



الف. مدیریت و رهبری

الف - (۱) تیم حاکمیتی

توضیحات کلی

- ❖ استانداردهای این محور مربوط به بخش حاکمیتی از جمله هیات امناء، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان است.
- ❖ در بیمارستان‌های فاقد بخش حاکمیتی، مسئولیت اجرای این محور با رئیس/مدیر عامل/مسئول یا پست متناظر آن خواهد بود.
- ❖ تفویض اختیارات و پاسخگویی به تمامی یا بخشی از استانداردهای تیم حاکمیتی به مدیرعامل/رئیس بیمارستان، با تشخیص اعضای تیم حاکمیتی و تنظیم صورت جلسه تفویض با امضای اعضاء و ابلاغ رسمی آن به مدیر عامل/رئیس، منعی ندارد.
- ❖ در صورت عدم وجود سوابق تفویض فوق‌الاشاره، اعضای تیم حاکمیتی مسئول پیاده‌سازی، پاسخگویی، خودارزیابی و حضور کامل و فعال در ارزیابی نهایی بیمارستان خواهند بود.
- ❖ در بیمارستان‌هایی که تخصیص منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی در حیطه اختیار سازمان/نهاد بالادستی است، استانداردهای مرتبط با تخصیص بودجه/تامین منابع انسانی یا تجهیزات تا مرحله بررسی، تایید و پیگیری توسط تیم حاکمیتی/مدیریت اجرایی، ارزیابی و امتیازدهی خواهد شد.
- ❖ سنجه‌های با سطح الزامی، شامل امتیازدهی نمی‌باشند و در صورت عدم تحقق گواهینامه اعتباربخشی بیمارستان صادر نخواهد شد.

الف | ۱ | ۱ تیم حاکمیتی از بکارگیری پزشکان مجاز و فعالیت بیمارستان براساس مجوزهای قانونی اطمینان حاصل می‌کند.

دستآورد استاندارد

- ایفای نقش تعیین شده در سطح‌بندی خدمات سلامت در کشور توسط بیمارستان با رعایت حدود فعالیت و قوانین مرتبط
- انطباق مستمر عملکرد بیمارستان با قوانین و مقررات در چهار حیطه پروانه‌های قانونی، بخش‌های فعال، بکارگیری کارکنان و تجهیزات مجاز
- ارائه خدمات با استفاده از پزشکان مجاز با پروانه اشتغال معتبر و بدون موانع و محدودیت‌های قانونی در بیمارستان
- فعالیت پزشکان مجاز صرفاً در حیطه فعالیت‌های مجاز درمانی مرتبط با رشته تحصیلی خود
- بکارگیری پرستاران ذیصلاح و فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های کشور و مورد تایید وزارت بهداشت

سنجه ۱. تیم حاکمیتی درخصوص به روز رسانی پروانه بهره‌برداری بیمارستان برابر قوانین وزارت بهداشت^۱ اقدام نموده و بیمارستان دارای مجوز/پروانه بهره‌برداری معتبر است.

سطح سنجه		☒ الزامی	☐ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی				
گام اجرایی / ملاک ارزیابی				
۱	اخذ مجوز/ پروانه بهره‌برداری از وزارت بهداشت			
۲	وجود تاریخ معتبر در پروانه بهره‌برداری *			
توضیحات				
*مستندات و سوابق ارسال پروانه و ارائه کپی پروانه ارسالی و تاییدیه دانشگاه در خصوص تاریخ اعتبار پروانه بهره‌برداری قابل قبول است. مجوز بهره برداری بیمارستان با تاریخ معتبر که مورد تایید وزارت بهداشت باشد، قابل قبول است.				
هدایت کننده	تیم حاکمیتی			

^۱ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این مجموعه باختمار وزارت بهداشت بیان می‌شود.



سنجه ۲. هرگونه توسعه یا تغییر کاربری و تعداد بخش‌ها / واحدهای پاراکلینیک و تعداد تخت‌های فعال بیمارستان با رعایت قوانین و براساس پروانه بهره‌برداری است، و تیم حاکمیتی بر این امر نظارت می‌نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	انطباق مشخصات بخش‌های درمانی و تشخیصی فعال در بیمارستان با بخش‌های درج شده در پروانه تاسیس / مجوز بهره‌برداری*		
۲	هم‌خوانی تعداد کل تخت فعال بیمارستان حداکثر تا سقف تعداد تخت مصوب مندرج در پروانه تاسیس / مجوز بهره‌برداری		
توضیحات	* هرگونه افزایش بخش یا تغییر کاربری با اطلاع و مجوزهای سطح بندی، ملزم به تایید دانشگاه علوم پزشکی / وزارت بهداشت است.		
هدایت کننده	تیم حاکمیتی		

سنجه ۳. تیم حاکمیتی پیش از هرگونه توسعه تجهیزاتی که ملزم به اخذ مجوز قانونی از وزارت بهداشت است در خصوص اخذ مجوزهای قانونی اقدام می‌نماید و تجهیزات بیمارستان دارای مجوزهای قانونی معتبر از وزارت بهداشت است.				
سطح سنجه		☒ الزامی	☐ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	وجود مجوزهای قانونی برای تجهیزات* مشمول اخذ مجوز، از دانشگاه علوم پزشکی/ وزارت بهداشت طبق نظام سطح بندی	بررسی مستند و مشاهده		
۲	وجود مجوزهای قانونی برای تجهیزات مشمول اخذ مجوز، از سازمان انرژی اتمی	بررسی مستند و مشاهده		
توضیحات		*موافقت اصولی و مجوز بهره‌برداری بایستی از کمیسیون قانونی ماده ۲۰ اخذ شود. ضمن آنکه موافقت اصولی، جایگزین پروانه بهره‌برداری نمی‌باشد.		
		فهرست تجهیزات مشمول سطح بندی ○ انواع CT SCAN و CT SIMOLITOR ○ انواع MRI (شامل MRI اندامی) ○ انواع PET, PET-CT, PET.CT.SPECT, PET-MRI ○ شتاب دهنده‌های خطی، Brachytherapy, Gamma Knife, Cyber Knife, IORT ○ SPECT, GAMMA CAMERA, CT SPECT ○ سنگ شکن برون اندامی ○ سنجش تراکم استخوان ○ CBCT ○ excimer laser ○ Femto cataract و femtosecond lasers ○ سیستم‌های آنژیو گرافی		
هدایت کننده		تیم حاکمیتی		



سنجه ۴. تیم حاکمیتی در خصوص بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته که ملزم به دارا بودن مجوزهای قانونی فعالیت می‌باشند، نظارت نموده و افراد غیر مجاز از منظر قوانین اشتغال پزشکان و حرف وابسته بکارگیری نمی‌شوند.		
سطح سنجه	☒ الزامی	☐ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	بکارگیری پزشکان با مدرک مورد تایید وزارت بهداشت	بررسی مستند و مشاهده
۲	مجوز مطب/ فعالیت پزشکان در محل جغرافیایی استقرار بیمارستان از سازمان نظام پزشکی بدون منع قانونی *	بررسی مستند
۳	بکارگیری پرستاران با مدرک مورد تایید وزارت بهداشت	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	* بکارگیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته در موارد ذیل منع قانونی دارد: ۱. بکارگیری دانشجویان پزشکی و پرستاری به عنوان پرستار یا پزشک ۲. بکارگیری دستیاران تخصصی یا فلوشیپ‌های مشغول تحصیل در مراکز غیر آموزشی ۳. بکارگیری پزشکان و پرستاران مشمول تعهدات قانونی (ضرب کا و تمام وقت جغرافیایی) در بیمارستان‌های خارج از محل خدمت، به استثنای مواردی که با مجوزهای رسمی وزارت بهداشت و در مناطق محروم تفاهم نامه همکاری با سازمان ها و نهادهای عمومی در این زمینه عقد می‌شود. بدیهی است هرگونه فعالیت پزشکان و پرستاران مشمولان تعهدات قانونی در بخش خصوصی مطلقاً ممنوع می‌باشد. ۴. بکارگیری پزشکان فارغ التحصیل خارج از کشور بدون وجود مستندات تاییدیه مدارک و مجوز طبابت از وزارت	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	

الف | ۱ | ۲ | سیاست‌های اصلی و مأموریت بیمارستان ابلاغ شده و برنامه‌های بیمارستان براساس آن تدوین می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

- جهت‌گیری و تعیین روال‌های از پیش تعیین شده در مباحث کلان بیمارستان مبتنی بر سیاست‌های بالا دستی
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای جلب رضایت و مشارکت ذینفعان کلیدی (بیماران/ همراهان، کارکنان، بیمه‌های طرف قرارداد و ...)
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای ارتقای ایمنی بیمار، مدیریت خطا و خطر و بهبود مستمر کیفیت
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای جذب و بکارگیری و توانمند سازی نیروی انسانی
- پیش‌بینی راهکارهای کلان برای جلب مشارکت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین، تامین کنندگان مالی، سازمان‌های مرتبط، سهام‌داران و سایر
- کسب اطمینان از دستیابی به نتایجی متوازن و همسو با سیاست‌های اصلی بیمارستان

سنجه ۱. تیم حاکمیتی، سیاست‌های اصلی را به منظور دستیابی به اهداف کلان و تحقق مأموریت، تدوین و به اطلاع ذینفعان کلیدی می‌رساند.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	شناسایی و تدوین سیاست‌های اصلی *	بررسی مستند
۲	تبعیت و همسویی سیاست‌های اصلی بیمارستان با سیاست‌های بالا دستی	بررسی مستند
۳	تعیین ذینفعان کلیدی هریک از سیاست‌های اصلی	مصاحبه
۴	اطلاع رسانی سیاست‌های اصلی به ذینفعان کلیدی**	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	* سیاست‌های اصلی به منظور جهت‌گیری و تعیین روال کاری و اولویت‌های بیمارستان برای اجرای منسجم وظایف، تدوین می‌شوند. سیاست‌های اصلی می‌تواند بر اساس اسناد بالا دستی بیمارستان تعیین شود. ** ذینفعان کلیدی مخاطب هر یک از سیاست‌های اصلی بیمارستان، گروهی از ذینفعان هستند که در پیامد نهایی حاصل از اعمال آن سیاست در فعالیت‌های بیمارستان تاثیرگذار هستند این گروه‌ها توسط تدوین کنندگان سیاست، تعیین می‌شوند. روش اطلاع رسانی با تشخیص تیم حاکمیتی بوده و ملاک ارزیابی آن صرفاً آگاهی ذینفعان تعیین شده است. 🌟 سیاست‌های اصلی بیمارستان چارچوب برنامه ریزی‌های تیم مدیریت اجرایی و هدایت‌گر برنامه‌ها و رفتار سازمانی است.	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی	



سنجه ۲. تیم حاکمیتی، سند استراتژیک و برنامه‌های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی را از نظر انطباق با سیاست‌های اصلی و مأموریت بیمارستان بررسی نموده و ابلاغ می‌نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	بررسی و تصویب سند استراتژیک در جلسات تیم حاکمیتی*		
۲	ابلاغ سند استراتژیک به بخش‌ها / واحدها		
۳	بررسی و تصویب برنامه‌های عملیاتی در جلسات تیم حاکمیتی		
۴	ابلاغ برنامه عملیاتی به بخش‌ها/ واحدهای مرتبط		
توضیحات	*تیم مدیریت اجرایی سند استراتژیک بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی را بدون مغایرت با سیاست‌های اصلی و مأموریت بیمارستان تدوین نموده و جهت بررسی، تصویب و ابلاغ به تیم حاکمیتی ارائه می‌نماید. در صورت وجود هرگونه مغایرت، تیم حاکمیتی با مشارکت تیم مدیریت اجرایی برنامه‌ها را بازنگری، در صورت لزوم اصلاح و پس از تصویب، ابلاغ می‌نماید.		
هدایت کننده	تیم حاکمیتی		

سنجه ۳. تیم حاکمیتی بر اجرای برنامه‌های ابلاغ شده و دستیابی به نتایج متوازن، نظارت می‌نماید و گزارش‌های ارسالی را در فواصل زمانی مشخص بررسی و در صورت نیاز، اصلاحات مربوط را اعمال می‌نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	گزارش مسئولان پایش هریک از برنامه‌ها درخصوص پیشرفت برنامه‌های بیمارستان به تیم حاکمیتی		
۲	بررسی پیشرفت برنامه‌های بیمارستان حداقل سه ماه یکبار توسط تیم حاکمیتی		
۳	تسلط تیم حاکمیتی به میزان پیشرفت و نتایج بدست آمده از اجرای برنامه‌ها		
۴	انجام مداخله اصلاحی در هدایت، پیشرفت و اخذ نتایج متوازن در برنامه‌ها		
توضیحات	* فواصل زمانی حداقل سه ماه یک بار است. منظور از برنامه‌های ابلاغ شده کلیه برنامه‌های اجرایی بیمارستان (اعم از برنامه عملیاتی، بهبود کیفیت و ...) است منظور از نتایج متوازن در برنامه‌ها این است که بیمارستان تمامی برنامه‌های عملیاتی را بدون تقدم و تأخر و بر اساس زمان‌بندی پیش‌بینی شده، برنامه‌ها در سرلوحه کار خود قرار داده و نتایج آن‌ها را پایش نموده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی به عمل می‌آورد.		
هدایت کننده	تیم حاکمیتی		

الف | ۱ | ۲ | تیم حاکمیتی بیمارستان از تأمین و تخصیص منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب، اطمینان حاصل می‌نماید.

دست‌آورد استاندارد

- اثر بخشی برنامه‌های تدوین شده
- اولویت بخشی در تخصیص بودجه‌ها به برنامه‌های دارای اولویت ارتقای ایمنی بیماران، بهبود کیفیت
- تخصیص بودجه مورد نیاز برای اجرای برنامه‌های توسعه و توانمندسازی کارکنان
- ترویج فرهنگ برنامه محوری در بیمارستان با حمایت‌های تیم حاکمیتی

سنجه ۱. برنامه‌های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی توسط تیم حاکمیتی تصویب و بودجه مورد نیاز تخصیص یافته است.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های تیم مدیریت اجرایی پس از تصویب برنامه و بودجه آن توسط تیم حاکمیتی		
۲	تأمین بودجه برنامه‌های تصویب شده*		
۳	پیش‌بینی سازوکاری برای تأمین بودجه‌های فوری جهت برنامه‌های بهبود کیفیت ضروری به تشخیص تیم مدیریت اجرایی		
توضیحات	*در شرایط غیر مترقبه و عدم تأمین به موقع منابع مالی جهت برنامه‌های مصوب، بازنگری مدون برنامه توسط تیم مدیریت اجرایی و تأیید تیم حاکمیتی قابل قبول است.		
هدایت کننده	تیم حاکمیتی		



سنجه ۲. عملکرد بیمارستان بیانگر اولویت بخشی به تخصیص بودجه جهت برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت است.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	اولویت تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در مقایسه با سایر برنامه‌ها*	بررسی مستند	
۲	اولویت تخصیص بودجه به برنامه‌های ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در مستندات مالی در مقایسه با سایر برنامه‌ها	بررسی مستند	
۳	تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت در سال گذشته	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات		*اولویت بخشی به برنامه‌های ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت از قدرالسهم انواع برنامه‌ها از بودجه سالیانه توسط تیم حاکمیتی قابل تحلیل است.	
هدایت کننده		تیم حاکمیتی	

سنجه ۳. بودجه سالانه برای آموزش کارکنان با توجه به اولویت‌های تعیین شده تخصیص یافته است.			
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی	☐ ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	تایید اولویت‌بندی برنامه‌های آموزش کارکنان توسط تیم حاکمیتی*	بررسی مستند	
۲	تخصیص بودجه مورد نیاز برنامه‌های مصوب آموزش کارکنان براساس اولویت‌بندی صورت پذیرفته**	بررسی مستند	
۳	تصویب و تخصیص بودجه مورد نیاز تمامی برنامه‌های مصوب آموزش کارکنان در سال گذشته	بررسی مستند و مصاحبه	
توضیحات		*تیم مدیریت اجرایی برنامه‌های آموزشی را براساس اهمیت و در قالب یک فهرست اولویت‌بندی شده به تیم حاکمیتی ارائه، و تیم حاکمیتی فهرست نهایی برنامه‌های آموزشی را تصویب می‌نماید. **تیم مدیریت اجرایی، منابع مورد نیاز اجرای برنامه‌های آموزشی یک‌ساله بیمارستان را اعم از مدرس، امکانات و تسهیلات را برای هر یک از دوره‌های آموزشی برآورد نموده و به فهرست اولویت‌بندی شده برنامه‌ها الحاق نموده است.	
هدایت کننده		تیم حاکمیتی / تیم مدیریت اجرایی	

مقدمه ای بر استانداردهای ارتقای سلامت

ارتقای سلامت، یکی از علوم جدید اما کاربردی در حوزه سلامت است که امروزه بیش از پیش به آن توجه می‌شود. در واقع در یک تعریف ساده، ارتقای سلامت عبارت است از "فرآیند توانمندسازی مردم در شناخت و کنترل عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای سلامت محور و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم"

"ارتقای سلامت، علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی‌شان برای داشتن یک وضعیت سلامت پایدار است."

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهمترین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، بایستی نقش خود را در ارتقای سلامت تعیین نموده و در این خصوص مسئولیت پذیر و پاسخگو باشند. در همین راستا استانداردهای جامع ارتقای سلامت در بسته مستقری تدوین شده و برای بیمارستان‌های دوستدار ارتقای سلامت قابل اجرا می‌باشد. اما نسل سوم اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها به واسطه اهمیت موضوع پیشگیری و ارتقای سلامت، فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت بیماران و کارکنان را برای تمامی بیمارستان‌ها، و محورهای تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت و مشارکت فعال در ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان را برای بیمارستان‌های متقاضی اخذ درجه عالی مدنظر قرار داده است.

اولین قدم برای طراحی یک برنامه ارتقای سلامت، ارزیابی نیازها می باشد. به عبارت دیگر تشخیص نیازها و اولویت‌ها باعث می‌شود تا دید واضحی در مورد نیازهایی که منجر به تهیه برنامه ارتقای سلامت می‌شود، ارائه گردد. به علاوه این که به وسیله ارزیابی نیازها می‌توان به راحتی اولویت‌های منطبق با نیازهای گروه‌های هدف برای برنامه‌های ارتقای سلامت را مشخص کرد.

فرهنگ مشارکت، فاکتور حیاتی در موفقیت برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستانی است و نیازمند برنامه‌ریزی‌های میان مدت و درازمدت است. بیمارستان بایستی از طریق مشارکت کارکنان در سلامت، تخصیص بودجه ویژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، استفاده از راهبردهای اطلاع رسانی مانند پمفلت و سمینارهای سالیانه و نیز آموزش‌های خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت استفاده نماید.



الف | ۱ | ۴ | بیمارستان در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت اقدام می‌نماید.

دستآورد استاندارد

- افزایش اثربخشی درمان و مراقبت از طریق بهبود روش زندگی بیماران
- توسعه فرهنگ پیشگیری در سطح بیمارستان و ایفای نقش بیمارستان در ارتقای سلامت کارکنان
- تقویت انگیزش کارکنان در ایفای نقش سازمانی خود
- مشارکت بیمارستان در کاهش سرانه هزینه‌های سلامت کشور از طریق پیشگیری و ارتقای سلامت

سنجه ۱. خط مشی و روش "مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار" با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☒ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین خط مشی و روش
۲	شناسایی و مشارکت ذینفعان*
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی
۷	نحوه ارزیابی سیستماتیک نیازهای انجام فعالیت‌های ارتقای سلامت بیماران در روش اجرایی
۸	نحوه ارائه اطلاعات شفاف، قابل فهم درباره وضعیت واقعی، درمان، مراقبت و عوامل تاثیرگذار بر سلامت، به بیماران در روش اجرایی
۹	پیش‌بینی فعالیت‌های ارتقای سلامت برای بیماران با استفاده از استانداردهای ارتقای سلامت، در روش اجرایی
۱۰	تعیین مسئول پیگیری برنامه‌های ارتقای سلامت بیماران**
۱۱	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش اجرایی
۱۲	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش اجرایی
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش و عرضه فعالیت‌های ارتقای سلامت به تمامی بیماران

* حداقل شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشتی، تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، نماینده پزشکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، کنترل عفونت، نماینده بیماران و همراهان بیمار و سایر افراد به تشخیص بیمارستان باشند.

** با تشخیص بیمارستان از بین کارکنان درمانی انتخاب می‌شود.

توصیه ۱. آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی

توصیه ۲. آموزش و مشاوره به ویژه برای بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکتة مغزی، اختلالات روانپزشکی و جراحی

هدایت کننده تیم حاکمیتی



سنجه ۲. خط مشی و روش "مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان" با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تدوین و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل	
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☐ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☒ ارتقاء سلامت ☐ سایر	
روش ارزیابی / گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند
۲	شناسایی و مشارکت ذینفعان** و صاحبان فرآیند	بررسی مستند
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند
۴	شناسایی منابع، امکانات مورد نیاز	بررسی مستند
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۶	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۷	نحوه ارزیابی سیستماتیک نیازهای فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۸	نحوه توانمندسازی کارکنان در جهت خود مراقبتی، مدیریت بیماری‌های شغلی، توسعه شیوه زندگی در روش اجرایی	بررسی مستند
۹	پیش‌بینی فعالیت‌های ارتقای سلامت با استفاده از استانداردهای دوستدار ارتقای سلامت برای کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۰	تعیین مسئول پیگیری برنامه‌های ارتقای سلامت کارکنان در روش اجرایی	بررسی مستند
۱۱	ابلاغ خط مشی و روش به صورت فایل الکترونیک	بررسی مستند
۱۲	آگاهی کارکنان از برنامه‌های ارتقای سلامت کارکنان در بیمارستان	مصاحبه
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مجری با خط مشی و روش ارتقای سلامت کارکنان	مشاهده
* حداقل شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشتی، تیم مدیریت اجرایی، مسئول واحد تغذیه، مسئول بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، نماینده پزشکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، و سایر افراد به تشخیص بیمارستان ** با تشخیص بیمارستان از بین کارکنان توصیه ۱. تثبیت محیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان توصیه ۲. راهبرد جامع منابع انسانی از جمله توسعه و آموزش کارکنان در مورد مهارت‌های ارتقای سلامت		
توضیحات		تیم حاکمیتی
هدایت کننده		

الف | ۱ | ۵ | بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مدیران و مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل می‌کند.

دستآورد استاندارد

- افزایش کارآمدی سازمان به واسطه توزیع مسئولیت‌ها با ترکیب بندی سطوح پاسخگویی در بیمارستان
- افزایش مسئولیت پذیری و پاسخگویی مدیران/ مسئولان

سنجه ۱. نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی براساس آن برقرار است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل	
روش ارزیابی / گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین نمودار سازمانی با رعایت سطوح ارتباطات	بررسی مستند
۲	ابلاغ نمودار سازمانی به بخش‌ها / واحدها	بررسی مستند
۳	انطباق عملکرد با روابط و سطح مسئولیت کارکنان در نمودار سازمانی*	مصاحبه
* نمودار سازمانی صرفاً یک جدول معرفی مسئولان و اعضای سازمان نیست. بلکه معرف توزیع ساختارمند مسئولیت‌ها در بیمارستان است. لذا تطابق این نمودار با عملکرد واقعی مدیران/ مسئولان مد نظر است. توصیه ۱. قوانین و مقررات سازمان‌های بالا دستی مد نظر قرار گیرد و از ایجاد سیمت‌های مغایر قوانین بالادستی خودداری شود. توصیه ۲. طراحی نمودار سازمانی به نحوی باشد که تداخل اختیارات و حدود مسئولیت‌ها بروز نکند.		
توضیحات		تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی
هدایت کننده		



سنجه ۲. تیم حاکمیتی، براساس گزارش‌های دریافتی از تیم مدیریت اجرایی و بررسی‌های میدانی از شفافیت جریان اطلاعات و پاسخگو بودن مدیران و مسئولان بیمارستان به بیماران/خانواده آنها و کارکنان اطمینان حاصل می‌کند و در صورت لزوم تصمیمات اصلاحی خود را ابلاغ می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی	☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	اخذ گزارش تحلیلی پایش شاخص‌های عملکردی بخش‌ها / واحدها حداقل هر سه ماه یک بار از تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۲	اخذ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از بیماران/ خانواده بیماران، حداقل هر شش ماه یک بار از تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۳	اخذ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان حداقل هر شش ماه یک بار به تیم حاکمیتی از تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
۴	بررسی گزارش‌های دریافتی در خصوص عملکرد بیمارستان و رضایت بیماران و کارکنان در جلسات تیم حاکمیتی	بررسی مستند
۵	انجام بازدید توسط تیم حاکمیتی به صورت میدانی و دوره‌ای از بخش‌ها/ واحدها به منظور ارزیابی عملکرد و پاسخگویی مسئولان	مصاحبه
۶	اخذ تصمیمات اصلاحی در موارد عدم انطباق عملکرد روسا/ مسئولان با انتظارات سازمانی و ابلاغ آن به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند
توضیحات	§ اهداف بازدیدهای میدانی (حضور تیم حاکمیتی در بخش‌ها / واحدها) شامل موارد ذیل است: - ارزیابی کیفیت پاسخگویی و مسئولیت پذیری روسا/ مسئولان بخش‌ها و واحدها به نیازهای بیماران و همراهان آنها - ارزیابی نحوه پاسخگویی به نیازهای بیماران و ارائه توضیحات به خانواده بیمار توسط پزشک و پرستاران - رعایت منشور حقوق بیماران توسط روسا/ مسئولان بخش‌ها / واحدها و کارکنان آنها - رعایت عدالت و رفتار احترام آمیز در برخورد با کارکنان توسط روسا / مسئولان بخش‌ها و واحدها توصیه ۱. برگزاری جلسات ملاقات حضوری با روسا/ مسئولان بخش‌ها و واحدها و گوش فرا دادن به مشکلات آنها توصیه ۲. برگزاری جلسات ملاقات حضوری با کارکنان و گوش فرا دادن به مشکلات آنها	
هدایت کننده	تیم حاکمیتی و تیم مدیریت اجرایی	