



مدیریت و اندازه گیری عملکرد

مقدمه ای بر کاربرد شاخص های عملکردی

عملکرد چیست؟

- عملکرد به عنوان یک مفهوم چالشی و پیچیده
- ذی نفعان متفاوت (مصرف کنندگان، ارائه دهندگان، دولت و ...) با علایق و اولویت های متفاوت
- به سختی اندازه گیری می شود.
- قبل از دهه ۱۹۸۰ اندازه گیری عملکرد بندرت صورت می گرفت.
- با افزایش فشار از جانب افکار عمومی برای پاسخگویی، به اندازه گیری عملکرد توجه بیشتری شد.
- اطلاعات سخت (hard information) در مورد شاخص های عملکردی
- اطلاعات نرم (soft information)(داده های کیفی مثل دیدگاه کارمندان)
- یک ارزیابی عملکرد فقط با یک معیار اندازه گیری نیازهای تمامی استفاده کنندگان نهایی را برآورده نمی کند

Background

- Multifaceted health service delivery in Iran
- Increasing health care expenditure
- Inequity due to mal-distribution of health resources
- Quality of care provided by both public and private sector is questionable
- Inadequate legislation

کیفیت مراقبت

- درجه ای که خدمات سلامت برای تک تک افراد یا کل جامعه احتمال دستیابی به نتایج سلامت مورد انتظار را افزایش می دهد و در راستای دانش حرفه ای حاضر نیز می شود.
- می تواند به ابعاد مختلفی بر اساس جنبه های ارزیابی مراقبت تقسیم شود.
دونابدیان (۱۹۸۷)

کیفیت مراقبت درمانی

- کیفیت مراقبت مورد توجه اکثر سیستم های مراقبت سلامت است
- اهمیت ارزیابی کیفیت مراقبت برای ارائه دهندگان ، سیاست مداران (وضع کنندگان قوانین) و خریداران در حال افزایش است.
- در سالهای اخیر، ارائه دهندگان خدمات برای ارتقا کیفیت به پزشکی مبتنی بر شواهد توجه نموده اند.
- خریداران خدمت به موضوع هزینه اثر بخشی مراقبت سلامت توجه کرده اند.
- در بیشتر کشورها هیچ سیستم اجباری برای ردیابی (tracking) کیفیت مراقبت ارائه شده به شهروندان وجود ندارد.

سه سوال اساسی

■ ارائه مراقبت تا چه حد خوب است؟
■ دنبال کردن (tracking)

■ مراقبت چگونه بهبود می یابد؟
■ بهبود کیفیت داخلی

■ مراقبت خوب چگونه انتخاب و مورد پاداش قرار می گیرد؟
■ گزارشات به عموم مردم
■ پرداخت بر اساس عملکرد

مدیریت عملکرد

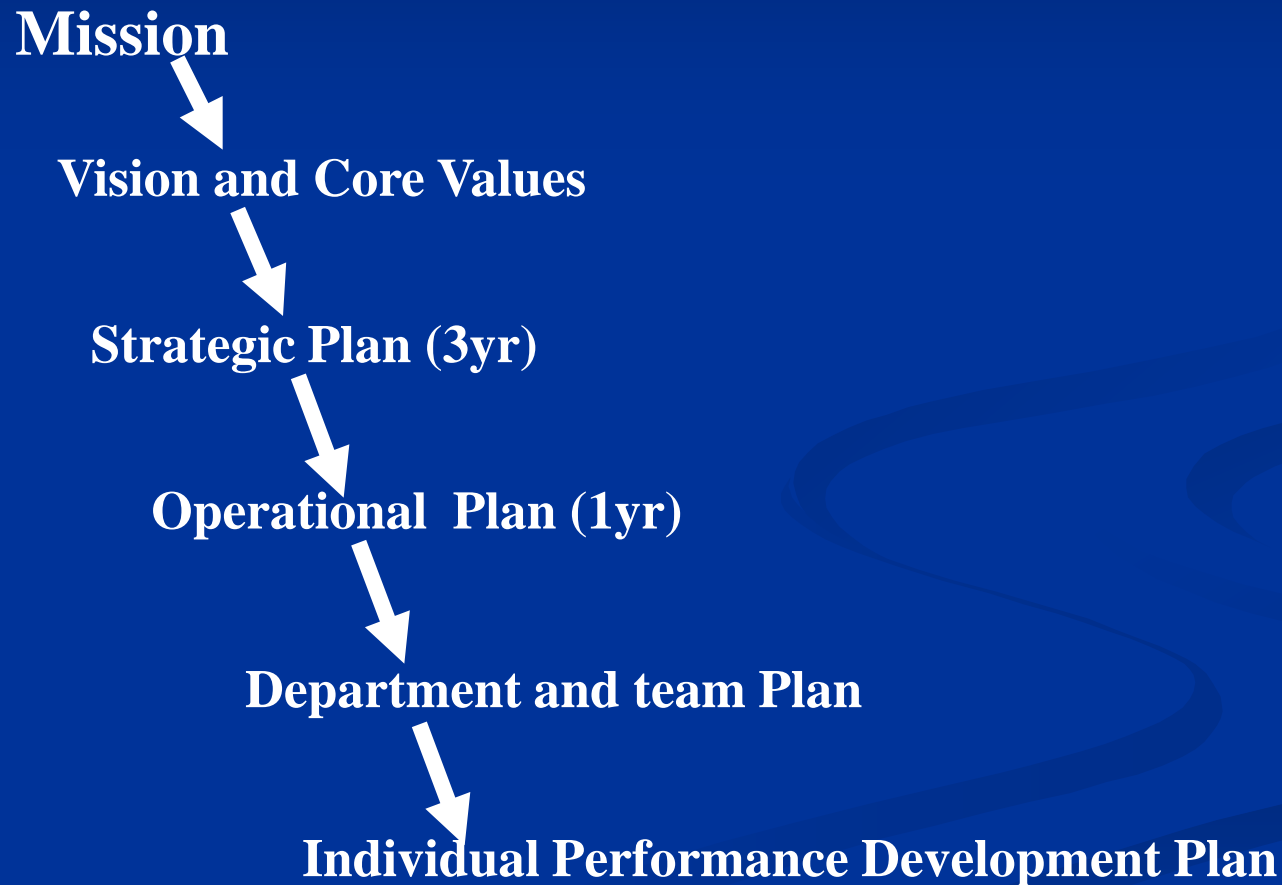
■ فلچر ۱۹۹۲

” یک رویکرد برای ایجاد یک چشم انداز مشترک از اهداف و مقاصد یک سازمان، کمک به تک تک کارمندان برای درک و فهم نقش آنها در راه رسیدن به اهداف سازمان و در نتیجه مدیریت و ارتقای عملکرد افراد و سازمان می باشد.

Performance Management

- It is based on the assumption that organizational performance is closely related to the performance of its individual staff
- A means to improve organizational performance by linking and aligning **individual, team and organizational objectives and results**

Linking Vision, Planning and Performance



مدیریت عملکرد

■ فلاور (۱۹۹۰) مفهوم مدیریت عملکرد را اینگونه بیان می نماید:

“...یک سازمان دهی کار برای دست یابی به نتایج ممکن . با این دیدگاه ساده، مدیریت عملکرد یک سیستم با یک تکنیک نیست بلکه جزیی از فعالیت های روزمره مدیران است” .

مدیریت عملکرد

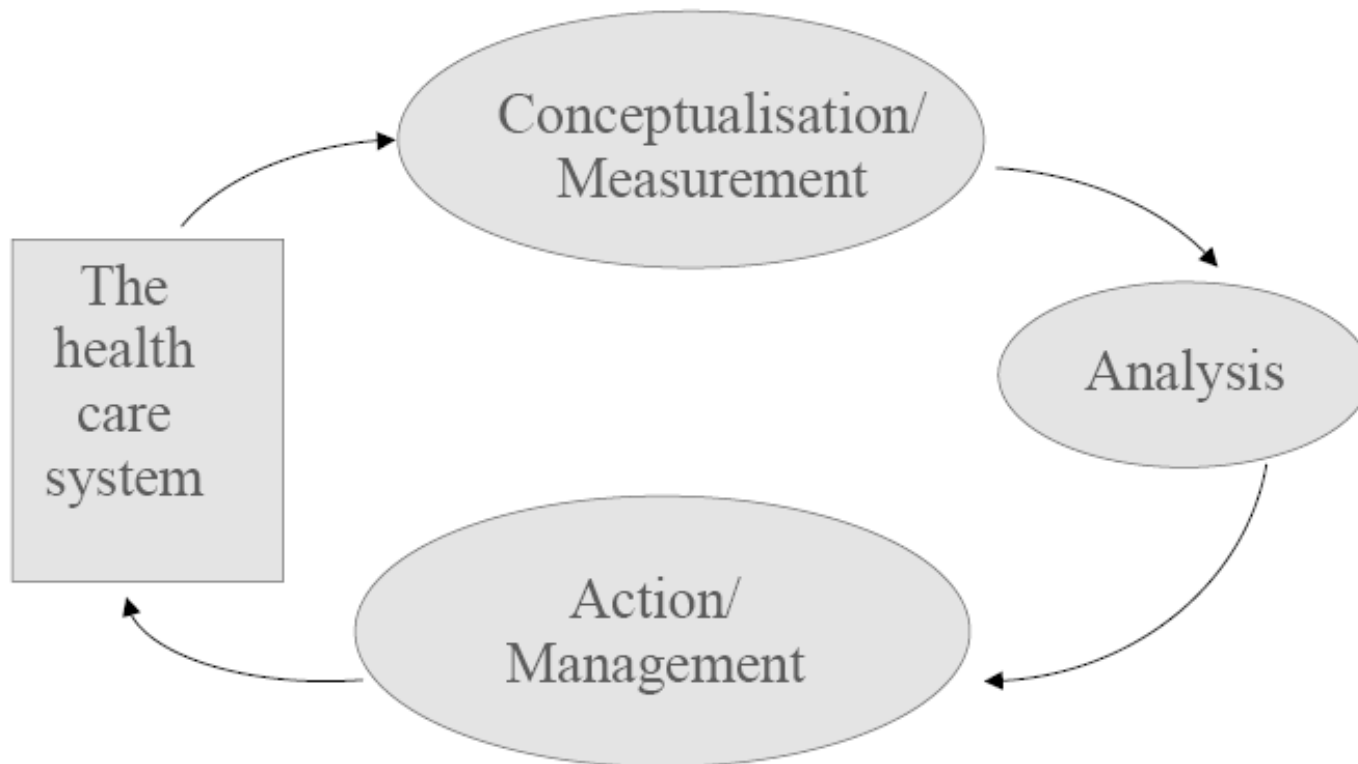
■ اسمیت ۲۰۰۲:

مجموعه ای از ابزارهای مدیریتی طراحی شده به منظور اطمینان از عملکرد بهینه سیستم مراقبت سلامت در طول زمان و در راستای اهداف سیاست گذاری است.

تمرکز بر مدیریت عملکرد

پیشرفت (بهبود) و موفقیت در راستای به
دست آوردن اهداف

اندازه گیری عملکرد و چرخه مدیریت



Adapted from Nutley and Smith, 1998.

Stages of performance management

- Plan
- Do
- Review
- Revise

**You can't manage what
you can't measure**

داده - اطلاعات

DATA

INFORMATION

IMPROVEMENT

اندازه گیری عملکرد فرآیند ها



تجزیه و تحلیل



تصمیم گیری



ویژگی های سیستم مدیریت عملکرد

- ایجاد ارتباط در خصوص چشم انداز و اهداف سازمان با تمامی کارکنان یک سازمان
- تعیین اهداف عملکردی در سطح فردی، واحد سازمانی و دپارتمان که با اهداف اصلی سازمان مرتبط می باشند.
- انجام بازنگری از میزان پیشرفت اهداف ذکر شده
- استفاده از فرآیند بازنگری برای شناسایی نیازهای آموزشی، توسعه و پاداش بر اساس نتایج
- ارزیابی کل فرآیند به منظور بهبود اثربخشی
- تعریف یک ساختار مدیریتی برای توجه به تمام ویژگی های فوق که بر این اساس، کارمندان و مدیران دارای مسئولیت های مشخصی بمنظور اداره سیستم مدیریت عملکرد می باشند.

ویژگی های سیستم مدیریت عملکرد

■ علاوه بر آن ، سازمانهای دارای سیستم مدیریت عملکرد

◆ شاخص های عملکرد را تحت عنوان موارد زیر بیان می نمایند: خروجی های قابل اندازه گیری ، پاسخ گویی و اهداف آموزشی / یادگیری

◆ استفاده از روش های ارزیابی کارکنان به طور مرتب به عنوان یک ابزار مدیریت عملکرد

◆ ایجاد ارتباط بین عملکرد و پرداخت به خصوص برای مدیران ارشد

پیش نیازهای ضروری

- سطوح پرداخت کافی
- تجهیزات، ابزارها و مهارت برای انجام وظایف
- تعادل صحیح بین عوامل انگیزشی برای کارمندان به منظور عملکرد مطلوب
- تفویض اختیارات و قدرت تصمیم گیری
- آشنایی با ابزارهای برنامه ریزی
- ارتباط اثر بخش
- رهبری و مدیریت موثر و اثربخش
- ایجاد فرهنگ پاسخگویی و صداقت
- توجه به عوامل زمینه ای (فشارهای خارجی و عوامل سیاسی، اقتصادی و فشار استفاده کنندگان از خدمات)

Stages of performance management

- **Plan**
- **Do**
- **Review**
- **Revise**

'Do' stage

- Is there determination to see plans through, even when things aren't going well?
- Do people recognize and accept when plans need to change?
- Is there a sense of ownership about actions and collective and individual responsibility?
- When things aren't going to plan do managers provide support and help solve problems, rather than apportion blame?

'Review' stage

- Is time regularly set aside to reflect on what has been achieved?
- How do people respond to challenge?
- Is there an open and involved approach to reviewing performance, including staff and user views?
- To what extent do reviews help find solutions to problems?

'Revise' stage

- How open is the organization to ideas from organizations in the same or other sectors?
- How is learning used to inform plans for change?
- How is success celebrated and rewarded?
- How is underperformance tackled?
- What support is given to help people change?

ارزیابی نیازها

■ اهداف شما

■ اهداف کارمندان

■ اهداف واحد

■ اهداف سازمان

کارمندان چه می خواهند؟

■ تعریف شرح وظایف شغلی

■ با ثبات و منصفانه رفتار کردن

■ تقسیم اطلاعات و منابع

■ فرصتهای ارتقای شغلی و کاری

■ انتظارات روشن

■ بازخورد مثبت و سازنده به صورت منظم

■ معیارهای ارزیابی

■ مشارکت در تعیین اهداف

عناصر و نتایج

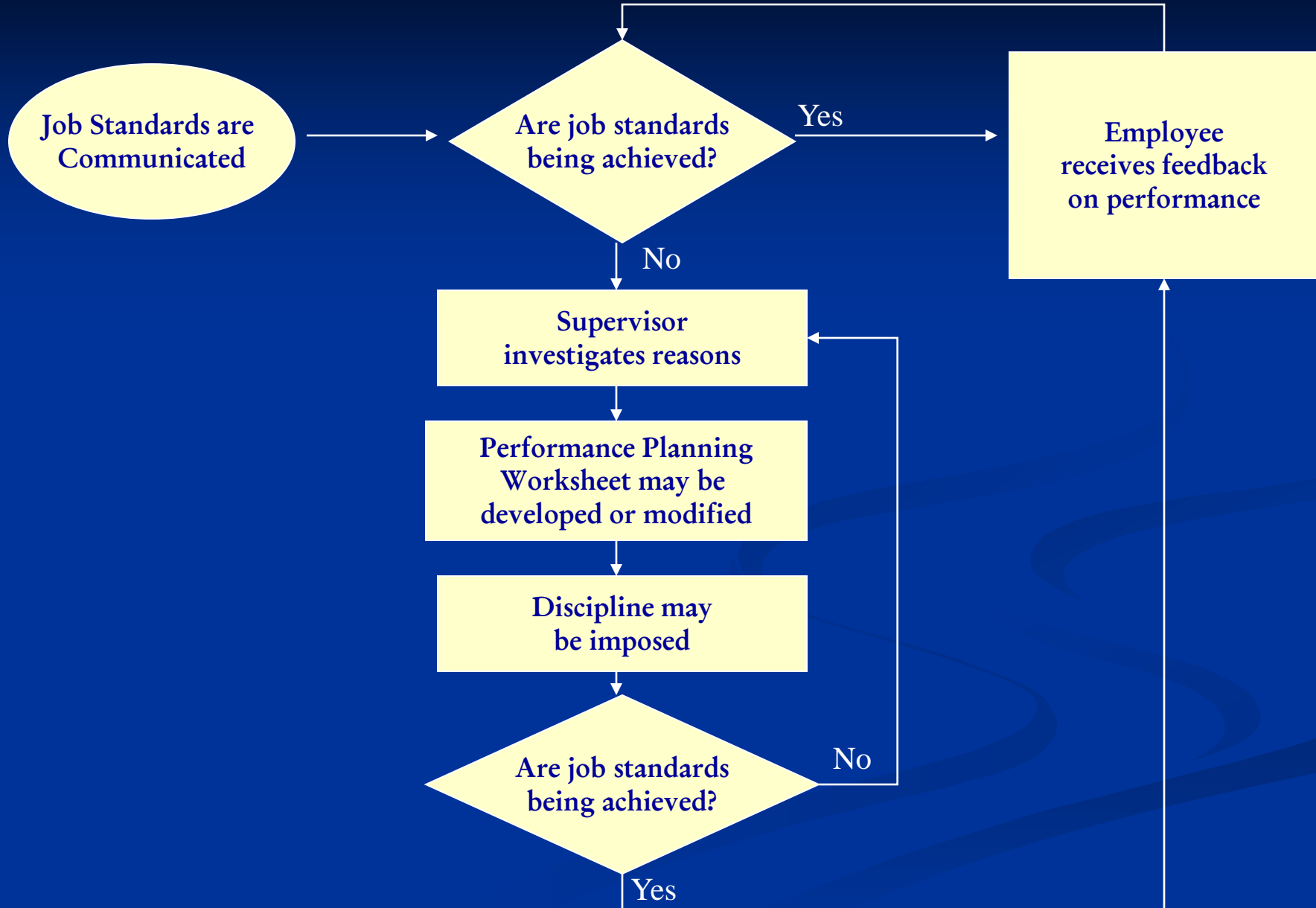
نتایج

- عملکرد مطلوب
- بهبود روحیه اعتماد و وفاداری
- تعهد

عناصر

- گوش فرا دادن
- مربی گری کردن (هدایت کردن)
- ارائه بازخورد

PERFORMANCE ASSESSMENT GUIDE



اصول سیستم مدیریت عملکرد

- شفاف سازی در اهداف (چه کسی، چگونه و چرا)
- تمرکز (اولویت ها)
- هم راستایی (PI های ملی و محلی)
- تعادل (تصویر متعادل **منطقی**) از عملکرد سازمانی
- اصلاح مداوم (به روز بودن)
- شاخص های عملکردی قوی

مشکلات اندازه گیری عملکرد

■ پیچیدگی برنامه های سلامت

■ سیستم اطلاعاتی ناکافی

■ کثرت اندازه گیری ها و اندازه گیری کننده ها

■ میزان بودجه در دسترس

چارچوب ارزیابی عملکرد سیستم NHS

■ بهبود سلامت

■ دسترسی عادلانه

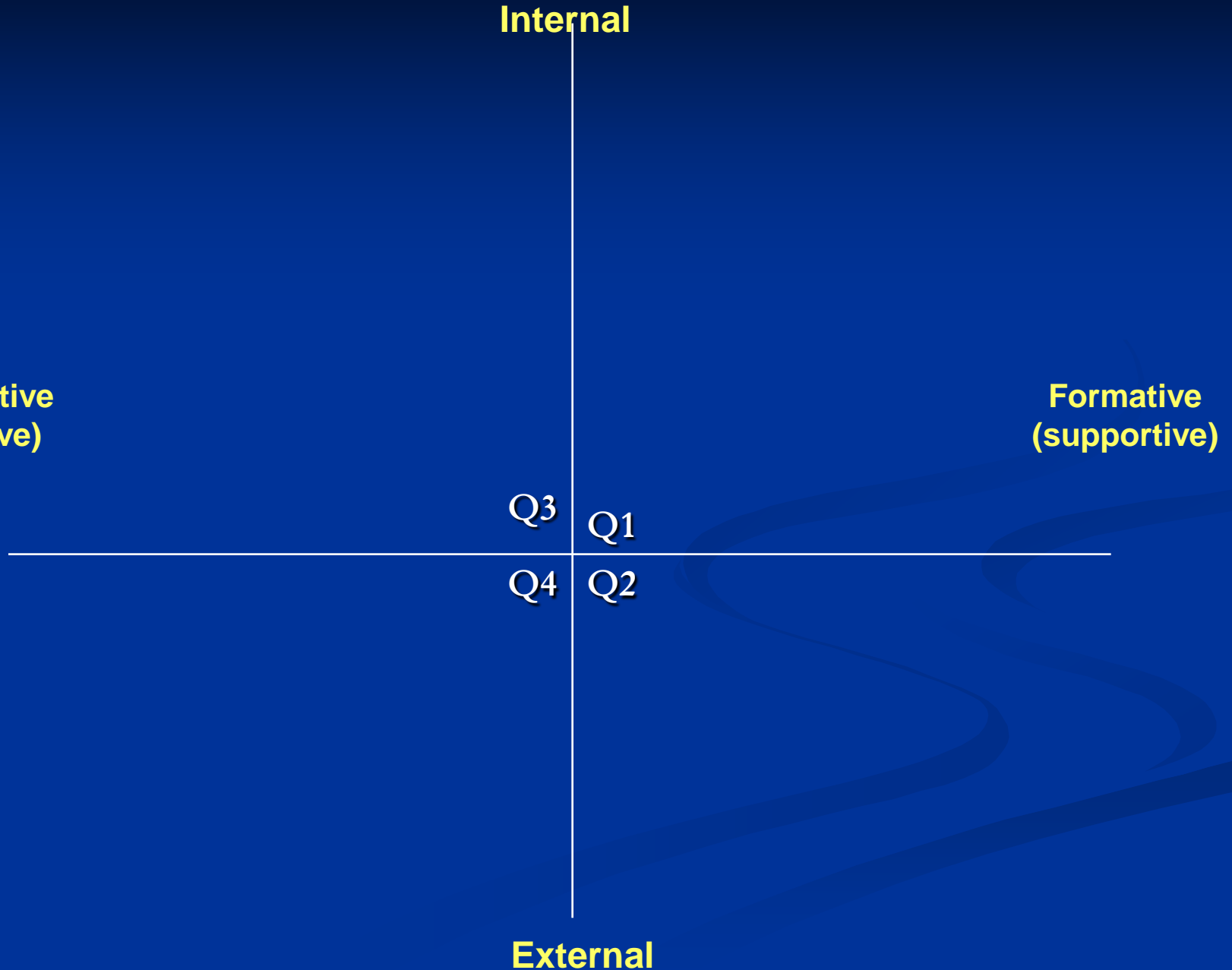
■ ارائه موثر مراقبت سلامت مناسب

■ کارایی

■ تجربه بیماران و ارائه دهندگان مراقبت

■ نتایج سلامت سیستم مراقبت NHS

Control locations and resulting action quadrants



Control locations and resulting action quadrants

Q1: کنترل به وسیله سازمان و استفاده سازنده از آن در جهت توسعه
(کنترل داخلی و اقدام مثبت)

Q2: کنترل توسط يك سازمان خارجي و استفاده سازنده (از آن نتایج) برای توسعه
(کنترل خارجي و اقدام مثبت)

Q3: کنترل توسط سازمان و استفاده از آن (نتایج) برای سرزنش و تنبیه (کنترل
داخلی و اقدام منفي)

Q4: کنترل توسط يك سازمان خارجي و استفاده از آن برای تنبیه و ملامت (کنترل
خارجي و اقدام منفي)

Internal

Waiting Time targets

Statistical process control

Global clinical governance measures

CHI self-assessment

Total Quality Management (TQM)

Summative

Formative

Accreditation (organisational)

ISO 9000 (quality system)

Commission for Health improvement

Performance Assessment Framework

Performance Ratings ('Stars')

National Services Framework

Visitatie (Professional)

EFQM (quality management)

Benchmarking

National institute for innovation and improvement

External

Why Hospitals?

- **Financially**-50% of overall healthcare expenditure is for hospitals
- **Organizationally**-Dominate the health care system
- **Symbolically**-viewed as main manifestation of healthcare system
 - Changing pattern of diseases
 - Changing life style
 - Changing environment
 - Technology advancement
 - Clinical specialties
 - Hospitals are complex adaptive human systems

Some Aims for Improvement

- Patient care that is:
 - **Safe-** avoidance of unintended patient harm
 - **Effective-** evidence-based
 - **Patient-centered-** focused on needs and rights of the individual patient
 - **Timely-** avoidance of delays & barriers to patient care flow
 - **Efficient-** elimination of waste
 - **Equitable-** fair access to comparable health care services for all

انواع اندازه گیری عملکرد بیمارستان

- بازرسی منظم
- بررسی تجارب استفاده کنندگان (از خدمات) (تعداد شکایات)
- ارزیابی های مشخص توسط عامل سوم (third party)
- شاخص های آماری
- ارزیابی های داخلی

تعريف شاخص ها

يك شاخص عملکردي تحت عنوان اندازه گيري
بخشي از اطلاعات مهم و موثر در باره
عملکرد يك برنامه تعريف مي شود كه به
صورت درصد، اندكس، نسبت و ساير مقياس
ها بيان مي شود كه در فواصل منظم اندازه
گيري مي شود و با يك يا چند معيار مقايسه مي
گردد.

تعاريف شاخص ها

يك شاخص يا اندازه به اطلاعات كمی مربوط مي شود كه ورودی ، خروجی و ابعاد فرآیند ها و پیامدها را مي سنجد. يك شاخص يا اندازه مي تواند بسيار ساده باشد و يك جنبه از يك فرآیند را اندازه گيري و يا بصورت يك تركيب (composite) باشد.

تعاریف شاخص ها

يك ابزار اندازه گیری کمی است که می تواند برای مونیتورینگ و اندازه گیری کیفیت فعالیت های حاکمیتی مدیریتی بالینی و پشتیبانی که بر پیامدهای اقدامات درمانی بیماران اثر می گذارد مورد استفاده قرار گیرد

استفاده از شاخص های عملکردی

- اندازه گیری میزان پیشرفت برای دستیابی به اهداف و مقاصد سازمانی
- ارتقاء پاسخگویی ارائه دهندگان خدمات به جامعه و سایر ذی نفعان
- مقایسه عملکرد به منظور شناسایی فرصت ها برای بهبود (به صورت داخل سازمانی و یا بین سازمانها)
- ارتقاء بهبود خدمات از طریق ارائه نتایج ارزیابی عملکرد سازمانها به عموم مردم
- ضرورتا یک تعداد شاخص قابل مدیریت (manageable) نمی تواند کلیه اطلاعات ریز را در خصوص تمامی وجوه کیفیت و ایمنی بیمار در سیر ارائه خدمات سلامت ارائه نمایند

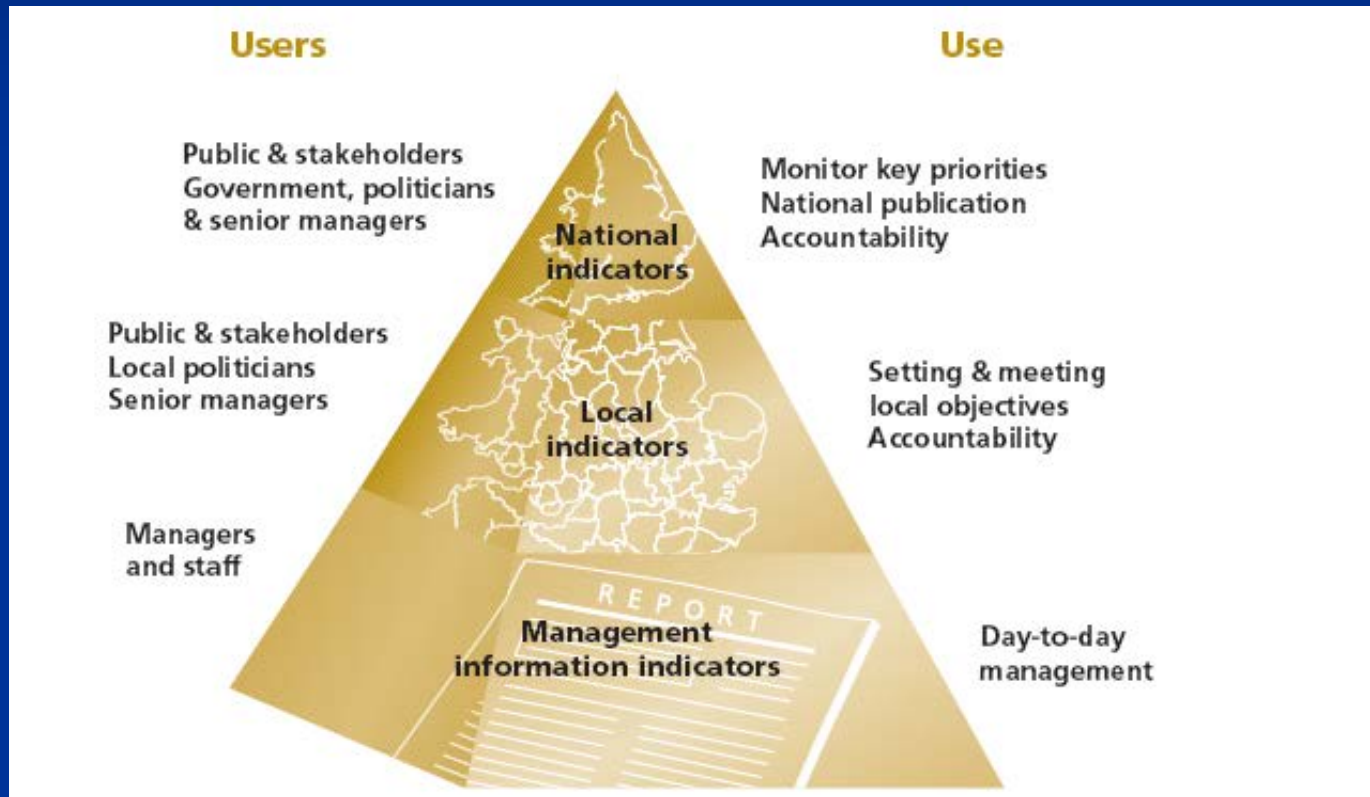
شاخص هاي از كجا مي آيند؟

- شاخص ها بر اساس استانداردهاي مراقبت هستند كه مي توانند:

- بر اساس شواهد و منتج از مطالعات آكادميك مانند RCTs

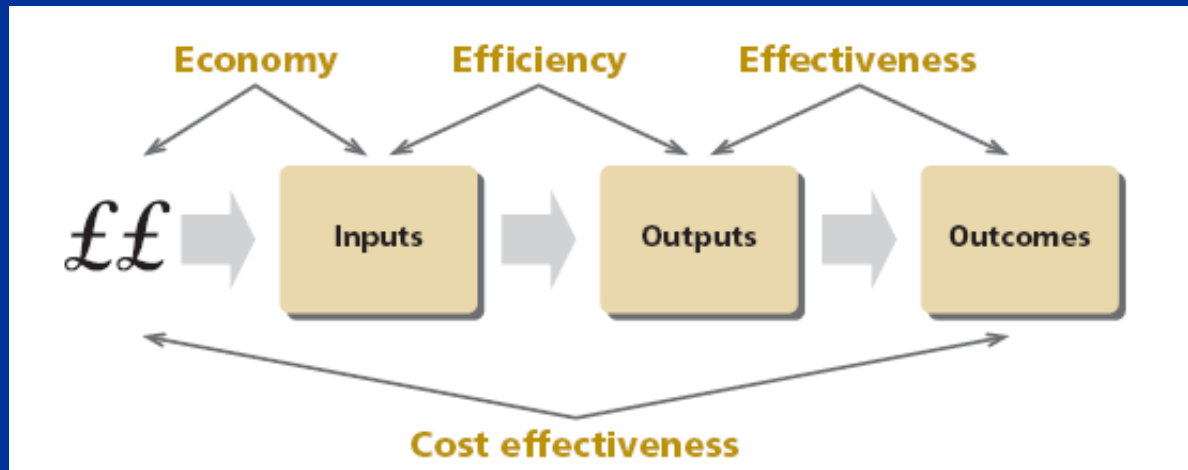
- زماني كه شواهد علمي ناكافي باشد اين شاخص ها بوسيله گروه متخصصين و افراد حرفه اي در بخش سلامت توسط يك فرآيند توافقي و بر اساس تجارب آنها تعيين مي شود.

استفاده کنندگان متفاوت و استفاده از شاخص ها



ایجاد PI ها

- شاخص ها بر چه موضوعاتی باید تمرکز نمایند؟
- چه جنبه هایی باید اندازه گیری شود؟



انتخاب شاخص ها

- متخصصین آشنا با جنبه های مربوط به خدمات و مراقبت سلامت بهترین افراد جهت طراحی و انتخاب شاخص ها می باشند.
- به صورت ایده آل این فرایند بایستی به صورت یک کار تیمی و بر اساس تصمیم مبنی بر اجماع باشد.
- روش فوق احتمال مقبولیت شاخص های منتخب را افزایش می دهد
- اعضاء این گروه باید درك اساسي از سازمان و فرایندهای روزمره مربوط داشته باشند.

انتخاب شاخص ها

- علاوه بر آن گروه باید از نیازها و انتظارات مشتریان کاملاً آگاه باشند.
- انتخاب شاخص هایی که بیشترین اطلاعات را ارائه نموده و فرصتها را برای بهبود عملکرد سازمانی مشخص می نمایند.
- انتخاب شاخص بیشتر بایستی بر روی فعالیت هایی که دارای حجم بالای کاری (high volume)، خطر بالا، هزینه بالا و مستعد ایجاد مشکل هستند صورت پذیرد.

چگونه يك مدل براي ارزيابي عملکرد بیمارستان ايجاد كنيم؟

(مخفف مفهوم ابزار ارزيابي عملکرد براي بهبود كيفيت در بیمارستانهاست) **PATH**

■ شناسايي وجوه اصلي و فرعي عملکرد كه بايستي تحت اندازه گيري قرار گيرند.

■ ايجاد يك چارچوب براي انتخاب شاخص

■ بررسی شاخص های موجود در سيستم هاي ارزيابي عملکرد ملي / منطقه اي

■ مرور پيشينه تحقيق براي شناسايي شواهد در مورد شاخص هاي مرتبط، پاييبي و روايي آنها و تکميل ليستی از شاخص ها

چگونه يك مدل براي ارزيابي عملکرد بیمارستان ايجاد كنيم؟ (مخفف مفهوم ابزار ارزيابي عملکرد براي بهبود كيفيت در بیمارستانهاست) **PATH**

■ انجام مطالعه پيمائشی (survey) براي ارزيابي دسترس داده ها، جمع آوري آن ها، تاثير بالقوه آنها بر كيفيت

■ انتخاب شاخص ها (nominal group technique)

■ مرور مطالعات مربوط در مورد رابطه متقابل بين شاخص ها

■ طراحی يك داشبورد براي گزارش اين نتايج

شاخصهاي PATH

<i>Dimension</i>	<i>indicators</i>
Clinical effectiveness	Re-admission rate, mortality, complication rate, evidence-based processes, Return to ICU for selected procedures/conditions
Patient centeredness	Waiting time, equity of access, patient rights, patients perception, Cancelled one-day surgical procedures
Efficiency	Disease specific length of stay, Ambulatory surgery use Operating rooms unused sessions, Admission on day or surgery
Safety	Nosocomial infections, falls, bed sore, sentinel events,
Staff orientation	Turnover, absentee rate, training days and budget, Budget dedicated to staff health promotion activities

10 معیار برای برنامه های ارزیابی عملکرد

Dimensions

ابعاد ■

Participation

مشارکت (اجباری یا اختیاری) ■

Numbers

تعداد شاخص ها ■

Development of indicators

ایجاد شاخص ها ■

Number of participants

تعداد مراکز مشارکت کننده ■

Data Collection

نحوه جمع آوری داده ها ■

Public disclosure

اطلاع رسانی به عموم ■

Feedback Mechanism

مکانیسم بازخورد ■

Feedback Time

زمان بازخورد ■

Budget

بودجه ■

Programmes	Dimensions	Participation
ACHS , au	Clinical effectiveness, safety, efficiency	Voluntary
BQS , Ger	Clinical effectiveness, safety, efficiency	Non-voluntary
CIST , UK	Clinical effectiveness	Non-voluntary
COMPAQH , Fr	Clinical effectiveness, staff orientation, patient- centeredness	Voluntary
JCAHO , USA	Clinical effectiveness, efficiency, safety, patient- centeredness	Non-voluntary
NIP , Den	Clinical effectiveness, efficiency, patient- centeredness, safety	Non-voluntary
OHA , Can	Efficiency, responsive governance, patient-centeredness	Voluntary
DUTCH PROJECT	Clinical effectiveness, patient-centeredness, safety, efficiency	Non-voluntary
PATH , WHO	Clinical effectiveness, efficiency, Staff orientation, responsive governance, safety, patient centeredness	Voluntary
QIP , USA	Clinical effectiveness, efficiency, patient- centeredness, safety	Voluntary

Programmes	Numbers	Development of indicators
ACHS, au	22 subjects with 308 indicators	Expert group, User evaluation, Pilot testing External review
BQS, Ger	17 subjects with 169 Indicators or 14 subjects with 95 indicators	Expert groups, Pilot testing, User evaluation, Validation of the methodology
CIST, UK	7 subjects with 64 indicators	Expert group, User groups
COMPAQH, Fr	8 national priorities with 43 indicators	Expert group, Delphi method (two rounds) on user groups , Pilot testing
JCAHO, USA	5 subjects with 36 tailored indicators	Expert groups, Request hearing Pilot testing
NIP, Den	7 subjects with 87 indicators	Expert groups, Hearing request (both with patient groups and user groups), Pilot testing
OHA, Can	4 subjects with 47 indicators	Expert group, Hearing request, Involvement of clinical staff
DUTCH PROJECT	3 subsets with 39 indicators	Expert groups, Medical societies, Hearing request, Validity testing
PATH, WHO	17 core indicators and 24 tailored indicators	Expert group, Nominal group technique, User evaluation (Hospital level), Pilot testing
QIP, USA	4 subjects with 47 indicators	Expert group, Pilot testing

Programmes	Number of participants	Data collection	Public disclosure
ACHS , au	600 Hospitals	Prospective data, Routine data, Retrospective data, Surveys	No
BQS , Ger	1501 Hospitals	Prospective data	No
CIST , UK	328 Hospitals	Prospective data, Routine data	Yes
COMPAQH , Fr	43 Hospitals	Prospective data, Retrospective data , Survey	No
JCAHO , USA	9935 Hospitals	Routine data, Survey	Yes
NIP , Den	80 Public Hospitals	Combination of routine data and prospective data, Audits	Yes
OHA , Can	120 Hospitals	Routine data, Qualitative data, Surveys	No
DUTCH PROJECT	All of the 96 Hospitals in The Netherlands	Prospective data, Routine data, Retrospective data	Yes
PATH , WHO	51 hospitals from 6 countries in the first pilot-test; 135 hospitals from 9 countries in the second phase	Prospective data, Qualitative data, Surveys	No
QIP , USA	1000 Hospitals	Prospective data, Routine data, Audit, surveys	No

Programmes	Feedback Mechanism	Feedback Time
ACHS, au	Website, evaluation of member satisfaction, Conferences and Workshops, Newsletter/annual reports, Scientific publications, Individual data reports	2 weeks
BQS, Ger	Website, Individual reports and annual reports, Conference Scientific articles	3 months
CIST, UK	Website, Annual report and Scientific articles, Workshops and presentations	12-18 months
COMPAQH, Fr	Website, Annual reports and Scientific articles Evaluation from members, Workshops	From 1 week to 4 months
JCAHO, USA	Website, Accreditation Annual Conference and workshops	6 months
NIP, Den	Website Annual reports (of case-mix corrected data), Scientific articles, Conferences and workshops (regional level), Monthly returns of raw data, National audit	1 month
OHA, Can	Website, Newsletter and Scientific articles, Conferences, User evaluation	1 year
DUTCH PROJECT	Websites, Annual reports, Reports and Scientific articles	4-6 months
PATH, WHO	Website, Newsletter and scientific articles, Annual Conference	4 months feedback time in second phase
QIP, USA	Website, Newsletter and scientific articles, Workshops	4 months

Programmes	Budget
ACHS, au	AU\$ 6 632 048 (2005) The clinical indicator project is only a component of this amount
BQS, Ger	Funded by public and private health insurance on a per-inpatient-case basis*
CIST, UK	£138.000 (2005/06) The work of CIST is only a component of the total cost of the production of national Scottish indicators
COMPAQH, Fr	470.000 E
JCAHO, USA	Not available The ORYX-project is a component of the total budget for JCAHO
NIP, Den	800.000 E
OHA, Can	Ca. CAN\$ 200 mill. (2005)
DUTCH PROJECT	E 400.000
PATH, WHO	Approx. 60.000E annually (including in-kind contributions, excluding development costs)
QIP, USA	8.1 million US dollars

ویژگی شاخص ها

- **Validity (اعتبار)** آیا شاخص مورد نظر قادر است آنچه که در نظر است سنجیده شود را ارزیابی نماید؟
- **Precision (قابلیت تعمیم به اجزا)** آیا شاخص مورد نظر به اندازه کافی واضح و شفاف تعریف شده است تا بر تمام جنبه های موضوع دلالت نماید؟ برای مثال اگر شاخص هزینه های دولت انتخاب می شود، آیا این هزینه ها بر مخارج ثابت، مخارج سرانه و یا جمع کل هزینه ها دلالت می نماید؟
- **Reliability (مورد اعتماد بودن)** آیا دو بار اندازه گیری با شاخص مورد نظر قادر است نتایج یکسانی را در بر داشته باشد؟ این مورد خصوصا موقعی که شاخص در بررسیهای نظری (subjective) استفاده می شود و یا هنگامیکه خطاهای اندازگیزی زیاد است مشکل بزرگی محسوب می شود.
- **Timeliness (بهنگام بودن)** آیا شاخص مورد نظر می تواند بطور منظم و دوره ای و بدون تاخیر آماده گردد؟
- **Comparability (قابلیت مقایسه)** آیا این شاخص در مقایسه عملکرد واحد مورد نظر با سایر واحدهای مشابه معنا دار می باشد؟ ضریب وزن دهی این معیار باید متناسب با هدف ارزیابی تعیین شود.
- **Additivity** آیا استفاده از شاخص مورد نظر برای گروههای جمعیتی کوچکتر (زیر مجموعه) معنی دار است؟ (مثل میزان درآمد)
- **Interpretability (تفسیر پذیری)** آیا بالا یا پایین بودن شاخص به منزله رایج خدمت با کیفیت برتر یا نازلتر می باشد؟ تفسیر بعضی از شاخصها دشوار است و بالا یا پایین بودن آن ممکن است نشانه ضعف عملکرد باشد. مثل سهم هزینه تامین دارو از کل هزینه های جاری
- **Cost (هزینه)** آیا هزینه تعیین شاخص قابل تهیه است؟ باید توجه داشت که اغلب بین هزینه از يك سو و قابلیت اعتماد و اعتبار و نیز بهنگام بودن شاخص از سویی دیگر تناسب اجتناب ناپذیری برقرار است

Criteria for robust performance indicators (1)

Clear

Easy to understand and

Verifiable

Cost

Unambiguous

Responsive

مرتبط ■

Relevant

تعریف روشن ■

definition

قابلیت آسان در فهم و استفاده ■

use

قابل مقایسه ■

Comparable

قابل ممیزی ■

هزینه اثربخش ■

effective

غیر مبهم ■

قابل انتساب ■

Attributable

پاسخ به تغییر ■

معیار برای ایجاد شاخص های عملکردی قوی

■ دستیابی به کلیه معیار های فوق مشکل می باشد

(Trade-offs may be necessary)

■ بنابراین تعادل بین:

■ تعداد شاخص ها

■ هزینه جمع آوری

■ خطر تمایل به اندازه گیری فقط یک گروه شاخص خاص

(Risk of skewness)

■ گمراه کردن افراد

(Misleading people)

استفاده از مجموعه اي متعادل (منطقي) از شاخص ها

■ three Es (کارايي، اثر بخشي و برابري)

■ کارت امتيازي متوازن (مالي، مشتري، فرايند داخل و آموزش و ارتقاء)

■ توجه توام به اهداف کوتاه و بلند مدت

■ توجه به عملکرد کيفي علاوه بر عملکرد کمي

■ توجه توام به موضوعات استراتژيک و عملياتي

■ توجه توام به فرايندها و پيامدها (ارتباط بين فرايند و پيامدها)

■ توجه به ديدهگاههاي ذينفعان اصلي

■ Cross-cutting indicators

شناسنامه شاخص

Name	نام شاخص
significance	اهمیت موضوع و چالش پیش رو
Definition	تعریف شاخص
Indicator Category : Input, process, outcome	نوع شاخص
Formula	فرمول شاخص
Nominator description	تعریف صورت شاخص

شناسنامه شاخص

Denominator Description	تعریف مخرج شاخص
e.g. Percent	واحد اندازه گیری شاخص
Data Source(s)	منبع و گردآورنده شاخص
Frequency of Data collection	تناوب جمع آوری شاخص
Accountability Line	فرد مسئول
Level of reporting	نحوه و سطح گزارش دهی

شناسنامه شاخص

Frequency of reporting	تناوب گزارش دهی
Feedback	نحوه ارائه باز خورد
Feedback interval	تناوب ارائه بازخورد
Target	میزان هدف
Quality of data	کیفیت اطلاعات
	اقدامات و ابتکارات اجرایی

ایجاد شاخص های کاری

number

■ کنترل شاخص ها

action-focused

■ ایجاد شاخص های فعالیت مدار

relevant indicators

■ فقط گزارش شاخص های مرتبط

regular refinement

■ پالایش مستمر شاخص ها

setting targets

■ تدوین مقاصد

مقاصد

” اگر شما ندانید که به کجا می روید شما شاید به
آنجا نروید“

Forrest Gump

مقاصد

■ مقاصد (اهداف) باید D&SMART باشند

(اختصاصی، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی، مربوط، زمان بندی شده و منبع اطلاعات)

ویژگی های مقاصد

ویژگی مقاصد (SMART & D)

■ **S - Specific:** مخصوص، معین و مشخص باشد. یعنی شاخص جامع و مانع، شفاف و ساده و واضح و رسا و صریح باشد بطوریکه برداشت یکسانی از مفاهیم ایجاد نماید.

■ **M - Measurable:** قابل اندازه گیری باشد. سنجش آنها به سادگی مقدور باشد. یعنی علاوه بر عملکرد کمی، قابلیت تعریف عملکرد کیفی شاخص در قالب های متغیر کمی را نیز داشته باشد.

■ **A - Achievable:** قابل دستیابی باشد.

■ **R - Relevant/Realistic:** واقع گرایانه باشد. یعنی با فعالیت ها و مأموریت ها و خط مشی و راهبردهای واقعی سازمان و با حوزه های حساس و کلیدی عملکرد سازمان مرتبط باشد.

■ **T - Time frame:** چهارچوب و محدوده زمانی، یعنی شاخص دوره ارزیابی معین داشته باشد.

■ **D - Database:** بانک اطلاعاتی، یعنی داده ها و اطلاعات لازم و مربوط به شاخص وجود داشته باشد.

Tips

- Obtaining approval to implement BSC
- Obtaining executives time and commitment
- Developing the value proposition for the customer perspective
- Deploying the BSC throughout the organisation
- Gaining commitment to implement the BSC
- Obtaining and interpreting timely data in a cost effective manner
- Keeping the scorecard simple and using for learning

کارت امتیازی متوازن (Balanced Scorecard)

کارت امتیاز متوازن چیست؟

(1) يك سیستم اندازه گیری

(2) يك سیستم مدیریت استراتژیک

(3) يك ابزار ارتباطی



BSC به عنوان يك سيستم اندازه گيري

➤ ترجمه ماموریت، چشم انداز و استراتژی سازمان از طریق اهداف و اندازه گيري ها

➤ ارائه يك چارچوب براي تشریح عناصر کلیدی براي دستیابی به استراتژی

➤ اندازه گيري 4 دیدگاه

-مشتری مداری

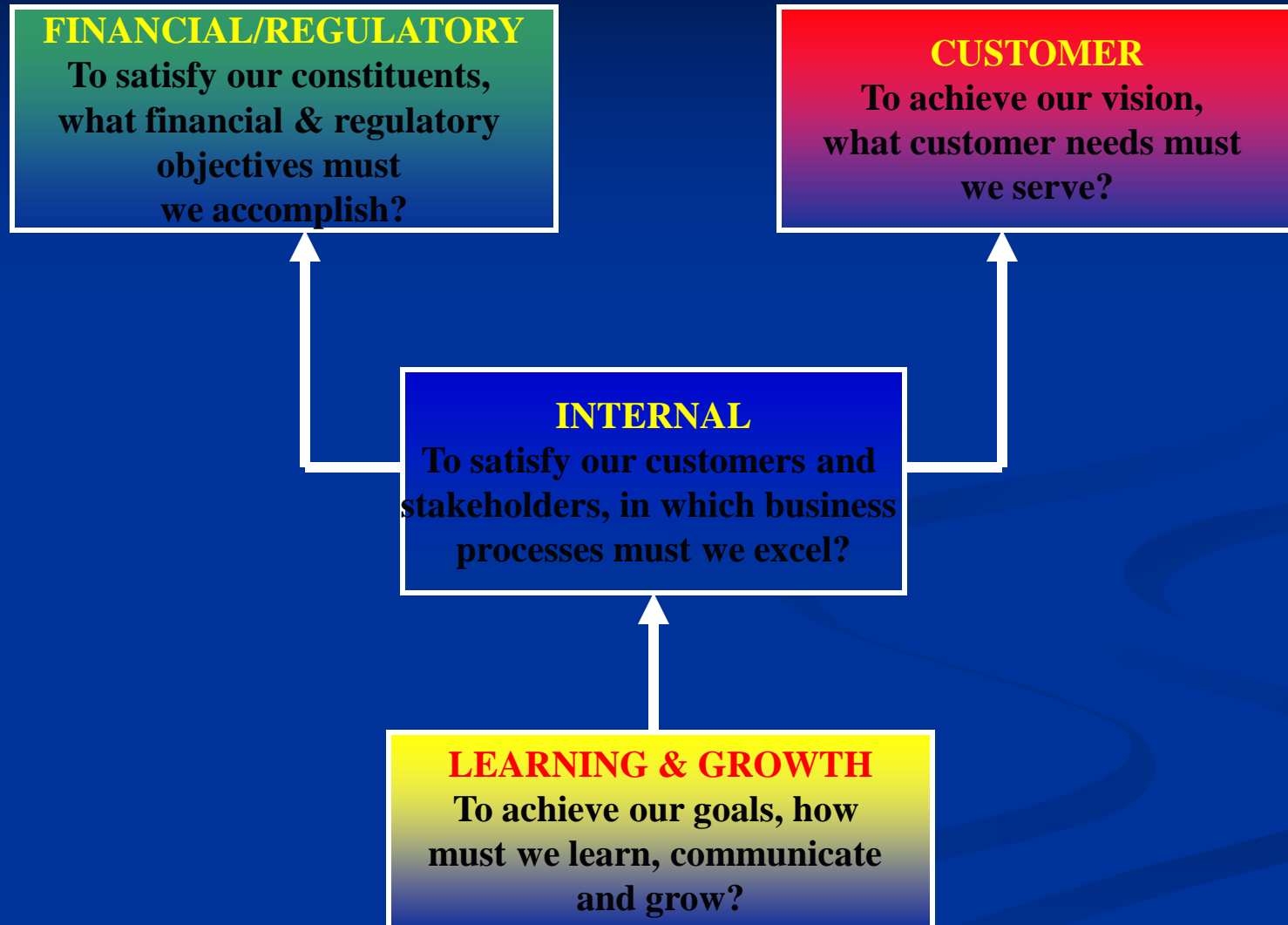
-مالي

-فرآیندهای داخلی

-آموزش نوآوری و ارتقاء



The Balanced Scorecard



دیدگاه آموزش، نوآوری و ارتقاء

➤ چگونه می توانیم بهبود مستمر داشته باشیم؟

➤ چه توانایی ها و چه ابزارهایی کارمندان ما نیاز دارند تا استراتژی ها و اهداف را به انجام برسانند.

➤ ابعاد کیفیت:

■ قابلیت ها و شایستگی ها

■ مشارکت

Competence

Participation



دیدگاه فرآیند (خدمات) داخلی

➤ چه فرآیندهای حیاتی باید به منظور ایجاد رضایتمندی در مشتریان / ذینفعان مقدم باشد؟

➤ چه کارهایی در داخل سازمان باید صورت گیرد تا انتظارات بیماران و مشتریان برآورده شود

➤ ابعاد کیفیت:

Effectiveness

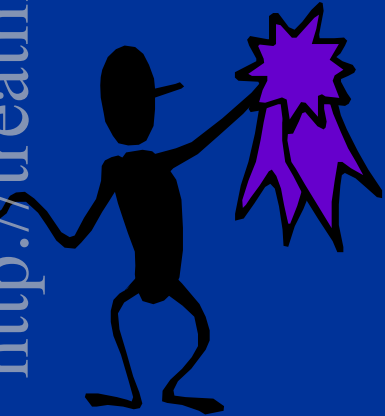
■ اثربخشی

Appropriateness

■ مناسب بودن

Safety

■ ایمنی



دیدگاه مالی

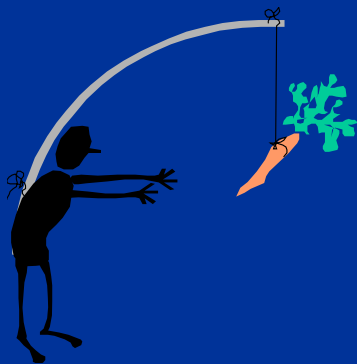
➤ چه اقدامات مالی جهت دستیابی به استراتژی ها / اهداف لازم می باشد؟

➤ آیا ما اهداف مالی و عملیاتی را برآورده می کنیم؟

➤ ابعاد کیفیت:

■ کارایی

Efficiency



دیدگاه مرتبط با مشتری

➤ چه کسانی مشتریان هدف می باشند؟

➤ بیماران و مشتریان ما را چگونه می بینند؟

➤ بیماران و مشتریان عملکرد ما را چگونه ارزیابی می کنند؟
(چقدر به عملکرد ما ارزش می نهند)

➤ **ابعاد کیفیت:**

Accessibility

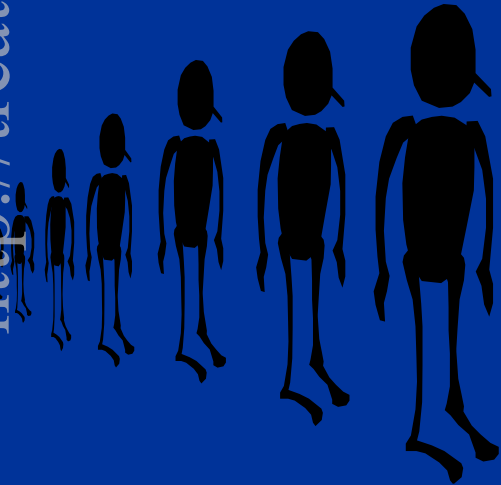
Acceptability

Continuity

■ دسترسی

■ مقبولیت

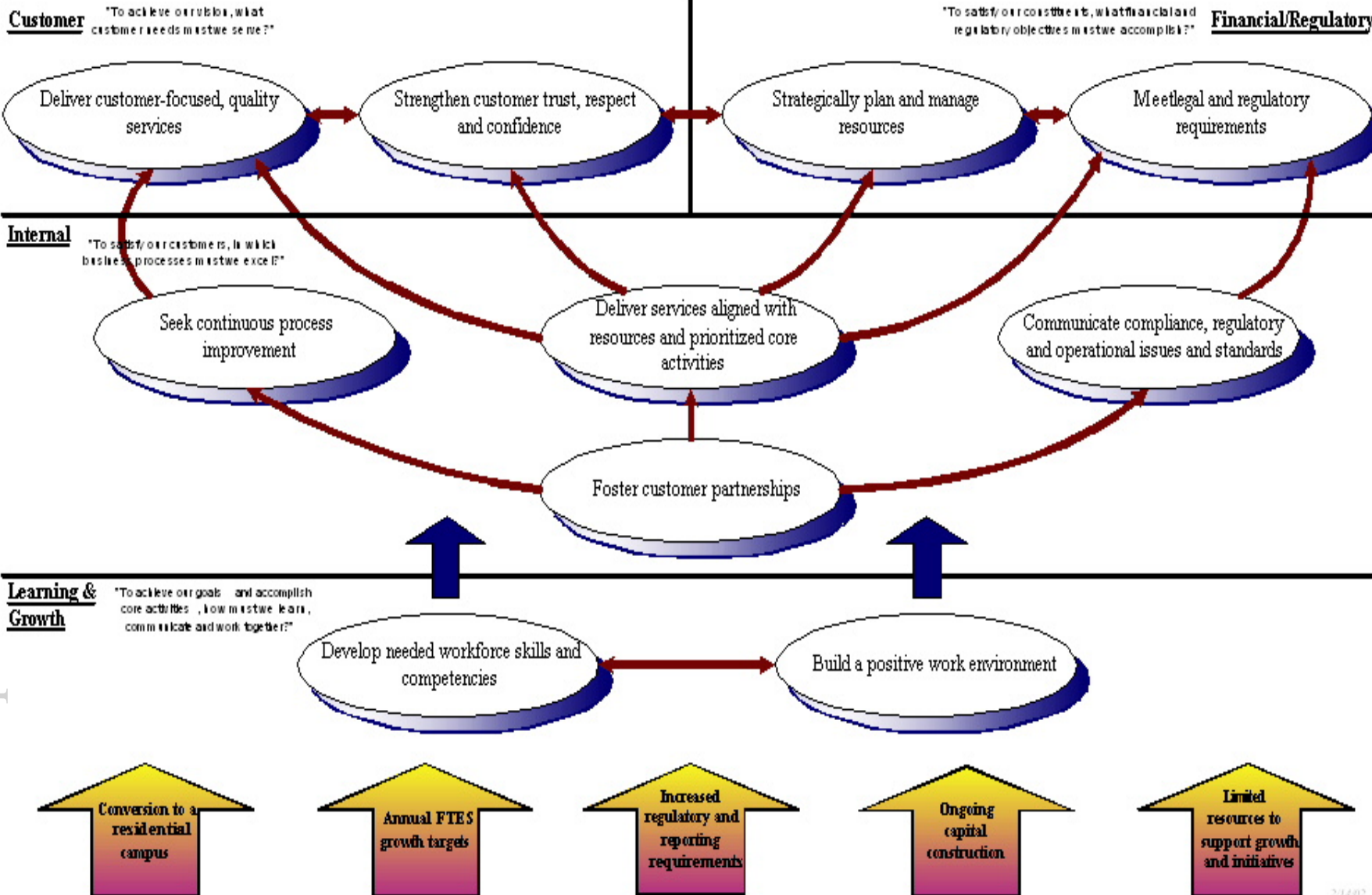
■ استمرار



Cal State San Marcos

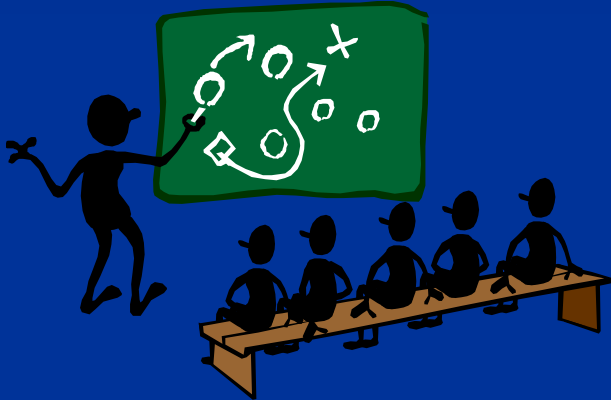
STRATEGY MAP

Finance and Administrative Services



BSC يك سيستم مديريت استراتژيك

➤ کارت امتياز متوازن از نقشه هاي استراتژيك ساخته شده است



➤ تفسير استراتژي به:

Objectives

Measures

Targets

Initiatives

▪ اهداف

▪ اندازه ها

▪ مقاصد

▪ ابتكارات

The Strategy Focused Organization

Mission – What we do

Vision – What we aspire to be

Strategies – How we accomplish our goals

Measures – Indicators of our progress

تفسیر با BSC

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

موقعیت مطلوب

اهداف

چه اقدامی باید صورت گیرد تا

استراتژی ها به بهترین نحو اجرا گردند

چطور میزان دستیابی به

استراتژی ها اندازه

گیری می شود؟



Strategic Direction
Create Environment
For Change

Strategic Performance Management System

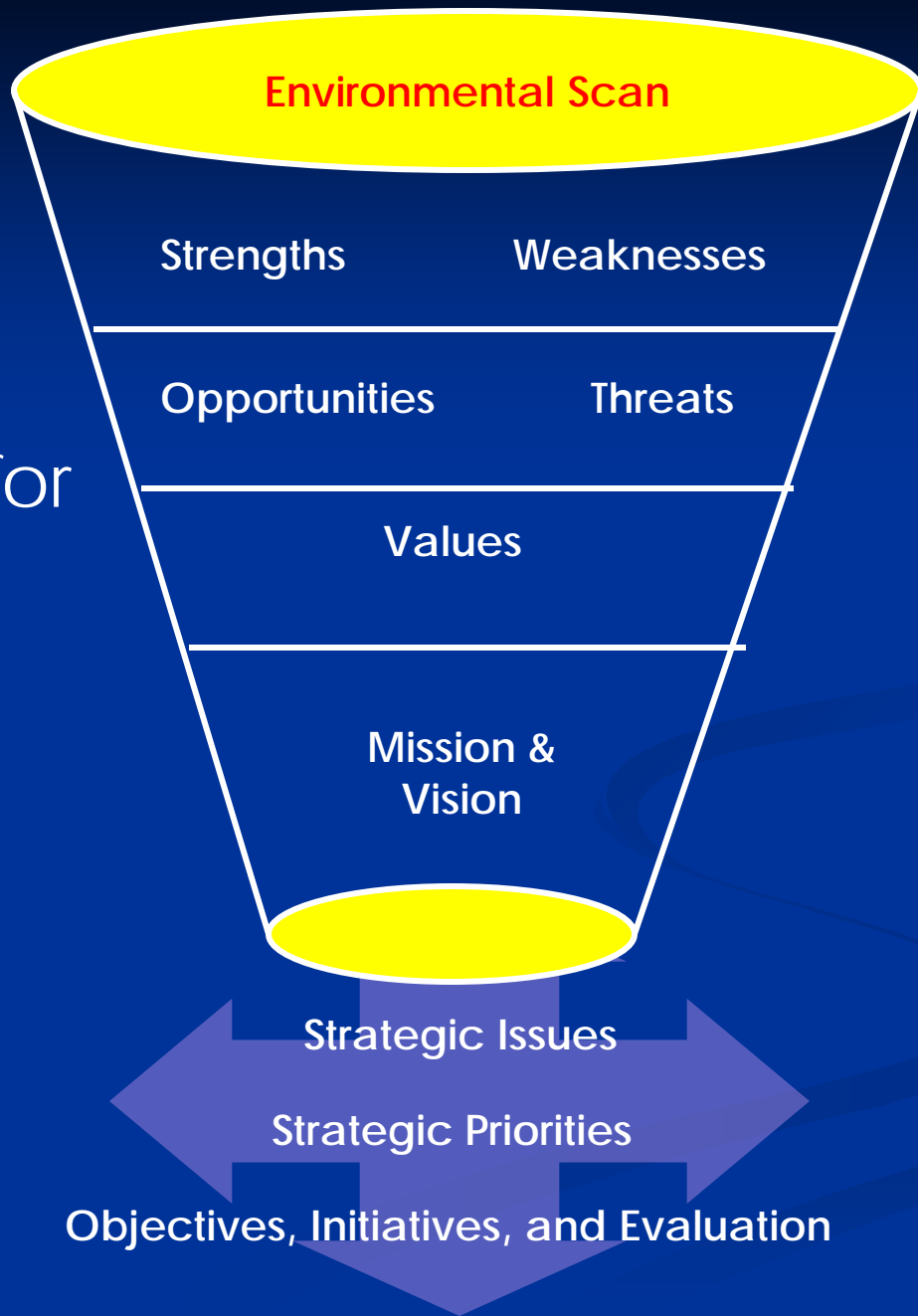
Communicate Strategies
Define Objectives
Implement BSC

Balanced Scorecard
Measure Performance
Improve Processes

Evaluate and Adjust
Continuous Improvement
Redefine Initiatives

Linking it all together....

A Model for Strategic Planning



BSC بعنوان يك ابزار ارتباطي

تعريف و ترجمه استراتژي براي کارمندان از طريق اندازه گيري هاي عملکردي هدف مند و مشخص

مثال

هدف کلان : ارائه خدمات هزینه اثربخش و کارا



اهداف : کاهش هزینه ها

افزایش بهره وري



سنگه ها : تامین هزینه ها

میزان کار در مدت معین



فرم شماره ۱- شاخص های BSC در چهار گروه با هدف ارزیابی عملکرد دپارتمان IT

شماره	گروه	شاخص عملکرد در گروه
1	مالی	۱-۱- نرخ بازگشت سرمایه و یا ارزش فعلی خالص ۱-۲- هزینه های خرید ۱-۳- هزینه های ارتباطات / شبکه
2	ارتباط با مشتری	۲-۱- رضایتمندی داخلی ۲-۲- زمان تعمیر کامپیوتر های شخصی ۲-۳- نرخ بکارگیری سیستم توسط مصرف کننده ۲-۴- دقت بودن وبه موقع بودن اطلاعات
3	کسب و کار داخلی	۳-۱- متوسط ظرفیت وثبات سیستم ۳-۲- درصد حل مسائل و زمان صرف شده برای آن ۳-۳- نرخ پروژه هایی که به موقع تمام شده
4	یادگیری و رشد	۴-۱- نوآوری در سیستم های قدیمی ۴-۲- ایجاد سیستم های جدید ۴-۳- تعداد و زمان آموزش پرسنل

اهداف

- ایجاد یک کلینیک با توانایی و شایستگی جهت ارائه خدمات کلینیکی داخلی
- ایجاد یک کلینیک پزشکی بعنوان عامل ارتباطی بین مراقبت های اولیه و بیمارستان و شهرداری های یک نظام زنجیره ای ارائه خدمات سلامت
- پیشرو در پاسخ گویی به نیاز ها و انتظارات بیماران و مشتریان بوسیله ایجاد یک سیستم سیستماتیک ارتقای کیفیت

Strategies

- درمانهای موقت اورژانسی و مراقبت های تخصصی
- ایجاد يك زنجيره اثر بخش مراقبت سلامت در همکاری با سیستم مراقبت های اولیه و شهرداری ها
- آموزش به کارکنان در بخش مراقبت اولیه و شهرداری
- ایجاد یک سازمان یا گیرنده و امکان ارتقا کارمندان
- انجام تحلیل کیفی متوازن از نتایج با استفاده از تکنولوژی اطلاعات

آموزش و ارتقاء

■ رضایت کاری

■ تعداد روزهای آموزش

■ تعداد پروژه های آموزشی

پیشرفت / بهره وری

■ شاخصهای مربوط به کیفیت مراقبت

■ میزان استفاده از تخت های بیمارستانی

■ مراقبت از بیماران دیابتی (HbAC)

■ سکتة های نفری (survival)

■ هزینه کارکنان / DRG

مشتری / بیماران

■ شاخص رضایت بیماران

■ دسترسی

■ زمان برای گزارش به سیستم مراقبت اولیه

■ شاخص های مربوط به پوشش خدمات

مالي

■ هزینه کارمندان / بودجه

■ هزینه های دارویی

(Lab, X-ray, etc)

■ هزینه های کاری

■ میزان در آمد

KEY TARGETS	3
12 HOUR WAITS FOR EMERGENCY ADMISSION VIA A&E POST DECISION TO ADMIT	3
ALL CANCERS: TWO WEEK WAIT	4
ELECTIVE PATIENTS WAITING LONGER THAN THE STANDARD	5
FINANCIAL MANAGEMENT.....	6
HOSPITAL CLEANLINESS	8
OUTPATIENT AND ELECTIVE (INPATIENT AND DAYCASE) BOOKING.....	10
OUTPATIENTS WAITING LONGER THAN THE STANDARD	11
TOTAL TIME IN A&E: FOUR HOURS OR LESS	12
BALANCED SCORECARD	13
A&E EMERGENCY ADMISSION WAITS (FOUR HOURS).....	13
BETTER HOSPITAL FOOD	14
BREAST CANCER: ONE MONTH DIAGNOSIS TO TREATMENT	15
BREAST CANCER: TWO MONTH GP URGENT REFERRAL TO TREATMENT.....	16
CANCELLED OPERATIONS	17
CHILD PROTECTION.....	18
CLINICAL RISK MANAGEMENT	19
COMPOSITE OF PARTICIPATION IN AUDITS	20
DATA QUALITY ON ETHNIC GROUP	21
DEATHS FOLLOWING A HEART BYPASS OPERATION	22
DEATHS FOLLOWING SELECTED NON-ELECTIVE SURGICAL PROCEDURES	23
DELAYED TRANSFERS OF CARE	24
EMERGENCY READMISSION FOLLOWING DISCHARGE (ADULTS).....	25
EMERGENCY READMISSION FOLLOWING DISCHARGE FOR A FRACTURED HIP	26
INDICATOR ON STROKE CARE.....	27
INFORMATION GOVERNANCE.....	28
MRSA.....	30
OUTPATIENT AND A&E PATIENT SURVEYS: ACCESS AND WAITING	31
OUTPATIENT AND A&E PATIENT SURVEYS: BETTER INFORMATION, MORE CHOICE.....	32
OUTPATIENT AND A&E PATIENT SURVEYS: BUILDING CLOSER RELATIONSHIPS.....	33
OUTPATIENT AND A&E PATIENT SURVEYS: CLEAN, COMFORTABLE, FRIENDLY PLACE TO BE	34
OUTPATIENT AND A&E PATIENT SURVEYS: SAFE, HIGH QUALITY, COORDINATED CARE.....	35
PATIENT COMPLAINTS	36
PATIENTS WAITING LONGER THAN STANDARD FOR REVASCULARISATION	37
SIX MONTH INPATIENT WAITS	38
STAFF OPINION SURVEY: HEALTH, SAFETY AND INCIDENTS.....	39
STAFF OPINION SURVEY: HUMAN RESOURCE MANAGEMENT	40
STAFF OPINION SURVEY: STAFF ATTITUDES	41
THIRTEEN WEEK OUTPATIENT WAITS	42

مقاصد کلیدی

- 12 ساعت انتظار برای پذیرش اورژانس از طریق A&E post decision to admit
- تمامی سرطان ها: دو هفته انتظار
- زمان انتظار بیماران الکتیو بیش از استاندارد
- مدیریت مالی
- پاکیزگی بیمارستان
- رزرو بیماران سرپایی و الکتیو (بستری و موارد روزانه)
- زمان انتظار بیماران سرپایی بیش از استاندارد
- کل زمان A&E: چهار ساعت یا کمتر

کارت امتیازی متوازن

- زمان انتظار پذیرش اورژانس A&E (چهار ساعت)
- بهتر شدن غذای بیمارستان
- سرطان سینه: یک ماه تشخیص تا درمان
- سرطان سینه: دو ماه ارجاع فوری پزشکی عمومی برای درمان
- جراحی های کنسل شده
- حفاظت از کودکان
- مدیریت ریسک بالینی

کارت امتیازی متوازن

- ترکیب تیم مشارکت در ممیزی ها
- کیفیت داده در خصوص قومیت ها
- مرگ های ناشی از جراحی قلب
- مرگ های ناشی از رویه های جراحی غیرالکتیو منتخب
- تاخیر در ارائه مراقبت
- پذیرش مجدد اورژانس بعد از ترخیص (بزرگسالان)
- پذیرش مجدد اورژانس بعد از ترخیص به دلیل شکستگی لگن

کارت امتیازی متوازن

■ شاخص مراقبت سگته مغزی

■ حاکمیت اطلاعات

■ استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی‌سیلین (MRSA)

■ پیمایش های بیماران سرپایی و A&E: دسترسی و انتظار

■ پیمایش های بیماران سرپایی و A&E: اطلاعات بهتر،
انتخاب بیشتر

■ پیمایش های بیماران سرپایی و A&E: ایجاد ارتباطات
نزدیک تر

■ پیمایش های بیماران سرپایی و A&E: مکان پاکیزه،
دوستانه و راحت

کارت امتیازی متوازن

- پیمایش های بیماران سرپایی و A&E: مراقبت ایمن، با کیفیت و هماهنگ
- شکایات بیماران
- زمان انتظار بیش از استاندارد بیماران برای بازکردن مجدد عروق (Revascularization)
- شش ماه انتظار بستری
- نظر سنجی کارکنان: سلامت، ایمنی، حادثه
- نظر سنجی کارکنان: مدیریت منابع انسانی
- نظر سنجی کارکنان: نگرش های کارکنان
- سیزده هفته زمان انتظار سرپایی

Common pitfalls

- PIs that focus an on measure activity rather than performance (*focus on objectives*)
- Focus on short term targets at the expense of long-term objectives (*Use of balance scorecard system*)
- Lack of outcome measure (*linkage between outcome and process*)
- Too many financial measures (*Use of balance scorecard*)

Common pitfalls

- Manipulation of data (*counterbalancing PIs, staff involvement in producing PIs, verification of data*)
- Risk of measuring job process that are easy to measure (*focus on key objectives and link to operational measure issues*)
- Not comparing like with like

Possible dysfunctional consequences arising from performance indicators

- **Tunnel vision:** concentration on those clinical areas measured to the detriment of other important areas
- **Sub-optimization:** the pursuit of narrow objectives within a unit or organization at the expense of strategic co-ordination with others
- **Myopia:** concentration on short-term issues and the neglect of long-term criteria
- **Convergence:** an emphasis on not being exposed as an outlier rather than a desire to be outstanding

Possible dysfunctional consequences arising from performance indicators

- **Ossification:** a disinclination to experiment with new and innovative approaches for fear of appearing to perform poorly
- **Gaming:** altering behaviour to gain strategic advantage
- **Misrepresentation:** including creative accounting and fraud
- **Bullying, intimidation, stress and anxiety**

Where performance management systems go wrong?

- Systems and processes too lengthy, lack of clarity
- Managers and organizations mistake the intent of the performance system
- Emphasis on backward looking assessment rather than forward looking development
- Too much focus on the process or score and not the commentary
- Managers don't pre-empt, openly recognize and account for the likely emotional response
- Too much assessment 'saved up' for end of the year
- Focus on weaknesses rather than strengths

Learning organization and levels of learning

- is an organization that posits learning as a core characteristic
- *Single-loop learning* (detection and correction of errors e.g. clinical audit which compare existing practice with explicit standards)
- *Double-loop learning* (change fundamental assumptions about the organization e.g. redefining organization's goals, norms, policies, procedures and even structure)
- *Meta-learning* (ability of an organization to learn about the context of their learning)

Examples of levels of learning in hospitals

Single loop learning. A hospital examines its care of obstetric patients. Through a clinical audit, it finds various gaps between actual practice and established standards (derived from evidence based guidelines). Meetings are held to discuss the guidelines, changes are made to working procedures, and reporting and feedback on practice are enhanced. These changes increase the proportion of patients receiving appropriate and timely care (that is, in compliance with the guidelines). This is an example of single loop learning

Double loop learning. In examining its obstetric care, some patients are interviewed at length. From this it emerges that the issues which are bothering women have more to do with continuity of care, convenience of access, quality of information, and the interpersonal aspects of the patient-professional interaction. To prioritise these issues, obstetric care is completely reconfigured to a team system led by midwives. The standards laid down in the evidence based guidelines are not abandoned but are woven into a new pattern of interactions and values. This is an example of double loop learning

Learning about learning. The experience of refocusing obstetric services better to meet patient needs and expectations is not lost on the hospital. Through its structure and culture, the organisation encourages the transfer of these valuable lessons. The factors that assisted the reconfiguring (and those that impeded it) are analysed, described, and communicated within the organisation. This is not done through formal written reports but through informal communications, temporary work placements, and the development of teams working across services. Thus, the obstetric service is able to share with other hospital services the lessons learned about learning to reconfigure. This is an example of learning about learning or meta-learning

Policy implications and lessons for Iranian hospitals

- Use of hard and soft warning signs to identify problems before they become critical
- Better tools and methods for diagnosing factors leading to failure
- Requires resources (e.g. money, time, expertise)
- Importance of tailored approach specific to each context
- Recruitment policies
- External relationships
- Engagement of clinical staff
- Encouraging the ownership of problems esp. among clinicians
- Reward and incentive structures
- External drivers of change
- Impact and implications of 'Payment by Result'

Categories of clinical indicators

- Rate-based or sentinel
- Related to structure; process; outcome
- Generic or disease-specific
- Type of care (Preventive; Acute; Chronic)
- Function (Screening; Diagnosis; Treatment; Follow up)
- Modality (History; Physical examination; Laboratory/radiology study; Medication; other interventions)

Rate-based indicator

A rate-based indicator uses data about events that are expected to occur with some frequency as proportions or rates (proportions within a given time period), ratios, or mean values for a sample population.

Examples of rate-based indicators

- Clean and contaminated wound infection
 - **Numerator:** the number of patients who develop wound infection from the fifth post-operative day after clean surgery
 - **Denominator:** the total number of patients undergoing clean surgery within the time period under study who have a post-operative length of stay of ≥ 5 days.
- Hospital-acquired bacteraemia
 - **Numerator:** total number of patients who acquire bacteraemia
 - **Denominator:** total number of patients in hospital during the study period

Sentinel indicator

- A **sentinel indicator** identifies individual events or phenomena that are intrinsically undesirable, and always trigger further analysis and investigation
- Sentinel events represent the extreme of poor performance and they are generally used for risk management



Examples of sentinel indicators

- Numbers of patients who die during surgery
- Numbers of patients who die during the perinatal period

مثال هایی از شاخص های عملکردی

به تفکیک واحد های درمانی

امور اداری

✓ تعداد احکام صادره ای که مجدداً اصلاح می گردد
(کارگزینی)

✓ فاصله زمانی بین دریافت نامه های اداری تا ارسال پاسخ
(دبیرخانه)

✓ تعداد مکاتبات نیازمند به پاسخی که بعد از موعد مقرر اعلام می
گردد (دبیرخانه)

امور مالی

✓ تعداد پرونده های بلا تکلیف مانده در واحد درآمد

✓ میزان کسری بودجه در هر دوره سه ماهه در مقایسه با سه ماهه

مشابه سال گذشته به تفکیک فصول بودجه ای

دفتر پرستاری

- ✓ شاخصهای کیفی ارزشیابی بیمارستان: تسکین درد- آمادگی های اعمال جراحی الکتیو، آنتی بیوتیک تراپی پروفیلاکسی، نسبت سزارین به کل زایمانها، عفونت های بیمارستانی و تزریقات سالم
- ✓ زمانسنجی ویزیت بیماران سرپایی و بستری
- ✓ زمانسنجی ترخیص بیماران
- ✓ آمار کمی روش ها، خدمات و تجهیزات نوین پزشکی در بخش ها و درمانگاههای تحت پوشش
- ✓ اورژانس: الف- زمانسنجی خدمات اورژانس (تریاز)
- ✓ سایر شاخص ها: درصد CPR موفق- درصد هیپوگلیسمی نوزادان- فاصله زمانی ادمیت بیمار زایمانی تا ورود به لیبر- راند بخش ها

واحد بهداشت و کنترل عفونت

- ✓ درصد عفونت های بیمارستانی
- ✓ کشت های مثبت بخش ها و واحدهای مختلف
- ✓ تعداد کلاسهای آموزشی برگزار شده در هر ماه
- ✓ میزان پیشنهادات مسئولین بهداشت و کنترل عفونت در جهت تغییرات کیفی بهداشت بیمارستان
- ✓ Total coliform - کلر سنجی آب آشامیدنی

پذیرش مدارک پزشکی

✓ زمانسنجی پذیرش بیماران (به تفکیک سرپایی و بستری و Day (care

✓ مدت زمان لازم برای دستیابی به پرونده های بایگانی شده از زمان درخواست

✓ مدت زمان لازم برای فایل بندی و بایگانی پرونده (فاصله زمانی بین تحویل پرونده تا انتقال به فایل بایگانی)

✓ کاهش مدت زمان انتظار بیماران (سرپایی - بستری)

آمار

✓ آمارهای کمی بیمارستان (بستری و سرپایی)

✓ نرخ اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، چرخش تخت ، فاصله بازگردانی تخت

✓ تعداد و درصد اعمال جراحی بزرگ

✓ تعداد شکایات مکتوب شده

✓ سنجش میزان رضایت مندی بیماران

✓ سنجش میزان رضایت مندی کارکنان

پزشک معتمد

✓ فراوانی عوارض بیمارستانی در کنترل پرونده ها

✓ درصد مرگ و میر خالص و ناخالص

✓ عدم انطباق های موجود در پرونده ها

دفتر کمیته ها

✓ درصد مصوبات اجرا شده و اجرا نشده ۵ کمیته اصلی
بیمارستان

✓ تعداد کمیته های تشکیل نشده در مهلت مقرر به تفکیک علت

آزمایشگاه

✓ زمانسنجی ارائه خدمات به تفکیک نوع خدمات : آزمایشات روتین بستری- آزمایشات روتین سرپایی، آزمایشات هورمون
✓ آمار کمی روش ها ، خدمات و تجهیزات نوین پزشکی در
آزمایشگاه

✓ درصد عدم انطباق های پاتولوژی

✓ برقراری نظام کنترل کیفی

تصویر برداری

- ✓ زمانسنجی ارائه خدمات به تفکیک نوع خدمات : عکس ساده و رنگی ، سی تی اسکن ، ام آر آی ، اورژانسی و غیر اورژانسی و...
- ✓ آمار کمی روش ها ، خدمات و تجهیزات نوین پزشکی در رادیولوژی و سونوگرافی
- ✓ نسبت فیلمهای باطله به کل فیلم های مصرفی
- ✓ میزان هزینه های نگهداری تجهیزات

داروخانه و انبار دارو

✓ بررسی نسخ دارویی پزشکان از نظر میانگین اقلام دارویی (اقلامی - ریالی) بستری و سرپایی
✓ زمانسنجی ارائه خدمات

الف: داروخانه سرپایی: فاصله زمانی دریافت نسخه از بیمار تا تحویل دارو به ایشان

ب: داروخانه بستری: فاصله زمانی اعلام نسخ بخش ها تا تحویل دارو به بخش

ج: انبار تجهیزات پزشکی : فاصله زمانی از درخواست بخش ها تا تحویل تجهیزات به آنها

✓ آمار کمی روش ها، خدمات و تجهیزات نوین پزشکی

آموزش

✓ آمار کمی درصد آموزشهای ارائه شده

✓ اثر بخشی آموزش

✓ آمار کمی آموزش در خصوص دستورالعملهای مراقبت های مدیریت

شده و شاخصهای کیفی ارزشیابی بیمارستان

فرابری داده ها

✓ میانگین زمانی رفع اشکالات نرم افزاری و سخت افزاری
واحدها به تفکیک داخلی و خارجی

تاسیسات

- ✓ میانگین زمان تعمیرات به تفکیک نوع آنها (اورژانسی و غیر اورژانسی، دارای وسیله یدک و بدون وسیله و...)
- ✓ تعداد موارد تعمیرات در خارج از بیمارستان به تفکیک علت

تجهيزات پزشکی

✓ میانگین زمان تعمیرات به تفکیک داخلی و ارسالی نسبت به نرم داخلی

✓ میزان فعالیت منطبق با جدول PM

تدارکات

- ✓ میانگین زمان خرید به تفکیک نوع جنس و یا همچنین به تفکیک نوع خرید (نقدی، غیر نقدی، استعلام و...)
- ✓ تعداد تامین کنندگانی که در ارزیابی تامین کنندگان در Black list قرار گرفته اند (به تفکیک علت)

انبار ملزومات

- ✓ فاصله زمانی درخواست وسیله از انبار تا تحویل آن به بخش ها و واحدها به تفکیک نوع جنس (موجودی و نیاز به خرید و...)
- ✓ نقطه اقتصادی سفارش (درصد عدم انطباق در نقطه سفارش کالاها به تفکیک)
- ✓ تعیین نقطه سفارش، ذخیره احتیاطی و....

تغذیه

- ✓ آمار کمی خدمات آشپزخانه (تعداد غذای پخته شده در ماه ، هزینه ، ارقام مصرفی ماهیانه و نسبت تفکیک در توزیع)
- ✓ درصد بیماران دریافت کننده خدمات مشاوره ای (بستری / سرپایی)

کتابخانه

- ✓ تعداد امانات کتب به تفکیک گروه‌های مختلف
- ✓ تعداد درخواست‌های رد شده به دلیل فقدان کتاب به تفکیک نوع کتب
- ✓ نسبت کتب تهیه شده بروز
- ✓ میزان ژورنال‌های معتبر در دسترس

لنژ

✓ فاصله زمانی از زمان دریافت لنژ کشیف از بخش ها تا تحویل لنژ تمیز به آنها

✓ میزان ایجاد وقفه در سیر درمان به دلیل عملکرد نامناسب واحد لنژی

✓ نسبت مصرف مواد، آب و.....

طرح تکریم

- ✓ درصد رضایتمندی بیماران (سرپایی ، بستری، اورژانس)
- ✓ بررسی انتقادات و پیشنهادات و تقدیرهای مشتریان
- ✓ درصد میزان شکایات واصله
- ✓ مدت زمان پاسخ دهی به شکایات
- ✓ بررسی تغییرات در الگو و تعداد شکایات در هر دوره زمانی

دفتر بهبود کیفیت

- ✓ درصد رضایتمندی پرسنل و واحدهای مختلف از یکدیگر
- ✓ بررسی عدم انطباق های ممیزی
- ✓ بررسی درصد شاخص های ارتقاء یافته
- ✓ نمودارهای کلی شاخصهای کنترل فرآیند

A Final Thought

The conventional definition of management is getting work done through people, but real management is developing people through work.

موفق بائید

