

به نام خدا

بیمارستان علی بن ابی طالب رفسنجان
گزارش تدوین برنامه استراتژیک (ویرایش ۵)
(با تمرکز بر حوزه درمان)
(۱۴۰۴ - ۱۴۰۷)

مشمول بر:

- برنامه تهیه و تدوین سند برنامه استراتژیک
- مسئولیت ها و اعضای تیم
- سیاست ها، مأموریت، چشم انداز و اهداف کلان
- عوامل و تجزیه و تحلیل سوات
- استراتژی ها و برنامه های عملیاتی

تاریخ تنظیم گزارش: دی و بهمن ماه ۱۴۰۳

(ویرایش نهایی)

مسئولیت: دکتر پورحسینی، ریاست بیمارستان

عنوان سند: گزارش تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان علی بن ابی طالب رفسنجان (با تمرکز بر بخش درمان)

تاریخ تدوین گزارش: دی و بهمن ماه ۱۴۰۳

راهبری کلان: کمیته راهبری

مسئولیت عالی: دکتر سید محمد ابراهیم پورحسینی، ریاست بیمارستان

نظارت فنی و کیفی: خانم دکتر کردستانی، معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان

امور هماهنگی و پیگیری: خانم یزدان جو، مسئول اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

آموزش، مشاوره و راهنمایی اجرایی: دکتر شهرام مقصود، مشاور بیمارستان

کمیته راهبری: دکتر پورحسینی رئیس بیمارستان، خانم دکتر کردستانی معاون توسعه مدیریت و منابع، دکتر کهنوجی معاون

درمان، آقای احمدبیگی مدیر خدمات پرستاری و خانم یزدان جو رئیس اداره اعتباربخشی و ایمنی بیمار

مشارکت کنندگان در تهیه برنامه: خانم زهرا حیدری، خانم سمیه اسماعیلی، خانم طیبه میمندی، خانم فریبا سالمی، خانم رقیه پور هادی،

خانم سمیه خرم، خانم مریم توحیدی، خانم مریم السادات شهپری، خانم فاطمه موسوی، آقای شهاب اسدی، آقای مهدی عبداللهی، خانم مرضیه

طغرلی، خانم فاطمه محمد اکبری، خانم اعظم رضایی، خانم زهرا شیخ اکبری، خانم فاطمه حسینعلی زاده، خانم مؤده عباسی، خانم رویا بهرامی،

خانم رویا فاتحی، آقای رحمانی، آقای حسن پور، آقای منگلی، آقای میرزایی مقدم، آقای پاکدامن، آقای ذاکری، آقای زینلی، آقای خواجهویی، آقای

عبداللهی، آقای موسوی، آقای حق شناس، آقای میرزایی

فهرست مندرجات

ردیف	موضوع	صفحه
۱	پیام ریاست بیمارستان	۱
۲	مقدمه	۲
۳	معرفی مرکز درمانی، آموزشی و پژوهشی علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان	۴
۴	برنامه تهیه و تدوین سند	۷
۵	سیاست های بیمارستان	۱۳
۶	ماموریت	۱۴
۷	چشم انداز	۱۵
۸	ارزش های سازمانی	۱۶
۹	ذی نفعان و نیازها و انتظارات آنها	۱۷
۱۰	عوامل داخلی - نقاط قوت	۲۰
۱۱	عوامل داخلی - نقاط ضعف	۲۱
۱۲	عوامل خارجی - فرصت ها	۲۲
۱۳	عوامل خارجی - تهدیدات	۲۳
۱۴	ماتریس ارزیابی عوامل داخلی	۲۵
۱۵	ماتریس ارزیابی عوامل خارجی	۲۶
۱۶	ماتریس ارزیابی توام عوامل داخلی و خارجی	۲۷
۱۷	اهداف استراتژیک	۲۸
۱۸	استراتژی های بیمارستان	۲۹
۱۹	برنامه های عملیاتی تعیین شده برای سه ماه آخر سال ۱۴۰۳ و بعد از آن	۳۰
۲۰	لیست برنامه های عملیاتی	۳۱

پیام ریاست بیمارستان

به نام خدایی که مدیر است و مدبر و حاضر است و ناظر ...

شرایط امروز جامعه و ارایه خدمات در آن، به دلیل پیچیدگی‌هایی که در ابعاد مختلف به وجود آمده است، همه سازمان‌ها را در مسیری قرار داده است که برای دستیابی به آنچه که موفقیت نامیده می‌شود، به ابزارهای نوین مجهز شوند. نیازها و انتظارات دریافت کنندگان خدمات از یک سو، ذی‌نفعان سازمان در سطوح بالادستی و مسئولان منطقه‌ای از سوی دیگر در کنار شرایط و چالش‌های محیطی مانند بروز پاندمی کرونا، از جمله مهمترین مسایل قابل توجه در شرایط امروزی می‌باشند.

لذا در پاسخ به این شرایط و موفقیت پایدار در اجرای مأموریت بیمارستان و نیز حرکت در راستای اهداف بخش بهداشت و درمان در کشور، بر آن شده‌ایم تا در سایه خرد جمعی و مشارکت مسئولان و کارشناسان محترم بیمارستان، برنامه استراتژیک بیمارستان را برای ۵ سال آینده و با بازنگری برنامه قبلی و البته با تکیه بر دانش و تجربه همکاران از یک سو و اصول علمی رایج از سوی دیگر، تهیه نماییم که سند حاضر، نتیجه تلاش مستمر تیم منتخب در این راستای دو سال گذشته می‌باشد. جا دارد در همین جا از کلیه همکارانی که در این مهم ما را یاری کردند، تشکر نمایم.

اینجانب ضمن پذیرش مسئولیت نهایی دستیابی به اهداف فوق، کلیه همکاران را به تلاش مضاعف و مشارکت در اجرای برنامه‌های تعریف شده در این سند، دعوت می‌نمایم. امید دارم بیمارستان علی بن ابی طالب در سایه توجه ریاست محترم دانشگاه و سایر مسئولین در سطوح مختلف و نیز با تلاش‌های همکاران محترم در بیمارستان، بتواند در اجرای مأموریت خود و دستیابی به اهداف متعالی بخش بهداشت و درمان، بتواند نقش مثبت و سازنده‌ای در تحقق چشم‌انداز دور مدت کشور ایفا نماید.

دکتر پورحسینی، ریاست بیمارستان

مقدمه:

همه انسان‌ها، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع در زندگی روزانه خود به طور معمول در فکر پیشرفت از یک سو و در حصار مسایل و مشکلات از سوی دیگر، می‌باشند. تعیین اهداف روشن و برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف، یک حرکت عقلانی برای عبور از موانع در راستای دستیابی به موفقیت پایدار می‌باشد. برنامه‌ریزی استراتژیک (راهبردی) در حقیقت یک نگرش (طرز تفکر و تلقی) و روشی برای ادامه حیات است که متضمن تعهد به عمل بر مبنای اندیشه و تفکر آینده‌نگر، تصمیم قاطع در اجرای امور منظم و مداوم و بخش انفکاک ناپذیر حرکت همه اعضای جامعه در طول زمان محسوب می‌گردد. بدیهی است این اصل در سازمان‌ها نیز حاکم بوده و برنامه‌ریزی، رکن اساسی هر گونه اقدام و حرکت رو به جلو، می‌باشد. بی‌شک بهره‌گیری از نظرات و افکار دیگران موجب غنای بیشتر سیستم‌ها و پدیده‌های اجتماعی است. این امر یعنی مشارکت، بهره‌مندی از نظرات و افکار دیگران در سطوح مختلف علمی و یادگیری، که نقش اساسی در بهبود روش‌های کار، نوآوری و خلاقیت بوده و زمینه‌ساز بهبود مستمر در بسیاری از مسایل و موانع پیش روی سازمان و جوامع، است. با این حال در سازمان‌ها و با روش‌های موجود، به این مقوله چندان توجهی که لازمه آن است، نمی‌گردد؛ یا اینکه ساز و کاری برای این امر مهم تعریف و تعیین نشده است. برنامه‌ریزی راهبردی می‌تواند در ارایه اولویت‌بندی و در نتیجه، تصمیم‌گیری برای هر حرکتی و دارا بودن یا نبودن قابلیت اجرایی آنها، پاسخ مشخصی را اعلام نموده و امتیازبندی نماید. همچنین، این نوع برنامه‌ریزی می‌تواند تغییرات سازمان را به ازای اجرای هر تصمیمی بیان داشته و یا عملیات لازم برای تغییرات در سایر موارد و نیز بهبود برآیند را بیان نماید.

اکثر سازمان‌ها امروزه تلاش می‌نمایند تا با به کارگیری نظام برنامه‌ریزی استراتژیک و تدوین استراتژی‌های مناسب، دورنمایی از آینده را ترسیم کنند. استراتژی یا راهبرد را می‌توان راه و روش یا مسیر تحقق مأموریت سازمان و رسیدن به چشم‌انداز تعیین شده دانست. در این مسیر، سازمان عوامل خارجی (فرصت‌ها و تهدیدها) و عوامل داخلی (نقاط قوت و ضعف) را بررسی و شناسایی نموده و تلاش خواهد کرد از نقاط قوت و فرصت‌ها به بهترین شکل استفاده نموده و ضمن رفع نقاط ضعف، از تهدیدات خارجی نیز پرهیز نماید. توجه همزمان به مأموریت سازمان و بررسی داده‌هایی از وضعیت داخلی سازمان و محیط خارج آن، مبنایی به دست

می‌دهد که می‌توان بر اساس آن استراتژی‌های قابل اجرا را شناسایی و مورد ارزیابی قرار داد. استراتژی‌ها، موجب می‌گردند که سازمان به تدریج از وضعیت موجود به آنچه که در چشم‌انداز ترسیم شده است، حرکت نمایند.

استراتژی، یک معیار اصلی برای تنظیم اهداف، نحوه بهره‌برداری و تخصیص منابع و همچنین، مواجهه با عوامل محیطی بازار و رقبا است. استراتژی، مشخص می‌کند که سازمان چه اهدافی باید تعیین کند، نقاط تمرکز اصلی کجا باید باشند و نیز، بر اساس فرصت‌ها و تهدیدات محیطی، چه مزیت‌های رقابتی باید کسب شوند.

هنگام طراحی مدل برنامه‌ریزی استراتژیک، حرکت به سمت ارایه چهره استراتژی محور از سازمان، یکی از راه‌حل‌هایی است که می‌تواند موفقیت اجرای استراتژی‌های تدوین شده را تا حدود زیادی رقم بزند. سازمان استراتژی محور، سازمانی است که در آن استراتژی‌های سازمان، به اجرا درمی‌آیند، کنترل و ارزیابی شده و تحقق اهداف بر اساس اجرای آنها، مرتب بررسی می‌گردد.

بیمارستان‌ها، از سازمان‌هایی هستند که امروزه با انواع محدودیت‌ها روبرو هستند. فشارها و محدودیت‌هایی مانند تحریم تجهیزات پزشکی و دارویی، اپیدمی بیماری‌های واگیردار، افزایش هزینه‌های عملیاتی و کاهش درآمدها، افزایش مطالبات ذی‌نفعان و مشتریان، افزایش قدرت چانه‌زنی شرکت‌های بیمه، کاهش وفاداری کارکنان و نظایر آن، روبرو هستند. این شرایط باعث شده است که نظام برنامه‌ریزی استراتژیک توفیق چندانی نیافته و برخی از استراتژی‌های تدوین شده در عمل اجرا نشوند.

با توجه به تغییرات محیطی پرشتاب و پیچیده شدن تصمیمات سازمانی، لزوم به کارگیری برنامه‌ای جامع برای مواجهه با اینگونه مسایل، بیشتر از قبل قابل لمس است. برنامه استراتژیک، نوعی از برنامه جامع است که برای این چالش‌ها، راهکار مناسبی است. اساس مدیریت استراتژیک، میزان شناختی است که مدیران سازمان از رقبا، بازارها، قیمت‌ها و سایر عوامل محیطی موثر بر سازمان، دارند و این عوامل تعیین کننده موفقیت‌های سازمان در فضای اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه است.

به هنگام تدوین برنامه برای تحقق اهداف سازمان، باید سطوح برنامه و تفاوت‌های هر سطح مورد توجه مدیران و برنامه‌ریزان، قرار گیرد.

معرفی مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان، یک مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی است که در سال ۱۳۶۵ افتتاح شده و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان می باشد. این مرکز دولتی بوده و یک بیمارستان ۳۰۰ تخت خوابی (مصوب)، محسوب می گردد.

این بیمارستان در زمینی به مساحت ۱۰ هکتار (یک صد هزار متر مربع) و با زیربنای اولیه ۱۷۰۰۰ متر مربع احداث شده و در طول حدود ۳۵ سال از عمر بیمارستان، عملیات توسعه ای به نحو چشمگیری انجام یافته است به نحوی که در حال حاضر زیربنای بیمارستان به حدود ۳۵۰۰۰ متر مربع رسیده است. بیشتر ساختمان این مرکز توسط خیرین ساخته شده و نیز، برخی از تجهیزات اصلی نیز توسط خیرین تهیه و به بیمارستان اهدا شده است. همچنین، خیرین برای گسترش، نوسازی و تجهیز این بیمارستان، وقفیاتی به آن اختصاص داده اند که در حال حاضر این وقفیات تحت نظارت هیات امنای بنیاد خیریه حضرت علی بن ابی طالب، اداره می گردد.

عملیات ساختمانی احداث بیمارستان علی بن ابی طالب (ع)، از سال ۱۳۵۹ و توسط خیرین (خانواده نظری)، آغاز شد. ایده اولیه، احداث بیمارستانی بود که همه نیازهای شهرستان رفسنجان را برآورده کرده و یک بیمارستان پیشرو باشد. دلایل زیادی باعث شد که احداث و تجهیز این حدود ۶ سال به طول انجامد تا اینکه در سال ۱۳۶۵، به طور رسمی افتتاح گردید.

در آغاز، این مرکز در زمینی به مساحت ۱۰ هکتار و با زیر بنای ۱۷۰۰۰ متر مربع احداث شده و شامل بخش های اورژانس، داخلی، جراحی، درمانگاه، آزمایشگاه، رادیولوژی، CCU، اتاق عمل و قسمت های وابسته بود. از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۸۶ به تدریج بخش های اطفال، نوزادان، اندوسکوپی، MRI، ICU، پاتولوژی، دیالیز، نوار مغز و نوار عضله، بیماری های خاص، CT SCAN، کلینیک دیابت، تریاژ اورژانس، برونکوسکوپی، فیزیوتراپی و انژیوگرافی به این مرکز اضافه گردید.

از سال ۱۳۸۶ تا به امروز نیز برنامه های توسعه بیمارستان با سرعت بیشتری ادامه یافته است به گونه ای که با افزایش زیربنای بیمارستان به ۳۵۰۰۰ مترمربع، بخش های اتاق عمل قلب و ICU قلب در سال ۱۳۸۷، بخش VIP در سال ۱۳۸۸ و بخش NICU در سال ۱۳۹۱ راه اندازی گردید. بخش های دیالیز و بیماری های خاص اورژانس تروما و بستری در سال ۱۳۹۰ توسعه یافته و تفکیک شدند. بخش مادران باردار و پرخطر با ۱۳ تخت در سال ۱۳۹۲

و بخش آنکولوژی با ۵ تخت در سال ۱۳۹۳ راه اندازی شد. همچنین از پانزدهم اردیبهشت سال ۱۳۹۳ با شروع طرح تحول نظام سلامت اعتبار مالی در غالب هتلینگ به بیمارستان اختصاص و بر اساس برنامه زمان بندی شده علاوه بر تعمیر و ایجاد بخش ICU۲، بخش داخلی زنان به صورت اساسی تعمیر و بهسازی شد. ضمناً در راستای برنامه مذکور سهم بیمار در پرداخت هزینه های بستری به ۳ تا ۶ درصد کاهش یافته است.

در حال حاضر این مرکز به عنوان بزرگ ترین بیمارستان شهرستان رفسنجان، پذیرای بیماران مختلف از شهرستان های مجاور مانند زرنند، سیرجان، شهربابک، انار و حتی در مواردی از خارج استان می باشد. بر اساس آخرین مصوبه، بیمارستان دارای ۳۷۸ تخت مصوب بوده و ۸۷ پزشک متخصص در این بیمارستان مشغول به ارائه خدمات می باشند. تعداد تخت های فعال در حال حاضر ۳۲۵ تخت می باشد که با احتساب تخت های اورژانس و اتاق عمل، تعداد تخت ها به ۴۳۰ تخت بالغ شده است.

بیمارستان از یک ساختار سازمانی نسبتاً عمودی مصوب پیروی می کند که هر چند مصوب می باشد، اما تاکنون ابلاغ نشده است. این چارت هنوز جوابگوی نیازهای بیمارستان می باشد، اما در حال حاضر به نظر می رسد با توجه به برنامه های توسعه بیمارستان برای سال های آتی نیاز به بازنگری داشته باشد. تصویر چارت موجود (به صورت کلی) در ادامه آمده است. همانگونه که مشاهده می گردد، پس از ریاست بیمارستان، لایه دوم شامل ۵ جایگاه به شرح ذیل می باشند:

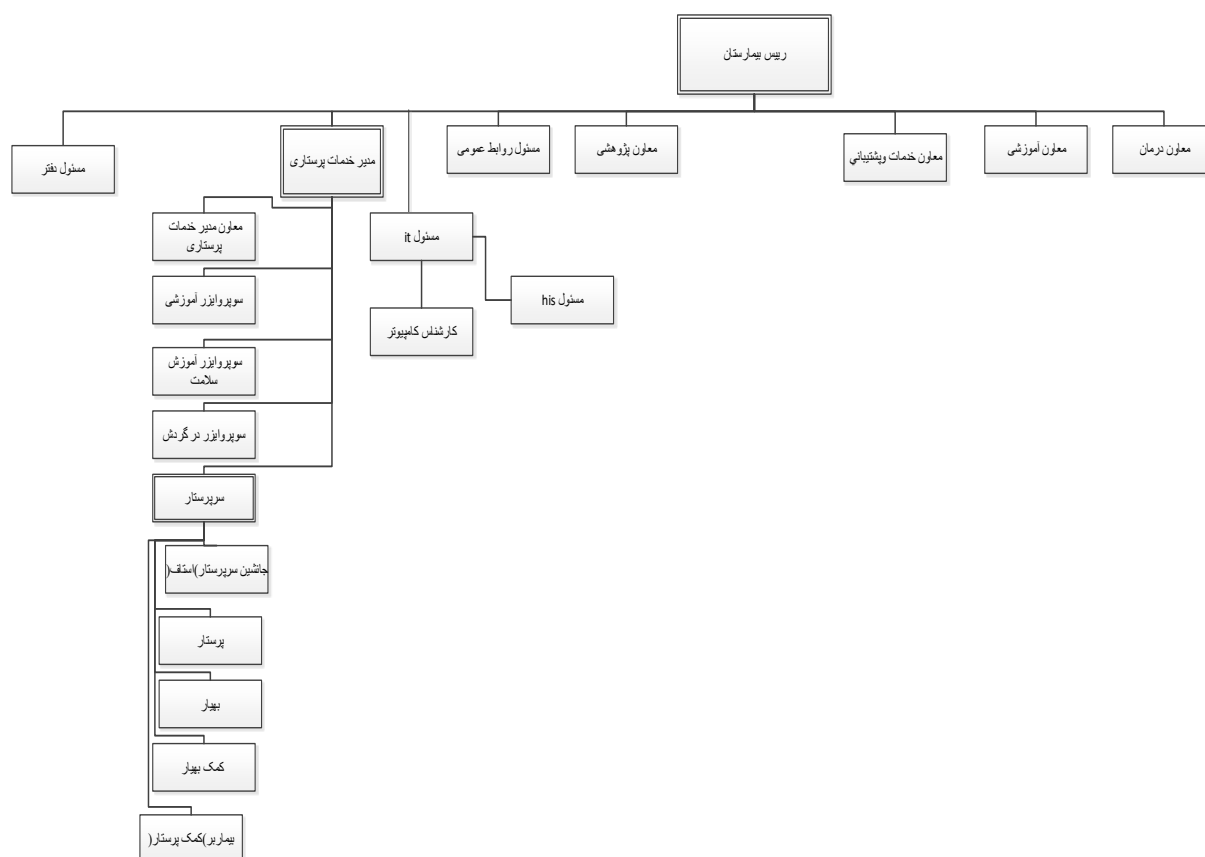
۱- مدیریت بیمارستان - که شامل واحدهای امور مالی، امور اداری، کلینیک و پاراکلینیک و واحدهای پشتیبانی، بوده و وظیفه اصلی آن، هماهنگی بین واحدهای مختلف (برنامه ها، وظایف و ...) و نظارت بر اقدامات اجرایی و عملیاتی، در این واحدها می باشد. فراهم آوردن شرایط مناسب برای فعالیت کلیه واحدهای سازمان نیز که شامل اموری مانند زیرساخت های فیزیکی، تجهیزات، نقلیه، امور رفاهی و ... می گردد نیز از وظایف تعریف شده در این سطح می باشد.

۲- مدیریت پرستاری - به طور کلی، دفتر پرستاری مرکز برنامه ریزی، سازماندهی، کنترل و هماهنگی فعالیت های پرستاری است که مسئولیت هماهنگی بخش درمان با سایر واحدها از قبیل پزشکی، پاراکلینیک و ... را بر عهده دارد. اداره واحد پرستاری بر عهده مدیر خدمات پرستاری می باشد که با تکیه بر رعایت منشور حقوق بیمار مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی بر شرح وظایف پرسنل پرستاری در کلیه واحدهای بیمارستان نظارت داشته و با برنامه ریزی در زمینه های ارتقای کیفی، به بهبود مستمر فعالیت های ارائه خدمات به بیماران مراجعه کننده، می پردازد.

۳- معاونت آموزشی - امروزه آموزش در همه حوزه‌ها، یکی از محورهای اصلی توسعه نیروی انسانی محسوب شده و هر چه فعالیت‌های مربوطه تخصصی‌تر شوند، اهمیت آن بیشتر می‌گردد. در حوزه درمان نیز با توجه به اینکه ایمنی و سلامت بیماران اولویت اصلی می‌باشد، طبیعی است که کارکنان در این حوزه باید به مرتب و بر اساس آخرین دستاوردهای علمی و فنی مربوطه، آموزش دیده و کارآمد باشند. این معاونت به طور کلی در حوزه‌هایی مانند برنامه‌ریزی آموزشی، نظارت بر کیفیت برنامه‌های آموزشی، نظارت بر تجهیز واحد آموزش و امور رفاهی مربوطه، مسئولیت دارد.

۴- واحد بهبود کیفیت - در خصوص استقرار، نظارت و پایش نظام اعتبار بخشی، مدیریت سوابق و مستندات، کمیته‌های بیمارستانی، شاخص‌های بالینی و غیربالینی و فرایندهای کاری بیمارستان، مسئولیت دارد.

۵- روابط عمومی - در حقیقت نقش و واسطه اصلی در فرایند ارتباط بیرونی بیمارستان با محیط خارج بوده و وظیفه اصلی آن، انتشار اخبار درست، مدیریت برگزاری مراسم و ... می‌باشد.



شکل ۱: ساختار سازمانی بیمارستان حضرت علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان

برنامه تهیه و تدوین سند

استقرار نظام برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک در بیمارستان علی بن ابی طالب رفسنجان، یکی از تصمیمات مهمی است که بنا به ضرورت سال‌های قبل اتخاذ شده است. اولین برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۳۹۶ تدوین شده که افق زمانی آن، ۱۴۰۰ - ۱۳۹۶ بوده و در سال ۱۳۹۸ مورد بازنگری قرار گرفته است. در سال ۱۴۰۰، دومین برنامه استراتژیک بیمارستان تهیه شد که به دلیل تغییرات عمده، این برنامه اثربخش تشخیص داده نشده و از اواسط سال ۱۴۰۱، تهیه ویرایش سوم برنامه استراتژیک بیمارستان در دستور کار قرار گرفت. این برنامه در ابتدای سال ۱۴۰۲ مورد بازنگری مجدد قرار گرفت. با توجه به تغییرات اساسی در شرایط موجود از قبیل تغییرات مدیریتی در دانشگاه و بیمارستان از یک سو، سیاست‌های بخش بهداشت و درمان بر اساس برنامه هفتم توسعه از سوی دیگر و به خصوص مسایل و مشکلات ناشی از تاثیر شرایط اقتصادی بر بهداشت و درمان، تهیه ویرایش پنجم برنامه استراتژیک بیمارستان از ابتدای سال ۱۴۰۳ در دستور کار مدیریت بیمارستان قرار گرفت که نتیجه نهایی در بهمن ماه مورد تصویب قرار گرفته و اکنون منتشر می‌گردد.

با توجه به اینکه شرایط محیطی (خصوصاً محیط خارجی) در این سال‌ها به شدت تغییر یافته و از طرفی، اسناد فرادست و برنامه ارزیابی اعتبارسنجی وزارت بهداشت نیز تغییر کرده است، تیم مدیریتی بیمارستان به این نتیجه رسید که برنامه موجود نیاز به بازنگری اساسی دارد. از سوی دیگر از آنجایی که از طول دوره برنامه‌ریزی فقط یک سال باقی بود، تصمیم نهایی بر آن شد تا برنامه از ابتدا و بر مبنای مطالعه جدید منطبق بر آخرین متدولوژی علمی و الگوی مورد تایید وزارت بهداشت، تهیه شود.

تدوین برنامه استراتژیک، یک اقدام مشارکتی بوده و لازم است افراد درگیر در اجرای برنامه، در تدوین آن مشارکت نمایند. بدون مشارکت موثر، ضمانتی برای حمایت از اجرا در عمل وجود نخواهد داشت. لذا، بیمارستان از یک الگوی مشارکتی دو سطحی در تدوین برنامه استراتژیک بهره جسته است. سطح اول، کمیته اصلی برنامه - ریزی است که اعضای آن به شرح زیر انتخاب شدند:

۱. دکتر پور حسینی رئیس بیمارستان
۲. خانم دکتر کردستانی، معاون توسعه مدیریت و منابع
۳. دکتر کهنوجی، معاون درمان
۴. آقای احمدبیگی، مدیر خدمات پرستاری
۵. خانم یزدان جو، رئیس اداره اعتباربخشی و ایمنی بیمار

در سطح ۲، تعدادی زیادی از کارکنان بیمارستان شامل افراد لیست ذیل، در قالب تیم‌های مختلف از قبیل جمع‌آوری داده‌ها، ارایه اطلاعات، تجزیه و تحلیل‌ها و ...، مشارکت داشته‌اند.

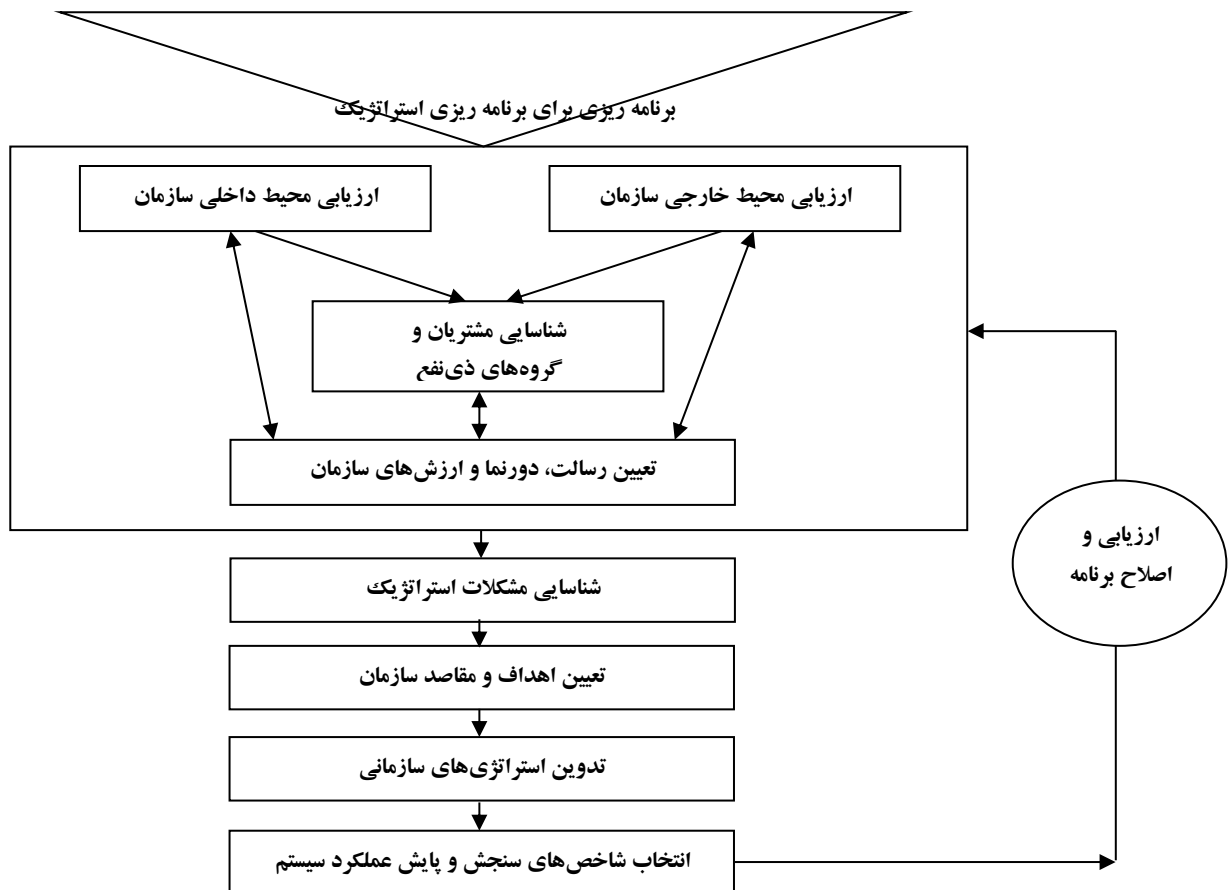
مشارکت کنندگان در تدوین سند برنامه استراتژیک (گردآوری داده‌ها، مصاحبه، اطلاعات مکتوب و ...)

ردیف	نام و نام خانوادگی	پست سازمانی
۱	خانم زهرا حیدری	سرپرستار بخش جراحی زنان
۲	خانم سمیه اسماعیلی	معاون خدمات پرستاری
۳	خانم طیبیه میمنندی	سرپرستار بخش فوق تخصصی
۴	خانم فریبا سالمی	سرپرستار بخش پاراکلینک
۵	خانم رقیه پور هادی	سرپرستار بخش اطفال
۶	خانم سمیه خرم	سرپرستار بخش زنان
۷	خانم مریم توحیدی	سرپرستار بخش نوزادان و NICU
۸	خانم مریم السادات شهیری	سرپرستار بخش ICU قلب
۹	خانم فاطمه موسوی	سرپرستار بخش داخلی زنان
۱۰	آقای شهاب اسدی	کارشناس کنترل عفونت
۱۱	آقای مهدی عبداللهی	مسئول واحد تجهیزات پزشکی
۱۲	خانم مرضیه طغرلی	سرپرستار CSR
۱۳	خانم فاطمه محمد اکبری	سرپرستار بخش ICU۲
۱۴	خانم اعظم رضایی	سرپرستار بخش PICU
۱۵	خانم زهرا شیخ اکبری	سرپرستار اتاق عمل قلب
۱۶	خانم فاطمه حسینعلی زاده	سوپروایزر آموزش سلامت
۱۷	خانم مزده عباسی	مسئول اطلاعات سلامت
۱۸	خانم رویا بهرامی	کارشناس روانشناسی
۱۹	خانم رویا فاتحی	کارشناس تغذیه
۲۰	آقای رحمانی	مسئول واحد تصویر برداری
۲۱	آقای حسن پور	سرپرستار بخش داخلی مردان
۲۲	آقای منگلی	سرپرستار اتاق عمل جنرال
۲۳	آقای میرزایی مقدم	مسئول روابط عمومی
۲۴	آقای پاکدامن	سوپروایزر آموزشی
۲۵	آقای ذاکری	سرپرستار بخش CCU
۲۶	آقای زینلی	سرپرستار بخش آنژیوگرافی
۲۷	آقای خواجه‌بی	سرپرستار بخش مغز و اعصاب
۲۸	آقای عبداللهی	سرپرستار بخش جراحی مردان
۲۹	آقای موسوی	سرپرستار بخش ICU۱
۳۰	آقای حق شناس	سرپرستار بخش اورژانس
۳۲	آقای میرزایی	کارشناس بهداشت حرفه ای

لازم به یادآوری است که بیمارستان برای اهدافی مانند هدایت و آموزش تیم‌های کاری، از وجود یک مشاور خارجی نیز بهره گرفت.

الگوی انتخاب شده برای برنامه‌ریزی استراتژیک - الگوهای مختلفی برای برنامه‌ریزی استراتژیک وجود دارند که بیشتر آنها عمومی بوده و برای هر سازمانی قابل استفاده بوده و برخی از آنها، در حوزه برخی از صنایع خاص کاربرد دارند. برخی از مهمترین روش‌های برنامه‌ریزی استراتژیک عبارتند از: مدل فرد دیوید، مدل جان برایسون، مدل ایکور آنشوف، مدل هیل و جونز، مدل هنری مینتزبرگ، مدل گوداشتاین و همکاران، مدل دانکن و همکاران، مدل وایتمن، مدل سازمان بهداشت جهانی.

وزارت بهداشت، الگویی را مورد استفاده قرار داده است که تا حدودی مشابه الگویی که آقایان طیبی و ملکی آن را ارایه داده‌اند می‌باشد. بیمارستان علی بن ابی طالب، الگوی مورد استفاده در وزارت بهداشت را به عنوان الگوی اصلی برنامه‌ریزی استراتژیک، مورد استفاده قرار داده است. البته در عمل، تغییرات جزئی در الگو اعمال شده است؛ اما ماهیت اصلی الگو بدون تغییر باقی مانده است. این الگو در ادامه نشان داده شده است.



مراحل انجام و تدوین سند برنامه - به طور کلی یک برنامه استراتژیک، شامل سه مرحله اصلی تدوین استراتژی، اجرای استراتژی و کنترل و بازخورد، می‌باشد. فرایندی که در بیمارستان برای تدوین برنامه استراتژیک به کار گرفته شده است، شامل چند گام به شرح زیر می‌باشد:

۱- برنامه ریزی برای برنامه ریزی استراتژیک

➤ تشکیل کمیته اصلی و تیم های اجرایی برنامه ریزی استراتژیک

➤ آموزش

➤ تهیه برنامه زمان بندی برای اجرا

۲- مطالعه و شناخت وضعیت موجود

➤ مطالعه محیط برون سازمان (شامل اسناد فرادست)

➤ مطالعه محیط درون سازمان

➤ شناسایی مشتریان و ذی نفعان

۳- تحلیل داده ها و روندها

➤ تحلیل یافته های محیط بیرون و تبیین عناصر فرصت/ تهدید

➤ تحلیل یافته های محیط درون و تبیین عناصر نقاط قوت/ ضعف

➤ تحلیل ذی نفعان و تبیین نیازها و انتظارات

۴- تعیین چارچوب و موضوعات استراتژیک

➤ ماتریس موقعیت و چارچوب استراتژی ها

➤ ماتریس SWOT و استراتژی های کاندید

۵- تدوین عناصر اصلی برنامه

➤ تبیین مأموریت

➤ تبیین چشم انداز

➤ تبیین سیاست ها و اهداف کلان

➤ استخراج استراتژی ها

➤ برنامه های عملیاتی در چارچوب استراتژی ها

۶- تعیین عناصر کنترل برنامه استراتژیک

➤ شاخص ها و سنجه های اندازه گیری

۷- ریسک ها و مدیریت ریسک

➤ شناسایی ریسک ها

➤ ارزیابی ریسک ها

◀ تبیین اقدامات مناسب هر گروه از ریسک

۸- منابع مورد نیاز و برنامه تامین

◀ منابع مورد نیاز به تفکیک هر برنامه در سال

◀ جمع‌بندی منابع و برنامه تامین هر برنامه

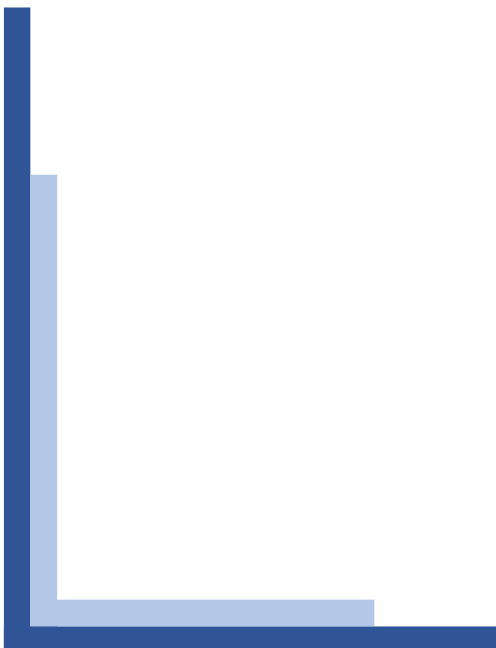
لازم به ذکر است که علاوه بر اقدامات فوق که در راستای تدوین سند برنامه صورت گرفته است، سه اقدام ذیل نیز برای اصلاح و رفع مشکلات احتمالی برنامه، همچنین برای آموزش کارکنان با نحوه کنترل و اصلاح برنامه، برنامه‌ریزی شده‌اند که طبق برنامه اجرا خواهند شد:

◀ اجرای آزمایشی برنامه

◀ پایش روند پیشرفت بر اساس سنجه‌ها

◀ اصلاح برنامه در صورت لزوم

برنامه زمان‌بندی: تدوین سند برنامه استراتژیک بیمارستان، برای ۴ ماه (از ابتدای تیر ماه) برنامه‌ریزی شد که با احتساب زمان لازم برای اجرای آزمایشی برنامه و اصلاح آن در صورت لزوم، حدود ۶ ماه به طول انجامید. کلیات برنامه زمان‌بندی در ادامه (جدول صفحه بعد) مشخص شده و گانت چارت اجرایی برنامه با ریز فعالیت‌ها، در ادامه این گزارش آمده است.



برنامه زمان بندی تدوین سند برنامه استراتژیک بیمارستان علی بن ابی طالب رفسنجان

[illegible]

سیاست‌های بیمارستان

حوزه	سیاست اصلی	ذی‌نفع
عمومی	- اهتمام به رعایت هر چه بیشتر الزامات الگوی اعتبار بخشی - اولویت سیاست‌های بخش بهداشت و درمان در برنامه هفتم توسعه کشور - نهادینه کردن فرهنگ رعایت حقوق گیرندگان خدمت در راستای افزایش رضایتمندی مراجعین و ارتقای ایمنی بیمار - کاهش خطاهای پزشکی و مراقبتی و ترویج گزارش خطا بدون ترس از عواقب آن	مدیریت، کارکنان، مراجعین و جامعه
منابع انسانی	- تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد و دارای مهارت و شایستگی مناسب - حفظ و مدیریت سرمایه‌های انسانی - توجه ویژه به ارتقای خدمات رفاهی کارکنان در راستای افزایش انگیزه و توانمندی آنها - توسعه مهارت کارگروهی و رفع تعارضات سازمانی	تیم اجرایی بیمارستان، کارکنان
هزینه مالی	- افزایش تنوع منابع درآمدی (شناسایی و تمرکز بر منابع درآمدی جدید) - توجه ویژه به سیاست‌های اقتصاد مقاومتی و کاهش هزینه‌ها - استفاده از برون‌سپاری و توان بخش خصوصی در تامین خدمات	هیئت مدیره/ دانشگاه/ تیم اجرایی
منابع فیزیکی و دارایی‌ها	- استفاده بهینه از منابع فیزیکی و دارایی‌ها (نگهداری بهینه و کسب درآمد) - تسریع در بازسازی فضاهای فرسوده و بهره‌برداری از آنها - توسعه نظام نگهداری و تعمیرات تجهیزات و تاسیسات - تاکید بر آراستگی و زیباسازی فضای ظاهری بیمارستان - ایجاد فضاهای جدید برای توسعه بخش‌ها و فعالیت‌های جدید	کارکنان/ تیم اجرایی و مراجعین
بیمار	- تمرکز بر ایمنی بیمار به عنوان اولویت اول و غیرقابل تغییر - اهتمام به رضایتمندی مراجعین (بیماران و همراهان) و تمرکز بر مشتری محوری - حفظ عزت نفس و کرامت انسانی بیماران، مراجعین و کارکنان، فارغ از مسایل اقتصادی، فرهنگی، قومیتی، زبانی و سطح اجتماعی - بهینه‌سازی فرایندهای عملیاتی در ارتباط با بیمار (از مراجعه تا خروج)، با هدف کاهش زمان حضور غیرضروری در محل بیمارستان	کارکنان، بیماران و همراهان

ماموریت بیمارستان

ماموریت، فلسفه وجودی بیمارستان بوده و در حقیقت، پاسخ به این سوال است که «ما چرا به وجود آمده و قرار است چه کاری انجام دهیم؟». بر این اساس، ماموریت بیمارستان علی بن ابی طالب، به شرح ذیل تعیین می گردد:

ماموریت بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان

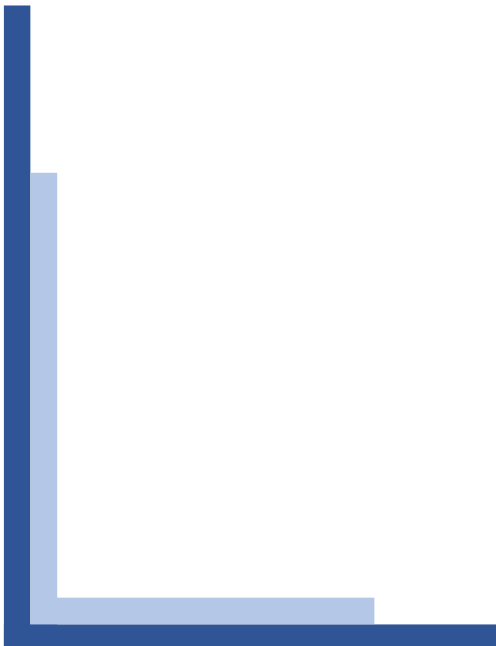
درمان موثر بیماران مراجعه کننده

در محیطی مناسب (ایمنی و کیفیت، رو به رشد، کارکنان شایسته، منطبق بر آخرین استانداردها و الزامات فرادست بخش بهداشت و درمان) و با شرایط منجر به رضایت ذی نفعان.

چشم‌انداز بیمارستان

بیمارستان علی بن ابی طالب در افق ۱۴۰۷، با تکیه بر چهار اصل زیر، تبدیل به **نمونه موفق از یک مرکز مرجع آموزشی، درمانی و پژوهشی در سطح منطقه‌ای** خواهد شد.

- ✓ محور قرار دادن سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغی مقام معظم رهبری)
- ✓ توکل بر ارزش‌های دینی، اخلاقی و اصول حرفه‌ای
- ✓ تکیه بر دانش و فن‌آوری روز
- ✓ تلاش گروهی نیروهای شایسته و کارآمد بیمارستان



ارزش‌های سازمانی

- ۱- صیانت از محیط زیست با مصرف بهینه منابع و پرهیز از آلوده نمودن آب، خاک، هوا و آسیب به موجودات زنده، آرمان مشترک کارکنان و مدیریت این مرکز است.
- ۲- توسعه دانش و توانمندی کارکنان و رعایت اصول شایسته‌سالاری و جایگزین پروری، اصل مورد تایید همه مدیران و مسئولین بیمارستان است.
- ۳- در نظر گرفتن نیازها و انتظارات بیماران و ارایه خدمات درمانی ایمن و اثربخش، توأم با عطف و مهربانی، با حفظ کرامت انسانی به عموم مراجعین، ارزش کلیدی مورد احترام در بیمارستان است.
- ۴- همه ارتباطات در این بیمارستان، بر اساس والاترین ارزش‌های حرفه‌ای، اسلامی و اخلاقی بنا نهاده شده و همه کارکنان پایبند به اصول رفتار حرفه‌ای می‌باشند.
- ۵- شناسایی و طی کردن مسیرهای تازه با روش‌های نوین، در اندیشه همه آحاد بیمارستان می‌باشد. این موضوع خصوص در خدمات ارایه شده و کیفیت ارایه این خدمات، مشهود و ملموس خواهد بود.
- ۶- نگاه همه ما به اهداف بخش بهداشت و درمان در سطح کشور بوده و الزامات الگوی اعتبار بخشی، راهنمای ما در توسعه خواهد بود.

ذی نفعان و نیازها و انتظارات آنها

تعاریف مربوط به ذی نفعان و نیازها و انتظارات آنها، در فصل ۲ ارائه گردید. در این بخش، ذی نفعان داخلی و خارجی که از طریق نظرات خبرگان شناسایی شده است، لیست شده و سپس، نیازها و انتظارات آنها مشخص می گردد. در ادامه، با استفاده از ماتریس علاقه - قدرت، این ذی نفعان طبقه بندی می گردند. بدیهی است توجه به نیازها و انتظارات ذی نفعان در مراحل برنامه ریزی استراتژیک و خصوصاً تدوین برنامه های اجرایی، از اهمیت بالایی برخوردار است.

ذی نفعان داخلی:

ردیف	ذی نفع	نیازها و انتظارات
۱	پزشکان	پرداخت به موقع حق الزحمه، ارائه خدمات مطلوب در راستان پذیرش، ترخیص و بستری به تمام بیماران، اجرای طرح ارجاع بیماران، وجود تجهیزات و امکانات مناسب در بیمارستان
۲	کارکنان	امنیت شغلی، انگیزه شغلی، اجرای منشور حقوق کارکنان، وجود ضابطه در مواردی مانند احراز پشت، ارزشیابی، تشویق و تنبیه و اجرای آن، حقوق مکفی، تقسیم کار عادلانه
۳	مدیران میانی	مورد حمایت قرار گرفتن از سوی مدیران ارشد، شفاف بودن سیستم های تصمیم گیری، شفاف بودن استراتژی ها و چشم انداز سازمان، ایجاد انگیزه شغلی
۴	دانشجویان	دریافت آموزش عملی استاندارد، تعامل مطلوب بخش های درمانی

ذی نفعان بیرونی:

ردیف	ذی نفع	نیازها و انتظارات
۱	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ارایه خدمات استاندارد و موثر، حضور و فعالیت موثر در همه زمینه‌های سلامت، سهولت دسترسی مراجعین به انواع خدمات درمانی مورد نیاز، شفافیت در مسایل مالی و عملکردی
۲	دانشگاه علوم پزشکی	روند رو به رشد در همه شاخص‌های ملی، ایجاد سیستم گزارش دهی مناسب، صرفه جویی در هزینه‌ها، شفافیت
۳	فرمانداری (دولت)	ایجاد فرصت‌های برابر در حوزه سلامت، مقابله درمانی با بحران‌ها، ارایه خدمات به همه بیماران، توجه به الگوهای سلامت،
۴	سازمان‌های بیمه گر	تعامل مناسب بیمارستان با بیمه گر، اطلاع رسانی صحیح نوع قراردادها به مراجعین، ارایه خدمات درمانی استاندارد به بیمه شدگان
۵	محیط زیست	فعالیت‌های زیست کحیطی منطبق با استانداردها (فاضلاب، زباله و ...)، هماهنگی و همکاری بیمارستان با سازمان‌های مرتبط با محیط زیست
۶	بیماران	دریافت خدمات تخصصی مناسب با بهترین زمان، پرداخت کمتر، رعایت منشور حقوق بیمار، شفافیت، درمان در کمترین زمان ممکن، آرامش در محیط بیمارستان
۷	همراهان و مراجعه کنندگان	طرح تکریم ارباب رجوع، سهولت در دستیابی به هدف، ارایه خدمات مطلوب به بیمار مرتبط، رعایت منشور حقوق بیمار
۸	سازمان نظام پزشکی	اجرای کامل قوانین و ضوابط نظام
	سازمان نظام پرستاری	اجرای کامل قوانین و ضوابط نظام
	شرکت‌های آب، برق، گاز و مخابرات	پرداخت به موقع هزینه‌های مربوطه
	اداره بهزیستی	درمان رایگان/ارایه تخفیف، اولویت درمان بیماران تحت پوشش
	کمیته امداد امام	درمان رایگان/ارایه تخفیف، اولویت درمان بیماران تحت پوشش
	ارباب جراید	ارایه اخبار درست، شفاف و به موقع از رویدادها/همکاری در تهیه خبر
	خیرین	تخصیص بر اساس نظر خیر، شفافیت، اعلام درست نیازها
	سایر بیمارستان‌ها، مراکز خدمات تشخیصی	همکاری در استفاده مشترک از منابع، رعایت اصول حرفه‌ای
	همسایگان	محیط زیست پاک، امن و ایمن (عدم انتشار آلودگی)، حذف ترافیک

ماتریس علاقه - قدرت و طبقه بندی ذی نفعان

قدرت بالا	قدرت پایین	
<u>ذی نفعان کلیدی</u> ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲- دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۳- پزشکان ۴- فرمانداری ۵- سازمان های بیمه گر ۶- بیماران ۷- محیط زیست	<u>ذی نفعان ناظر</u> ۱- کارمندان ۲- مدیران میانی ۳- دانشجویان ۴- نظام پزشکی ۵- نظام پرستاری ۶- خیرین ۷- بهزیستی ۸- کمیته امداد و سایر مراکز حمایتی	علاقه بالا
<u>ذی نفعان بالفعل</u> ۱- سازمان های آب، برق، گاز و مخابرات	<u>ذی نفعان بی تفاوت</u> ۱- همراهان و مراجعین ۲- همسایگان بیمارستان ۳- سایر بیمارستان ها و مراکز ارائه خدمات تشخیصی، آزمایشگاهی و ...	علاقه پایین

استراتژی های بیمارستان در قبال ذی نفعان به طور کلی شامل ۴ استراتژی درگیر کردن، مشارکت کردن، مانیتور کردن و در نهایت، دفاع کردن، می باشد که بر اساس طبقات ماتریس علاقه - قدرت، انجام می گیرد.

عوامل داخلی - نقاط قوت

۱. تطابق شرایط احراز در بیشتر پست‌های کلیدی با به کار گمارده شدگان
۲. همکاری بسیار مناسب همه بخش‌ها و قسمت‌ها در حوزه مدیریت بحران
۳. وجود زمینه‌های مناسب و ظرفیت‌های قابل استفاده برای درآمدزایی
۴. نهادینه شدن فرایند توسعه مستمر زیرساخت‌ها در سطح بیمارستان
۵. وجود امکانات مناسب و تجهیزات مراقبت‌های ویژه و بحران (ICU، CCU)
۶. وجود و فعال بودن حدود ۲۳ بخش و قسمت در بیمارستان که جوابگوی بیشتر نیازهای مراجعه کنندگان می‌باشد (بیمارستان جنرال).
۷. روند رو به رشد برخی از مسایل رفاهی، مانند اتاق VIP
۸. وجود واحدها و تجهیزات تشخیصی به روز در بیمارستان (آزمایشگاه، تصویربرداری و ...)
۹. وجود کادر تخصصی و فوق تخصصی کافی و نسبتاً به روز و کارآمد، شامل بیشتر حوزه‌های درمانی و سایر کادر تشخیص و درمان
۱۰. همکاری مناسب اساتید هیات علمی دانشگاه در فرایند آموزش در بیمارستان
۱۱. وجود سیستم مدیریتی مناسب و تمایل به مشورت در تصمیم‌گیری
۱۲. وجود نیروی انسانی با تعداد کافی و با شرایط مناسب در بسیاری از بخش‌ها
۱۳. تخصیص و وجود فضای بسیار مناسب برای بعضی از بخش‌های بستری (مانند مغز و اعصاب و اکو)
۱۴. ضریب اشغال تخت بالا
۱۵. فعال بودن کمیته‌های بیمارستان
۱۶. وجود نیروهای با تجربه در سیستم پرستاری
۱۷. قرار گرفتن بیمارستان در محل مناسب از لحاظ ساختار شهری
۱۸. تخصیص لابی جهت مراحل پذیرش و ترخیص بیماران
۱۹. آرایه خدماتی که در بسیاری از مراکز استان‌ها نیز در دسترس نیست (مانند جراحی سرطان، کد

سما، ERCP)

۲۰. استقرار برخی از اجزای سیستم مدیریت فرایندی و روند رو به توسعه آن در بیمارستان
۲۱. استقرار نظام مدیریت سوابق با تاکید بر سوابق سیستمی

عوامل داخلی - نقاط ضعف

۱. پایین بودن انگیزه، رضایت و احساس عدم امنیت در برخی از کارکنان به دلیل نداشتن پست سازمانی
۲. وجود عوامل زیان آور محیطی (شناسایی شده/ اقدام نشده)
۳. تداوم برنامه ساخت و ساز (بهسازی) در داخل بیمارستان و تاثیرات روانی آن
۴. تاسیسات فرسوده آب (لوله کشی) و فرسودگی سیستم فاضلاب (جمع آوری و تصفیه)
۵. ارتباطات نسبتاً ضعیف درون سازمانی (بی اطلاعی برخی از مسئولین با تصمیمات اتخاذ شده)
۶. نامناسب و ناکافی بودن تهویه و هواسازها
۷. عدم تطبیق شغل سازمانی برخی از کارکنان با شغل واقعی آنها
۸. مشاهده برخی از مشکلات رفتاری در برخی از پرسنل (برخورد نامناسب با مراجعه کنندگان)
۹. فضای کاری و امکانات اداری نسبتاً ضعیف در بسیاری از واحدها
۱۰. کمبود بعضی از تجهیزات تشخیصی و مراقبتی
۱۱. مستهلک بودن برخی از تجهیزات کلیدی بیمارستان
۱۲. عدم وجود برنامه منسجم کاری در طی چند سال برای توسعه
۱۳. تداخل وظایف برخی از همکاران خصوصاً در ارتباط با شرکت در جلسات مختلف
۱۴. وجود فضاهای زیاد در دست بازسازی در محدوده ساختمان بیمارستان
۱۵. عدم وجود نظام تنبیهی و بازدارنده
۱۶. ضعف پوشش آنتن موبایل در بیمارستان
۱۷. ضعف سیستم برق بیمارستان
۱۸. عدم همکاری مناسب بین مدیران بیمارستان
۱۹. وجود کسورات بیمه‌ای
۲۰. عدم کفایت (ناکافی بودن) اتاق‌های ایزوله
۲۱. ناکافی بودن امکانات رفاهی پرسنل

۲۲. کمبود امکانات و ملزومات اداری (کامپیوتر، پرینتر و ...)
۲۳. کمبود فضای پارکینگ
۲۴. کمبود نیروی نگهدارنده و آسیب‌های مترتب بر آن
۲۵. کمبود پزشک متخصص و دستیار تخصصی در برخی از حوزه‌های درمان
۲۶. سطح پایین انگیزه نیروهای متخصص موجود
۲۷. عدم وجود روحیه همکاری در بین اغلب همکاران برای انجام امور توسعه‌ای
۲۸. کمبود برخی وسایل و ملزومات رفاهی مانند گرمایش و سرمایش
۲۹. عدم کفایت فضا در برخی از بخش‌های بستری
۳۰. مناسب نبودن محیط آزمایشگاه (کمیت، کیفیت و تناسب برای فعالیت)
۳۱. عدم وجود سلف مناسب در بیمارستان
۳۲. عدم تخصیص به موقع جهت هزینه‌های مصرفی و سرمایه‌ای توسط دانشگاه
۳۳. ایجاد شکاف بین نیروهای درمانی و پشتیبانی و در نتیجه، عدم همکاری مناسب

عوامل خارجی - فرصت‌ها

۱. وجود دانشگاه پزشکی و در نتیجه، سهولت در دسترسی به نیروی کاری متخصص
۲. بالا رفتن هزینه‌های عمومی خانوار و تمایل به استفاده بیشتر از خدمات بخش دولتی
۳. امکان توسعه بخش‌های VIP با توجه به فرهنگ و نیاز بخشی از جامعه
۴. وجود پیمانکاران نسبتاً قوی، کاربلد و همکاری آنها با بیمارستان
۵. موقعیت جغرافیایی و دسترسی آسان از مناطق همجوار
۶. وجود امکاناتی مانند خوابگاه و ...، در نزدیکترین فاصله با بیمارستان
۷. نزدیکی با مرکز استان جهت همکاری در مواقع ضروری
۸. وجود تعداد مناسبی از مراکز تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی و ...) در سطح شهر
۹. وجود شبکه نسبتاً مناسب آمبولانس و تسریع در انتقال بیمار
۱۰. وجود خیرین سلامت
۱۱. وجود مرکز توسعه تحقیقات در بیمارستان

۱۲. وجود دستیار در رشته‌های پایه (داخلی، اطفال)
۱۳. تعامل خوب با شهرستان‌های مجاور جهت ارجاع بیماران شهرهای اطراف به مرکز ما به جای مرکز استان

عوامل خارجی - تهدیدها

۱. مهاجر پذیر بودن شهرستان و وجود اتباع بیگانه؛ تعداد زیاد مراجعه اتباع
۲. وجود کارگران فصلی در فصل پسته‌چینی و احتمال انتقال بیماری‌ها
۳. وجود تعداد قابل توجهی مراجعه کننده فاقد کارت شناسایی و بیمه ایرانی
۴. مشکلات در تامین اقلام مصرفی، دارویی و تجهیزات پزشکی
۵. تنوع بالای فرهنگی، قومی، ملیتی در منطقه (مسایل فرهنگی/ اجتماعی)
۶. وجود تعداد بسیار بالایی از سگ‌های ولگرد در سطح شهر
۷. عدم وجود آمبولانس هوایی در شهرستان
۸. تمایل نسبتاً پایین پزشکان متخصص به ماندگاری در شهرستان
۹. وجود فرهنگ برگزاری مراسم‌های مختلف (عزا، عروسی و ...) به صورت پرجمعیت و احتمال انتشار انواع بیماری‌ها
۱۰. تاخیر در پرداخت‌های دولتی و بیمه‌ای
۱۱. وجود خرده فرهنگ‌هایی مانند زندگی گروهی در برخی محلات شهر در برخی از مهاجرین
۱۲. انعکاس اخبار و مسایل غیرواقعی در سطح جامعه (بد آوازه بودن) و به خصوص سیاه‌نمایی رسانه‌های محلی با هدف تسویه حساب سیاسی یا شخصی
۱۳. تمایل مردم به استفاده از خدمات بیمارستان‌های یزد و کرمان
۱۴. قدمت و فرسودگی بیمارستان
۱۵. عدم وجود بخش‌هایی مانند سوختگی، پرتو/ لیزر درمانی در بیمارستان و کلا در شهرستان
۱۶. عدم تناسب اعتبارات تخصیصی به بیمارستان با برنامه‌ها و نیازهای جاری
۱۷. وجود خرده فرهنگ‌های استفاده رایگان از خدمات (مراجعه به کانال‌های داخل و خارج بیمارستان برای اخذ تخفیف یا کلا عدم پرداخت هزینه‌های بیمارستان)

۱۸. عدم وجود برخی از مراکز آزمایشگاه‌های تخصصی در سطح شهر و لزوم مراجعه بیماران به خارج از شهرستان (مانند برخی از آزمایشات تخصصی مربوط به غربالگری)
۱۹. نبود درمانگاه سرپایی در بیمارستان
۲۰. کمبود تجهیزات و داروهای مورد نیاز
۲۱. روند کاهشی انگیزه کارکنان به دلیل مسایل اقتصادی و نظام حقوق و دستمزد
۲۲. پایین بودن تعرفه بخش داخلی
۲۳. کمبود نیروی داروساز
۲۴. کاهش جذب نیروی متخصص پرستار
۲۵. کاهش تعداد متخصصین نسبت به سال‌های قبل
۲۶. نبود بیمارستان خصوصی قوی و قابل رقابت در سطح شهرستان
۲۷. پرداخت‌های بالای مجتمع مس سرچشمه و لذا استعفای تعدادی از کارکنان از بیمارستان و شروع به کار در آن مجتمع

ماتریس ارزیابی عوامل داخلی (بر مبنای مهمترین نقاط قوت و ضعف)

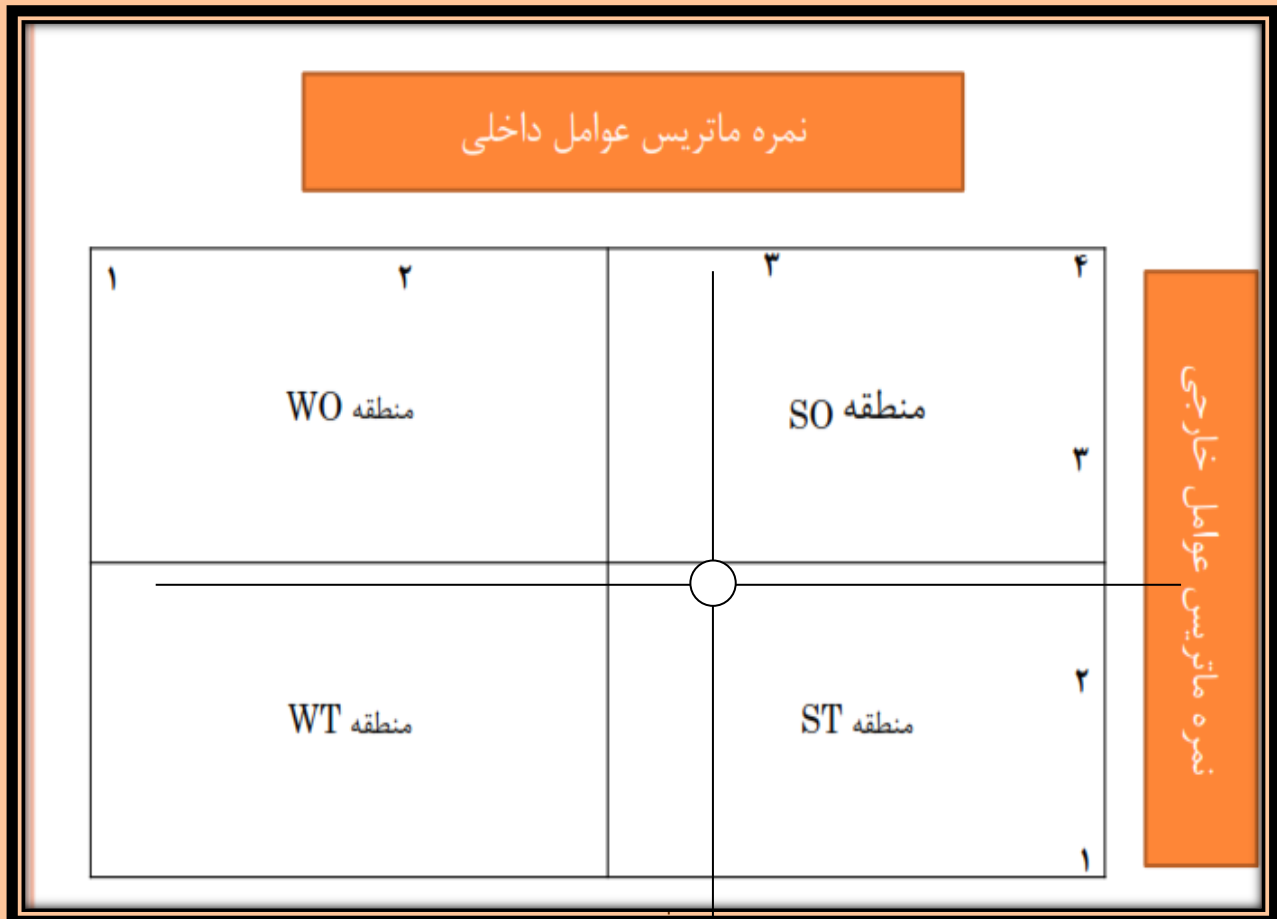
گروه	ردیف	عامل	ضریب (۰/۱۰۰)	امتیاز	نتیجه
نقاط قوت	۱	تطابق شرایط احراز در همه پست‌های کلیدی با به کار گمارده شدگان	۴	۳	۰/۱۲
	۲	فعال بودن کمیته‌های بیمارستان	۶	۳	۰/۱۸
	۳	جنرال بودن بیمارستان	۵	۳	۰/۱۵
	۴	روند رو به رشد مسایل رفاهی	۵	۳	۰/۱۵
	۵	وجود واحدها و تجهیزات تشخیصی به روز در بیمارستان (آزمایشگاه، تصویربرداری و ...)	۷	۴	۰/۲۸
	۶	وجود کادر تخصصی نسبتا کافی و به روز و کارآمد	۷	۳	۰/۲۱
	۷	ارایه خدماتی که در بسیاری از مراکز استان‌ها نیز در دسترس نیست	۶	۴	۰/۲۴
	۸	فضا و محوطه مناسب برای توسعه آتی	۳	۴	۰/۱۲
	۹	وجود تیم مدیریتی با سابقه مدیریتی مناسب	۴	۴	۰/۱۶
نقاط ضعف	۱	پایین بودن انگیزه، رضایت و احساس عدم امنیت در برخی از کارکنان به دلیل نداشتن شغل سازمانی	۴	۲	۰/۰۸
	۲	وجود عوامل زیان آور محیطی (شناسایی شده/ اقدام نشده)	۶	۲	۰/۱۲
	۳	فرسودگی سیستم آب (لوله کشی) و فاضلاب (جمع‌آوری و تصفیه)	۸	۱	۰/۰۸
	۴	ارتباطات نسبتا ضعیف درون سازمانی (بی‌اطلاعی برخی از مسئولین با تصمیمات اتخاذ شده)	۴	۲	۰/۰۸
	۵	مشکلات برق بیمارستان، مانند کمبود برق اضطراری	۶	۲	۰/۱۲
	۶	مستهلك بودن برخی از تجهیزات کلیدی بیمارستان	۵	۲	۰/۱۰
	۷	تهویه و هواسازها	۸	۲	۰/۱۶
	۸	فضای کاری و امکانات اداری نسبتا ضعیف در بسیاری از واحدها	۴	۲	۰/۰۸
	۹	کمبود بعضی از تجهیزات تشخیصی و مراقبتی مانند برخی از دستگاه-های پرتابل	۳	۲	۰/۰۶
	۱۰	عدم تطبیق مسئولیت‌ها با وظایف و اختیارات در برخی از مشاغل خصوصا پرستاری	۵	۲	۰/۱۰
	جمع نتیجه :		۱		۲/۷۹

ماتریس ارزیابی عوامل خارجی

گروه	ردیف	عامل	ضریب (۰/۱۰۰)	امتیاز	نتیجه
فرصت‌ها	۱	وجود تعداد مناسبی از مراکز تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی و ...) در سطح شهر	۸	۴	۰/۳۲
	۲	بالا رفتن هزینه‌های عمومی خانوار و تمایل به استفاده بیشتر از خدمات بخش دولتی	۳	۳	۰/۰۹
	۳	وجود شبکه نسبتاً مناسب آمبولانس و تسریع در انتقال بیمار	۳	۳	۰/۰۹
	۴	همکاری مناسب دانشگاه و حمایت از بیمارستان	۵	۳	۰/۱۵
	۵	اجرای طرح بیمه همگانی	۳	۳	۰/۰۹
	۶	وجود پیمانکاران نسبتاً قوی، کاربرد و همکاری آنها با بیمارستان	۳	۳	۰/۰۹
	۷	موقعیت جغرافیایی و دسترسی آسان از منطق همجوار	۳	۳	۰/۰۹
	۸	وجود دستیار در رشته‌های پایه (داخلی، اطفال)	۴	۳	۰/۱۲
تهدیدها	۱	مهاجر پذیر بودن شهرستان و وجود اتباع بیگانه	۸	۲	۰/۱۶
	۲	مشکلات در تامین اقلام مصرفی، دارویی و تجهیزات پزشکی	۵	۲	۰/۱۰
	۳	کاهش تعداد متخصصین نسبت به سال‌های قبل	۶	۲	۰/۱۲
	۴	تاثیر منفی نرخ تورم بر اجرای برنامه‌ها	۹	۱	۰/۰۹
	۵	تمایل نسبتاً پایین پزشکان متخصص به ماندگاری در شهرستان	۳	۲	۰/۰۶
	۶	تاخیر در پرداخت‌های دولتی و بیمه‌ای	۶	۱	۰/۰۶
	۷	انعکاس اخبار و مسایل غیر واقعی در سطح جامعه (بد آوازه بودن)	۶	۲	۰/۱۲
	۸	تمایل مردم به استفاده از خدمات بیمارستان‌های یزد و کرمان	۳	۲	۰/۰۶
	۹	قدمت و فرسودگی بیمارستان	۳	۲	۰/۰۶
	۱۰	عدم تناسب اعتبارات تخصیصی به بیمارستان با برنامه‌ها و نیازهای جاری	۷	۱	۰/۰۷
جمع نتیجه :			۱		۲/۰۸

ماتریس ارزیابی توام عوامل داخلی و خارجی و موقعیت سازمان

ماتریس ارزیابی توام عوامل داخلی و خارجی و موقعیت بیمارستان



با توجه به ماتریس ارزیابی توام عوامل داخلی و خارجی (با نمرات ۲/۷۹ برای عوامل داخلی و ۲/۰۸ برای عوامل خارجی)، مشخص می‌شود که بیمارستان در موقعیت خانه شماره ۳ (منطقه ST) قرار داشته و **بنابراین، استراتژی‌هایی از انواع تنوع، تمرکز و ثبات، در حال حاضر برای بیمارستان مناسب هستند.** همچنین مقایسه موقعیت بیمارستان در پایان سال ۱۴۰۲ با پایان سال ۱۳۹۹ نشان می‌دهد که موقعیت بیمارستان در هم در بعد عوامل داخلی (تقویت نقاط قوت و حذف یا بهبود نقاط ضعف) و هم در بعد عوامل خارجی بدتر شده است (بهره‌برداری کمتر از فرصت‌ها در برابر افزایش بیشتر تهدیدات). یعنی، بیمارستان در معرض هجوم انواع مختلفی از نقاط ضعف و تهدید می‌باشد.

اهداف استراتژیک

با توجه به بیانیه ماموریت، چشم انداز، ارزش ها و عوامل داخلی و خارجی، و جمع بندی مسایل استراتژی، کمیته برنامه ریزی استراتژیک بیمارستان از طریق همفکری و بارش افکار، اهداف استراتژیک (GOALS) بیمارستان را به شرح ذیل تعیین کرده است:

G۱: ارتقای مطلوبیت خدمات تشخیصی و درمانی (افزایش رضایت مراجعه کنندگان)

G۲: ارتقای کمی و کیفی (کارایی و اثربخشی) نظام برنامه ریزی، اجرا و نظارت بر منابع و دارایی ها، با هدف ارتقای بهره وری آنها

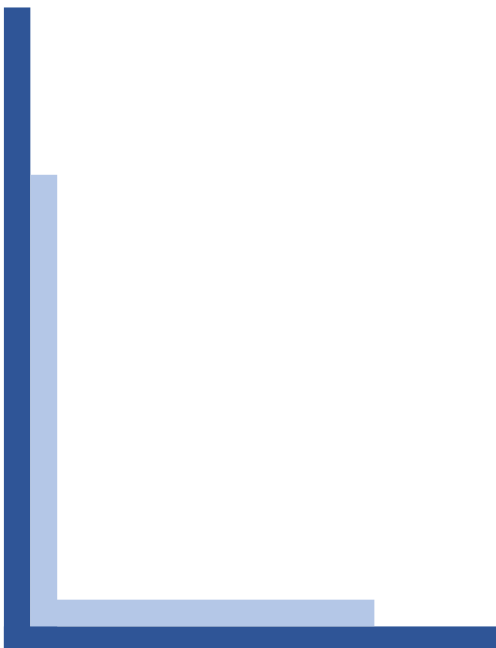
G۳: اهتمام به موضوعات الگوی اعتباربخشی به عنوان یک راهنمای تعالی سازمانی

G۴: بهبود ایمنی بیمار

G۵: تنوع بخشی و تقویت منابع درآمدی بیمارستان خصوصا با استفاده از دارایی های موجود

استراتژی‌های بیمارستان

- ۱- مدیریت بهینه دارایی‌ها و منابع موجود با تاکید بر افزایش بهره‌وری و کسب درآمد
- ۲- توانمندسازی نیروی انسانی (توسعه مهارت‌ها، نظام شایستگی)
- ۳- تنوع بخشی به درآمدهای بیمارستان و دستیابی به منابع پایدار
- ۴- بهبود مستمر ایمنی بیمار
- ۵- توسعه فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی با اهداف درآمدسازی از یک طرف و توانمندسازی کارکنان از سوی دیگر
- ۶- توسعه نظام مشارکت‌ها (با اولویت ذی‌نفعان)، برای دستیابی به منابع بیشتر و کاهش هزینه‌ها



برنامه‌های عملیاتی تعیین شده برای سه سال ۱۴۰۴ و بعد از آن

برنامه‌های عملیاتی به صورت سالانه تعیین می‌گردند. چارچوب کلی این برنامه‌ها، همان اهداف کلان و استراتژی‌های سازمان می‌باشد. اما انتخاب برنامه‌ها در هر سال، با توجه به وضعیت پیشرفت برنامه‌های سال قبل از یک سو، اویتهای بیمارستان (نیازهای جدید) و امکانات قابل دسترسی بیمارستان از سوی دیگر، می‌باشد. مهمترین برنامه‌های عملیاتی بیمارستان که برای سال ۱۴۰۴ تعیین شده‌اند، شامل ۶۶ برنامه عملیاتی می‌باشد که در جداول پیوست معرفی شده‌اند. در ارتباط با برنامه‌های عملیاتی، توجه به نکات ذیل ضروری است:

۱- این برنامه‌ها مهمترین اولویتهای بیمارستان را با توجه به شرایط موجود (از جمله منابع و امکانات در اختیار) نشان می‌دهند. بدیهی است برنامه‌های زیادی می‌توان تعیین و تعریف کرد که به هر دلیل ممکن، فعلا در اولویت اصلی بیمارستان قرار ندارند.

۲- این برنامه‌ها با توجه به چالش‌ها و فرصت‌های موجود بیمارستان و در چارچوب اهداف آتی تعیین شده‌اند. بنابراین، مشکلات موجودی که زمینه آنها در آینده حذف خواهد شد، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند.

جدول تعداد برنامه‌های عملیاتی برای هر هدف استراتژیک

کد	هدف استراتژیک	تعداد برنامه عملیاتی تعریف شده
G۱	ارتقای مطلوبیت خدمات تشخیصی و درمانی (افزایش رضایت مراجعه کنندگان)	۲۵
G۲	ارتقای کمی و کیفی (کارایی و اثربخشی) نظام برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر منابع و دارایی‌ها، با هدف ارتقای بهره‌وری آنها	۱۱
G۳	اهتمام به موضوعات الگوی اعتباربخشی به عنوان یک راهنمای تعالی سازمانی	۶
G۴	بهبود ایمنی بیمار	۵
G۵	تنوع بخشی و تقویت منابع درآمدی بیمارستان خصوصا با استفاده از دارایی‌های موجود	۱۹

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه‌های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): ارتقای کمی و کیفی (کارایی و اثربخشی) نظام برنامه ریزی، اجرا و نظارت بر منابع و دارایی ها با هدف ارتقای بهره وری آنها (G۲) هدف اختصاصی: بهینه‌سازی انبار دارویی و کنترل آن بر اساس چک لیست به میزان حداقل ۵۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۴ رویکرد/ استراتژی: مدیریت بهینه دارایی‌ها و منابع موجود با تاکید بر افزایش بهره‌وری شاخص پایش نهایی: درصد پیشرفت برنامه سال ۱۴۰۴								
کد برنامه	برنامه عملیاتی	مسئول	تاریخ برنامه‌ریزی شده		اعتبار (ر.م)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه
P۱	انبار گردانی و ممیزی انبار دارویی (شمارش، تعیین راکد ...)	مسئول انبار دارویی	۲/۱	۲/۳۱	۳۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۲	بررسی و مستندسازی فرایند موجود (ثبت سفارش و ...)	مسئول فنی داروخانه	۲/۱	۲/۳۱	۳۰۰	سند فرایندی	تاریخ اتمام برنامه	
P۳	طبقه‌بندی داروها در انبار دارویی (بر اساس اهمیت و هزینه)	مسئول فنی داروخانه	۳/۱	۴/۳۱	۳۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۴	تعیین سطح ایمن/ بهینه موجودی انبار دارویی و نقطه سفارش	مسئول تدارکات دارویی	۴/۱	۶/۳۱	۳۰۰	مستندات	تعیین سطح داروهای مهم و هزینه بالا	
P۵	بهبود فرایند انبار دارویی (سیستم FIFO، حذف داروهای راکد و ...)	مسئول بهبود کیفیت	۶/۱	۷/۳۰	۲۰۰	سند فرایندی	سیستم FIFO در سال جاری	
توضیحات ضروری: ۱- هدف تعیین شده برای سال ۱۴۰۴، به صورت پیشرفت برنامه حداقل به میزان ۵۰ درصد می‌باشد. برای سال‌های بعد، این شاخص به شاخص‌های عملکردی مانند میزان کاهش هزینه‌ها و کاهش خطاهای دارویی، تغییر خواهد کرد. ۲- در تعیین سطح بهینه موجودی (برنامه شماره ۴)، در سال جاری سطح بهینه و نقطه سفارش فقط برای داروهای مهم و هزینه بالا، تعیین شده و سال داروها، برای سال ۱۴۰۵ برنامه‌ریزی شده است. ۳- برنامه عملیاتی شماره ۵ (بهبود فرایند انبار دارویی)، در سال جاری فقط شامل استقرار سیستم FIFO بوده و سایر اقدامات برای سال ۱۴۰۵ برنامه ریزی خواهد شد.								
تهیه کننده:				تایید کننده:				

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه‌های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): بهبود ایمنی بیمار (G۴) هدف اختصاصی: استقرار نظام ثبت و گزارش دهی خطاهای پزشکی به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه رویکرد/ استراتژی: بهبود مستمر در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی شاخص پایش نهایی : درصد پیشرفت اجرای برنامه تا پایان سال ۱۴۰۴								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه‌ریزی شده		اعتبار (م.ر)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه
P۶	طراحی ساختار نظام گزارش دهی خطاها	کارشناس ایمنی بیمار	۱/۱۶	۱/۳۱	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۷	تعیین انواع و طبقه‌بندی خطاهای پزشکی (دارویی، تشخیصی، جراحی و ...)	کارشناس ایمنی بیمار	۲/۱	۳/۱۵	۲۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۸	ایجاد سیستم ثبت خطاهای پزشکی (پلتفرم الکترونیکی/ فرم‌ها و ...)	مسئول IT	۳/۱	۳/۳۱	۳۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۹	فرهنگ‌سازی و آموزش سیستم خطاهای پزشکی برای همه کارکنان مرتبط	کارشناس ایمنی بیمار	۳/۱	۴/۳۱	۳۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۱۰	تحلیل ریشه ای فرایند و پاسخ به خطاهای پزشکی	کارشناس ایمنی بیمار	۳/۱۵	۴/۳۱	۳۰۰	سند فرایندی	تاریخ اتمام برنامه	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:			تایید کننده:					

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): تنوع بخشی و تقویت منابع درآمدی بیمارستان با استفاده از دارایی های موجود (G ^o) هدف اختصاصی: کاهش مصرف حامل های انرژی به میزان ۱۵٪ تا پایان سال ۱۴۰۴ رویکرد/ استراتژی: مدیریت بهینه دارایی ها و منابع موجود با تاکید بر کاهش هزینه و افزایش بهره وری شاخص پایش نهایی: درصد میزان مصرف برق و گاز در سال ۱۴۰۴								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه ریزی شده		اعتبار (ر.م)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه
P۱۱	انجام ممیزی اولیه انرژی (بررسی قبوض، نشتی ها و ...)	مسئول خدمات پشتیبانی	۲/۱	۲/۳۱	۲۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۱۲	بررسی و شناسایی تجهیزات و تاسیسات پر مصرف	مسئول تاسیسات	۲/۱	۲/۳۱	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۱۳	مدیریت تجهیزات پر مصرف (گرمایش، تهویه و ...)	مسئول تاسیسات	۳/۱	۱۲/۲۹	۲۵۰۰	مستندات	۱۰۰٪ کولرها و تهویه	
P۱۴	بررسی و شناسایی نقاط اتلاف انرژی در مبدا، مسیر و مقصد	مسئول تاسیسات	۳/۱	۴/۳۱	۴۰۰	مستندات	حداقل ۵۰ مورد	
P۱۵	فرهنگ سازی و آموزش پرسنل برای کاهش مصرف انرژی	مسئول بهبود کیفیت	۳/۱	۴/۱۵	۳۰۰	مستندات آموزش	تاریخ اتمام برنامه	
P۱۶	استفاده از تجهیزات دیداری، هشداری و خود کار مصرف انرژی	مسئول خدمات پشتیبانی	۴/۱	۵/۳۱	۴۰۰	سوابق عینی	حداقل ۵۰ مورد	
P۱۷	استفاده از تجهیزات کم مصرف انرژی	مسئول خدمات پشتیبانی	۴/۱	۱۲/۲۹	۲۵۰۰	سوابق عینی	حداقل ۱۵۰ مورد	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:				تایید کننده:				

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه‌های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): تنوع بخشی و تقویت منابع درآمدی بیمارستان با استفاده از دارایی های موجود (G ^۵) هدف اختصاصی: کاهش ۲۰ درصدی در هزینه‌ها به نرخ ثابت سال ۱۴۰۳، تا پایان سال ۱۴۰۴ در مقایسه با مقادیر متناظر سال ۱۴۰۳ رویکرد/ استراتژی: مدیریت بهینه دارایی‌ها و منابع موجود با تاکید بر کاهش هزینه و افزایش بهره‌وری شاخص پایش نهایی: درصد هزینه لوازم مصرفی در سال ۱۴۰۴								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه‌ریزی شده		اعتبار (م.ر)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه
P۱۸	بررسی و تحلیل وضعیت مصرف لوازم مصرفی (شناسایی اتلاف)	مسئول تدارکات	۲/۱	۲/۳۱	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۱۹	بررسی فرایند (خرید، انبارش، تقاضا، تحویل، مصرف و ..) لوازم مصرفی	مسئول تدارکات	۲/۱	۲/۳۱	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۲۰	شناسایی اقلام مصرفی و طبقه‌بندی آنها بر اساس اهمیت و هزینه	مسئول حسابداری	۳/۱	۳/۳۱	۲۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۲۱	بهینه‌سازی سیستم سفارش و توزیع اقلام مصرفی بر اساس طبقه‌بندی	مسئول تدارکات	۴/۱	۴/۳۱	۳۰۰	مستندات	حداقل ۴ بهبود	
P۲۲	تدوین و استاندارد سازی پروتکل مصرف اقلام مصرفی	مسئول بهبود کیفیت	۵/۱	۶/۳۱	۵۰۰	سند پروتکل	تاریخ اتمام برنامه	
P۲۳	آموزش، فرهنگ‌سازی و جذب مشارکت کارکنان مرتبط با اقلام مصرفی	مسئول بهبود کیفیت	۵/۱	۶/۳۱	۳۰۰	مستندات آموزش	تاریخ اتمام برنامه	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:			تایید کننده:					

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): ارتقای کمی و کیفی (کارایی و اثربخشی) نظام برنامه ریزی ،اجرا و نظارت بر منابع و دارایی ها با هدف ارتقای بهره وری آنها (G۲) هدف اختصاصی: کاهش میزان کسورات بیمه ای به میزان حداقل ۷۵ درصد تا پایان سال ۱۴۰۴ (در مقایسه با مقدار متناظر سال ۱۴۰۳) رویکرد/ استراتژی: ۱- توسعه نظام مشارکت ها برای دستیابی به منابع بیشتر و کاهش هزینه ها ۲- بهبود مستمر شاخص پایش نهایی: درصد میزان کسورات بیمه ای در سال ۱۴۰۴								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه ریزی شده		اعتبار (م.ر)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			تاریخ	نتیجه
P۲۴	شناسایی و طبقه بندی دلایل اصلی کسورات بیمه ای	مسئول ترخیص	۲/۱	۲/۳۱	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۲۵	تحلیل آماری کسورات بیمه ای (خطاهای فرایندی، سیستمی و ..)	مسئول ترخیص	۲/۱	۳/۱۵	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۲۶	ایجاد سیستم بازبینی مدارک قبل از ارسال به بیمه	مسئول ترخیص	۳/۱	۳/۳۱	۳۰۰	سوابق عینی	تاریخ اتمام برنامه	
P۲۷	آموزش تیم درمانی و اجرایی (دقت، محدودیت، روش و) در ارتباط با دستورالعمل های بیمه	مسئول ترخیص	۴/۱	۴/۳۱	۳۰۰	مستندات آموزش	۳۰۰ نفر.ساعت	
P۲۸	اصلاح پروتکل های درمانی برای تطابق با دستورالعمل بیمه	مسئول ترخیص	۵/۱	۶/۳۱	۵۰۰	سوابق	۱۰۰٪ پروتکلها	
P۲۹	برگزاری جلسات مستمر با بیمه / استفاده از رابط مقیم	مسئول ترخیص	۵/۱	۱۲/۲۹	۵۰۰	سوابق	حداقل ۱ جلسه ماهانه	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:				تایید کننده:				

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه‌های عملیاتی		سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:					
هدف کلی (کلان): تنوع بخشی و تقویت منابع درآمدی بیمارستان با استفاده از دارایی های موجود (G^۵) هدف اختصاصی: توسعه و فعال سازی بخشها و فعالیت‌های درآمدزا در بیمارستان به نحوی که حداقل ۶ درصد از درآمد بیمارستان از محل این فعالیتها تامین گردد. رویکرد/ استراتژی: توسعه نظام مشارکت‌ها برای دستیابی به منابع بیشتر و کاهش هزینه‌ها شاخص پایش نهایی: درصد درآمد بیمارستان از محل توسعه و فعال سازی بخشها و فعالیت های درآمدزای جدید									
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه‌ریزی شده		اعتبار (ر.م)	ابزار پایش	پایش		
			شروع	پایان			شاخص	تاریخ	نتیجه
P۳۰	شناسایی فرصت‌های درآمدزایی (ظرفیت موجود، جدید و ...)	معاون پشتیبانی	۲/۱	۲/۳۱	—	مستندات	حداقل ۲۰ فرصت		
P۳۱	توسعه خدمات ویژه (اتاق و خدمات اختصاصی)	معاون پشتیبانی	۲/۱	۳/۳۱	۳۰۰۰	سوابق عینی	حداقل ۴ خدمت		
P۳۲	همکاری با بخش خصوصی (اجاره فضا، پذیرش بیمار و ..)	معاون پشتیبانی	۳/۱	۶/۳۱	۱۰۰۰	مستندات	حداقل ۳ همکاری		
P۳۳	درآمدزایی از آموزش و پژوهش	معاون پشتیبانی	۴/۱	۱۲/۲۹	—	مستندات	حداقل ۵ طرح		
P۳۴	بازاریابی و جذب بیمار (چک آپ، معاینات دوره ای و ...)	معاون پشتیبانی	۵/۱	۱۲/۲۹	۲۰۰۰	سوابق عینی	جذب یک طرح		
P۳۵	بهینه‌سازی فرایندهای مالی	مسئول حسابداری	۵/۱	۶/۳۱	۳۰۰	سند فرایندی	تاریخ اتمام برنامه		

توضیحات ضروری:

تهیه کننده: _____ تایید کننده: _____

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه‌های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): ارتقای مطلوبیت خدمات تشخیصی و درمانی (G ^۱) هدف اختصاصی: آموزش/ بازآموزی کارکنان درمانی در حوزه کنترل عفونت به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۴ رویکرد/ استراتژی: توانمندسازی نیروی انسانی (توسعه مهارت‌ها) شاخص پایش برنامه: درصد کارکنان درمانی آموزش دیده در حوزه کنترل عفونت								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه‌ریزی شده		اعتبار (م.ر)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه
P۳۶	تدوین/ تهیه/ بازنگری استانداردهای آموزشی در حوزه عفونت	کارشناس کنترل عفونت	۲/۱	۳/۱۵	۳۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۳۷	گروه‌بندی کارکنان درمانی بر اساس سطح درگیری در حوزه عفونت	کارشناس کنترل عفونت	۳/۱۶	۳/۳۱	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۳۸	تعیین استانداردهای آموزشی هر گروه درمانی در حوزه عفونت	سوپروایزر آموزشی	۴/۱	۴/۱۵	۳۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۳۹	تعیین مدرس/ روش آموزش و بازآموزی در حوزه عفونت	سوپروایزر آموزشی	۴/۱	۴/۱۵	۲۰۰	مستندات	حداقل ۵ مدرس	
P۴۰	تعیین و آماده‌سازی محل و ملزومات آموزش در حوزه عفونت	سوپروایزر آموزشی	۴/۱۶	۴/۳۱	۵۰۰	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۴۱	اجرای برنامه آموزش در حوزه عفونت	سوپروایزر آموزشی	۵/۱	۹/۳۰	۴۰۰۰	سوابق	حداقل ۵۰۰ نفر.ساعت	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:			تایید کننده:					

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:			
هدف کلی (کلان): ارتقای مطلوبیت خدمات تشخیصی و درمانی (افزایش رضایت مراجعه کنندگان) (G ^۱) هدف اختصاصی: افزایش رضایت بیماران و مراجعه کنندگان به میزان حداقل ۲۵ درصد در سال ۱۴۰۴ رویکرد/ استراتژی: بهبود مستمر در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و ایمنی بیمار شاخص پایش برنامه: درصد میزان رضایتمندی بیماران در سال ۱۴۰۴									
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه ریزی شده		اعتبار (ر.م)	ابزار پایش	پایش		
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه	
P ۴۲	تعیین و تعریف ساختار (فرم/ دستورالعمل و ...)	رضایت سنجی	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱	۲/۱۵	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P ۴۳	طراحی فرم رضایت سنجی		مسئول بهبود کیفیت	۲/۱۶	۲/۳۱	—	فرم	تاریخ اتمام برنامه	
P ۴۴	آموزش کارکنان/ مسئولین انجام رضایت سنجی		مسئول بهبود کیفیت	۳/۱	۳/۳۱	۳۰۰	مستندات آموزش	حداقل ۱۰۰ نفر ساعت	
P ۴۵	اجرای رضایت سنجی به صورت مستمر		کارشناس گیرنده خدمت	۴/۱	۱۲/۲۹	—	مستندات	یک نوبت در ماه	
P ۴۶	پایش مستمر ماهانه رضایتمندی و تحلیل آن		مسئول بهبود کیفیت	۵/۱	۱۲/۲۹	۳۰۰	مستندات	حداقل ۴٪ بهبود ماهانه	
توضیحات ضروری:									
تهیه کننده:					تایید کننده:				

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): ارتقای مطلوبیت خدمات تشخیصی و درمانی (افزایش رضایت مراجعه کنندگان) (G ^۱) هدف اختصاصی: پیگیری شکایات بیماران به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۴ رویکرد/ استراتژی: بهبود مستمر در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و ایمنی بیمار شاخص پایش برنامه: درصد شکایات پیگیری شده در سال ۱۴۰۴								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه ریزی شده		اعتبار (م.ر)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه
P۴۷	طبقه بندی شکایات و کدبندی آنها (رفتاری، درمانی و ...)	مسئول رسیدگی به شکایات	۱/۱۶	۲/۱۵	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۴۸	تعریف ساختار اجرای (فرم ثبت، روند بررسی، پاسخ و ... پیگیری شکایات	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱۶	۳/۳۱	—	مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۴۹	مستندسازی کامل فرایند پیگیری شکایات از ابتدا تا انتها	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱۶	۳/۳۱	۲۰۰	سند فرایند	تاریخ اتمام برنامه	
P۵۰	آموزش کارکنان در خصوص نحوه دریافت شکایت	مسئول گیرنده خدمت	۳/۱	۴/۳۱	۴۰۰	مستندات آموزش	۲۵۰ نفر.ساعت	
P۵۱	ایجاد ساز و کار پیگیری شکایات در بیمارستان (اطلاع رسانی و ...)	مسئول رسیدگی به شکایات	۳/۱	۴/۳۱	۴۰۰	سوابق	حداقل ۱۰ اقدام	
P۵۲	تجربه و تحلیل ماهانه نتایج پیگیری شکایات و پاسخگویی	مسئول بهبود کیفیت	۴/۱	۱۲/۲۹	—	مستندات	ماهانه حداقل ۱ جلسه	
P۵۳	ایجاد داشبور مدیریتی روند شکایات	مسئول IT	۴/۱	۱۲/۲۹	۸۰۰	نتایج حاصله	تاریخ ایجاد داشبورد	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:				تایید کننده:				

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه های عملیاتی			سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:			
هدف کلی (کلان): اهتمام به موضوعات الگوی اعتبار بخشی به عنوان یک راهنمای تعالی سازمانی (G۳) هدف اختصاصی: رفع مشاهدات منفی ثبت شده در گزارش ارزیابی سال ۱۴۰۲ به میزان ۸۰ درصد تا سال ۱۴۰۴ رویکرد/ استراتژی: ۱- بهبود مستمر ایمنی بیمار ۲- توانمندسازی نیروی انسانی (توسعه مهارت ها) شاخص پایش برنامه: درصد کاهش مشاهدات منفی در ارزیابی								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه ریزی شده		اعتبار (ر.م)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			پایش	نتیجه
p۵۴	مطالعه، بررسی و تعیین مشاهدات منفی گزارش اعتباربخشی ۱۴۰۲	مسئول بهبود کیفیت	۱/۱۵	۱/۳۱		سوابق	تاریخ اتمام برنامه	
p۵۵	مطالعه و بررسی الگوی اعتباربخشی (نسل پنجم)	مسئول بهبود کیفیت	۱/۱۵	۱/۳۱		سوابق	حداقل ۲۵۰ نفر.ساعت	
p۵۶	تقسیم بندی مشاهدات منفی گزارش ۱۴۰۲ بر حسب مسئولیت همکاران	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱	۲/۱۰		صور تجلسه	تاریخ اتمام برنامه	
p۵۷	تعیین اقدامات اصلاحی / اجرایی متناسب با مشاهدات منفی	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱	۲/۱۰		مستندات	حداقل برای ۸۰٪	
p۵۸	تعیین برنامه آموزش برای آشنایی بخش ها با الگوی اعتبار بخشی	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱۱	۲/۳۱		مستندات	پوشش ۱۰۰٪ الگو	
p۵۹	اجرای اقدامات اصلاحی برای برطرف کردن موارد اشکال در گزارش ۱۴۰۲	مسئول بهبود کیفیت	۲/۲۰	۳/۱۵		سوابق	برای همه اقدامات تعیین شده	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:					تایید کننده:			

بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان		فرم تعریف برنامه های عملیاتی				سال هدف: ۱۴۰۴ کد سند:		
هدف کلی (کلان): ارتقای مطلوبیت خدمات تشخیصی و درمانی (G ^۱) هدف اختصاصی: افزایش کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی در اورژانس به میزان ۳۰ درصد در سال ۱۴۰۴ بر اساس چک لیست رویکرد/ استراتژی: ۱- بهبود مستمر در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و ایمنی بیمار ۲- مدیریت بهینه دارایی ها و منابع شاخص پایش برنامه: درصد پیشرفت برنامه در سال ۱۴۰۴								
کد برنامه	نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ برنامه ریزی شده		اعتبار (ر.م)	ابزار پایش	پایش	
			شروع	پایان			شاخص	نتیجه
P۶۰	تعیین تیم ارزیابی، پایش و بهبود بخش اورژانس	مسئول بهبود کیفیت	۱/۱۵	۱/۳۱		صورتحجلسه	تاریخ اتمام برنامه	
P۶۱	تعیین و تعریف ساختار (چک لیست / فرم / دستورالعمل)	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱	۲/۱۵		مستندات	تاریخ اتمام برنامه	
P۶۲	طراحی چک لیست ارزیابی اورژانس	مسئول بهبود کیفیت	۲/۱۶	۲/۳۱		فرم	تاریخ اتمام برنامه	
P۶۳	آموزش کارکنان / مسئولین ارزیابی اورژانس	مسئول بهبود کیفیت	۳/۱	۳/۳۱		مستندات آموزش	حداقل ۲۵۰ نفر.ساعت	
P۶۴	ارزیابی ماهانه اورژانس	مسئول بهبود کیفیت	۴/۱	۱۲/۲۹		مستندات	ماهانه ۱ ارزیابی	
P۶۵	پایش ماهانه نتایج ارزیابی اورژانس	مسئول بهبود کیفیت	۴/۱	۱۲/۲۹		مستندات	تحلیل ماهانه	
P۶۶	تعیین اقدامات اصلاحی برای بهبود وضعیت اورژانس	مسئول بهبود کیفیت	۵/۱۶	۱۲/۲۹		مستندات	حداقل ۵ اقدام در هر دوره	
توضیحات ضروری:								
تهیه کننده:				تایید کننده:				

