



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت



# کمیته های بیمارستانی



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

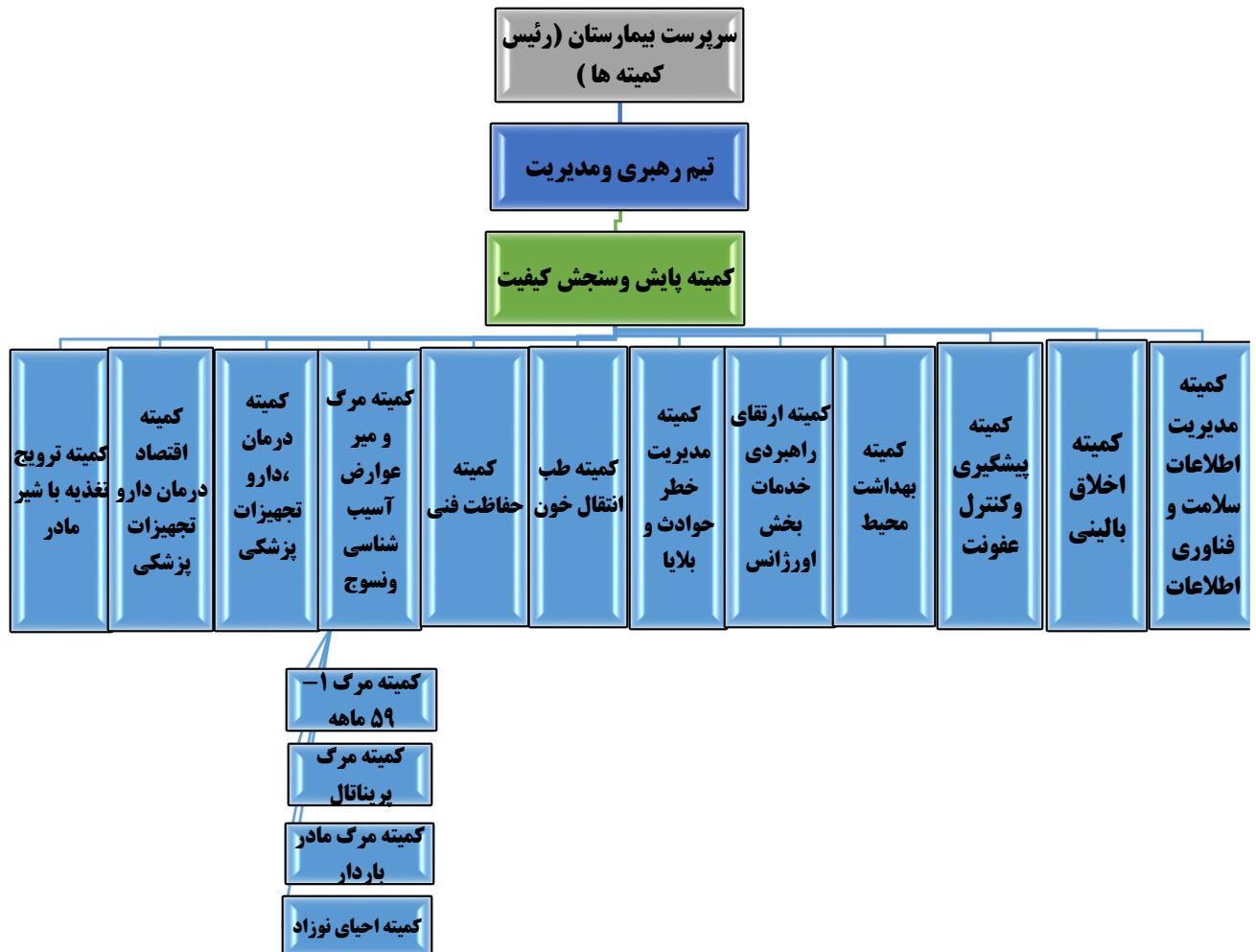
تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

چارت سازمانی کمیته‌ها





بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

عنوان کمیته	رئیس کمیته	دبیر کمیته	توالی برگزاری کمیته
تیم رهبری و مدیریت	رئیس بیمارستان	مدیریت بیمارستان	ماهانه

## ❖ رسالت کمیته

اساس تشکیل کمیته‌ها و جلسات، هم‌فکری و مشورت برای تعیین و شناسایی مشکلات یک مجموعه، ارائه بهترین راه کار برای رفع مشکلات با توجه به نقاط ضعف و قوت آن مجموعه یا سازمان و همچنین پیگیری مستمر برای حصول نتیجه مورد نظر می‌باشد. بدیهی است که انجام اثر بخش این امر مهم نیازمند اهتمام و همکاری کلیه اعضای کمیته‌ها می‌باشد. یکی از سیاست‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای ارتقا کیفی و کمی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی راه اندازی کمیته‌های بیمارستانی می‌باشد. یکی از اهداف مهم تشکیل کمیته‌ها ایجاد یک اتاق فکر منسجم و متخصص برای برنامه‌ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت‌های بیمارستانی در جهت حصول اهداف کلی و اختصاصی بیمارستان با استفاده از همفکری و خرد جمعی است.

## ❖ اهداف کمیته

- ایجاد فرهنگ تعامل افکار با تصمیم‌گیری بر اساس خرد جمعی
- سهولت در ایجاد ارتباط بین مسئولین بخش‌ها/واحدها و مدیریت بیمارستان
- پاسخ مثبت به انتظارات سازمان‌های بالا دستی (دانشگاه و وزارتخانه)



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

- شناسایی مؤثرتر مشکلات بیمارستان و همکاری و همفکری جهت رفع آنها
- پیگیری روند ارتقا کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی
- ایجاد ارتباط و ریشه یابی دلیل مشکلات موجود
- جهت دهی اثربخش به نیروی انسانی و توان مالی بیمارستان در نیل به اهداف کلی و اختصاصی

### ❖ نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته

در تمامی جلسات کمیته‌ها رئیس/سرپرست بیمارستان، ریاست جلسات کمیته‌ها را بر عهده دارد و در صورت عدم حضور رئیس بیمارستان، جلسه با جانشین منتخب ایشان قابل برگزاری می‌باشد. همچنین ریاست بیمارستان با در نظر گرفتن تمایل، دانش و توانایی افراد مرتبط با حیطه کاری کمیته‌ها دبیر کمیته را تعیین می‌نماید.

### ❖ نحوه تعامل با سایر کمیته‌ها و تیم مدیریت اجرایی

جهت تعامل کاراتر و مؤثرتر بین کمیته‌های مختلف و تیم مدیریت اجرایی تمهیدات ذیل اندیشیده شده است:

- دبیر کمیته پایش و کیفیت که عموماً نقش مهمی در تعیین شرایط برگزاری کمیته‌ها ایفا می‌کند علاوه بر دبیری کمیته مذکور، مسئول هماهنگی و برگزاری دیگر کمیته‌ها می‌باشد. این امر در تعامل هرچه بهتر کمیته‌ها مثمرتر خواهد بود.
- جلسات تیم مدیریت اجرایی نیز به عنوان یک کمیته در نظر گرفته شده و دبیر آن، مسئول دفتر بهبود کیفیت، دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت نیز می‌باشد. انتظار می‌رود همپوشانی این مسئولیت‌ها تعامل و ارتباط بین کمیته‌های بیمارستانی را افزایش دهد.
- توالی ماهانه جلسات تیم مدیریت اجرایی (کمیته تیم مدیریت اجرایی) سبب همزمانی ادواری این کمیته مهم با سایر کمیته‌های بیمارستانی و در نتیجه تعامل بیشتر خواهد شد.



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

- برگزاری کارگاه توجیهی برای تمامی دبیران کمیته‌ها در جهت توجیه شرح وظایف آن‌ها بر اساس آخرین تغییرات استانداردهای اعتباربخشی
- ارائه نتایج اجرایی شدن یا عدم اجرایی شدن مصوبات به تیم رهبری و مدیریت

### ❖ نحوه مستندسازی سوابق جلسات

مسئول دفتر بهبود کیفیت بر اساس الزامات اعتبار بخشی یک فرم صورتجلسه استاندارد را طراحی کرده و در اختیار تمامی دبیران کمیته‌ها قرار می‌دهد. پس از اتمام هر جلسه، دبیر کمیته موظف است مصوبات و نکات مورد نیاز را در دفتر مربوط به کمیته خود، به صورت دستی و خوانا ثبت کند و امضاء اعضای را در فرم حضور غیاب تهیه کرده و در نهایت صورتجلسه را به امضاء ریاست بیمارستان برساند. دبیر کمیته مستندات نوشته شده را حداکثر تا ۴ روز بعد از تشکیل جلسه به دفتر بهبود کیفیت تحویل خواهد داد و به صورت فایل الکترونیکی بایگانی خواهد شد و نسخه اصلی در اختیار دبیر کمیته خواهد بود. وجود امضاء ریاست بیمارستان در صورتجلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آن‌ها می‌باشد.

### ❖ نحوه پیگیری مصوبات

مسئول پیگیری تمامی مصوبات کمیته‌ها دبیر همان کمیته (به استثنای کمیته تیم مدیریت اجرایی) خواهد بود و مسئول اقدام و اجرایی کردن آن‌ها با توجه به حیطه وظایف و اختیارات افراد، مشخص خواهد شد. دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیری‌های لازم و مستمر را تا زمان تشکیل کمیته بعدی انجام دهد و در جلسه یا جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات در کمیته مربوطه ارائه کند و اعضای کمیته در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد.

### ❖ نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

ارزیابی عملکرد کمیته‌ها با تدوین فرم ارزیابی و تعیین شاخص عملکردی (درصد مصوبات اجرا شده نسبت به کل مصوبات) به صورت ماهانه توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی خواهد شد. نتایج ارزیابی در این فرم



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

مناسب ثبت شده و پس از تحلیل توسط دفتر بهبود کیفیت نتایج آن بصورت فصلی به تیم مدیریت اجرایی ارائه خواهد شد و این تیم اقدام اصلاحی (در صورت لزوم) را جهت ارتقاء عملکرد کمیته‌ها انجام خواهد داد و کمیته‌های برتر اعلام می‌گردد.

شاخصهای عملکردی مرتبط با ایمنی بیماران برای هر یک از کمیته‌ها تعیین شود و گزارش اجرای مصوبات هر یک از کمیته‌ها که موثر بر کیفیت خدمات و ایمنی بیماران بوده اند بصورت مجزا از عملکرد هر کمیته و تحلیل تاثیر مصوبات مرتبط اجرایی شده کمیته‌ها بر شاخصهای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران تدوین و به صورت فصلی به تیم رهبری و مدیریت ارائه شود.

ارزیابی روند عملکرد کمیته‌ها در پرداختن به ارتقا کیفیت خدمات و ایمنی بیماران و نتایج حاصل از آن در دفتر بهبود کیفیت برنامه ریزی و انجام شود. همچنین توصیه میشود پیوست ایمنی هر یک از مصوبات مرتبط با بیماران و خدمات تشخیصی و درمانی پیش بینی شده و مد نظر قرار گیرد.

### ❖ شرح وظایف رئیس کمیته

- انتخاب دبیر کمیته و تفویض اختیار در صورت لزوم
- صیانت از دستور کار جلسه
- مدیریت زمان جلسه، جهت دهی به موضوعات مطرح شده و ممانعت از پراکندگی و هرج و مرج در جلسه
- تصمیم گیری سریع و به موقع در مواقع اضطراری
- جمع بندی مباحث و موضوعات مطرح شده جهت تصویب راهکارهای مناسب
- تعامل عادلانه با دیگر اعضاء
- پرهیز از خود محوری و عمل به تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
- پشتیبانی و همکاری مناسب جهت اجرایی شدن مصوبات

### شرح وظایف دفتر بهبود کیفیت



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

- تنظیم جدول زمانبندی برگزاری جلسات کمیته‌های بیمارستانی منطبق بر فعالیت‌های جاری بیمارستان
- هدایت فعالیت دبیران کمیته‌ها، منطبق بر برنامه تدوینی، اهداف بیمارستانی و شرح وظایف هر کمیته
- مشاوره با مدیر بیمارستان در خصوص معرفی اعضا کمیته‌ها منطبق بر ضوابط ابلاغی و توانمندی افراد
- حضور در جلسات کمیته‌های بیمارستانی
- جمع بندی نهایی عملکرد کمیته‌های بیمارستانی

### ❖ شرح وظایف دبیر کمیته

- تدوین دستور کار جلسه منطبق بر مصوبات جلسات قبل و شرح وظایف ابلاغی کمیته
- هماهنگی و اطلاع زمان تشکیل جلسات به اعضای ثابت کمیته و دفتر بهبود کیفیت در جهت تعیین برنامه زمانی جلسات
- جمع بندی نتایج پیگیری مصوبات و ارائه در هر جلسه
- تدوین و ارائه صورت جلسه کمیته‌ها و امضاء اعضا به دفتر بهبود کیفیت بیمارستان در کمتر از ۴ روز کاری بعد از برگزاری جلسه
- انجام پیگیری‌های مستمر جهت اجرایی شدن مصوبات و ارائه گزارش در جلسه یا جلسات بعدی
- هدایت بحث‌های مطرح شده در جهت نیل به اهداف کمیته مورد نظر
- اطلاع مفاد صورت جلسه به اعضا ثابت کمیته قبل از برگزاری جلسات
- همکاری و مساعدت با رئیس جلسه و دبیران دیگر کمیته‌ها
- دبیر کمیته بایستی لیستی از اعضا، اهداف و شرح وظایف کمیته‌ها را داشته باشد و لیست اعضا کمیته کنترل عفونت باید در اختیار تمامی بخش‌ها و واحدها باشد.

### ❖ شرح وظایف اعضای کمیته

- مشارکت فعال در جلسات کمیته‌ها



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

- عدم خروج از دستور کار و پرهیز مطالب جانبی و حاشیه ای
- مساعدت و همکاری با دبیر و رئیس جلسه جهت پیشبرد اهداف تعیین شده

## آیین نامه کمیته تیم رهبری و مدیریت

### اعضاء ثابت:

**کمیته تیم رهبری و مدیریت متشکل از ۹ عضو و شامل افراد ذیل است:**

\*رئیس بیمارستان (مسئول ایمنی و رئیس تیم رهبری و مدیریت)

\*مدیر (دبیر تیم رهبری و مدیریت)

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت

\*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\* سوپر وایزر آموزشی

\*مسئول امور مالی

\* مسئول فناوری اطلاعات (IT)

\* مسئول منابع انسانی

### اعضاء موقت:

\* تعدادی از مسئولین بخش های درمانی و غیر درمانی به تناسب بحث تیم رهبری و مدیریت





بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

### شرح وظایف تیم رهبری و مدیریت:

- بند ۱: اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت خدمات و بیمار محوری در تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، کمیته های بیمارستانی و مدیریت بخش ها / واحدها
- بند ۲: تعیین / بازنگری ذی نفعان و سیاست های اصلی و استفاده از نظرات و پیشنهادات گروه های ذینفع
- بند ۳: تدوین / بازنگری سند استراتژیک بیمارستان در راستای سیاست های اصلی و مأموریت بیمارستان و ابلاغ آن
- بند ۴: شناسایی مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان
- بند ۵: کسب اطمینان از بازنگری سالانه مستندات داخلی مورد نظر استاندارد اعتباربخشی
- بند ۶: نیازسنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای کلیه ی مسئولان و مدیران در سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- بند ۷: شناسایی نیازهای جامعه، مراجعه کنندگان و سایر ذینفعان و برنامه ریزی جهت برطرف کردن نیازهای شناخته شده
- بند ۸: نظارت بر عملکرد بخش ها / واحدها جهت تحقق نتایج متوازن حاصل از تصمیمات و اقدامات
- بند ۹: تصمیم سازی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی
- ارائه گزارش های شاخص های برنامه ها و عملکردی بالینی و غیربالینی (فصلی) و اتخاذ راهکار مناسب
  - گزارش تحلیلی رضایت سنجی از بیماران / خانواده بیماران (فصلی) و اتخاذ راهکار مناسب
- الف) دریافت گزارش های فصلی از ارزیابی ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله ای در زمینه مغایرت ها و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی موثر
- ب) برنامه ریزی و اجرای آموزش های مرتبط با ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت
- گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان هر شش ماه یکبار) و اتخاذ راهکار مناسب
  - گزارش اجرای برنامه های عملیاتی / بهبود بیمارستان و تحقق اهداف تعیین شده (فصلی) و اتخاذ راهکار مناسب
  - گزارش ارزیابی فعالیت کمیته های بیمارستانی (فصلی) و اتخاذ راهکار مناسب



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: **آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت**

- گزارش ارزیابی شاخص های عملکردی مربوط به سکتة های قلبی و مغزی و ترویج زایمان طبیعی (هر شش ماه یکبار) و اتخاذ راهکار مناسب
- گزارش شکایت های وارده اعم از کتبی و شفاهی و اتخاذ راهکار مناسب
- گزارش های توصیفی و تحلیلی از اجرای برنامه های بالادستی ابلاغ شده
- بند ۱۰: شناسایی و مکتوب نمودن چالش های در دوره های زمانی معین به تشخیص مدیران / مسئولان بیمارستان در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود
- بند ۱۱: شناسایی مستندات برون سازمانی مؤثر بر عملکرد بیمارستان از طریق انتخاب نام / عنوان کدگذاری آن ها
- بند ۱۲: تهیه فهرست اصلی برای مستندات درون سازمانی و تعیین فرد مسئول برای کنترل مستندات
- بند ۱۳: ارائه گزارش موضوعات مرتبط با ایمنی (شاخص ها، باز دیده ها، بودجه ها و...) که در سایر کمیته ها به نتیجه نرسیده اند.
- استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی
- بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و اتخاذ اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود در صورت لزوم
- اولویت بخشی، پشتیبانی و تأمین منابع برنامه های ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیمار
- دریافت گزارش های تحلیلی از روند ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران از مسئول ایمنی بیمار
- آگاهی و تسلط تیم رهبری و مدیریت به شاخص های کلیدی
- خط مشی ها، روش های اجرایی و..
- بند ۱۴: برنامه ریزی و اجرای آموزش های مرتبط با فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان
- بند ۱۵: برنامه ریزی جهت نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
- تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن
- دریافت نتایج پایش برنامه های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با رعایت حقوق بیمار و اتخاذ راهکار مناسب
- دریافت نتایج پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان و اتخاذ راهکار مناسب



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

- ارائه و اجرای پیشنهادات پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری
- نظارت بر جبران هر گونه خسارت جسمی، روحی روانی و مالی ناشی از ارائه خدمات در صورت لزوم
- برنامه ریزی و اجرای آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران
- نظارت تیم مدیریت بر ارزیابی اثربخش بودن و کفایت اطلاعات ارائه شده به بیماران و اتخاذ اقدامات/ برنامه ی بهبود مصوب
- بند ۱۶: تعیین دامنه بهینگی و شاخص های استفاده بهینه از ظرفیت تخت های بستری عادی، بستری ویژه و اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی
- تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/ مطلوب برای شاخص های تعریف شده
- تفسیر و تحلیل نتایج و روندها و اتخاذ راهکار مناسب
- سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی
- بند ۱۷: آگاهی تیم رهبری و مدیریت از عدم انطباق های فضاهای درمانی و اولویت بندی جهت اصلاح
- بررسی وضعیت موجود فضاهای درمانی با در نظر گرفتن ضوابط وزارت بهداشت و سازمان های بالادست با حضور مسئول ایمنی بیمارستان
- مدیریت نگهداشت فضاهای درمانی مطابق برنامه زمانبندی شده و نظارت بر حسن اجرای آن
- بند ۱۸: ارائه گزارش های تقسیری و تحلیلی از رخدادهای مالی و انطباق آن ها با برنامه های مصوب
- بررسی انحراف از بودجه و اتخاذ اقدامات موردنیاز جهت دلایل آن ها
- انطباق عملکرد بودجه با مقدار منابع مالی و بودجه مصوب
- تأمین هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاه های تخصصی
- تأمین منابع بازسازی و بهسازی بیمارستان
- تهیه گزارش های تحلیلی مالی در تأمین کمک های مالی و سرمایه ای از سوی خیرین
- بند ۱۹: کسب اطمینان از انجام درخواست به موقع مسئولان بخش ها/ واحدها از طریق نظارت های میدانی
- اولویت بندی درخواست های عادی و فوری بخش ها/ واحدها با استفاده از روشی معین و شفاف
- کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات از طریق نظارت های میدانی
- بند ۲۰: تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد عینی و صرفه و صلاح بیمارستان



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: **آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت**

بند ۲۱: ارائه گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و تصمیم گیری در خصوص تداوم رابطه کاری با آن ها

بند ۲۲: ارائه ی گزارش ارزیابی اثربخشی برنامه های ارتقاء سلامت کارکنان هر شش ماه و در صورت لزوم طراحی اقدامات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود

بند ۲۳: پایش مستمر برنامه ملی تغذیه با شیر مادر و تحلیل نتایج آن

بند ۲۴: تأمین بودجه و تصویب و ابلاغ برنامه آموزشی سالیانه کارکنان

بند ۲۵: تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس

بند ۲۶: تدوین دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقاء و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

بند ۲۷: ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان

بند ۲۸: رسیدگی اولیه به تخلفات کارکنان غیر بالینی توسط تیم رهبری و مدیریت و أخذ تصمیم در زمینه برخورد های انضباطی با متخلفین احتمالی

بند ۲۹: شیوه های اجرایی و نحوه چیدمان کارکنان پرستاری، مانع مراقبت های مستقیم پرستاری نمی شوند.

بند ۳۰: ارائه ی گزارش اقدامات، فرآیندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آن ها

○ بررسی و اقدامات اصلاحی لازم جهت گزارش های بیست و چهار ساعته سوپروایزرها توسط ریاست محترم بیمارستان و طرح در تیم رهبری و مدیریت در صورت نیاز

○ به صورت مستمر، بدون وقفه، ایمن و متناسب با سطح مراقبتی برای هر بیمار

○ برنامه ریزی و ارائه مراقبت های پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر برای بیماران تیت نظر در اورژانس

بند ۳۱: ارزش گذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان

بند ۳۲: تحلیل و اولویت بندی عوامل و طراحی اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود برای ارتقاء کیفیت خدمات بخش تصویربرداری

○ وجود سوابق حمایت تیم رهبری و مدیریت در بهبود خدمات تصویر برداری

**هدف:**



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

از اهداف تشکیل تیم مدیریت اجرایی می توان به انسجام و هماهنگی مدیران ارشد در تصمیم گیری، اخذ تصمیمات مبتنی بر واقعیت بر اساس اطلاعات تحلیل شده، ترویج فرهنگ کار گروهی و تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی، تسهیل و تسریع در اجرای تصمیمات، بهبود هزینه اثر بخشی با توجه به جریان اطلاعات در تیم رهبری و مدیریت و دوری از تصمیمات فردی

### ضوابط برگزاری جلسات

- رعایت نظم و احترام به حقوق دیگران
- توجه به محدودیت زمانی و پرهیز از پرداختن به مسائل غیر مرتبط
- حضور مستمر و به موقع اعضاء در جهت رسیدن به نتایج و راهکارهای پربارتر
- تشکیل جلسات کمیته ها بر اساس توالی زمانی ابلاغ شده
- اطلاع و عمل به مفاد آیین نامه داخلی
- پیاده سازی الزامات اعتبار بخشی در مورد کمیته های بیمارستانی
- مدیر بیمارستان جانشین تام الاختیار در نبود رئیس کمیته می باشد .
- مدت زمان جلسه حداکثر ۱ ساعت خواهد بود که با صلاح دید رئیس جلسه قابل تمدید است.
- فاصله زمانی برگزاری کمیته ها ماهی یکبار میباشد.
- تصویب مصوبات مستلزم رأی موافق رئیس جلسه و نیمی از اعضای ثابت جلسه می باشد (افراد مدعو حق رأی ندارند).
- مصوبات قابلیت اجرایی داشته باشند. بایستی در صورت جلسات به طور واضح مشخص شود که چه کسی، چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد/ پی گیر نماید
- منابع مورد نیاز برای اجرای مصوبات توسط مسئولان ارشد بیمارستان تامین میشود.
- رئیس جلسه، مسئول دفتر بهبود کیفیت، و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار باید در تمامی جلسات کمیته ها حضور داشته باشند.
- آیین نامه تدوین شده باید به تأیید تیم رهبری و مدیریت برسد.



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: **آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت**

- دبیر کمیته در صورت دعوت اعضای موقت، آیین نامه تدوین شده را به هنگام دعوتنامه برای اعضای موقت اتوماسیون میکند.
- در صورت غیبت اعضای ثابت به صورت ۳ جلسه متوالی، بررسی های لازم جهت تعیین عضو جدید با تشخیص ریاست جلسه انجام می گیرد.
- مدت زمان جلسه حداکثر ۱ ساعت خواهد بود که با صلاح دید رئیس جلسه قابل تمدید است.
- **نحوه پیگیری مصوبات:** مسئول پیگیری تمامی مصوبات کمیته ها دبیر کمیته خواهد بود و مسئول اقدام و اجرایی کردن آن ها با توجه به حیطه وظایف و اختیارات افراد، مشخص خواهد شد. دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیریهای لازم و مستمر را تا زمان تشکیل کمیته بعدی انجام دهد و در جلسه یا جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات در کمیته مربوطه ارائه کند و اعضای کمیته در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد.

تهیه کننده	تایید کننده	تصویب کننده
دفتر بهبود کیفیت دبیر تیم رهبری و مدیریت	اعضای تیم رهبری و مدیریت	ریاست بیمارستان و رئیس تیم رهبری و مدیریت



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

ارزیابی عملکرد کمیته ها

ریز محورها	حد نمره	محور ارزیابی	
تعداد مصوبات اجرا شده	۲۰+	درصد پیگیری مصوبات کمیته	
تعداد مصوبات در دست اجرا			
تعداد مصوبات اجرا نشده			
درصد = تعداد مصوبات اجرا شده / کل مصوبات			
نمره: (درصد پیگیری مصوبات کمیته / ۵)			
تعیین دستور کار جلسات کمیته ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته، و سنجش های اعتبار بخشی	۲۰	مصوبات کمیته های بیمارستانی شامل راه حل های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.	
ارسال دعوتنامه همراه با دستور کار جلسه ۳ روز قبل از زمان برگزاری کمیته			۵
تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز			۲
اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته های بیمارستانی			۱۰
ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین			۵
مدیریت زمان و به حاشیه نکشیدن بحث			۳
برگزاری جلسه در تاریخ تعیین شده			۵
حضور ۱۰۰٪ اعضا: ۵ نمره	۵	رعایت ترکیب اعضا	
حضور ۷۵٪ اعضا: ۳ نمره			
حضور کمتر از ۷۵٪: ۱ نمره			
ساعت حضور به موقع اعضا			۳
ترکیب اعضای مهمان			۲
فونت B نازنین	۲	ارسال صور تجلسه با فرمت صحیح	
نحوه نوشتن صور تجلسه	۳		
نحوه تعامل با دفتر بهبود کیفیت	۳-	میزان تطابق مستندات ارائه شده در کمیته با دستور کار جلسه	
ارسال صور تجلسه: ۴ نمره	۷-	نحوه تعامل با دفتر بهبود کیفیت	
تعامل با سایر کمیته ها: ۲ نمره			
ارسال به موقع مستندات: ۱ نمره			
100 نمره		۱۰۰	



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.1

عنوان سند: آیین نامه داخلی تیم رهبری و مدیریت

\*این آیین نامه در ۱۶ صفحه تنظیم و طبق فرمت زیر به اطلاع اعضای کمیته رسانده شده است.

## فرم مطالعه اعضای کمیته از آیین نامه ابلاغی

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	تاریخ مطالعه آیین نامه	امضا
۱	دکتر ناصر قدیر نژاد	سرپرست بیمارستان (رئیس کمیته)	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۲	فرهاد صفایی	مدیریت بیمارستان (دبیر کمیته)	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۳	منیژه یوسفیان	مدیریت پرستاری	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۴	سمیه اسماعیل زاده	مسئول واحد بهبود کیفیت	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۵	معصومه نظری	رئیس حسابداری	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۶	آزاده مرادی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۷	حبیب الله دهقان	رئیس امور اداری	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۸	کنانه فرخ منش	سوپر وایزر آموزشی	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	
۹	مرجان علی نژاد	مسئول فناوری اطلاعات	۱۳۹۸/۰۸/۰۹	