

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

سند استراتژیک سال 1403-1408

بیمارستان آموزشی و درمانی امام رضا (ع)

تهیه و تنظیم:

الهام مقیمی کارشناس مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی

با همکاری

تیم رهبری و مدیریت و تیم تدوین کننده برنامه استراتژیک بیمارستان

تاریخ تدوین: بهمن 1397

تاریخ بازنگری: خرداد 1403

تاریخ ابلاغ: مهر 1403

کد سند: ER-LM-SD-6

سند 5 ساله مرکز هر سال در کمیته ی بهبود کیفیت بیمارستان بازنگری می شود.

کیفیت
آموزشی و درمانی امام رضا (ع)

واحد بطنه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رضاء (ع)

فهرست

- 7 • مقدمه
- 8 • معرفی مرکز
- 9 • بخش ها و واحدهای پاراکلینیک مرکز
- 10 • اعضای تیم تدوین برنامه استراتژیک
- 11 • الگوی جامع برنامه ریزی استراتژیک (مدل TAYLOR)
- 12 • مرحله ی شروع
- 12 • رسالت:
- 12 • دورنما :
- 12 • ارزش ها:
- 12 • رسالت یا ماموریت بیمارستان
- 13 • چشم انداز
- 13 • ارزش ها و ایده ها
- 14 • تحلیل SOWT:
- 15 • تحلیل SOWT (تحلیل محیط داخلی و خارجی)
- 16 • تعریف شناسایی و تحلیل ذینفعان: (Stakeholders)
- 18 • تحلیل ذینفعان
- 19 • سنجش قدرت و علاقه ذینفع
- 20 • تحلیل ذینفعان بیمارستان بر اساس ماتریس قدرت -علاقه
- 22 • تعریف ماتریس بررسی عوامل داخلی (IFE)
- 22 • تحلیل نتایج ماتریس ارزیابی عوامل داخلی:
- 23 • تعریف ماتریس بررسی عوامل خارجی (EFE)
- 23 • تحلیل نتایج ماتریس ارزیابی عوامل خارجی:

- 27 • سیاست های اصلی بیمارستان
- 28 • مرحله ی تطبیق یا مقایسه:
- 29 • ماتریس TOWS
- 30 • مرحله ی تصمیم گیری:
- 30 • ماتریس برنامه ریزی استراتژیک کمی (QSP)
- 31 • **ماتریس برنامه ریزی استراتژیک کمی (QSP)**
- 33 • بهترین استراتژی های کلان قابل اجرا
- 33 • اهداف کلان
- 34 • اهداف اختصاصی
- 36 • برنامه عملیاتی 1403

سازمان بدون استراتژی همانند کشتی بدون سکان است.

قال رسول الله - صلى الله عليه و آله - : مَنْ قَضَى لِمُؤْمِنٍ حَاجَةً قَضَى اللَّهُ لَهُ حَوَائِجَ كَثِيرَةً أَدْنَاهُنَّ الْجَنَّةُ.

«قرب الاسناد، ص 119»

رسول خدا - صلى الله عليه و آله - فرمود: هر کس یک نیاز مؤمنی را روا سازد، خداوند حاجت های فراوان او را روا سازد که کمترین آن بهشت باشد.

مقدمه

برنامه ریزی یک فرایند مستمر ، دائمی و منعکس کننده تغییرات و در صدد رسیدن به اهداف می باشد. برنامه ریزی استراتژیک فرایندی است سازمانی که برای تعریف راهبرد سازمان و تصمیم گیری برای یافتن منابع مورد نیاز برای رسیدن به مقصود استراتژی ، صورت می گیرد .

اهمیت برنامه استراتژیک در بیمارستان این است که بیان می کند فرصت یا تهدید موجود چقدر می تواند بر تحقق اهداف سازمان ، تأثیر مثبت یا منفی بگذارد .

برنامه ریزی استراتژیک (راهبردی) اصولاً یک نگرش و راه زندگی است که متضمن تعهد به عمل بر مبنای اندیشه و تفکر آینده نگر، تصمیم قاطع در اجرای امور منظم و مداوم و بخش تفکیک ناپذیر حرکت انسان در طول سال محسوب می گردد. در روند برنامه ریزی سازمان ها بهره گیری از نظرات و افکار دیگران موجب غنای بیشتر سیستم ها و پدیده های اجتماعی می شود این امر یعنی مشارکت و بهره مندی از نظرات و مشاوره با دیگران در سطوح مختلف علمی و عملی ، نقش اساسی در بهبود رویه ها ، نوآوری و خلاقیت و زمینه ساز بهبود در بسیاری از مسایل پیش روی سازمانها و جوامع دارد. بیمارستان امام رضا (ع) اردبیل نیز به عنوان یکی از مراکز مهم و حیاتی استان برای تحقق رسالت خود همواره با چالش های محیطی و تغییرات آن مواجه می باشد که این امر ضرورت دیدگاهی بلند مدت و پویا نسبت به عوامل بیرونی و درونی سازمان را ایجاب می کند.

از حسن تدبیر و تلاش موفق اعضای تیم برنامه ریزی استراتژیک در پیشبرد طرح استراتژی مرکز در راستای تحقق اهداف سازمان تشکر و قدردانی می شود .

معرفی مرکز

بیمارستان آموزشی و درمانی امام رضا (ع) پس از اخذ موافقت اصولی توسط دانشگاه آزاد اسلامی در جنب آن دانشگاه واقع در میدان بسیج اول خیابان حافظ در زمینی به مساحت 17526 مترمربع و با زیربنایی به مساحت 11854 مترمربع احداث و ساختمان آن در سال 1392 تکمیل شده است و پس از آن طی تفاهم نامه ای در تیرماه 1396 بمدت 10 سال به منظور راه اندازی و بهره برداری در اختیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قرار گرفته است. این بیمارستان دارای 108 تخت بستری عادی و ویژه مصوب که 104 تخت فعال میباشد، شامل 4 بخش بستری جراحی و جنرال با 91 تخت، دو بخش ICU با 12 تخت ویژه و یک تخت دیالیز، دو بخش اتاق عمل با 6 تخت جراحی، اورژانس با 11 تخت بزرگسال و 2 تخت اطفال و بخش تصویربرداری، آزمایشگاه (جنرال - ژنتیک - قارچ شناسی)، درمانگاه اورژانس دندانپزشکی، درمانگاه دندان پزشکی، زخم دیابتی و درمانگاه سایر رشته های مربوطه می باشد.

این بیمارستان علاوه بر آموزش دانشجویان پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی، خدمات درمانی برای بیماران در زمینه جراحی های مختلف ارائه می نماید.

بخش های بیمارستان شامل جنرال، پوست، ارولوژی، چشم، نورولوژی، جراحی کودکان، جراحی لاپاروسکوپی، جراحی عمومی، پلاستیک، جراحی ارتوپدی، جراحی دندان پزشکی تحت بیهوشی، میباشد.

بخش ها و واحدهای پاراکلینیک مرکز

واحدهای پاراکلینیک مرکز

عنوان خدمت

آزمایشگاه جنرال

رادیولوژی

سونوگرافی

سی تی اسکن

دندانپزشکی

رادیولوژی دندان

آزمایشگاه تشخیص ژنتیک پزشکی

آزمایشگاه قارچ شناسی

اتاق عمل سرپایی

بخش های بالینی

تعداد تخت

نام بخش

13

اورژانس

25

جراحی زنان و اطفال

25

جراحی مردان

18

چشم

6

Icu2

6

Icu1

6

اتاق عمل 1 و 2

24

جنرال

درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی مرکز

نام کلینیک

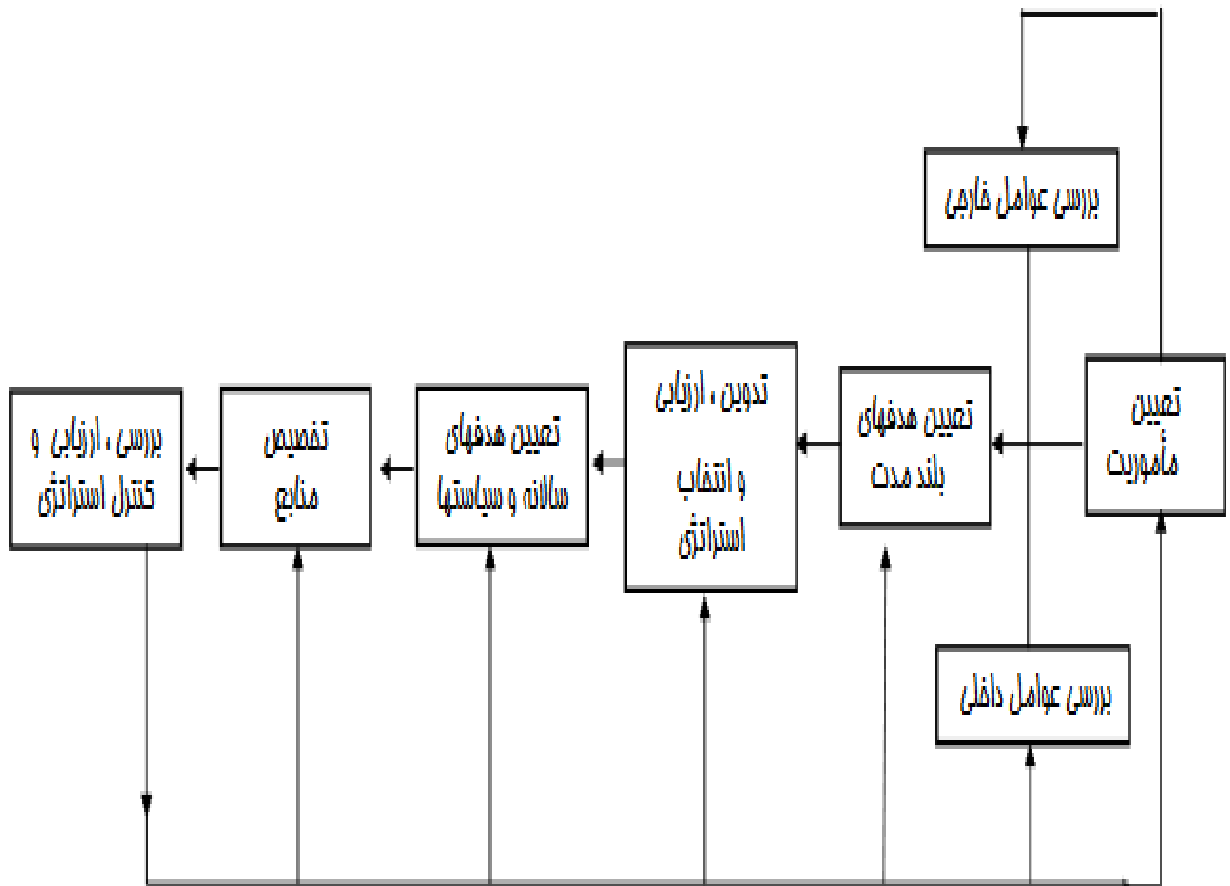
بیهوشی	اپتومتری	پلازما درمانی	پوست 1 و 2
زنان	پوآترپی	لارو درمانی	چشم 1 و 2
جراحی عمومی	جراحی لاپاراسکوپی	ABI	ارولوژی
نورولوژی	داخلی	زخم	دندانپزشکی
	جراحی اطفال	اوزون تراپی	

اعضای تیم تدوین برنامه استراتژیک

ردیف	اعضای کمیته	سمت
1	دکتر حامد محسنی راد (فلوشیپ پیوند کلیه)	ریاست
2	دکتر فرزین ولی زاده (فلوشیپ جراحی سرطان های کلیه و مجاری ادراری)	مسئول EDO
3	داور احدی	مدیریت
4	اسلام حاتمی	رییس امور مالی
5	فاطمه محمدی	مدیر خدمات پرستاری
6	آرزو نوری	سوپروایزر آموزشی
7	زرافشان حق دوست	سوپروایزر بالینی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
8	حسن رزمجو	کارشناس مسئول منابع پشتیبانی
9	الهام مقیمی	کارشناس مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی
10	جواد جعفری	کارشناس آموزش
11	سروناز فرضی زاده	مسئول درآمد
12	فاطمه محمدی گوگ تپه	کارشناس IT
13	مهندس رقیه فرقانی	مسئول بهداشت محیط و خدمات پشتیبانی
14	سیما محمدزاده	کارشناس مسئول منابع انسانی
15	دکتر سویل وحدانی	مسئول تجهیزات پزشکی

الگوی جامع برنامه ریزی استراتژیک (مدل TAYLOR)

۱۹



۱۴

مرحله ی شروع

تدوین رسالت، چشم انداز و ارزش های بیمارستان

رسالت:

در حقیقت بیانگر فلسفه وجودی سازمان بوده و موید نقشی است که آن سازمان در جامعه به عهده دارد و نشان دهنده وضعیت فعلی سازمان است.

دورنما:

در واقع چشم اندازی است به آینده که مدیریت سازمان آن را نهایی برای سازمان می داند و بطور کلی دورنما بیانگر آن است که شما چه باور و آرزویی برای آینده سازمان خود دارید و تدوین آن به عواملی نظیر تاریخچه سازمان، ظرفیت داخلی و محیط سازمان توجه نمود.

ارزش ها:

با بیان روشن ارزش های سازمان مدیران و کارکنان می دانند که در چهارچوب کدام محدوده ها باید برای تحقق رسالت سازمان خود تلاش کنند.

رسالت یا ماموریت بیمارستان

بیمارستان آموزشی و درمانی امام رضا (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در ملک استیجاری دانشگاه آزاد اسلامی به عنوان مرکز ریفرال تخصصی و فوق تخصصی دولتی اورولوژی، چشم، پوست، جراحی کودکان و دندانپزشکی استان، ارتقاء سطح سلامت جامعه را از طریق ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و پیشگیری به هموطنان و همچنین خدمات آموزشی و پژوهشی به فراگیران با تکیه بر دانش و فناوری روز و حمایت از تولیدات دانش بنیان و بهره گیری از اساتید مجرب، کارکنان کارآمد و دلسوز مطابق با استانداردهای اعتبار بخشی، ایمنی بیمار و مدیریت خطر را رسالت اصلی خود می داند.

چشم انداز

به افقی برسیم که طی 2 سال جزو بیمارستان‌های برتر شمالغرب و طی 5 سال جز یکی از بیمارستان‌های برتر کشور در راستای ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی در زمینه ارولوژی، پوست، چشم و جراحی کودکان محسوب شویم.

ارزش‌ها و ایده‌ها

- اعتقاد به هویت، کرامت و ارزشهای انسانی مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی
- مسئولیت‌پذیری
- پاسخگویی
- عدالت، صداقت و رازداری
- شایسته‌سالاری
- ایمنی بیماران و کارکنان
- توانمندسازی کارکنان
- احترام به حقوق، ارزشها و عقاید بیمار
- بهبود مستمر کیفیت
- حفظ و ارتقای سلامت محیط زیست
- استفاده بهینه از منابع
- همدلی و مشارکت پرسنل
- نظم و انضباط اداری

مرحله‌ی ورودی:

مرحله‌ی ورودی تدوین برنامه ریزی استراتژیک شامل بررسی و تحلیل محیط داخلی و خارجی، شناسایی ذینفعان می‌باشد که از طریق ابزارهایی نظیر تحلیل SOWT، ماتریس قدرت-علاقه، ماتریس ارزیابی عوامل داخلی (IFE) و ماتریس ارزیابی عوامل خارجی (EFE) استفاده می‌شود.

➤ عوامل خارجی، عواملی هستند که مربوط به بیرون سازمان بوده و در کنترل مدیریت سازمان نمی‌باشند.

مجموعه عواملی که در دو قالب تهدید: یک موقعیت نامطلوب عمده در محیط بیرونی سازمان و فرصت: یک موقعیت مطلوب عمده در محیط بیرونی سازمان بر عملکرد سازمان تاثیر تعیین کننده ای دارد.

محیط به دو لایه محیط عمومی یا کلان، و محیط تخصصی یا خرد تقسیم بندی می شود.

محیط عمومی شامل: نیروهای کلانی است که به طور غیر مستقیم بر فعالیت های سازمان اثر می گذارند و از حیطه کنترل سازمان خارج می باشند. مهم ترین عناصر در محیط کلان عوامل اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی، تکنولوژی، سیاسی-قانونی، حقوقی و جهانی می باشد.

محیط تخصصی شامل: آن دسته از عناصر یا گروه هایی است که به طور مستقیم بر شرکت تاثیر می گذارند و خود نیز از آن تاثیر می پذیرند. محیط تخصصی شامل افراد ذی نفعی است که سازمان با آن ها به طور منظم در حال ارتباط متقابل می باشد.

تفاوت محیط خرد و کلان از این بابت می باشد که این محیط بیش تر تحت تاثیر یا کنترل سازمان قرار دارد.

➤ عوامل داخلی ، عواملی هستند مربوط به درون سازمان بوده و در کنترل سازمان می باشند.

مجموعه عواملی که در قالب دو عنوان نقاط قوت و ضعف در درون سازمان قرار دارند.

تحلیل SOWT:

در تجزیه و تحلیل سوات، عوامل خارجی و داخلی مورد بررسی قرار می گیرند تا فرصت ها، تهدیدها، قوت و ضعف های سازمان در آینده شناسایی شده و برای رویارویی بهتر با آن ها استراتژی های مناسبی تدوین شوند.

تحلیل SOWT در واقع یعنی لیست کردن S، O، W، T و تقسیم بندی عوامل.

از نتایج حاصل از در تحلیل SOWT جهت ترسیم ماتریس ارزیابی عوامل داخلی و ماتریس ارزیابی عوامل خارجی استفاده می شود.

تحلیل SWOT (تحلیل محیط داخلی و خارجی)

عوامل داخلی	عوامل خارجی
قوت (S) (Strengths)	فرصت (O) (Opportunities)
برخورداری از پزشکان متخصص و فوق تخصص و با تجربه پوست ، ارولوژی ، چشم ، عفونی ، جراحی اطفال ، جراحی عمومی ، دندانپزشکی عمومی و تخصصی اطفال ، ارتوپدی ، بیهوشی عمومی و اطفال	سیاست مبتنی بر پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی کل کشور
نوساز بودن بیمارستان	تعامل سازنده بیمارستان با مسئولین دانشگاه
وجود پرسنل درمانی جوان و مجرب با رابطه استخدامی	تعامل مثبت با شرکتهای طرف قرار داد
مدیریت مشارکتی	معرفی بیمارستان به عنوان مرکز ریفرال در تخصص های موجود
افزایش ضریب اشغال تخت	وجود پوشش بیمه ای کامل مراجعه کنندگان
وجود امکانات رفاهی مناسب برای پرسنل	اعتماد مردم به پزشکان و کادر درمانی
وجود اکسیژن ساز پشتیبان	حمایت مسئولین سیاسی و مذهبی شهر
وجود آشپزخانه و سلف مجهز و مجزا	تعامل مناسب با سازمانهای بیمه گر
برخورداری از کلینیک دندان پزشکی الکتیو ، اورژانسی و دندان پزشکی تحت بیهوشی	توریست پذیر بودن شهر
برخورداری از اتاق عمل سرپایی در بخش اورژانس	وجود سازمان های مردم نهاد - خیرین سلامت و سایر ارگان های تاثیر گذار
افزایش درآمد بیمارستان	وجود نیروهای فارغ التحصیل توانمند و جویای کار در شهر
دسترسی آسان به بیمارستان	وجود قوانین واگذاری خدمات پشتیبانی و پاراکلینیکی به بخش خصوصی
قرار گرفتن در جنب مراکز آموزشی	کمبود تخت ای سی یو و اتاق عمل در سایر مراکز دولتی
ضعف (W) (Weaknesses)	تهدید (T) (Threats)
قرار گرفتن در منطقه ی پر ترافیک	تحریم های بین المللی و افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی در بازار
استیجاری بودن مرکز	مشکلات جذب نیروی پزشکی و پرستاری ،
کمبود پرسنل	عدم پرداخت به موقع مطالبات توسط سازمان های بیمه گر
مشکلات تاسیساتی	تعیین سقف ریالی برای خدمات توسط سازمان های بیمه گر
عدم وجود تجهیزات پشتیبان کافی	زلزله خیز بودن منطقه
	انتظارات برخی مسئولین و مردم خارج از وظایف و اختیارات مرکز
	اشتغال به کار همزمان پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی
	نداشتن سرانه آموزشی
	کمبود اعتبارات مالی تخصیص داده شده
	هم مرز بودن با کشورهای منبع TB مقاوم به درمان و HCV
	تفاوت فاحش تعرفه دولتی با بخش خصوصی
	انتخاب مرکز به عنوان معین حوادث شیمیایی استان
	پایین بودن سطح درآمد مردم

تعریف شناسایی و تحلیل ذینفعان: (Stakeholders)

ذینفع بیمارستان، فرد/گروه/سازمانی است که تحت تاثیر اقدامات بیمارستان قرار می گیرد و یا بر فعالیت های آن تاثیر می گذارد و می تواند تقویت کننده و یا مانع موفقیت سازمان شوند. ذینفعان بیمارستان برای رسیدن به اهداف یا نیاز های خود به بیمارستان وابسته اند و بیمارستان نیز به نوعی به آن ها وابسته است و از آن ها متاثر می شود.

جهت شناسایی و تحلیل ذینفعان بیمارستان، ماتریس **علاقه-قدرت** به کار گرفته شده است که یکی از تکنیک ها برای شناسایی ذینفعان قدرتمند و **علاقه مند** در سازمان، است و به ماتریس مندلو (Mendelow's Matrix) نیز شهرت دارد. این ماتریس در اصل توسط مندلو ابداع و در دومین همایش بین المللی سیستم های اطلاعاتی دانشگاه کمبریج ارائه شد و سپس به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفت.

به کمک ماتریس **علاقه/قدرت** می توان مشخص کرد که هر گروه از ذینفعان برحسب انتظاراتی که از بیمارستان دارند تا چه حد **علاقه مند** هستند که اولاً در تصمیم گیری های آن تاثیر بگذارند و ثانیاً تا چه حد قدرت چنین تاثیری را دارند؟ بر مبنای این دو عامل، به **جانمایی** ذینفعان در ماتریس **علاقه/قدرت** اقدام می شود تا با شناخت گروه های مختلف ذینفعان و میزان **علاقه** و **قدرت** آن ها برای ورود یافتن به تصمیم گیری های بیمارستان، رفتار مناسب با هر یک در دستور کار سازمان قرار گیرد.

ذینفعان شناسایی شده را می توان به چند روش گروه بندی کرد، برای مثال تقسیم بندی آن ها به ذینفعان داخلی و خارجی.

گروه بندی ذینفعان به شناسایی بهتر آن ها، گردآوری اطلاعات درباره آنها، شناسایی استراتژی های آن ها، شناسایی انتظارات آن ها، پیش بینی رفتار آن ها و تدوین و اجرای استراتژی برای مدیریت ایشان کمک می کند.

عامل اصلی و تعیین کننده حیات و رشد، تعامل خلاق و آگاهانه و سازمان یافته با ذینفعان سازمان می باشد. از این رو در صورتی سازمان توان دستیابی به اهداف خود را خواهد داشت که اطلاع دقیق و کاملی از ذینفعان سازمان داشته باشد. بنابراین بایستی وضعیت ذینفعان به صورت جامع و دقیق مورد تحلیل قرار گیرد. البته باید توجه داشت که همه ذینفعان از اهمیت یکسانی برای سازمان برخوردار نیستند و براساس میزان تاثیری که بر سازمان می گذارند اولویت بندی می شوند.

از آنجا که هر یک از ذینفعان شرایط خاصی دارند، رفتار یکسانی برای همه انواع آن ها توصیه نمی شود و لازم است راهبرد خاصی برای رفتار با هر دسته از ذینفعان در پیش گرفته شود. این راهبردها بسته به این که هر ذینفع در چه ربعی از ماتریس **قدرت-علاقه** قرار می گیرد تجویز می شوند.

قدرت: توانایی ذینفع در توقف یا تغییر فعالیت های بیمارستان

علاقه: اندازه همپوشانی اهداف ذینفعان و اهداف بیمارستان

تعیین شدت قدرت ذینفع: (قدرت بسیار زیاد-5، قدرت زیاد-4، قدرت متوسط-3، قدرت کم-2، قدرت بسیار کم-1)

تعیین شدت **علاقه** ذینفع: (علاقه بسیار زیاد-5، **علاقه** زیاد-4، **علاقه** متوسط-3، **علاقه** کم-2، **علاقه** بسیار کم-1)

ربع اول این ماتریس، مربوط به ذینفعانی است که دارای علاقه و قدرت زیاد هستند و «**ذینفعان کلیدی**» نامیده می شوند. این گروه، مهم ترین گروه ذینفعان است و باید آن ها را به دقت مدیریت کرد و با آن ها تعامل و مشارکت نمود.

در **ربع دوم** ذینفعانی جای می گیرند که دارای علاقه زیاد و قدرت کم هستند. راهبرد متناسب با این گروه، آگاه سازی و جلب مشارکت است.

ربع سوم به ذینفعان دارای علاقه کم و قدرت زیاد مربوط می شود. راهبرد متناسب با این گروه این است که رضایتشان جلب و از قدرت آن ها برای پیشبرد اهداف سازمان استفاده شود.

در **ربع چهارم**، ذینفعان دارای علاقه و قدرت کم قرار دارند. راهبردی که برای این گروه مناسب است صرف توان حداقلی برای آن هاست.

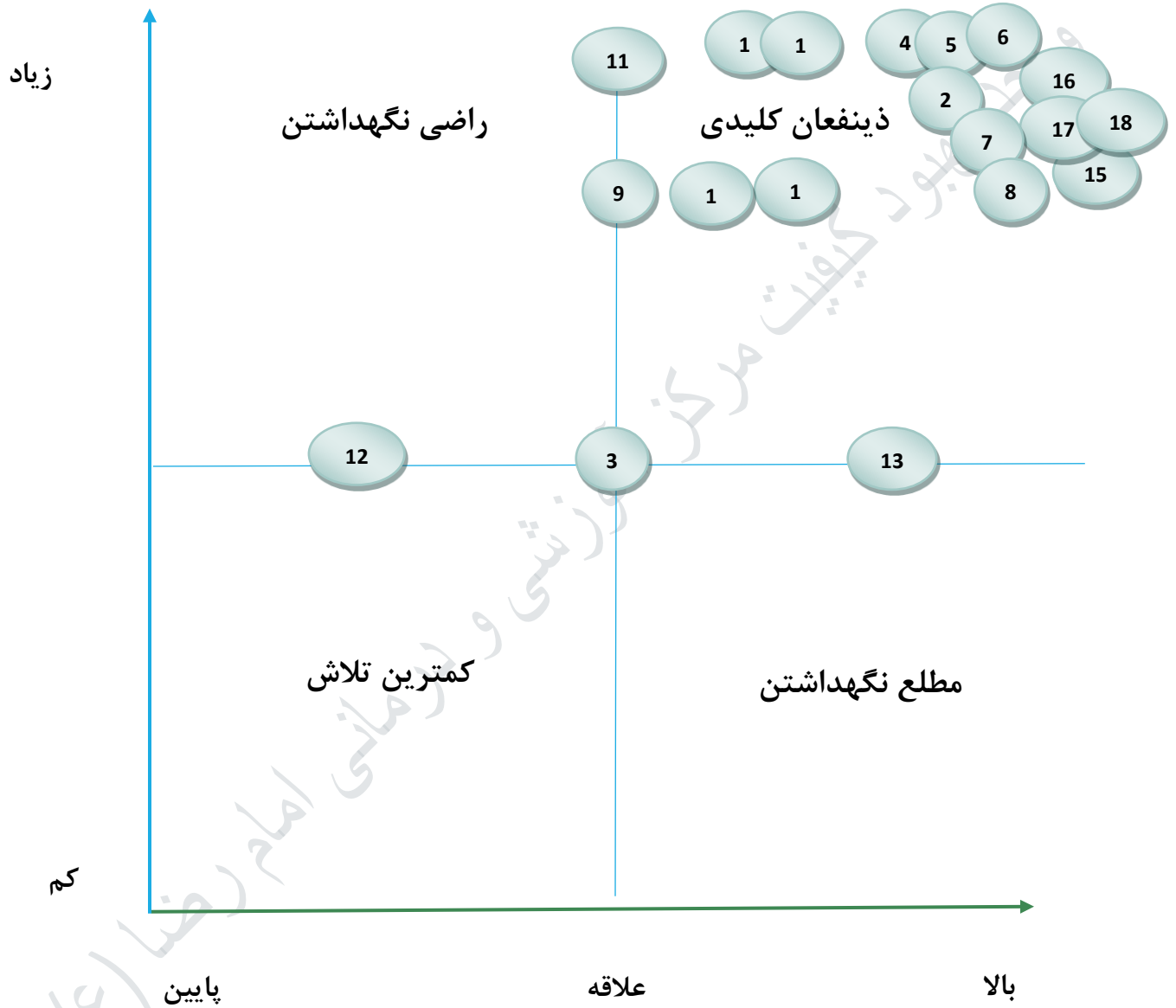
تحلیل ذینفعان

لیست ذینفعان داخلی و خارجی بیمارستان		
لیست ذینفعان داخلی		
ردیف	ذینفعان	نیازها و انتظارات ذینفعان
1.	پزشکان و اعضای هیئت علمی و مدیران گروه های آموزشی	امکانات و تسهیلات رفاهی، بهبود و به روز بودن وضعیت پرداختی، استفاده از تکنولوژی و تجهیزات نوین پزشکی
2.	کلیه پرسنل بیمارستان	پرداخت به موقع مطالبات، ایمنی و امنیت شغلی، استفاده از تکنولوژی و تجهیزات نوین پزشکی، امکانات رفاهی مناسب، دریافت آموزش های موثر و مداوم، مشارکت دادن کارکنان در تصمیم گیری های مرتبط
3.	پیمانکاران	اجرای به موقع تعهدات از سوی بیمارستان، اطلاع رسانی و برگزاری مناقصات توسط بیمارستان، همکاری و وصول به موقع مطالبات، عقد قراردادهای بلند مدت
4.	تیم مدیریت اجرایی بیمارستان	تناسب اختیارات و مسئولیت ها، تدوین و بازنگری سند استراتژیک و عملیاتی مناسب، فراهم نمودن امکان رشد مدیران، حمایت مدیران دانشگاه از مدیران شهرستانی و بهبود وضعیت پرداختی
لیست ذینفعان خارجی		
1.	وزارت بهداشت و درمان	رعایت دستورالعمل ها و الزامات ابلاغی، تعامل مناسب، ارتقاء و حفظ نتایج ارزیابی بیمارستان ها
2.	دانشگاه علوم پزشکی اردبیل	اجرای صحیح استاندارد ها و دستورالعمل ها، بخش نامه ها و قوانین بالادستی، حرکت در مسیر برنامه ها و اهداف کلان دانشگاه، پاسخگویی مناسب به مراجعین
3.	بیماران و همراهان	رعایت حقوق گیرندگان خدمت، تامین فضا با امکانات رفاهی و تغذیه مناسب، تسریع در فرایندهای پذیرش و ترخیص بیماران، دریافت خدمات درمانی با کیفیت و ایمن، وجود تابلو های راهنما
4.	شرکت های طرف قرارداد	رعایت قوانین و مفاد قرارداد منعقد شده بین طرفین، پرداخت به موقع مطالبات
5.	سازمان انتقال خون	مدیریت مصرف خون، رعایت و اجرای دستورالعمل ها، الزامات و استاندارد های مربوط به فرآورده های خون، تهیه امکانات و تجهیز اتلازم جهت انتقال صحیح خون و فرآورده های خونی
6.	ارگان های امدادی (هلال احمر، آتش نشانی، فوریت های پزشکی)	همکاری متقابل در شرایط عادی و بحران
7.	دادگستری و پزشکی قانونی	رعایت و اجرای دستورالعمل های سازمان های بالادست، تعامل و همکاری مناسب، پاسخ گویی مناسب به مراجعه کنندگان
8.	ادارات دولتی (اداره کل میراث فرهنگی، سازمان آب و فاضلاب، شرکت مخابرات، شرکت برق و گاز)	اجرای دستورالعمل ها، اطلاع رسانی، مصرف بهینه از منابع آب و برق و گاز، تعامل و همکاری مناسب با شرکتهای ذینفع
9.	سازمان بهزیستی	حمایت گروه های آسیب پذیر و همکاری با بیمارستان
10.	خبرین و بنگاه های خیریه	همکاری و هماهنگی در جهت پذیرش و تخفیف مددجویان، حمایت گروه های آسیب پذیر، رعایت حقوق گیرندگان خدمت
11.	بیمارستان ها و مراکز درمانی	ارجاع و اعزام صحیح بیماران، رعایت دستورالعمل ها، ارائه خدمات مطلوب، همکاری و تعامل مناسب
12.	استانداری و فرمانداری	ارتقای هماهنگی بین بخشی، توجه به حقوق شهروندی، توسعه واحد های ارائه خدمات با کیفیت، افزایش رضایتمندی
13.	شهرداری	رعایت استاندارد های زیست محیطی در دفع پسماند بیمارستانی، اجرای صحیح استانداردهای مربوطه
14.	دفتر امام جمعه	ارائه خدمات مناسب به جامعه، اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی باموازیین شرع مقدس در بیمارستان
15.	سازمان های NGO (بیماران خاص و...)	همکاری و ارائه خدمات، رعایت دستورالعمل های ابلاغی از سازمان های بالادست، حمایت از بیماران خاص

سنجش قدرت و علاقه ذینفع

قدرت (1-)	علاقه (1-4)	ذینفعان	ردیف
4	3	پزشکان و اعضای هیئت علمی و مدیران گروه های آموزشی	1
3	4	کلیه پرسنل بیمارستان	2
2	2	پیمانکاران	3
4	4	تیم مدیریت اجرایی بیمارستان	4
4	4	وزارت بهداشت و درمان	5
4	4	دانشگاه علوم پزشکی اردبیل	6
3	4	بیماران و همراهان	7
4	4	شرکت های طرف قرارداد	8
3	2	سازمان انتقال خون	9
3	2	ارگان های امدادی (هلال احمر، آتش نشانی، فوریت های پزشکی)	10
4	2	دادگستری و پزشکی قانونی	11
2	1	ادارات دولتی (اداره کل میراث فرهنگی، سازمان آب و فاضلاب، شرکت مخابرات، شرکت برق و گاز)	12
2	3	سازمان بهزیستی	13
4	3	خیرین و بنگاه های خیریه	14
4	4	بیمارستان ها و مراکز درمانی	15
4	4	استانداری و فرمانداری	16
4	4	شهرداری	17
4	4	دفتر امام جمعه	18
3	2	سازمان های NGO (بیماران خاص و...)	19

تحلیل ذینفعان بیمارستان بر اساس ماتریس قدرت -علاقه



ردیف		ذینفعان	علاقه (4-1)	قدرت (4-1)
1	ذینفعان کلیدی	پزشکان متخصص و عمومی مستقر در بیمارستان	3	4
2		کلیه پرسنل بیمارستان	4	3
3		شرکت های طرف قرارداد	4	4
4		تیم مدیریت اجرایی بیمارستان	4	4
5		وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	4	4
6		دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل	4	4
7		ارگان های امدادی (هلال احمر، آتش نشانی، فوریت های پزشکی)	2	3
8		بیماران و همراهان	4	3
9		خیرین و بنگاه های خیریه	3	4
10		بیمارستان ها و مراکز درمانی	4	4
11		استانداری و فرمانداری	4	4
12		شهرداری	4	4
13		دفتر امام جمعه	4	4
14		سازمان های NGO (بیماران خاص و...)	2	3
15	راضی نگه داشتن	سازمان انتقال خون	2	3
16		دادگستری و پزشکی قانونی	2	4
17	مطلع نگه داشتن	سازمان بهزیستی	3	2
18	کمترین تلاش	ادارات دولتی (اداره کل میراث فرهنگی، سازمان آب و فاضلاب، شرکت مخابرات، شرکت برق و گاز)	1	2
19		پیمانکاران	2	2

تعریف ماتریس بررسی عوامل داخلی (IFE)

ابزار ارزیابی عوامل داخلی، ماتریس ارزیابی عوامل داخلی است. برای استفاده از این ماتریس هر یک از عوامل استراتژیک داخلی که در ماتریس اولویت عوامل داخلی شناسایی شده اند، مورد ارزیابی قرار می گیرند و از بررسی این عوامل، قوت ها و ضعف ها فهرست می شوند.

این قوت ها و ضعف های شناسایی شده در یک ستون ماتریس قرار گرفته و با استفاده از ضرایب و رتبه های خاصی امتیازبندی می شوند تا در نهایت مشخص شود که سازمان دارای قوت است یا از ضعف رنج می برد.

➤ در ستون اول عوامل استراتژیک اولویت دار داخلی در این ستون و در قالب قوت ها و ضعف ها فهرست می شوند.

➤ در ستون دوم با توجه به میزان اهمیت و حساسیت هر عامل، با مقایسه این عوامل با همدیگر، ضریب اهمیتی بین صفر (بی اهمیت) و یک (مهم) (۱-۰، نسبتی از کل) به آن عامل ها تعلق می گیرد. تخصیص این ضرایب باید به گونه ای باشد که مجموع ضرایب تمام عوامل بیش از یک نباشد. (در صورت اختصاص ضریب اهمیت بین ۱۰۰-۰ در نهایت عدد بدست آمده تقسیم بر صد می شود)

➤ در ستون بعدی با توجه به کلیدی یا عادی بودن قوت ها و ضعف ها به ترتیب رتبه ۴ یا ۳ (به قوت) و رتبه ۲ یا ۱ (به ضعف ها) اختصاص پیدا می کند. تخصیص رتبه بدین صورت است که اگر قوت پیش روی بیمارستان یک قوت عالی باشد، رتبه ۴ و چنانچه یک قوت معمولی باشد، رتبه ۳ به عامل مورد نظر داده می شود و اگر ضعف پیش روی بیمارستان یک ضعف معمولی باشد، رتبه ۲ و چنانچه یک ضعف بحرانی باشد رتبه ۱ به عامل مورد نظر داده می شود. روند رتبه دهی به طوری است که هر قدر از قوت عالی به سمت ضعف بحرانی حرکت می کنیم، میزان رتبه کم تر شده و از ۴ به ۱ می رسد.

➤ در ستون چهارم ضرایب ستون دوم و رتبه های ستون سوم برای هر عامل در هم ضرب می شوند تا امتیاز آن عامل (قوت یا ضعف) برای بیمارستان مشخص شود. در انتهای این ستون از مجموع امتیازات به دست آمده، امتیاز نهایی سازمان از نظر برخورداری از قوت یا ضعف تعیین می شود.

تحلیل نتایج ماتریس ارزیابی عوامل داخلی:

چنانچه جمع کل امتیاز نهایی سازمان در این ماتریس بیش از ۲.۵ باشد، بدین معنی است که طبق پیش بینی های به عمل آمده، قوت های پیش روی سازمان بر ضعف های آن غلبه خواهد داشت و اگر این امتیاز کم تر از ۲.۵ باشد نشان دهنده ی غلبه ضعف ها بر قوت ها خواهد بود.

تعریف ماتریس بررسی عوامل خارجی (EFE)

ابزار ارزیابی عوامل خارجی، ماتریس ارزیابی عوامل خارجی است. برای استفاده از این ماتریس هر یک از عوامل استراتژیک خارجی که در ماتریس اولویت عوامل خارجی شناسایی شده اند، مورد ارزیابی قرار می گیرند و از بررسی این عوامل، فرصت ها و تهدید ها فهرست می شوند.

این فرصت ها و تهدید های شناسایی شده در یک ستون ماتریس قرار گرفته و با استفاده از ضرایب و رتبه های خاصی امتیازبندی می شوند تا در نهایت مشخص شود که سازمان دارای قوت است یا از ضعف رنج می برد.

➤ در ستون اول عوامل استراتژیک اولویت دار خارجی در این ستون و در قالب فرصت ها و تهدید ها فهرست می شوند.

➤ در ستون دوم با توجه به میزان اهمیت و حساسیت هر عامل، با مقایسه این عوامل با همدیگر، ضریب اهمیتی بین صفر (بی اهمیت) و یک (مهم) (۰-۱، نسبتی از کل) به آن عامل ها تعلق می گیرد. تخصیص این ضرایب باید به گونه ای باشد که مجموع ضرایب تمام عوامل بیش از یک نباشد. (در صورت اختصاص ضریب اهمیت بین ۰-۱۰۰ در نهایت عدد بدست آمده تقسیم بر صد می شود)

➤ در ستون بعدی با توجه به کلیدی یا عادی بودن فرصت ها و تهدید ها به ترتیب رتبه ۴ یا ۳ (به فرصت) و رتبه ۲ یا ۱ (به تهدید ها) اختصاص پیدا می کند. تخصیص رتبه بدین صورت است که اگر قوت پیش روی بیمارستان یک فرصت عالی باشد، رتبه ۴ و چنانچه یک فرصت معمولی باشد، رتبه ۳ به عامل مورد نظر داده می شود و اگر تهدید پیش روی بیمارستان یک تهدید معمولی باشد، رتبه ۲ و چنانچه یک تهدید بحرانی باشد رتبه ۱ به عامل مورد نظر داده می شود. روند رتبه دهی به طوری است که هر قدر از فرصت عالی به سمت تهدید بحرانی حرکت می کنیم، میزان رتبه کم تر شده و از ۴ به ۱ می رسد.

➤ در ستون چهارم ضرایب ستون دوم و رتبه های ستون سوم برای هر عامل در هم ضرب می شوند تا امتیاز آن عامل (فرصت یا تهدید) برای بیمارستان مشخص شود. در انتهای این ستون از مجموع امتیازات به دست آمده، امتیاز نهایی سازمان از نظر برخورداری از قوت یا ضعف تعیین می شود.

تحلیل نتایج ماتریس ارزیابی عوامل خارجی:

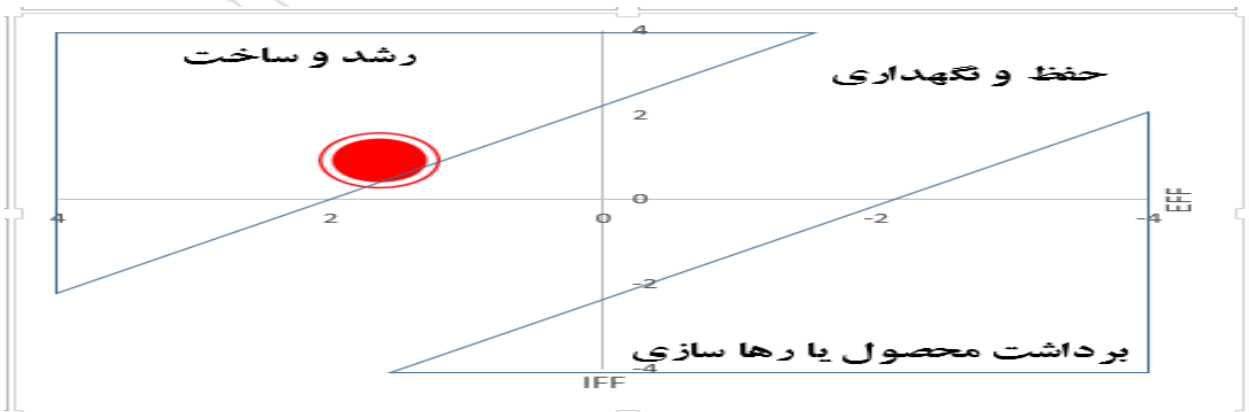
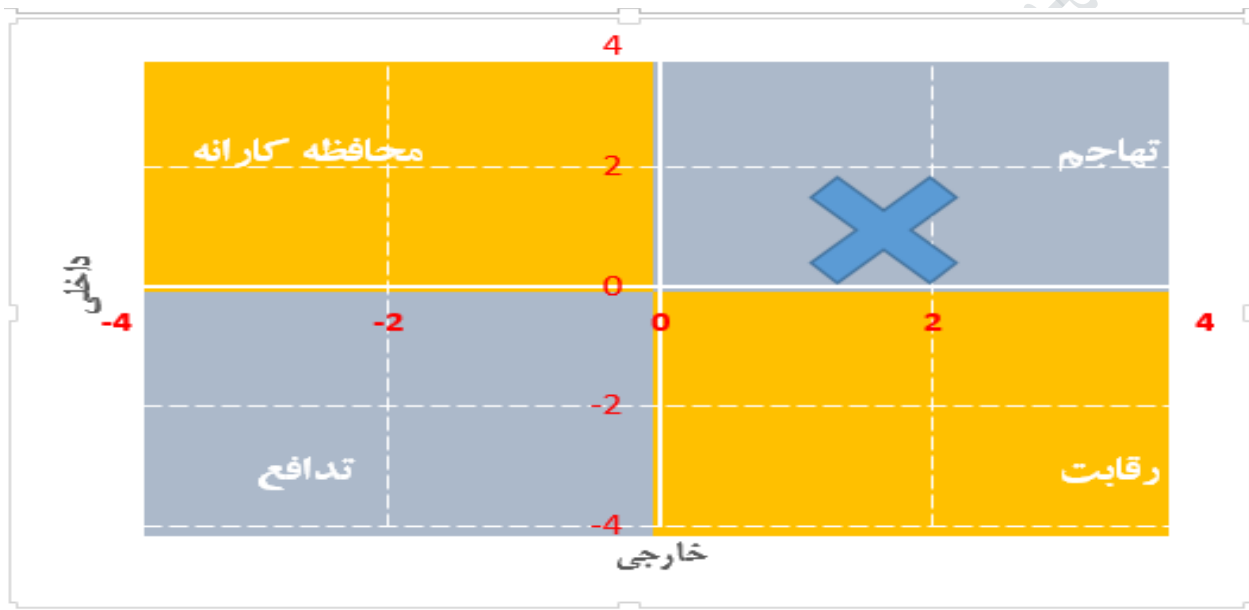
چنانچه جمع کل امتیاز نهایی سازمان در این ماتریس بیش از ۲.۵ باشد، بدین معنی است که طبق پیش بینی های به عمل آمده، فرصت های پیش روی سازمان بر تهدید های آن غلبه خواهد داشت و اگر این امتیاز کم تر از ۲.۵ باشد نشان دهنده ی غلبه تهدید ها بر فرصت ها خواهد بود.

امتیاز موزون	امتیاز 4-1	ضریب اهمیت 9-1	عوامل داخلی (Strengths) نقاط قوت	
2.4855072	45	99		
0.2319	4	8	S1	1
			برخورداری از پزشکان متخصص و فوق تخصص و با تجربه پوست ، ارولوژی ، چشم ، عفونی ، جراحی اطفال ، جراحی عمومی ، دندانپزشکی عمومی و تخصصی اطفال ، ارتوپدی و بیهوشی عمومی و اطفال	
0.2319	4	8	S2	2
			نوساز بودن بیمارستان	
0.1739	3	8	S3	3
			وجود پرسنل درمانی جوان و مجرب با رابطه استخدامی	
0.1739	3	8	S4	4
			مدیریت مشارکتی	
0.1957	3	9	S5	5
			افزایش ضریب اشغال تخت	
0.1739	3	8	S6	6
			وجود امکانات رفاهی مناسب برای پرسنل	
0.1304	3	6	S7	7
			وجود اکسیژن ساز پشتیبان	
0.2029	4	7	S8	8
			وجود آشپزخانه و سلف مجهز و مجزا	
0.2609	4	9	S9	9
			برخورداری از کلینیک دندان پزشکی الکتیو ، اورژانسی و دندان پزشکی تحت بیهوشی	
0.2029	4	7	S10	10
			برخورداری از اتاق عمل سرپایی در بخش اورژانس	
0.2029	4	7	S12	12
			افزایش درآمد بیمارستان	
0.1522	3	7	S13	13
			دسترسی آسان به بیمارستان	
0.1522	3	7	S14	14
			قرار گرفتن در جنب مراکز آموزشی	
امتیاز موزون	امتیاز 4-1	ضریب اهمیت 9-1	عوامل داخلی (Weaknesses) نقاط ضعف	
0.8478261	15	39		
0.1304	3	6	W1	2
			قرار گرفتن در منطقه ی پر ترافیک	
0.1304	3	6	W2	3
			استیجاری بودن مرکز	
0.1957	3	9	W3	4
			کمبود پرسنل	
0.1957	3	9	W4	5
			مشکلات تاسیساتی	
0.1957	3	9	W5	6
			عدم وجود تجهیزات کافی پشتیبان	

امتیاز موزون	امتیاز 4-1	ضریب اهمیت 9-1	عوامل خارجی (Opportunities فرصتها)	
1.7319588	44	98		
0.1856	4	9	سیاست مبتنی بر پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی کل کشور	01 1
0.1082	3	7	تعامل سازنده بیمارستان با مسئولین دانشگاه	02 2
0.1082	3	7	تعامل مثبت با شرکتهای طرف قرار داد	03 3
0.1856	4	9	معرفی بیمارستان به عنوان مرکز ریفرال در تخصص های موجود	04 4
0.1649	4	8	وجود پوشش بیمه ای کامل مراجعه کنندگان	05 5
0.1237	3	8	اعتماد مردم به پزشکان و کادر درمانی	06 6
0.0773	3	5	حمایت مسئولین سیاسی و مذهبی شهر	07 7
0.1649	4	8	تعامل مناسب با سازمانهای بیمه گر	08 8
0.1082	3	7	توریست پذیر بودن شهر	09 9
0.1649	4	8	وجود سازمان های مردم نهاد -خیرین سلامت و سایر ارگان های تاثیر گذار	010 10
0.1082	3	7	وجود نیروهای فارغ التحصیل توانمند و جویای کار در شهر	011 11
0.1082	3	7	وجود قوانین واگذاری خدمات پشتیبانی و پاراکلینیکی به بخش خصوصی	012 12
0.1237	3	8	کمبود تخت ای سی یو و اتاق عمل در سایر مراکز دولتی	013 13
امتیاز موزون	امتیاز 4-1	ضریب اهمیت 9-1	عوامل خارجی (Threats تهدیدها)	
0.7938144	21	96		
0.0464	1	9	تحریم های بین المللی و افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی در بازار	T1 1
0.0412	1	8	مشکلات جذب نیروی پزشکی و پرستاری ،	T2 2
0.0412	1	8	عدم پرداخت به موقع مطالبات توسط سازمان های بیمه گر.	T3 3
0.0928	2	9	تعیین سقف ریالی برای خدمات توسط سازمان های بیمه گر.	T4 4
0.0258	1	5	زلزله خیز بودن منطقه	T5 5
0.0206	1	4	انتظارات برخی مسئولین و مردم خارج از وظایف و اختیارات مرکز.	T6 6
0.0825	2	8	اشتغال به کار همزمان پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی.	T7 7
0.0464	1	9	نداشتن سرانه آموزشی	T8 8
0.0928	2	9	کمبود اعتبارات مالی تخصیص داده شده	T9 9
0.0773	3	5	هم مرز بودن با کشورهای منبع TB مقاوم به درمان و HCV	T10 10
0.0825	2	8	تفاوت فاحش تعرفه دولتی با بخش خصوصی	T11 11
0.0825	2	8	انتخاب مرکز به عنوان معین حوادث شیمیایی استان	T12 12
0.0619	2	6	پایین بودن سطح درآمد مردم	T13 13

امتیاز	
1.64	فاکتور داخلی
0.94	فاکتورهای خارجی

جمع ضریب اهمیت	جمع امتیاز	جمع امتیاز موزون	
99	45	2.49	s
39	15	0.85	w
98	44	1.73	o
96	21	0.79	t



سیاست های اصلی بیمارستان

ردیف	عنوان سیاست اصلی بیمارستان	ذینفعان
1	اجرای مطلوب دستورالعمل های ایمنی بیمار و کارکنان	بیماران- کارکنان- بیمارستان
2	ارتقاء استانداردهای اعتباربخشی	بیمارستان- کارکنان- بیماران
3	ارتقاء کیفیت ارائه خدمات به بیماران	بیماران
4	ارتقاء فرآیند آموزش به بیمار، پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران و کارکنان- ایجاد دفتر پیگیری امور بیماران	کارکنان- بیماران- همراه بیماران
5	عقد قرارداد با کلیه بیمه های پایه و مکمل	بیماران- بیمه های طرف قرارداد
6	اجرای بسته های برنامه نظام تحول سلامت	بیماران- دانشگاه
7	پایش و بهبود مستمر رضایتمندی مراجعین و کارکنان	کارکنان- بیماران
8	توجه به کرامت و تعالی اخلاقی جامعه پزشکی- پرستاری و بیماران	کارکنان- بیماران
9	حفظ و صیانت از منابع و تجهیزات سازمان	کارکنان- دانشگاه
10	نیازسنجی و اجرای برنامه آموزشی و پژوهشی جهت پزشکان و فراگیران	پزشکان- فراگیران
11	نیازسنجی و اجرای آموزشهای ضمن خدمت و برنامه های پژوهشی کارکنان	کارکنان
12	برنامه ریزی در جهت کسب استانداردهای بیمارستان سبز (مدیریت صحیح پسماندهای بیمارستانی- مدیریت منابع انرژی- اجرای مدیریت صحیح فضای سبز و...)	محیط زیست- کارکنان
13	خرید کالای با کیفیت ایرانی در راستای اقتصاد مقاومتی، حمایت از تولیدات دانش بنیان و استفاده بهینه از منابع	تامین کنندگان مواد اولیه- دانشگاه
14	امادگی جهت مقابله با بحران	بیمارستان- کارکنان- بیماران
15	تلاش در جهت جذب بیماران اتباع خارجی و گردشگری سلامت	اتباع خارجی- بیمارستان

مرحله ی تطبیق یا مقایسه:

جهت تدوین استراتژی های کلان بیمارستان، ماتریس توز به کار گرفته شده است. در این مرحله با استفاده از ماتریس TOWS، بر مبنای تقابل دوبه دویی فرصت ها، تهدیدها، قوت ها و ضعف ها، چهار دسته استراتژی به دست می آید:

➤ استراتژی SO: Maxi-Max:

سازمان با استفاده از نقاط قوت داخلی می کوشد از فرصت ها بهره برداری نماید. سازمان از استراتژی های رشد و توسعه استفاده میکند.

➤ استراتژی های WO: Mini-Max:

هدفش کاهش نقاط ضعف و افزایش فرصت ها است. در این حالت سازمان به علت برخورداری از ضعف های اساسی، امکان استفاده از فرصت های به دست آمده را ندارد در نهایت باید نقاط ضعف داخلی را بهبود بخشد و یا آنکه با برطرف کردن نقاط ضعف حداکثر استفاده را از فرصت ها ببرد.

➤ استراتژی های ST: Maxi-Min:

در این استراتژی، سازمان می تواند با استفاده از نقاط قوت خود اثرات ناشی از تهدیدات موجود در محیط خارج را کاهش دهند یا آن ها را از بین ببرند. از استراتژی های رقابتی مثل سرمایه گذاری های مشترک استفاده می کند.

➤ استراتژی های WT: Min-Min:

هدف کاهش حتی الامکان نقاط ضعف و تهدید ها می باشد. سازمان ها حالت تدافعی به خود می گیرند و می کوشد برای حفظ بقای خود از فعالیت های خود بکاهد. استراتژی کاهش، همکاری یا واگذاری یا ادغام در سازمان/شرکت های دیگر

نقاط ضعف (W)	نقاط قوت (S)	
<p>W1 قرار گرفتن در منطقه ی پر ترافیک</p> <p>W2 استیجاری بودن مرکز</p> <p>W3 کمبود پرسنل</p> <p>W4 مشکلات تاسیساتی</p> <p>W5 ناکافی بودن تجهیزات پشتیبان</p>	<p>S1 برخورداری از پزشکان متخصص و فوق تخصص و با تجربه پوست ، ارولوژی ، چشم ، عفونی ،جراحی اطفال ، جراحی عمومی ، دندانپزشکی عمومی وتخصصی اطفال. ارتوپدی و بیهوشی عمومی و اطفال</p> <p>S2 نوساز بودن بیمارستان</p> <p>S3 وجود پرسنل درمانی جوان و مجرب با رابطه استخدامی</p> <p>S4 مدیریت مشارکتی</p> <p>S5 افزایش ضریب اشغال تخت</p> <p>S6 وجود امکانات رفاهی مناسب برای پرسنل</p> <p>S7 وجود اکسیژن ساز پشتیبان</p> <p>S8 وجود آشپزخانه و سلف مجهز و مجزا</p> <p>S9 برخورداری از کلینیک دندان پزشکی الکتیو ، اورژانسی و دندان پزشکی تحت بیهوشی</p> <p>S10 برخورداری از اتاق عمل سرپایی در بخش اورژانس</p> <p>S11 افزایش درآمد بیمارستان</p> <p>S12 دسترسی آسان به بیمارستان</p> <p>S13 قرار گرفتن در جنب مراکز آموزشی</p>	<p>عوامل داخلی</p> <p style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">عوامل خارجی</p>
استراتژی مبتنی بر نقاط ضعف و فرصت ها (WO)	استراتژی مبتنی بر نقاط قوت و فرصت ها (SO)	فرصت ها (O)
<p>1-نوسازی و تامین تجهیزات پشتیبان و تاسیسات بیمارستان</p> <p style="text-align: center;">W5O1O2O3O7O10W4</p> <p>2- به کار گیری نیروهای جوان و فعال در کنار پرسنل مجرب و با تجربه</p> <p style="text-align: center;">W3O2O11</p>	<p>1- ارتقا ایمنی بیمار، بهبود کیفیت، ارتقاء بهره وری بر اساس استانداردهای اعتباربخشی تمامی O و S ها</p> <p>2- فراهم آوردن زیرساخت های لازم جهت افزایش ارائه خدمات رسانی های کلیدی</p> <p style="text-align: center;">S1S3S4S6O1O2O3O7</p> <p>3- ایجاد بستر فرهنگی و محیط مناسب برای رشد اهداف بیمارستان و پرسنل</p> <p style="text-align: center;">S2S4S6O1O6O7O8O10</p>	<p>O1 سیاست مبتنی بر پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی کل کشور</p> <p>O2 تعامل سازنده بیمارستان با مسئولین دانشگاه</p> <p>O3 تعامل مثبت با شرکتهای طرف قرار داد</p> <p>O4 معرفی بیمارستان به عنوان مرکز ریفارال در تخصص های موجود</p> <p>O5 وجود پوشش بیمه ای کامل مراجعه کنندگان.</p> <p>O6 اعتماد مردم به پزشکان و کادر درمانی.</p> <p>O7 حمایت مسئولین سیاسی و مذهبی شهر.</p> <p>O8 تعامل مناسب با سازمانهای بیمه گر.</p> <p>O9 توریست پذیر بودن شهر.</p> <p>O10 وجود سازمان های مردم نهاد -خیرین سلامت و سایر ارگان های تاثیر گذار</p> <p>O11 وجود نیروهای فارغ التحصیل توانمند و جویای کار در شهر</p> <p>O12 وجود قوانین واگذاری خدمات پشتیبانی و پاراکلینیکی به بخش خصوصی</p> <p>O13 کمبود تخت ای سی یو و اتاق عمل در سایر مراکز دولتی</p>
استراتژی مبتنی بر نقاط ضعف و تهدیدها (WT)	استراتژی مبتنی بر نقاط قوت و تهدیدها (ST)	تهدیدها (T)
<p>1-بهبود کارکرد عملیاتی و تجمیع زیرساخت ها با کنترل هزینه ها</p> <p style="text-align: center;">W3W4W5T1T2T9T8</p>	<p>1-به کار گیری نیروهای جوان و فعال در کنار پرسنل مجرب و با تجربه</p> <p style="text-align: center;">S3S4T8T9</p> <p>2-به کار گیری و جذب تخصص های مورد نیاز بیمارستان و توسعه خدمات فوق تخصصی در رشته های مرتبط</p> <p style="text-align: center;">S1T9T7T2</p>	<p>T1 تحریم های بین المللی و افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی در بازار</p> <p>T2 مشکلات جذب نیروی پزشکی و پرستاری ...</p> <p>T3 عدم پرداخت به موقع مطالبات توسط سازمان های بیمه گر.</p> <p>T4 تعیین سقف ریالی برای خدمات توسط سازمان های بیمه گر.</p> <p>T5 زلزله خیز بودن منطقه</p> <p>T6 انتظارات برخی مسئولین و مردم خارج از وظایف و اختیارات مرکز.</p> <p>T7 اشتغال به کار همزمان پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی.</p> <p>T8 نداشتن سرانه آموزشی</p> <p>T9 کمبود اعتبارات مالی تخصیص داده شده</p> <p>T10 هم مرز بودن با کشورهای منبع TB مقاوم به درمان و HCV</p> <p>T11 تفاوت فاحش تعرفه دولتی با بخش خصوصی</p> <p>T12 انتخاب مرکز به عنوان معین حوادث شیمیایی استان</p> <p>T13 پایین بودن سطح درآمد مردم</p>

مرحله ی تصمیم گیری:

ماتریس برنامه ریزی استراتژیک کمی (QSP)

روش ماتریس برنامه ریزی استراتژیک کمی برای تعیین جذابیت نسبی استراتژی های برگزیده است. برای تشکیل این ماتریس از نتایج بررسی وضعیت داخلی و محیطی سازمان استفاده می شود.

یعنی تعیین میزانی که یک استراتژی می تواند از عوامل سرنوشت ساز داخلی و خارجی به صورتی موفقیت آمیز استفاده کند.

مراحل ساخت این ماتریس چنین است:

- فرصت ها و تهدیدات عمده (از مطالعات محیطی) و نیز قوت ها و ضعف ها (از مطالعات داخلی) را در ستون سمت راست ماتریس بنویسید. (دست کم 10 عامل بسیار مهم خارجی و 10 عامل بسیار مهم داخلی)
- باید پرسید: «آیا این عامل در فرآیند انتخاب یا گزینش استراتژی ها نقشی عمده دارد؟»
- به هریک از عوامل داخلی و خارجی حسب میزان اهمیت در موفقیت سازمان وزن یا ضریب دهید. (مشابه ضریب های ماتریس ارزیابی عوامل داخلی و خارجی)
- استراتژی هایی که سازمان باید به اجرا درآورد را مشخص نمایید. (از روش های تدوین استراتژی مثل ماتریس TOWS) و در ردیف بالای ماتریس برنامه ریزی استراتژیک کمی بنویسید.
- نمره جذابیت هر عامل داخلی یا خارجی را مشخص نمایید.
- حاصل ضرب نمره جذابیت در امتیاز را برای هر عامل داخلی یا خارجی، محاسبه نمایید و در ستون جمع نمره های جذابیت درج نمایید.
- برای هر استراتژی مجموع نمره های جذابیت را محاسبه نمایید، عدد حاصل بیانگر مطلوبیت آن استراتژی است.

ماتریس برنامه ریزی استراتژیک کمی (QSP)

ردیف	عنوان	شاخص‌ها												مجموع		
		ارتقا ایمنی بیمار، بهبود کیفیت		فراهم آوردن زیرساخت های لازم جهت افزایش ارائه خدمات رسانی های کلیدی		اجاده بستر فرهنگی و محیط مناسب برای رشد اهداف بیمارستان و پرسنل		نوسازی و تامین تجهیزات بستنیان و تاسیسات بیمارستان		به کار گیری نیروهای جوان و فعال در کنار پرسنل معرب و با تجربه		به کارگیری و جذب تخصص های مورد نیاز بیمارستان و توسعه خدمات فوق تخصصی در رشته های مرتبط			بهبود کارکرد عملیاتی و جمع زیرساخت ها با کنترل هزینه ها	
		جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت		جمع نمره	نمره جذابیت
0.8	سیاست مبتنی بر پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی کل کشور	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
0.4	تفاهل سازنده بیمارستان با مسئولین دانشگاه	3	1.2	3	1.2	4	0.8	4	1.6	4	1.6	4	3	1.2		
0.5	تفاهل مثبت با شرکتهای طرف قرارداد	3	1.5	3	1.5	4	1	4	2	4	2	4	3	1.5		
0.6	معرفی بیمارستان به عنوان مرکز رفیرال در تخصص های موجود	4	2.4	4	3	4	0.6	4	1.2	4	1.2	4	2	1.2		
0.5	وجود پوشش بیمه ای کامل مراجعه کنندگان	4	2	4	2	4	0.5	4	1	4	1	4	1	0.5		
0.5	استعداد مردم به پزشکان و کادر درمانی	3	1.5	3	1.5	4	1	4	2	4	2	4	1	0.5		
0.2	حمایت مسئولین سیاسی و مذهبی شهر	2	0.4	2	0.4	3	0.6	3	0.6	3	0.6	3	2	0.4		
0.6	تفاهل مناسب با سازمانهای بیمه گر	4	2.4	4	2	4	0.6	4	1.2	4	1.2	4	1	0.6		
0.1	توریت پذیر بودن شهر	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	1	0.1		
0.6	وجود سازمان های مردم نهاد - خیرین سلامت و سایر ارگان های تاثیر گذار	3	1.8	3	1.8	4	0.6	4	1.2	4	1.2	4	4	2.4		
0.1	وجود نیروهای فارغ التحصیل توانمند و جوانی کار در شهر	2	0.2	2	0.2	4	0.1	4	0.1	4	0.1	4	1	0.1		
0.2	وجود قوانین و آگذاری خدمات پشتیبانی و پاراکلینیکی به بخش خصوصی	3	0.6	3	0.6	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	3	0.6		
0.4	کمبود نفت ای سی و اتان عمل در سایر مراکز دولتی	3	1.2	3	1.2	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	1	0.4		
0.5	تعمیر های بین المللی و افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی در بازار	4	2	4	2	4	0.5	4	2	4	2	4	2	1.5		
0.3	مشکلات جذب نیروی پزشکی و پرستاری ، ...	3	0.9	3	0.9	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	1	0.3		
0.6	عدم پرداخت به موقع مطالبات توسط سازمان های بیمه گر.	4	2.4	4	2.4	4	0.6	4	2.4	4	2.4	4	1	0.6		
0.5	تعیین سقف ریالی برای خدمات توسط سازمان های بیمه گر.	4	2	4	2	4	0.5	4	2	4	2	4	1	0.5		
0.1	زلزله خیز بودن منطقه	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	1	0.1		
0.2	انتظارات برخی مسئولین و مردم خارج از وظایف و اختیارات مرکز.	2	0.6	2	0.6	4	0.2	4	0.2	4	0.2	4	1	0.2		
0.3	استغال به کار همزمان پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی.	3	0.9	3	0.9	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	1	0.3		
0.3	نداشتن سراه آموزشی	3	0.9	3	0.9	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	1	0.3		
0.6	کمبود اعتبارات مالی تخصیص داده شده	4	2.4	4	2.4	4	0.6	4	2.4	4	2.4	4	4	2.4		
0.1	هم مرز بودن با کشور های منبع TB مقاوم به درمان و HCV	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	1	0.1		
0.4	تفاوت فاحش تعرفه دولتی با بخش خصوصی	3	1.2	3	1.2	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	1	0.4		
0.3	انتخاب مرکز به عنوان زمین حوادث شیمیایی استان	2	0.6	2	0.6	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	1	0.3		
0.3	پایین بودن سطح درآمد مردم	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1	1	0.3		
10	جمع نمرات عوامل خارجی	32.7	27.8	32.7	27.8	32.7	17	32.7	25.2	32.7	25.2	32.7	24	19.5		

QSPM

نمره جذابیت	ارقا ایمنی بیمار، بهبود کیفیت، ارتقاء بهره وری بر اساس استانداردهای اعتباربخشی		فرام آوردن زیرساخت های لازم جهت افزایش ارائه خدمات رسانی های کلیدی		اجداد بستر فرهنگی و محیط مناسب برای رشد اهداف بیمارستان و پرسنل		نوسازی و تامین تجهیزات پشتیبان و تاسیسات بیمارستان		به کار گیری نیروهای جوان و فعال در کنار پرسنل مجرب و با تجربه		به کار گیری و جذب تخصص های مورد نیاز بیمارستان و توسعه خدمات فوق تخصصی در رشته های مرتبط		بهبود کار کرد عملیاتی و تسهیل زیوساخت ها با کنترل هزینه ها	
	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره	نمره جذابیت	جمع نمره
۰.۸	۴	۳.۲	۲	۱.۶	۳	۲.۴	۱	۰.۸	۴	۳.۲	۴	۳.۲	۴	۳.۲
پر خوردهاری از پزشکان متخصص و فوق تخصصی و با تجربه پوست، ارولوژی، چشم، عفونی، جراحی اطفال، جراحی عمومی، دندانپزشکی عمومی و تخصصی اطفال، ارتوپدی و بیوشی عمومی و اطفال														
۰.۲	۳	۰.۶	۴	۰.۸	۳	۰.۶	۴	۰.۸	۱	۰.۴	۲	۰.۲	۴	۰.۸
نوساز بودن بیمارستان														
۰.۵	۴	۲	۱	۰.۵	۳	۱.۵	۱	۰.۵	۴	۲	۲	۱.۵	۳	۱.۵
وجود پرسنل درمانی جوان و مجرب با رابطه استخدامی														
۰.۷	۴	۲.۸	۴	۲.۸	۴	۲.۸	۴	۲.۸	۴	۲.۸	۴	۲.۸	۴	۲.۸
مدیریت مشارکتی														
۰.۸	۲	۱.۶	۴	۳.۲	۳	۲.۴	۳	۲.۴	۴	۳.۲	۴	۳.۲	۱	۰.۸
افزایش ضریب اشغال تخت														
۰.۶	۳	۱.۸	۲	۱.۲	۴	۲.۴	۲	۱.۲	۳	۱.۸	۳	۱.۸	۲	۱.۲
وجود امکانات رفاهی مناسب برای پرسنل														
۰.۶	۴	۲.۴	۳	۱.۸	۱	۰.۶	۳	۱.۸	۳	۱.۸	۲	۱.۲	۳	۱.۸
وجود اکسین ساز پشتیبان														
۰.۲	۲	۰.۶	۲	۰.۶	۳	۰.۹	۱	۰.۳	۱	۰.۳	۱	۰.۳	۱	۰.۳
وجود آشپزخانه و سلف مجیز و مجزا														
۰.۷	۴	۲.۸	۴	۲.۸	۳	۲.۱	۳	۲.۱	۳	۲.۱	۳	۲.۱	۲	۱.۴
پر خوردهاری از کلییک دندان پزشکی الکتیو، اورژانسی و دندان پزشکی تخت بیوشی														
۰.۲	۴	۱.۲	۳	۰.۹	۳	۰.۹	۳	۰.۹	۳	۰.۹	۳	۰.۹	۳	۰.۹
پر خوردهاری از اتاق عمل سربایی در بخش اورژانس														
۰.۹	۳	۲.۷	۳	۲.۷	۳	۲.۷	۳	۲.۷	۳	۲.۷	۳	۲.۷	۳	۲.۷
افزایش درآمد بیمارستان														
۰.۳	۳	۰.۹	۲	۰.۶	۱	۰.۳	۱	۰.۳	۲	۰.۶	۱	۰.۳	۱	۰.۳
دسترسی آسان به بیمارستان														
۰.۲	۲	۰.۴	۱	۰.۲	۱	۰.۲	۱	۰.۲	۱	۰.۲	۱	۰.۲	۱	۰.۲
قرار گرفتن در جنب مراکز آموزشی														
۰.۴	۳	۱.۲	۱	۰.۴	۱	۰.۴	۱	۰.۴	۱	۰.۴	۱	۰.۴	۱	۰.۴
قرار گرفتن در منطقه ی پر ترافیک														
۰.۲	۱	۰.۲	۳	۰.۶	۲	۰.۴	۲	۰.۴	۲	۰.۴	۲	۰.۴	۲	۰.۴
استیجاری بودن مرکز														
۰.۸	۴	۳.۲	۳	۲.۴	۲	۱.۶	۲	۱.۶	۳	۲.۴	۳	۲.۴	۳	۲.۴
کمبود پرسنل														
۰.۹	۴	۳.۶	۴	۳.۶	۱	۰.۹	۴	۳.۶	۳	۲.۷	۳	۲.۷	۴	۳.۶
مشکلات تاسیساتی														
۰.۸	۴	۳.۲	۴	۳.۲	۱	۰.۸	۴	۳.۲	۳	۲.۴	۳	۲.۴	۳	۲.۴
عدم وجود تجهیزات کافی پشتیبان														
۱۰		۳۴.۴		۲۹.۹		۲۸.۴		۲۶		۲۵.۸		۲۷.۸		۲۷.۱
جمع نمرات عوامل داخلی														
۱۰		۳۲.۷		۲۷.۸		۱۷		۲۵.۲		۱۸.۶		۲۴		۱۹.۵
جمع نمرات عوامل خارجی														
		۶۷.۱		۵۷.۷		۴۵.۴		۵۱.۲		۴۴.۴		۵۱.۸		۴۶.۶
جمع عوامل														

بهترین استراتژی های کلان قابل اجرا

اولویت (رتبه) هر استراتژی	نمره نهایی جذابیت هر استراتژی	بهترین استراتژی های کلان قابل اجرا	ردیف
S1 – اول	67.1	ارتقا ایمنی بیمار، بهبود کیفیت، ارتقاء بهره وری بر اساس استانداردهای اعتباربخشی	1
S2 – دوم	57.7	فراهم آوردن زیرساخت های لازم جهت افزایش ارائه خدمات رسانی های کلیدی	2
S3 – سوم	51.8	به کارگیری و جذب تخصص های مورد نیاز بیمارستان و توسعه خدمات فوق تخصصی در رشته های مرتبط	3
S4 – چهارم	51.2	نوسازی و تامین تجهیزات پشتیبان و تاسیسات بیمارستان	4

اهداف کلان

اهداف کلان (کلی)	استراتژی های کلان
پیاده سازی مستمر استاندارد های اعتباربخشی	S1 ارتقا ایمنی بیمار، بهبود کیفیت، ارتقاء بهره وری بر اساس استانداردهای اعتباربخشی
بهبود و ارتقاء شاخص ها و فرآیند های جاری	
بهبود و ارتقاء مدیریت خطر حوادث و بلایا	
استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان	
ایجاد تخصص های جدید و مورد نیاز جهت برطرف کردن کمبودهای استانی	S2 فراهم آوردن زیرساخت های لازم جهت افزایش ارائه خدمات رسانی های کلیدی
افزایش ضریب اشغال تخت بستری	S3 به کارگیری و جذب تخصص های مورد نیاز بیمارستان و توسعه خدمات فوق تخصصی در رشته های مرتبط
استفاده بهینه از منابع مالی از طریق مدیریت اثربخش هزینه ها	S4 نوسازی و تامین تجهیزات پشتیبان و تاسیسات بیمارستان
بهبود مستمر مدیریت نگهداشت تجهیزات و تاسیسات	

اهداف اختصاصی

اهداف اختصاصی		اهداف کلان (کلی)	
پیاده سازی و آموزش آخرین نسل (نسل پنجم) استاندارد های اعتباربخشی از ابتدای برنامه تا زمان ابلاغ نسل جدید استانداردها به 100 درصد مسئولان مرتبط با هر محور	O1	پیاده سازی مستمر استاندارد های اعتباربخشی	G1
ارتقای نتایج حاصل از پایش بخش اورژانس بر مبنای چک لیست نظارت بر اورژانس بیمارستان به میزان 30 درصد نسبت به نتایج اولین چک لیست تکمیل شده تا پایان سال 1403	O1	بهبود و ارتقاء شاخص ها و فرآیند های جاری	G2
ساماندهی همراهان و فرایند ملاقات در بخش های ویژه	O2		
ساماندهی فرایند توزیع غذای بیماران طبق دستور پزشک	O3		
افزایش رضایتمندی پرسنل از غذای بیمارستان به میزان 50 درصد نسبت به سال 1402	O4		
توانمندسازی و ارتقاء دانش 100 درصد کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند (اعضای سامانه فرماندهی حادثه) تا پایان سال 1403	O1	بهبود و ارتقاء مدیریت خطر حوادث و بلایا	G3
ارتقاء سطح ایمنی بیمارستان در حیطه ی سازه ای و غیر سازه ای	O2		
ایجاد و راه اندازی درمانگاه زخم پای دیابتی در درمانگاه بیمارستان	O1	راه اندازی تخصص های جدید و مورد نیاز جهت برطرف کردن کمبودهای استانی	G4
راه اندازی بخش جنرال و پذیرش بیماران زخم پای دیابتیک	O2		
فعال سازی کلینیک دندان پزشکی در درمانگاه بیمارستان	O3		
راه اندازی دندان پزشکی تحت بیهوشی اطفال جهت بیماران خاص	O4		
جذب نیروی متخصص چشم پزشکی و اورولوژی تمام وقت درمانی	O1	افزایش ضریب اشغال تخت بستری	G5
جذب نیروی متخصص داخلی و اورولوژی قرارداد کارانه	O2		
جذب نیروی فوق تخصصی شبکیه چشم به صورت قرارداد کارانه	O3		
ارتقاء توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه به میزان 10٪ نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری	O1	استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان	G6
ارتقاء توجه به مشخصات فردی بیمار به میزان 10٪ نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری	O2		

ارتقاء ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری	03		
حفظ شاخص انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار به میزان 100 درصد تا پایان سال 1403	04		
ارتقاء کنترل غلظت محلول های الکترولیت به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری	05		
ارتقای اطمینان از صحت دارو و درمان در مراحل انتقالی ارائه خدمات به میزان 30 درصد نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری	06		
ارتقاء اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402 تا پایان سال 1403	07		
حفظ استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات به میزان 100 درصد تا پایان سال 1403	08		
بهبود بهداشت دست در سطح بیمارستان به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری	09		
اجرای برنامه نگهداری پیشگیرانه تجهیزات پزشکی برای 100 درصد تجهیزات سرمایه ای و حیاتی شناسایی شده تا پایان سال 1403	01	بهبود مستمر مدیریت نگهداشت تجهیزات و تاسیسات	G7
خریداری تجهیزات سرمایه ای مورد نیاز بیمارستان بر اساس الویت بندی و نیازسنجی واحد تجهیزات پزشکی	02		
آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی	03		
برگزاری کمیته زنجیره ی تامین کالا و ساماندهی انبارها به میزان 80 درصد تا پایان سال 1403	01	استفاده بهینه از منابع مالی از طریق مدیریت اثربخش هزینه ها	G8

درمانی امام رضا (ع)

01: پیاده‌سازی و آموزش آخرین نسل (نسل پنجم) استانداردهای اعتباربخشی

- ** - فروردین تا خرداد 1403: طراحی دوره‌های آموزشی، تدوین محتوای آموزشی و برنامه‌ریزی دوره‌ها
- ** - تیر تا شهریور 1403: برگزاری دوره‌های آموزشی و پیاده‌سازی استانداردها
- ** - مهر تا آذر 1403: ارزیابی و بهبود فرآیندهای اجرایی و آموزشی

02: ارتقای نتایج پایش بخش اورژانس به میزان 30 درصد

- ** - فروردین 1403: تعیین معیارهای پایش اورژانس و تعریف شاخص‌های عملکردی
- ** - اردیبهشت تا خرداد 1403: انجام اولین ارزیابی و شناسایی نقاط ضعف.
- ** - تیر تا شهریور 1403: بهبود فرآیندهای اورژانس بر اساس ارزیابی‌های اولیه.
- ** - مهر تا آذر 1403: اجرای اقدامات اصلاحی و پایش مجدد.
- ** - دی تا اسفند 1403: ارزیابی نهایی و گزارش نتایج به مدیریت.

03: ساماندهی همراهان و فرایند ملاقات در بخش‌های ویژه

- ** - فروردین 1403: شناسایی نقاط ضعف و ارائه راهکارهای متناسب با فضای فیزیکی بخش‌های ویژه
- ** - اردیبهشت تا خرداد 1403: تدوین دستورالعمل‌های جدید ملاقات و ارائه برنامه به مدیریت بیمارستان
اجرای دستورالعمل‌های جدید و آموزش کارکنان.
- ** - تیر 1403: نظارت بر اجرای صحیح فرآیندها و ارزیابی بازخورد بیماران و همراهان
- ** - مرداد تا مهر 1403: بهبود فرآیندهای ملاقات و مستندسازی تجربیات.

04: افزایش رضایتمندی پرسنل از غذای بیمارستان به میزان 50 درصد

- ** - فروردین تا شهریور 1403: انجام نظرسنجی از پرسنل و شناسایی نقاط ضعف خدمات تغذیه.

- ** - خرداد تا تیر 1403: اصلاح منوی غذایی و بهبود کیفیت غذاها بر اساس بازخوردها.
- ** - مرداد تا شهریور 1403: اجرای طرح‌های آزمایشی برای تغییرات در منو و خدمات غذایی.
- ** - مهر تا اسفند 1403: پایش میزان رضایتمندی پرسنل و مستندسازی بهبودها.

05: توانمندسازی 100 درصد کارکنان که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند (اعضای سامانه فرماندهی حادثه) تا پایان سال 1403

- ** - فروردین تا خرداد 1403: شناسایی کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند.
- ** - تیر تا شهریور 1403: تدوین برنامه آموزشی جامع کنترل حوادث.
- ** - مهر تا آذر 1403: برگزاری دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های تمرینی.
- ** - دی تا اسفند 1403: ارزیابی کارکنان پس از دوره‌های آموزشی و سنجش آمادگی آن‌ها.

06: ارتقاء سطح ایمنی بیمارستان در حیطه سازه‌ای و غیر سازه‌ای

- ** - فروردین تا خرداد 1403: ارزیابی سازه‌ای و غیر سازه‌ای بیمارستان و شناسایی نقاط ضعف.
- ** - تیر تا شهریور 1403: تدوین برنامه بهبود سازه‌ای و غیر سازه‌ای.
- ** - مهر تا آذر 1403: اجرای اصلاحات لازم بر اساس برنامه بهبود.
- ** - دی تا اسفند 1403: نظارت بر اجرای بهبودها و ارزیابی نهایی.

07: ایجاد و راه‌اندازی درمانگاه زخم پای دیابتی

- ** - فروردین 1403: شناسایی نیازمندی‌ها و تجهیزات مورد نیاز.
- ** - فروردین 1403: تامین تجهیزات و آماده‌سازی زیرساخت‌های درمانگاه.
- ** - اردیبهشت 1403: راه‌اندازی و آموزش پرسنل.
- ** - خرداد 1403: ارائه خدمات به بیماران و ارزیابی عملکرد درمانگاه.

08: راه‌اندازی بخش جنرال و پذیرش بیماران زخم پای دیابتی

- ** - فروردین 1403: تجهیز بخش جنرال.

** - فروردین 1403: آماده‌سازی پرسنل و برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی.

** - فروردین 1403: افتتاح و آغاز پذیرش بیماران.

** - اردیبهشت تا اسفند 1403: نظارت بر عملکرد بخش و ارزیابی نتایج.

09: فعال‌سازی کلینیک دندانپزشکی

** - فروردین 1403: شناسایی تجهیزات، فضای فیزیکی و نیروی انسانی مورد نیاز

** - فروردین 1403: شناسایی تجهیزات، فضای فیزیکی، زیر ساخت ها و نیروی انسانی مورد نیاز

** - اردیبهشت 1403: آغاز فعالیت کلینیک و ارائه خدمات.

** - اردیبهشت تا اسفند 1403: ارزیابی عملکرد کلینیک و جلب رضایتمندی بیماران.

010: راه‌اندازی دندان‌پزشکی تحت بیهوشی اطفال جهت بیماران خاص

** - فروردین 1403: شناسایی نیازهای تجهیزاتی و پرسنل مورد نیاز جهت دندان‌پزشکی تحت بیهوشی.

** - فروردین 1403: تهیه تجهیزات مورد نیاز جهت دندان‌پزشکی تحت بیهوشی

** - اردیبهشت 1403: آماده‌سازی اتاق عمل دندان‌پزشکی و راه‌اندازی سیستم بیهوشی.

** - اردیبهشت 1403: افتتاح رسمی اتاق عمل و آغاز پذیرش بیماران خاص.

** - خرداد تا اسفند 1403: ارزیابی عملکرد و رفع مشکلات اجرایی.

011: جذب نیروی متخصص چشم‌پزشکی و اورولوژی تمام وقت درمانی

** - فروردین 1403: مکاتبه با معاونت درمان جهت جذب نیرو

** - فروردین 1403: مصاحبه و ارزیابی متقاضیان

** - اردیبهشت 1403 جذب و امضای قرارداد با متخصصان جدید.

** - اردیبهشت 1403: آغاز به کار متخصصان و ارزیابی نیازهای اولیه.

** - اردیبهشت تا اسفند 1403: ارزیابی عملکرد متخصصان و بهبود شرایط کاری در صورت نیاز.

012: جذب نیروی متخصص داخلی و اورولوژی قرارداد کارانه

- ** فروردین 1403: شناسایی نیروی متخصص مورد نیاز.
- ** فروردین 1403: مصاحبه و انتخاب نیروی متخصص داخلی و اورولوژی.
- ** فروردین 1403: امضای قرارداد کارانه و تعیین جزئیات همکاری.
- ** اردیبهشت 1403: آغاز به کار متخصصان و نظارت بر عملکرد.
- ** اردیبهشت تا اسفند 1403: ارزیابی عملکرد و اصلاح سیستم کارانه در صورت نیاز.

013: جذب نیروی فوق تخصصی شبکه چشم به صورت قرارداد کارانه

- ** فروردین 1403: شناسایی نیازهای بیماران و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان جهت اعمال جراحی شبکه
- ** فروردین 1403: مصاحبه و امضای قرارداد کارانه، شروع به کار تنها نیروی فوق تخصص شبکه استان
- ** اردیبهشت تا خرداد 1403: نظارت و ارزیابی عملکرد فوق تخصص شبکه و رفع نواقص در حیطه تجهیزات مورد نیاز
- ** خرداد تا اسفند 1403: ارزیابی تأثیر نیروی جدید بر ارائه خدمات.

014: ارتقاء کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت

- ** فروردین 1403: بررسی دستورالعمل‌های موجود و شناسایی نقاط ضعف.
- ** اردیبهشت 1403: تدوین برنامه بهبود و ارائه به پرسنل.
- ** خرداد 1403: اجرای برنامه بهبود و نظارت بر فرآیندها.
- ** تیر تا اسفند 1403: ارزیابی نتایج و بهبود مستمر.

015: ارتقای اطمینان از صحت دارو و درمان در مراحل انتقالی ارائه خدمات به میزان 30 درصد

- ** فروردین تا خرداد 1403: شناسایی نواقص و مشکلات موجود در فرآیند انتقال دارو و درمان.

- **تیر تا شهریور 1403: تدوین پروتکل‌های جدید و برگزاری دوره‌های آموزشی برای پرسنل مرتبط.
- **مهر تا آذر 1403: پیاده‌سازی پروتکل‌های جدید و نظارت بر اجرای صحیح فرآیندها.
- **دی تا اسفند 1403: ارزیابی عملکرد و اندازه‌گیری نتایج نسبت به سال گذشته.

016: ارتقاء اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله به میزان 5 درصد

- **فروردین تا خرداد 1403: تحلیل و بررسی خطاهای رایج در اتصالات نادرست.
- **تیر تا شهریور 1403: تدوین دستورالعمل‌ها و آموزش تخصصی پرسنل.
- **مهر تا آذر 1403: پیاده‌سازی اقدامات اصلاحی و نظارت مستمر.
- **دی تا اسفند 1403: ارزیابی میزان کاهش خطاها و بهبود فرآیندها.

017: حفظ استفاده صرفاً یک‌باره از وسایل تزریقات به میزان 100 درصد

- **فروردین تا شهریور 1403: آموزش پرسنل درباره اهمیت استفاده یک‌باره از وسایل تزریقات.
- **اردیبهشت تا آذر 1403: پیاده‌سازی پروتکل‌ها و نظارت بر اجرای آن‌ها.
- **شهریور تا بهمن 1403: ارزیابی عملکرد و اندازه‌گیری میزان تطابق با استاندارد.

018: بهبود بهداشت دست در سطح بیمارستان به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402

- **فروردین تا خرداد 1403: ارزیابی وضعیت بهداشت دست در بخش‌های مختلف بیمارستان.
- **خرداد تا مرداد 1403: برگزاری دوره‌های آموزشی و فرهنگ‌سازی در زمینه اهمیت بهداشت دست.
- **شهریور تا آذر 1403: پیاده‌سازی اقدامات بهداشتی جدید و نظارت بر رعایت آن‌ها.
- **شهریور تا دی 1403: پایش و اندازه‌گیری بهبود بهداشت دست و گزارش به مدیریت.

019: ساماندهی فرآیند توزیع غذای بیماران طبق دستور پزشک

- ** فروردین تا اردیبهشت 1403: شناسایی نیازمندی‌های تغذیه‌ای بیماران بر اساس دستور پزشکان.

- ** - خرداد تا تیر 1403: تدوین دستورالعمل‌های تغذیه‌ای جدید و آموزش پرسنل مرتبط با تغذیه.
- ** - مرداد تا شهریور 1403: پیاده‌سازی سیستم جدید توزیع غذا بر اساس دستور پزشکان.
- ** - مهر تا آذر 1403: ارزیابی عملکرد توزیع غذا و جمع‌آوری بازخورد بیماران و پرسنل.
- ** - دی تا اسفند 1403: اصلاح و بهبود فرآیند بر اساس نتایج ارزیابی و بازخوردها.

020 ارتقاء توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه به میزان 10٪ نسبت به سال 1402

- ** - فروردین تا اردیبهشت 1403: شناسایی داروهای با نام و تلفظ مشابه در داروخانه و بخش‌ها.
- ** - اردیبهشت تا آذر 1403: پایش خطاهای دارویی و ارزیابی تأثیر اقدامات انجام شده.
- ** - دی تا اسفند 1403: بهبود پروتکل‌ها و ادامه نظارت دقیق بر عملکرد دارویی.

021 ارتقاء توجه به مشخصات فردی بیمار به میزان 10٪ نسبت به سال 1402

- ** - فروردین تا اردیبهشت 1403: شناسایی مشکلات موجود در ثبت مشخصات بیمار.
- ** - خرداد تا تیر 1403: آموزش پرسنل برای اهمیت تأیید مشخصات فردی بیمار در هر مرحله از درمان.
- ** - مرداد تا شهریور 1403: پیاده‌سازی سیستم‌های خودکار و دستی برای بررسی صحت مشخصات فردی.
- ** - مهر تا آذر 1403: پایش عملکرد پرسنل و ارزیابی میزان کاهش خطاهای مرتبط با مشخصات بیمار.
- ** - دی تا اسفند 1403: بهبود سیستم‌ها و افزایش دقت در بررسی مشخصات فردی.

022 ارتقاء ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402

- ** - فروردین تا اردیبهشت 1403: ارزیابی مشکلات موجود در ارتباطات حین تحویل بیمار.
- ** - خرداد تا تیر 1403: تدوین پروتکل‌های استاندارد و آموزش پرسنل برای ارتباطات موثرتر.
- ** - مرداد تا شهریور 1403: پیاده‌سازی پروتکل‌ها و ارزیابی عملکرد از طریق پایش تحویل بیمار.
- ** - مهر تا آذر 1403: نظارت بر اجرای پروتکل‌ها و بهبود فرآیندها.
- ** - دی تا اسفند 1403: ارزیابی نتایج و بهبود مستمر ارتباطات بین بخش‌ها.

023 حفظ شاخص انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار به میزان 100 درصد تا پایان سال

1403

- ** - فروردین تا اردیبهشت 1403: تدوین و به‌روزرسانی چک‌لیست‌های استاندارد انجام پروسیجر.
- ** - خرداد 1403: آموزش پرسنل و پزشکان درباره استفاده صحیح از چک‌لیست‌ها.
- ** - مرداد تا شهریور 1403: پیاده‌سازی چک‌لیست‌ها و نظارت بر اجرای دقیق پروسیجرها.
- ** - مهر تا آذر 1403: ارزیابی میزان رعایت چک‌لیست‌ها و اصلاح نقاط ضعف.
- ** - دی تا اسفند 1403: پایش مداوم پروسیجرها و حفظ رعایت استانداردها در تمامی بخش‌ها.

024 اجرای برنامه نگهداری پیشگیرانه تجهیزات پزشکی برای 100 درصد تجهیزات سرمایه‌ای و حیاتی

شناسایی شده

- ** فروردین تا خرداد 1403: شناسایی تجهیزات سرمایه‌ای و حیاتی و تعیین نیازمندی‌های نگهداری پیشگیرانه.
- ** تیر تا شهریور 1403: تدوین برنامه نگهداری پیشگیرانه برای تجهیزات.
- ** مهر تا آذر 1403: اجرای برنامه و ارزیابی مستمر عملکرد تجهیزات.
- ** دی تا اسفند 1403: پایش نتایج و به‌روزرسانی برنامه‌های نگهداری پیشگیرانه.

025 خریداری تجهیزات سرمایه‌ای مورد نیاز بیمارستان بر اساس اولویت‌بندی و نیازسنجی واحد تجهیزات

پزشکی

- ** فروردین تا خرداد 1403: نیازسنجی تجهیزات سرمایه‌ای مورد نیاز و تهیه لیست اولویت‌ها.
- ** تیر 1403: تدوین برنامه خرید و تخصیص بودجه.
- ** مرداد تا آذر 1403: خرید تجهیزات و توزیع در بخش‌های مرتبط.
- ** دی تا اسفند 1403: نصب و راه‌اندازی تجهیزات و آموزش پرسنل مربوطه.

026 آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی

- ** فروردین تا خرداد 1403: شناسایی تجهیزات نیازمند آموزش تخصصی.

- **تیر تا شهریور 1403: تهیه برنامه آموزشی و محتوای مرتبط برای پرسنل.
- **مهر تا آذر 1403: برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای پرسنل بالینی و فنی.
- **دی تا اسفند 1403: ارزیابی عملکرد پرسنل در کار با تجهیزات و ارائه بازخورد.

027: برگزاری کمیته زنجیره تأمین کالا و ساماندهی انبارها به میزان 80 درصد تا پایان سال 1403

- **فروردین تا اسفند 1403: تشکیل کمیته زنجیره تأمین به صورت ماهانه و شناسایی مشکلات موجود در انبارها.
- **فروردین تا شهریور 1403: تدوین راهکارهای بهینه‌سازی انبارها و زنجیره تأمین کالا.
- **فروردین تا شهریور 1403: اجرای برنامه ساماندهی انبارها و بهبود فرآیندهای تأمین کالا.
- **شهریور تا اسفند 1403: ارزیابی و مستندسازی نتایج بهبود و تدوین برنامه‌های آینده.

مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع)

هدف کلی: G1 پیاده سازی مستمر استاندارد های اعتباربخشی

هدف اختصاصی: O1 پیاده سازی و آموزش آخرین نسل (نسل پنجم) استاندارد های اعتباربخشی از ابتدای برنامه تا زمان ابلاغ نسل جدید استانداردها به 100 درصد مسئولان مرتبط با هر محور

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	طراحی دوره های آموزشی، تدوین محتوای آموزشی و برنامه ریزی دوره ها	مسئول بهبود کیفیت	فروردین - خرداد	تمامی بخش های و واحدهای بیمارستان	تهیه چک لیست و پرسشنامه	-	پرسش و پاسخ از طریق برنامه ی از قبل ابلاغ شده	میزان تسلط و پاسخگویی پرسنل	
2	برگزاری دوره های آموزشی و پیاده سازی استانداردها	مسئول بهبود کیفیت	تیر - شهریور	تمامی بخش های و واحدهای بیمارستان	مراجعه حضوری مسئولین سنجه ها به بخش ها و واحدها طبق برنامه ی ابلاغی و آموزش پرسنل هدف	-	میزان برگزاری دوره و پیاده سازی استانداردها	تعداد دوره برگزار شده / تعداد دوره برنامه ریزی شده	
3	ارزیابی و بهبود فرآیندهای اجرایی و آموزشی	مسئول بهبود کیفیت	مهر - آذر	تمامی بخش های و واحدهای بیمارستان	بازدید میدانی از کلیه بخش ها و واحدها و طرح در کمیته بهبود	-	از طریق تکمیل پرسشنامه و مصاحبه با پرسنل	انطباق عملکرد پرسنل با استانداردها	

هدف کلی: G2: بهبود و ارتقاء شاخص ها و فرآیندهای جاری

هدف اختصاصی: O2 ارتقای نتایج پایش بخش اورژانس به میزان 30 درصد

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	تعیین معیارهای پایش اورژانس و تعریف شاخص‌های عملکردی	بهبود کیفیت	فروردین	بخش اورژانس	از طریق چک لیست ابلاغی	-	تهیه چک لیست و تجزیه و تحلیل آماری	درصد رضایتمندی چک لیست	
2	انجام اولین ارزیابی و شناسایی نقاط ضعف	بهبود کیفیت	اردیبهشت - خرداد	بخش اورژانس	مراجعه حضوری به بخش اورژانس و انجام بازدید	-	بازدید میدانی توسط بهبود کیفیت	بر اساس بازدیدها	
3	بهبود فرآیندهای اورژانس بر اساس ارزیابی‌های اولیه	مسئول بخش اورژانس و بهبود کیفیت	تیر - شهریور	بخش اورژانس	طرح نتایج چک لیست در کمیته اورژانس - طرح اقدام اصلاحی اسمارت با اعضا	-	نظارت بر نحوه اجرای فرایندها	شاخص های ملی اورژانس و سامانه ی MEDCARE	
4	اجرای اقدامات اصلاحی و پایش مجدد	مسئول بخش اورژانس و بهبود کیفیت	مهر - آذر	بخش اورژانس	نظارت مستقیم مسئولین مرتبط با اقدامات اصلاحی و طرح ایرادات با مسئول بهبود کیفیت	بر اساس چک لیست در مراحل اجرایی مشخص خواهد شد	بازدید میدانی با همراهی مسئول اورژانس	شاخص های ملی اورژانس و سامانه ی MEDCARE	
5	ارزیابی نهایی و گزارش نتایج به مدیریت	بهبود کیفیت	دی - اسفند	بخش اورژانس	طرح در کمیته بهبود کیفیت یا اورژانس	-	تحلیل در کمیته اورژانس	درصد اجرای مصوبات بر اساس نتیجه تحلیل	

هدف کلی: G2: بهبود و ارتقاء شاخص ها و فرآیندهای جاری

هدف اختصاصی: 03 ساماندهی همراهان و فرایند ملاقات در بخش های ویژه

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی نقاط ضعف و ارائه راهکارهای متناسب با فضای فیزیکی بخش های ویژه اجرای دستورالعمل های جدید و آموزش کارکنان	بهبود کیفیت - مسئولین ICU - سوپروایزر آموزشی	فروردین	بخش های ویژه	بررسی و بازدید میدانی از بخش های ویژه جلسات با مسئولین برای شناسایی مشکلات تحلیل داده ها و تهیه گزارش از مشکلات ارائه پیشنهادهای بهبود و راهکارهای عملی بر اساس نتایج تحلیل	خرید تلفن های راهروی ملاقات	بازدید میدانی تیم مدیریتی	میزان ساماندهی فرایند ملاقات	
2	تدوین دستورالعمل های جدید ملاقات و ارائه برنامه به مدیریت بیمارستان	بهبود کیفیت - دبیر کمیته حقوق گیرندگان خدمت	اردیبهشت - خرداد	بخش های ویژه	تنظیم و تدوین دستورالعمل های جدید مطابق با نیازهای به روز شده	چاپ بنرهای ملاقات	بازدید میدانی تیم مدیریتی	نرخ آموزش کارکنان	
3	نظارت بر اجرای صحیح فرآیندها و ارزیابی بازخورد بیماران و همراهان	بهبود کیفیت - دبیر کمیته حقوق گیرندگان خدمت - سوپروایزرین بالینی	تیر	بخش های ویژه	نظارت بر اجرای دستورالعمل های جدید	-	رضایتمندی بیماران و همراهان	میزان مراجعه به دفتر پیگیری امور بیماران	
4	بهبود فرآیندهای ملاقات و مستندسازی تجربیات	بهبود کیفیت - مسئولین ICU	مرداد - مهر	بخش های ویژه	بازبینی و اصلاحات بر اساس بازخوردهای اولیه	-	رضایتمندی بیماران و همراهان	کیفیت تعامل با مراجعه کنندگان	

هدف کلی: G2: بهبود و ارتقاء شاخص ها و فرآیندهای جاری

هدف اختصاصی: O4 افزایش رضایتمندی پرسنل از غذای بیمارستان به میزان 50 درصد

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	انجام نظرسنجی از پرسنل و شناسایی نقاط ضعف خدمات تغذیه	بهبود کیفیت	فروردین - شهریور	بخش ها و واحدها	بازدید میدانی توسط کارشناس بهبود کیفیت و چک لیست رضایت سنجی پرسنل	-	بر اساس چک لیست	درصد رضایتمندی	
2	اصلاح منوی غذایی و بهبود کیفیت غذاها بر اساس بازخوردها	کارشناس تغذیه	خرداد - تیر	بخش ها و واحدها	ارائه منوهای جدید بر اساس نظرات پرسنل در کمیته ی تغذیه	بر اساس منوی جدید	بازدید میدانی	درصد رضایتمندی	
3	اجرای طرح های آزمایشی برای تغییرات در منو و خدمات غذایی	کارشناس تغذیه	مرداد - شهریور	بخش ها و واحدها	به صورت آزمایشی به مدت یکماه	بر اساس منوی جدید	بازدید میدانی	کیفیت پخت غذا	
4	پایش میزان رضایتمندی پرسنل و مستندسازی بهبودها	بهبود کیفیت	مهر - اسفند	بخش ها و واحدها	بازدید میدانی توسط کارشناس بهبود کیفیت و چک لیست رضایت سنجی پرسنل	-	بر اساس چک لیست	درصد رضایتمندی	

مآنی امام رضا (ع)

هدف کلی: G3 بهبود و ارتقاء مدیریت خطر حوادث و بلایا

هدف اختصاصی: O1 توانمندسازی و ارتقاء دانش 100 درصد کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند (اعضای سامانه فرماندهی حادثه)

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزیابی	ملاحظات
1	شناسایی کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند	کارشناس مدیریت بحران	فروردین - خرداد	تمامی بخش ها و واحدها	بر اساس سوابق عملکرد کارکنان در مدیریت حوادث گذشته و ارزیابی توانایی آنها	-	تعداد افراد شناسایی شده	میزان کارایی پرسنل	
2	تدوین برنامه آموزشی جامع کنترل حوادث	کارشناس مدیریت بحران	تیر - شهریور	تمامی بخش ها و واحدها	بر اساس برنامه ی آموزشی	-	برنامه های اجرا شده	کلاس های برگزار شده	
3	برگزاری دوره های آموزشی و کارگاه های تمرینی	کارشناس مدیریت بحران	مهر - آذر	تمامی بخش ها و واحدها	بر اساس برنامه ی آموزشی	-	کلاس های برگزار شده	کلاس های برگزار شده	
4	ارزیابی کارکنان پس از دوره های آموزشی و سنجش آمادگی آنها	کارشناس مدیریت بحران	دی - اسفند	تمامی بخش ها و واحدها	بر اساس پس آزمون و پرسش و پاسخ های حضوری	-	آزمون های برگزار شده	کسب تراز بالای کلاس	

آموزش و تدریس در سامانه امام رضا (ع)

هدف کلی: G3 بهبود و ارتقاء مدیریت خطر حوادث و بلایا

هدف اختصاصی: O2 ارتقاء سطح ایمنی بیمارستان در حیطه ی سازه ای و غیر سازه ای

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزیابی	ملاحظات
1	ارزیابی سازه‌ای و غیر سازه‌ای بیمارستان و شناسایی نقاط ضعف	کارشناس مدیریت بحران و تیم ارزیابی	فروردین - خرداد	محیط داخلی و خارجی بیمارستان	بر اساس فایل HSI	-	انجام ارزیابی سالانه	فایل HSI	
2	تدوین برنامه بهبود سازه‌ای و غیر سازه‌ای	کارشناس مدیریت بحران و تاسیسات	تیر - شهریور	محیط داخلی و خارجی بیمارستان	ارائه پیشنهادات برای اصلاحات و استفاده از استانداردهای ملی و بین المللی برای اصلاحات لازم بر اساس خروجی نهایی فایل HSI	-	طرح در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	میزان پیشرفت برنامه	
3	اجرای اصلاحات لازم بر اساس برنامه بهبود	کارشناس مدیریت بحران و تاسیسات	مهر - آذر	محیط داخلی و خارجی بیمارستان	تیم تاسیسات با نظارت مافوق، بر اساس شرح وظایف اصلاحات مشخص شده را انجام خواهند داد	50 میلیارد ریال	بر اساس بازدید میدانی و اصلاحات انجام شده	میزان پیشرفت برنامه	
4	نظارت بر اجرای بهبودها و ارزیابی نهایی	کارشناس مدیریت بحران و تاسیسات	دی - اسفند	محیط داخلی و خارجی بیمارستان	تهیه گزارش بر اساس نقاط ضعف و قوت بر اساس بازدید میدانی و چک لیست های نظارتی	-	بر اساس بازدید میدانی و چک لیست های نظارتی	میزان پیشرفت برنامه	

هدف کلی: G4 راه اندازی تخصص های جدید و مورد نیاز جهت برطرف کردن کمبودهای استانی

هدف اختصاصی: O1 ایجاد و راه اندازی درمانگاه زخم پای دیابتی در درمانگاه بیمارستان

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی نیازمندی ها و تجهیزات مورد نیاز	مسئول درمانگاه و کارشناس زخم	فروردین	درمانگاه زخم	برگزاری جلسات هم اندیشی و مکاتبه با اداره تجهیزات پزشکی معاونت درمان	-	تطابق شناسایی ها با نیازمندی های بیماران	درصد پیشرفت	
2	تهیه تجهیزات، ملزومات مصرفی و آماده سازی تهویه و زیرساخت های درمانگاه	مسئول درمانگاه - تجهیزات پزشکی - داروخانه، انفورماتیک - درآمد - بهداشت محیط - تاسیسات	فروردین	درمانگاه زخم	تهیه پیش فاکتور توسط مسئول تجهیزات پزشکی - رایزنی با خیرین جهت خرید تجهیزات - مکاتبه با معاونت توسعه جهت تامین اعتبار - مکاتبه با بیمه های پایه جهت تایید کدهای خدمت - بازدید میدانی توسط مسئولین مرتبط جهت بررسی فضای فیزیکی و رفع ایرادات - ایجاد تهویه مناسب توسط واحد بهداشت محیط -	3 میلیارد ریال	جلسات هم اندیشی با مسئولین مرتبط	میزان پیشرفت درمانگاه	
3	تامین و آموزش پرسنل	مدیریت و سوپروایزر آموزشی	اردیبهشت	درمانگاه زخم	انتقال کارشناس زخم با رابطه ی استخدامی از بیمارستان امام خمینی اختصاص یک پرستار دوره دیده ی زخم با رابطه ی استخدامی از بیمارستان امام رضا - اختصاص یک پزشک دوره دیده ی زخم با رابطه ی	-	جلسات پرسش و پاسخ و هم اندیشی با پرسنل	میزان آگاهی پرسنل	

				استخدامی جهت ویزیت بیماران در درمانگاه زخم - برگزاری دوره ی آموزشی مدیریت زخم جهت کلیه ی پرسنل با هماهنگی سوپروایزر آموزشی					
4	ارائه خدمات به بیماران و ارزیابی عملکرد درمانگاه	مسئول درمانگاه - کارشناس زخم -پهבוד کیفیت	خرداد	درمانگاه زخم	تنظیم برنامه ی کاری ویزیت پزشک و کارشناسان زخم در درمانگاه-مکاتبه با معاونت بهداشتی جهت ارجاع بیماران از مراکز بهداشتی-شفاف سازی تعرفه های خدمات بیماران در درمانگاه زخم - اطلاع رسانی در سطح شهر	چهل میلیون ریال	آمار اخذ شده از مسئول آمار	تعداد بیماران مراجعه کننده و تعداد خدمت ارائه شده	

مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع)

هدف کلی: G4 راه اندازی تخصص های جدید و مورد نیاز جهت برطرف کردن کمبودهای استانی

هدف اختصاصی: O2 راه اندازی بخش جنرال و پذیرش بیماران زخم پای دیابتیک

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	تجهیز بخش جنرال	مسئول تجهیزات پزشکی - مسئول بخش جنرال - مسئول اموال	فروردین	بخش جنرال	نیازسنجی بخش جنرال توسط مسئول بخش جنرال و تجهیزات پزشکی - تهیه تجهیزات از داخل مرکز و در صورت خرید، انجام مراحل قانونی خرید، تحویل تجهیزات به مسئول بخش بعد از کد گذاری توسط مسئول اموال	5 میلیارد ریال با احتساب BACKAPP داخلی	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
2	افتتاح و آغاز پذیرش بیماران	مسئول بخش جنرال	فروردین	بخش جنرال	شروع پذیرش بیماران مراجعه کننده به اورژانس از سایر مراکز و یا از مطب پزشکان عفونی جهت بستری	-	تعداد بیماران بستری	ضریب اشغال تخت بستری	
3	آماده سازی پرسنل و برگزاری دوره های آموزشی تخصصی	مسئول بخش جنرال - سوپروایزر آموزشی	فروردین	بخش جنرال	برگزاری کلاس های آموزشی توجیهی جهت نیروهای اختصاص داده شده ی بخش جنرال	-	کلاس های برگزار شده	میزان آگاهی پرسنل	
4	نظارت بر عملکرد بخش و ارزیابی نتایج	دفتر پرستاری	اردیبهشت - اسفند	بخش جنرال	از طریق چک لیست های فصلی پایش دفتر پرستاری	-	چک لیست نظارتی	چک لیست نظارتی	

هدف کلی: G4 راه اندازی تخصص های جدید و مورد نیاز جهت برطرف کردن کمبودهای استانی

هدف اختصاصی: O3 فعال سازی کلینیک دندان پزشکی در درمانگاه بیمارستان

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی تجهیزات، فضای فیزیکی، زیر ساخت ها و نیروی انسانی مورد نیاز	مسئولین تجهیزات پزشکی، درمانگاه، بهداشت محیط، انفورماتیک، تاسیسات، اورژانس	فروردین	درمانگاه	جلسات هم اندیشی با مسئولین مرتبط و بررسی نقاط ضعف و قوت	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
2	تامین تجهیزات، ملزومات مصرفی پرستل، آماده سازی فضای فیزیکی، زیرساخت ها و تهویه	مسئولین تجهیزات پزشکی، داروخانه، درمانگاه، بهداشت محیط، انفورماتیک، تاسیسات، اورژانس، کارپردازی	فروردین	درمانگاه	تهیه پیش فاکتور توسط مسئول تجهیزات پزشکی - رایزنی با خیرین جهت خرید تجهیزات - مکاتبه با معاونت توسعه جهت تامین اعتبار - مکاتبه با بیمه های پایه جهت اخذ مجوز های لازم - بازدید میدانی توسط مسئولین مرتبط جهت بررسی فضای فیزیکی و رفع ایرادات - ایجاد تهویه مناسب توسط واحد بهداشت محیط -	5 میلیارد ریال با احتساب BACKAPP داخلی	جلسات هم اندیشی با مسئولین مرتبط	میزان پیشرفت	
3	آغاز فعالیت کلینیک و ارائه خدمات	مسئول درمانگاه و اورژانس	اردیبهشت	درمانگاه	پذیرش بیماران مراجعه کننده به صورت حضوری و اینترنتی	-	تعداد بیماران مراجعه کننده	میزان درآمد کلینیک	
4	ارزیابی عملکرد کلینیک و جلب رضایتمندی بیماران	مسئول درمانگاه و بهبود کیفیت	اردیبهشت - اسفند	درمانگاه	تهیه گزارش بر اساس نقاط ضعف و قوت بر اساس بازدید میدانی و چک لیست های نظارتی	-	تعداد شکایات واصله به دفتر پیگیری امور بیماران	درصد رضایتمندی	

هدف کلی: G4 راه اندازی تخصص های جدید و مورد نیاز جهت برطرف کردن کمبودهای استانی

هدف اختصاصی: O4 راه اندازی دندان پزشکی تحت بیهوشی اطفال جهت بیماران خاص

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی تجهیزات، فضای فیزیکی، زیر ساخت ها و نیروی انسانی مورد نیاز	مسئولین تجهیزات پزشکی، اتاق عمل بهداشت محیط، انفورماتیک، تاسیسات	فروردین	اتاق عمل	جلسات هم اندیشی با مسئولین مرتبط و جراحان دندان پزشکی - بررسی نقاط ضعف و قوت	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
2	تامین تجهیزات، ملزومات مصرفی پرسنل، آماده سازی فضای فیزیکی، زیرساخت ها و تهویه	مسئولین تجهیزات پزشکی، اتاق عمل بهداشت محیط، انفورماتیک، تاسیسات، کارپردازی	فروردین	اتاق عمل	تهیه پیش فاکتور توسط مسئول تجهیزات پزشکی - رایزنی با خیرین جهت خرید تجهیزات - مکاتبه با معاونت توسعه جهت تامین اعتبار - مکاتبه با بیمه های پایه جهت اخذ مجوزهای لازم - بازدید میدانی توسط مسئولین مرتبط جهت بررسی فضای فیزیکی و رفع ایرادات - ایجاد تهویه مناسب توسط واحد بهداشت محیط -	طبق فاکتورهای کارپردازی	جلسات هم اندیشی با مسئولین مرتبط	میزان پیشرفت	
3	افتتاح رسمی و آغاز پذیرش بیماران خاص	مسئول اتاق عمل	اردیبهشت	اتاق عمل	پذیرش بیماران مراجعه کننده از اورژانس بیمارستان به صورت بستری موقت طبق لیست هماهنگ شده ی جراحان دندان	-	تعداد بیماران مراجعه کننده	میزان درآمد کلینیک	

4	ارزیابی عملکرد و رفع مشکلات اجرایی	مسئول اتاق عمل و بهبود کیفیت	خرداد - اسفند	اتاق عمل	تهیه گزارش بر اساس نقاط ضعف و قوت بر اساس بازدید میدانی	-	تعداد شکایات واصله به دفتر پیگیری امور بیماران	درصد رضایتمندی
---	------------------------------------	------------------------------	---------------	----------	---	---	--	----------------

هدف کلی: G5 افزایش ضریب اشغال تخت بستری

هدف اختصاصی: O1 جذب نیروی متخصص چشم پزشکی و اورولوژی تمام وقت درمانی

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزیابی	ملاحظات
1	مکاتبه با معاونت درمان جهت جذب نیرو	مسئول نیروی انسانی	فروردین	کارگزینی	از طریق اتوماسیون اداری	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
2	مصاحبه و ارزیابی متقاضیان	مدیریت	فروردین	مدیریت	برگزاری جلسه با مدیریت	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
3	جذب و امضای قرارداد با متخصصان جدید	امور حقوقی و قراردادها	اردیبهشت	امور حقوقی و قراردادها	ارجاع به امور قراردادها	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
4	آغاز به کار متخصصان و ارزیابی نیازهای اولیه	مسئول نیروی انسانی و بهبود کیفیت	اردیبهشت	درمانگاه، بخش های بالینی و اتاق عمل	اختصاص درمانگاه و اتاق عمل و برگزاری جلسات هم اندیشی جهت ارزیابی نیازها	بر اساس نیازهای متخصصین و بیماران	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
5	ارزیابی عملکرد متخصصان و بهبود شرایط کاری در صورت نیاز	مدیریت و بهبود کیفیت	اردیبهشت - اسفند	درمانگاه، بخش های بالینی و اتاق عمل	تهیه گزارش بر اساس نقاط ضعف و قوت بر اساس بازدید میدانی	-	تعداد شکایات واصله به دفتر پیگیری امور بیماران	درصد رضایتمندی و ضریب اشغال تخت بستری	

هدف کلی: G5 افزایش ضریب اشغال تخت بستری

هدف اختصاصی: O2 جذب نیروی متخصص داخلی و اورولوژی قرارداد کارانه

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزیابی	ملاحظات
1	شناسایی نیروی متخصص مورد نیاز	تیم مدیریتی	فروردین	کمیته ی بهبود کیفیت	برگزاری کمیته های بهبود کیفیت و جلسات هم اندیشی با مسئولین بخش های بالینی	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
2	مصاحبه و انتخاب نیروی متخصص داخلی و اورولوژی	مدیریت	فروردین	دفتر مدیریت	برگزاری جلسه ی مدیریت با متخصص مربوطه	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
3	امضای قرارداد کارانه و تعیین جزئیات همکاری	مدیریت مسئول امور حقوقی و قراردادها	فروردین	دفتر مدیریت	ارجاع به امور قراردادها	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
4	آغاز به کار متخصصان و نظارت بر عملکرد	مسئول منابع انسانی - درآمد بهبود کیفیت	اردیبهشت	بخش های بالینی- اتاق عمل و درمانگاه	اختصاص درمانگاه و اتاق عمل و برگزاری جلسات هم اندیشی جهت ارزیابی عملکرد	-	تعداد بیمار ویزیت شده و تعداد خدمت ارائه شده	ضریب اشغال تخت بستری	

هدف کلی: G5 افزایش ضریب اشغال تخت بستری

هدف اختصاصی: O3 جذب نیروی فوق تخصصی شبکه چشم به صورت قرارداد کارانه

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزیابی	ملاحظات
1	شناسایی نیازهای بیماران و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان جهت اعمال جراحی شبکه	مسئول تجهیزات پزشکی و اتاق عمل	فروردین	اتاق عمل، درمانگاه و بخش های بالینی	برگزاری جلسات هم اندیشی با گروه چشم و فوق تخصص شبکه	بر اساس تجهیزات مورد نیاز	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
2	مصاحبه و امضای قرارداد کارانه، شروع به کار تنها نیروی فوق تخصص شبکه استان	مدیریت مسئول امور حقوقی و قراردادها	فروردین	دفتر مدیریت	ارجاع به امور قراردادها اختصاص درمانگاه و اتاق عمل	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
3	نظارت و ارزیابی عملکرد فوق تخصص شبکه و رفع نواقص در حیطه تجهیزات مورد نیاز	تیم مدیریتی	اردیبهشت - خرداد	اتاق عمل، درمانگاه و بخش های بالینی	برگزاری جلسات هم اندیشی جهت ارزیابی عملکرد و رفع نواقص	بر اساس نواقص	تعداد بیمار ویزیت شده و تعداد خدمت ارائه شده	میزان رضایتمندی مراجعین	
4	ارزیابی تأثیر نیروی جدید بر ارائه خدمات	تیم مدیریتی	خرداد - اسفند	اتاق عمل، درمانگاه و بخش های بالینی	برگزاری جلسات هم اندیشی جهت ارزیابی عملکرد و رفع نواقص	-	تعداد بیمار ویزیت شده و تعداد خدمت ارائه شده	ضریب اشغال تخت بستری	

هدف کلی: G6: استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O1 ارتقاء توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه به میزان 10٪ نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی داروهای با نام و تلفظ مشابه در داروخانه و بخش‌ها	مسئول فنی داروخانه	فروردین - اردیبهشت	بخش‌های بالینی - اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	بر اساس فارماکوپه دارویی ابلاغی بیمارستان	-	بازدید میدانی در تمامی بخش‌ها توسط سوپروایزرین و کارشناس ایمنی	میزان آگاهی پرسنل	
2	پایش خطاهای دارویی و ارزیابی تأثیر اقدامات انجام شده	مسئول فنی داروخانه	اردیبهشت - آذر	بخش‌های بالینی - اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	گزارش از طریق شخص خطاکار - مسئول بخش - کارشناس ایمنی - راندهای سوپروایزری	-	سامانه‌ی گزارش خطاهای دارویی	درصد خطاهای گزارش شده	
3	بهبود پروتکل‌ها و ادامه نظارت دقیق بر عملکرد دارویی	مسئول فنی داروخانه - کارشناس ایمنی	دی - اسفند	بخش‌های بالینی - اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	طرح در کمیته‌های دارو و درمان با حضور مسئولین مرتبط و آموزش چهره به چهره و گروهی پرسنل و یا کنفرانس‌های درون بخشی	-	پرسش و پاسخ از پرسنل	میزان آگاهی پرسنل	

امام رضا (ع)

هدف کلی: G6 استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O2 ارتقاء توجه به مشخصات فردی بیمار به میزان 10٪ نسبت به سال 1402

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی مشکلات موجود در ثبت مشخصات بیمار	مسئولین بخش ها و پذیرش - سوپروایزر آموزش سلامت	فروردین - اردیبهشت	بخش های بالینی و پذیرش	برگزاری جلسات درون بخشی و انعکاس مشکلات در جلسات هم اندیشی دفتر پرستاری	-	راندهای سوپروایزری	میزان خطا در ثبت	
2	آموزش پرسنل برای اهمیت تأیید مشخصات فردی بیمار در هر مرحله از درمان	مسئولین بخش ها و پذیرش سوپروایزر آموزش سلامت	خرداد - تیر	بخش های بالینی و پذیرش	برگزاری کلاس های آموزشی بر اساس تقویم آموزشی	-	تعداد پرسنل شرکت کننده /تعداد کلاس برگزار شده	میزان خطا در ثبت	
3	پیاده سازی سیستم های خودکار و دستی برای بررسی صحت مشخصات فردی	مسئولین بخش ها و پذیرش سوپروایزرین بالینی	مرداد - شهریور	بخش های بالینی و پذیرش	الصاق دستبند شناسایی در واحد پذیرش و آموزش به بیماران در بدو بستری در بخش توسط واحد پذیرش و پرستار مربوطه	-	وجود دستبند شناسایی طبق دستورالعمل	میزان خطا در ثبت	
4	پایش عملکرد پرسنل و ارزیابی میزان کاهش خطاهای مرتبط با مشخصات بیمار	مسئولین بخش ها و پذیرش سوپروایزرین بالینی	مهر - آذر	بخش های بالینی و پذیرش	پرسش و پاسخ از پرسنل و بیماران و برگه ی آموزش به بیمار در پرونده	-	میزان آگاهی پرسنل و تکمیل برگه های آموزش به بیمار	میزان خطا در ثبت	
5	بهبود سیستم ها و افزایش دقت در بررسی مشخصات فردی	مسئولین بخش ها و پذیرش سوپروایزرین بالینی	دی - اسفند	بخش های بالینی و پذیرش	طرح در کمیته ی مدیریت اطلاعات سلامت-بهبود کیفیت -حقوق گیرندگان خدمت	-	وجود دستبند شناسایی طبق دستورالعمل	میزان خطا در ثبت	

هدف کلی: G6 استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O3 ارتقاء ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	ارزیابی مشکلات موجود در ارتباطات حین تحویل بیمار	مسئولین بخش ها سوپروایزر آموزش سلامت - آموزشی بالینی کارشناس ایمنی	فروردین - اردیبهشت	بخش های بالینی-اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	برگزاری جلسات درون بخشی و انعکاس مشکلات در جلسات هم اندیشی دفتر پرستاری	-	راندهای سوپروایزری	میزان اجرای فرایند SBAR	
2	تدوین پروتکل های استاندارد و آموزش پرسنل برای ارتباطات موثر تر	سوپروایزر آموزش سلامت - آموزشی کارشناس ایمنی	خرداد - تیر	بخش های بالینی-اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	به روزرسانی خط مشی و روئش های اجرایی بر اساس استانداردهای ابلاغی برگزاری کلاس های آموزشی بر اساس تقویم آموزشی	-	تعداد پرسنل شرکت کننده /تعداد کلاس برگزار شده	میزان آگاهی پرسنل	
3	پیاده سازی پروتکل ها و ارزیابی عملکرد از طریق پایش تحویل بیمار	مسئولین بخش ها سوپروایزر آموزش سلامت - آموزشی بالینی کارشناس ایمنی	مرداد - شهریور	بخش های بالینی-اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی کارشناس ایمنی راندهای سوپروایزری طبق چک لیست های ابلاغی	-	چک لیست های ابلاغی	میزان ارتباط موثر	
4	نظارت بر اجرای پروتکل ها و بهبود فرآیندها	مسئولین بخش ها سوپروایزر آموزش سلامت - آموزشی بالینی کارشناس ایمنی	مهر - آذر	بخش های بالینی-اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی کارشناس ایمنی راندهای سوپروایزری طبق چک لیست های ابلاغی	-	چک لیست های ابلاغی	میزان ارتباط موثر	
5	ارزیابی نتایج و بهبود مستمر ارتباطات	کارشناس ایمنی مسئولین بخش ها	دی - اسفند	بخش های بالینی-اتاق	بازدید میدانی کارشناس ایمنی	-	طرح در کمیته درمان	مصوبات کمیته	

					عمل - پارا کلینیک و درمانگاه				
--	--	--	--	--	------------------------------------	--	--	--	--

هدف کلی: G6 استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O4-حفظ شاخص انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار به میزان 100 درصد

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزیابی	ملاحظات
1	تدوین و به روزرسانی چک لیست های استاندارد انجام پروسیجر	کارشناس ایمنی	فروردین - اردیبهشت	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	ابلاغ و آموزش به پرسنل بعد از تصویب در کمیته درمان	-	میزان پیشرفت	درصد پیشرفت	
2	آموزش پرسنل و پزشکان درباره استفاده صحیح از چک لیست ها	کارشناس ایمنی سوپروایزر آموزشی مسئولین بخش ها و اتاق عمل	خرداد	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	برگزاری کلاس های آموزشی طبق تقویم آموزشی	-	پرسش و پاسخ از پرسنل	میزان آگاهی پرسنل	
3	پیاده سازی چک لیست ها و نظارت بر اجرای دقیق پروسیجرها	کارشناس ایمنی سوپروایزرین بالینی	مرداد - شهریور	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی کارشناس ایمنی راندهای سوپروایزر طبق چک لیست های ابلاغی	-	بازدید میدانی کارشناس ایمنی راندهای سوپروایزر	کاهش میزان خطا	

4	ارزیابی میزان رعایت چک‌لیست‌ها و اصلاح نقاط ضعف	کارشناس ایمنی	مهر - آذر	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	طرم در کمیته بهبود کیفیت درمان	-	مصوبات کمیته	کاهش میزان خطا
5	پایش مداوم پروسیجرها و حفظ رعایت استانداردها در تمامی بخش‌ها	کارشناس ایمنی مسئولین بخش‌ها	دی - اسفند	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی کارشناس ایمنی راندهای سوپروایزری طبق چک لیست های ابلاغی	-	بازدید میدانی کارشناس ایمنی راندهای سوپروایزری	کاهش میزان خطا

مركز آموزشی و درمانی امام رضا (ع)

هدف کلی: G6 استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O5 ارتقاء کنترل غلظت محلول های الکترولیت به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	بررسی دستورالعمل های موجود و شناسایی نقاط ضعف	کارشناس ایمنی	فروردین	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی کارشناس ایمنی و راندهای سوپروایزری	-	بازدید میدانی کارشناس ایمنی و راندهای سوپروایزری	کاهش میزان خطا	
2	تدوین برنامه بهبود و ارائه به پرسنل	کارشناس ایمنی بهبود کیفیت	اردیبهشت	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	طرح در کمیته دارو درمان با حضور مسئولین مربوطه	-	صور تجلسات کمیته	درصد پیشرفت	
3	اجرای برنامه بهبود و نظارت بر فرآیندها	کارشناس ایمنی سوپروایزری بالینی	خرداد	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی کارشناس ایمنی و راندهای سوپروایزری	-	میزان پیشرفت	درصد پیشرفت	
4	ارزیابی نتایج و بهبود مستمر	کارشناس ایمنی بهبود کیفیت	تیر- اسفند	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	طرح در کمیته ی بهبود کیفیت	-	صور تجلسات کمیته	کاهش میزان خطا	

هدف کلی: G6 استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O6 ارتقای اطمینان از صحت دارو و درمان در مراحل انتقالی ارائه خدمات به میزان 30 درصد نسبت به سال 1402

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی نواقص و مشکلات موجود در فرآیند انتقال دارو و درمان	مسئولین بخش ها - کارشناس ایمنی - سوپروایزرین بالینی	فروردین - خرداد	بخش های بالینی - اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی و راندهای سوپروایزری	-	چک لیست های ابلاغی سوپروایزری	درصد خطاهای شناسایی شده	
2	تدوین پروتکل های جدید و برگزاری دوره های آموزشی برای پرسنل مرتبط	کارشناس ایمنی - سوپروایزر آموزشی	تیر - شهریور	بخش های بالینی - اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	به روز رسانی خط مشی و روش های اجرای بر اساس دستورالعمل های ابلاغی و طرح پروتکل های جدید در کمیته ی دارو درمان	-	برگزاری کلاس های آموزشی بر اساس تقویم آموزشی	تعداد پرسنل شرکت کننده / تعداد کلاس برگزار شده	
3	پیاده سازی پروتکل های جدید و نظارت بر اجرای صحیح فرآیندها	مسئولین بخش ها - کارشناس ایمنی - سوپروایزرین بالینی	مهر - آذر	بخش های بالینی - اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی و راندهای سوپروایزری	-	بر اساس چک لیست های سوپروایزری	ارتقا عملکرد	
4	ارزیابی عملکرد و اندازه گیری نتایج نسبت به سال گذشته	کارشناس ایمنی بهبود کیفیت	دی - اسفند	بخش های بالینی - اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	بازدید میدانی و راندهای سوپروایزری	-	کاهش میزان خطا	ارتقا عملکرد	

هدف کلی: G6: استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O7 ارتقاء اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	تحلیل و بررسی خطاهای رایج در اتصالات نادرست	کارشناس ایمنی	فروردین - خرداد	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	طرح در کمیته دارو و درمان	-	چرخه ی PDCA	میزان گزارش خطا	
2	تدوین دستورالعمل ها و آموزش تخصصی پرسنل	کارشناس ایمنی	تیر - شهریور	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	به روز رسانی خط مشی و روش های اجرای بر اساس دستورالعمل های ابلاغی	-	پرسش و پاسخ از پرسنل	میزان آگاهی پرسنل	
3	پیاده سازی اقدامات اصلاحی و نظارت مستمر	کارشناس ایمنی مسئولین بخش ها	مهر - آذر	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	راندهای سوپروایزری	-	بر اساس چک لیست های فصلی	میزان انطباق عملکرد پرسنل طبق دستورالعمل ها	
4	ارزیابی میزان کاهش خطاها و بهبود فرآیندها	کارشناس ایمنی بهبود کیفیت	دی - اسفند	بخش های بالینی-اتاق عمل- پاراکلینیک و درمانگاه	بر اساس بازدید های میدانی کارشناس ایمنی- طرح در کمیته ی بهبود کیفیت با حضور مسئولین بخش ها	-	میزان گزارش خطا	درصد خطا	

هدف کلی: G6 استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O8 حفظ استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات به میزان 100 درصد

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	آموزش پرسنل درباره اهمیت استفاده یک باره از وسایل تزریقات	کارشناس کنترل عفونت و ایمنی	فروردین - شهریور	بخش های بالینی-اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	برگزاری کلاس های آموزشی به صورت گروهی و چهره به چهره	-	تعداد پرسنل شرکت کننده/تعداد کلاس برگزار شده	میزان آگاهی پرسنل	
2	پیاده سازی پروتکل ها و نظارت بر اجرای آنها	کارشناس کنترل عفونت و ایمنی	اردیبهشت - آذر	بخش های بالینی-اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	به روز رسانی خط مشی و روش های اجرایی طبق دستورالعمل های ابلاغی و انجام بازدید میدانی از بخش ها و واحدها	-	بازدید میدانی و انطباق عملکرد طبق موارد ابلاغی	میزان اجرای پروتکل ها	
3	ارزیابی عملکرد و اندازه گیری میزان تطابق با استاندارد	کارشناس کنترل عفونت و ایمنی	شهریور - بهمن	بخش های بالینی-اتاق عمل - پاراکلینیک و درمانگاه	طبق پروتکل های ابلاغی	-	بازدید میدانی و انطباق عملکرد طبق موارد ابلاغی	میزان نیدل استیک	

هدف کلی: G6 استقرار و پیاده سازی مستمر 9 راه حل ایمنی بیمار در سطح بیمارستان

هدف اختصاصی: O9 بهبود بهداشت دست در سطح بیمارستان به میزان 5 درصد نسبت به سال 1402 تا پایان سال جاری

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	ارزیابی وضعیت بهداشت دست در بخش‌های مختلف بیمارستان	کارشناس کنترل عفونت	فروردین - خرداد	تمامی بخش‌ها و واحدها	بازدید میدانی از بخش‌ها و واحدهای بیمارستان	-	موقعیت‌های شستشوی دست	درصد ممیزی بهداشت دست	
2	برگزاری دوره‌های آموزشی و فرهنگ‌سازی در زمینه اهمیت بهداشت دست	کارشناس کنترل عفونت - بهداشت محیط و سوپروایزر آموزشی	خرداد - مرداد	تمامی بخش‌ها و واحدها	هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری کلاس طبق تقویم آموزشی	-	تعداد کلاس برگزار شده	تعداد پرسنل شرکت کننده	
3	پیاده‌سازی اقدامات بهداشتی جدید و نظارت بر رعایت آن‌ها	کارشناس کنترل عفونت و بهداشت محیط	شهریور - آذر	تمامی بخش‌ها و واحدها	طرح در کمیته‌های کنترل عفونت و بهداشت محیط بازدید میدانی	-	بازدید میدانی	درصد ممیزی بهداشت دست	
4	پایش و اندازه‌گیری بهبود بهداشت دست و گزارش به مدیریت	کارشناس کنترل عفونت	شهریور - دی	تمامی بخش‌ها و واحدها	طبق سامانه‌ی کنترل عفونت‌های بیمارستانی	-	بازدید میدانی	درصد ممیزی بهداشت دست	

اهم رضای (ع)

هدف کلی: G7 بهبود مستمر مدیریت نگهداشت تجهیزات و تاسیسات

هدف اختصاصی: O1 اجرای برنامه نگهداری پیشگیرانه تجهیزات پزشکی برای 100 درصد تجهیزات سرمایه ای و حیاتی شناسایی شده

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی تجهیزات سرمایه ای و حیاتی و تعیین نیازمندی های نگهداری پیشگیرانه	مسئول تجهیزات پزشکی	فروردین - خرداد	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	تعیین فهرست تجهیزات کلیدی ارزیابی وضعیت تجهیزات شامل بررسی عملکرد، زمان خرابی و هزینه های نگهداری	-	جمع اوری و تحلیل داده ها گزارش به مدیریت	هزینه های نگهداری	
2	تدوین برنامه نگهداری پیشگیرانه برای تجهیزات	مسئول تجهیزات پزشکی	تیر - شهریور	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	تقویم نگهداری به تفکیک بخش و واحد جهت بازرسی، تعمیر و تعویض قطعات	بر حسب تعمیرات	بررسی و به روز رسانی برنامه بر اساس نتایج	درصد اجرای برنامه طبق برنامه	
3	اجرای برنامه و ارزیابی مستمر عملکرد تجهیزات	مسئول تجهیزات پزشکی	مهر - آذر	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	بازدید میدانی طبق تقویم نگهداری به تفکیک بخش و واحد	-	تعداد بازدید انجام شده طبق تقویم	رضایتمندی کاربران از عملکرد تجهیزات سرمایه ای	
4	پایش نتایج و به روز رسانی برنامه های نگهداری پیشگیرانه	مسئول تجهیزات پزشکی	دی - اسفند	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	طبق چک لیست های نظارتی واحد تجهیزات پزشکی	-	طبق چک لیست های نظارتی واحد تجهیزات پزشکی	نرخ خرابی تجهیزات سرمایه ای	

هدف کلی: G7 بهبود مستمر مدیریت نگهداشت تجهیزات و تاسیسات

هدف اختصاصی: O2 خریداری تجهیزات سرمایه ای مورد نیاز بیمارستان بر اساس الویت بندی و نیازسنجی واحد تجهیزات پزشکی

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	نیازسنجی تجهیزات سرمایه ای مورد نیاز و تهیه لیست اولویت ها	مسئول تجهیزات پزشکی	فروردین - خرداد	کمیته درمان و تجهیزات پزشکی	انجام نیازسنجی سالیانه با هم اندیشی مسئولین بخش ها و تصویب در کمیته درمان و تجهیزات پزشکی	-	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
2	تدوین برنامه خرید و تخصیص بودجه	مسئول تجهیزات پزشکی و امور مالی	تیر	کمیته ی زنجیره تامین کالا	برگزاری جلسات هم اندیشی با امور مالی - خیرین مکاتبه با معاونت توسعه و اداره تجهیزات پزشکی	بر اساس نیازسنجی انجام شده	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
3	خرید تجهیزات و توزیع در بخش های مرتبط	کارپردازی - اموال - تجهیزات پزشکی	مرداد - آذر	کارپردازی	از طریق خیرین یا برگزاری جلسات استعلام و گشایش - ثبت کد اموال - تحویل توسط مسئول تجهیزات پزشکی به مسئولین بخش های مرتبط	بر اساس نیازسنجی انجام شده	پیشرفت برنامه	درصد پیشرفت	
4	نصب و راه اندازی تجهیزات و آموزش پرسنل مربوطه	مسئول تجهیزات پزشکی - سوپروایزر آموزشی و مسئولین بخش ها	دی - اسفند	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	از طریق نماینده شرکت وسیله ی مربوطه و مسئول تجهیزات پزشکی در بخش مرتبط	بر اساس نوع تجهیز خریداری شده	بازدید میدانی از بخش ها واحدها	میزان آگاهی پرسنل	

هدف کلی: G7 بهبود مستمر مدیریت نگهداشت تجهیزات و تاسیسات

هدف اختصاصی: O3 آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	شناسایی تجهیزات نیازمند آموزش تخصصی	مسئول تجهیزات پزشکی - سوپروایزر آموزشی	فروردین - خرداد	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	طبق نیاز سنجی انجام شده از پرسنل بر اساس PDP	-	بر اساس PDP های تکمیل شده ی پرسنل	درصد PDP تکمیل شده	
2	تهیه برنامه آموزشی و محتوای مرتبط برای پرسنل	مسئول تجهیزات پزشکی - سوپروایزر آموزشی	تیر - شهریور	واحد تجهیزات پزشکی	طبق اعلام برنامه ی سالانه ی معاونت آموزشی دانشگاه بر اساس نیاز پرسنل	-	ارائه تقویم آموزشی	تعداد کلاس تنظیم شده بر اساس PDP	
3	برگزاری کارگاه های آموزشی برای پرسنل بالینی و فنی	مسئول تجهیزات پزشکی - سوپروایزر آموزشی	مهر - آذر	سالن کنفرانس بیمارستان	طبق تقویم اعلامی	-	تعداد کلاس های برگزار شده	درصد پرسنل شرکت کننده / به تعداد کلاس تشکیل شده	
4	ارزیابی عملکرد پرسنل در کار با تجهیزات و ارائه بازخورد	مسئول تجهیزات پزشکی - سوپروایزر آموزشی	دی - اسفند	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک	طبق چک لیست ارزیابی عملکرد	-	میزان گزارش ارائه شده به مترون و مدیریت	طبق چک لیست ارزیابی عملکرد	

امام رضا (ع)

هدف کلی: G8 استفاده بهینه از منابع مالی از طریق مدیریت اثربخش هزینه ها

هدف اختصاصی: O1 برگزاری کمیته زنجیره ی تامین کالا و ساماندهی انبارها به میزان 80 درصد

ردیف	شرح فعالیت	مسئول اجرا	زمان اجرا	مکان اجرا	چگونگی اجرا	بودجه	نحوه پایش	شاخص ارزشیابی	ملاحظات
1	تشکیل کمیته زنجیره تأمین به صورت ماهانه و شناسایی مشکلات موجود در انبارها	مسئول بهبود کیفیت	فروردین - اسفند	اتاق جلسه ریاست	تدوین برنامه ی 6 ماهه ی تشکیل کمیته ها	-	برگزاری ماهانه کمیته طبق برنامه	درصد تشکیل کمیته	
2	تدوین راهکارهای بهینه سازی انبارها و زنجیره تأمین کالا	دبیر کمیته انبار و زنجیره تامین کالا	فروردین - شهریور	اتاق جلسه ریاست	طرح در کمیته های برگزار شده و پایش ورودی و خروجی انبارها و سامانه ی نظام نوین	-	میزان اثربخشی	درصد بهینگی	
3	اجرای برنامه ساماندهی انبارها و بهبود فرآیندهای تأمین کالا	مسئول انبار و کارپردازی	فروردین - شهریور	انبارها و واحدهای مصرف کننده		-	میزان اثربخشی و بهبود فرآیندها	درصد ساماندهی	
4	ارزیابی و مستندسازی نتایج بهبود و تدوین برنامه های آینده	مسئول بهبود کیفیت دبیر کمیته انبار و زنجیره تامین کالا	شهریور - اسفند	دفتر بهبود کیفیت	طرح در کمیته های برگزار شده و گزارش به تیم رهبری بیمارستان	-	میزان اثربخشی و بهبود فرآیندها	درصد اجرای مصوبات	