

# مدیریت و رهبری





# مدیریت و رهبری

## ۱. استانداردهای حاکمیتی<sup>۱</sup>

- ۱-۱. شرح وظایف تیم حاکمیتی، حداقل شامل موارد ذیل است:
  - تعیین سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان بیمارستان به صورت شفاف و واضح
  - بررسی برنامه‌ها و پیشنهادهای ارائه‌شده از سوی تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و تصویب موارد مورد قبول
  - کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاستگذار
  - کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان
  - کسب اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان بیمارستان
  - کسب اطمینان از تأمین و تخصیص مناسب منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب
  - کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه‌ریزی‌شده در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت در چهار حیطه گیرندگان خدمت، کارکنان، محیط بیمارستان و جامعه از طریق مشارکت با مسئولان ارشد جامعه
  - کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه‌ریزی‌شده در جهت حفظ و سالم‌سازی محیط زیست
  - کسب اطمینان از وجود ساختار سازمانی مستند و شفاف که روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات را مشخص کرده‌باشد.
  - کسب اطمینان از وجود برنامه‌های مناسب برای استخدام، انتصاب، ابقا، توجیه، آموزش و توسعه مستمر تمام کارکنان (از جمله اعضای تیم مدیریت اجرایی بیمارستان)
  - کسب اطمینان از استفاده بهینه منابع فیزیکی، انسانی و مالی در بیمارستان
  - کسب اطمینان از بازنگری منظم آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و خط‌مشی‌های داخلی بیمارستان (حداقل سالانه)
- ۲-۱. جلسات تیم حاکمیتی به‌طور منظم و حداقل فصلی برگزار شده و صورت‌جلسات و مصوبات آن ثبت می‌گردند تا مطابق آنها عمل گردد.
- ۳-۱. توجیه اعضای جدید تیم حاکمیتی، مطابق برنامه توجیهی مستند، صورت می‌گیرد.

## ۲. استانداردهای اجرایی

- ۱-۲. شرح وظایف تیم مدیریت اجرایی، حداقل شامل موارد ذیل است:
  - تدوین برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله بیمارستان
  - بازنگری برنامه استراتژیک بیمارستان (حداقل سالانه)
  - نشر بیانیه رسالت بیمارستان در تمامی قسمت‌ها به نحوی که تمام کارکنان از آن آگاهی داشته‌باشند.
  - تعیین ایمنی بیمار و ارتقای مستمر کیفیت به‌عنوان اولویت‌های استراتژیک بیمارستان و نظارت بر اجرای آن در قالب برنامه عملیاتی در کل بیمارستان
  - تخصیص منابع به بخش‌ها و واحدها به‌منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان.
  - نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی مناسب در کل بیمارستان برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان

۱. در صورتی که تیم مدیریت ارشد بیمارستان دارای دو بخش مجزای حاکمیتی و اجرایی باشد، این استانداردها مربوط به بخش حاکمیتی (هیأت امنا، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان)، خواهد بود. در صورتی که بیمارستان فاقد بخش حاکمیتی مجزا باشد، مسئولیت اجرای این استانداردها در مواردی که مغایرت قانونی وجود نداشته‌باشد، بر عهده رئیس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان خواهد بود.

- مشارکت در تدوین برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
  - نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آنها در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون‌سپاری شده
  - کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم درخصوص گزارش‌های ارزیابی و یا سازمان‌های قانونگذار از جمله اعتباربخشی
  - انتصاب یکی از مدیران میانی بیمارستان به‌عنوان هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر
  - انتصاب یکی از کارکنان با اختیارات مناسب به‌عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان
  - بازدید منظم مدیریتی به‌منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌ها
- ۲-۲. جلسات تیم مدیریت اجرایی به‌طور منظم و لااقل ماهانه برگزار شده و صورتجلسات و مصوبات آن ثبت می‌گردند تا مطابق آنها عمل گردد.
- ۳-۲. توجیه اعضای جدید تیم مدیریت اجرایی، مطابق برنامه توجیهی مستند صورت می‌گیرد
- ۴-۲. تیم مدیریت اجرایی بیمارستان اعضای ثابتی دارد که حداقل شامل افراد ذیل است:
- رئیس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
  - مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
  - مدیر پرستاری
  - معاون درمان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان
  - معاون آموزشی یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان (در بیمارستان‌های غیرآموزشی مدیر بهبود کیفیت)
  - مسئول واحد فناوری اطلاعات، مدیر امور مالی بیمارستان و مدیر بهبود کیفیت در بیمارستان‌های آموزشی، بدون حق رأی و به‌عنوان مشاور، در جلسات تیم مدیریت اجرایی حضور دارند.
- ۳-۱. رئیس بیمارستان از جهت تحصیلات و تجربه، به‌ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل است:
- دارا بودن مدرک تحصیلی دکترا در یکی از گرایش‌های مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
  - دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه تحصیلات دانشگاهی مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
  - دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه مدرک Mini MBA<sup>۱</sup> مدیریت بیمارستانی مورد تأیید وزارت بهداشت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۳-۲. رئیس بیمارستان به‌صورت تمام‌وقت<sup>۲</sup> در این پست انجام وظیفه می‌نماید.

۳. رئیس،  
مدیر عامل (یا)  
مسئول پست  
متناظر آن در  
بیمارستان)

1. Master of Business Administration

۲. در بیمارستان‌های هیأت امنایی آموزشی، رئیس بیمارستان و معاونین وی یا مسئولان پست‌های متناظر، به‌صورت تمام‌وقت جغرافیایی فعالیت می‌نمایند.

## ۴. مدیر

بیمارستان یا  
مسئول پست  
متناظر آن در  
بیمارستان

۴-۱. مدیر بیمارستان از نظر تحصیلات واجد شرایط ذیل است:

- دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان‌های سابق) و به ترتیب ۴، ۳ و ۲ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۴-۲. مدیر بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می‌نماید.

## ۵. مدیریت

فعالیت‌های  
آموزشی و  
پژوهشی  
(با تبعیت از)  
استانداردهای  
اعتباربخشی  
آموزشی  
معاونت  
آموزشی وزارت  
(متبوع)

۵-۱. مدیریت ارشد بیمارستان در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها درخصوص چارچوب ارائه خدمات توسط فراگیران، با تبعیت از قوانین، مقررات و استانداردهای اعتباربخشی آموزشی، تدوین شده است.
- مسئولیت‌ها و شرح وظایف کارآموزان و کارورزان و سایر گروه‌های تحت آموزش درخصوص مراقبت از بیماران مدون شده است.
- کارآموزان، کارورزان و دستیاران، خدمات مراقبتی را تحت نظارت افراد واجد صلاحیت (مطابق با قوانین، مقررات، استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و خط‌مشی‌ها) ارائه می‌نمایند.
- امکانات و تسهیلات آموزشی مناسب همچون مولاژ و مرکز آموزش مهارت‌های بالینی (Skill Lab) جهت ممانعت از انجام آموزش‌های غیرضروری فراگیران بر بالین بیمار، موجود هستند.
- کارکنان بالینی و غیربالینی، به آخرین ویرایش کتب مرجع، حداقل در رابطه با رشته‌ها و تخصص‌های موجود در بیمارستان، دسترسی دارند.

۵-۲. مدیریت ارشد بیمارستان در تعامل با متولیان تصویب طرح‌های پژوهشی، در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می‌نماید:

- لحاظ‌شدن اولویت‌های پژوهشی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و شرایط خاص هر بیمارستان، منطقه و جمعیت تحت پوشش آن با نگاه ویژه به ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی در تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی
- استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی و ارتقای سطح سلامت فرد و جامعه
- رعایت قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و استانداردهای ابلاغی از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع

۶. مدیریت  
خطر

۶-۱. بیمارستان برنامه مدیریت خطر را حداقل در موارد ذیل اجرا می‌نماید:

- مشکلات ساختمان
- از بین رفتن خدمات رایانه‌ای (بخش فناوری اطلاعات)
- خرابی تجهیزات اصلی
- کمبود یا اتمام اعتبارات
- برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان
- غفلت و اشتباهات کارکنان

### ۷. مدیریت بحران / بلایا

- ۱-۷. بیمارستان برنامه مستند جهت مقابله با بلایا و همچنین بحران‌هایی مانند رسیدن تعداد بیمار بیش از ظرفیت بیمارستان دارد که حداقل شامل موارد ذیل است:
- فهرستی از اعضای تیم پاسخ اضطراری شامل مدیران، پزشکان، پرستاران، گروه‌های پاراکلینیک، پشتیبانی و...، با ذکر سمت آنها در زمان بروز بحران.
  - فهرستی از مراکز ارجاع که قبلاً با آنها هماهنگ شده است.
  - برنامه‌ای جهت فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده.
  - مستندات مربوط به وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران.
  - چگونگی فعال‌سازی برنامه در زمان بروز بحران.
  - مستنداتی که نشان می‌دهند:
    - ◀ حداقل سالی یک بار مانورهای فرضی جهت اجرای برنامه مستند انجام می‌گیرد.
    - ◀ حداقل سالی یک بار مانور آتش‌نشانی و تخلیه، در بیمارستان انجام می‌شود.
    - ◀ اطلاع‌رسانی کامل به تمامی کارکنان بیمارستان و جلب مشارکت آنان در راستای انجام مانورها انجام می‌شود.

### ۸. خطاها و حوادث ناخواسته

- ۱-۸. یک فرآیند زمان‌بندی شده، مستند و شفاف، برای گزارش خطاها و حوادث ناخواسته وجود دارد.
- ۲-۸. بیمارستان یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش، به منظور فرآیند گزارش دهی منظم خطاها و حوادث ناخواسته ایجاد نموده است.
- ۳-۸. تمام کارکنان در رابطه با فرآیند گزارش خطاها و حوادث ناخواسته آموزش دیده‌اند.
- ۴-۸. جمع‌آوری داده‌های مربوط به خطاها و حوادث ناخواسته و تجزیه و تحلیل آنها، به منظور شناسایی راه‌های کاهش شایع‌ترین و مهم‌ترین خطاها، انجام می‌گیرد.
- ۵-۸. رویدادهای مهم و غیرمنتظره ارزیابی دقیق می‌شوند این رویدادها حداقل شامل موارد ذیل هستند:
- مرگ و میرهای غیرمنتظره
  - واکنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، باعث آسیب به بیمار شده‌اند.
  - خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.
  - رویدادهای مهم بیهوشی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.
  - تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی
- ۶-۸. مستندات نشان می‌دهند مداخلات اصلاحی براساس نتایج گزارشات و ارزیابی‌های صورت گرفته، انجام می‌پذیرد.

### ۹. مدیریت مالی

- ۱-۹. یک مسئول با حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط با امور مالی، برای این واحد تعیین شده است.
- ۲-۹. لیستی از تمامی کارکنان واحد مدیریت مالی شامل موارد ذیل موجود است:
- نام و نام خانوادگی
  - تلفن تماس
  - آدرس
  - سمت

### بودجه‌بندی

- ۳-۹. برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود است.
- ۴-۹. برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان موجود است.
- ۵-۹. برنامه بودجه باید درآمد و مخارج ماهانه با تمام جزئیات را دربر گیرد.

- ۶-۹. رئیس هر بخش، در تنظیم بودجه سالانه مربوط به بخش خود مشارکت فعال دارد.
- ۷-۹. در هر بخش و قسمت، برنامه بودجه مربوطه وجود دارد.
- ۸-۹. برای تمام خدمات یا بخش‌های جدید پیش از شروع کار نتایج مطالعه توجیه اقتصادی موجود است.
- ۹-۹. بخش مالی جهت تأمین بودجه نهایی، جزئیات بودجه هر بخش را نگهداری می‌نماید.
- ۱۰-۹. میزان تطبیق نتایج گزارش‌های مالی سالانه با برنامه استراتژیک بیمارستان، بررسی می‌شود.
- ۱۱-۹. تمام بخش‌ها گزارش مالی ماهانه دقیقی دریافت می‌کنند که واریانس بودجه (تفاوت بودجه پیشنهادی و صرف‌شده) را نشان می‌دهند.

### درآمد

- ۱۲-۹. در بیمارستان واحد درآمد موجود است.

### هزینه

- ۱۳-۹. در بیمارستان برنامه مدیریت هزینه موجود است.

### حسابداری و حسابداری

- ۱۴-۹. سیستم حسابداری تعهدی در بیمارستان مستقر شده است.
- ۱۵-۹. گزارش سود و زیان، حداقل هر ۳ ماه یک بار تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.
- ۱۶-۹. در پایان سال ترازنامه مالی تهیه و به تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی) گزارش می‌شود.
- ۱۷-۹. سالانه حسابداری مالی داخلی به‌طور جامع و کامل اجرا می‌گردد.
- ۱۸-۹. سالانه حسابداری مالی توسط یک حسابرس خارجی که منافی در برنامه ندارد، انجام می‌شود.
- ۱۹-۹. مشروح گزارش حسابداری سال مالی جاری که توسط حسابرس خارجی انجام شده موجود است.
- ۲۰-۹. پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابداری خارجی، در تیم مدیریت ارشد بیمارستان بررسی شده و موارد مورد قبول، تصویب و اجرا می‌شوند.
- ۲۱-۹. مشروح گزارش حسابداری خارجی ۵ سال گذشته موجود است.

### خط‌مشی‌ها و روش‌ها

- ۲۲-۹. یک کتابچه/مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدیریت و رهبری وجود دارد که روش‌های مدیریتی این بیمارستان را توصیف می‌نماید.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
  - خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
  - خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
  - کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.
  - کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها دارای نمایه مشخص است.
- ۲۳-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل برای موارد زیر موجود است:
- تهیه برنامه بودجه
  - بودجه‌بندی نهایی
  - مدیریت و رهبری
  - مدیریت منابع نقدی و تنخواه

- مدیریت بدهکاران و بستانکاران
- جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های مالی
- اعتبار داده‌ها
- حسابرسی داخلی و خارجی
- مدیریت خطرات مالی (شامل ذخایر و منابع موجود)
- آماده‌سازی گزارش‌های مالی
- معاملات و مذاکره جهت عقد قرارداد (قیمت، در اختیار گذاشتن سهام و غیره)
- نحوه برخورد با موارد عدم رعایت مفاد قرارداد توسط پیمانکاران خارجی
- واگذاری اختیار جهت نهایی کردن قراردادها از نظر مالی و ثبت امضا
- اطمینان از رعایت استانداردها و قوانین نهادهای ناظر توسط پیمانکاران (در موارد برون‌سپاری شده).