



معاونت توسعه مدیریت و منابع



شیوه نامه اجرایی چرخه مدیریت بهره وری بیمارستانی



دبیرخانه شورای راهبری توسعه مدیریت

اسفند ۱۳۹۷

مقدمه

ارتقاء بهره‌وری با استقرار چرخه مدیریت بهره‌وری و از طریق اندازه‌گیری شاخص‌های کارایی و اثربخشی در ماده ۵ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و همچنین برنامه نهم اصلاح نظام اداری نسخه دوم؛ به‌عنوان یکی از تکالیف دستگاه‌های اجرایی، ازجمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است. اهمیت این موضوع به‌واسطه وسعت، تنوع و گستردگی خدمات منحصربه‌فرد این وزارتخانه، توجه به بهره‌وری دوچندان خواهد بود. از سویی ضرورت توجه به این موضوع در بندهای ۵، ۸ و ۹ سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر ساماندهی تقاضا و بهبود کارایی از طریق استقرار نظام ارجاع، سطح‌بندی و راهنماهای بالینی حکایت از اهمیت مقوله مدیریت صحیح منابع، اصلاح فرآیندها و جلوگیری از اتلاف‌ها دارد.

در طول دهه اخیر، بخش سلامت همواره با افزایش قابل‌توجه هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به‌طور اعم و رشد هزینه‌های بیمارستان به‌طور اخص روبرو بوده است؛ به‌نحوی که بر اساس آخرین گزارش حساب‌های ملی سلامت، بیمارستان‌ها حدود ۳,۳ درصد از تولید ناخالص ملی را به خود اختصاص می‌دهند. این در حالی است که منابع مالی اختصاص‌یافته به بخش سلامت با توجه به رشد فزاینده هزینه‌های پزشکی و درمانی به‌طور نسبی رو به کاهش است. بدیهی است که عرضه متنوع‌تر، با حجم گسترده‌تر، باکیفیت بالاتر و هزینه کمتر جز با نهادهای سازوی رویکردهای سیستمی و علمی در بستر استفاده از تجارب موفق مشابه داخلی و خارجی امکان‌پذیر نخواهد بود.

بنابراین با عنایت به الزام قرار دادن رشد بهره‌وری در اقتصاد از طریق استقرار مدیریت بهره‌وری در اسناد فرادستی و همچنین لزوم مدیریت هزینه به‌عنوان شاه‌کلید تداوم طرح تحول سلامت، **شیوه‌نامه اجرایی چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی**، باهدف نهادهای سازوی و بهبود شاخص‌های کارایی و اثربخشی و درنهایت کاهش هزینه و ارتقاء کیفیت خدمات تدوین می‌گردد.

فصل اول: کلیات

ماده (۱) اهداف

هدف کلی:

- ارتقای بهره‌وری کل عوامل و منابع تأمین و تدارک خدمات در جهت افزایش انگیزه و رضایتمندی کلیه ذینفعان به‌ویژه بیماران

اهداف اختصاصی:

۱. شناسایی بخش (ها) و فرآیندهای اصلی اثرگذار بر رشد بهره‌وری کل بیمارستان
۲. اندازه‌گیری شاخص (های) کلیدی عملکرد و ترسیم وضعیت کنونی کل بیمارستان از منظر بهره‌وری و اتلاف‌ها قبل و بعد از اجرای اقدامات بهبود
۳. شناسایی اتلاف‌های موجود در فرآیندهای بخش مربوطه و رفع آن‌ها با استفاده از ابزارهای استاندارد
۴. آسیب‌شناسی، شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر ارتقاء بهره‌وری در بیمارستان
۵. تدوین و اجرای برنامه‌های بهبود فرآیندهای بیمارستانی و کاهش منابع اتلاف

ماده ۲) تعاریف مفاهیم:

- **بهره‌وری:** بهره‌وری عبارت است از به حداکثر رساندن استفاده از منابع، (نیروی انسانی، تجهیزات، پول و...) به طریق علمی به منظور کاهش هزینه‌ها و رضایت کلیه ذی‌نفعان در بیمارستان
- **مدیریت بهره‌وری:** اداره نظام‌مند مجموعه فعالیت‌ها با در نظر گرفتن همزمان دو مؤلفه کارایی و اثربخشی. به عبارت شفاف‌تر در این شیوه‌نامه منظور از مدیریت بهره‌وری نهاده‌سازی تفکر چرخه مدیریت بهره‌وری (۴ مرحله اندازه‌گیری بهره‌وری، تحلیل بهره‌وری، برنامه‌ریزی بهبود بهره‌وری و اجرا و بهبود بهره‌وری) در بیمارستان باهدف تغییر تفکر راهبردی مدیران بیمارستان‌ها به‌صورت سیستمی به‌منظور صرفه‌جویی در هزینه کرد منابع بیمارستانی می‌باشد.
- **شاخص کلیدی عملکرد:** مهم‌ترین شاخص‌ها متناسب با اهداف و رسالت بخش (های) بیمارستان هستند که نشان می‌دهد یک بیمارستان تا چه اندازه به اهداف کلیدی خود و استفاده کارا از منابع نزدیک شده است. بنابراین بیمارستان با تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به شاخص کلیدی عملکرد می‌تواند اقدامات بهبود در راستای ارتقاء بهره‌وری را طراحی کرده و با بهبود عملکرد خود مسبب ارتقاء بهره‌وری در بیمارستان گردد.
- **اقدامات بهبود بهره‌وری:** برنامه‌هایی هستند که به‌منظور تحقق اهداف بهره‌وری مورد اجرا قرار می‌گیرند. در این مرحله فعالیت‌های تدوین شده برحسب اولویت و با رعایت توالی و زمان‌بندی‌های مربوط به اجرا درمی‌آید.
- **وزارت:** در این شیوه‌نامه عبارت است از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ماده ۳) دامنه کاربرد:

دامنه کاربرد این شیوه‌نامه در کلیه بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی-درمانی وابسته به وزارت است.

فصل دوم: ساختار اجرایی

ماده ۴) ارکان:

۱. کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی وزارت (عامل سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی)
۲. کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی دانشگاه (و یا کمیته‌های متناظر) (عامل پایش، نظارت و ارزشیابی)
۳. کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر) (عامل اجرایی)

ماده ۵) کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی وزارت:

کمیته ساختار و فناوری مدیریتی وزارت به استناد بخشنامه شماره ۲۰۰/۹۳/۱۳۴۷۲ مورخ ۹۳/۱۰/۷ شورای عالی اداری فعال گردید و بر اساس اهداف از پیش تعیین‌شده، مسئولیت طراحی فناوری‌های نوین مدیریتی را در وزارت بر عهده دارد.

الف) اعضا:

ریاست کمیته مذکور را مقام محترم وزارت بر عهده دارد و معاون محترم توسعه مدیریت و منابع نایب‌رئیس کمیته می‌باشد. همچنین رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری به‌عنوان دبیر کمیته مذکور اداره امور دبیرخانه را عهده‌دار است. اعضای کمیته نیز بر اساس بخشنامه فوق انتخاب و ابلاغ دریافت می‌نمایند.

ب) شرح وظایف

۱. تصویب دستورالعمل و چارچوب عملیاتی استقرار چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی
۲. سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بر کلیه مراحل اجرایی طرح
۳. تصویب محتوای آموزشی جهت تربیت ارزیابان به‌منظور استمرار چرخه در کل بیمارستان
۴. بررسی و تأیید گزارش‌ها و مستندات مربوطه و استفاده از آن جهت استقرار در سایر مراکز و بیمارستان‌ها
۵. بررسی و تصویب معیارهای سنجش عملکرد اجرای موفق طرح
۶. تصمیم‌گیری در خصوص نحوه توسعه طرح

ج) دبیرخانه

دبیرخانه این کمیته در مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری مستقر است و با همکاری دفاتر و ادارات تخصصی معاونت درمان، مسئولیت راهبری این طرح را بر عهده دارد. اعضا این دبیرخانه متشکل از رئیس مرکز به‌عنوان رئیس دبیرخانه و تعدادی از مدیران، کارشناسان و افراد مطلع و خبره در موضوع موردنظر از دو حوزه توسعه مدیریت و منابع و درمان می‌باشند؛ که تیم «ستاد وزارت خانه» را تشکیل می‌دهند و وظایف زیر را بر عهده‌دارند.

۱. تدوین دستورالعمل و چارچوب عملیاتی استقرار چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی و ارائه به کمیته جهت تصویب
۲. هماهنگی با تیم ستاد دانشگاهی و تیم عملیاتی بیمارستان‌های منتخب
۳. نظارت بر انتخاب مدیر اجرایی طرح
۴. نظارت در خصوص انتخاب بیمارستان‌ها جهت استقرار طرح
۵. تهیه و تدوین فهرست شاخص‌های پیشنهادی منتخب کلیدی عملکرد
۶. ارتباط و همکاری با دبیرخانه دانشگاه و کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (کمیته‌های متناظر) جهت اجرای طرح
۷. دریافت و تجمیع گزارش‌ها به‌صورت سه ماه یک‌بار از کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی دانشگاه
۸. بررسی، جمع‌بندی و ارائه گزارش نهایی طرح
۹. هماهنگی و تشکیل جلسات کمیته در راستای اجرای طرح
۱۰. تهیه پیش‌نویس موضوعات، برنامه‌ها و گزارش‌ها برای طرح در جلسات کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی وزارت
۱۱. تهیه و ارسال دعوت‌نامه به کلیه اعضای کمیته جهت حضور در جلسات
۱۲. هماهنگی و تشکیل جلسات کمیته در راستای اجرای طرح

تبصره ۱: جلسات کمیته مذکور به‌منظور راهبری اجرای طرح حداقل هر ۳ ماه یک‌بار تشکیل خواهد شد. و در صورت لزوم بر اساس درخواست دبیر و با تأیید رئیس کمیته، جلسات اضطراری برگزار می‌گردد.

تبصره ۲: دستور جلسات و دعوت‌نامه جلسات یک هفته قبل از تشکیل جلسه به امضای دبیر کمیته تهیه و به اعضاء ارسال خواهد شد.

تبصره ۳: کمیته با حضور ۲/۳ اعضاء رسمیت پیدا می‌کند و مصوبات آن نیز با رأی اکثریت (نصف به‌علاوه یک حاضران) و منفی نبودن نظر رئیس کمیته معتبر خواهد بود.

ماده ۶) کمیته ساختار و فناوری های مدیریتی دانشگاه:

این رکن، به عنوان ستاد مدیریت کننده اجرای طرح در سطح دانشگاه و به منظور ایجاد هماهنگی و تعاملات لازم بین وزارت، تیم ستاد دانشگاهی و تیم عملیاتی بیمارستان، در راستای اجرای چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی و دستیابی به اهداف مدون تشکیل می‌گردد.

الف) اعضا:

ریاست کمیته مذکور را رئیس دانشگاه بر عهده دارد و معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه به عنوان نایب رئیس کمیته می‌باشد. همچنین مدیر واحد توسعه سازمان و تحول اداری دانشگاه به عنوان دبیر کمیته، اداره امور دبیرخانه را عهده‌دار است. اعضای کمیته نیز بر اساس بخشنامه فوق انتخاب و ابلاغ دریافت می‌نمایند.

ب) شرح وظایف:

۱. سازمان‌دهی و هماهنگی با کلیه واحدهای تخصصی به منظور اجرای بهتر طرح در بیمارستان
۲. تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب بیمارستان جهت اجرا و توسعه طرح
۳. اجرایی کردن دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های اجرایی ابلاغ شده توسط کمیته ساختار و فناوری های مدیریتی وزارت
۴. تصویب برنامه عملیاتی طرح در بیمارستان‌های منتخب
۵. تسهیل در آماده‌سازی اقلام اطلاعاتی مورد نیاز جهت اجرای بهتر طرح در بیمارستان
۶. ارتباط و هماهنگی با کمیته ساختار و فناوری های مدیریتی وزارت و تیم ستاد وزارت خانه باهدف ارائه نظرات پیشنهادی در جهت کاهش مشکلات احتمالی
۷. تشکیل تیم‌های نظارتی به منظور پایش فرآیند اجرای طرح در بیمارستان‌ها
۸. دریافت، بررسی و تأیید گزارش‌ها ماهانه از تیم عملیاتی بیمارستان و ارائه آن به کمیته ساختار و فناوری های مدیریتی وزارت و سایر مراجع ذی‌ربط

ج) دبیرخانه

دبیرخانه این کمیته در مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری دانشگاه مستقر است و اعضا این دبیرخانه متشکل از مدیر واحد به عنوان رئیس دبیرخانه و تعدادی از مدیران، کارشناسان و افراد مطلع و خبره در موضوع مورد نظر از دو حوزه توسعه مدیریت و منابع و درمان می‌باشند؛ که تیم «ستاد دانشگاهی» را تشکیل می‌دهند و وظایف زیر را بر عهده دارند.

۱. دریافت و جمع‌آوری گزارش‌ها به صورت ماهیانه از تیم عملیاتی بیمارستان و کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (کمیته‌های متناظر)
۲. تهیه برنامه عملیاتی اجرای طرح در بیمارستان
۳. بازدید از بیمارستان/ بیمارستان‌های منتخب
۴. شناسایی موانع و مشکلات و ارائه راه‌حل‌های عملیاتی جهت رفع آن‌ها
۵. ارائه پیشنهادات و نظرات پیرامون اصلاح طرح به دبیرخانه کمیته ساختار و فناوری های مدیریتی وزارت
۶. تکمیل شاخص‌های سنجش عملکرد در خصوص نحوه اجرای طرح
۷. برگزاری نشست‌های مشترک با سایر حوزه‌های تخصصی/بیمارستان/مدیر اجرایی طرح

۸. هماهنگی و تشکیل جلسات کمیته در راستای اجرای مدیریت بهره‌وری در بیمارستان
۹. تهیه پیش‌نویس موضوعات، برنامه‌ها و گزارش‌ها برای طرح در کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی دانشگاه
۱۰. تهیه فرم‌ها و مستندات لازم به‌منظور اجرای طرح
۱۱. تهیه و ارسال دعوت‌نامه به کلیه اعضای کمیته جهت حضور در جلسات
۱۲. ارتباط و هماهنگی با اعضای کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی دانشگاه و اخذ نظرات آنان
۱۳. نظارت بر اجرای دوره‌های آموزشی جهت تربیت ارزیابان دانشگاه

تبصره ۱: با توجه به این که ایجاد کمیته‌ها در سطح دانشگاه به‌صورت توصیه‌ای می‌باشد، لذا در صورتی که دانشگاهی ساختار کمیته تخصصی مربوطه را ایجاد نکرده باشد، می‌تواند این موضوع را در قالب کارگروه توسعه مدیریت دانشگاه و یا کمیته‌های متناظر مطرح و راهبری نماید.

تبصره ۲: جلسات کمیته مذکور به‌منظور راهبری اجرای طرح حداقل هر ۳ ماه یک‌بار تشکیل خواهد شد. و در صورت لزوم بر اساس درخواست دبیر و با تأیید رئیس کمیته، جلسات اضطراری برگزار می‌گردد.

تبصره ۳: دستور جلسات و دعوت‌نامه جلسات یک هفته قبل از تشکیل جلسه به امضای دبیر کمیته تهیه و به اعضا ارسال خواهد شد.

تبصره ۴: کمیته با حضور ۲/۳ اعضا رسمیت پیدا می‌کند و مصوبات آن نیز برای اکثریت (نصف به‌علاوه یک حاضران) و منفی نبودن نظر رئیس کمیته معتبر خواهد بود.

ماده (۷) کمیته بهبود کیفیت بیمارستان و یا کمیته‌های متناظر:

وظیفه این کمیته، هماهنگی پرسنل بیمارستان با « تیم عملیاتی بیمارستان » و اجرای تصمیمات اتخاذشده در سطوح ملی و دانشگاهی می‌باشد. با توجه به این که اجرای طرح در یک واحد حساس و حیاتی، یعنی بیمارستان اتفاق می‌افتد، لذا انتظار می‌رود اعضای تیم عملیاتی با برگزاری جلسات منظم، بستر اجرایی و اقلام اطلاعاتی را برای اعضای کمیته مذکور، فراهم نمایند.

الف) اعضا:

۱. رئیس بیمارستان / مدیرعامل
۲. مدیر بیمارستان / معاون اجرایی
۳. معاون درمان بیمارستان / معاون فنی
۴. معاون آموزشی بیمارستان / مدیر آموزش و پژوهش
۵. مدیر پرستاری
۶. کارشناس مسئول بهبود کیفیت
۷. رئیس بخش درگیر در طرح
۸. مسئول آمار و فناوری اطلاعات (HIS)

تبصره ۵: اعضا مذکور بسته به ماهیت کمیته مربوطه در زمینه استقرار چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی می‌تواند شامل افراد دیگری نیز باشد.

ب) شرح وظایف

۱. هماهنگی با واحدهای درون بیمارستان و مدیر اجرایی به منظور اجرای طرح طبق برنامه مدون
۲. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در تدوین چکلیستهای لازم و سفارشی سازی آن برای بخش (های) بیمارستان
۳. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در تهیه گزارش آسیب شناسی و وضع موجود
۴. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در تهیه برنامه نیازسنجی آموزشی به منظور استقرار دوره های آموزشی
۵. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در تهیه محتوای آموزشی و تدوین برنامه های اجرایی آموزشی
۶. تدوین و نهایی سازی شاخص های کلیدی عملکرد
۷. اندازه گیری شاخص های کلیدی عملکرد انتخاب شده در بخش (های) بیمارستان و گزارش دهی آن قبل و بعد از انجام مداخله به دبیرخانه کمیته ساختار و فناوری مدیریت دانشگاه
۸. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در راستای انتخاب بخش (های) بیمارستان
۹. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در شناسایی اتلاف ها و اولویتهای فرآیندهای بخش (های) بیمارستان
۱۰. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در برگزاری کارگاه های آموزشی مدیران و کارکنان دانشگاه و بیمارستان
۱۱. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در طراحی و استقرار اجرای طرح های بهبود در بیمارستان
۱۲. هماهنگی کلیه اعضا تیم عملیاتی و مدیر اجرایی در تحلیل نتایج حاصل از بررسی وضعیت موجود و شناسایی عوامل مؤثر بر ارتقاء بهره وری و اجرای اقدامات بهبود
۱۳. ثبت تجارب در سامانه تجارب

تبصره: مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته های متناظر)، جهت ثبت اطلاعات در سامانه ثبت تجارب (مدیریت دانش) وزارت به آدرس www.exm.behdasht.gov.ir مراجعه نمایند.

فصل سوم: آماده سازی، هماهنگی و سازمندی

این مرحله شامل تدوین و ابلاغ دستورالعمل استقرار طرح و همچنین ایجاد زیرساخت های مدیریتی لازم به منظور القاء فهم مشترک در میان مدیران ارشد ستاد، دانشگاه و بیمارستان ها طراحی شده است. این مرحله مهم ترین گام طرح پیش از آغاز مرحله اجرایی بوده که طی آن وزارت، به شناخت دقیق و مشروح وضعیت فعلی بیمارستان ها می پردازد. سپس بر اساس اطلاعات به دست آمده اقدام به انتخاب مدیر اجرایی و راه اندازی ارکان اجرایی طرح در سطوح وزارت، دانشگاه و بیمارستان می نماید.

ماده ۸) با توجه گستردگی و گوناگونی فعالیت های طرح و مفاد مواد فصل دوم این شیوه نامه، ارکان طرح شامل کمیته ساختار و فناوری های مدیریتی وزارت و دانشگاه و کمیته بهبود کیفیت بیمارستان مستقر و اعضای آن ها منصوب می گردند.

ماده ۹) دبیرخانه کمیته وزارت، بر اساس پیشنهاد کمیته دانشگاه، فهرست بیمارستان های منتخب را جهت استقرار طرح نهایی و مقدمات عملیاتی شدن طرح، با حضور نماینده معاون درمان وزارت و رییس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی تأیید و اعلام می نماید.

تبصره: تأیید نهایی بیمارستان‌های منتخب توسط کمیته وزارت و بر اساس معیارهای تعیین شده توسط دبیرخانه کمیته وزارت صورت می‌گیرد. از جمله معیارهای موردنظر می‌توان به کارنامه مالی و اعتباربخشی بیمارستان، اطلاعات مربوط به مدیران آن و نظر فنی دانشگاه اشاره نمود.

ماده ۱۰) پس از نهایی شدن فهرست بیمارستان‌های منتخب، «تیم ستاد وزارت خانه» با حضور «تیم ستاد دانشگاهی» و «تیم عملیاتی بیمارستان» نشست‌های مشترکی را باهدف راهبری، هماهنگی و حمایت‌طلبی بین کلیه حوزه‌های تخصصی در سطوح وزارت، دانشگاه و بیمارستان برگزار می‌نماید.

ماده ۱۱) دستورالعمل اجرایی استقرار طرح چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی توسط دبیرخانه کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی وزارت، تدوین و پس از اخذ تأییدیه از کمیته مزبور به کلیه دانشگاه‌های منتخب ابلاغ می‌گردد.

تبصره: مسئولیت تهیه فرمت‌های ثبت اطلاعات، چک‌لیست‌ها، شاخص‌ها، معیارها و ... بر عهده (تیم ستاد دانشگاهی و تیم عملیاتی بیمارستان) خواهد بود که درنهایت با تصویب کمیته ساختار و فناوری مدیریتی دانشگاه (و یا کمیته متناظر)، ابلاغ خواهد شد.

فصل چهارم: اجرا

ماده ۱۲) مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، بر اساس سطح و عمق نیاز باید از بین کارشناسان و کادر تخصصی بیمارستان حداقل ۳ ارزیاب بهره‌وری را برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت تربیت نماید.

ماده ۱۳) محل اجرای طرح در بیمارستان بر اساس شناسایی چالش‌ها و مشکلات موجود و پیشنهاد مدیر اجرایی و جمع‌بندی نظرات کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، انتخاب می‌گردد.

تبصره: انتخاب بخش مربوطه برای شروع طرح در بیمارستان موردنظر به‌وسیله فرم‌ها و چک‌لیست‌های طراحی شده توسط تیم ستاد دانشگاهی، مدیر اجرایی و جمع‌بندی نظرات کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، انجام می‌شود.

ماده ۱۴) پس از شناسایی بخش/ بخش‌های موردنظر جهت استقرار مدیریت بهره‌وری، تیم عملیاتی طرح بر اساس الگوی تعیین شده از سوی مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، طی مراحل زیر اقدام به تعریف ارزش/ اتلاف در بخش منتخب می‌نماید:

- ا. برگزاری جلسه روش بارش افکار برای فهرست نمودن چالش‌ها و مشکلات اصلی موجود در بخش
- ب. استفاده از نظرات خبرگان جهت شناسایی معیارهای تشخیص و تعیین مشکلات و وزن دهی آن‌ها (با استفاده از ابزار تحلیل مقایسه زوجی)
- ج. اولویت‌بندی مشکلات شناسایی شده با استفاده از معیارها و وزن‌های تعیین شده
- د. تعیین ارزش/ اتلاف (مودا)، مثل: کاهش میزان تأخیر در شروع اولین عمل جراحی

ماده ۱۵) با توجه به اطلاعات به‌دست آمده از مراحل مختلف طرح و تعیین موارد اتلاف و اولویت‌های تعیین شده، شاخص (های) کلیدی عملکرد (KPI) به ترتیب زیر تعیین و هدف‌گذاری می‌گردد:

- ا. استخراج و محاسبه شاخص (ها) در بخش موردنظر، بر روی حداقل ۲۰ بیمار به طور تصادفی
- ب. تحلیل نتایج و تهیه و ارائه گزارش مختصری از نتایج به کمیته بهبود کیفیت بیمارستان
- ج. تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب یا عدم انتخاب شاخص (های) منتخب مبتنی بر شواهد علمی و تجربی
- د. هدف‌گذاری شاخص (های) منتخب بر اساس اطلاعات موجود (اعتبارات هزینه‌ای / اعتبارات سرمایه‌ای / نیروی انسانی / مدیریتی / فنی و ...) و با استفاده از اصول علمی، با پیشنهاد مدیر طرح و تأیید کمیته بهبود کیفیت بیمارستان

ماده ۱۶) مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، با تکیه بر شاخص (های) کلیدی عملکرد اقدام به احصاء و ترسیم فرآیندهای موجود در بخش منتخب نموده و استانداردها، زمان و نحوه پیاده‌سازی فرآیندها و شناسایی فرآیندهای فاقد ارزش و اتلاف را تعیین می‌کند.

ماده ۱۷) مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، با استفاده از ابزارهایی نظیر نمودار مدل‌سازی فرآیند و نمودار جریان ارزش فرآیند، اقدام به توصیف وضع موجود بیمارستان از ابعاد انسانی، فنی، هزینه‌ای، سرمایه‌ای، درآمدی، استانداردهای ارائه خدمت، مهندسی تعمیر و نگهداشت، تدارک و تأمین لوازم و تجهیزات، تعیین زمان انجام هر فعالیت، و تعیین میزان و نوع اتلاف برای هر فعالیت می‌کند.

ماده ۱۸) مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، با استفاده از ابزارهایی مانند تکنیک نمودار استخوان ماهی، نمودار علت معلولی، و یا آنالیز ۵-چرایی، وضع موجود و علل ریشه‌ای (RCA) بروز اتلاف‌ها را تحلیل، مخاطرات (ریسک‌های) حاصل از اجرای نادرست فرآیندها و اتلاف‌ها را مشخص و گزارش آن را به کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، ارائه می‌نماید.

ماده ۱۹) مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، اقدام به اولویت‌بندی، دسته‌بندی و وزن دهی علل مخاطرات نموده و بر اساس آن، اقدام به تعریف اقدامات، فعالیت‌ها و گام‌های اصلاحی، مبتنی بر قانون پارتو می‌نماید. و در نهایت نقشه اصلاح‌شده جریان ارزش ارائه خدمت به بیمار ترسیم می‌گردد.

ماده ۲۰) مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، با همکاری تیم فناوری اطلاعات بیمارستان و با استفاده از نظام اطلاعات بیمارستان (HIS)، به منظور کسب بینش مناسب از عملیات و عملکرد بیمارستان و همچنین طراحی ابزار مناسبی جهت تصمیم‌گیری مدیران برای انجام اقدامات مداخله‌ای، داشبورد مدیریتی را طراحی و استقرار می‌نماید.

ماده ۲۱) مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، با استفاده از تکنیک آنالیز ۵-چرایی (چه اقدامی، چرا، توسط چه کسی، چه زمانی، و چگونه) امکان‌سنجی اجرای اقدامات بهبود را بررسی و تحلیل می‌نماید.

ماده ۲۲) پس از اجرای اقدامات بهبود در بیمارستان، مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، شاخص‌های کلیدی عملکرد را مجدداً اندازه‌گیری و گزارش آن را به کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی دانشگاه ارائه می‌نماید.

ماده ۲۳) با توجه به این که یکی از اهداف اساسی طرح، ارتقاء سطح دانش بهره‌وری بین مدیران و کارکنان بیمارستان و دستیابی به مهارت‌های لازم برای اجرای مدیریت بهره‌وری در سایر بخش‌های بیمارستان است، لذا مدیر اجرایی طرح با استفاده

از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، موظف است تا در حین مراحل اجرایی طرح نسبت به آماده‌سازی محتوای آموزشی موردنیاز متناسب با حوزه عملیاتی اقدام نماید.

تبصره: تأیید نهایی محتوای آموزشی تهیه‌شده می‌بایست در کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی وزارت به عمل آید.

فصل پنجم: ارزیابی، مستندسازی و توسعه

در این مرحله، ارزیابی نتایج حاصل از اجرای طرح انجام‌گرفته و سپس به‌منظور بهره‌برداری از نتایج آن، مستندات در قالب فرمت‌های استاندارد به دبیرخانه کمیته دانشگاه و کمیته وزارت ارائه می‌گردد.

ماده ۲۴) در این مرحله گزارش مدیر اجرایی طرح با استفاده از تیم عملیاتی بیمارستان و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، جهت بررسی و تأیید به کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی دانشگاه ارسال و جهت اعتبارسنجی و ارائه پیشنهادات و راهکارهای لازم و تصویب نهایی به کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی وزارت ارائه می‌گردد.

ماده ۲۵) به‌منظور بهره‌برداری از نتایج این طرح در اقدامات آتی، گزارش نهایی و نتایج آن در قالب فرمت استاندارد دبیرخانه کمیته دانشگاه، در سامانه تجارب وزارت ثبت می‌گردد.

ماده ۲۶) گسترش دامنه طرح چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی به سایر بخش‌های بیمارستان با برنامه‌ریزی مدیر اجرایی طرح و هماهنگی با کمیته بهبود کیفیت بیمارستان (و یا کمیته‌های متناظر)، و تحت نظارت کمیته ساختار و فناوری‌های مدیریتی دانشگاه، توسط کارکنان آموزش‌دیده ادامه می‌یابد.

ماده ۲۷) در راستای ایجاد انگیزه و تشویق برای مدیر ستادی طرح، تیم ستاد دانشگاهی و تیم عملیاتی بیمارستان در صورت صرفه جویی حاصل از اجرای چرخه در نتیجه شناسایی عوامل اتلاف و اصلاح فرآیندها مبلغ صرفه جویی شده به شرح ذیل تسهیم می‌گردد:

الف- حداکثر ۶۰ درصد رقم حاصل از صرفه جویی به منظور ایجاد انگیزه بین اعضای تیم ستاد دانشگاهی و تیم عملیاتی بیمارستان به شرح ذیل پرداخت می‌گردد:

- حداکثر ۱۵ درصد رقم فوق‌الذکر به مدیر ستادی طرح با نظر بالاترین مقام مسئول دانشگاه (رئیس دانشگاه) بر اساس ارزیابی میزان موفقیت در راهبری اجرای طرح و همچنین دستیابی به هدف کاهش هزینه‌ها در واحد (های) عملیاتی
- حداکثر ۴۵ درصد رقم فوق‌الذکر جهت پرداخت انگیزشی و کارایی به تیم ستاد دانشگاهی و تیم عملیاتی بیمارستان (حداکثر دریافتی مسئولین و کارکنان در هر ماه معادل یک ماه حقوق و مزایای مستمر و غیر مستمر آن‌ها پس از کسورات قانونی با نظر معاونت توسعه مدیریت و منابع در سطح دانشگاهی و مدیر بیمارستان در سطح عملیاتی خواهد بود.

ب) حداکثر ۴۰ درصد (۴۰٪) رقم حاصل از صرفه جویی به طریق ذیل برای ارتقاء کیفی خدمات، نظیر اصلاح نظام مدیریتی، آموزش و بهسازی کارکنان، اصلاح فرآیندهای ارائه خدمت از طریق تجهیز و بازسازی امکانات

ماده ۲۸) به منظور بهبود انگیزه در بین بیمارستان‌های منتخب اجرای طرح، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با توجه به معیارهای سنجش عملکرد اجرای موفق طرح، با بیمارستان‌های که عملکرد درخشانی در اجرای طرح داشته‌اند؛ در ارتباط و تعامل مستمر خواهد بود و در پایان گزارش جامعی از چگونگی استقرار طرح در بیمارستان، دستاوردها و نتایج؛ تدوین و ضمن ارسال به رئیس سازمان امور استخدامی و مقام وزارت، بیمارستان موفق در استقرار چرخه در سطح ملی انتخاب و طی مراسمی مورد تقدیر قرار خواهد گرفت.

پیوست

گانت چارت اجرایی طرح چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستان‌های منتخب

ردیف	فازهای اجرایی / شرح فعالیت	مسئول اجرا	توالی زمانی													توضیحات
			۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	
۱- تعیین وضع موجود مدیریت بهره‌وری بیمارستان																
۱	تعیین الگوی علمی محاسبه و ارتقاء بهره‌وری بر اساس مستندات علمی	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														مرحله ۱ و ۲ از فاز اول همزمان
۲	انتخاب بخش‌های منتخب و شناسایی علل انتخاب از منظر ترسیم گردش بیمار (patient flow)، گردش مالی (cash flow)، گردش ارائه خدمت (service provision flow) و تفسیر روابط تعاملی بخش‌های منتخب با سایر بخش‌های بیمارستانی بر اساس اطلاعات ارائه‌شده توسط بیمارستان	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														
۳	شناسایی شاخص‌های کلیدی عملکرد واحد/ واحدها	تیم عملیاتی بیمارستان														مراحل ۵ و ۶ به‌صورت همزمان انجام می‌شود.
۴	اولویت‌گذاری و انتخاب شاخص‌های کلیدی (KPI)	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														
۵	تحلیل وضع موجود بخش از منظر معیارهایی از قبیل نیروی انسانی، تجهیزات و تکنولوژی، مهندسی و مدیریت فرایندها، شاخص‌های کلیدی عملکرد و منابع مالی	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														
۶	توصیف و تحلیل فرایندهای منتخب در بخش موردنظر و زمان‌سنجی و کارسنجی فرایندها قبل از اجرای مداخله	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														
۷	تشریح متدولوژی جامع (شامل جامعه تحقیق، نمونه تحقیق، ابزار گردآوری اطلاعات، انتخاب شاخص (ها)، زمان گردآوری اطلاعات، چگونگی تحلیل داده‌ها و ...)	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														تشریح متدولوژی کامل کار بعد از کسب اطلاعات
۸	تحلیل هزینه تمام‌شده خدمت (خدمات) بخش موردنظر بر اساس اطلاعات مالی ارائه‌شده توسط بیمارستان	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														محاسبه هزینه ۱ ساعت فرآیند برای ارائه خدمت
۲- آسیب‌شناسی تحلیلی مدیریت بهره‌وری بیمارستان																
۱	شناسایی اتلاف در بخش (های) بیمارستان با روش‌های کمی و کیفی	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														به‌منظور شناسایی عوامل در مرحله آسیب‌شناسی تحلیلی لایه‌ای عوامل انجام می‌شود.
۲	شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر اتلاف در بخش (های) بیمارستان با روش‌های کمی و کیفی	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														
۳	آسیب‌شناسی عوامل مؤثر بر اتلاف در بخش (های) بیمارستان با تکنیک 5Why	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														
۳- آموزش و تربیت متخصصین ارتقاء بهره‌وری																
۱	نیازسنجی آموزشی از کارشناسان انتخابی جهت تهیه کوریکولوم آموزشی دوره	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی														کلیه مراحل آموزش و توانمندسازی به‌صورت مستمر در طول اجرای طرح انجام می‌شود
۲	برگزاری آزمون تعیین سطح به‌منظور آشنایی با سطح دانشی کارشناسان انتخاب															
۳	تدوین محتوای آموزشی ارائه‌شده جهت آموزش به کارشناسان انتخابی															
۴	برگزاری دوره‌های آموزشی به شیوه‌های مختلف حضوری و غیرحضوری															

ردیف	فازهای اجرایی / شرح فعالیت	مسئول اجرا	توالی زمانی													توضیحات	
			۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳		
۵	برگزاری آزمون پایانی دوره از کارشناسان انتخابی جهت سنجش اثربخشی دوره‌ها																
۶	ارائه گواهی معتبر به افراد واجد شرایط																
۴- اجرای اقدامات بهبود																	
۱	شناسایی اقدامات بهبود بر اساس تحلیل نتایج آسیب‌شناسی	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی															
۲	تحلیل جامع امکان‌سنجی اجرای طرح‌های بهبود	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی															
۳	اجرای اقدامات بهبود با بیشترین قابلیت اجرا	تیم عملیاتی بیمارستان															
۴	محاسبه، تشریح و تحلیل منابع اتلاف در بخش (های) موردنظر بعد از مداخله	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی															۲ ماه بعد از اجرای اقدامات بهبود
۵	محاسبه شاخص‌های کلیدی عملکرد بخش (ها)	تیم عملیاتی بیمارستان															
۶	محاسبه شاخص بهره‌وری بیمارستان از منظر ابعاد بهره‌وری نیروی انسانی و سرمایه بعد از اجرای اقدامات بهبود	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی															۳ ماه بعد از اجرای اقدامات بهبود
۷	ارائه نقطه نظرات پیشنهادی مبنی بر اصلاح فرآیندهای موجود	تیم عملیاتی بیمارستان تحت نظارت تیم ستاد دانشگاهی															
۵- استقرار و توسعه داشبورد مدیریتی																	
۱	ایجاد زیرساخت مبتنی بر فناوری اطلاعات و ارتباطات	ستاد وزارت خانه															استقرار و توسعه IT در ۶ ماهه اول سال ۹۸ بعد از آسیب‌شناسی و تعیین شاخص‌های کلیدی
۲	طراحی و توسعه داشبورد مدیریت بهبود بهره‌وری بیمارستان																
۳	توسعه اپلیکیشن موبایل																
۴	برگزاری همایش آموزشی کار با داشبورد و اپلیکیشن																

تذکر: فازهای ۴ و ۵ طرح چرخه مدیریت بهره‌وری بیمارستانی از ابتدای سال ۹۸ عملیاتی خواهد گردید.

