



إسم السياسة /الخطة: خطة تحسين الجودة
رقم السياسة/ الخطة : الرقم QIC -PLN -01

المجموعة: تحسين الجودة وسلامة المرضى	المعنيين بالسياسية : جميع العاملين الفنيين والإداريين في المستشفى
إعداد: لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى	تاريخ الاعداد : 2025/5/22 توقيع رئيس اللجنة:
دققت من قبل: مدير قسم الجودة	تاريخ التدقيق : 2025/10 التوقيع:
اعتمد من قبل: مدير المستشفى	تاريخ الاعتماد: 2025/10 التوقيع:
عدد صفحات السياسة/الخطة: (16)	الطبعة : الاولى تاريخ المراجعة القادمة: 2026/ 10 /

فهرس المحتويات

الصفحه	الموضوع
3	المقدمه
3	وظائف المستشفى
4	الاقسام الادارية في المستشفى
5	رؤيا, الرساله, القيم الجوهرية
6	تعريف الجوده
7	مسؤوليات لجنة تحسين الجوده
8	تدفق المعلومات المتعلقة بالجوده
9	قياس الجوده ومؤشرات الاداء
12	الخطة التنفيذية

المقدمة

شهد القطاع الصحي في العراق تطوراً كبيراً في العقود الماضية حيث أصبحت الخدمات الصحية المقدمة على مستوى عالي من التطور، ولمواجهة التحديات التي تواجه القطاع الصحي فمن الضروري إعداد وصياغة خطط إستراتيجية لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة وكفاءة عاليتين وبعادلة لجميع متلقي الخدمة .

من جهة اخرى، تقرر ادارة مستشفى. مارينا الأهلي بأن سرعة تقدم وتميز المستشفى انما يعود فضله لله سبحانه وتعالى ومن ثم للنخبة المميزة من الاطباء العاملين في المستشفى ذوي السمعة التي تعدت حدود بغداد لتدوي في جميع المحافظات العراقية. الى جانب كادر المستشفى من اطباء مقيمين وممرضين وكافة الكوادر الاخرى العاملة في مستشفى مارينا الأهلي، جميعهم مجتمعين من لهم الفضل بعد الله تعالى من رفع راية المستشفى عاليا لمواصلة التقدم للتميز أكثر فأكثر دون كد أو ملل وبدعم كامل من مجلس الادارة وادارة المستشفى في تقديم كل مايلزم لكل الكادر بشكل دائم ومستمر ولا يخفى دور الشركاء الاستراتيجيين في هذا التطور والنمو سواء كانوا حكوميين أو شركات قطاع خاص.

نطاق خدمات المستشفى :-

مستشفى مارينا الأهلي هي أحد مؤسسات شركة مارينا للخدمات الطبية المحدودة تأسست سنة 2019 تقدم خدمات طبية علاجية وتشخيصية، بسعة سريرية(68) سرير وعدد الكوادر (380) موظف تخدم ما يقارب (8,000,000) نسمة في قلب الرصافة / بغداد والمستشفى متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع ويقدم الرعاية والدعم للمجتمع، تبلغ مساحة البناء 100,1 متر مربع بينما مساحة الحديقة 3,000 متر مربع، يتكون المستشفى من 7 طوابق اجمالية المساحة 7,700 متر مربع مما يسمح بتقديم مجموعة واسعة من المرافق والخدمات الطبية بكفاءة.

وظائف المستشفى

1. تقديم الرعاية السريرية والتشخيصية للمرضى
2. المحافظة على حقوق المرضى
3. القيام بالتدريب والتعليم
4. تقديم الخدمات المساندة للرعاية الطبية
5. إدارة الموارد البشرية والمالية
6. تقديم خدمات التأمين والضمان الصحي
7. تقديم الخدمات الصحية المنزلية
8. خدمة الاستقدام والإخلاء الطبي

الأقسام الطبية التي تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية للمرضى

يقدم المستشفى خدمات علاجية عامة للمرضى ويحتوي على جميع الاختصاصات ومنها:

• الباطنية ويضم:

- أمراض الباطنية
- أمراض الكلى ووحدة غسيل الكلى
- أمراض الجهاز الهضمي
- أمراض الغدد الصم

• الجراحة العامة والجراحة الخاصة ويضم:

- الجراحة العامة
- جراحة العظام والكسور والمفاصل
- جراحة الأطفال
- جراحة النسائية والتوليد
- جراحة الكلى والمسالك البولية
- جراحة التجميل والترميم
- جراحة الانف والاذن والحنجرة
- جراحة الجملة العصبية
- جراحة الأوعية والشرايين
- جراحة الناظورية
- جراحة الوجه والفكين
- جراحة الجهاز الهضمي

• الأطفال ويضم:

- عيادة الأطفال
- الخدج وحديثي الولادة
- مركز العقم وأطفال الانابيب

• التخدير والإنعاش ويضم:

- عناية مركزة للأطفال
- التخدير للفحوصات التشخيصية المختلفة

• المختبر ومصرف الدم

• الإسعاف والطوارئ

• الاشعة وتضم:

- اشعة رقمية
- اشعة رöntgen
- اشعة Röntgen المتنقلة
- الرنين المغناطيسي
- المفراس الحلزوني
- المموكرام

• العيادات الإستشارية وتضم:

- عيادة الاعصاب
- عيادة الجهاز الهضمي
- عيادة الغدد الصم
- عيادة الأطفال
- عيادة الانف والاذن والحنجرة
- عيادة العقم وأطفال الانابيب
- عيادة جراحة الوجه والفكين
- عيادة النسائية
- عيادة العظام
- عيادة الجراحة العامة
- عيادة جراحة التجميل
- عيادة المسالك البولية
- عيادة المفاصل

• الأقسام الإدارية في المستشفى

- شؤون الموظفين/ منسق الموارد البشرية
- قسم المشتريات
- قسم الخدمات الفندقية
- القسم المالي
- قسم الدخول وخدمة العملاء
- إدارة المعلومات
- القسم الهندسي
- قسم التسويق
- قسم المخازن الطبية والعامة.

رسالة مستشفى مارينا الأهلي

تقديم خدمات صحية تشخيصية وعلاجية متكاملة لجميع المرضى العراقيين والأجانب من خلال كوادر صحية مؤهلة وبأحدث الأجهزة والتقنيات وبجودة عالية وعلى مدار 24 ساعة

رؤيا مستشفى مارينا الأهلي

ان تكون المستشفى رقم واحد في العراق من حيث ثقة المرضى ورضا الكوادر وجودة الرعاية الصحية

1. الإحترام: ويشمل احترام حقوق المستفيدين واحترام حقوق مقدمي الخدمة ودعمهم وخصوصا الكرامة والسرية والخصوصية وحقه بالمعرفة واتخاذ القرار الذي يتناسب مع وضعه.
2. الجودة: خدمات صحية آمنة بمعايير عالمية تضمن التحسين المستمر.
3. الالتزام بأخلاقيات المهنة: الالتزام بالقواعد والمبادئ والأخلاقيات الناظمة للمهنة في التعامل مع الجميع.
4. العمل بروح الفريق الواحد: تضافر جهود العاملين بروح التعاون والتكامل لتحقيق أهداف المستشفى.
5. التميز: تحقيق التكامل في الخدمات الصحية بحيث تشمل كافة المواطنين وتستجيب لتوقعاتهم ضمن الإمكانيات المتاحة.
6. الشفافية: وهي حرية تدفق وتوفير المعلومات والعمل بطريقة منفتحة تسمح لأصحاب الشأن بالحصول على المعلومات الضرورية لتسهيل اتخاذ القرارات المناسبة. واكتشاف الأخطاء وتصحيحها.
7. العدالة: تحقق العدالة الصحية عندما تتاح للجميع الفرصة للوصول إلى إمكانياتهم الصحية الكاملة ولا أحد محروم من تحقيق هذه الإمكانيات بسبب الوضع الاجتماعي أو الظروف الأخرى المحددة اجتماعيًا.
8. الشمولية: هو نموذج مجال متنوع من عدة مجالات وأساليب في الطب المكمل والطب الإلكتروني؛ حيث يتم الكشف بتقنيات متطورة مع اتباع الأسس العلمية في العلوم الإنسانية والتركيز على الإنسان ككل.
9. رعاية المريض أولويتنا: احترام خصوصية مرضانا وسريّة معطياتهم الشخصية قمنا باتخاذ جميع الإجراءات اللازمة لحماية معطياتكم الشخصية.
10. التعاطف: مكون رئيسي في العلاقة بين المريض ومزود الخدمة، يشمل التعاطف الجوانب المعرفية والوجدانية. يدور المجال المعرفي حول فهم تجارب المريض والقدرة على فهم العالم من وجهة نظره.

تعريف الجودة:

يعرف مستشفى مارينا الجودة على انها عملية التحسين المستمر للرعاية الصحية المقدمة ومطابقتها للمعايير من خلال كوادر مؤهلة ومدربة لتوفير بيئة آمنة خالية من المخاطر للمرضى والعاملين ومواكبة التقدم العلمي .

مبادئ وابعاد الجودة:

1. الفعالية: أي تقديم الخدمات التي من شأنها ان تحسن النتائج المرجوة للأفراد والمجتمعات التي تخدمها المؤسسة.
2. الكفاءة: أي الإستفادة القصوى من المصادر والموارد المتاحة.
3. إمكانية الوصول: أي تقديم الخدمات ضمن النطاق الجغرافي الذي يمكن الوصول إليه بحيث تكون متوفرة عند الحاجة إليها.
4. العدل: أي تقديم خدمات ذات جودة بانصاف للجميع.
5. الأمان: أي تقليل المخاطر والأذى.

الاهداف الرئيسية واوليات التحسين:

1. الحصول على شهادة الاعتمادية للمستشفيات من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
2. تطبيق المعايير الخاصة بسلامة المرضى والصحة المهنية.
3. رفع كفاءة الموظفين وتأهيلهم للتعامل مع خطط السلامة العامة وسلامة المرضى.
4. تطوير وتحسين الاداء بما يتناسب مع متطلبات الاعتمادية .
5. مشاركة الاقسام بكتابة السياسات والاجراءات الخاصة بكل قسم والتدريب عليها ومراقبة التزام الكوادر الطبية بتنفيذها.

هيكلية تحسين الجودة في مستشفى مارينا الأهلي

لجنة تحسين الجودة و سلامة المرضى وتتكون من:

1. مدير المستشفى
2. منسق الجودة
3. منسق ادارة المخاطر
4. ممثلين عن أقسام المرضى في المستشفى.
5. مسؤول ضبط العدوى
6. ممثل عن المختبر
7. مسؤول الصحة والسلامة البيئية
8. مسؤول قسم الصيدلية.
9. مسؤول قسم التدريب والتعليم.
10. مسؤول الموارد البشرية.

مسؤوليات لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى:

المهام والمسؤوليات

مهام مدير المستشفى

1. يعمل على تولي القيادة في تشكيل لجنة تحسين الجودة و سلامة المرضى لمراجعة الخدمات وتحسينها على مستوى جميع الخدمات، وتنظيم التقييمات بهدف تحديد الفرص الممكنة لتحسين الخدمات، والمشاركة المجتمعية.
2. مناقشة التقارير الدورية المقدمة من قسم الجودة مع اختيار البرامج التحسينية ومتابعة تطبيقها.

مهام ومسؤوليات لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى:

1. تحليل وتجميع بيانات بمؤشرات الأداء الخاصة بالمستشفى
2. تحديد أولويات المستشفى فيما يخص تحسين الجودة وسلامة المرضى بالاستناد الى الأهداف الاستراتيجية، بيانات واتجاهات الأداء المؤسسي، وبيانات المقارنات المعيارية المعتمدة.
3. ضمان التنفيذ والامتثال للتوصيات المعتمدة الناتجة عن مشاريع تحسين الأداء.
4. التعاون مع اللجان والادارات الأخرى لتسهيل تحسين الأداء وضمان الامتثال لمعايير الاعتماد (المستشفى والادارات والمتطلبات التنظيمية الأخرى لتحسين الأداء المؤسسي).
5. متابعة تطبيق الخطط التنفيذية السنوية للمستشفى ووضع أولويات التحسين للجودة وسلامة المستفيدين.
6. تقديم توصيات إلى اللجنة التنفيذية الطبية (المجلس الطبي) للقضايا المتعلقة بالجودة والسلامة السريرية.
7. تقديم تقارير بشكل ربع سنوي عن الأداء المؤسسي على معايير مختارة، ومشاريع تحسين الأداء والامتثال للمتطلبات الجهات الرسمية (الحكومية).
8. توكي بالسياسات والإجراءات المؤسسية المتعلقة بمبادرات تحسين الجودة والأداء
9. مراقبة الإجراءات المتبعة لتقليل الضرر الذي يمكن ان يصيب المريض من خلال الإبلاغ عن الحوادث والمخاطر والتحقيق والإدارة.
10. تحسين تجربة المريض من خلال آليات التغذية الراجعة للمرضى والإدارة المناسبة لشكاوى المريض.
11. عمل وتحليل دراسة رضى المستفيدين وتحديد قضايا تحسين الجودة وسلامة المرضى واتخاذ الإجراءات بخصوصها .
12. متابعة جمع وتحليل واستعراض البيانات المتعلقة بتطبيق الأدلة الإرشادية السريرية وإيجاد فرص التحسين.
13. متابعة ومراقبة تطبيق خطط العمل المتعلقة بحقيق متطلبات معايير الاعتماد لكافة أقسام المستشفى.
14. اعداد خطة تحسين الجودة وسلامة المستفيدين ومراجعة الخطة سنوياً.
15. توعية وتدريب العاملين بالمركز على النشاطات المتعلقة بتحسين الجودة وسلامة المستفيدين ومنهجية تحسين الاداء.
16. التنسيق بين الأقسام المختلفة وجمع التقارير الخاصة بكل قسم ليتم رفعها إلى مدير المستشفى .
17. مراقبة تطبيق الإجراءات الملانمة للحفاظ على خصوصية المستفيدين.
18. الإشراف على تنفيذ برنامج ادارة المخاطر.

مهام منسق الجودة:

يعمل على تجميع البيانات الخاصة بالمؤشرات المحددة لجودة الخدمات، كما تجمع بيانات الإشراف الداعم وغيرها من البيانات المتعلقة بتوثيق جودة الخدمات في المؤسسة كما يعمل على التحضير لاجتماعات لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى ومتابعة تنفيذ القرارات وتوثيق محاضر الاجتماعات ورفع تقرير ربعي الى لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى.

مهام الكادر الطبي :

1. الالتزام بتقديم كافة المعلومات المطلوبة من قبل منسق الجودة في القسم، والتبليغ فوراً عن اي حوادث متعلقة بسلامة المرضى والزوار والمرافقين والكادر الطبي.
2. الالتزام بحضور كافة الورشات التدريبية التي من شأنها تحسين الجودة وسلامة المرضى.

مهام اعضاء الارتباط في اقسام المستشفى:

حيث يشكل حلقة الوصل بين قسم الجودة ولجان التحسين لمتابعة كافة النشاطات المتعلقة بالجودة في القسم وإيجاد فرص التحسين والمشاركة في تجميع مؤشرات الاداء ومتابعة تطبيق السياسات.

الآفة آءءق المءلوماء :

- آءق المءلوماء المءلقة بالآوءة فى الموءسة :

نظام آءق المءلوماء الى قسم الآوءة :

1. الكءب الرسمفة عن طرفق القءواء الرسمفة فى المسءشفى ضمن الآسلسل الهرمى.
2. آقارفر اللآان.
3. آقارفر الءواءء العرضفة.
4. آقارفر نماذآ المراقبة.
5. شكواى المرضى والموظففر.
6. البفاءاء الآى آم آمعها لمؤشراء القفااس.
7. فم ارسال آقارفر الءواءء العرضفة وشكواى المرضى بشكل فومى الى قسم الآوءة .
8. فم رفء بفاءاء ومؤشراء الاءاء لاقسام ضفبء العءوى والسلامة العامة والمآآفر والاشعة والصفءلة بشكل شهرفى.

نظام آءق المءلوماء من قسم الآوءة :

1. آقرفر قسم الآوءة للآنة آآسفر الآوءة.
2. طلب إءارف على النظام الإءارف لمسءشفى مارفرنا الأهلى.
3. عن طرفق آطبفرق واءساب لآبلفق اللآان.
4. الإفمفل الرسمى

قفااس الآوءة ومؤشراء الاءاء :

فم اعطاء الاولوفة لآآفر المؤشراء وفرص الآسفر على الآلفة الآالفة :

1. المواءع عالفة الآطورة
2. المواءع عالفة الآكرار.
3. القابلفة العالفة لءءواء المشاكل.
4. المواءع الآى ءؤآر على سفر الآطفة الاسءراءففة.
5. المواءع المؤآرة على رضى المرضى و الاشآاص ءوى الاعاقة.

تعتمد المؤسسة على منهجية علمية معترف بها عالمية كل منهما في تحسين جودة الأداء:

1. منهجية (FOCUS-PDCA) التي تتضمن العثور على فرص التحسين من خلال تقديم الخدمات وفقا لمعايير معتمدة ومن ثم تشكيل الفريق المناسب من ذوي العلاقة لدراسة وفهم الأسباب الجذرية لها وإختيار الحلول الفعالة وبعد ذلك وضع خطة التنفيذ لهذه الحلول المتفق عليها وتقييم النتائج بعد تطبيقها لفترة كافية للتأكد من فاعليتها وبالتالي تعميمها.

Quality/Performance Improvement Methodology
منهجية تحسين الجودة/الأداء

FOCUS

- - **Find an opportunity** العثور على فرصة تحسين
- - **Organize a team** تشكيل الفريق
- - **Clarify the process** توضيح العملية
- - **Understand the problem** فهم وتحليل المشكلة
- - **Select a solution** إختيار الحلول

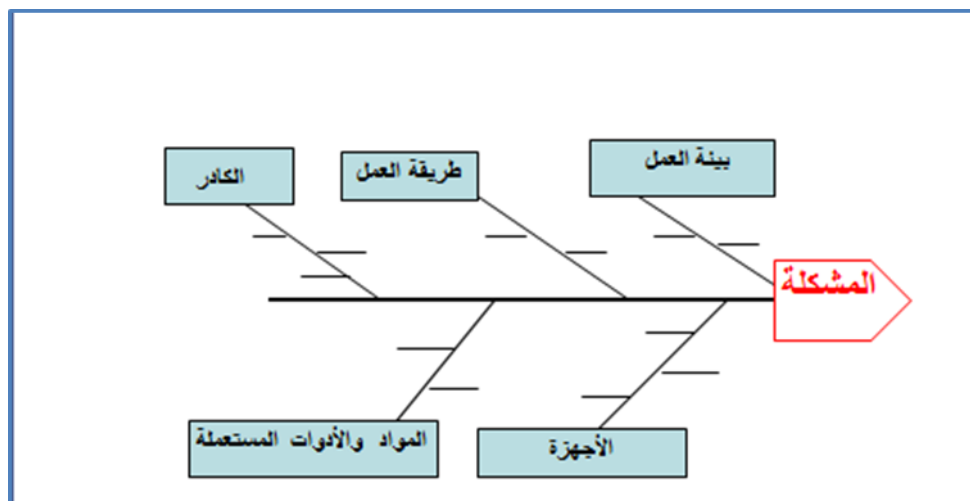
PDCA

- - **Plan** خطط
- - **Do** إعمل
- - **Check** قيم
- - **Act** نفذ

28

2. منهجية تحديد الأسباب الجذرية عند حصول حوادث أو مشاكل تؤدي لمخاطر غير مرغوبة (ROOT CAUSE ANALYSIS), والية اختيار مؤشرات الجودة وفرص تحسين الاداء.

3. منهجية الإستباقية (Proactive) وهي FMEA(Failure Mode and Effect Analysis



مؤشرات الأداء:

1. تقوم لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى بإدارة عملية قياس ومراقبة مؤشرات الأداء الرئيسية المدرجة في خطة تحسين الجودة وسلامة المرضى.
2. يقوم كل قسم في المستشفى بتحديد مؤشرات خاصة به.
3. لكل مؤشر تعريف واضح، وصيغة، وطريقة لجمع البيانات، وتحديد المسؤول عن جمع البيانات، وعدد مرات تكرار جمع البيانات، والمستهدف.
4. يتم جمع البيانات وتجميعها وتحليلها واتخاذ إجراءات وتحسينها لكل مؤشر من مؤشرات الجودة المحددة.
5. تتم مناقشة النتائج ويتم نشرها على الموظفين المعنيين.
6. يتم استعراض أولويات مؤشرات الاداء سنويا وتحديثها على النحو المبين.

قائمة مؤشرات الاداء العام لمستشفى مارينا الأهلي

قائمة مؤشرات الاداء لتحقيق الأهداف الإستراتيجية

1. رضى المرضى.
2. رضى الموظفين.
3. نسبة التزام الكوادر بغسيل الايدي.
4. رصد العدوى المصاحبة للرعاية الصحية (VAP, CAUTI, CLABSI, SSI).
5. نسبة التزام الكادر ب قائمة Safety operation sheet.
6. اعلى نسبة اكنظاظ الطوارئ بالمرضى.
7. معدل الاشغال
8. متوسط مدة الإقامة في المستشفى
9. معدل وفيات المرضى الداخليين.
10. معدل اعمار الوفيات في المستشفى.
11. عدد حالات التقرحات السريرية في المستشفى.
12. عدد حالات السقوط.
13. الوقت بين تصنيف المريض ورؤية الطبيب في الطوارئ.
14. معدل اعادة الادخال في المستشفى.
15. اوقات الانتظار في قسم الطوارئ.
16. نسبة الامتثال لأهم المبادئ التوجيهية السريرية.
17. نسبة عينات المختبر المرفوضة.
18. معدل التبليغ عن القيم الحرجة في المختبر.
19. نسب التفاعلات الناجمة عن نقل الدم.
20. النسبة المئوية عن الحوادث التي تم الابلاغ عنها.
21. وحدات الدم المرتجعة.
22. طلبات الأشعة المرفوضة.
23. صور الأشعة المعادة.

24. التزام الكادر بالبجاجة التعريفية.
25. معدل الغياب.
26. عدد إصابات العمل.
27. تدفق المرضى في قسم الأشعة.
28. عدد الوصفات الطبية في كل شفت.
29. عدد الحوادث العرضية المبلغ عنها.
30. التزام قسم الإدخال بشرح وتوقيع مرضى الدخول على الحقوق والواجبات.
31. مؤشرات التوثيق في الملف الطبي وبالأخص التخدير.
32. عدد العمليات الملغاة.
33. عدد الموظفين الحاصلين على دورة، BLS, ACLS, Triage, ATLS, Communication skills , OALS
34. معدل الالتزام بسياسة الجرعات متعددة الاستعمالات.

التقييم 2025				مؤشر الاداء	الموارد المطلوبة	الوقت اللازم	مسؤول التنفيذ	الانشطة والمشاريع	الهدف الفرعي	الهدف الرئيسي
الربع الرابع	الربع الثالث	الربع الثاني	الربع الأول							
12	11+10	9+8	7+6							
		قيد الانجاز	لم يتم	-نسبة إكمال التوثيق في الملفات الطبية 100% -نسبة اكتمال النماذج في الملف الطبي 100 %	قرطاسية نماذج	مستمر	- لجنة السجلات الطبية وادارة المعلومات. - قسم الجودة	- متابعة التوثيق الكامل في الملفات الطبية. - توحيد الملف الطبي لكل مريض. - متابعة اكتمال نماذج الملف الطبي مع شركة النظام الالكتروني	الحصول على اعتمادية مجلس اعتماد المؤسسات الصحية وتحقيق اعلى نسبة التزام بالمعايير الاساسية 100% والجوهرية اكثر من 85% والمتقدمة اكثر من 70%	تحسين جودة الخدمات المقدمة في المستشفى عن طريق الحصول على شهادة اعتماد مجلس اعتماد المؤسسات الصحية.
		قيد الانجاز	لم يتم	نسبة الكادر المدرب 100%	قرطاسية	مستمر	لجنة السلامة العامة	- تدريب الكوادر على خطط الحريق والاختلاء والسلامة العامة.		
		تم	لم يتم	إجراء تجربة الإخلاء	قرطاسية	اب	لجنة السلامة العامة بالتعاون مع الدفاع المدني	- إجراء تجربة اخلاء وهمي		
		20%	10%	مؤشر مراجعة السياسات والاجراءات 100%	قرطاسية	نهائية ايلول	لجنة الجودة مع مسؤولي الاقسام.	- مراجعة السياسات واجراءات كل قسم		
		قيد الانجاز	لم يتم		قرطاسية	مستمر	قسم الجودة	- التنسيق مع الاقسام المختلفة لمتابعة ووضع مؤشرات اداء خاصة لكل قسم وتزويد قسم الجودة بالمؤشرات لكل شهر.		
			55%		لائحة التقييم المعتمدة	مستمر	قسم الجودة بالتعاون مع اللجان المختلفة	- القيام بجولات تشمل اقسام المستشفى للتأكد من تطبيق كافة		

							السياسات والاجراءات بشكل ربع سنوي		
			10%		لائحة التقييم	مستمر	قسم الجودة	- التنسيق مع رؤساء الاقسام من خلال الجولات واعطاءهم تغذية راجعة حول امور الجودة.	
			لم يتم		برامج التدريب	مستمر	قسم الجودة بالتعاون مع قسم التدريب والتعليم	- التنسيق مع قسم التدريب والتعليم على استكمال الدورات التدريبية للكادر .	
			لم يتم		قرطاسية شاشة عرض	مستمر	قسم الجودة بالتعاون مع قسم التدريب والتعليم	التنسيق مع قسم التدريب والتعليم على استكمال تدريب الكوادر الجديدة على السياسات والاجراءات	
			لم يتم		اعادة هيكلة البنى التحتية	مستمر	قسم الجودة بالتعاون مع مسؤولي الأقسام، قسم الصيانة	- متابعة تطبيق السياسات الخاصة بمتطلبات الاعتمادية (التعقيم, المطبخ, المستودعات, المصبغة، الطوارئ، الخدج ، مختبر IVF ، غرفة تخزين النفايات،مصعد النفايات)	
			فيد الانجاز			جولات مستمرة	-قسم الجودة -ضبط العدوى -مسؤول التمريض -السلامة العامة	ضمان توفير الخدمات بنفس مستوى الكفاءة على مدار الساعة	

			لم يتم	لائحة التقييم المعتمده	جولات مستمرة	قسم الجودة بالتعاون مع لجنة رعاية المرضى ورؤساء الأقسام	- القيام بجولات تشمل أقسام المستشفى للتأكد من تطبيق كافة السياسات والاجراءات المتعلقة بالخدمات التشخيصية بعد تدريب الكوادر		
			للم يتم	لائحة التقييم المعتمده	جولات مستمرة	قسم الجودة بالتعاون مع لجنة الصيدليه والعلاجات ورؤساء الأقسام	- القيام بجولات تشمل أقسام المستشفى للتأكد من تطبيق كافة السياسات والاجراءات المتعلقة بإدارة الدواء		
			للم يتم	عمل مصفوفة تقييم المخاطر	جولات مستمرة	منسق المخاطر	متابعة عمل تقييم شامل للمخاطر الموجودة في بيئة المستشفى لتقييم الاماكن الأكثر خطورة والعمل لتقليلها.		
			للم يتم	قرطاسية, ورشات تدريب	مستمر	منسق المخاطر	تدريب الكوادر على كيفية التعرف والتعامل مع المخاطر الموجودة في بيئة العمل		
			فيد الانجاز	مؤشرات الحوادث نموذج الحوادث العرضية	مستمر	قسم الجودة	دعم بيئة عدم اللوم عند كتابة تقارير الحوادث العرضيه		
		فيد الانجاز	لم يتم	مخاطبات رسمية	مستمر	لجنة الموارد البشرية قسم الجودة	متابعة استكمال اوراق ملفات الموظفين واطباء الاختصاص		