

تاریخچه:

دفتر بهبود کیفیت از سال 1386 به صورت واحد مجزا در مرکز آموزشی درمانی شفا راه اندازی شد که از سال 1387 هم زمان با پیاده سازی مفاهیم کیفی در بیمارستان های ایران، استارت مدل های کیفی بیمارستانی نیز در این مرکز زده شد که در دی ماه 1387 موفق به کسب گواهی نامه استاندارد سیستم مدیریت کیفیت 2000-9001 یزو گردید و در سال 1388 مجدداً گواهینامه خود را با ویرایش 2008 تمدید نمود هم چنین در سال 1390 بیمارستان موفق به اخذ جایز و لوح حاکمیت بالینی در کشور گردید که از اهم دستاوردهای کیفی این مرکز طی سالیان گذشته می باشد. با الزامی شدن پیاده سازی مدل اعتباربخشی در کلیه بیمارستان های ایران، این مرکز نیز همگام با سیاست های وزارت بهداشت از سال 1391 استانداردهای اعتباربخشی را پیاده سازی نمود و طی سالیان 1394-1396—1398-1401 موفق به کسب رتبه یک اعتباربخشی گردید.

دامنه فعالیت:

کلیه مستندات درون و برون سازمانی توسط واحد بهبود کیفیت جمع آوری و کنترل می شود که مستندات درون سازمانی با گرفتن یک کد در سیستم مدیریت کیفیت تحت نظارت قرار می گیرد. هم چنین کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل های برون سازمانی نیز توسط این واحد تحت کنترل قرار می گیرد. کلیه نظرات در خصوص ارائه اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه به دفتر بهبود کیفیت ارجاع و پیگیری می شوند. هدایت و جاری سازی کلیه استاندارد های و اعتباربخشی توسط دفتر بهبود کیفیت طبق روال گذشته ضمن ارائه خدمات آموزشی و مشاوره ای به بخشها و واحد های مرکز صورت می گیرد. سیستم رسیدگی به شکایات و پیشنهادات و انجام نظرسنجی نیز در دفتر بهبود کیفیت و توسط مسئول رسیدگی به شکایات و پیشنهادات و کارشناسان بهبود کیفیت انجام می شود. رسیدگی و پیگیری اجرایی شدن مصوبات کمیته ها، تیم مدیریت اجرایی، راند جامع مدیریت، راند شبانه و غیره توسط دفتر بهبود کیفیت انجام می شود. وجود کارشناسان آشنا بامفاهیم کلیدی کیفی و متخصص در امر استاندارد سازی بیمارستانی از نقاط قوت دفتر بهبود کیفیت مرکز آموزشی درمانی شفا کرمان می باشد.

پرسنل واحد در سال 1403:

نام و نام خانوادگی	سمت
اسماء اقطاعی	مسئول واحد بهبود کیفیت
رویا اسفندیارپور	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
رضوان رودباری	کارشناس بهبود کیفیت
حلیمه میرزایی	مسئول رسیدگی به شکایات

شرح وظایف واحد بهبود کیفیت مرکز آموزشی درمانی شفا:

تهیه کننده: دفتر بهبود کیفیت

- 1) ارائه مشاوره های تخصصی مدیریتی به تیم مدیریت اجرایی بیمارستان
- 2) شناسایی؛ تدوین؛ بازنگری و پایش فرایندهای بیمارستان با مشارکت بخشها و واحدها
- 3) تعریف شاخصهای متناسب و معیارها برای اندازه گیری فرایندها
- 4) ارائه گزارش تحلیلی نتایج اندازه گیری فرایند های بخشها و واحدها
- 5) مشارکت در تدوین و بازنگری سالیانه سند استراتژیک و سیاستهای اصلی بیمارستان
- 6) تدوین و پایش برنامه های عملیاتی با مشارکت بخش ها و واحدها ارائه گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی و برنامه بهبود بیمارستان در بازه زمانی مشخص
- 7) نظارت بر همسویی برنامه های عملیاتی و جاری بیمارستان با سند استراتژیک
- 8) ارائه گزارشهای توصیفی و تحلیل اجرای برنامه های بالادستی ابلاغ شده
- 9) نظارت بر اجرای صحیح سنجه های اعتباربخشی در واحدها و بخش ها
- 10) برنامه ریزی جهت انجام ارزیابی داخلی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی ملی
- 11) نظارت بر عملکرد کمیته های بیمارستانی و ارائه گزارش تحلیلی از ارزیابی عملکرد کمیته های بیمارستانی
- 12) تدوین شاخصهای بالینی و غیر بالینی بیمارستان با مشارکت بخشها و واحدها
- 13) ارائه گزارش تحلیلی نتایج اندازه گیری شاخصهای بخشها و واحدها
- 14) همکاری و نظارت در تدوین خط مشی ها؛ روشهای اجرایی و دستورالعمل ها بر اساس استانداردها با مشارکت واحدها و بخشها
- 15) رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیماران و کارکنان و همچنین پیگیری امور بیماران با رویکرد پیشگیری از شکایات و نارضایتی و ارائه گزارش تحلیلی
- 16) انجام نظرسنجی دوره ایی از رضایتمندی کارکنان و بیماران و همراهان بیمار و تحلیل نتایج و ارائه گزارش تحلیلی در بازه زمانی مشخص
- 17) شناسایی چالشها و فرصت های بهبود و طراحی برنامه بهبود موثر و اقدام اصلاحی لازم
- 18) تدوین و بازنگری نمودار سازمانی

