



1-هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل یکسازی سازی برگزاری جلسات کمیته ها و مستند سازی در راستای سیاست های بیمارستان نیکان غرب و اخذ مشارکت از صاحبان فرایند و ذینفعان بیمارستان جهت تصمیم گیری و سامان دهی مناسب روشها و دستورالعمل ها جهت اخذ بالاترین استانداردهای ملی می باشد.

2-دامنه کاربرد: اجرای این سند در کلیه واحدهای بیمارستان و کمیته های بیمارستانی نیکان غرب الزامی است.

3-تعاریف:

1-3-کمیته: کمیته های بیمارستانی کارگروه های دائمی مرکب از چند نفر پرسنل بیمارستان که با انتصاب و حکم رئیس بیمارستان می باشند. که این افراد به عنوان بازوی مشورتی و تصمیم گیری بیمارستان در رابطه با موضوعی خاص فعالیت می کنند.

1-1-3-کمیته اصلی: کمیته هایی می باشند که براساس آئین نامه کمیته های بیمارستانی معاونت دانشگاه و استانداردهای اعتبار بخشی از سازمان های بالادستی ابلاغ و الزام شده اند.

2-1-3-زیر کمیته: مجموع کمیته هایی که براساس استانداردهای اعتبار بخشی تعیین و وابسته به کمیته اصلی می باشند.

3-1-3-کارگروه: همان کمیته است که با هدف مشخص تر که جزیی از اهداف و رسالت کمیته ها می باشد به منظور بررسی شاخصها و تسهیل در امور فرایندی تشکیل میشود

4-1-3-جلسه داخلی: مجموع جلساتی که بر اساس سیاست داخلی بیمارستانها تنظیم وتابع قوانین سازمانهای بالادستی می باشند.

2-3-جلسه: گردهمایی دو نفر یا بیشتر از کسانی که دارای هدف های مشترک هستند و ارتباطات (شفاهی و یا کتبی) را وسیله اصلی نیل به این اهداف قرار می دهند.

3-3-رئیس کمیته/جلسه: بالاترین مقام ارشد بیمارستان می باشد که همزمان اداره کننده جلسه و عضو فعال آن کمیته محسوب می شود.

4-3-جانشین رئیس کمیته/جلسه: یکی از مدیران ارشد بیمارستان میباشد که با نظر رئیس بیمارستان به عنوان جانشین منصوب و به عنوان عضو اصلی و فعال کمیته محسوب می گردد.

5-3-دبیر کمیته: فردی است که بر اساس مستندات اعتبار بخشی با نظر نهائی رئیس بیمارستان منصوب میشود و به عنوان عضو اصلی و فعال جلسه محسوب می شود.

6-3-دبیر جلسه: از طرف رئیس جلسه برحسب مورد در ابتدای جلسه تعیین و اعلام میگردد.

7-3-اعضای اصلی و ثابت کمیته: افرادی هستند که بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی و آئین نامه معاونت به عنوان ذینفع اصلی مشخص شده و در تمام جلسات الزام به حضور و مشارکت در تصمیمات کمیته تعیین شده و دارای حق رای می باشند.

8-3-اعضای اصلی /برحسب مورد کمیته: افرادی هستند که بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی و آئین نامه معاونت به عنوان ذینفع اصلی مشخص شده و در تمام جلسات با توجه به سیاست بیمارستان برحسب دستور جلسه در جلسات حاضر دارای حق رای و مشارکت در تصمیمات کمیته می باشند.

9-3-مدعو: فردی که براساس نوع دستور جلسه توسط دبیر کمیته یا جانشین رئیس جلسه برای همان دستور جلسه بدون حق رای جلسه دعوت می شود.



10-3- **تأیید مصوبه** : در صورتیکه نصف +1 نفر از اعضای دارای حق رای در جلسه با موضوعی موافق باشند ، مصوبه در جلسه تأیید می شود.

11-3- **تصویب مصوبه**: در صورتیکه مصوبه ای در جلسه تأیید شده، توسط رئیس بیمارستان مورد قبول، تصویب و ابلاغ می گردد.

12-3- **ابلاغ**: به معنای مطلع ساختن فرد یا افراد از مفاد یک مستند ، مصوبات جلسه یا کمیته جهت الزام اجرائی بودن آن می باشد.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- مسئول بهبود کیفیت مسئولیت تدوین، آموزش، پایش، بازنگری سند در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارد.

2-4- جانشین رئیس کمیته سنجش و پایش کیفیت مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.

3-4- دبیران کمیته مسئولیت اجرای صحیح این سند را بر عهده دارند.

5- گامهای دستورالعمل:

1- نحوه تشکیل جلسه 2- ضوابط تشکیل و اداره جلسه 3- تصمیم گیری، تصویب گیری و ابلاغ-توزیع و پایش جلسات-نگهداری مستندات.

1-5- نحوه تشکیل جلسه:

1-1-5- زمان و دستور کار هر کمیته توسط دبیر جلسه در فرمت پیوست به شماره WNH-FRM-QCD-00002-04 با رئیس کمیته یا جانشین رئیس کمیته؛ حداقل 72 ساعت کاری قبل از جلسه هماهنگ گردد.

2-1-5- با رعایت زمان بندی فوق دستور جلسه بصورت پیش نویس توسط دبیر کمیته /جلسه به کارتابل جانشین رئیس اتوماسیون شود. در خصوص کمیته هایی که جانشین رئیس کمیته فردی از مدیران ارشد نمی باشد، پیش نویس خطاب به جانشین رئیس به کارتابل مسئول دفتر ریاست ارسال می گردد.

تبصره 1: هر کمیته می تواند حداقل 2 و حداکثر 4 دستور جلسه داشته باشد.

3-1-5- دستور جلسه پس از تأیید ریاست بیمارستان با درج مهر و امضای ریاست توسط جانشین رئیس به اعضای کمیته (اصلی /ثابت-اصلی برحسب مورد و مدعوین) مطابق چارت ابلاغی کمیته ارسال گردد.

4-1-5- یک روز قبل از برگزاری جلسه توسط دبیر جلسه با اعضای اصلی (ثابت و برحسب مورد) و مدعو جهت حضور در جلسه تماس گرفته شود.

تبصره 2: در روز جلسه دبیر کمیته با دفتر بهبود کیفیت جهت ارسال پیامک دعوتنامه هماهنگی لازم را انجام میدهد.

5-1-5- به منظور بررسی و آماده سازی تمهیدات لازم برای برگزاری جلسه دبیر کمیته موظف است نیم ساعت قبل از برگزاری کمیته در محل برگزاری حضور داشته باشد.

6-1-5- مطالب منطبق با وظایف کمیته مندرج در آئین نامه کمیته ها، توسط دبیر کمیته در قالب پاورپوینت به همراه شاخص ها تهیه و 72 ساعت قبل از برگزاری جلسه به تأیید جانشین رئیس کمیته برساند.



تبصره 3: به منظور انتقال تجربیات یا دانش تخصصی، در برخی جلسات، رئیس بیمارستان یا جانشین رئیس کمیته می تواند متناسب با دستور کار جلسه، اشخاص را به عنوان مدعو دعوت نماید.

تبصره 4: به جر اعضای اصلی کمیته، سایر افراد حسب دستور کار مربوط، صرفا جهت همان دستور کار به جلسه دعوت خواهند شد

2-5- ضوابط و مقررات جلسه:

1-2-5- ضوابط عمومی:

1-1-2-5- کمیته های بیمارستانی مطابق با زمانبندی اعلام شده توسط رئیس بیمارستان در سال 2، روز در هفته جهت برگزاری جلسات کمیته ها تعیین خواهد شد.

1-2-2-5- در بین اعضای حاضر علاوه بر رئیس کمیته /جانشین رئیس کمیته یکی از مدیران ارشد بیمارستان (مدیر درمان، مدیر اجرایی و مدیر پرستاری) و دبیر کمیته باید حضور داشته باشند.

1-3-2-5- دبیر جلسه می تواند با حضور نصف + 1 نفر از اعضای اصلی از مجموع اعضا و مدعوین، جلسه را بصورت رسمی برگزار نماید. حضور رئیس یا جانشین رئیس برای رسمیت جلسه الزامی است.

1-4-2-5- اعضای مدعو صرفا در دستور کار مربوط در جلسه حاضر خواهند شد و پس از آن از جلسه خارج خواهند شد. در صورتی که دستور کاری به کمیته دیگر مربوط باشد حضور دبیر کمیته مرتبط به عنوان مدعو الزامی است.

1-5-2-5- حضور اعضا و مدعوین رأس ساعت در محل الزامی است.

1-6-2-5- در صورتیکه اعضا و مدعوین بیشتر از 30 دقیقه تاخیر حضور داشتند و تعداد افراد حاضر به حد نصاب ذکر شده نرسد جلسه بصورت رسمی توسط دبیر لغو شود. و مراتب عدم حضور اعضا یا مدعوین غایب به رئیس بیمارستان و دفتر بهبود کیفیت گزارش شود.

1-7-2-5- در صورتیکه هریک از اعضا (رئیس یا جانشین رئیس کمیته و...) خارج از دستور جلسه، مبحثی را ارائه دادند، توسط دبیر کمیته به فرد یا افراد تذکر داده شود. در صورت تأیید رئیس کمیته موارد خارج از دستور جلسه می توانند به عنوان دستور اضطراری به دستور کار اضافه شده، به مدت زمان جلسه اضافه و یا جایگزین یکی از دستور جلسات قرار داده شوند.

1-8-2-5- در ابتدای جلسه گزارشی از پیشرفت یا عدم پیشرفت مصوبات جلسات قبل و شاخص های کمیته توسط دبیر کمیته بصورت پاورپوینت طی مدت زمان مشخص شده ارائه گردد. پاورپوینت 72 ساعت قبل از طرح در جلسه به تأیید جانشین رئیس کمیته رسانده شود.

1-9-2-5- زمانبندی ارائه دستور جلسه توسط دبیر کمیته به افراد تعیین شده در جلسه اعلام گردد.

تبصره 5:

1-5- تبصره فقط با ذکر دلیل و هماهنگی؛ کمیته دو بار در سال می تواند لغو شود و بایستی علت بصورت اتوماسیون به رئیس بیمارستان و دفتر بهبود کیفیت اعلام گردد.

2-5- تبصره در صورتیکه مصوبات کمیته ای در ارتباط با کمیته دیگر میباشد حتما دبیر کمیته مذکور به عنوان مدعو دعوت گردد.

3-5- تبصره غیبت مجاز هر عضو اصلی حداکثر در دو جلسه متوالی یا سه جلسه متناوب در طول سال قابل قبول می باشد. در صورت غیبت بیش از حد مجاز هر کدام از اعضا، موضوع توسط دبیر کمیته خطاب به رئیس بیمارستان یا جانشین رئیس بیمارستان



و رونوشت به دفتر بهبود کیفیت گزارش شده و سپس توسط دفتر بهبود کیفیت جهت تصمیم گیری نهائی پیگیری های لازم صورت می پذیرد

3-5- نحوه نگارش:

1-3-5- مباحث و مذاکرات مطرح شده در جلسه کمیته باید بصورتی درج گردد که علت مصوبات جلسه برای خواننده صورت جلسه مشخص شود.

2-3-5- از نگارش جملات کوتاه و غیر شفاف پرهیز شود.

3-3-5- درخصوص مصوبات از عبارت مقرر شد استفاده گردد.

4-3-5- مدت زمان مهلت اجرا با ذکر تاریخ باشد و از نوشتن عباراتی مانند هفته دیگر، ماه دیگر یا عباراتی مشبیه یا مترادف خودداری گردد.

5-3-5- مسئول پیگیری و مسئول اجرا پس از تائید رئیس جلسه یا جانشین وی در صورت جلسه قید گردد.

6-3-5- از نوشتن نام افراد در مصوبات به عنوان مسئول پیگیری یا اجرا خودداری شود و سمت افراد (مدیر درمان و...) درج شود.

4-5- تصویب و ابلاغ مصوبات:

1-4-5- در پایان هر دستور کار و مجددا در پایان جلسه مصوبات مطرح شده جهت تصمیم نهائی توسط دبیر اعلام و مسئول پیگیری و مسئول اجرا مشخص گردد.

2-4-5- تصمیمات جلسه با رای نصف + 1 از حاضرین در جلسه تصویب خواهد شد. در صورتیکه آرای مخالف و موافق مساوی باشند، رئیس بیمارستان می تواند در مرحله ابلاغ و پس از ابلاغ مصوبات، برخی مصوبات را لغو یا دستور بازنگری صادر نماید.

3-4-5- در صورتیکه مصوبه ای در کمیته مستلزم تغییر فرایندی یا استخدام نیروی انسانی در بیمارستان باشد حتما به کمیته مدیریت و رهبری ارجاع گردد.

4-4-5- چنانچه مصوبه ای منجر به افزایش بار مالی بیش از حد مجاز تعیین شده در بیمارستان میگردد به کمیته مدیریت و رهبری ارجاع گردد.

5-4-5- صورت جلسه طی مدت یک هفته کاری در فرمت پیوست به شماره WNH-FRM-QCD-00004-05 توسط دبیر تنظیم و پس از تائید جانشین رئیس کمیته/جلسه بصورت پیش نویس به جانشین رئیس اتوماسیون گردد و توسط رئیس بیمارستان ابلاغ می گردد.

6-4-5- مصوبات جلسه پس از تائید طی مدت 24 ساعت کاری (یک روز کاری) در فرمت مشخص شده خطاب به جانشین رئیس کمیته بصورت پیش نویس توسط دبیر به جانشین رئیس اتوماسیون گردد و توسط رئیس بیمارستان ابلاغ گردد.

7-4-5- صورت جلسه پس از تائید ریاست بیمارستان با درج مهر و امضای ریاست توسط جانشین رئیس به جانشین رئیس جلسه، رونوشت به دبیر و دفتر بهبود کیفیت، مصوبات به اعضای اصلی و موارد مرتبط با سایر واحدها یا اعضای مدعو بصورت موردی به فرد یا واحد مربوط ابلاغ خواهد شد. (اطلاع رسانی و پیگیری مجدد بجز افراد اعلام شده بر عهده دبیر کمیته/جلسه نیز می باشد).

تبصره 6:

1-تبصره 6- ثبت امضای الکترونیک اعضا و مدعوین پس از ابلاغ مصوبات و صورت جلسات برعهده دفتر بهبود کیفیت می باشد.

2-تبصره 6- میهمانان دعوت شده به جلسات کمیته به عنوان مشاور بوده و حق رای ندارند.



5-5-نگهداری سوابق:

5-5-1- رونوشتی از صورت جلسات و مصوبات پس از تأیید رئیس بیمارستان توسط دبیر کمیته به بهبود کیفیت ارسال گردد.
5-5-2- صورت جلسات در 2 نسخه نگهداری می گردد. نسخه اصلی دفتر بهبود کیفیت، و یک نسخه (پس از ثبت امضای الکترونیک) نزد دبیر کمیته می باشد. (در خصوص جلسات داخلی یک نسخه نزد واحد مربوط می ماند و نیازی به ارسال برای بهبود کیفیت نمی باشد).

5-6-وظایف دبیر:

5-6-1- پیگیری انجام یا عدم انجام مصوبات بجز مسئول پیگیری تعیین شده، توسط دبیر نیز انجام شود.
5-6-2- ثبت و پایش شاخص ها برای هر کمیته برعهده دبیر می باشد و هر کدام از دبیران کمیته موظف هستند گزارش مرتبط با شاخص ها را به دفتر ریاست، و دفتر بهبود کیفیت اعلام نمایند.
5-6-3- گزارش پایش مصوبات یک روز قبل از برگزاری جلسه بعد توسط دبیر در بستر جیرا/کانفلوئنس ثبت میگردد.
تبصره 7: پایش مصوبات بصورت ماهیانه توسط دبیر کمیته و هر 3 ماه توسط دفتر بهبود کیفیت انجام گردد. در پایش مصوبات چنانچه مصوبه ای در تاریخ مقرر اجرا نشده است بایستی علت عدم اجرا ذکر شود. مصوباتی که مستمر بوده یا هنوز مهلت اجرای آنها نرسیده است در قسمت "در حال اجرا" ثبت می گردد.

5-7-وظایف بهبود کیفیت:

5-7-1- اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرائی شدن مصوبات کمیته های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده با همکاری دبیر کمیته
5-7-2- نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل و گزارش عدم انطباق بصورت کتبی به رئیس بیمارستان
5-7-3- ارزیابی روند عملکرد کمیته ها و نتایج حاصل از آن هر 3 ماه
5-7-4- ارائه گزارش های دوره ای (حداقلی فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته به تیم مدیریت و رهبر در کمیته سنجش و پایش کیفیت

6-پایش ونظارت:

6-1- پایش: فرمت و اجرای چک لیست پایش توسط مسئول مسئول بهبود کیفیت بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش هر ماه یکبار توسط مسئول بهبود کیفیت براساس چک لیست ارزیابی انجام و گزارش بصورت 3 ماه یکبار توسط مسئول بهبود کیفیت در کمیته سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد.
6-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:
6-2-1- نظارت بر عملکرد دبیران در اجرای درست سند بر عهده ی دفتر بهبود کیفیت خواهد بود.
6-2-2- نظارت بر عملکرد جانشین رئیس کمیته ها در اجرای دستورالعمل بر عهده ی رئیس بیمارستان خواهد بود.
تبصره 8: مسئول بهبود کیفیت بصورت موردی در هر جلسه برگزار شده موارد عدم انطباق را بصورت کتبی به دفتر ریاست اعلام می نماید.



7- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته سنجش و پایش کیفیت مرجع تایید این سند خواهد بود.
- 7-2- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.
- 7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.
- 7-4- بازنگری: این سند توسط مسئول بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی، دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند

8- منابع و مراجع

- 8-1- مقررات داخلی بیمارستان
- 8-2- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401
- 8-3- راهنمای برگزاری جلسات کشوری

تهیه کنندگان		تکمیل سبجانی - مسئول بهبود کیفیت	
تایید اولیه	تایید کننده جانشین رئیس کمیته	مصوب کمیته سنجش و پایش کیفیت مورخ 1402/04/28	تأیید کننده، تصویب و ابلاغ کننده
			دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه گپی	
		کنترل شد بیمارستان نیکان غرب	تاریخ بازنگری بعدی بیمارستان نیکان غرب
		1404 / 10/08	1405/10/01