



# برنامه استراتژیک بیمارستان مهر مادر

## تربت جام

### افق زمانی

### سال ۱۳۹۹ لغایت سال ۱۴۰۴



بازنگری فروردین ۱۴۰۱

دفتر بهبود کیفیت بیمارستان مهر مادر تربت جام

## اعضای تیم برنامه ریزی استراتژیک

۱. دکتر محمد افکار رئیس دانشکده و بیمارستان مهر مادر
- ۲- دکتر محمد صادق معلم زاده معاونت درمان دانشکده
۲. جلیل خانلری مدیر بیمارستان
۳. حسین نورمحمدی مدیر پرستاری بیمارستان
۴. معصومه دوستکام مسئول حراست
۵. زهرا ثمان مسئول مادران پرخطر ، آموزش مادران و کمیته RCA
۶. حمیده سینایی مسئول واحد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
۷. زبیده عباسی سوپروایزر آموزشی
۸. سمیه صادقی نصب دبیر کمیته های بیمارستانی
۹. مریم محمدی کارشناس کنترل عفونت
- ۱۰- علی عظیمی کارشناس ارشد مدیریت - حوزه معاونت درمان

## فهرست

شماره صفحه	عناوین
۵	رسالت، چشم انداز و ارزشها
۶	شناسایی گروه هدف و گروه های ذینفع
۷	جدول امتیاز دهی ذیربطان
۱۱	ماتریس ارزیابی محیط داخلی سازمان IFE
۱۲	ماتریس ارزیابی محیط خارجی سازمان EFE
۱۳	آنالیز عوامل داخلی و خارجی بیمارستان در نمودار SWOT
۱۴	مسائل استراتژیک بیمارستان
۱۵	مسائل استراتژیک و ضریب اهمیت مربوطه (از ۱ تا ۱۰)
۱۹	اولویت بندی مسائل استراتژیک
۲۰	اهداف و استراتژی ها
۲۵	برنامه های عملیاتی

## رسالت

### MISSION

بیمارستان مهر مادر تربیت جام با اختصاص بخشهای تخصصی زنان و زایمان و LDR و بخش مراقبتهای ویژه نوزادان با استفاده از دانش و فناوری های نوین پزشکی و تلاش گروهی همکاران در ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان با ارائه خدمات درمانی موثر و کارآمد و حفظ عدالت و کرامت انسانی گام برمی دارد .

## چشم انداز

### VISION

ما برآنیم تا در افق ۵ ساله با رعایت اخلاق پزشکی و حفظ ارزشهای بیمار محوری ، عدالت محوری و احترام به کرامت انسانی یکی از بیمارستانهای موفق در حوزه سلامت مادران و نوزادان باشیم

## ارزش ها

### VALUES

- مشارکت ذینفعان
- مشتری مداری
- کیفیت محوری
- رعایت حقوق بیمار و حفظ کرامت انسانی
- پایبندی به ارزشهای اسلامی

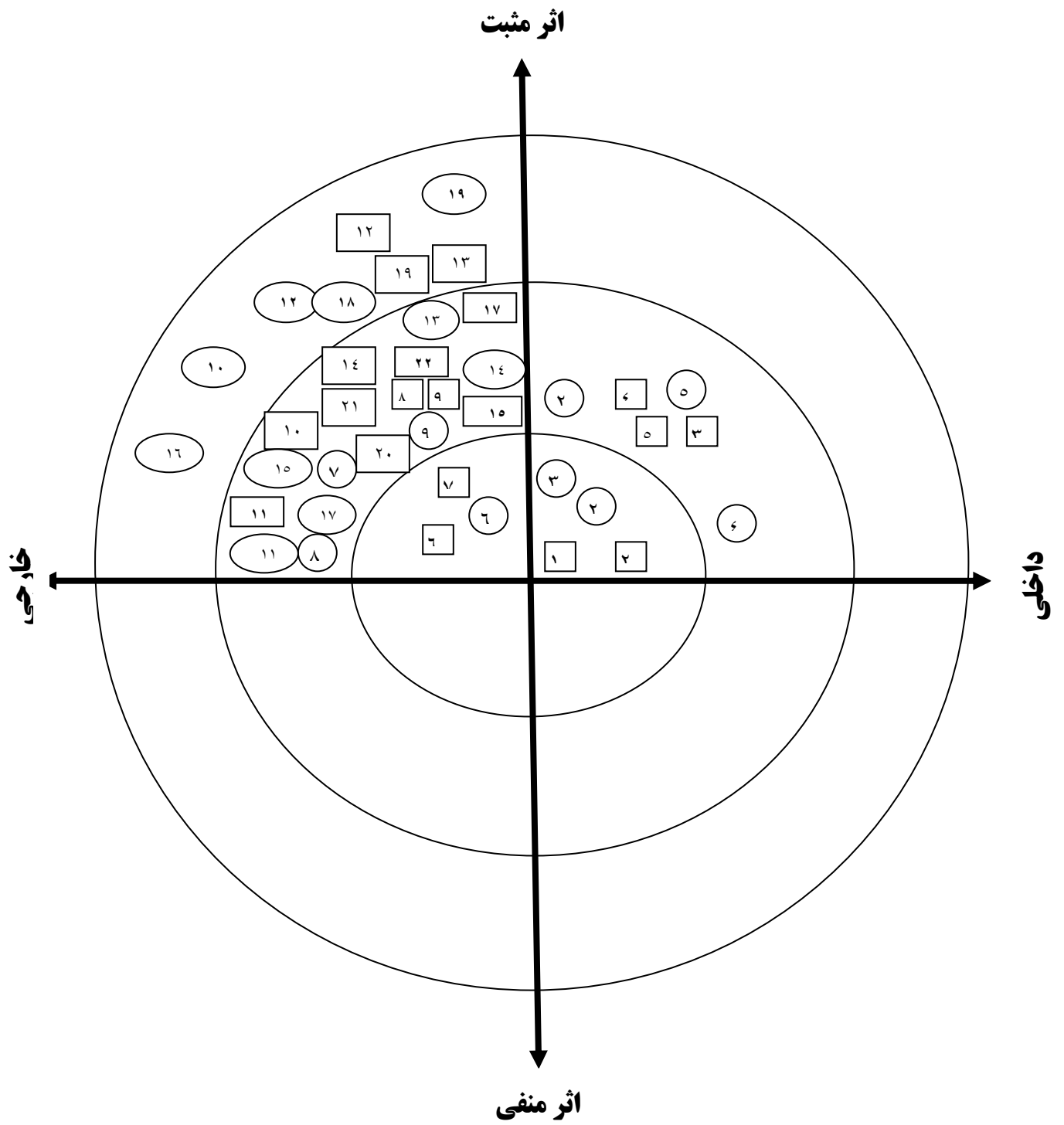


## شناسایی گروه هدف و گروه های ذینفع

اولویت بندی نیازها	انتظارات مشتریان	مشتریان خارج از سازمان
۱- رعایت منشور حقوق بیمار ۲- دریافت خدمات درمانی مناسب ، به هنگام ، مطمئن و جامع ۳- هتلینگ مناسب ۴- پاسخگوئی ۵- دریافت خدمات آموزشی مناسب و روزآمد ۶- دسترسی به اطلاعات مورد نیاز ۷- مشارکت در تیم درمان ۸- امکانات رفاهی ۹- دسترسی به اطلاعات مورد نیاز	۱- رعایت منشور حقوق بیمار ۲- دریافت خدمات درمانی مناسب ، به هنگام ، مطمئن و جامع ۳- هتلینگ مناسب ۴- پاسخگوئی ۵- دریافت خدمات آموزشی مناسب و روزآمد ۶- دسترسی به اطلاعات مورد نیاز ۷- مشارکت در تیم درمان ۸- امکانات رفاهی ۹- دسترسی به اطلاعات مورد نیاز	۱- بیماران ۲- همراهان بیمار
اولویت بندی نیازها	انتظارات مشتریان	مشتریان داخلی سازمان
۱- حفظ حرمت و شان ۲- امنیت شغلی ۳- عدالت در تخصیص اعتبارات و پرداخت مطالبات ۴- پرداخت به موقع مطالبات ۵- مشارکت در تصمیم گیری های سازمانی ۶- امکانات و تجهیزات آموزشی درمانی مناسب ۷- به روز بودن از نظر دانش و مهارت ۸- مدیریت یکپارچه ۹- دریافت به موقع بازخورد عملکرد ۱۰- امکانات رفاهی ۱۱- فضای سالم و شاداب	۱- حفظ حرمت و شان ۲- امنیت شغلی ۳- عدالت در تخصیص اعتبارات و پرداخت مطالبات ۴- پرداخت به موقع مطالبات ۵- مشارکت در تصمیم گیری های سازمانی ۶- امکانات و تجهیزات آموزشی درمانی مناسب ۷- به روز بودن از نظر دانش و مهارت ۸- مدیریت یکپارچه ۹- دریافت به موقع بازخورد عملکرد ۱۰- امکانات رفاهی ۱۱- فضای سالم و شاداب	۱- پزشکان ۲- پرسنل
اولویت بندی نیازها	انتظارات گروه های ذینفع	گروه های ذینفع
۱- ارائه خدمات آموزش بالینی مناسب ۲- ارائه خدمات درمانی مناسب ۳- اجرای صحیح آیین نامه ها و دستورالعمل ها ۴- فراهم نمودن بستر تحقیقات بالینی ۵- تعامل و همکاری در جهت ارائه خدمات ذیربط ۶- تعهد به قراردادهای فیما بین ۷- رعایت اخلاق ' انصاف و عدالت	۱- ارائه خدمات آموزش بالینی مناسب ۲- ارائه خدمات درمانی مناسب ۳- اجرای صحیح آیین نامه ها و دستورالعمل ها ۴- فراهم نمودن بستر تحقیقات بالینی ۵- تعامل و همکاری در جهت ارائه خدمات ذیربط ۶- تعهد به قراردادهای فیما بین ۷- رعایت اخلاق ' انصاف و عدالت	۱- دانشگاه ۲- نهادهای دولتی ۳- سازمان های بیمه گر ۴- شرکت های ارائه دهنده خدمات ۵- سازمانهای مردم نهاد

## جدول امتیاز دهی ذینفعان

تأثیر پذیر	تأثیر گزار	خارجی	داخلی	ذیربطان
++	+++		*	۱- پزشکان
+++	+++		*	۲- کادر درمانی
+++	++		*	۳- کادر خدماتی
++	++		*	۴- کادر پشتیبانی
++	++		*	۵- تیم مدیریت ارشد
+++	+++	*		۶- بیماران
++	+++	*		۷- دانشگاه علوم پزشکی
++	++	*		۸- شهرداری
++	++	*		۹- بیمه های پایه
+	++	*		۱۰- بیمه های تکمیلی
++	++	*		۱۱- شرکتهای دارویی و لوازم پزشکی و خدماتی
+	+	*		۱۲- پزشک قانونی
++	+	*		۱۳- بانکها
++	++	*		۱۴- سازمان نظام پزشکی
++	++	*		۱۵- سازمان نظام پرستاری
+		*		۱۶- سازمان ثبت احوال
++	++	*		۱۷- استانداری
+		*		۱۸- سازمانهای حمایتگر (امور اتباع - بهزیستی - کمیته امداد)
+	+	*		۱۹- بیمارستانهای همجوار
	++	*		۲۰- موسسات خیریه
	++	*		۲۱- نیروی انتظامی
	++	*		۲۲- خیرین



□ تأثیر گذاری

○ تأثیر پذیری



ذینفعان، افراد یا سازمان‌هایی هستند که به نوعی از فعالیت‌های سازمان متأثر میشوند و می‌توانند تقویت‌کننده و یا مانع موفقیت سازمان شوند. ذینفعان بیمارستان برای رسیدن به اهداف یا نیازهای خود به بیمارستان وابسته‌اند و بیمارستان نیز به نوعی به آنها وابسته است و از آنها متأثر می‌شود.

توقعات و درخواست‌های برخی ذینفعان از این مرکز

ریاست:

• شناسایی فرصت‌ها و تهدیدها برای بات بردن کیفیت خدمات رسانی

• حفظ حقوق بیمار

• حفظ کرامت پرسنل

• الگو بودن جهت افزایش کیفیت خدمت دهی

معاونت آموزشی:

• تالش جهت بات بردن کیفیت و کمیت آموزش

• حفظ حقوق فراگیران

• تجهیزات آموزشی جهت ارتقای کیفیت آموزش فراگیران و کاهش مورنالینه و موربیدینه

مدیران اجرایی:

• رعایت سلسله مراتب اداری

• رعایت حقوق و احترام به کرامت انسانی

• حمایت از ایده‌ها و طرح‌های پیشنهادی

کارکنان:

• تشویق بموقع و تأمی انگیزه پرسنل

• پرداخت بموقع مطالبات

• ارتقای کیفی آموزش ضم خدمت

• توجه جدی تر به فراهم نمودن تسهیالت، امکانات رفاهی و تفریحی

• مدیریت برمخویر شایسته ساتری

پزشکان:

• پرداخت بموقع مطالبات

• توجه جدی تر به فراهم نمودن تسهیلات، امکانات رفاهی

• تهیه و تجهیز بیمارستان به امکانات تشخیصی مناسب

بیماران:

• تکریم ارباب رجوع

• تسریع در تکمیل پروژه های درمانی

• رعایت منشور حقوق بیمار از سوی پرسنل و پزشک

• جلوگیری از بلاتکلیفی بیماران در مراکز درمان

دانشگاه علوم پزشکی:

• بومی سازی آبی نامه ها و دستورالعمل ها

• نظارت کافی بر کمیت و کیفیت خدمات درمانی

• رعایت قوانی و مقررات اداری

• جلب رضایت بیماران

شهرداری:

• ایجاد و توسعه فضای سبز بیمارستانها

• توجه به بهداشت محیط و مدیریت پسماند و فاضالب مراکز درمانی

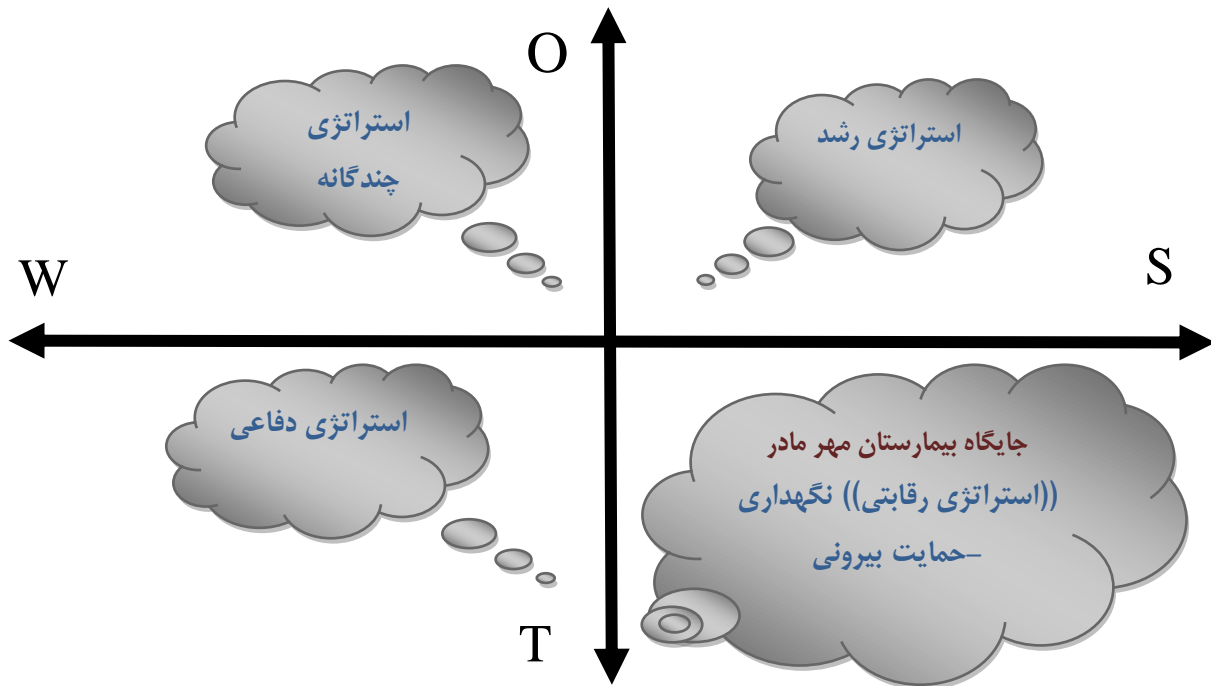
## ماتریس ارزیابی عوامل داخلی سازمان

ردیف	قوت	وزن	ضریب امتیاز	رتبه نهایی	ضعف	وزن	ضریب امتیاز	رتبه نهایی
۱	گلوبال بودن پرونده مالی بیماران بستری	۱۵	۳	۴۵	کاهش مسئولیت پذیری و مهارت نیروهای جدیدالورود	۸	۳	۲۴
۲	وجود سبک مدیریت مشارکتی در سطح بیمارستان	۱۶	۳	۴۸	تأخیر در پرداخت مطالبات پرسنلی	۱۵	۲	۴۵
۳	واگذاری برخی از واحدهای پشتیبانی به بخش خصوصی	۱۰	۳	۳۰	عدم وصول به موقع درآمدهای بیمارستان از سازمانهای بیمه گر	۱۷	۱	۱۷
۴	نقش بیمارستان در ترویج زایمان طبیعی و ارتقاء شاخص نظام سلامت	۴	۴	۱۶	کمبود سازوکارهای مشخص انگیزشی	۳	۴	۱۲
۵	قابلیت توسعه عمرانی در عرصه	۸	۴	۳۲	کمبود امکانات رفاهی مناسب جهت پرسنل	۳	۴	۱۲
۶	آموزش مداوم پرسنل	۵	۴	۲۰	ناکافی بودن مسائل رفاهی مراجعین و پرسنل از جمله پارکینگ و فضای سبز	۳	۳	۹
۷	حضور شبانه روزی متخصص زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی در بیمارستان	۷	۴	۲۸	شفاف نبودن روند ارائه خدمات	۱۴	۴	۵۶
۸	وجود روش های نوین درمان از قبیل مراقبتهای تکانهای نوزاد، KMC و زایمان فیزیولوژیک و...	۸	۴	۳۲	کمبود فضای آموزشی درمانی	۵	۲	۱۰
۹	جامعیت ارائه خدمات درمانی	۱۱	۲	۲۲	فرسودگی تجهیزات	۴	۳	۱۲
۱۰	فعالیت بخش ویژه نوزادان (NICU) در بیمارستان	۴	۳	۱۲	کمبود نیروی انسانی به میزان ارائه خدمات	۱۳	۲	۲۶
۱۱	برخورداری از تجهیزات پیشرفته و فناوری های نوین تجهیزات پزشکی	۵	۴	۲۰	عدم وجود بخش مراقبت ویژه بزرگسالان مناسب در بیمارستان	۱۰	۱	۱۰
۱۲	تعهد مدیران ارشد به ایمنی بیمار	۷	۳	۲۱	عدم وجود همراه سرا در بیمارستان	۹	۲	۱۸
	جمع	۱۰۰		۱۶۳		۱۰۰		۱۲۶
								۲۸۹

## ماتریس ارزیابی عوامل خارجی سازمان

ردیف	فرصت	وزن	ضریب امتیاز	رتبه نهایی	تهدید	وزن	ضریب امتیاز	رتبه نهایی
۱	الزام مراجعه بعضی از بیماران به بخش دولتی	۱۵	۳	۴۵	ناکافی بودن مهارت‌های عملی فارغ التحصیلان جدید	۱۵	۱	۱۵
۲	مهاجر پذیر بودن منطقه	۵	۱	۵	ذهنیت نامناسب مردم نسبت به بیمارستانهای دولتی	۱۰	۳	۳۰
۳	خیرین مشتاق مشارکت در منطقه	۱۶	۴	۶۴	افزایش گروه های پرخطر و آسیب	۱۵	۳	۴۵
۴	وجود انگیزه اعتقادی بانوان منطقه در خصوص کسب خدمات بهداشتی درمانی از مراکز ویژه بانوان	۱۰	۲	۲۰	سطح پایین سواد سلامت	۱۶	۲	۳۲
۵	اقبال عمومی مردم به خدمات درمانی دولتی	۱۴	۲	۲۸	درصد بالای مراجعین از قشر کم درآمد، بی بضاعت و اتباع	۳	۴	۱۲
۶	پایین بودن تعرفه خدمات در مقایسه با بخش خصوصی ودولتی همجوار	۱۴	۲	۲۸	عدم پشتیبانی بیمه ها جهت باز پرداخت به موقع مطالبات بیمارستان	۱۰	۳	۳۰
۷	تاکید وزارت بهداشت مبنی بر پیاده سازی نظام های ترویج زایمان طبیعی و زایمان ایمن	۱۰	۱	۱۰	ردم پرداخت به موقع حقوق و مزایای پرسنل تحت سرپرستی	۵	۱	۵
۸	تسهیلات ویژه درمانی به بیماران در راستای انجام زایمان بی درد	۱۰	۱	۱۰	الزام به پذیرش بیماران بدحال وبی بضاعت	۱۰	۲	۲۰
۹	پوشش سازمانهای بیمه گر پایه	۲	۱	۲	عدم پایداری ذینفعان خارجی به تعهدات خود	۱۰	۳	۳۰
۱۰	بخش خصوصی غیر فعال در شهرستان	۲	۲	۴	عدم توجه کافی سیاست گذاران بر افزایش سرانه سلامت	۵	۱	۵
۱۱	اشراف مدیران ارشد دانشگاه نسبت به موقعیت و شرایط و قابلیت‌های بیمارستان	۲	۱	۲	عدم کفایت استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز دولت برای بیمارستان،	۶	۳	۱۸
	جمع	۱۰۰		۱۰۹		۱۰۰		۱۲۲ ۲۳۱

## آنالیز عوامل داخلی و خارجی سازمان در نمودار *swot*



## مسائل استراتژیک بیمارستان مهر مادر تربت جام

- کمبود فضاهای آموزشی ، در مانی ،اداری و پشتیبانی
- فقدان ساز و کارهای انگیزشی
- نهادینه بودن ناکافی استانداردهای ایمنی بیمار و انجام زایمان ایمن و زایمان بی درد
- نقص تجهیزات تاسیساتی و نگهداری
- نارضایتی بیماران و هتلینگ نامناسب
- اتلاف انرژی
- عدم تناسب در آمد و هزینه
- شفاف نبودن روند ارائه خدمات
- عدم وجود کامل ملزومات و استانداردهای مدیریت خطر
- تاخیر در پرداخت مطالبات بیمارستان



## مسائل استراتژیک و ضریب اهمیت مربوطه از ۱ تا ۱۰

مشکل سوم		مشکل دوم		مشکل اول		موضوع		معیار
تاخیر در پرداخت مطالبات بیمارستان		فقدان ساز و کارهای انگیزشی		عدم تناسب درآمد و هزینه				
وزن	ضریب	وزن	ضریب	وزن	ضریب	وزن		
۴۵	۲	۷۵	۵	۴۵	۳	۱۵%	سهولت برخورد	۱
۶۰	۴	۷۵	۵	۴۵	۳	۱۵%	امکان موفقیت	۲
۱۲۰	۸	۹۰	۶	۴۵	۳	۱۵%	اثربخشی ره حل	۳
۹۰	۶	۱۲۰	۸	۱۵	۱۰	۱۵%	شدت مشکل	۴
۴۰	۲	۱۲۰	۶	۱۴۰	۷	۲۰%	هزینه مقابله	۵
۱۶۰	۸	۲۰۰	۱۰	۱۰۰	۵	۲۰%	گستره تاثیر	۶
۵,۱۵		۶,۸۰		۵,۲۵		۱۰۰%	کل	

مشکل ششم		مشکل پنجم		مشکل چهارم		موضوع		
عدم وجود کامل ملزومات و استانداردهای مدیریت خطر		نارضایتی بیماران و هتلینگ نامناسب		اتلاف انرژی				
وزن	ضریب	وزن	ضریب	وزن	ضریب	وزن	معیار	
۱۲۰	۸	۶۰	۴	۹۰	۶	۱۵%	سهولت برخورد	۱
۱۵۰	۱۰	۱۲۰	۸	۱۲۰	۸	۱۵%	امکان موفقیت	۲
۱۵۰	۱۰	۱۲۰	۸	۱۳۵	۹	۱۵%	اثربخشی ره حل	۳
۱۳۵	۹	۱۳۵	۹	۶۰	۴	۱۵%	شدت مشکل	۴
۶۰	۳	۱۸۰	۹	۱۴۰	۷	۲۰%	هزینه مقابله	۵
۲۰۰	۱۰	۲۰۰	۱۰	۱۸۰	۹	۲۰%	گستره تاثیر	۶
۸,۱۵		۸,۱۵		۷,۲۵		۱۰۰%	کل	

مشکل نهم		مشکل هشتم		مشکل هفتم		موضوع		معیار
شفاف نبودن روند ارائه خدمات		کمبود فضاهای آموزشی ، درمانی ،اداری و پشتیبانی		نقص تجهیزات تاسیساتی و نگهداری				
وزن	ضریب	وزن	ضریب	وزن	ضریب	وزن		
۶۰	۴	۱۲۰	۸	۶۰	۴	۱۵%	سهولت برخورد	۱
۷۵	۵	۱۵۰	۱۰	۹۰	۶	۱۵%	امکان موفقیت	۲
۱۰۵	۷	۱۵۰	۱۰	۱۲۰	۸	۱۵%	اثربخشی ره حل	۳
۱۳۵	۹	۹۰	۶	۱۵۰	۱۰	۱۵%	شدت مشکل	۴
۶۰	۳	۲۰۰	۱۰	۱۴۰	۷	۲۰%	هزینه مقابله	۵
۱۶۰	۸	۲۰۰	۱۰	۲۰۰	۱۰	۲۰%	گستره تاثیر	۶
۵,۹۵		۹,۱۵		۷,۶۰		۱۰۰%	کل	

مشکل دهم		موضوع		
نهادینه بودن ناکافی استانداردهای ایمنی بیمار و انجام زایمان ایمن و زایمان بی درد				
وزن	ضریب	وزن	معیار	
۶۰	۴	۱۵%	سهولت برخورد	۱
۷۵	۵	۱۵%	امکان موفقیت	۲
۱۲۰	۸	۱۵%	اثربخشی راه حل	۳
۱۳۵	۹	۱۵%	شدت مشکل	۴
۱۸۰	۹	۲۰%	هزینه مقابله	۵
۱۸۰	۹	۲۰%	گستره تاثیر	۶
۷,۵۰		۱۰۰%	کل	

## اولویت بندی مسائل استراتژیک بیمارستان مهر مادر تربت جام

ردیف	مسائل استراتژیک به ترتیب اولویت	امتیاز
۱	کمبود فضاهای آموزشی ، در مانی ،اداری و پشتیبانی	۹/۱۵
۲	عدم وجود کامل ملزومات و استانداردهای مدیریت خطر	۸/۱۵
۳	نارضایتی بیماران و هتلینگ نامناسب	۸/۱۵
۴	نقص تجهیزات تاسیساتی و نگهداری	۷/۶۰
۵	نهادینه بودن ناکافی استانداردهای ایمنی بیمار و انجام زایمان ایمن و زایمان بی درد	۷/۵۰
۶	اتلاف انرژی	۷/۲۵
۷	فقدان ساز و کارهای انگیزشی	۶/۸۰
۸	شفاف نبودن روند ارائه خدمات	۵/۹۵
۹	عدم تناسب درآمد و هزینه	۵/۲۵
۱۰	تاخیر در پرداخت مطالبات بیمارستان	۵/۱۵

## اهداف و استراتژیها

### هدف کلان: ارتقاء مستمر کیفیت خدمات بیمارستان

### استراتژی کلان: شفاف سازی روند ارائه خدمات با تکیه بر دانش حرفه ای و قابلیت های انسانی

#### موجود

هدف اختصاصی ۱: یکسان سازی فرایندهای جاری بخشها به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۰

استراتژی اختصاصی ۱-۱: تدوین و اجرای فرایندهای جاری بیمارستان

هدف اختصاصی ۲: ارتقاء سطح آگاهی پرسنل با شرح شغل و وظایف شغلی به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۲-۱: تدوین کتابچه شرح وظایف شغلی

هدف اختصاصی ۳: ارتقاء سطح آگاهی پرسنل بخشهای بستری در خصوص انتقال دانش بین شیفتها به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۳-۱: آموزش پرسنل بخشهای بستری در خصوص گزارش نویسی و تحویل شیفتها

### هدف کلان: ارتقاء اقدامات زایمان ایمن و فیزیولوژیک و بی دردی و حفظ جان مادر و نوزاد

### استراتژی کلان: اجرای برنامه ها و دستورالعمل های ترویج زایمان طبیعی و زایمان ایمن و بی

### دردی در جهت ارتقاء مستمر کیفیت خدمات در بیمارستان

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء استانداردهای بیمارستان دوستدار مادر و کودک در بیمارستان به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: اجرای دستورالعملها ی ابلاغی وزارت بهداشت به میزان ۱۰۰ درصد در هر سال

استراتژی اختصاصی ۲-۱: کاهش ۵ درصد سزارین نسبت به وضعیت موجود در هر سال تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۳-۱: کاهش ۱۰ درصد میزان القای درد زایمانی و تقویت درد زایمان نسبت به وضعیت موجود در هر سال (بودن در رنج کلی کمتر از ۳۰ درصد که ایده ال است) تا پایان سال ۱۴۰۴



استراتژی اختصاصی ۳-۱: جلسه و مطرح کردن با پزشکان و ارائه آمار و مشکلات پزشکان به تفکیک هر پزشک در کمیته ترویج زایمان طبیعی

استراتژی اختصاصی ۳-۲: برگزاری جلسه آموزشی و تاکید به ماماهاى بخش زایشگاه و آگاه کردن ماماها از اهمیت کاهش تقویت درد زایمانی

استراتژی اختصاصی ۱-۴: کاهش ده درصد میزان اپیزیاتومی نسبت به وضعیت موجود در هر سال (بودن در رنج کلی کمتر از ۳۰ درصد) تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۴-۱: جلسه و مطرح کردن با پزشکان و ارائه آمار و مشکلات پزشکان به تفکیک هر پزشک در کمیته ترویج زایمان طبیعی

استراتژی اختصاصی ۴-۲: برگزاری جلسه آموزشی و تاکید به ماماهاى بخش زایشگاه و آگاه کردن ماماها از اهمیت کاهش اپیزیاتومی

استراتژی اختصاصی ۱-۵: افزایش ۲۰ درصدی پوشش استفاده از روشهای بی دردی نسبت به وضعیت موجود (روشهای غیر دارویی، ماساژ، انتونوکس، اجازه حرکت به مادر در لیبر، تنس، اپیدورال) یا به بیش از ۸۰ درصد زایمانها برسد تا پایان سال ۱۴۰۱

استراتژی اختصاصی ۵-۱: جلسه و مطرح کردن با پزشکان و ارائه آمار و مشکلات پزشکان به تفکیک هر پزشک در کمیته ترویج زایمان طبیعی

استراتژی اختصاصی ۵-۲: برگزاری جلسه آموزشی و تاکید به ماماهاى بخش زایشگاه و آگاه کردن ماماها از اهمیت روشهای بیدردی

### **استراتژی کلان: اجرای برنامه های بهبود در جهت ارتقاء مستمر کیفیت خدمات در بیمارستان**

استراتژی اختصاصی ۵-۱: آموزش و توانمند سازی نیروی انسانی در خصوص انجام اقدامات استاندارد و ایمن در راستای افزایش زایمان فیزیولوژیک و ایمن و حفظ جان مادر و نوزاد.

استراتژی اختصاصی ۶-۱: بازبینی مستندات اعتبار بخشی و استانداردهای بیمارستان دوستدار مادر و کودک در هر سال

هدف اختصاصی ۲: ارتقاء آگاهی پرسنل جدیدالورود نسبت به بیمارستان و قوانین، مقررات و دستورالعملهای زایمان ایمن و فیزیولوژیک و بی دردی زایمان به میزان ۱۰۰٪

استراتژی اختصاصی ۱-۲: ارائه آموزشهای توجیهی بدو ورود به پرسنل جدیدالورود

هدف اختصاصی ۲-۲: ارتقاء سطح خدمات هتلینگ بیمارستان به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۳-۲: نظارت بر عملکرد نیروهای خدماتی

استراتژی اختصاصی ۴-۲: اجرای دستورالعمل ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ و زایمان ایمن

هدف اختصاصی ۳: افزایش توانمند سازی پرسنل بخشها در انجام زایمان ایمن و احیای نوزادان و بزرگسالان به میزان ۹۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی ۱-۳: برگزاری کلاس آموزشی انجام زایمان ایمن و فیزیولوژیک جهت پرسنل بخش زنان و زایشگاه هر شش ماه

استراتژی ۲-۳: برگزاری کلاس آموزشی احیای نوزاد و بزرگسال جهت کلیه بخشهای بیمارستانی هر شش ماه

### **هدف کلان: دریافت به موقع مطالبات بیمارستان**

#### **استراتژی کلان: استقرار سیستم اطلاعات بیمارستانی به روز و کارآمد**

هدف اختصاصی ۱: تسریع در روند دریافت و پرداخت مطالبات به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: زمینه سازی ارسال به موقع اسناد بیمه ای

### **هدف کلان: افزایش رضایتمندی بیماران**

#### **استراتژی کلان: ایجاد نظامی در جهت برقراری ارتباط با مراجعه کنندگان**

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء رضایتمندی مراجعه کنندگان از خدمات ارائه شده به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: ساخت استراحت گاه همراهیان بیمار در بیمارستان با کمک خیرین تا پایان سال ۱۴۰۰

استراتژی اختصاصی ۲-۱: انجام نظرسنجی و استفاده از نظرات و پیشنهادات ارباب رجوع

هدف اختصاصی ۲: کاهش شکایت کثیرالوقوع در بیمارستان به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی ۱-۲: ایجاد نظامی جهت رسیدگی به شکایات

هدف اختصاصی ۳: انطباق میزان ترخیص با رضایت شخصی در اورژانس مامایی و بخشها با استانداردهای موجود د تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی ۱-۳: تعیین دلایل ترخیص با میل شخصی بیماران

هدف اختصاصی ۴: ارتقاء آگاهی پرسنل در خصوص ارتباط با بیمار به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی ۱-۴: آموزش ارتباط با بیمار به پرسنل

هدف اختصاصی ۵: ارتقاء آگاهی مراجعین در خصوص اطلاعات بدو ورود، حین بستری و پس از ترخیص به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی ۱-۵: ارائه اطلاعات مورد نیاز به بیماران

## هدف کلان: ایجاد تعلق سازمانی، افزایش انگیزه و رضایتمندی کارکنان

### استراتژی کلان: ایجاد نظامی جهت برقراری ارتباط با کارکنان

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء رضایتمندی کارکنان به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: نظرسنجی از کارکنان

هدف اختصاصی ۲: ارتقاء سطح انگیزش کارکنان به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۲: انجام ارزیابی های عملکردی دوره ای از کارکنان

استراتژی ۲-۲: ایجاد برنامه های تشویقی جهت کارکنان فعال و ماهر

## هدف کلان: کاهش هزینه های انرژی و نگهداشت بهینه تجهیزات پزشکی

### استراتژی کلان: مدیریت استفاده بهینه از وسایل و تجهیزات پزشکی

هدف اختصاصی ۱: کاهش هزینه های تعمیرات به میزان ۵۰٪ طی سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: نظارت بر روند تعمیرات جهت کاهش هزینه های تعمیرات

استراتژی اختصاصی ۱-۲: سرویس دوره ای سالیانه تجهیزات پزشکی به منظور پیشگیری از خرابی

هدف اختصاصی ۲: ساماندهی کلیه خریدهای تجهیزات پزشکی بیمارستان طبق سامانه خدمات الکترونیک دولت

طی سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۲-۱: رعایت الزامات خرید تجهیزات پزشکی طبق موارد ابلاغی از اداره کل تجهیزات

هدف اختصاصی ۳: در اختیار داشتن کلیه اطلاعات تجهیزات پزشکی بیمارستان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰

استراتژی ۳-۱: تهیه و تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی بیمارستان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۴

## هدف کلان: حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار

### استراتژی کلان: ارتقاء ایمنی بیمار با اجرای استانداردهای الزامی بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۱: بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۲۰ درصد تا سال ۱۴۰۴

استراتژی ۱-۱: اولویت بخشیدن به ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان

استراتژی ۱-۲: تدوین برنامه عملیاتی استاندارد الزامی ایمنی بیمار  
استراتژی ۱-۳: تعیین و انتخاب مدیر ایمنی بیمارستان  
استراتژی ۱-۴: انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (Patient safety Walk-round)  
استراتژی ۱-۵: تعیین و انتخاب مدیر خطر بیمارستان\*  
استراتژی ۱-۶: برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر  
استراتژی ۱-۷: موجود بودن تجهیزات ضروری بیمارستان\*  
استراتژی ۱-۸: ضد عفونی نمودن مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد  
استراتژی ۱-۹: استخدام و بکارگماردن کادر بالینی حائز شرایط با تأیید کمیته ذیصلاح و بر اساس مهارتهای  
عمومی و تخصصی بالینی

هدف اختصاصی ۲: بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه به میزان ۵۰ درصد تا سال ۱۴۰۴

استراتژی ۲-۱: اجرای نظام رضایت آگاهانه قبل از هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی  
استراتژی ۲-۲: اجرای نمودن پروتکل شناسایی بیمار

هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۳۰ درصد تا سال ۱۴۰۴

استراتژی ۳-۱: اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات

استراتژی ۳-۲: اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص

استراتژی ۳-۳: اجرایی نمودن برنامه پیشگیری و کنترل عفونت براساس راهنمای کشوری

استراتژی ۳-۴: اجرایی نمودن نظام هموویزیلانس

استراتژی ۳-۵: در دسترس بودن داروهای حیاتی در تمامی اوقات شبانه روز

استراتژی ۳-۶: اجرایی نمودن ۹ راه حل ایمنی بیمار

استراتژی ۳-۷: ارزیابی و اولویت بندی خطاهای موجود

## هدف کلان: ارتقاء مستمر کیفیت خدمات بیمارستان

**استراتژی کلان:** شفاف سازی روند ارائه خدمات با تکیه بر دانش حرفه ای و قابلیت های انسانی

موجود

**هدف اختصاصی ۱:** یکسان سازی فرایندهای جاری بخشها به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

**استراتژی اختصاصی ۱-۱:** تدوین و اجرای فرایندهای جاری بیمارستان

**شرح فعالیت:**

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تشکیل جلسه تخصصی تدوین فرایندهای جاری	دفتر بهبود کیفیت	۱۴۰۰/۰۷/۲۴ الی ۱۴۰۰/۰۷/۲۵	دفتر مدیریت	صدور ابلاغ جهت اعضا کمیته	صورتهای جلسات		-	-
۲	شناسایی و تدوین فرایندهای جاری	مسئولین واحدها	۱۴۰۰/۰۷/۲۵ الی ۱۴۰۰/۱۰/۵	کلیه واحدها	-تشکیل جلسه آموزش نحوه طراحی فلوچارت فرایند -ابلاغ مدیریت به کلیه مسئولین واحدها -ارائه مشاوره به مسئولین واحدها -ارائه فلوچارت نمونه به مسئولین واحدها جهت الگوبرداری	-تشویق و تنبیه واحدها -صورتهای جلسات -تعداد فرایندهای تدوین شده		-	-
۳	بازنگری طراحی فرایندهای تخصصی و تطبیق فرایندها با استانداردها و دستورالعملها	مدیران بیمارستان	۱۴۰۰/۱۰/۰۶ الی ۱۴۰۰/۱۰/۱۲	بهبود کیفیت	-آموزش مسئولین واحدها توسط اعضا کمیته تخصصی -در دسترس قرار دادن مستندات مربوط به اعتبار بخشی -ارائه مشاوره به مسئولین بخشها توسط اعضا کمیته تخصصی	-جمع آوری روزانه فرایندهای تکمیل شده -تعداد فرایندهای تدوین شده		-	-
۴	بازنگری، اصلاح و تایید فرایندها	کمیته تخصصی	۱۴۰۰/۱۰/۱۳ الی ۱۴۰۰/۱۰/۳۰	بهبود کیفیت	- بازنگری فرایندها	تعداد فرایندهای تدوین شده		-	-
۵	ابلاغ فرایندها به مسئولین واحدها جهت اجر	مدیریت	۱۴۰۰/۰۷/۲۴ الی ۱۴۰۰/۰۷/۲۵	دفتر مدیریت	پرینت کلیه فرایندها	وجود کلیه فرایندها در بخشها و در دسترس پرسنل		-	-
۶	آموزش کارکنان مرتبط	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۰/۷/۱۵	بخشها	-تشکیل جلسه مسئولین واحدها	صورتهای جلسات -ارائه آموزش فرایندها توسط مسئولین به پرسنل -تعداد افراد شرکت کننده در کلاسها		-	-

۷	اخذ بازخورد از کارکنان	سوپروایزر آموزشی	۱۴۰۱/۱/۲	بخشها	-تشکیل جلسات منظم	-جمع بندی و تجمیع بازخورد فرایندهای هر واحد -تنظیم صورتجلسات	-	-
۸	بازنگری، اصلاح نهایی فرایندها و تهیه کتابچه	بهبود کیفیت	۱۴۰۱/۲/۲	مدیریت اجرایی	تشکیل منظم جلسات	-کتابچه فرایندهای موجود	--	---
۹	اخذ بازخورد و بازنگری سالانه فرایندها و ایجاد تغییرات بر اساس نیازها و دستورالعملهای جدید	بهبود کیفیت	پایان هر سال	کمیته مدیریت اجرایی	ارسال دستورالعملها و استانداردهای جدید به کمیته مدیریت اجرایی	صورتجلسات کمیته	-	-

## هدف اختصاصی ۲: ارتقاء سطح آگاهی پرسنل با شرح شغل و وظایف شغلی به

میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

## استراتژی اختصاصی ۲-۱: تدوین کتابچه شرح وظایف شغلی

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	چه زمانی؟	کجا؟	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه شرح وظایف شغلی پرسنل	دفتر بهبود کیفیت - کارگزینی	شهریور سال ۱۴۰۰	دفتر بهبود کیفیت	مطالعه کتب و دستورالعملها	مستندات			
۲	بازنگری شرح وظایف شغلی تهیه شده	مسئولین اصلی بیمارستان	اردیبهشت سال ۱۴۰۱	دفتر بهبود کیفیت		مستندات			
۳	تغییر شرح وظایف شغلی تهیه شده در صورت نیاز	دفتر بهبود کیفیت	اردیبهشت سال ۱۴۰۱	دفتر بهبود کیفیت		مستندات			
۴	اخذ تأییدیه نهایی از مسئولین بیمارستان و تهیه کتابچه شرح وظایف کلیه پرسنل	دفتر بهبود کیفیت	اسفند ۱۴۰۱	دفتر حاکمیت بالینی	پیگیری	مستندات			

شاخص: میزان آگاهی پرسنل نسبت به شرح شغل و وظایف شغلی مربوطه: تعداد پرسنل آگاه نسبت به

شرح شغل و وظایف شغلی مربوطه / کل پرسنل \* ۱۰۰



## هدف اختصاصی ۳: ارتقاء سطح آگاهی پرسنل بخش های بستری در خصوص انتقال

دانش بین شیفتها به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

### استراتژی اختصاصی ۳-۱: آموزش پرسنل بخشهای بستری در خصوص گزارش نویسی و

تحويل شیفتها

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	آموزش گزارش نویسی و کاردکس نویسی و order نویسی صحیح و استاندارد	دفتر آموزش و بیمارستان و آموزش کارکنان	سالانه	سالن آموزش	-تشکیل جلسات آموزشی و یا مجازی -تهیه پاورپوینت و جزوه آموزشی	-ارائه per test & post test تعداد شرکت کنندگان در آزمایش-نتایج آزمون per test&posttest		-----	-
۲	آموزش تحويل و تحول شیفتها به صورت صحیح و بر اساس استاندارد	دفتر آموزش کارکنان و سوپروایزر آموزشی	سالانه	سالن آموزش	-تشکیل جلسات آموزشی	تعداد پرسنل آگاه به شیوه تحويل و تحول شیفت بر اساس پرسشنامه -نظارت سوپروایزرین		-	-

شاخص: میزان پرسنل در خصوص گزارش نویسی و کاردکس نویسی صحیح و تحويل شیفت: تعداد پرسنل درمانی آگاه در خصوص گزارش نویسی و کاردکس نویسی و تحويل شیفت / کل پرسنل درمانی\*۱۰۰

## هدف کلان: ارتقاء اقدامات زایمان ایمن و فیزیولوژیک و بی دردی و

### حفظ جان مادر و نوزاد

استراتژی کلان: اجرای برنامه ها و دستورالعملهای ترویج زایمان طبیعی و زایمان

ایمن و بی درد در بیمارستان در حفظ ایمنی مادر و نوزاد

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء استانداردهای بیمارستان دوستدار مادر و کودک در

بیمارستان به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

## استراتژی اختصاصی ۱-۱: اجرای دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت به میزان

۱۰۰ درصد در هر سال

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	ارسال دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت به کلیه بخشها	مدیریت - مسئول مادران پرخطر	هر زمان ابلاغ شد	کلیه بخشها	همه‌نگی با رابطین واحدها جهت اطلاع رسانی - سیستم اتوماسیون	میزان اجرا			
۲	تجزیه و تحلیل میزان اجرای دستورالعملهای ابلاغی در بخشها	مسئول مادران پرخطر - سوپروایزر آموزشی - دفتر بهبود کیفیت	هر ماه	کلیه بخشها	همه‌نگی با رابطین واحدها جهت میزان اجرا -	میزان اجرا			

## استراتژی اختصاصی ۱-۲: کاهش ۵ درصد سزاین نسبت به وضعیت موجود در هر

سال تا پایان سال ۱۴۰۴

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	آنالیز دقیق میزان سزاین و دلیل سزاین به تفکیک هر پزشک	مسئول مادران پرخطر	هر ماه	سالن کنفرانس	بررسی پرونده ها - آنالیز - سیستم				
۲	جلسه و مطرح کردن با پزشکان و ارائه آمار و مشکلات پزشکان به تفکیک هر پزشک در کمیته ترویج زایمان طبیعی	مسئول مادران پرخطر - مدیریت - سوپروایزر آموزشی	ماهیهانه	سالن کنفرانس	صور تجلسه	نوشتن صور تجلسه			
۳	برگزاری جلسه آموزشی و تاکید به ماماها یخش زایشگاه و آگاه کردن ماماها را اهمیت کاهش سزاین	مسئول مادران پرخطر - مدیریت - سوپروایزر آموزشی	هر ماه	کلیه بخشها	صور تجلسه	صور تجلسه			

**استراتژی اختصاصی ۱-۳: کاهش ۱۰ درصد میزان القای درد زایمانی و تقویت  
درد زایمان نسبت به وضعیت موجود در هر سال (بودن در رنج کلی کمتر از ۳۰  
درصد کل زایمانها که ایده ال است) تا پایان سال ۱۴۰۴**

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	آنالیز دقیق میزان القای درد های زایمانی و دلیل آن به تفکیک هر پزشک	مسئول مادران پرخطر	هر ماه	سالن کنفرانس	بررسی پرونده ها- آنالیز- سیستم	بررسی پرونده ها- آنالیز- سیستم			
۲	جلسه و مطرح کردن با پزشکان و ارائه آمار و مشکلات پزشکان به تفکیک هر پزشک در کمیته ترویج زایمان طبیعی	مسئول مادران پرخطر - مدیریت - سوپروایزر آموزشی	ماهیهانه	سالن کنفرانس	صور تجلسه	نوشتن صور تجلسه			
۳	برگزاری جلسه آموزشی و تاکید به ماماهاى بخش زایشگاه و آگاه کردن ماماها ار اهمیت کاهش القای درد های زایمانی	مسئول مادران پرخطر - سوپروایزر آموزشی	هر ماه	کلیه بخشها	صور تجلسه	صور تجلسه			

**استراتژی اختصاصی ۱-۴: کاهش ده درصد میزان اپیزیاتومی نسبت به وضعیت  
موجود در هر سال (بودن در رنج کلی کمتر از ۳۰ درصد) تا پایان سال ۱۴۰۴**

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	آنالیز دقیق میزان اپیزیاتومی و دلیل آن به تفکیک هر پزشک	مسئول مادران پرخطر	هر ماه	سالن کنفرانس	بررسی پرونده ها- آنالیز- سیستم	بررسی پرونده ها- آنالیز- سیستم			

۲	جلسه و مطرح کردن با پزشکان و ارائه آمار و مشکلات پزشکان به تفکیک هر پزشک در کمیته ترویج زایمان طبیعی	مسئول مادران پرخطر - مدیریت - سوپروایزر آموزشی	ماهیهانه	سالن کنفرانس	صورتجلسه	نوشتن صورتجلسه
۳	برگزاری جلسه آموزشی و تاکید به ماماها بخش زایشگاه و آگاه کردن ماماها از اهمیت کاهش اپیزباتومی	مسئول مادران پرخطر - سوپروایزر آموزشی	هر ماه	کلیه بخشها	صورتجلسه	صورتجلسه

**استراتژی اختصاصی ۱-۵: افزایش ۲۰ درصدی پوشش استفاده از روشهای بی دردی نسبت به وضعیت موجود (روشهای غیر دارویی ، ماساژ، انتونوکس ، اجازه حرکت به مادر در لیبر، تنس، اپیدورال ) یا به بیش از ۸۰ درصد زایمانها برسد تا پایان سال ۱۴۰۱**

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	آنالیز دقیق میزان زایمان بی درد به تفکیک هر پزشک	مسئول مادران پرخطر	هر ماه	سالن کنفرانس	بررسی پرونده ها- آنالیز- سیستم	بررسی پرونده ها- آنالیز- سیستم			
۲	جلسه و مطرح کردن با پزشکان و ارائه آمار و مشکلات پزشکان به تفکیک هر پزشک در کمیته ترویج زایمان طبیعی	مسئول مادران پرخطر - مدیریت - سوپروایزر آموزشی	ماهیهانه	سالن کنفرانس	صورتجلسه	نوشتن صورتجلسه			
۳	برگزاری جلسه آموزشی و تاکید به ماماها بخش زایشگاه و آگاه کردن ماماها از اهمیت انجام زایمان بی درد	مسئول مادران پرخطر - سوپروایزر آموزشی	هر ماه	کلیه بخشها	صورتجلسه	صورتجلسه			

## استراتژی کلان: اجرای برنامه های بهبود کیفیت در جهت ارتقاء مستمر کیفیت خدمات در بیمارستان

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء استاندارد های اعتباربخشی در بیمارستان به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

### استراتژی اختصاصی ۱-۱: آموزش و توانمند سازی نیروی انسانی

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تکمیل و تدوین PDP برای حداقل پرسنل	سوپروایزر آموزشی	ابتدای هر سال	دفتر آموزش	تهیه فرم PDP-تکمیل فرم توسط پرسنل - تجزیه تحلیل فرمهای تکمیل شده	میزان تکمیل فرمهای PDP			
۲	تدوین برنامه زمان بندی کلاسهای آموزشی طبق اولویتها	سوپروایزر آموزشی	ابتدای هر سال	دفتر آموزش	تهیه برنامه-هماهنگی با مربیان-هماهنگی با رابطین واحدها جهت اطلاع رسانی	تعداد کلاسهای برگزار شده طبق برنامه تدوین شده			
۳	تجزیه و تحلیل آموزشها و انجام اقدامات اصلاحی	سوپروایزر	پایان هر سال	دفتر آموزش	تهیه نمودار	نمودارهای تجزیه و تحلیل			

ابزار و تکنولوژی لازم جهت اجرای برنامه عملیاتی:

-فرمهای PDP

شاخص:

میزان تکمیل فرمهای PDP: تعداد فرمهای تکمیل شده / کل پرسنل \* ۱۰۰

میزان مداخلات انجام شده موثر در راستای آموزش کارکنان: تعداد مداخلات موثر / کل مداخلات انجام شده

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء استاندارد های اعتباربخشی در بیمارستان به میزان ۸۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

### استراتژی اختصاصی ۱-۲: بازبینی مستندات اعتباربخشی سال ۱۴۰۱

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بازبینی خط مشی ها و بومی سازی	مسئولین هر بخش	اسفند ۱۴۰۱ الی خرداد ۱۴۰۲	کلیه بخشها	تصحیح خط مشی ها طبق دستورالعمل استاندارد هر بخش -	مستندات بازبینی			
۲	بازبینی برنامه بهبود هر بخش	مسئولین هر بخش	فروردین ۱۴۰۱ الی مهر ۱۴۰۱	کلیه بخشها	تصحیح برنامه ها واهداف منطبق با اهداف برنامه استراتژیک بیمارستان ونقاط ضعف وقوت هر بخش	مستندات بازبینی			
۳	بازبینی شاخصهای کلیدی هر بخش طبق دستورالعمل اعتبار بخشی	مسئولین هر بخش	فروردین الی مهر ۱۴۰۱	کلیه بخشها		مستندات بازبینی			

هدف اختصاصی ۲: ارتقاء آگاهی پرسنل جدیدالورود نسبت به بیمارستان و قوانین، مقررات مورد لزوم به میزان ۱۰۰٪

استراتژی اختصاصی ۲-۱: ارائه آموزشهای توجیهی بدو ورود به پرسنل جدیدالورود

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بازنگری کتابچه توجیهی بدورود	دفتر بهبود کیفیت-مسئول کارگزینی - سوپروایزر آموزشی-دفتر پرستاری	نیمه اول سال ۱۴۰۰	دفتر بهبود کیفیت	جمع آوری فهرست مطالب مورد نیاز در کتابچه -بررسی چک لیستها - تهیه و جمع آوری مطالب کتابچه-کنجاندن مباحث مربوط به استانداردهای اعتبار بخشی در کتابچه	وجود کتابچه		-	-
۲	ارائه پکیج آموزشی پرسنل جدیدالورود	دفتر آموزش - دفتر بهبود کیفیت	بدورود	دفتر آموزش	تهیه پکیج	مستندات		-	-
۳	برگزاری کلاسهای توجیهی طبق برنامه اعلامی	دفترآموزش کارکنان	بدورود	دفتر آموزش کارکنان	تدوین برنامه زمان بندی	تعداد پرسنل جدیدالورود شرکت کننده در کلاس /کل پرسنل			
۴	اخذ آزمون از پرسنل جدیدالورود و آزمون	دفتر آموزش کارکنان	طبق برنامه اعلامی	دفتر آموزش کارکنان	تدوین برنامه زمان بندی	نمرات درج شده در چک لیست بدود ورد			

								مهاردتهارتهای بالینی و تخصصی از پرسنل جدیدالورود	
۵			چک لیست	شرکت در از مونها- تکمیل چک لیست بدوورود- اخذ تأییدیه از مسئولین هر حیطه	بیمارستان	حداکثر سه ماه پس از شروع به کار	مسئولین مربوطه	تأیید نمرات اخذ شده و تکمیل چک لیست بدوورود توسط مسئولین مربوطه	
۶			چک لیست	-	دفتر مدیریت خدمات پرستاری	حداکثر سه ماه پس از شروع به کار	مدیریت خدمات پرستاری	تأیید نهایی چک لیست جهت ادامه کار	

ابزار و تکنولوژی لازم جهت اجرای برنامه عملیاتی:

- تدوین چک لیست بدوورود، تدوین برنامه زمان بندی از مونها و کلاسهای توجیهی- تهیه پکیج های آموزشی

شاخص: میزان آگاهی پرسنل جدیدالورود: تعداد پرسنل جدید الورود آموزش دیده در خصوص قوانین، مقررات و..... /کل پرسنل جدیدالورود\* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۳: ارتقاء سطح خدمات هتلینگ بیمارستان به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۳-۱: نظارت بر عملکرد نیروها

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تشکیل پرونده کاری، بهداشتی، اخلاقی با گواهی جهت کارکنان	مسئول بهداشت محیط و حرفه ای	بدو ورود	دفتر بهبود کیفیت	الزام به گذراندن دوره های آموزشی مصوب-انجام معاینات و آزمایشات قبل از شروع خدمت -درج نتایج در پرونده کارکنان	تعداد پرسنل دارای پرونده بهداشتی /کل خدمات	.	-	-
۲	نظارت بر عملکرد نیروهای در تمامی شیفتها	شیفت صبح مدیر خدمات شیفت عصر و شب سوپروایزرین بالینی	مداوم	کلیه بخشها	-	-میزان رضایت از عملکرد نیروهای خدماتی در نظر سنجی ها		-	-
۳	برگزاری کلاسهای آموزشی جهت پرسنل	مسئول آموزش کارکنان و مدیریت خدمات پشتیبانی	مداوم	بیمارستان	-تدوین و تکمیل فرم PDP-تدوین برنامه زمان بندی کلاسها- اطلاع رسانی به پرسنل	تعداد پرسنل شرکت کننده در کلاسهای آموزشی /کل پرسنل			

شاخص : درصد تشکیل پرونده بهداشتی کاری جهت پرسنل خدماتی: تعداد پرسنل خدمات دارای پرونده بهداشتی/کل پرسنل خدمات \* ۱۰۰

## هدف اختصاصی ۳: ارتقاء سطح خدمات هتلینگ بیمارستان به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

### استراتژی اختصاصی ۳-۲: اجرای دستورالعملها و ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	رنگ آمیزی دیوارها و سقف اتاق های دیالیز	مدیریت	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	بخش دیالیز	لکه گیری - رنگ آمیزی زیرسازی	مستندات	-----	-	-
۲	نصب درب برقی بخشهای زایشگاه و اتاق عمل	واحد پشتیبانی	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	بخشهای زایشگاه و اتاق عمل	مشاوره کارشناسی-درخواست و اجرا	مستندات		-	-
۳	اصلاح روشنایی و تهویه اتاق مقیمی متخصص اطفال بخش نوزادان	واحد پشتیبانی	نیمه دوم سال ۱۴۰۱	بخشهای نوزادان	اصلاح تهویه و روشنایی				
۴	تعویض کف پوش اتاق عمل	واحد پشتیبانی	۱۶/۱۰ ۱۴۰۰	بخشهای اتاق عمل	کارشناسی و بررسی تعمیرات جزئی -درخواست خرید - تعویض کف پوش ها				
۵	ساخت استراحت گاه و همراه سرا ی بیماران	مدیریت	سال ۱۴۰۱	بیمارستان مهر مادر	مشاوره کارشناسی-درخواست و اجرا				
۶	بهسازی محیط بیمارستان	مدیریت	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	بیمارستان مهر مادر	مشاوره کارشناسی-درخواست و اجرا				
۷	بهسازی و استاندارد سازی بخش ICU	مدیریت	از سال ۱۴۰۱ لغایت ۱۴۰۲	بیمارستان مهر مادر	مشاوره کارشناسی-درخواست و اجرا				



## هدف کلان: دریافت به موقع مطالبات بیمارستان

استراتژی کلان: استقرار سیستم اطلاعات بیمارستانی به روز و کارآمد

هدف اختصاصی ۱: تسریع در روند دریافت و پرداخت مطالبات به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: زمینه سازی ارسال به موقع اسناد بیمه ای

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	پیگیری استقرار بیشتر کارشناسان رسیدگی به اسناد بیمه در بیمارستان	مسئول واحد درآمد	شش ماهه اول سال ۱۴۰۰	واحد درآمد			استقرار کارشناس رسیدگی به اسناد بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی انجام گرفته است ولی نیروهای مسلح موافقت نشده است.		
۲	تامین نیروی مختص واحد درآمد و کسورات و نظارت بر کارشان در بررسی پرونده ها در جهت کاهش کسورات	مدیریت	شش ماهه اول سال ۱۴۰۰	بیمارستان	نظارت بر عملکرد	مستندات ارسال شده پرونده ها		-	-
۳	ارسال به موقع پرونده ها	مسئول حسابداری	هر ماه	واحد حسابداری بیمارستان	پیگیری تکمیل مستندات پرونده ها	بررسی کیفیت و کمیت کار		-	

## هدف کلان: افزایش رضایتمندی بیماران

استراتژی کلان: ایجاد نظامی در جهت برقراری ارتباط با مراجعه کنندگان

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء رضایتمندی مراجعه کنندگان از خدمات ارائه شده به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: انجام نظرسنجی و استفاده از نظرات و پیشنهادات ارباب رجوع

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مكان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	كل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه فرمهای نظرسنجی طبق استانداردهای وزارت	دفتر بهبود کیفیت	سالانه	دفتر بهبود کیفیت	تهیه اطلاعات و استانداردهای لازم تطبیق استانداردها با فرمهای قبلی - جمع بندی و طراحی فرم	فرمهای نظرسنجی		-	-
۲	انجام نظرسنجی حضوری بر بالین بیمار	کارشناس حقوق گیرنده خدمت	مداوم	کلیه بخشها	مراجعه به بخشها - تکمیل پرسشنامه به صورت تصادفی از بیماران	درصد تکمیل فرمهای نظرسنجی		-	-
۳	تحلیل نتایج	دفتر حقوق گیرندگان خدمت	هر سه ماه	دفتر حقوق گیرندگان خدمت	جمع بندی نتایج تحلیل نتایج	نتایج نظرسنجی		-	
۴	انجام مداخلات	کمیته حقوق گیرندگان خدمت	مداوم	سالن آموزش	- ارسال نتایج نظرسنجی به کمیته حقوق گیرندگان خدمت - انجام مداخلات	صورتهجلسات کمیته بگيرنوگان خدمت - مقایسه نتایج دو دوره نظرسنجی - درصد مداخلات تاثیر گذار			

شاخصها: درصد تاثیر مداخلات انجام شده در راستای افزایش رضایتمندی: مقایسه نتایج نظر سنجی در دوره های متوالی  
درصد رضایت مراجعه کنندگان از خدمات ارائه شده در بیمارستان

**هدف اختصاصی ۲: کاهش شکایت کثیرالوقوع در بیمارستان به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴**

**استراتژی ۲-۱: ایجاد نظامی جهت رسیدگی به شکایات**

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مكان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	كل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	جمع آوری شکایات بیماران و همراهیان در شیفتهای مختلف توسط سوپروایزرین و تحویل به دفتر کارشناس رسیدگی به شکایات	دفتر سوپروایزری	از شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ به صورت مداوم	دفتر سوپروایزر	توجیه سوپروایزرین در جهت تحویل فرمهای رضایتمندی - پیگیری و رفع مشکل - تحویل کلیه شکایات	تعداد فرمهای تحویل شده		-	-

۲	جمع بندی ماهیانه فرم ها	رسیدگی به شکایات	از شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ به صورت ماهیانه	رسیدگی به شکایات	گردآوری شکایات از دفتر سوپروایزری-گردآوری شکایات از صندوقها	میزان شکایات ارائه شده
۳	تجزیه و تحلیل شکایات	دفتر بهبود کیفیت، رسیدگی به شکایات	از شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ به صورت ماهیانه	دفتر بهبود کیفیت	تعیین درصد شکایات اعلام شد-تعیین درصد شکایات حل شده به کل شکایات-جمع بندی نتایج وتلاش در جهت کاهش شکایات کثیرالوقوع	نتایج تجزیه وتحلیل
۴	اجرای مداخلات لازم در راستای کاهش شکایات	کمپنه بهبود کیفیت رسیدگی به شکایات	از شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ به صورت ماهیانه	بیمارستان	طرح پیشنهادات وبرنامه ها در راستای کاهش شکایات کثیرالوقوع و انجام اقدامات اصلاحی	درصد تاثیر مداخلات بر میزان شکایات مقایسه نتایج شکایات دوره های متوالی

شاخصها: فراوانی موارد شکایات

درصد شکایات حل وفصل شده :تعدادشکایات حل وفصل شده /کل شکایات \* ۱۰۰

## هدف اختصاصی ۳: انطباق میزان ترخیص با رضایت شخصی در اورژانس مامایی و بخشها با استانداردهای

موجود تا پایان سال ۱۴۰۰

### استراتژی ۳-۱: تعیین دلایل ترخیص با میل شخصی بیماران

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه فرمهای ترخیص با میل شخصی	دفتر بهبود کیفیت - رسیدگی به شکایات	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	دفتر بهبود کیفیت - رسیدگی به شکایات	تهیه و تدوین و طراحی فرم مربوطه - ارسال به اورژانس مامایی و بخشها - توجیه پرسنل توسط مسئول مربوطه جهت تکمیل فرم	وجود فرمهای مربوطه در بخشها		---	
۲	تحلیل نتایج	دفتر بهبود کیفیت - رسیدگی به شکایات	از شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ به صورت ماهیانه	دفتر بهبود کیفیت - رسیدگی به شکایات	جمع بندی نتایج	میزان ترخیص با رضایت شخصی و دلایل		-	
۳	انجام مداخلات	دفتر بهبود کیفیت - رسیدگی به شکایات	از شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ به صورت ماهیانه	بیمارستان	اعلام نتایج در جلسه کمیته حقوق گیرندگان خدمت، ارائه راهکارها و تصویب در جلسات، اجرای مداخلات	صور تجلسات - تعداد مداخلات اعمال شده			
۴	انجام ممیزی (مقایسه و بررسی تاثیر مداخلات بر علل و میزان ترخیص با رضایت شخصی در دو ماه بعدی)	دفتر بهبود کیفیت - رسیدگی به شکایات	هر سه ماه	دفتر بهبود کیفیت - رسیدگی به شکایات	مقایسه داده های دوره های متوالی	میزان کاهش ترخیص با میل شخصی و مقایسه با استانداردهای موجود			

شاخصها:

درصد رضایت شخصی: تعداد افراد ترخیص شده با رضایت شخصی در یک دوره / کل پذیرش

در آن دوره

مقایسه فراوانی علل ترخیص با رضایت شخصی به صورت سه ماهه

## هدف اختصاصی ۴: ارتقاء آگاهی پرسنل در خصوص ارتباط با بیمار به میزان ۶۰٪ تا پایان

سال ۱۴۰۴

### استراتژی ۴-۱: آموزش ارتباط با بیمار به پرسنل

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	آموزش ارتباط با بیمار در بدو ورود به صورت چهره به چهره در قالب کلاس های مهارتهای ارتباطی	سوپروایزر آموزشی	بدورود و سالانه	دفتر آموزش	ارائه پرتست و پوستست	مقایسه نتایج per test & post test	---	-	-
۲	آموزش ارتباط با بیمار به صورت ارائه بروشور	سوپروایزر آموزشی و خدمات	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	کلیه واحدها	-تهیه اطلاعات بروشور و تابلو ذکر نکات آموزشی	-نظارت مسئولین و سوپروایزرین در بخشها - نتایج نظر سنجی از بیماران	-----	-	-
۳	ارائه تشویقی به پرسنل خوش برخورد	مدیریت	طی کار	کلیه واحدها	-معرفی کارکنان خوش برخورد توسط مسئولین واحدها به ریاست	تعداد تشویقات و تنبیها			

شاخصها: میزان رضایت مراجعه کنندگان از برخورد پرسنل

## هدف اختصاصی ۵: ارتقاء آگاهی مراجعین در خصوص اطلاعات بدو ورود، حین بستری و پس از ترخیص به میزان ۵۰٪ تا

پایان سال ۱۴۰۴

### استراتژی ۵-۱: ارائه اطلاعات مورد نیاز به بیماران

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه بروشور آموزشی بدو ورود	بهبود کیفیت	۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰	روابط عمومی	جمع بندی اطلاعات و مباحث مورد نیاز بیماران-الزام به گنجاندن مباحث اعلام شده در حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی در بروشور- طراحی مناسب-چاپ و د ر دسترس قرار دادن کلیه بخشها جهت ارائه به بیماران	وجود بروشورهای آموزشی در کلیه بخشها و در دسترس بیماران		-	
۲	تشکیل گروه آموزش به بیمار	مسئول آموزش مادران سوپروایزر آموزش	سه ماهه اول سال ۱۴۰۰	بیمارستان	انتخاب اعضا-هماهنگی جهت تشکیل جلسات-تنظیم صورتجلسات	صورتجلسات		-	
۳	برنامه آموزشی به بیماران در خصوص بیماریهای شایع	کلیه مسئولین بخشها	سال ۱۴۰۰	کلیه بخشهای بستری	تهیه پمفلتهای بیماری های شایع هر بخش توسط مسئول بخش مربوطه-تائید مدیریت خدمات پرستاری-توجیه پرسنل در خصوص ارائه پمفلت و آموزشهای چهره به چهره به بیماران-	وجود پمفلتها- تکمیل فرم آموزش بیمار در پرونده بیماران		-	
۴	تهیه فرم آموزش به بیمار و الصاق بروی پرونده ها و اطلاع رسانی به بیماران در خصوص تاریخ مراجعات بعدی	مسئول آموزش مادران سوپروایزر آموزش	از ۱۴۰۰	دفتر آموزش	تدوین فرم مربوطه-گنجاندن سه قسمت آموزش بدو، حین و پس از ترخیص-توجیه پرسنل در جهت تکمیل فرم مربوطه- توجیه پرسنل در خصوص ارائه توضیحات لازم به بیماران در خصوص مراجعات بعدی	تعداد فرمهای تکمیل شده به صورت کامل		-	
۵	برگزاری برنامه آموزش به بیمار به صورت گروهی	مسئول آموزش مادران - سوپروایزر آموزش	از ۱۴۰۰	بیمارستان	برگزاری کلاسهای مراقبتهای بارداری طبق برنامه تنظیمی-برگزاری کلاسهای شیردهی	تعداد افراد شرکت کننده در کلاس و تعداد کلاسهای برگزار شده در هر بخش		-	
۶	ارائه برگ خلاصه پرونده به بیمار با ذکر شماره تماس بخش در مواقع بروز عفونت ها و....	مسئول بخش	از ۱۴۰۰	کلیه بخشها	- ثبت اطلاعات در دفاتر مخصوص- اطلاع به کمیته کنترل عفونت و ثبت در نرم افزار کنترل عفونت-اطلاع رسانی به بیماران در حین بستری در این خصوص	-تعداد موارد ثبت شده		-	
۷	اختصاص بخشی از وب سایت بیمارستان برای آموزش بیمار	روابط عمومی، سوپروایزر آموزش و مسئول سایت و مسئول آموزش مادران	از شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	بیمارستان	تهیه مطالب آموزشی-تائید و طراحی مطالب-ارسال به مسئول سایت جهت قرارگیری روی سایت	وجود لینک آموزش به بیمار در وب سایت بیمارستان- میزان رضایتمندی مراجعه کنندگان از آموزشهای ارائه شده		-	
۸	قرار دادن منشور حقوق بیمار در کلیه بخشها	مسئول آموزش مادران -	شش ماهه اول سال ۱۴۰۰	کلیه بخشها	مستندات	مستندات		-	

							سوپروایر آموزش		
۹	بازبینی سالانه پمفلتها و مباحث آموزشی	دفتر آموزش کارکنان	سالانه	کلیه بخشها	به روز نمودن مباحث آموزشی طبق استانداردهای روز	مستندات بازبینی	-		

شاخصها:

- میزان رضایتمندی مراجعه کنندگان از آموزشهای ارائه شده

- میزان آگاهی بیماران از حقوق خود

**هدف کلان: ایجاد تعلق سازمانی، افزایش انگیزه و رضایتمندی کارکنان**

**استراتژی کلان: ایجاد نظامی جهت برقراری ارتباط با کارکنان**

**هدف اختصاصی ۱: ارتقاء رضایتمندی کارکنان به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴**

**استراتژی اختصاصی ۱-۱: نظرسنجی از کارکنان**

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بازنگری فرم رضایتمندی شغلی و تأیید آن	دفتر بهبود کیفیت - مسئول کارگزینی و امور اداری بیمارستان	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	بیمارستان	تحقیق، جستجو و تبادل نظر جهت تهیه فرم	فرم مربوطه		-	-
۲	پخش پرسشنامه ها طبق نمونه گیری صورت گرفته و جمع آوری آنها	دفتر بهبود کیفیت	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	بیمارستان	- تکثیر و توزیع پرسشنامه به تعداد حجم نمونه مورد نظر - پیگیری جهت دریافت پرسشنامه ها	تعداد پرسشنامه های جمع آوری شده		-	-
۳	انالیز داده ها	دفتر بهبود کیفیت	هر سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	-	نتایج آنالیز		-	-
۴	تهیه گزارش رضایتمندی	دفتر بهبود کیفیت	هر سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	- تهیه جداول فراوانی و درصد موارد رضایتمندی کارکنان	نتایج رضایت سنجی و مداخلات پیشنهادی		-	-
۵	انجام اقدامات مداخله ای در صورت عدم رضایت	دفتر بهبود کیفیت - مسئولین بیمارستان	هر سه ماه	بیمارستان	- بررسی مشکلات موجود حاصل از نتایج رضایتمندی - پیگیری جهت رفع مشکلات موجود با همکاری ریاست و مدیریت بیمارستان	بررسی نتایج تاثیر مداخلات		-	-

شاخص: میزان رضایتمندی کارکنان بیمارستان: تعداد پرسنل که رضایت دارند/کل پرسنل نمونه مورد نظر\* ۱۰۰

## هدف اختصاصی ۲: ارتقاء سطح انگیزش کارکنان به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

### استراتژی اختصاصی ۲-۱: انجام ارزیابی های عملکردی دوره ای از کارکنان

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	هزینه	محل تامین اعتبار
۱	ارزشیابی مداوم پرسنل بخش های بیمارستان و ثبت موارد تشویقی یا اشتباهات انجام شده در بخش در دفتر مخصوص	مسئولین بخش های بیمارستان، کارگزینی	مداوم در طول سال	واحد مربوطه	نظارت مسئولین بخش ها بر کار پرسنل مربوطه	تعداد موارد ثبت شده پیگیری و نظارت مسئولین			
۳	تکمیل چک لیست های ارزشیابی کارکنان هر بخش طبق مقررات بیمارستان	مسئولین بخش های بیمارستان، کارگزینی	پایان هر سال	بیمارستان	تهیه فرم ها و تکمیل آن	تعداد چک لیست های تکمیل شده ارزشیابی			
۳	ارسال چک لیستهای تأیید شده به دفتر سوپروایزر بالینی جهت اولویت بندی و ارسال آن به دفتر کارگزینی بیمارستان	مسئولین بخش ها	پایان سال		ارسال چک لیستهای تأیید شده توسط مسئول هر بخش به سوپروایزر بالینی-تهیه نمره نهایی و اولویت بندی فرم ها	تعداد چک لیست های اولویت بندی شده			
۴	ارسال فرم های ارزشیابی کارکنان به دانشگاه طبق اولویت بندی نمره های ارزشیابی	کارگزینی بیمارستان	اول هر سال	دفتر کارگزینی بیمارستان	تأیید چک لیستها و تعیین نمره اولویت بندی پرسنل	تعداد چک لیست های اولویت بندی شده			

شاخص: درصد ارتقاء شغلی سالانه پرسنل: تعداد پرسنل ارتقاء یافته در یک سال / کل پرسنل ارزشیابی شده همان سال \* ۱۰۰

## هدف اختصاصی ۲: ارتقاء سطح انگیزش کارکنان به میزان ۶۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۴

### استراتژی ۲-۳: ایجاد برنامه های تشویقی جهت کارکنان فعال و ماهر

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	هزینه	محل تامین اعتبار
۱	مراجعه به محل	مسئولین	ماهانه	بیمارستان	ارائه گزارش کار پرسنل توسط	لیست افراد			



			مسئول مربوطه به مسئولین اصلی بیمارستان -	بیمارستان	بیمارستان	کار پرسنل و تشکر لفظی	
۲		میزان افزایش یا کاهش اضافه کار و...	طرح در جلسه کارانه و تصویب جلسه	بیمارستان	ماهانه	افزایش در پرداختهای کارکنان (اضافه کار، کارانه)	مسئولین و رئیس اموراداری بیمارستان
۳		تعداد نامه های ارسالی	ارسال اسامی به دفتر ریاست، مدیریت و مترن، درج تشویقی	بیمارستان		ارسال نامه کتبی به پرسنل و درج در پرونده وی	مسئولین بیمارستان و کارگزینی

شاخص: میزان رضایت پرسنل از برنامه های تشویقی بیمارستان: تعداد پرسنل رضایتمند از برنامه های تشویقی بیمارستان در یک دوره زمانی مشخص/کل پرسنل نمونه آماری مورد نظر در همان دوره\*۱۰۰

### هدف کلان: کاهش هزینه های انرژی

استراتژی کلان: مدیریت استفاده بهینه از وسایل و تجهیزات پزشکی

هدف اختصاصی ۱: کاهش هزینه های تعمیرات به میزان ۵۰٪ طی سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۱: نظارت بر روند تعمیرات جهت کاهش هزینه های تعمیرات

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بررسی فاکتورهای تعمیرات دستگاههایی که حجم خرابی بالا دارند	کارشناس تجهیزات پزشکی	دائمی	واحد تجهیزات	بررسی میزان خرابی دستگاه پر کاربرد حیاتی برآورد هزینه تعمیرات انجام شده در طول یکسال	مقایسه میزان تعمیرات قبل و بعداز فعالیت	-	-
۲	تشخیص به صرفه و صلاح بودن تعمیر دستگاه ها	مسئول تجهیزات پزشکی	دائمی	واحد تجهیزات	بررسی به صرفه و صلاح بودن تعمیر از طریق مقایسه هزینه صرف شده جهت تعمیرات با قیمت دستگاه با توجه به ضریب استهلاک	مقایسه میزان تعمیرات قبل و بعداز فعالیت	-	-
۳	نظارت بر صحت انجام تعمیرات و حصول نتیجه مطلوب	مسئول تجهیزات پزشکی	دائمی	واحد تجهیزات	بررسی گزارش های سرویس تعمیرات انجام شده در شرکت نظارت بر کار سرویس کار در محل بیمارستان رعایت مدت زمان گارانتی تعمیر جهت تعمیرات	مقایسه میزان تعمیرات قبل و بعداز فعالیت	-	-

شاخص:

- درصد خرابی تجهیزات پزشکی: تعداد تجهیزات تعمیر شده در یک دوره / کل تجهیزات موجود در همان دوره\* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۱: کاهش هزینه های تعمیرات به میزان ۵۰٪ طی سال ۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۱-۲: سرویس دوره ای تجهیزات پزشکی به منظور پیشگیری از خرابی

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارز شیبایی	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بررسی تجهیزات پزشکی از لحاظ لزوم انجام سرویس دوره ای با توجه به میزان استفاده ، حساسیت کارکرد مطلوب ، به صرفه بودن با توجه به میزان خرابی در طول سال	کارشناس تجهیزات پزشکی	شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ به صورت سه ماهه	واحد تجهیزات پزشکی	بازدید از بخش هاس مختلف جهت اولویت بندی حساسیت عملکرد تجهیزات و میزان خرابی در طی یک دوره شش ماهه	بررسی فاکتورهای تعمیرات تجهیزاتی که دارای برنامه سرویس دوره ای هستند	-	-
۲	مشخص نمودن عملیاتی که در زمان مراجعه کارشناس به منظور سرویس دوره ای انجام می گیرد ( شامل تعویض بعضی قطعات، کالیبراسیون ، نظافت دستگاه )	کارشناس تجهیزات پزشکی	قبل از انعقاد قرارداد سرویس نگهداری به منظور برآورد هزینه و پس از انجام هر سرویس به منظور نظارت بر درستی انجام آن	واحد تجهیزات پزشکی	مکاتبه با مرجع ارائه دهنده سرویس دوره ای ، بایگانی نمودن سوابق سرویس های انجام شده	بررسی گزارش سرویس هر دوره ، مراجعه ، مقایسه میزان خرابی دستگاه طی یکدوره بدون انجام سرویس دوره ای و یکدوره با انجام سرویس دوره ای	-	-
۳	انجام کالیبراسیون به صورت سالیانه و انجام سرویس دوره ای	کارشناس تجهیزات پزشکی	قبل از انعقاد قرارداد سرویس دوره ای به منظور تامین اعتبار به صورت سالیانه	واحد تجهیزات پزشکی	مکاتبه با امور مالی جهت در نظر گرفتن محلی جهت تامین اعتبار	تامین اعتبار	-	-

شاخص: درصد کالیبراسیون تجهیزات پزشکی: تعداد تجهیزات کالیبره شده / کل تجهیزات موجود در یک دوره معین\* ۱۰۰

## هدف اختصاصی ۲: ساماندهی کلیه خریدهای تجهیزات پزشکی بیمارستان بصورت ۵۰٪ طی سال ۱۴۰۴

### استراتژی اختصاصی ۲-۱: رعایت الزامات خرید تجهیزات پزشکی طبق موارد ابلاغی از اداره کل تجهیزات

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارزشیابی	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	دریافت الزامات خریدتجهیزات از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی و سامانه الکترونیک دولت	کارشناس تجهیزات	دائمی	واحد تجهیزات	مراجعه به سایت imed.ir دریافت فایل الزامات خرید دریافت درخواست خرید تکمیل امضاشده از بخش مربوطه	مقایسه خرید از طریق الزامات سایت اداره کل	-	-
۲	انجام فرآیند خرید طبق الزامات	کارشناس تجهیزات	دائمی	واحد تجهیزات	تامین اعتبار درخواست کارشناسی فنی درخواست مطرح نمودن در کمیته تجهیزات پزشکی و دریافت تاییدیه خرید وسیله	مستندات خرید وسیله	-	-

## هدف اختصاصی ۳: در اختیار داشتن کلیه اطلاعات تجهیزات پزشکی بیمارستان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰

### استراتژی ۳-۱: تهیه و تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی بیمارستان در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه شناسنامه تجهیزات پزشکی	کارشناس تجهیزات پزشکی	شش ماهه اول سال ۱۴۰۰	واحد تجهیزات پزشکی	مراجعه به بخش ها- جمع آوری اطلاعات دستگاه ها- واردنمودن اطلاعات در فایل الکترونیکی	مقایسه اطلاعات موجود و تکمیل شده با تجهیزات موجود در بخش بصورت سه ماه یکبار		-	-
۲	به روز بودن شناسنامه تجهیزات	کارشناس تجهیزات پزشکی	دائمی	واحد تجهیزات پزشکی	اضافه نمودن اطلاعات هر دستگاه تازه خریداری شده درهنگام نصب و راه اندازی به اطلاعات موجود	مقایسه اطلاعات موجود و تکمیل شده با تجهیزات موجود در بخش بصورت سه ماه یکبار		-	-
۳	حذف تجهیزات اسقاطی از شناسنامه تجهیزات	کارشناس تجهیزات پزشکی	دائمی	واحد تجهیزات پزشکی	اطلاع رسانی در زمان اسقاط نمودن تجهیزات توسط مسئولین بخش ها- حذف اطلاعات دستگاه موردنظر از شناسنامه	مقایسه اطلاعات موجود و تکمیل شده با تجهیزات موجود در بخش بصورت سه ماه یکبار		-	-

شاخص : درصد تجهیزات شناسنامه دار بیمارستان : تعداد دستگاه های دارای شناسنامه /کل تجهیزات موجود در بیمارستان

## هدف کلان: حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار

استراتژی کلان: ارتقاء ایمنی بیمار با اجرای استانداردهای الزامی بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار

هدف اختصاصی ۱: بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۴۰ درصد تا سال ۱۴۰۲

استراتژی ۱-۱: اولویت بخشیدن به ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان

شرح فعالیت:

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	برگزاری جلسه با تیم مدیریت اجرایی درخصوص بازنگری برنامه ها در راستای اولویت بخشیدن به ایمنی بیمار	دفتر بهبود کیفیت	مهر ۱۴۰۰	دفتر مدیریت	تعیین زمان و مکان تشکیل جلسه	صورتجلسات	---	-	-

شاخص: تعداد جلسات تشکیل شده جهت بازبینی برنامه استراتژیک

هدف اختصاصی ۱: بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۴۰ درصد تا سال ۱۴۰۲

استراتژی ۱-۴ انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (Patient safety Walk-round)

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بازنگری چک لیست بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار	دفتر بهبود کیفیت	مهر ۱۴۰۰ الی آذر ۱۴۰۰	کلیه بخشها	تدوین چگ لیست طبق استاتاردها	چک لیست		-	-

۲	تهیه برنامه زمان بندی شده ۶ ماهه بازدیدهای مدیریتی از بخشهای بیمارستان	دفتر بهبود کیفیت- کارشناس ایمنی	مهر ۱۴۰۰	-اعلام به افراد تیم جهت حضور در بازدید	برنامه بازدید	-	-
۳	ارائه نتایج بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار به مسئولین بخش های مورد بازدید و پیگیری جهت اصلاح مشکلات موجود	دفتر بهبود کیفیت- کارشناس ایمنی	مداوم	تدوین صورتجلسات بازدید	صورتجلسات و فرم های پیگیری انجام مداخلات		
۴	پایش انجام اقدامات مداخله ای	مداوم	دفتر بهبود کیفیت	تعداد اصلاحات انجام شده به کل مداخلات ارائه شده			

### شرح فعالیت:

شاخص : تعداد بازدیدهای مدیریتی انجام شده در طول شش ماه  
 درصد مداخلات تاثیر گذار: تعداد مداخلات اعمال شده تاثیر گذار / کل مداخلات در یک دوره \* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۱: بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان ۴۰ درصد تا سال ۱۴۰۲

استراتژی ۱-۶ برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر

### شرح فعالیت:

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش ارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بررسی و تجزیه و تحلیل موارد مرگ و میر و معلوليتها طبق استانداردهای اعتبار بخشی	رئیس کمیته مرگ و میر نوزادان و کارشناس ایمنی و دفتر بهبود کیفیت	فروردین ۱۴۰۰	کمیته مرگ و میر		تعداد جلسات کمیته برگزار شده		-	-

۲	انجام اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج جلسه	دبیر کمیته مرگ و میر با همکاری دفتر بهبود کیفیت	بعد از هر کمیته	کمیته مرگ و میر	اجرای مداخلات لازم	مستندات مداخله	-	-
۳	پایش نتایج اقدامات اصلاحی	رئیس کمیته و دفتر بهبود کیفیت	هر ۶ ماه	کمیته مرگ و میر	میزان موفقیت اقدامات اصلاحی			

### شاخصها:

تعداد جلسات برگزار شده

درصد بررسی موارد فوتی: تعداد پرونده های بررسی شده به کل فوتی ها در یک دوره معین \* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۱: بهبود اقدامات گروه استانداردهای حاکمیت و رهبری به میزان +۴ درصد تا سال ۱۴۰۲

استراتژی اختصاصی ۱-۸ ضد عفونی نمودن مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بازبینی روشهای اجرایی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد	کارشناس کنترل عفونت	مهر ۱۴۰۰	کلیه واحدها		مستندات بازبینی		-	-
۲	آموزش کارکنان در مورد نحوه استفاده از تجهیزات مرتبط و ضد عفونی و استریلیزاسیون آنها	کارشناس کنترل عفونت	مداوم	کلیه واحدها	تدوین برنامه زمان بندی هماهنگی با مدرسین	درصد افراد آموزش دیده		-	-
۳	تعیین و گزارش مقاومت میکروبی به روش استاندارد	کارشناس کنترل عفونت - مسئول واحد آزمایشگاه	مداوم	کلیه واحدها	تهیه کشت از مکانهای مختلف بیمارستان جهت بررسی عفونت در صورت نیاز	تعداد موارد کشت مثبت/کل کشتهای		-	-

۴	بهبودی و ساماندهی فضای CSR بر طبق استانداردهای اعتبار بخشی	دفتر پشتیبانی دانشکده	در شش ماهه اول سال ۱۴۰۱	CSR	جداسازی کامل فضاهای اعم از کثیف، تمیز و استریل، تغییر محل اتوکلاو مستقر در فضای غیر تمیز	وجود فضاها و تغییرات ذکر شده			
۵	تهیه تک پیچها و ابزار جهت اتاق عمل	مسئول اتاق عمل و CSF	از سه ماهه اول سال ۱۴۰۱ به صورت مداوم	اتاق عمل	تهیه لیست تک پیچها، چک آنها در هر شیفت	کاهش عفونتهای بیمارستان			

### شاخصها:

میزان آگاهی پرسنل از نحوه کار و وضعیت عفونی دستگاهها: تعداد پرسنل آگاه / کل پرسنل در یک دوره معین \* ۱۰۰  
 درصد عفونتهای بیمارستانی: تعداد موارد عفونت ثبت شده / کل عملها یا بیماران \* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۲: بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه به میزان ۵۰ درصد تا سال ۱۴۰۴

اجرای نظام رضایت آگاهانه قبل از هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شبهه پایش وارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه لیست اقدامات درمانی و تشخیصی و تهاجمی	سوپروایزر آموزشی	نیمه دوم سال ۴۰۰	دفتر آموزش	-تهیه لیست مربوطه طبق استانداردها- ارسال به کلیه بخشها و اطلاع رسانی در این خصوص	لیست		-	-
۲	بازبینی فرم رضایت نامه آگاهانه و الصاق آن به پرونده های بیمار	سوپروایزر آموزشی و مسئولین بخشها	نیمه دوم سال ۴۰۰	دفتر آموزش	تدوین فرم مربوطه طبق استانداردهای اعتبار بخشی	فرم تهیه شده		-	-
۳	ابلاغ به مدیران گروه جهت ارائه آگاهی به بیماران در خصوص بیماری و تکمیل فرم رضایت نامه	مدیریت	نیمه دوم سال ۴۰۰	دفتر بهبود کیفیت	-	وجود ابلاغ		-	-
۴	بازنگری روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه	دفتر بهبود کیفیت	نیمه دوم سال ۴۰۰	دفتر بهبود کیفیت	-	خط مشی			
۵	نظارت بر اجرای آن و تکمیل فرمهای مربوطه	سوپروایزر بالینی و آموزشی	مداوم	کلیه بخشها		چک لیستهای دفتر پرستاری			

ابزار و تکنولوژی لازم جهت اجرای برنامه عملیاتی:-

تهیه لیست اقدامات تهاجمی

شاخصها:

درصد اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدامات تهاجمی:

تعداد پرونده های دارای فرم اخذ رضایت آگاهانه /کل پرونده های واجد شرایط اخذ\*۱۰۰

هدف اختصاصی ۲: بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه به میزان ۵۰ درصد تا سال

۱۴۰۴

استراتژی اختصاصی ۲-۲ اجرایی نمودن پروتکل شناسایی بیمار

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	استفاده از مچ بند شناسایی در کلیه بخشها	مسئولین بخشها	مداوم	کلیه بخشها	ارائه اطلاعات لازم به بخشهای مرتبط	وجود دستبند		-	-
۲	ارائه گایدلاین شناسایی صحیح بیمار به بخشها	دفتر بهبود کیفیت	نیمه دوم سال ۱۴۰۰	دفتر بهبود کیفیت	ابلاغ	وجود گایدلاین		-	-
۳	مقایسه مشخصات مچ بند با پرونده بیمار و کاردکس قبل از انجام هر پروسیجر	پرستل درمان	مداوم	کلیه بخشها	-	تعداد خطاهای عدم شناسایی صحیح بیمار به کل خطاهای گزارش شده			
۴	بازنگری روش شناسایی صحیح بیمار در کلیه بخشها	دفتر بهبود کیفیت - ریاست	۶ماهه دوم سال ۴۰۰	دفتر پرستاری	ارسال نامه کتبی به کلیه بخشها	روش اجرا شدن			
۵	نظارت بر اجرای آن	سوپروایزر بالینی و دفتر بهبود کیفیت	مداوم	دفتر پرستاری	کنترل محسوس و نامحسوس از بخشها	گزارشات بازدید			
	تحويل کارت شناسایی بیمار به بخشها	واحد پذیرش	۶ماهه دوم سال ۴۰۰	پذیرش		وجود کارت			

شاخصها: درصد خطاهای ناشی از عدم شناسایی بیمار:تعداد خطاهای ناشی از عدم شناسایی بیمار/کل خطاهای گزارش شده\*۱۰۰



هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲  
استراتژی اختصاصی ۳-۱ اعلام اضطراری نتایج حیاتی پاراکلینیک

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تعیین لیست تستهای پاراکلینیک حیاتی (ازمایشگاه، را دیولوژی و پاتولوژی)	رئیس گروه بخشهای مربوطه و مسئول بخشها	سه ماهه اول ۱۴۰۱	واحدهای پاراکلینیک	مکاتبه با رئیس گروه بخشهای مربوطه در خصوص تعیین تستهای پاراکلینیک حیاتی	وجود لیست		-	-
۲	تعیین لیست محدوده بحرانی آزمایشات حیاتی به بخشهای بستری و پاراکلینیک	مسئول بخش پاراکلینیک	شش ماهه دوم ۴۰۰	واحدهای پاراکلینیک		وجود لیست		-	-
۳	پیگیری از واحدهای پاراکلینیک در مورد محدوده بحرانی	دفتر بهبود کیفیت	شش ماهه دوم ۴۰۰	دفتر بهبود کیفیت				-	-
۴	چک تلفن VOIP برای اعلام نتایج حیاتی	مدیریت	۶ ماهه اول سال ۴۰۰	واحدهای پاراکلینیک و بخشها	تلفن VOIP	وجود خط تلفن VOIP			
۵	بازبینی روش و ارائه جهت اعلام نتایج حیاتی به بخشهای بستری و پاراکلینیک	مسئول آزمایشگاه	۶ ماهه اول سال ۴۰۰	واحدهای پاراکلینیک و بخشهای بستری	-				
۶	آموزش به پرسنل و توجیه نیروهای جدیدالورود در خصوص نحوه اجرایی نمودن آن	مسئول آموزش	مداوم	دفتر آموزش	تدوین برنامه زمان بندی و برگزاری کلاسهای آموزش پرسنل	تعداد پرسنل شرکت کننده در کلاس/اکل پرسنل			

شاخص: درصد تستهای حیاتی در طول ۳ ماه: تعداد تستهای حیاتی پاراکلینیک / کل تستهای پاراکلینیک \* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲  
 استراتژی ۳-۲: اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه فرم پیگیری تستهای پاراکلینیکی معوقه	سوپر آموزشی - مسئول آزمایشگاه - مسئول بخش	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	واحدهای پاراکلینیک	-	وجود فرم مربوطه		-	-
۲	ارائه فرم پیگیری به بخش های بستری جهت اجرا	سوپر آموزش	شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰	واحدهای پاراکلینیک	-ابلاغ کتبی به واحدها	تعداد موارد فرم های پیگیری شده		-	-
۳	کنترل اجرا در بخش ها	سوپر وایزرین	مداوم	واحدهای پاراکلینیک	-	درصد تحویل تست های معوقه به بیماران طی شش ماه			
۴	آموزش به پرسنل و توجیه نیروهای جدیدالورود درخصوص نحوه اجرایی نمودن آن	مسئول آموزش	مداوم	دفتر آموزش کارکنان	تدوین برنامه زمان بندی و برگزاری کلاسهای آموزش	تعداد پرسنل شرکت کننده در کلاس/کل پرسنل			

شاخص: درصد تحویل تستهای معوقه به بیماران طی شش ماه: تعداد تحویل تستهای معوقه / کل فرم های تکمیل شده \* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲  
 استراتژی اختصاصی ۳-۳: اجرایی نمودن برنامه پیگیری و کنترل عفونت براساس راهنمای کشوری

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه و تدوین کتابچه کنترل عفونت	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مهرماه ۴۰۰	دفتر کنترل عفونت	جمع آوری استانداردهای کنترل عفونت و تدوین کتابچه	وجود کتابچه		-	-
۲	ارائه دستورالعمل های کنترل عفونت به بخش ها	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مهر ۴۰۰	دفتر کنترل عفونت	-ابلاغ کتبی به واحدها	وجود دستورالعمل		-	-
۳	تهیه برنامه عملیاتی واحد کنترل عفونت	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	شهریور ۴۰۰	دفتر کنترل عفونت	تهیه نقاط ضعف و قوت و تعیین مباحث لازم جهت بهبود	وجود برنامه عملیاتی		-	-

۴	برگزاری کمیته کنترل عفونت	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	ماهانه	سالن کنفرانس	تعیین اعضای کمیته- صدور ابلاغ- تعیین زمان کمیته- دعوت از اعضا جهت حضور در جلسه- تعیین مباحث جلسات	صورتهای جلسات			
۵	تکمیل فرم و غربالگری بیماران دچار عفونت بیمارستانی	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مداوم	کلیه بخشها	دسترسی به فرمهای مربوطه وثبت آن	تعداد موارد فرم های تکمیل شده			
۶	اطلاع رسانی و آموزش کادر جدیدالورود و پرسنل بیمارستان	مسئول آموزش و کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مهر ۱۴۰۰	سالن کنفرانس	تدوین برنامه زمان بندی و برگزاری کلاسهای آموزش	تعداد پرسنل شرکت کننده در کلاس/کل پرسنل			
۷	تکمیل تشکیل پرونده بهداشتی جهت کلیه پرسنل و پرسنل جدیدالورود	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان - کارشناس بهداشت حرفه ای	مهر ۱۴۰۰	دفتر کنترل عفونت	تحویل فرم مربوطه به پرسنل - ارائه اطلاعات لازم جهت تکمیل فرمها و مدارک مورد نظر	تعداد پرسنل دارای پرونده بهداشتی/کل پرسنل * ۱۰۰			
۸	تدوین و نظارت بر اجرای خط مشی های کنترل عفونت در استانداردهای اعتبار بخشی	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مهر ۱۴۰۰	دفتر کنترل عفونت	بازدید از بخشها	تعداد خط مشی تدوین شده			
۹	واکسیناسیون پرسنلی که تیتراژ آنتی بادی پائین دارند علیه هیپاتیت ب	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان - مسئول واکسیناسیون	مهرماه ۴۰۰	واکسیناسیون		درصد پرسنل واکسینه شده: تعداد پرسنل واکسینه شده/به کل پرسنل * ۱۰۰			
۱۰	نظارت بر اجرای سنجش کنترل عفونت در راستای استانداردهای اعتبار بخشی	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مداوم	دفتر کنترل عفونت		امتیاز کسب شده در اعتبار بخشی			
۱۱	بازبینی و نظارت بر اجرای خط مشی ضد عفونی و استریلیزاسیون تجهیزات پزشکی	مسئول CSR و کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	آبان ۴۰۰	دفتر کنترل عفونت		وجود خط مشی			
۱۲	بهبود سیستم استریلیزاسیون و اتوکلاو، ضد عفونی ستهها و استفاده از اندیکاتورهای طبق استاندارد	مسئول CSR و کارشناس کنترل عفونت بیمارستان و مسئولین بخشها	۶ ماهه اول سال ۹۳	دفتر کنترل عفونت و بخشهای بستری	آموزش پرسنل در مورد شستشو و ضد عفونی ستهها و قرار دادن اندیکاتور داخل ست	وجود اندیکاتورهای و کاهش عوتتهای بیمارستانی			
۱۳	خریداری و استفاده از ضد عفونی کنندههای استاندارد در بخشهای پرخطر	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مداوم	دفتر کنترل عفونت	استفاده پایلوتی از ضد عفونی منتخب در اتاق عمل و تأیید در کمیته کنترل عفونت	وجود ضد عفونی کنندههای استاندارد در بخشها			
۱۴	ثبت دقیق فرم مخرج و سامانه کنترل عفونت و به روز بودن سامانه	کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	مداوم	دفتر کنترل عفونت	به روز بودن سامانه	به روز بودن سامانه			

شاخص: درصد عفونتهای بیمارستان به صورت ماهانه

هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان میزان + ۴ درصد تا ۶ ماهه اول سال

۱۴۰۲

استراتژی اختصاصی ۳-۴: اجرایی نمودن نظام هموویژیلانس

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	آموزش و توجیه فرایند نظام هموویژیلانس در بیمارستان برای کارکنان	سوپرآموزشی	آذر ماه ۱۴۰۰	دفتر آموزش کارکنان	- تدوین برنامه زمان بندی و برگزاری کلاسهای آموزش	تعداد پرسنل شرکت کننده در کلاس/کل پرسنل* ۱۰۰		-	-
۲	ارسال نامه کتبی به مدیران گروه جهت آگاه سازی کادر پزشکی	مدیریت	آذر ۱۴۰۰	بیمارستان	-ابلاغ کتبی به واحدها	مستند نامه		-	-
۳	اجرای نظام هموویژیلانس	مسئولین بخشها	مداوم	کلیه بخشها		مستندات درصد اجرای نظام هموویژیلانس		-	-
۴	ارسال فرایند ثبت و گزارش دهی خطا به کلیه بخشها	دفتر بهبود کیفیت	مداوم	دفتر بهبود کیفیت		مستند فرایند			
۵	نظارت و پایش اجرای برنامه	مترون - سوپروایزر: ن بالینی - پزشک هموویژیلانس	مداوم	کلیه بخشها	-بررسی فرمهای هموویژیلانس	درصد موفقیت در اجرا			

شاخص: درصد گزارش عوارض خون طی سه ماه: تعداد عوارض گزارش شده/کل خون درخواستی\* ۱۰۰

هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال

۱۴۰۲

استراتژی اختصاصی ۳-۵ در دسترس بودن داروهای حیاتی در تمامی اوقات شبانه روز

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تهیه لیست داروهای حیاتی هر بخش به تفکیک و با تأیید پزشک هر بخش	مسئولین بخشها	شهریور ۱۴۰۰	کلیه بخشها	-تهیه لیست داروهای حیاتی هر بخش	مستندات لیست		-	-
۲	ارسال لیست داروهای حیاتی بخشها به داروخانه	دفتر بهبود کیفیت	آبان ۱۴۰۰	داروخانه	-ابلاغ کتبی به واحدها	مستند نامه		-	-
۳	تشکیل جلسات جهت ۲۴ ساعته کردن داروخانه	تیم مدیریت اجرایی	۴۰۰/۱۰/۱	دفتر مدیریت	تشکیل جلسات و بررسی نقاط قوت وضعف	جلسات تشکیل شده		-	-

۴	تامین نیروی داروخانه جهت شبانه روزی کردن	مدیریت نیروی انسانی	ماه دوم ۶ ۴۰۱	داروخانه	درخواست نیرو	نیرو		
۵	الزام به بخشها درخصوص درخواست روزانه دارو به صورت کامل	مدیریت	مداوم	داروخانه و کلیه بخشها	اطلاع رسانی به بخشها	اطلاع رسانی		
۶	تکمیل نواقص ساختمانی و تجهیزاتی انبار داروخانه بیمارستان مهر مادر	مدیریت	۶ ماهه دوم ۴۰۰	انبار	تکمیل انبار داروخانه	تکمیل انبار داروخانه		
۷	جدا سازی انبار داروخانه بیمارستان مهر مادر از انبار بیمارستان سجادیه	مدیریت	۶ ماهه دوم ۴۰۰	انبار	در نظر گرفتن فضای مناسب - در نظر گرفتن شرایط مساعد جهت نگهداری داروها -	وجود انبار مجزا		

### شاخص:

میزان دسترسی به داروهای حیاتی: تعداد مواردی که بخشها نیاز به دارو در شیفت عصر و شب داشته اند/کل شیفتها\*۱۰۰

هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲  
استراتژی ۳-۶: اجرای ۹ راه حل ایمنی

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارزشیابی	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	بازبینی روشهای اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار	دفتر بهبود کیفیت-کارشناس ایمنی	آذر ۱۴۰۰	کلیه بخشها		مستندات بازبینی		-	-
۲	ابلاغ روشهای اجرایی به کلیه بخشهای بستری	دفتر بهبود کیفیت-کارشناس ایمنی	۶ ماهه اول سال ۴۰۰	کلیه بخشها		مستندات ابلاغ		-	-
۳	برگزاری جلسات آموزشی جهت پرسنل	سوپرآموزش- کارشناس مسئول ایمنی	مداوم	کلیه بخشها		تعداد جلسات تشکیل شده- تعداد پرسنل شرکت کننده در کلاس /کل پرسنل*۱۰۰		-	-
۴	نظارت و کنترل بر اجرای روش اجرایی	مسئول بخشها- کارشناس مسئول ایمنی بیمار	مداوم	کلیه بخشها		مستندات پایش			

شاخص: درصد اجرای هریک از خط مشی های ۹ راه حل ایمنی براساس چک لیست

هدف اختصاصی ۳: ایجاد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد به میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲  
استراتژی اختصاصی ۳-۷ ارزیابی و اولویت بندی خطاهای موجود

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	نصب صندوق یادگیری از تجربیات دیگران در کلیه بخشها	دفتر حاکمیت بالینی	نیمه اول ۱۴۰۰	کلیه بخشها	تهیه صندوق - اطلاع رسانی به بخشها-نصب در کلیه واحدها	صندوقها	-	-
۲	اجرای روش ثبت خطا	کلیه بخشها	نیمه دوم ۴۰۰	کلیه بخشها		تعداد خطاهای گزارش شده	-	-
۳	برگزاری کلاسهای آموزشی و اطلاع همکاران از صندوق	کمیته ایمنی - سوپرویزر آموزشی	مداوم	کلیه بخشها	تدوین برنامه زمان بندی-	تعداد افراد شرکت کننده در کلاس /کل پرسنل	-	-
۴	ایجاد برنامه تحلیل خطاهای پزشکی از طریق RCA در مورد حوادث	دفتر حاکمیت بالینی - کمیته ایمنی - سوپرویزر آموزشی	مداوم	کلیه بخشها		تعداد نیروی اضافه شده		

**شاخص:**

درصد خطاهای گزارش شده به تفکیک

تعداد خطا مراقبتی گزارش شده /کل خطاها\*۱۰۰

تعداد خطاهای جراحی گزارش شده /کل خطاها\*۱۰۰

تعداد خطاهای دارویی گزارش شده /کل خطاها\*۱۰۰

تعداد خطاهای تجهیزاتی گزارش شده /کل خطاها\*۱۰۰

تعداد خطاهای ناشی از ثبت گزارش شده /کل خطاها\*۱۰۰

هدف اختصاصی ۴: پیاده سازی استانداردهای محیط ایمن به میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲  
 استراتژی اختصاص ۴-۱۱ اجرایی نمودن راهنمای مدیریت و دفع پسماندهای بهداشتی - درمانی

ردیف	فعاليتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش وارزشیابی	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	خریداری کمپرسور و درب مخصوص جهت اتاق های نگهداری موقت پسماند و راه اندازی آن و	مسئول کنترل عفونت- ومسئول بهداشت محیط	شش ماهه اول سال ۱۴۰۱	بیمارستان مهر مادر - اتاق نگهداری پسماند	درخواست و تامین اعتبار	وجود کمپرسور و درب	-	-
۲	بازبینی روشهای اجرایی کنترل عفونت	مسئول کنترل عفونت- ومسئول بهبود کیفیت	بهمن ۱۴۰۰	کلیه بخشها		وجود روش اجرایی	-	-
۳	برگزاری کلاسهای آموزشی جهت کلیه پرسنل در خصوص مدیریت و دفع پسماند ها	سوپروایزر آموزشی	مداوم	کلیه بخشها	برنامه زمان بندی-برگزاری کلاس	تعداد کلاسهای برگزار شده-تعداد افراد شرکت کننده در کلاس/کل پرسنل*۱۰۰	-	-
۴	تهیه برجسب جهت هر بخش و نصب بروی کیسه ها	کارشناس بهداشت محیط	شهریور ۴۰۰	کلیه بخشها		وجود برجسب	-	-
۵	خریداری دستگاه امحاء زباله ۱۰۰۰ لیتری	مدیریت- پشتیبانی- مسئول بهداشت محیط	نیمه دوم سال ۱۴۰۱	بیمارستان	انجام بیخطر سازی	وجود دستگاه	-	-
۶	نظارت و کنترل بر رعایت دستورالعملهای کنترل عفونت و دفع پسماند	مسئول بهداشت محیط-مسئول کنترل عفونت	مداوم	کلیه بخشها	تهیه چک لیست و نظارت بر بخشها	درصد اجرای دستورالعمل	-	-

شاخص: درصد رعایت امحاء صحیح زباله -میزان آگاهی پرسنل از طریقه امحاء زباله ها و موازین کنترل عفونت

هدف اختصاصی ۴: پیاده سازی استانداردهای محیط ایمن به میزان ۴۰ درصد تا ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲  
 استراتژی اختصاصی ۴-۲: اجرایی نمودن راهنمای مدیریت دفع پسماندهای تیز و برنده

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش و ارزشیابی	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	برگزاری کلاسهای آموزشی جهت کلیه پرسنل واز جمله پرسنل جدیدالورود	سوپروایزر آموزشی و مسئول کنترل عفونت	مداوم	کلیه بخشها	تهیه برنامه زمان بندی- برگزاری کلاس	تعداد کلاسهای برگزار شده-تعداد افراد شرکت کننده در کلاس/کل پرسنل*۱۰۰	-	-
۲	تهیه سفتی باکسهای مناسب جهت دفع پسماندها	مسئول بهداشت محیط	نیمه دوم ۴۰۰	کلیه بخشها	بررسی نمونه های مختلف و تهیه بهترین آن	وجود سفتی باکس	-	-
۳	تهیه یک عدد ترالی پانسمان جهت بخش زنان	کارشناس کنترل عفونت - مسئول بخش	۶ماهه دوم سال ۴۰۰	کلیه بخشها	بررسی نمونه های مختلف و تهیه آن	وجود ترالی	-	-
۴	نصب پروتکل نیدل استیک در کلیه بخشها ونظارت بر وجود آن در کلیه بخشها	کارشناس کنترل عفونت	نیمه اول سال ۱۴۰۰	کلیه بخشها	ارسال پروتکل به کلیه بخشها	وجود پروتکل	-	-
۵	وجود ایمنوگلوبولین هیپاتیت B در داروخانه بیمارستان	کارشناس کنترل عفونت	مداوم	داروخانه	وجود ایمنوگلوبولین	وجود ایمنوگلوبولین	-	-
۶	تکمیل پرونده بهداشتی و کامل بودن جواب تیتر آنتی بادی پرسنل	کارشناس کنترل عفونت - کارشناس بهداشت حرفه ای	مهر ۱۴۰۰	دفتر کنترل عفونت	بررسی پرونده ها و تیتر آنتی بادی پرسنل	تکمیل مستندات	-	-

**شاخص:**

درصد ایمنی پرسنل در برابر هیپاتیت B: تعداد پرسنلی که تیتر آنتی بادی زیر ۱۰ دارند / کل پرسنل\*۱۰۰  
 درصد مواجهه شغلی در کارکنان: تعداد پرسنل رده های مختلف که نیدل استیک شده اند/کل موارد نیدل استیک شده\*۱۰۰  
 درصد پرسنلی که پرونده بهداشتی تشکیل داده اند: تعداد پرسنلی که پرونده بهداشتی تشکیل داده اند/کل پرسنل\*۱۰۰



## هدف کلان: دستیابی به اهداف بلند مدت بیمارستان

استراتژی کلان: پایش اهداف، استراتژی ها و برنامه های عملیاتی برنامه استراتژیک بیمارستان

هدف اختصاصی: دستیابی به اهداف برنامه استراتژیک بیمارستان به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۱۴۰۲

استراتژی اختصاصی: تدوین برنامه بازنگری برنامه استراتژیک بیمارستان

ردیف	فعالیتها	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	اقدامات پشتیبانی	شیوه پایش	گزارش پیشرفت	کل هزینه	محل تامین اعتبار
۱	تدوین فرم پایش برنامه های عملیاتی	دفتر بهبود کیفیت	مهر ۴۰۲	دفتر بهبود کیفیت	تهیه و تدوین و طراحی فرم مربوطه	وجود فرم مربوطه			
۲	ارسال برنامه همراه با فرم مربوطه به مسئولین اجرای هر برنامه جهت اجرا	دفتر بهبود کیفیت	بعد از تدوین نهایی برنامه ها - سه ماه یکبار	دفتر بهبود کیفیت	ارسال برنامه همراه با فرم مربوطه به مسئولین اجرای هر برنامه جهت اجرا	مستندات		-	-
۳	پیگیری جهت اجرا و ارسال مستندات اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	یک هفته بعد از ارسال	دفتر بهبود کیفیت	برقراری ارتباط تلفنی با مسئولین اجرای برنامه	مستندات ارسالی			
۴	بررسی برنامه های عملیاتی ارسالی همراه با تعیین درصد پیشرفت هر کدام	دفتر بهبود کیفیت	بعد از دریافت برنامه ها - ماهی یکبار	دفتر بهبود کیفیت	جمع آوری مستندات - تعیین دلایل عدم پیشرفت	مستندات			
۵	ارائه بازخورد به مسئولین اجرای برنامه ها و انجام اصلاحات در صورت نیاز	دفتر بهبود کیفیت	ماهانه	دفتر بهبود کیفیت	ارائه بازخورد	مستند ابلاغ			
۶	ارسال گزارش درصد پیشرفت برنامه ها و دلایل عدم اجرای برخی از برنامه ها به تیم مدیریت اجرایی	دفتر بهبود کیفیت	ماهانه	دفتر بهبود کیفیت	تهیه گزارش مکتوب	مستند گزارش			
۷	حذف برنامه های عملیاتی ۱۰۰٪ اجرا شده از برنامه استراتژیک	تیم مدیریت اجرایی	سالی یکبار	دفتر بهبود کیفیت	بررسی برنامه های کامل شده	مستندات			
۸	پایش مجدد اهداف، استراتژیها و برنامه های عملیاتی	تیم مدیریت اجرایی	سالانه	دفتر بهبود کیفیت	تشکیل جلسات تیم مدیریت اجرایی - بررسی اعضای تیم	مستندات و صورتجلسات			

### ابزار و تکنولوژی لازم:

تهیه کنندگان: تیم مدیریت اجرایی بیمارستان

شاخص: میزان دستیابی به اهداف برنامه استراتژیک بیمارستان

