



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.2

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت



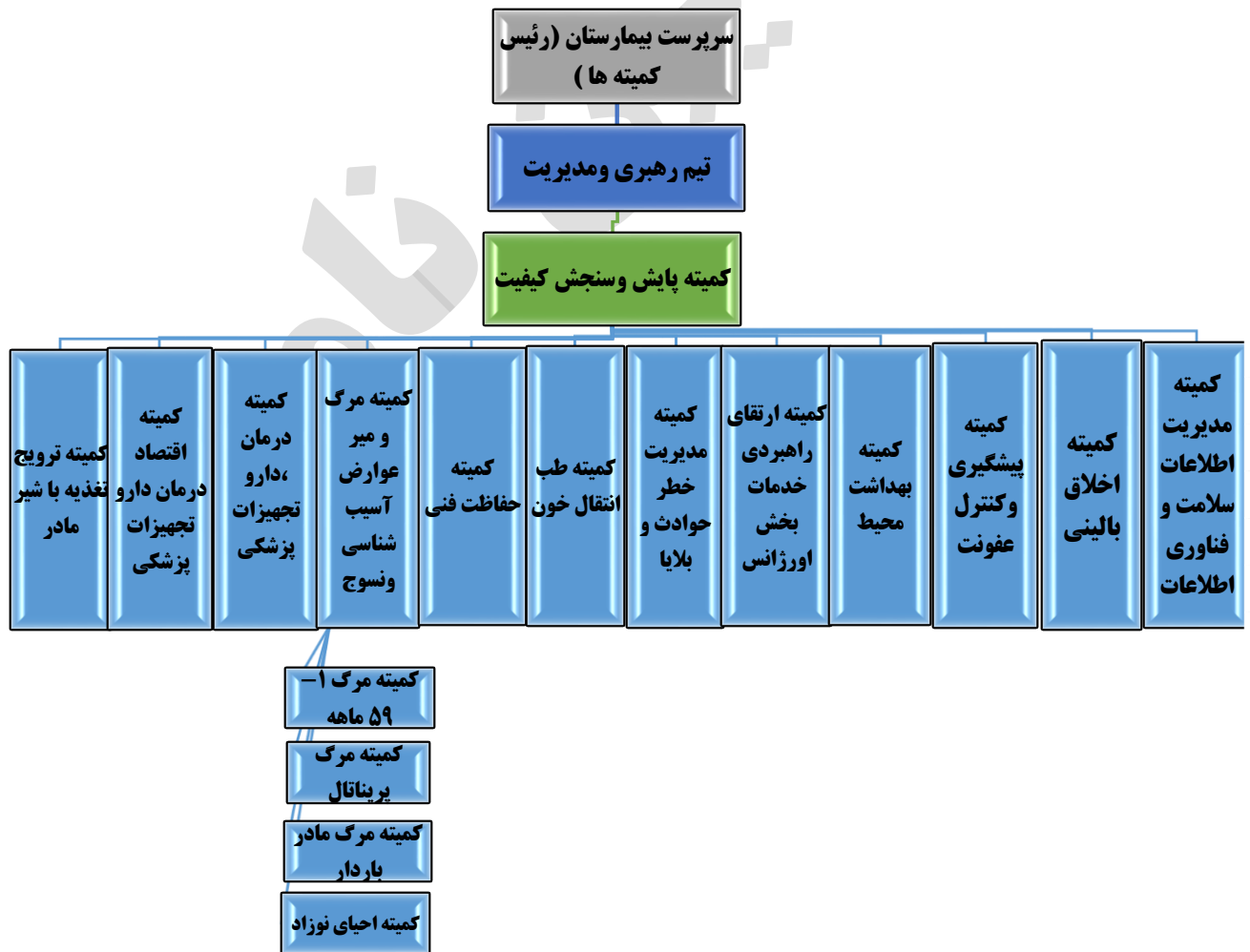
کمیته های بیمارستانی



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

چارت سازمانی کمیته ها





بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

عنوان کمیته	رئیس کمیته	دبیر کمیته	توالی برگزاری کمیته
پایش و سنجش کیفیت	رئیس بیمارستان	مسئول بهبود کیفیت	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



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

- پاسخ مثبت به انتظارات سازمان‌های بالا دستی (دانشگاه و وزارتخانه)
- 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 رهبری و مدیریت

- جهت تعامل کارا تر و مؤثرتر بین کمیته‌های مختلف و تیم رهبری و مدیریت 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 رهبری و مدیریت) 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	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

- 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 مدیریت اجرایی

❖ 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 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 مناسب ثبت شده و پس از تحلیل توسط دفتر بهبود کیفیت نتایج آن بصورت فصلی به تیم رهبری و مدیریت 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.



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

ارزیابی روند عملکرد کمیته ها 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 هریک 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

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



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

❖ 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 کمیته ها و امضاء اعضا به دفتر بهبود کیفیت بیمارستان در کمتر از ۴ روز کاری بعد از برگزاری جلسه
- انجام پیگیری های مستمر جهت اجرایی شدن مصوبات و ارائه گزارش در جلسه یا جلسات بعدی
- هدایت بحث های 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 کمیته ها
- دبیر کمیته بایستی لیستی از اعضا، اهداف و شرح وظایف کمیته ها را داشته باشد و لیست اعضا کمیته کنترل عفونت باید در اختیار تمامی بخش ها و واحدها باشد.

❖ شرح وظایف اعضای کمیته

- مشارکت فعال در جلسات کمیته ها
- 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 پایش و سنجش کیفیت

تعداد اعضای کمیته ۱۱ نفر و سمت ها به شرح ذیل می باشد:

*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

*مدیر



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

*مدیر خدمات پرستاری

*مسئول واحد بهبود کیفیت (دبیر جلسه)

*کارشناس بهبود کیفیت

*سوپر وایزر آموزشی

*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

*سوپروایزر آزمایشگاه

*مسئول امور مالی

*مدیریت منابع انسانی

*کارشناس مسئول خدمات پشتیبانی

اعضاء موقت:

* مسئولین بخش های درمانی و غیر درمانی به تناسب موضوع بحث

شرح وظایف کمیته:

۱- هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان

۲- تدوین فهرست اولویت ها و شاخص های بهبود کیفیت بیمارستان



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

۳-

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

بازنگری و تحلیل داده های حاصل از پایش نتایج اجرای فرایندها و تدبیر اقدامات اصلاحی

۴- پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت بیمارستان

۵- نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی

۶- تدوین مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی در سطح بیمارستان

۷- پیگیری موارد ارجاعی از واحد بهبود کیفیت

هدف:

هدف از برگزاری کمیته پایش و سنجش کیفیت، ارزیابی کمی و کیفی خدمات ارائه شده در جهت ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده به گیرندگان خدمت می باشد تا بدین ترتیب موجبات رضایت کارکنان و مشتریان فراهم گردد.

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.



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

- تصویب مصوبات مستلزم رأی موافق رئیس جلسه و نیمی از اعضای ثابت جلسه میباشد (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.
- 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 کمیته پایش و سنجش کیفیت	تیم رهبری و مدیریت	تیم رهبری و مدیریت



بسمه تعالی
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

ارزیابی عملکرد کمیته ها

ریز محورها	حد نمره	محور ارزیابی	
تعداد مصوبات اجرا شده	۲۰-۰	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	۵-۱۰		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	۳-۰	میزان تطابق مستندات ارائه شده در کمیته با دستور کار جلسه	
ارسال صور تجلسه: ۴ نمره	۷-۰	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	کد سند: IR.LQM.RE.2	عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش کیفیت
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

*این آیین نامه در ۱۲ 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 (رییس کمیته)	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۲	فرهاد صفایی	مدیریت بیمارستان	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۳	منیژه یوسفیان	مدیریت پرستاری	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۴	سمیه اسماعیل زاده	مسئول واحد بهبود کیفیت (دبیر کمیته)	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۵	معصومه نظری	رئیس حسابداری	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۷	حبیب الله دهقانی	رئیس امور اداری	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۸	حسن شعبان زاده	کارشناس مسئول خدمات پشتیبانی	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۹	کتانه فروخ منش	سوپروایزر آموزشی	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۱۰	اعظم آذری فر	سوپروایزر آزمایشگاه	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۱۱	کوثر حاجی زاده عمرانی	کارشناس بهبود کیفیت	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	
۱۲	آزاده مرادی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۳۹۸/۰۸/۲۰	