
خانم رقیه بخشی	مسوول دفتر بهبود کیفیت
آقای علی مردانیان	رییس اداره حسابداری
آقای مهندس محمد صالحی	مسوول فناوری و اطلاعات
آقای محمد محمد زاده	رییس امور اداری
آقای محمد حسینی	مسئول امور پشتیبانی

فهرست

ردیف	عنوان سیاست	شماره صفحه
1	ارتقاء طرح کاهش پرداختی از جیب مردم در راستای اجرای طرح تحول نظام سلامت	5
2	توسعه زیر ساختها در بیمارستان	8
3	جذب نیروی انسانی	9
4	توانمند سازی نیروی انسانی	11
5	جذب مشارکت سایر نهادها	12
6	ارتقاء استانداردهای اعتبار بخشی ملی ویرایش پنجم و (کسب) گرید (یک برتر) بیمارستان	13
7	ارتقاء استانداردهای اعتبار بخشی آموزشی و حفظ گواهینامه آموزشی بیمارستان	14
8	کسب لوح بیمارستان دوستدار مادر	15
9	استقرار کامل استانداردهای ایمنی (حد اقل الزامی)	16
10	حفظ لوح بیمارستان دوستدار کودک	17
11	مدیریت بهینه منابع مالی	18

اختصارات

ردیف	لاتین	اختصار	معنی
1	9Day Hospital Macroeconomic Policy	9D H M Pol	سیاست کلان بیمارستان نهم دی

شناسنامه شاخص سیاستهای کلان بیمارستان

ردیف	عنوان سیاست	شاخص پایش سیاست	مسوول پایش	دوره پایش	ذینفعان
1	ارتقاء طرح کاهش پرداختی از جیب مردم در راستای تداوم اجرای طرح تحول نظام سلامت	1. درصد بیماران روستایی بستری در بیمارستان که از خدمات با تعرفه 5٪ برخوردار شده اند 2. درصد بیماران روستایی بستری در بیمارستان که از خدمات با تعرفه 10٪ برخوردار شده اند 3. درصد بیماران غیرروستایی بستری در بیمارستان که از خدمات با تعرفه 10٪ برخوردار شده اند 4. تعداد بیماران دیالیزی تحت پوشش حمایت مالی 5. تعداد بیماران خاص(هموفیلی، پیوندی،تالاسمی) تحت پوشش حمایت مالی 6. میزان اعتبارات هزینه شده در طرح هتلینگ 7. درصد سزارین	مسوول درآمد مسوول درآمد مسوول درآمد مسوول بیماریهای خاص مدیر بیمارستان مسوول زایشگاه	فصلی	بیماران سازمانهای بیمه بیمارستان
2	توسعه زیر ساختها در بیمارستان	1. اعتبارات هزینه شده در ساخت و ساز 2. فعالیت های انجام شده عمرانی 3. اعتبارات هزینه شده در جهت خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای 4. واحدهای تازه تاسیس شده	مدیر بیمارستان	فصلی	بیماران بیمارستان
3	جذب نیروی انسانی	1. تعداد کمبود نیرو در هر رده به تفکیک 2. تعداد نیروهای جذب شده در هر رده به تفکیک	مسوول منابع انسانی و مدیر پرستاری	فصلی	بیماران کارکنان
4	توانمند سازی نیروی انسانی	1. تعداد دوره های اموزشی برگزار شده 2. تعداد شرکت کنندگان در دوره های برگزار شده	سوپروایزر آموزشی	فصلی	بیماران بیمارستان
5	جذب مشارکت سایر نهادها	1. میزان اعتبارات جذب شده از محل کمکهای خیرین 2. میزان اعتبارات جذب شده از محل کمکهای دانشگاه	مسوول امور مالی	فصلی	بیمار بیمارستان
6	استقرار استانداردهای اعتبار بخشی ملی	1. درصد تحقق استانداردهای اعتبار بخشی ملی	مسوول بهبود کیفیت	شش ماهه	بیمار بیمارستان

7	استقرار استانداردهای اعتبار بخشی آموزشی	1. درصد تحقق استانداردهای اعتبار بخشی آموزشی	معاون آموزشی	شش ماهه	دانشجویان بیمارستان دانشگاه
ردیف	**عنوان سیاست**	**شاخص پایش سیاست**	**مسوول پایش**	**دوره پایش**	**ذینفعان**
8	کسب لوح بیمارستان دوستدار مادر	1. درصد القاء و تقویت دردهای زایمانی 2. درصد اپی زیاتومی 3. استفاده از روشهای بیدردی غیر دارویی 4. استفاده از روشهای بیدردی دارویی 5. درصد زایمانهای انجام شده با همراهی ماما همراه 6. درصد انجام زایمان به روش طبیعی	مسوول زایشگاه	فصلی	بیمار بیمارستان
9	استقرار کامل استانداردهای ایمنی	1. درصد تحقق استانداردهای الزامی	کارشناس ایمنی	شش ماهه	بیمار بیمارستان
10	حفظ لوح بیمارستان دوستدار کودک	1. درصد نوزادانیکه ظرف یک ساعت اول تولد با شیر مادر تغذیه شده اند 2. درصد نوزادانیکه بلافاصله پس از تولد تماس پوستی با مادر داشته اند 3. درصد کارکنان شاغل در بلوک زنان- نوزادان و کودکان که دوره آموزشی 20 ساعته ترویج تغذیه با شیر مادر را گذرانده اند 4. درصد شیرخوارانیکه در شش ماه اول عمر تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته اند	مسوول زایشگاه مسوول زایشگاه کارشناس تغذیه با شیر مادر کارشناس تغذیه با شیر مادر	فصلی فصلی شش ماهه شش ماهه	بیمار بیمارستان
11	مدیریت بهینه منابع مالی	1. کاهش هزینه وسایل مصرفی به میزان 5٪ نسبت به سال گذشته 2. کاهش درخواست آزمایشات تکراری به میزان 10% نسبت به سال گذشته	مدیر بیمارستان مسوول IT	شش ماهه فصلی	بیمارستان کارکنان

توالی گزارش شاخصهای اندازه گیری شده:

1. مسوول اندازه گیری هر شاخص به دبیر تیم اجرایی (مسوول دفتر بهبود کیفیت)
2. دبیر تیم اجرایی به تیم مدیریت اجرایی

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : کاهش پرداختی از جیب مردم در راستای تداوم اجرای طرح تحول نظام سلامت **کد سیاست :** 9D H M Pol 1 **صفحه :** 1 از 3	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1 **تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15 **تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15 **نوبت بازنگری:**7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امورمالی و اداری

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

در راستای اجرای طرح تحول نظام سلامت اقدامات ذیل در بیمارستان انجام می شود

طرح کاهش پرداختی از جیب مردم

1. به منظور کاهش پرداختی از جیب مردم، در بدو پذیرش بیمار، متصدی پذیرش در خصوص بیمه بیمار سوال نموده و در صورت نداشتن بیمه راهنمایی های لازم جهت ثبت نام و استفاده از بیمه سلامت همگانی را به بیمار و همراهی وی میدهد
2. متصدی پذیرش به بیمارانی که با فرم ارجاع روستایی مراجعه نموده اند در صورت ناقص بودن مدارک همراه اطلاعات کافی جهت تکمیل مدارک میدهد
3. کلیه اقلام و لوازم مورد نیاز بیماران توسط بیمارستان تهیه شده و تعرفه پرداختی بیماران جهت بیمه شدگان روستایی دارای فرم ارجاع به صورت 5٪ و جهت سایر بیمه شدگان و روستائیان فاقد فرم ارجاع به صورت 10٪ محاسبه میگردد و مابه التفاوت تعرفه اقلام و خدماتی که در تعهد بیمه ها نمی باشد از محل هدفمندی یارانه ها تامین میگردد

طرح حضور پزشک مقیم در بیمارستان

1. با توجه به حساسیت برخی بیماریها و لزوم دسترسی سریع به متخصص بیمارستان در رشته های طب اورژانس، داخلی،جراحی عمومی ،زنان، اطفال و بیهوشی پزشک به تعداد کافی جذب نموده و برنامه مقیمی در این رشته ها تنظیم می نماید.
2. جهت رعایت کامل برنامه مقیمی از جانب پزشکان بیمارستان نظارت می نماید

طرح حمایت مالی از بیماران صعب العلاج و خاص

1. در این زمینه خدمات ارائه شده از قبیل دیالیز بیماران دیالیزی ،ترانسفوزیون خون جهت بیماران تالاسمی توسط بیمارستان به صورت رایگان انجام میشود
2. خدمات بیماران دیالیزی و شیمی درمانی 100٪ بر عهده سازمان بیمه گر می باشد
3. چنانچه بازهم بیمار در پرداخت هزینه های غیر شیمی درمانی مشکل داشته باشد توسط مددکاری بیمارستان تا حتی 100٪ با تشخیص مددکار از خدمات رایگان برخوردار میشود و لیست تخفیفات در پایان هر ماه به معاونت درمان جهت بازگشت هزینه ها از ردیف بیماران خاص ارسال می شود.
4. خدمت شیمی درمانی جهت این بیماران در کلینیک تخصصی احمدیه به صورت رایگان انجام میشود.

عنوان /موضوع ساست : تداوم اجرای طرح تحول نظام سلامت **کد سیاست :** 1 9D H M Pol **صفحه :** 2 **از** 3	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1 **تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15 **تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15 **نوبت بازنگری:**7

طرح هتلینگ

1. جهت اجرای طرح هتلینگ در ابتدای هر سال تیم مدیریتی بیمارستان با توجه به اعتبارات ابلاغی و برآورد نیاز انجام شده در چهار حیطه تجهیزات، تسهیلات اقامت،امور عمرانی و بهداشتی برنامه ریزی می نماید به صورت اولویت بندی شده نسبت به تامین آن و رفع کمبودها اقدام نماید.
2. علاوه بر آن مسوول هر واحد یا بخش در هر زمان بر حسب نیاز ، نیازهای تجهیزاتی، عمرانی و تاسیساتی واحد خویش را ضمن ثبت در سامامانه CMMS به مدیر بیمارستان اعلام می نماید
3. چنانچه اجرای درخواست نیاز به تامین منابع مالی داشته باشد در جلسه ای با حضور اعضاء مرتبط از جمله مسوول امور مالی موضوع مطرح و اعتبار لازم تامین میگردد.
4. در خصوص تامین تجهیزات درخواست به مسوول تجهیزات جهت پیگیری ارجاع می شود
5. جهت تعمیر تاسیساتی درخواست به مسوول تاسیسات ارجاع می شود که در صورت نیاز به لوازم و امکانات خاص درخواست تهیه از طریق تدارکات توسط مسوول تاسیسات پیگیری می شود
6. درخواست بازسازی عمرانی مورد نیاز در هر قسمت به مسوول عمران بیمارستان ارجاع می شود که پس از تایید ایشان ، مسوول امور عمومی و تدارکات نسبت به عقد قرار داد با پیمانکاران و تامین مصالح مورد نیاز اقدام می نمایند
7. کلیه مسوولین درگیر هر پروژه تا انتهای حصول نتیجه مجدانه پیگیری های لازم را انجام میدهند

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : تداوم اجرای طرح تحول نظام سلامت **کد سیاست :** 9D H M Pol 1 **صفحه :** 3 **از** 3	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1 **تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15 **تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15 **نوبت بازنگری:** 7

طرح ترویج زایمان طبیعی

1. به منظور ترویج زایمان طبیعی بیمارستان در راستای سیاست دانشگاه و وزارت متبوع نسبت به ساخت،تجهیز و راه اندازی LDR اقدام نموده است
2. پزشکان متخصص زنان به صورت مقیم در بلوک زنان فعالیت می نمایند و شخصا در انجام هر زایمان طبیعی حضور دارند
3. امکانات لازم جهت زایمان فیزیولوژیک تهیه شده و آموزشهای لازم به پرسنل در این خصوص داده شده و سالانه تکرار می شود
4. تعرفه زایمان طبیعی جهت کلیه مادران رایگان محاسبه می شود
5. بر اعمال سزارین از نظر تعداد و علت آن توسط بیمارستان نظارت شده و در صورت نیاز مداخلات اصلاحی صورت میگیرد.

تهیه کنندگان : دکتر راضیه سلیمی	**تأییدکننده :** دکتر زهرا نیک فرجام	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مدیر بیمارستان	**سمت وامضا** : رئیس بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : توسعه زیر ساختها در بیمارستان **کد سیاست :**2 9D H M Pol **صفحه :** 1 **از** 1	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1 **تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15 **تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15 **نوبت بازنگری:**7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امورمالی- مهندس ناظر ساختمان-مسوول تدارکات- مسوول امور عمومی

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. تیم مدیریتی بیمارستان طرح توسعه زیر ساختهای بیمارستان را تنظیم و پس از تایید رییس بیمارستان به دانشگاه ارسال می نماید
2. تا زمان تایید طرح و تامین اعتبار لازم پیگیری مجدانه از سوی بیمارستان انجام میشود.
3. پس از تایید طرح بیمارستان اقدام به تنظیم برنامه عملیاتی نموده و به افراد دخیل ابلاغ می نماید
4. مسوول امور عمومی نسبت به عقد قرارداد با پیمانکاران در صورت نیاز اقدام می نماید
5. مسوول تدارکات بر روند تهیه ملزومات و مصالح مورد نیاز نظارت و بر حسب ضرورت مداخله می نماید
6. مهندس ناظر ساختمان طبق برنامه تنظیم شده بر روند اجرایی و پیشرفت کار نظارت دارد و پیگیری های لازم را انجام میدهد
7. مسوول امور مالی طبق اسناد تنظیم شده نسبت به تامین اعتبار لازم و پاس کردن اسناد اقدام می نماید.
8. مدیر بیمارستان مستمر از پیشرفت طرح ها و پروژه ها بازدید نموده و در صورت نیاز مداخلات لازم به عمل می آید.
9. مسوول تجهیزات نیازهای تجهیزات پزشگی سرمایه ای بیمارستان را در سه ماهه اول سال شناسایی و به تایید کمیته تجهیزات و خرید رسانده و پیگیری لازم در جهت تامین و جذب اعتبار لازم و خرید تجهیزات را انجام می دهد.

تهیه کنندگان : دکتر راضیه سلیمی-مهندس ابتکاری فر- مهندس خالصی	**تأییدکننده :** دکتر زهرا نیک فرجام	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مدیر بیمارستان – ناظر ساختمان- مسوول تجهیزات پزشگی	**سمت وامضا** : رئیس بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

عنوان /موضوع سیاست : جذب نیروی انسانی	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست : 9D H M Pol 3	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 **از** 2	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امورمالی و اداری و مسول واحدهای مختلف- مسوول حراست

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

- **جذب نیرو به صورت استخدامی:**

1. مجوز استخدامی از سوی وزارت متبوع به دانشگاه اعلام می شود
2. سهمیه استخدامی بیمارستان توسط معاونت توسعه اعلام می شود
3. اعلام نیاز نیرو از مسوولین واحدها (مترون،مسوول رادیولوژی،مسوول آزمایشگاه،مسوول اطلاعات سلامت و مسوول کلینیکها)توسط مسوول اموراداری دریافت می شود
4. تشکیل جلسه با اعضاء مدیریتی و تعیین تعداد نیروهای مورد نیاز بیمارستان به تفکیک جنس ، رشته و پست بر اساس پستهای بلاتصدی بیمارستان
5. تنظیم لیست نهایی تایید شده توسط رییس بیمارستان و اعلام به معاونت توسعه دانشگاه توسط مسوول امور اداری
6. بکار گیری نیرو پس از موفقیت در آزمون استخدامی و معرفی از جانب دانشگاه جهت شروع به کار در واحدها و بخشهای نیازمند بر اساس توانمندی، رشته و پستی که تصدی نموده است

- **جذب نیرو از طریق کار دانشجوئی:**

1. مسئول هر واحد بنا به نیاز ، به واحد امور اداری درخواست نیرو می دهد .
2. در صورت مراجعه دانشجو جهت کار دانشجویی چنانچه توانمندی و تخصص وی با نیازهای اعلام شده تایید شود ، فرم کار دانشجویی توسط وی تکمیل و تحویل مدیر آموزشی معاونت آموزشی میشود که پس از تایید مجدد به بیمارستان عودت داده می شود
3. در بیمارستان فرم تایید شده به تایید مسوول حراست، مسوول امور مالی، مسوول واحد و مدیر یا رییس بیمارستان می رسد.
4. در نهایت فرم تقاضای کار دانشجو به تایید معاون آموزشی دانشگاه رسیده و تحویل مسوول امور اداری بیمارستان میگردد
5. یک نسخه از فرم بایگانی واحد منابع انسانی و یک نسخه همراه با معرفی نامه دانشجو، به مسوول واحدی که متقاضی نیرو بوده تحویل میگردد
6. نیرو به واحد معرفی شده و تحت نظارت مسوول واحد شروع به کار می نماید

- **جذب پزشک عمومی:**

1. پزشکان عمومی که تمایل به کار در اورژانس بیمارستان دارند درخواست خود را به ریاست و مدیریت اعلام می نمایند پس از طی مراحل اداری، شیفت های پیشنهادی تنظیم و اعلام می گردد و برابر ساعات کاری حضور در بیمارستان حقوق دریافت می نماید.

عنوان /موضوع سیاست : جذب نیروی انسانی **کد سیاست :** 9D H M Pol 3 **صفحه :** 2 **از** 2	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1 **تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15 **تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15 **نوبت بازنگری:**7

- **جذب نیرو از طریق شرکتی:**

1. با توجه به نیاز واحدها ،رئیس بیمارستان، به دانشگاه اعلام نیاز نیرو می کند.
2. پس از اخذ مجوز از دانشگاه ، توسط معاونت توسعه ، آزمون برگزار می نماید
3. پس از طی مراحل مصاحبه،انجام آزمایشات و ... داوطلبان،اسامی افراد برگزیده اعلام می شود
4. ابلاغ جهت قبول شدگان صادر می گردد
5. نیرو ، در بیمارستان شروع بکار و حکم از دانشگاه صادر می گردد

- **جذب متخصصین:**

1. جهت جذب متخصصین ضریب کا هر ساله در تیر یا مرداد جلسه با تیم مدیریت برگزار شده و با توجه به خروجی متخصصین ضریب کا در آن سال و نیازهای جدید به تفکیک رشته و تعداد ، لیست نهایی با نظر اعضاء تنظیم شده و به معاونت درمان اعلام میشود.
2. با پزشکان متخصصی که ضریب کایشان به اتمام رسیده است و مایل به ادامه همکاری با بیمارستان می باشند قرارداد تنظیم شده و برنامه طبق درخواست و با تایید بیمارستان تنظیم میشود و پرداخت حق الزحمه به انها بر اساس شیفتها انجام میشود

- **جذب نیروی طرحی:**

2. در نیمه دوم هر ماه نیازهای ماه آینده توسط مسوول امور اداری از مسوولین واحدهای مختلف(دفتر پرستاری،آزمایشگاه، رادیولوژی و مدارک پزشکی) دریافت و پس از بررسی خروجی ها لیست نهایی تنظیم و به متایید ریاست رسیده و سپس به معاونت توسعه دانشگاه اعلام میگردد
3. در صورت وجود نیروی طرحی برابر درخواست بیمارستان ، نیروها از طریق معاونت توسعه به بیمارستان معرفی و پس از طی مراحل اداری در واحدها و بخشهای متقاضی متناسب با توانمندی و تخصصی که دارند تحت نظر مسوول مربوطه شروع به کار می نمایند
4. نیروهای طرحی در حال کار میتوانند یک ماه قبل از اتمام طرح در صورت تمایل به ادامه همکاری درخواست تمدید طرح داوطلبانه نموده و در صورت نیاز بیمارستان و تایید نیرو توسط مسوول واحد و مسوول حراست و مدیر بیمارستان نسبت به تمدید طرح آنان برابر مقررات اقدام شود.

تهیه کنندگان : محمد محمد زاده	**تأییدکننده :**دکتر راضیه سلیمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مسوول امور اداری	**سمت وامضا** : مدیر بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : توانمند سازی نیروهای انسانی	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست :4 9D H M Pol	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 **از** 1	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امورمالی و اداری و مسول واحدهای مختلف- سوپروایزر آموزشی

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. در ابتدای هر سال نیاز سنجی آموزشی کارکنان توسط مسوول هر بخش و واحد انجام و به سوپروایزر آموزشی اعلام میگردد.
2. علاوه بر آن نیازهای آموزشی اعلام شده بر اساس اسناد بالا دستی و به تشخیص بیمارستان توسط سوپروایزر آموزشی شناسایی می شود.
3. هماهنگی لازم جهت برگزاری دوره ها شامل(انتخاب استاد، تامین اعتبار لازم و...) توسط سوپروایزر آموزشی انجام می شود.
4. اطلاع رسانی دوره های آموزشی که در خارج از بیمارستان برگزار می شود به کارکنان از طریق اتوماسیون یا نصب اطلاعیه در برد توسط مسوول امور اداری اطلاع رسانی می شود
5. موافقت و تامین اعتبار لازم جهت شرکت کارکنان و مدیران سطوح مختلف جهت شرکت در سمینارها و دوره های آموزشی اعلام شده از سوی وزارت متبوع یا دانشگاه قطب توسط بیمارستان انجام میشود.
6. جهت نیروهایی که بر حسب نیاز بیمارستان و با توجه به توانمندیهای فردی در واحدهای مختلف مدیریتی به کار گمارده می شوند آموزش های مدیریتی و تخصصی مورد نیاز آن مسوولیت توسط فردی توانمند و مورد تایید بیمارستان ارائه می شود.

تهیه کنندگان : مهدی میری	**تأییدکننده :** دکتر راضیه سلیمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: سوپروایزر آموزشی	**سمت وامضا** : مدیر بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : جذب مشارکت سایر نهادها	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست : 9D H M Pol 5	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 از 1	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امورمالی- مسوول روابط عمومی

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

جذب مشارکت دانشگاه

1. شناسایی و تنظیم لیست نیازهای بیمارستان و تنظیم طرح توجیهی آن در ابتدای هر سال و بر حسب ضرورت در هر زمان دیگر توسط مدیریت بیمارستان انجام می شود
2. نشستهای متعدد به صورت حضوری با ریاست دانشگاه و معاونت محترم توسعه دانشگاه و توضیح طرح پیشنهادی جهت جلب مساعدت آنان توسط مدیریت بیمارستان تا زمات حصول نتیجه (جذب اعتبار مورد نیاز) انجام میشود.

جذب مشارکت خیرین سلامت

1. در ابتدای هر سال مدیریت بیمارستان نیازهای مجموعه اعم از تجهیزاتی و ساختمانی را شناسایی و براورد اعتبار می نماید.
2. مدیریت بیمارستان جهت براورده شدن نیازهای بیمارستان برنامه ریزی نموده و اعتبارات مازاد بر اعتبارات ابلاغ شده و ناشی از محل درامدها مد نظر قرار میدهد
3. میریت بیمارستان با نماینده مجمع خیرین دانشگاه در ارتباط می باشد و از طریق ایشان با خیرین سلامت آشنا شده و ارتباط برقرار نموده و نیازهای بیمارستان را در قالب طرح توجیهی بیان می نمایند.
4. در صورت نیاز از خیرین جهت بازدید از بیمارستان دعوت به عمل می آید و از نزدیک آشنا می شوند.
5. پس از هماهنگی های لازم توسط روابط عمومی، از خیرین محترم در صورت موافقت خودشان به طرق مختلف (برگزاری جلسه در بیمارستان و معرفی خدمات خیرین به کارکنان مجموعه، درج خدمات خیرین در سایت، نام گذاری خدمت انجام شده به اسم خیر، معرفی خدمات خیرین از طریق تهیه فایل الکترونیکی یا فیلم و ...) توسط بیمارستان تقدیر به عمل می آید.

تهیه کنندگان : سمیرا صابری	**تأییدکننده :** دکتر راضیه سلیمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مسوول روابط عمومی	**سمت وامضا** : مدیر بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : استقرار استانداردهای اعتبار بخشی ملی ویرایش پنجم	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست :6 9D H M Pol	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 **از** 1	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:7

مخاطب : رییس- مدیر- مترون- مسوول بهبود کیفیت- روسا و مسوولین بخشها و واحدها

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. تشکیل تیم مدیریت اجرایی بیمارستان
2. ابلاغ استانداردهای اعتبار بخشی ملی (آخرین ویرایش) به همراه راهنمای استانداردها به کلیه مسوولین بیمارستان در همه واحدها
3. برگزاری نشست های متعدد با مسوولین واحدها در جهت پیشبرد استانداردهای ملی توسط واحد بهبود کیفیت با مشارکت تیم مدیریت اجرایی
4. برگزاری نشستهای داخلی در همه واحدها و بخشها توسط مسوول هر قسمت با نیروهای تحت سرپرستی و توجیه آنان در خصوص سنجه ها
5. خود ارزیابی مداوم واحدها توسط مسوول هر بخش و واحد طبق سنجه های ابلاغی
6. تعیین تیم ارزیابی داخلی بیمارستان و ارزیابی داخلی بیمارستان طبق سنجه های ابلاغی توسط تیم ارزیاب داخلی هر شش ماه و گزارش به تیم مدیریت اجرایی
7. بررسی نتایج پایش و اقدامات اصلاحی و مداخله ای در مورد استانداردهایی که پیشرفت قابل قبول نداشته توسط تیم مدیریت اجرایی تا تحقق حداقل میانگین 75٪ سنجه ها

تهیه کنندگان : رقیه بخشی	**تأییدکننده :** دکتر راضیه سلیمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مسوول واحد بهبود کیفیت	**سمت وامضا** : مدیر بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : استقرار استانداردهای اعتبار بخشی آموزشی	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست :7 9D H M Pol	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 **از** 1	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امورمالی- معاونت آموزشی - سوپروایزر آموزشی- روسای بخشها

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. تشکیل تیم مدیریت آموزشی بیمارستان
2. ابلاغ استانداردهای اعتبار بخشی موسسه ای به همراه راهنمای استانداردها به تیم مدیریت آموزشی جهت پیگیری اجرایی نمودن سنجه ها
3. برگزاری نشست های متعدد با معاونت آموزشی دانشگاه و جلب مشارکت آنان در حیطه آموزشی بیمارستان جهت پیشبرد استانداردهای آموزشی
4. خود ارزیابی مداوم معاونت آموزشی بیمارستان طبق سنجه های ابلاغی
5. تشکیل کارگروه اعتبار بخشی آموزشی بیمارستان و ارزیابی داخلی بیمارستان طبق سنجه های ابلاغی توسط کارگروه هر شش ماه و گزارش به تیم مدیریت اجرایی
6. بررسی نتایج ارزیابی و اقدامات اصلاحی و مداخله ای در مورد استانداردهایی که پیشرفت قابل قبول نداشته توسط تیم مدیریت اجرایی
7. بررسی نتایج پایش و اقدامات اصلاحی و مداخله ای در مورد استانداردهایی که پیشرفت قابل قبول نداشته توسط تیم مدیریت اجرایی تا تحقق حداقل میانگین 75٪ سنجه ها

تهیه کنندگان : طاهره حسین آبادی	**تأییدکننده :** دکتر رضا قاسمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مسوولEDO	**سمت وامضا** : معاون آموزشی	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : کسب لوح بیمارستان دوستدار مادر	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست :8 9D H M Pol	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 **از** 1	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:6

مخاطب : رییس- مدیر- مترون- مسوول بهبود کیفیت –مسوول زنان و زایشگاه

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. ابلاغ راهنمای بیمارستان دوستدار مادر و دستورالعمل های کشوری زایمان ایمن
2. تامین تجهیزات مورد نیاز در راستای کسب لوح بیمارستان دوستدار مادر
3. برنامه ریزی در جهت کاهش سزارین تا 25٪ و افزایش زایمان فیزیولوژیک
4. کاهش القاء دردهای زایمانی تا 30٪
5. کاهش اپی زیاتومی تا 30٪
6. افزایش استفاده از روشهای بیدردی دارویی و غیر دارویی تا 30٪
7. نظارت بر اجرای دستورالعمل های ابلاغی از وزارت متبوع
8. پایش شاخصهای دوستدار مادر به صورت فصلی و ارائه به کمیته ترویج زایمان طبیعی
9. بررسی نتایج شاخصها توسط اعضاء کمیته و ارائه راهکار در صورت نیاز
10. نظارت بر اجرای راهکارها و مصوبات تعیین شده

تهیه کنندگان : خانم طلعت بخشی	**تأییدکننده :** دکتر زهرا نیک فرجام	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مدیر پرستاری	**سمت وامضا** : رییس بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : استقرار استانداردهای ایمنی از جمله الزامی	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست :9D H M Pol 9	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 **از** 1	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:7

مخاطب : رییس- مدیر- مترون- مسوول بهبود کیفیت –مسوول و کارشناس ایمنی- روسای بخشها

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. تشکیل تیم ایمنی بیمار
2. ابلاغ دستورالعمل ها وکتاب راهنمای بیمارستانهای دوستدار ایمنی به مسوول و کارشناس ایمنی جهت پیاده سازی 100٪ استانداردهای الزامی و حداقل 40٪ استانداردهای اساسی و به هر میزان استانداردهای پیشرفته
3. تدوین برنامه عملیاتی ایمنی بر اساس راهنماها و دستورالعمل های ایمنی ابلاغ شده وزارت متبوع و پیاده سازی آن با همکاری روسا و مسوولین واحدهای بالینی و پاراکلینیک
4. پایش برنامه ها و دستورالعمل های ابلاغ شده به بخشها توسط کارشناس ایمنی و اعلام نتایج به تیم ایمنی و در صورت نیاز مداخله توسط تیم
5. انجام خود ارزیابی حداقل هر 6 ماه توسط تیم ایمنی و پیگیری دریافت لوح دوستدار ایمنی پس از تحقق 100٪ استانداردهای الزامی

تهیه کنندگان : رقیه بخشی	**تأییدکننده :** دکتر راضیه سلیمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مسوول دفتر بهبود کیفیت	**سمت وامضا** : مدیر بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : حفظ لوح بیمارستان دوستدار کودک	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1
کد سیاست : 9D H M Pol 10	**تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15
صفحه : 1 **از** 1	**تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15
	نوبت بازنگری:7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امور اداری

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. ابلاغ راهنمای بیمارستان دوستدار کودک به بلوک زایمان و بخشهای نوزادان و کودکان
2. تامین تجهیزات مورد نیاز در راستای کسب لوح بیمارستان دوستدار کودک
3. اجرای اقدامات ده گانه بیمارستان دوستدار کودک بالای 90٪ حداقل در هر اقدام
4. انجام پایش مطابق راهنمای دوستدار کودک حداقل هر 6 ماه توسط تیم منتخب بیمارستان و ارائه نتایج به کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر
5. بررسی نتایج پایش توسط اعضائ کمیته و ارائه راهکار بر حسب لزوم
6. نظارت بر اجرای راهکارها و مصوبات تعیین شده

تهیه کنندگان : طلعت بخشی	**تأییدکننده :** دکتر راضیه سلیمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مدیر پرستاری	**سمت وامضا** : مدیر بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان

بیمارستان آموزشی درمانی نهم دی

دفتر بهبود کیفیت

عنوان /موضوع سیاست : مدیریت بهینه منابع مالی **کد سیاست :** 9D H M Pol 11 **صفحه :** 1 **از** 1	**تاریخ ابلاغ :** 96/5/1 **تاریخ آخرین بازنگری:** 1403/1/15 **تاریخ بازنگری بعدی :** 1404/1/15 **نوبت بازنگری:**7

مخاطب : رییس- مدیر- مسوول امور مالی-مسوول انبار-مسوولین بخشها -پزشکان

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

1. بازنگری لیست سهمیه وسایل مصرفی بخشها توسط تیم مربوطه
2. تحویل وسایل مصرفی مطابق لیست جدید به بخشها
3. برگزاری نشست توجیهی در خصوص بهره وری مناسب از خدمات آزمایشگاهی و پرهیز از درخواست آزمایشات روتین و تکراری
4. پایش آزمایشات پرتکرار و پرهزینه و بازخورد نتایج به پزشکان در پایان هر فصل
5. علاوه بر موارد فوق انجام کلیه فعالیتهایی که در برنامه عملیاتی تعریف شده است

تهیه کنندگان : علی مردانیان	**تأییدکننده :** دکتر راضیه سلیمی	**ابلاغ کننده :** دکتر زهرا نیک فرجام
سمت و امضا: مسوول امور مالی	**سمت وامضا** : مدیر بیمارستان	**سمت و امضا:** رئیس بیمارستان