



بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان
شبکه بهداشت و درمان شهرستان تالش
بیمارستان شهید مهندس نورانی تالش

کد: LMT-RE-00
شماره و تاریخ بازنگری: اول ۱۴۰۲
شماره ویرایش: ۰۰

نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

فهرست

صفحه	عنوان
۱.....	اهداف.....
۱.....	رسالت.....
۱.....	چارت سازمانی.....
۲.....	شرح وظیفه کمیته.....
۲۰.....	نحوه تعیین اعضا و انتخاب دبیر.....
۲۱.....	تعداد اعضا و سمت اعضا.....
۲۱.....	مسئولیت ها و اختیارات.....
۲۳.....	ضوابط برگزاری جلسات.....



بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان
شبکه بهداشت و درمان شهرستان تالش
بیمارستان شهید مهندس نورانی تالش

کد: LMT-RE-00
شماره و تاریخ بازنگری: اول ۱۴۰۲
شماره ویرایش: ۰۰

نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

اهداف از تشکیل تیم:

۱. هدایت برنامه ها و رفتار سازمانی
۲. عدم تداخل اختیارات و حدود مسئولیتها
۳. بهبود وضعیت

رسالت تیم:

رسالت تیم رهبری و مدیریت، هدایت فعالیت های بیمارستان به صورت کارا و اثربخش با جلب رضایت ذینفعان است.

چارت سازمانی کمیته:

رئیس کمیته

دبیر و اعضای کمیته



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

شرح وظایف کمیته:

- ۱) تعیین و مکتوب نمودن سیاستهای اصلی از طریق شناسایی ضعفها و توانمندی های سازمان، وضعیت سلامت جامعه، عوامل برون سازمانی و انتظارات ذینفعان کلیدی و همسو سیاستهای بالادستی وزارت بهداشت
 - ۲) تدوین و بازنگری سند استراتژیک منطبق با سیاستهای اصلی و ابلاغ آن
 - ۳) تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی با در نظر گرفتن واحدها/بخشها/نقشهای تعریف شده در بیمارستان و نحوه ارتباط آنها از نظر مسئولیتهای تعیین شده و حدود اختیارات به منظور توزیع ساختارمند اختیارات
 - ۴) تدوین سالانه برنامه های عملیاتی و ابلاغ آن
 - ۵) استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی در تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت
۱. ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب برای دریافت گزارشهای تحلیلی مورد نیاز
 ۲. نظارت بر عملکرد بخشها/واحدها بر اساس گزارشهای بدست آمده از منابع مختلف برای تحقق نتایج متوازن حاصل از تصمیمات و اقدامات
 ۳. تصمیم سازی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تمام سطوح مدیریتی بیمارستان
- ۶) شناسایی و مکتوب نمودن فرایندهای اصلی و مشخص کردن اجزا فرایندها
۱. ترسیم توالی و تدوین تعامل بین فرایندهای اصلی (نمودار فرایند)
 ۲. اجرایی نمودن فرایندهای مکتوب شده
 ۳. تعریف شاخصهای متناسب و معیارها/حد مورد انتظار برای اندازه گیری فرایندها
 ۴. اندازه گیری شاخصهای تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج
 ۵. تعیین و اجرای اقدامات مناسب/اصلاحات فرایندی
 ۶. بازنگری و به روز رسانی فرایندهای اصلی
- ۷) نتایج عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان به طور مستمر پایش و مدیریت میشوند.
۱. محاسبه و تفسیر/تحلیل شاخصهای مورد نیاز/ابلاغی بالینی و غیر بالینی در فواصل تعیین شده و ارائه پیشنهادهای کاربردی بر اساس آنها
 ۲. ایجاد سیستم گزارشدهی مناسب برای دریافت گزارشهای توصیفی بالینی و غیر بالینی مورد نیاز در زمانهای مشخص
 ۳. پایش عملکرد واحدهای بالینی و غیر بالینی بر اساس گزارشهای بدست آمده و تفسیر/تحلیل شاخصهای مربوط



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۴. مقایسه نتایج پایش عملکرد با نتایج مورد انتظار/ از پیش تعیین شده/ ابلاغ شده
۵. تعیین و اجرای اقدامات/ برنامه ها/ سیاستهای بهبود یا توسعه‌های با توجه به روند نتایج ارزیابی عملکرد در حوزه های بالینی و غیر بالینی
۸. پایش و مدیریت برنامه های عملیاتی:
 ۱. تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سالیانه و با مشارکت واحدهای مرتبط
 ۲. لحاظ موازین ایمنی بیمار و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در برنامه عملیاتی و بودجه بندی بیمارستان با هویتی مشخص و مستقل (یا در قالب پیوست برنامه)
 ۳. تعیین فعالیتهای لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی
 ۴. مشخص نمودن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) مورد نیاز برای هر فعالیت
 ۵. مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آنها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی
 ۶. تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه گیری آنها در بازه های زمانی مشخص
 ۷. اطلاع کارکنان از برنامه های عملیاتی مرتبط با واحد خود
 ۸. تهیه گزارشهای پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه های زمانی مشخص و ارائه به تیم رهبری و مدیریت
 ۹. به روز رسانی برنامه های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه گیری شاخصهای مربوط
۹. شناسایی چالشها و فرصتهای بهبود و طراحی اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود و اقدام بر اساس آن:
 ۱. شناسایی و مکتوب نمودن چالشهای در دوره های زمانی معین به تشخیص مدیران/مسئولان بیمارستان
 ۲. تعیین فرصتهای بهبود با توجه به امکانات و توانمندیهای بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالشهای شناسایی شده
 ۳. جمع آوری ایده های مناسب برای فرصتهای بهبود پیش بینی شده و انتخاب ایده های کاربردی برای اجرا
 ۴. اجرای ایدهها و ارزیابی موثر بودن آنها و در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود
۱۰. کنترل سوابق و مستندات مدیریت، و اطمینان از قابلیت بازبانی آنها
 ۱. شناسایی مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان از طریق انتخاب نام/عنوان و کدگذاری آنها
 ۲. مکتوب نمودن نحوه کدگذاری، تصویب، بازنگری، توزیع و تغییر مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۳. تهیه فهرست اصلی برای مستندات درون سازمانی
۴. مشخص نمودن فرد مسئول برای کنترل مستندات درون سازمانی
۵. کسب اطمینان از تحت کنترل بودن و استفاده صحیح کارکنان از نسخ معتبر و به روز مستندات درون سازمانی و برون سازمانی
۶. تعیین سوابق مورد نیاز در واحدها برای نگهداری و مشخص نمودن مدت زمان و نحوه نگهداری هر یک از سوابق (۱۱) اخذ نظرات و پیشنهادات ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، با روشی مدون شده و استفاده در برنامه ریزی ها
۱. مشخص نمودن نحوه و بازه های زمانی برای دریافت نظرات و پیشنهادات هر یک از گروه های ذینفع
۲. ارائه باز خورد، به واحدهای مختلف بیمارستان از نتایج نظرسنجی بدست آمده
۳. استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن (۱۲) اطمینان از فعالیت کمیته های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به صورت اثربخش
۱. تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر یک از کمیته های بیمارستانی
۲. برگزاری جلسات کمیته ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعملهای ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی بیمارستان برای هر کمیته
۳. تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته ها، متناسب با وظایف و تخصصهای مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت
۴. تعیین دستور کار جلسات کمیته ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان
۵. برگزاری جلسات کمیته ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته
- (۱۳) انجام اقدامات اصلاحی در کمیته های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هر یک از کمیته ها
- (۱۴) اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات جلسات تیم رهبری و مدیریت
- (۱۵) برنامه ریزی و انجام بازدیدهای مدون ایمنی مطابق ضوابط مربوط با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی
۱. اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت مدون طبق دستورالعمل ابلاغی
۲. مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات / برنامه های مدیریت
۳. وجود صورتجلسه برای هر یک از بازدیدهای ایمنی بیمار مشتمل بر دغدغه های مطرح شده و راهکارهای پیشنهادی با امضای حاضرین در بازدید



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۴. طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود موثر بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار
۵. ارائه پسخوراند مستند نتایج بازدیدها و نتایج اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد / افراد پیشنهاد دهنده
۱۶. تدوین خط مشی و روش "مدیریت پیشگیرانه خطر" برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت " با حداقل های مورد انتظار
۱۷. استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان
 ۱. آگاهی از اصول فرهنگ ایمنی بیمار
 ۲. تعهد تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف
 ۳. آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار
 ۴. ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با روش معتبر در زمان بندیهای معین
 ۵. بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود در صورت لزوم
 ۶. ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار
 ۷. نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی
۱۸. اولویت بخشی به ارتقا کیفیت خدمات در سطوح عملکردی بیمارستان
۱۹. ترویج فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان
 ۱. در نظر گرفتن محوریت بیمار در برنامه ریزیها و اقدامات مرتبط در حال انجام در بیمارستان
 ۲. برنامه ریزی و اجرای آموزشهای مرتبط با فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت
 ۳. طرح ریزی و اجرای برنامه های تشویقی در راستای نهادینه کردن فرهنگ بیمار محوری
 ۴. دریافت گزارشهای فصلی از ارزیابی ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله ای در زمینه مغایرتها و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی موثر
 ۵. استقرار فرهنگ بیمار محوری در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان
۲۰. ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای
 ۱. برنامه ریزی و اجرای آموزشهای مرتبط با ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت
 ۲. طرح ریزی و اجرای برنامه های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای توسط پرسنل مرتبط
 ۳. مشارکت فعال و برنامه ریزی توسط کمیته اخلاق بالینی برای ارتقای اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای
 ۴. دریافت گزارشهای فصلی از اقدامات انجام شده، تحلیل و ابلاغ اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و پیگیری اجرای آنها



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۵. نهادینه شدن اخلاق بالینی و رفتار حرفه ای در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی کارکنان بیمارستان
- (۲۱) نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
۱. تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن
۲. نظارت شیوه مند، مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
۳. تدوین و اندازه گیری شاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت و نظارت کمیته اخلاق بالینی
۴. تحلیل نتایج اندازه گیری شاخصها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای در کمیته اخلاق بالینی
۵. انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
۶. بازدیدهای سرزده در تمام ساعات شبانه روز برای ارزیابی عملکرد کارکنان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- (۲۲) شناسایی هرگونه تعارض منافع با منشور حقوق بیمار در سطح بیمارستان و مدیریت با رویکرد بیمار محوری
۱. شناسایی مواردی از مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان با منشور حقوق بیمار
۲. اطلاع رسانی این مصادیق به تمامی پرسنل بیمارستان
۳. ارائه و اجرای پیشنهادات پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری با هدایت تیم رهبری و مدیریت
۴. طراحی و اجرای سیستم مدیریتی برای ثبت موارد گزارش شده در خصوص تعارض منافع
۵. انجام اقدامات اصلاحی در صورت وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمارمحوری
- (۲۳) رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان
۱. تهیه روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
۲. اطمینان از پایبندی کارکنان بر اصول حرفه ای در مشاغل بالینی
۳. پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
۴. ارائه گزارش از عدم انطباقهای بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت
۵. انجام اقدام اصلاحی / پیشگیرانه در موارد عدم انطباق
۶. نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

- ۲۴) فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیتهای بستری عادی، ویژه و سرپایی
۱. تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی
 ۲. تعریف شاخصهای مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت
 ۳. شناسایی منابع گردآوری دادههای لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تختهای بستری عادی
 ۴. تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت
 ۵. اندازه گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تخت بستری عادی
 ۶. تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
 ۷. شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد
 ۸. طرح ریزی اقدامات/ برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/برنامه های بهبود با مدیریت مدیر تخت
 ۹. سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
 ۱۰. فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران بستری عادی با حداکثر ظرفیت تختهای مصوب
- ۲۵) استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری در بخشهای ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار
۱. تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تختهای بستری در بخشهای ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی
 ۲. تعریف شاخصهای مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت
 ۳. شناسایی منابع گردآوری داده های لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تختهای ویژه
 ۴. تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت
 ۵. اندازه گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تختهای بستری ویژه
 ۶. تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
 ۷. شناسایی و پیش بینی شرایط تاثیر گذار بر بهینگی
 ۸. طرح ریزی اقدامات/ برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/ برنامه های بهبود
 ۹. سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
 ۱۰. رعایت اندیکاسیونهای تعیین شده توسط بیمارستان برای پذیرش بیماران از نظر اورژانسی و پرخطر بودن در بخشهای ویژه



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۱۱. فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران با حداکثر ظرفیت تختهای ویژه مصوب
۱۲. تعامل و مشارکت برای جذب بیماران خارج از بیمارستان نیازمند به بستری در بخشهای ویژه از طریق ستاد هدایت دانشگاه
۱۳. وجود روش معینی برای بررسی علت و تعیین تکلیف بیماران با بستری طولانی مدت یا خارج از اندیکاسیونهای پذیرش در بخشهای ویژه
- ۲۶) استفاده بهینه از ظرفیتهای اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار
۱. تعیین دامنه بهینگی و شاخصهای مورد نظر برای بهینگی اتاق عمل توسط تیم رهبری و مدیریت
۲. شناسایی منابع گردآوری دادههای لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تختهای اتاق عمل
۳. تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص/شاخصهای تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت
۴. اندازه گیری بهینگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت (مثلا پایش گردش تخت اتاقهای عمل)
۵. شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد توسط تیم رهبری و مدیریت
۶. طرحریزی اقدامات/ برنامه های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن
۷. اجرای اقدامات/ برنامه های بهبود با مدیریت مدیر تخت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن
۸. سنجش و تحلیل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
۹. بررسی لیست اعمال جراحی روزانه بر اساس تعداد اتاقهای عمل بیمارستان با احراز خالی بودن یک اتاق برای موارد اورژانسی
۱۰. تعیین حداقلهای لازم برای انجام اعمال جراحی اعم از نیروی انسانی، تجهیزات، زمان، مشاورهها و سایر منابع (از جمله رزرو خون، رزرو تخت ویژه، پروتز و ...)
۱۱. تنظیم و اجرای برنامه زمانبندی اتاق عمل بر اساس حداقل های تعیین شده
- ۲۷) مدیریت ارائه خدمات در بازه زمانی مورد انتظار، از طریق پیگیری امور بیماران و بر اساس نوع خدمات بستری
۱. تعیین و اندازه گیری شاخصهای مناسب برای محاسبه زمان مورد انتظار بیماران در ارائه خدمات مختلف
۲. تفسیر و تحلیل نتایج و روند اندازه گیریها و ارائه اقدامات اصلاحی
۳. نظارت بر نحوه ارائه خدمات مورد نیاز شبانه روزی بیماران



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۴. نظارت بر اجرای دستورالعمل ابلاغی آنکالی و بخشنامه ابلاغی مقیمی در خصوص بازه زمانی تعریف شده
۵. پیگیری امور بیماران و رفع موانع و عدم انطباقهای فرآیندی به صورت پیش گیرانه به منظور تسهیل و تسریع خدمات پزشکی بیماران
- ۲۸) شناسایی علل و عوامل بستری مجدد بیماران و برنامه ریزی و اجرا اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود
۱. شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه ریزی قبلی طی یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان
۲. پایش روند شاخص بستریهای مجدد در کل و به تفکیک عناوین مختلف مانند بخش، سرویس تخصصی، تشخیص نهایی بیماری، پروسیجرها
۳. بررسی علل بستری مجدد و انجام تحلیل ریشه‌های علل توسط تیمهای مربوطه
۴. انجام اقدامات اصلاحی موثر بر اساس نتایج بررسیها و پایش نتایج اقدامات توسط تیمهای مربوطه
- ۲۹) شناسایی علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی و برنامه ریزی و اجرا اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود
۱. اطمینان از اجرای صحیح روند ثبت ترخیص با رضایت و میل شخصی و ثبت دقیق علت هر یک از موارد
۲. تهیه فهرستی از علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی و تفسیر و تحلیل نتایج، علل و روند تکرار علتها
۳. طرحریزی و اجرای اقدامات اصلاحی / پی‌شگيرانه برای عواملی که می‌تواند منجر به ترخیص با رضایت با میل شخصی شود
۴. بهبود روند ترخیص با رضایت و میل شخصی بر اساس اقدامات اصلاحی برنامه ریزی شده
- ۳۰) استفاده بهینه از ظرفیت گروههای پزشکی برای توسعه خدمات سرپایی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار
۱. تعیین دامنه بهینگی و شاخصهای مورد نظر بهینگی برای مشارکت گروههای پزشکی در خدمات سرپایی
۲. شناسایی منابع گردآوری دادههای لازم برای محاسبه بهینگی مشارکت گروههای پزشکی در خدمات سرپایی
۳. تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخصهای تعریف شده
۴. اندازهگیری بهینگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها برای مشارکت گروههای پزشکی در خدمات سرپایی
۵. شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی گروههای پزشکی تاثیر بگذارد
۶. طرحریزی و اجرای اقدامات / برنامه‌های بهبود با توجه به نتایج بدست آمده در مراحل بالا
۷. سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی مشارکت گروههای پزشکی در خدمات سرپایی
۸. برنامه ریزی و اجرای اقدامات تشویقی برای بهینه سازی استفاده از ظرفیت گروههای پزشکی
- ۳۱) بررسی گزارشهای تفسیری و تحلیلی ماهانه مدیر مالی از رخدادهای مالی و انطباق آنها با برنامه‌ها، شناسایی انحراف از بودجه و دلایل آنها طراحی و ابلاغ اقدامات لازم برای انطباق عملکرد بودجه منطبق با مقدار منابع مالی و بودجه مصوب



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

- ۳۲) افزایش درآمد بیمارستان در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار
۱. شناسایی کانونهای درآمدی بیمارستان و تعیین/برآورد ظرفیت تولید درآمد در هر یک از کانونها در چارچوب قوانین و مقررات مربوط
 ۲. تعیین عوامل موثر بر افزایش/کاهش تولید و وصول درآمد در هر یک از کانونهای شناسایی شده
 ۳. تعیین مقدار درآمد تحقق یافته/وصول شده در هر یک از کانونهای شناسایی شده
 ۴. تحلیل و شناسایی علل کاهش/تحقق/وصول درآمدها در هر یک از کانونهای شناسایی شده
 ۵. برنامه ریزی و اقدام برای از بین بردن علل کاهش و تقویت علل افزایش تحقق/وصول درآمدها
 ۶. ممانعت از هرگونه تاثیر منفی سیاستهای مالی، درآمدزایی و صرفه جوییها بر ایمنی بیماران
- ۳۳) جذب منابع مالی/ سرمایه ای از محل مشارکتهای مردمی/موسسه های خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط مربوط
۱. تعیین مقدار و سهم کمکهای خیرین در برنامه گوناگون بیمارستان در ۵ سال اخیر و هدفگذاری برای سالهای آینده
 ۲. تصویب برنامه های توسعه ای و سایر برنامه ها بی که تامین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است
 ۳. تدوین و اجرای برنامه های تبلیغی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمکهای بیشتر از خیرین
 ۴. همکاری موسسه های خیریه به منظور شناسایی نیازهای بیماران و اولویتهای توسعه بهسازی و خدمات با واحد مددکاری
 ۵. تامین هزینه درمان مددجویان بی بضاعت بر اساس اسناد هزینه یا صورتحساب صادره از سوی امور مالی یا حسابداری با هماهنگی مددکاری
 ۶. تامین هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاههای تخصصی با تایید تیم رهبری و مدیریت
 ۷. تامین منابع بازسازی و بهسازی بیمارستان با تایید تیم رهبری و مدیریت
 ۸. تهیه گزارشهای تحلیلی مالی از سوی مدیر مالی در تامین کمکهای مالی و سرمایه ای از سوی خیرین
- ۳۴) مدیریت هزینه های خدمات گلوبال
- ۳۵) مدیریت هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری
- ۳۶) تامین کالا/ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار
۱. تدوین برنامه خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات مطابق روشهای تعیین شده و استانداردهای مدیریت انبارها



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۲. کسب اطمینان از انجام درخواست به موقع مسئولان بخشها/واحدها از طریق نظارت‌های میدانی تیم رهبری و مدیریت
 ۳. ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات در کمیته‌های مرتبط
 ۴. اولویت بندی درخواست‌های عادی و فوری بخشها/واحدها با استفاده از روشی معین و شفاف توسط تیم رهبری و مدیریت
 ۵. لحاظ نمودن مفاد استانداردها، الزامات قانونی و بالادستی مانند آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی در خرید
 ۶. شناسایی و ایجاد بانک اطلاعاتی تامین کنندگان معتبر و تامین کنندگان غیر معتبر
 ۷. کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات از طریق نظارت‌های میدانی تیم رهبری و مدیریت
 ۸. تهیه و تصویب فهرست کالاها/ملزومات و تجهیزات مورد نیاز مستمر، همراه با تعیین ویژگی‌های کیفی و نقطه سفارش آنها برای کالاهای مصرف عمومی و تکرار شونده
 ۹. تهیه و توزیع کالاها/ملزومات و تجهیزات بر اساس زمانبندی و یا نیازهای اعلام شده و کسب اطمینان از انطباق آنها با درخواست با مشارکت درخواست کننده
 ۱۰. عدم کاهش کمیته و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه‌ها در تامین کالا/ملزومات و تجهیزات
 ۳۷. عدم اختلال / تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع
 ۳۸. انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی به صورت مدون برنامه ریزی
 ۱. تحلیل ضرورت واگذاری خدمات به پیمانکاران بر اساس شواهد عینی و صرفه و صلاح بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت
 ۲. مشخص نمودن اهداف و انتظارات بیمارستان از واگذاری خدمات به پیمانکاران
 ۳. تدوین، تصویب نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آییننامه مالی و معاملاتی)
 ۴. تعیین معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین امر در هر مورد واگذاری خدمات و نحوه امتیازدهی به این معیارها
 ۵. انتخاب پیمانکاران منطبق بر اهداف، انتظارات، معیارهای کیفی و قوانین و مقررات بالادستی
۳۹. نظارت مستمر بر عملکرد پیمانکاران



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۱. الزام پیمانکار به رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقد
۲. انتخاب و مشخص نمودن اعضای ناظر و نحوه نظارت بر عملکرد پیمانکاران در هر یک از قراردادهای برون سپاری
۳. پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی و پیش بینی مکانیزمهای جریمه و یا فسخ قرارداد در متن قرارداد منعقد
۴. طراحی نظارت ساختارمند و ارزیابی دوره ای عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیستهای تخصصی و بکارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط
۵. تهیه گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم رهبری و مدیریت و تصمیم گیری در خصوص تداوم رابطه کاری با آنها
- ۴۰) انجام به موقع تعهدات و پرداختی حق الزحمه پیمانکاران و تامین کنندگان
- ۴۱) نظرسنجی از پیمانکاران/تامین کنندگان برای نحوه عملکرد بیمارستان در ارتباط با آنها و تحلیل نتایج نظرسنجی انجام شده و استفاده از نتایج در بازنگری در روند کار با پیمانکاران/تامین کنندگان
- ۴۲) اطمینان از مشارکت بیمارستان در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر
۱. فعال سازی کلینیکهای لازم برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر مطابق با برنامه های ملی
۲. برنامه ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با برنامه های ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیر واگیر در فعال سازی کلینیکهای ابلاغ شده
۳. اجرای برنامه های آموزشی برای بیماران/ همراهان/ مراجعین در خصوص بیماریهای فشار خون، دیابت و سرطان
- ۴۳) اطمینان از وجود برنامه برای پیشگیری و ارتقا سلامت بیماران و اقدام بر اساس آن
۴. ارزیابی سیستماتیک و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقا سلامت بیماران توسط تیم ارتقا سلامت
۵. برنامه ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با پیشگیری و ارتقا سلامت بیماران
۶. آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، تر سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی
۷. آموزش و مشاوره به ویژه برای بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکتة مغزی، اختلالات روانپزشکی و جراحی
- ۴۴) اطمینان از وجود برنامه برای پیشگیری و ارتقا سلامت کارکنان و اقدام بر اساس آن
۸. ارزیابی مدون و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقا سلامت کارکنان توسط تیم ارتقا سلامت
۹. تثبیت میبیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیتهای ارتقا سلامت کارکنان



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۱۰. اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان* در حیطه فعالیت بدنی
۱۱. اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه مصرف دخانیات
۱۲. اجرای برنامه های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه تغذیه سالم
۱۳. برنامه ریزی و انجام اقدامات برای ارتقا سلامت کارکنان حداقل در حیطه های تغذیه، فعالیت های بدنی، م صرف دخانیات
۱۴. ارزیابی اثربخشی برنامه های ارتقای سلامت کارکنان هر شش ماه و در صورت لزوم طراحی اقدامات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود
۴۵. اطمینان از اینکه بیمارستان در اجرای برنامه های بهداشت محیط و مدیریت پسماند با روش های نوین پیشگام و فعال است.

۱. شناسایی روش های نوین مدیریت پسماند و به روز رسانی آن
۲. انتخاب روش نوین مدیریت پسماند پس از تحلیل نقاط قوت و ضعف و لحاظ نمودن مسائل ایمنی در هر روش
۳. طرح ریزی و اجرای برنامه های بهداشت محیط جدید و به روز شده
۴. بررسی تحلیلی روش های نوین مدیریت پسماند/ برنامه های بهداشت محیط به روز شده و انجام اصلاحات/اقدامات اصلاحی در صورت نیاز
۴۶. اطمینان از اینکه بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز و ارتقا سلامت در حیطه محیط زیست، برنامه داشته و بر اساس آن عمل مینماید

۱. شناسایی مواردی از بیمارستان سبز که با ایمنی بیمار مغایرت نداشته باشد
۲. برنامه ریزی و اجرا برای موارد شناسایی شده در خصوص بیمارستان سبز
۳. برنامه ریزی و اجرای اقداماتی برای جلوگیری از هدر رفتن منابع طبیعی مورد استفاده و حامل های انرژی
۴۷. اطمینان از مشارکت فعال و موثر بیمارستان در زمینه ارتقای شاخص های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال

۱. مشارکت در زمینه ارتقای شاخص های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران
۲. مشارکت در زمینه ارتقای شاخص های سلامت و کاهش مرگ و میر نوزادان
۳. مشارکت در زمینه ارتقای شاخص های سلامت و کاهش مرگ و میر کودکان
۴. اولویت بخشی به استقرار استانداردها و راهنماهای طبابت بالینی ابلاغی وزارت بهداشت
۵. بررسی تحلیلی میزان مشارکت و برنامه ریزی برای روند رو به رشد آن



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۶. تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت بیمارستان در ارتقای شاخصهای سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال

۴۸) اطمینان از اینکه بیمارستان در پیاده سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.

۱. اجرای محورهای برنامه ترویج زایمان طبیعی مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی

۲. پایش مستمر برنامه ترویج زایمان طبیعی و ارائه گزارش به دانشگاه مربوط

۳. بررسی اندیکاسیونهای انجام سزارین براساس بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در کمیته ترویج زایمان طبیعی و ارائه بازخورد به متخصصین زنان

۴. رعایت دستورالعمل خوشایند سازی زایمان طبیعی براساس دستورالعمل ابلاغی ترویج زایمان طبیعی وزارت بهداشت در بیمارستان

۵. کاهش سزارین نخست زایمان براساس هدف گذاری تعیین شده

۶. محاسبه ماهیانه شاخص سزارین و سزارین بار اول و بررسی نتایج در کمیته ترویج زایمان طبیعی و انجام اصلاحات/اقدامات اصلاحی برای کاهش میزان سزارین

۷. تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در پیاده سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی

۴۹) مشارکت فعال و مؤثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر

۱. اجرای میزبانیهای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر

۲. پایش مستمر برنامه ملی تغذیه با شیر مادر و تحلیل نتایج آن توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان

۳. ارائه گزارش از اجرای برنامه به دانشگاه مربوط در دوره های زمانی تعریف شده

۴. تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر

۵۰) مشارکت بیمارستان در اجرای برنامه های دوستدار مادر و دوستدار کودک

۱. برنامه ریزی و اجرای اقدامات و پایش آن برای "استقرار گامهای ده گانه استاندارد دوستدار مادر"

۲. برنامه ریزی و اجرای اقدامات و پایش آن برای "استقرار گامهای ده گانه استاندارد دوستدار کودک"

۳. بررسی اثربخشی اقدامات و تحلیل نقاط قوت و ضعف و ارائه اقدامات اصلاحی / برنامه های بهبود برای بهبود روند نتایج



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

۴. تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در اجرای برنامه های دوستدار مادر و دوستدار کودک
۵۱. مشارکت بیمارستان در اجرای برنامه های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات اخلاقی و حرفه ای مشارکت
۵. آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی
۶. گزارش موارد مرگ مغزی به دانشگاه برای حمایت از برنامه اهدای عضو طبق انتظارات وزارت بهداشت
۷. مشارکت فعال بیمارستان در ترویج و حمایت از اهدای عضو برای بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات مرتبط
۸. اطلاع رسانی بیمارستان به واحدهای فراهم آوری و شناسایی اعضا
۹. تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در برنامه های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی
۵۲. مشارکت بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته های حاد قلبی و مغزی
۱. مشارکت کامل و موثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته های حاد قلبی ۱ با تایید وزارت بهداشت
۲. مشارکت کامل و موثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته های حاد مغزی ۲ با تایید وزارت بهداشت
۳. تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در درمان سکته های حاد قلبی و سکته های حاد مغزی
۵۳. مشارکت فعال و موثر بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد
۱. وجود شواهدی دال بر تمرکز و برنامه ریزی تیمهای پزشکی به ترویج طبابت مبتنی بر شواهد در سطح بیمارستان
۲. انجام مطالعات مرتبط با طبابت مبتنی بر شواهد و یکسان سازی روشهای پزشکی
۳. برنامه ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاینهای ابلاغی وزارت بهداشت
۴. ارزیابی دوره های وضعیت بیمارستان از نظر طبابت مبتنی بر شواهد و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت
۵. تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در زمینه طبابت مبتنی بر شواهد
۵۴. ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان / پرستاران و سایر کارکنان بالینی
۵۵. تامین بودجه و تصویب و ابلاغ برنامه آموزشی سالیانه کارکنان
۵۶. تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس
۵۷. رسیدگی اولیه به تخلفات کارکنان غیر بالینی توسط و اخذ تصمیم در زمینه برخوردهای انضباطی با متخلفین احتمالی



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

- ۵۸ طرح اولیه تخلفات کارکنان بالینی در کمیته اخلاق بالینی با حضور تیم رهبری و مدیریت و اخذ تصمیم در زمینه برخورد های انضباطی با متخلفین احتمالی
- ۵۹ ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان
۱. وجود رویکرد عاری از سرزنش نابجای کارکنان منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در وقایع ناخواسته درمان از سوی تیم رهبری و مدیریت
۲. وجود سیستم حمایتی حقوقی و قانونی مانند بیمه مسئولیت مدنی و حمایت از پرسنل در وقایع ناخواسته درمان در موارد غیر از قصور
۳. رسیدگی به شکایات / توجه و ارزش گذاری به پیشنهادات کارکنان در موارد مرتبط با مشکلات محیط های کاری
۴. تقویت ارتباط با کارکنان با تیم رهبری و مدیریت از طریق برنامه ملاقات حضوری و جلسات پرسش و پاسخ
۵. مدیریت صییح تعارضات داخلی بخشها و مشکلات بین بخشی توسط مدیران میانی و تیم رهبری و مدیریت
۶. ایجاد اطمینان و امنیت شغلی برای تمامی رده های شغلی بیمارستان
۷. تایید کارکنان مبنی بر ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان از سوی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
- ۶۰ اقدام بیمارستان در قبال عملکرد / نقش کارکنان در وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت مبتنی بر فرهنگ ایمنی بیمار
۸. شنایی و اشراف تیم رهبری و مدیریت به اصول فرهنگ ایمنی بیمار در قبال مدیریت کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته
۹. تعهد تیم رهبری و مدیریت به مبانی فرهنگ ایمنی بیمار در قبال مدیریت کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته
۱۰. آگاهی تیم رهبری و مدیریت از نقش نواقص / عوامل سیستمیک / زمینه ساز و نیز تاثیر عوامل انسانی ۱ در بروز وقایع ناخواسته و خطاها
۱۱. ایفای نقش موثر از سوی تیم رهبری و مدیریت در خصوص وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار از منظر نقش / عملکرد کارکنان
۱۲. حمایت تیم رهبری و مدیریت از کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار
۱۳. عدم پذیرش بیمبالاتیهای کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته در مواردی مانند میانبر زدن یا بی توجهی به قوانین جاری

شرایط و نحوه انتخاب رئیس ، دبیر کمیته و اعضای کمیته:

رئیس بیمارستان رییس تیم رهبری و مدیریت است و احکام اعضا توسط رئیس صادر میگردد .



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

رئیس بیمارستان موظف است حداکثر ظرف دو ماه پس از لغو عضویت یا استعفا ی عضو، جایگزین وی را به لحاظ مفاد این دستورالعمل و تایید کمیته دانشگاهی اخلاق بالینی منصوب نماید.

تعداد و اعضای تیم:

تعداد اعضای تیم ۷ نفر است.

رئیس کمیته

مدیر بیمارستان

مدیر خدمات پرستاری

مدیر مالی

مدیر منابع انسانی

مدیر بهبود کیفیت

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

مسئولیت ها و اختیارات و وظایف هر یک از نقش های تعریف شده در کمیته:

رئیس کمیته:

۱. صیانت از دستور کار جلسه
۲. تلاش مدبرانه جهت مشارکت کلیه اعضا
۳. پرهیز از به انحراف کشیده شدن بحث و گفتگو ها
۴. تصمیم گیری مناسب و سریع برای موارد غیر منتظره
۵. جمع بندی مطالب مطرح شده و مشخص نمودن افراد جهت پیگیری مصوبات
۶. تعامل عادلانه با کلیه افراد
۷. تقسیم کار و تعیین وظایف اعضا کمیته.
۸. تایید صورتجلسه کمیته و ابلاغ آن.



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

دبیر کمیته:

۱. تنظیم دستور کار، صورت جلسات، دعوت و حضور و غیاب اعضا، تعیین و دعوت از مشاوران، مکاتبات و اخذ فرم امضا شده، بیان تعارض یا اشتراک منافع اعضا.
۲. اداره امور مالی کمیته.
۳. دعوت و حضور و غیاب اعضا
۴. تعیین و دعوت از مشاوران
۵. مکاتبات و اخذ فرم امضا شده
۶. بیان تعارض یا اشتراک منافع اعضا
۷. مساعدت و همکاری با رئیس کمیته
۸. هماهنگی با اعضا جهت تنظیم برنامه شش ماهه یا سالیانه برای جلسات کمیته و اطلاع رسانی جلسات به دفتر ریاست و مدیریت برای هماهنگی بیشتر
۹. تشکیل جلسات در زمان مقرر و صدور دعوت نامه و دستور جلسه برای اعضای کمیته جهت شرکت در جلسات
۱۰. تهیه صورتجلسه و ارسال نسخ آن به شرکت کنندگان و دفتر کمیته بهبود کیفیت پس از هر جلسه (حداکثر تا ۷۲ ساعت)
۱۱. بایگانی صورتجلسات و آیین نامه داخلی کمیته و پیگیری بازنگری سالیانه آن و یا به هنگام تغییر مفاد آن تبصره: در صورتی که دبیر کمیته از اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی انتخاب شده باشد، در جلسات کمیته حق رأی خواهد داشت.

اعضا:

۱. مشارکت فعال در بحث کارشناسی و ارائه بحث رسا، جامع و موثر و گویا
۲. پرهیز از خروج از دستور کار و مطالب جانبی و حاشیه ای غیر مرتبط با موضوع
۳. مساعدت و همکاری با رئیس و دبیر
۴. انجام مطالعه در صورت نیاز جهت اظهار نظر کارشناسی

ضوابط برگزاری جلسات:

مدت و فاصله زمانی:

جلسات تیم رهبری و مدیریت هر هفته برگزار می شود و حداکثر مدت زمان هر جلسه دو ساعت می باشد.



نوع سند: آیین نامه داخلی

نام کمیته: تیم رهبری و مدیریت

نحوه رسمیت یافتن جلسات تصویب و تصمیم گیری:

حد نصاب لازم برای تشکیل و رسمیت یافتن جلسات کمیته اخلاق بیمارستانی، نصف به علاوه یک کل اعضا است. اعضای تیم رهبری و مدیریت باید شخصاً در جلسات حضور یابند. حد نصاب رای گیری دوسوم اعضای حاضر میباشد.

نحوه فعالیت کمیته:

۱. همسویی دستور کار جلسات تیم با اهداف و مأموریت کمیته ها و مشکلات جاری و واقعی بیمارستان
۲. تصویب راه حل هایی واضح و مشخص همسو با دستور کار کمیته
۳. راس ساعت اعلامی جلسه شروع به کار می کند.
۴. در صورت غیبت اعضای ثابت بیش از سه جلسه متوالی و یا بیش از ۳۰ درصد جلسات سالیانه بایستی عضو جدید جایگزین شود.
۵. در صورت تاخیر بیش از ۲۰ دقیقه هر عضو حق ورود به جلسه را ندارد.
۶. اطلاع رسانی دستور کار کمیته به اعضاء قبل از برگزاری جلسات کمیته ها
۷. رئیس/مدیرعامل یا نماینده تام الاختیار او قبل از امضای صورت جلسه بایستی از تامین منابع اطمینان حاصل کند.
۸. تصمیمات متخذه در کمیته باید مبتنی بر اطلاعات پردازش شده باشد.

نحوه مستند سازی سوابق جلسات و پیگیری مصوبات:

در هر جلسه، باید صورت جلسه توسط دبیر کمیته، تنظیم و به امضای حاضران در آن جلسه رسانده شود.

صورت جلسات باید در فرمت استاندارد مکتوب و تمامی موارد الزامی صورت جلسه تکمیل شود. تصمیمات متخذه در جلسات باید در جلسات بعدی از سوی رئیس کمیته از م سئولین اجرای هر یک از م صوبات، پیگیری شوند و علل عدم تحقق مصوبات جلسات قبل مشخص و درباره آن تصمیم گیری شود. یک نسخه از صورت جلسه به معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان ارسال می شود.