



برنامه عملیاتی

بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س) ساری

سال ۱۳۹۶

اعضاء تیم برنامه نویسی عملیاتی بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س) ساری

| ردیف | نام و نام خانوادگی | سمت | امضاء |
|------|-----------------------|-----------------------------------|-------|
| 1 | دکتر ابوالقاسم فلاح | رئیس بیمارستان | |
| 2 | دکتر بابک باقری | معاون آموزشی و پژوهشی بیمارستان | |
| 3 | دکتر مجید یونس زاده | معاون توسعه بیمارستان | |
| 4 | دکتر شروین ضیاء بخش | رئیس بخش جراحی قلب | |
| 5 | دکتر محمدرضا حبیبی | مدیر گروه بیهوشی و ریاست بخش ICU1 | |
| 6 | دکتر علی اصغر فرسویان | رئیس بخش اورژانس بیمارستان | |
| 7 | دکتر منیژه دربهبشتی | رئیس واحد رادیولوژی بیمارستان | |
| 8 | دکتر مریم نباتی | رئیس بخش CCU8 | |
| 9 | دکتر سهیل عزیزی | رئیس واحد آزمایشگاه | |
| 10 | دکتروالی اله حبیبی | رئیس اتاق عمل بیمارستان | |

| | | | | |
|--|------------------------|-----------|--------------|----|
| | رییس بخش قلب | فتاحیان | دکتر علیرضا | 11 |
| | مدیر اجرایی بیمارستان | فردوسی | محمد | 12 |
| | مدیر خدمات پرستاری | فضلی | زربانو | 13 |
| | مدیر دفتر بهبود کیفیت | صادق زاده | سید صالح | 14 |
| | مسئول امور مالی | قاسمی | احمد | 15 |
| | مسئول بهبود کیفیت | گزی | شهربانو | 16 |
| | مسئول امور اداری | عمادی | شهین السادات | 17 |
| | دبیر تیم مدیریت اجرایی | شبستان | کریمه | 18 |
| | مسئول روابط عمومی | موسوی | سید حسن | 19 |
| | سوپروایزر آموزشی | رستگاریا | نجیبه | 20 |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | |
|----------|---|--|----------------------|--|----------------------------------|------------------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | G1O1 : ارتقاء ایمنی بیمار با حفظ استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار به میزان ۱۰۰٪ تا پایان ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | G1O1S1 : آموزش استانداردهای الزامی بیمارستان دوستدار ایمنی با تأکید بر حفظ اطلاعات کارکنان و پزشکان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | گروه بندی پرسنل بیمارستان جهت آموزش (تعیین گروه های هدف) | فروردین | پایان فروردین | کلیه کارکنان | کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۲ | برنامه ریزی برای برگزاری کلاس | فروردین | پایان فروردین | کلیه کارکنان | کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۴ | اطلاع رسانی به کارکنان جهت شرکت در کلاس | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه کارکنان | رابطین ایمنی | مستندات | - | | |
| ۵ | تهیه سوالات Post Test | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه کارکنان | کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۶ | تایپ و تکثیر سوالات آزمون | اربیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه کارکنان | کارشناس ایمنی | مستندات | ۳۰۰۰۰۰ | | |
| ۷ | برگزاری کلاس و انجام Post Test | از خرداد | تا پایان برنامه دوره | پرسنل طبق لیست تعیین شده | کارشناس ایمنی - سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۸ | اقدامات مداخله ای بر اساس نتایج | بعد از برگزاری دوره | تا پایان سال | پرسنل شرکت کننده | کارشناس ایمنی - سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| | | عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | |
| | | میزان کارکنان آموزش دیده در خصوص استانداردهای الزامی | | $\frac{\text{تعداد کارکنان آموزش دیده}}{\text{تعداد کل کارکنان}} \times 100$ | | ۱۰۰٪ | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | |
|----------|---|--------------|--------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | G1O1 : ارتقاء ایمنی بیمار با حفظ استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار به میزان ۱۰۰٪ تا پایان ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | G1O1S2 : اجرای برنامه توسعه استانداردهای حاکمیت و رهبری برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱. | تشکیل جلسات برای تدوین برنامه عملیاتی ایمنی بیمار | فروردین | پایان فروردین | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۲. | ثبت و بایگانی صورتهای برنامه ریزی ایمنی بیمار | فروردین | بعد از تشکیل جلسات | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۳. | تایپ برنامه عملیاتی ایمنی بیمار | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۴. | تایید برنامه عملیاتی ایمنی بیمار در تیم مدیریتی | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۵. | در اختیار بخش ها و واحدهای درمانی قرار دادن از طریق اتوماسیون | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۶. | پایش انجام برنامه عملیاتی ایمنی بیمار بصورت فصلی | پایان هر فصل | پایان اسفند | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۷. | تجزیه و تحلیل پایش برنامه عملیاتی بصورت فصلی | پایان هر فصل | پایان اسفند | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۸. | ارائه نتایج پایش در کمیته های مرتبط | پایان هر فصل | پایان اسفند | کارگروه مدیریتی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۹. | تدوین برنامه بازدید ایمنی بیمار | فروردین | پایان فروردین | کلیمه بخش ها و واحدهای درمانی | مسئول و کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۱۰. | انجام بازدید ایمنی بیمار براساس برنامه تعیین شده | اردیبهشت | پایان اسفند | کلیمه بخش ها و واحدهای درمانی | تیم بازدید کننده | مستندات | - | | |
| ۱۱. | بازخورد گزارش بازدید به بخش ها و واحدها | اردیبهشت | پایان اسفند | کلیمه بخش ها و واحدهای درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | |
|----------|--|-------------|----------------|-------------------------|---------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | G1O1 : ارتقاء ایمنی بیمار با حفظ استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار به میزان ۱۰۰٪ تا پایان ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | G1O1S3 : نظارت بر اجرای صحیح برنامه توسعه استانداردهای مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری لیست اقدامات درمانی و تهاجمی در بیمارستان | اردیبهشت | اردیبهشت | بخش ها و واحدهای درمانی | کمیته ایمنی بیمار (بهبود کیفیت) | مستندات | | | |
| ۲ | تهیه چک لیست میزان اخذ رضایت آگاهانه | اردیبهشت | اردیبهشت | بخش ها و واحدهای درمانی | کارشناس ایمنی | مستندات | | | |
| ۳ | سنجش میزان اخذ رضایت آگاهانه در بخش براساس استانداردهای ایمنی بصورت فصلی | تیر | اسفند | بخش ها و واحدهای درمانی | کارشناس ایمنی | مستندات | | | |
| ۴ | تحلیل و بررسی پایش اخذ رضایت آگاهانه بصورت فصلی | تیر | اسفند | بخش ها و واحدهای درمانی | کارشناس ایمنی | مستندات | | | |
| ۵ | طرح در کمیته های مرتبط بصورت فصلی | تیر | اسفند | بخش ها و واحدهای درمانی | کارشناس ایمنی | مستندات | | | |
| ۶ | بازنگری دستورالعمل شناسایی و تهیه لیست بیماران فاقد دستبند شناسایی | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | بخش ها و واحدهای درمانی | مسئول و کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | | | |
| ۷ | ابلاغ دستورالعمل به بخش ها و واحدها جهت اطلاع | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | بخش ها و واحدهای درمانی | کارشناس ایمنی | مستندات | | | |
| ۸ | بازنگری خط مشی شناسایی صحیح بیمار | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | بخش ها و واحدهای درمانی | کارگروه خط مشی | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | |
|------|---|-------------|----------------|---|------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | G1O1 : ارتقاء ایمنی بیمار با حفظ استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار به میزان ۱۰۰٪ تا پایان ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | G1O1S4: نظارت بر اجرای صحیح استانداردهای خدمات بالینی ایمنی و مبتنی بر شواهد برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری خط مشی و روش های اجرایی اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی (بحرانی) | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | آزمایشگاه و بخش های درمانی | کارگروه خط مشی | مستندات | - | | |
| ۲ | بازنگری خط مشی و روش اجرایی اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران و مراقبت آنان بعد از ترخیص | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | آزمایشگاه و بخش های درمانی | کارگروه خط مشی | مستندات | - | | |
| ۳ | دریافت و نظارت برنامه پیشگیری و کنترل عفونت | خرداد | پایان خرداد | کلیه بخش های درمانی | مسئول کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۴ | بازنگری بخش های پر خطر | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه بخش های درمانی | اعضای کمیته | مستندات | - | | |
| ۵ | بازنگری خط مشی و روش اجرایی ضدعفونی و استرالیزاسیون تجهیزات با تأکید خاص بر بخش ها و واحدهای پر خطر | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | بخش CSSD | کارگروه خط مشی | مستندات | - | | |
| ۶ | کنترل راهنمای معتبر در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن در بیمارستان | خرداد | پایان خرداد | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۷ | بازنگر خط مشی و روش اجرایی تضمین دسترسی به داروهای حیاتی در تمامی ساعات شبانه روز | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه بخش های درمانی | کارگروه خط مشی | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | |
|------|---|-------------|-------------------|--|------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | G1O1 : ارتقاء ایمنی بیمار با حفظ استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار به میزان ۱۰۰٪ تا پایان ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | G1O1S5: نظارت بر اجرای صحیح برنامه توسعه استانداردهای محیط ایمن برنامه بیمارستان های دوستدار ایمن بیمار | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | نظارت بر تفکیک صحیح و کد بندی رنگی پسماند ها | خرداد | تا پایان سال | کلیه بخش های درمانی | مسئول بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۲ | بازنگری خط مشی و روش های اجرای صحیح دفع پسماند های بهداشتی درمانی | اردیبهشت | تا پایان اردیبهشت | کلیه بخش های درمانی | کارگروه خط مشی | مستندات | - | | |
| ۳ | تهیه راهنماهای خدمات بالینی منطبق بر راهنماهای بالینی سازمان جهانی بهداشت از واحد بهداشت محیط | خرداد | پایان خرداد | کلیه بخش های درمانی | مسئول بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۴ | پایش اجرای چک لیست جراحی ایمن به صورت فصلی | تیر | پایان اسفند | اتاق عمل | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۵ | تجزیه و تحلیل چک لیست جراحی ایمن بصورت فصلی | تیر | پایان اسفند | اتاق عمل | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| 6 | پیشنهاد اقدام اصلاحی و طرح درکمینه مرتبط بصورت فصلی | تیر | پایان اسفند | اتاق عمل | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
|----------|--|---|----------------|---------------------|------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | G1O2 : توسعه نظام مدیریت خطر و ایمنی بیمار از 97/3٪ فعلی به میزان 97/7٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | G1O2S1 : نظارت مستمر بر اجرای برنامه توسعه ۹ راه حل ایمنی بیمار | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری خط مشی ۹ راه حل ایمنی بیمار | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه بخش های درمانی | کارگروه خط مشی | مستندات | - | | |
| ۲ | بررسی وجود جزوات ۹ راه حل ایمنی بیمار در بخش ها و واحدها | خرداد | پایان خرداد | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| 3 | تهیه چک لیست اجرای ۹ راه حل ایمنی | خرداد | پایان خرداد | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| 4 | تایید چک لیست اجرای ۹ راه حل ایمنی | خرداد | پایان خرداد | کلیه بخش های درمانی | اعضای کمیته | مستندات | - | | |
| 5 | باز آموزی ۹ راه حل ایمنی بیمار به پرسنل درمانی | خرداد | پایان تیر | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| 6 | پایش میزان اجرای ۹ راه حل ایمنی در بخش ها | مرداد | پایان شهریور | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|---|------------------|----------------|
| میزان توسعه نظام مدیریت خطر و ایمنی بیمار | $\frac{\text{چک لیست کسب شده بر اساس چک لیست کل امتیاز چک لیست}}{100} \times 100$ | 97.7٪ | |

| هدف | | | | | | | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | |
|----------|--|-------------|----------------|---------------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | G1O2 : توسعه نظام مدیریت خطر و ایمنی بیمار از 97/3٪ فعلی به میزان 97/7٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | G1O2S2 : استفاده از شاخص ها در راستای افزایش ایمنی بیمار | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازآموزی نحوه جمع آوری شاخص ایمنی در بخش ها و واحدهای بیمارستانی | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۲ | سازماندهی جمع آوری شاخص های ایمنی بیمار | فروردین | تا پایان سال | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۳ | ارسال نتایج شاخص ها به دفتر بهبود کیفیت بیمارستان | فروردین | تا پایان سال | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۴ | تجزیه و تحلیل شاخص های ایمنی با همکاری دفتر بهبود کیفیت بصورت فصلی | تیر | پایان اسفند | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۵ | تعیین اقدام اصلاحی جهت بهبود شاخص های ایمنی فصلی | تیر | پایان اسفند | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۶ | پایش مجدد وضعیت شاخص براساس اقدامات اصلاحی انجام شده | تیر | تا پایان سال | کلیه بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | |
|----------|--|--------------|---------------|----------------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | G1O2 : توسعه نظام مدیریت خطر و ایمنی بیمار از 97/3٪ فعلی به میزان 97/7٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | G1O2S3 : توسعه نظام مدیریت خطر و پیشگیرانه FMEA جهت ایمنی بیمار | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | آموزش مبحث FMEA به پرسنل درمانی طبق برنامه زمانبندی شده | فروردین | اسفند | کلیه پرسنل | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | پیگیری انجام کالیبراسیون تجهیزات بیمارستانی | ابتدای مرداد | پایان مهر | کلیه تجهیزات پزشکی | مهندس تجهیزات | مستندات | ۳۰۰۰۰۰۰۰ | | |
| ۳ | توزیع فرم شناسایی خطرات تهدید کننده بیمار در بخش ها و واحدهای درمانی | فروردین | پایان فروردین | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۴ | شناسایی خطرات براساس شدت خطر و تکرار خطر | اردیبهشت | پایان تیر | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۵ | برنامه ریزی جهت انجام اقدامات پیشگیرانه جهت کاهش خطا | شهریور | پایان شهریور | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
|----------|---|---|-------------|----------------|------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | G1O2 : توسعه نظام مدیریت خطر و ایمنی بیمار از 97/3٪ فعلی به میزان 97/7٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | G1O2S4 : توسعه نظام مدیریت خطر و واکنشی RCA جهت ایمنی بیمار | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برگزاری کمیته مرگ و میر بصورت ماهیانه و منظم | فروردین | پایان سال | بخش های بالینی | دبیر کمیته مرگ و میر | مستندات | - | | |
| ۲ | مطرح نمودن کلیه موارد Sentinel event و پرونده های فوتی در کمیته مرگ و میر | فروردین | پایان سال | بخش های بالینی | دبیر کمیته مرگ و میر | مستندات | - | | |
| ۳ | ارجاع به کمیته RCA در صورت مشاهده هرگونه نارسایی در پرونده های بالینی بیماران | فروردین | پایان سال | بخش های بالینی | دبیر کمیته مرگ و میر | مستندات | - | | |
| ۴ | برگزاری کمیته RCA توسط دبیر کمیته RCA | فروردین | پایان سال | بخش های بالینی | دبیر کمیته مرگ و میر | مستندات | - | | |
| ۵ | ارجاع پیشنهادات کمیته RCA به کمیته مرگ و میر | فروردین | پایان سال | بخش های بالینی | دبیر کمیته مرگ و میر | مستندات | - | | |
| ۶ | ارسال RCA های انجام شده به کلیه بخش های بالینی جهت درس آموزی | فروردین | پایان سال | بخش های بالینی | دبیر کمیته مرگ و میر | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
|----------|---|---|----------------|------------------------------|---------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | G1O2 : توسعه نظام مدیریت خطر و ایمنی بیمار از 97/3٪ فعلی به میزان 97/7٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | G1O2S5 : توسعه نظام گزارش دهی خطاها و وقایع با تمرکز بر Sentinel Event | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | گروه هدف | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۲ | ارسال لیست بازنگری Sentinel Event به کلیه بخش ها و واحدها | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کارشناس ایمنی بیمار | کلیه بخش های درمانی | مستندات | - | | |
| ۲ | پیگیری آموزش در خصوص تکمیل فرم گزارش خطا در مورد Sentinel Event طبق برنامه تنظیمی | خرداد | تا پایان سال | کارشناس ایمنی بیمار | کلیه بخش های درمانی | مستندات | - | | |
| ۳ | پیگیری اجرای اقدامات در راستای افزایش گزارش دهی خطای منجر به آسیب | فروردین | تا پایان سال | مسئول ایمنی | کلیه بخش های درمانی | مستندات | - | | |
| ۴ | انجام RCA موارد Sentinel Event | فروردین | تا پایان سال | دبیر کمیته RCA | کلیه بخش های درمانی | مستندات | - | | |
| ۶ | ارسال نتایج RCA به بخش ها جهت درس آموزی و کاهش خطاها | فروردین | تا پایان سال | دبیر کمیته مرگ و میر | کلیه بخش های درمانی | مستندات | - | | |
| ۸ | ارسال نتایج به دفتر بهبود کیفیت دانشگاه | فروردین | تا پایان سال | دبیر کمیته مرگ و میر | کلیه بخش های درمانی | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
|----------|---|---|-------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | G1O2 : توسعه نظام مدیریت خطر و ایمنی بیمار از 97/3٪ فعلی به میزان 97/7٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | G1O2S6 : آموزش و به اشتراک گذاری خطای پزشکی در راستای درس آموزی | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۲ | برگزاری کلاس آموزشی در راستای اهمیت گزارش دهی خطا | فروردین | پایان سال | کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیکی | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۴ | جمع آوری خطاهای پزشکی از بخش های بالینی | فروردین | پایان سال | کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیکی | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۵ | سناریو نویسی از خطاهای گزارش شده توسط کارشناس هماهنگ کننده و ارسال آن به بخش ها | فروردین | پایان سال | کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیکی | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۶ | تأکید به سرپرستاران مبنی بر آموزش خطاها در کنفرانس های داخل بخشی | فروردین | پایان سال | کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیکی | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۷ | برگزاری کلاس آموزشی در جهت درس آموزش از خطاهای اتفاق افتاده در بیمارستان | فروردین | پایان سال | کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیکی | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۸ | | فروردین | پایان سال | کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیکی | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
|----------|--|--|----------------|----------------------------|--|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | G1O3 : ارتقاء ایمنی بیمار با اجرای استانداردهای اساسی بیمارستان دوستدار ایمنی از 58/06٪ فعلی به میزان 60/06٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | G1O3S1 : آموزش استانداردهای اساسی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار به پزشکان و کارکنان مرکز | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | گروه بندی پرسنل بیمارستان براساس گروه های هدف | فروردین | پایان فروردین | کلیه کارکنان و پزشکان مرکز | سوپروایزر آموزشی - کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۲ | همه‌پرسی با واحد آموزش | فروردین | پایان فروردین | کلیه کارکنان و پزشکان مرکز | سوپروایزر آموزشی - کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۳ | همه‌پرسی با اساتید | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه کارکنان و پزشکان مرکز | سوپروایزر آموزشی - کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۴ | اطلاع رسانی به کارکنان جهت شرکت در کلاس | خرداد | پایان خرداد | کلیه کارکنان و پزشکان مرکز | سوپروایزر آموزشی - کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۵ | تهیه سوالات Post Test با همه‌پرسی اساتید | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه کارکنان و پزشکان مرکز | سوپروایزر آموزشی - کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۶ | تعیین میزان مشارکت پزشکان و کارکنان در آموزش های ارائه شده | فروردین | پایان اسفند | کلیه پزشکان مرکز | سوپروایزر آموزشی - کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|--|------------------|----------------|
| درصد پیاده سازی استاندارد های اساسی ایمنی بیمار | $\frac{\text{چک لیست شماره ۲}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۲}} \times 100$ | 60.06% | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
|----------|---|--|----------------|-----------------------|--------------------------------|-----------|---|-------|------------|
| هدف کمی | | G1O3 : ارتقاء ایمنی بیمار با اجرای استانداردهای اساسی بیمارستان دوستدار ایمنی از 58/06٪ فعلی به میزان 60/06٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | G1O3S2 : اجراء توسعه استانداردهای حاکمیت و رهبری برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه بودجه سالانه برای کلیه فعالیت های ایمنی بیمار مبتنی بر برنامه های عملیاتی تفصیلی | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه بخش ها | مسئول ایمنی بیمار | مستندات | بر اساس هزینه برآورد شده برنامه عملیاتی | | |
| ۲ | تدوین دستورالعملی برای تشویق کارکنانی که بیشترین گزارش خطا را به دفتر بهبود کیفیت داشته اند. | اردیبهشت | پایان اردیبهشت | کلیه بخش ها | اعضا کمیته | مستندات | - | | |
| ۳ | بررسی میزان رعایت اصول اخلاقی در پژوهشهای انجام شده ، اخذ رضایت آگاهانه ، فرایند احیاء به صورت فصلی | فروردین | پایان اسفند | کلیه بخش ها | کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۴ | برگزاری جلسات RCA به صورت مستمر و منظم | هر ماه | پایان اسفند | کلیه بخش ها | دبیر کمیته RCA | مستندات | - | | |
| ۵ | تشکیل کمیته ایمنی بیمار به منظور ارائه گزارش ایمنی به کارگروه در فواصل منظم | هر ماه | پایان اسفند | کلیه بخش ها | دبیر کمیته بهبود و ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۶ | تهیه پمفلت از کارهای انجام شده فصلی و ارائه آن به بخش | فروردین | پایان اسفند | کلیه بخش ها | کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۷ | دریافت دستورالعمل جهت کالیبراسیون منظم تجهیزات و پیشگیرانه | اردیبهشت | پایان اسفند | کلیه بخش ها | مهندس تجهیزات | مستندات | - | | |
| ۸ | دریافت فرآیند تعمیر و یا تعویض تجهیزات خراب و یا معیوب | اردیبهشت | پایان اسفند | کلیه بخش ها | مهندس تجهیزات | مستندات | - | | |
| ۹ | پیگیری آموزش به پرسنل در ارتباط با تجهیزات و دریافت گزارش | طبق برنامه زمانبندی شده | پایان اسفند | کلیه بخش ها | مهندس تجهیزات | مستندات | - | | |
| ۱۰ | دریافت دستورالعمل چینش نیرو از دفتر پرستاری | خرداد | پایان اسفند | دفتر پرستاری | کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۱۱ | پیگیری وجود برنامه بهداشت حرفه ای و کامل بودن پروندههای بهداشتی پرسنل | فروردین | نیمه اول سال | کلیه بخش ها و واحد ها | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۱۲ | بازنگری خط مشی های ایمنی بیمار | تیر | پایان تیر | کلیه خط مشی ایمنی | کارگروه خط مشی | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G1: ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | | | |
|----------|---|---|--------------|----------------------|---|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | G103: ارتقاء ایمنی بیمار با اجرای استانداردهای اساسی بیمارستان دوستدار ایمنی از 58/06٪ فعلی به میزان 60/06٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | G103S3: اجراء و توسعه استانداردهای مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | پیگیری نصب نابلوهای منشور حقوق بیمار و خانواده در بیمارستان در معرض دید بیماران | خرداد | پایان شهریور | کلیه بخش ها و واحدها | کارشناس ایمنی بیمار - حقوق گیرندگان خدمت | مستندات | - | | |
| ۲ | تهیه پمفلت منشور حقوق گیرنده خدمت و ارائه به بیمار | تیر | پایان تیر | کلیه بخش ها و واحدها | کارشناس ایمنی بیمار - حقوق گیرندگان خدمت | مستندات | - | | |
| ۴ | تهیه پمفلت های آموزشی درخصوص ایمنی بیمار و پیگیری برای کلاس های آموزشی بیماران و وجود صورتجلسات | شهریور | پایان اسفند | کلیه بخش ها و واحدها | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۶ | بررسی تکمیل فرم آموزش به بیماران در هنگام ترخیص فصلی | فروردین | پایان اسفند | کلیه بخش ها | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۷ | تهیه دستورالعملی برای شناسایی مدیریت بیماران مبتلا به آلرژی (جهت دستبند شناسایی) | شهریور | پایان شهریور | کلیه بخش ها و واحدها | کارشناس ایمنی بیمار و مسئول مدیریت فناوری اطلاعات سلامت | مستندات | - | | |
| ۱۲ | پیگیری و دریافت میزان پاسخ به شکایت بیماران به صورت فصلی | فروردین | پایان اسفند | کلیه بخش ها و واحدها | کارشناس ایمنی بیمار و مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۱۳ | بررسی میزان انجام مشاوره های روان پزشکی برای بیماران جراحی قلب بصورت فصلی | فروردین | پایان اسفند | کلیه بخش ها | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۱۵ | بررسی میزان رعایت استاندارد های بیماران در حال احتضار هر شش ماه | فروردین | پایان اسفند | کلیه بخش ها | کارشناس ایمنی بیمار - حقوق گیرندگان خدمت | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | | | | | |
|------|---|-------------|--------------|--|--------------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | G1O3 : ارتقاء ایمنی بیمار با اجرای استانداردهای اساسی بیمارستان دوستدار ایمنی از 58/06٪ فعلی به میزان 60/06٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | G1O3S4 : اجراء و توسعه استانداردهای خدمات بالینی ایمن بر شواهد برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تدوین خط مشی و روش اجرایی حفظ ایمنی ساختمان | تیر | پایان تیر | تاسیسات | مسئول تاسیسات با هماهنگی گروه خط مشی | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین خط مشی و روش های امنیتی - حفاظتی | تیر | پایان تیر | تاسیسات | مسئول تاسیسات با هماهنگی گروه خط مشی | مستندات | - | | |
| ۳ | تدوین خط مشی و روش اجرایی شناسایی کارکنان | تیر | پایان تیر | کلیه بخش ها و واحد ها | حقوق گیرندگان خدمت - کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۴ | پایش داشتن کارت شناسایی کلیه پرسنل بصورت فصلی | تیر | پایان اسفند | کلیه بخش ها و واحد ها | حقوق گیرندگان خدمت - کارشناس ایمنی | مستندات | - | | |
| ۵ | پیگیری تدوین برنامه مدیریت مخاطرات و بلایا خارجی (سوابق آموزش اطفاء حریق) | تیر | پایان تیر | کلیه بخش ها و واحد ها | مسئول تاسیسات | مستندات | - | | |
| ۶ | پیگیری تدوین برنامه مدیریت مخاطرات و بلایا داخلی (سوابق آموزش اطفاء حریق به کارکنان) | تیر | پایان تیر | کلیه بخش ها و واحد ها | مسئول تاسیسات | مستندات | - | | |
| ۷ | پیگیری و تدوین خط مشی و روش های اجرای اطفاء حریق (سوابق آموزش اطفاء حریق) | تیر | پایان تیر | کلیه بخش ها و واحد ها | مسئول تاسیسات | مستندات | - | | |
| ۸ | پیگیری تدوین برنامه مدیریت نگهداری با رویکرد پیشگیرانه و نیز برنامه پشتیبان جایگزین در صورت خرابی و یا نقص فنی تأسیسات برای سیستم تأسیسات شامل آب - گازهای طبی - سوخت و سیستم ارتباطی | شهریور | پایان شهریور | تاسیسات بیمارستان | مسئول تاسیسات | مستندات | - | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------|--|----------------------------|--------------|-----|---|----|
| | | - | مستندات | مسئول رادیولوژی | کلیه بیماران | پایان تیر | تیر | پیگیری خط مشی و روش های اجرای حفاظت در برابر اشعه برای بیماران | ۹ |
| | | - | مستندات | مسئول تغذیه | کلیه پرسنل و بیماران | پایان تیر | تیر | پیگیری خط مشی و روش های اجرایی حفظ سلامت مواد غذایی (بیمارستان برای کارکنان - ملاقات کنندگان - مواد غذایی - آشامیدنی سالم و مناسب تدارکی) | ۱۰ |
| | | - | مستندات | مسئول بهداشت محیط و مسئول خدمات | کلیه بیمارستان | پایان تیر | تیر | پیگیری خط مشی و روش اجرایی خانه داری | ۱۱ |
| | | - | مستندات | مسئول بهداشت محیط و حرفه ای و حقوق گیرندگان خدمت | کلیه پرسنل و همراهان | پایان تیر | تیر | پیگیری خط مشی ممنوعیت استعمال دخانیات در بیمارستان | ۱۲ |
| | | - | مستندات | مسئول بهداشت محیط | کلیه بخش و واحد های درمانی | پایان شهریور | تیر | پیگیری تدوین راهنمایی جهت دفع پسماندهای ناشی از خدمات بهداشتی منطبق بر راهنمای سازمان جهانی بهداشت | ۱۳ |
| | | - | مستندات | مسئول بهداشت محیط | کلیه بخش و واحد های درمانی | پایان شهریور | تیر | پیگیری تهیه دستورالعمل جهت دفع پسماندهای بیولوژیک منطبق بر راهنمای سازمان جهانی بهداشت | ۱۴ |
| | | - | مستندات | مسئول بهداشت محیط | کلیه بخش و واحد های درمانی | پایان شهریور | تیر | پیگیری تهیه دستورالعمل جهت دفع پسماندهای شیمیایی منطبق بر راهنمای سازمان جهانی بهداشت | ۱۵ |
| | | - | مستندات | مسئول بهداشت محیط | کلیه بخش و واحد های درمانی | پایان شهریور | تیر | پیگیری تهیه دستورالعمل جهت دفع پسماندهای رادیولوژیک منطبق بر راهنمای سازمان جهانی بهداشت | ۱۶ |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G1 : ارتقاء ایمنی بیمار در راستای پیاده سازی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار | |
|----------|--|-------------|--------------|----------------------------|--------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | G1O3 : ارتقاء ایمنی بیمار با اجرای استانداردهای اساسی بیمارستان دوستدار ایمنی از 58/06٪ فعلی به میزان 60/06٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | G1O3S5 : اجراء و توسعه استانداردهای محیط ایمن برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برگزلی کلاس استفاده از راهنمای طبابت بالینی | تیر | پایان شهریور | کلین پرسنل درمانی | مدیر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۲ | بازنگری چک لیست جراحی ایمن | تیر | پایان شهریور | بخش های درمانی | اعضای کمیته بهبود وایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۳ | نظارت بر ارزیابی بیماران آسیب پذیر جهت جلوگیری از خطر سقوط از تخت- ابتلا به زخم فشاری- سوء تغذیه بصورت فصلی | فروردین | پایان اسفند | بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۴ | بازنگری لیست واژه های پزشکی مورد استفاده از مرکز | تیر | پایان تیر | کلین بخش و واحد های درمانی | اعضای کمیته | مستندات | - | | |
| ۵ | نظارت بر اجرای صحیح روش اجرایی بازخوانی مجدد مطالب به منظور اطمینان از صحت شنیده ها و دستورات تلفنی و شفاهی بصورت فصلی | تیر | پایان اسفند | کلین بخش های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۶ | نظارت بر اجرای رعایت موارد ضروری و استانداردها در هنگام تحویل و تحول بیماران بین تیم درمانی | فروردین | پایان اسفند | کلین بخش و واحد های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۷ | نظارت بر اجرای خط مشی استفاده از لوازم حفاظت فردی | فروردین | پایان اسفند | کلین بخش و واحد های درمانی | کارشناس ایمنی بیمار | مستندات | - | | |
| ۸ | نظارت بر اجرای صحیح راهنمای معتبر در زمینه بهداشت دست منطبق با راهنمای سازمان جهانی هر شش ماهه | فروردین | پایان اسفند | کلین بخش و واحد های درمانی | مسئول کنترل عفونت | مستندات | - | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------|----------------------|----------------------------|-------------|--------------|--|----|
| | | - | مستندات | مسئول بهداشت حرفه ای | کلیه بخش و واحد های درمانی | پایان اسفند | پایان شهریور | نظارت بر دستورالعمل جهت واکسیناسیون پرسنل به خصوص واکسن هپاتیت B هر شش ماهه | ۹ |
| | | - | مستندات | کارشناس ایمنی بیمار | کلیه بخش و واحد های درمانی | پایان اسفند | پایان شهریور | نظارت بر اجرای خط مشی تزریقات ایمن و استفاده از وسایل تزریقی یکبار مصرف و پایش آن هر شش ماهه | ۱۰ |
| | | - | مستندات | کارشناس ایمنی بیمار | کلیه بخش و واحد های درمانی | پایان اسفند | پایان شهریور | نظارت بر اجرای خط مشی برگه تلفیق دارویی در هنگام بستری و ترخیص هر شش ماهه | ۱۱ |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|---------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : مدیریت خطر و کاهش مخاطرات کارکنان در کلیه بخش ها و واحدها از ۷۰/۲٪ فعلی بمیزان ۷۲/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور محیط کار | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بررسی نتایج اندازه گیری عوامل زیان آور انجام شده در سال ۹۵ | ۹۶/۱/۹ | ۹۶/۷/۹ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۲ | انجام اقدامات اصلاحی بر اساس آنالیز نتایج | ۹۶/۱/۹ | پایان سال | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | ۱/۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰ | | |
| ۳ | شناسایی مخاطرات براساس چک لیست مدیریت خطر | ۹۶/۱/۹ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۴ | طرح نتایج در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار | ۹۶/۷/۹ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۵ | | | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|-------------------------------|--|------------------|----------------|
| درصد اجرای مدیریت خطر کارکنان | $\frac{\text{امتیاز کسب شده براساس چک لیست}}{\text{امتیاز کل چک لیست}} \times 100$ | ۷۲/۲٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | | |
|------------|--|----------------|-------------|------------------|------------------------------|-----------|--|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O1 : مدیریت خطر و کاهش مخاطرات کارکنان د ر کلیه بخش ها و واحدها از ۷۰/۲٪ فعلی بمیزان ۷۲/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S2 : توسعه نظام مدیریت خطر پیشگیرانه برای کارکنان | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی مخاطرات واحدها و بخش ها | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۱۵ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۲ | انجام ارزیابی ریسک به روش JSA برای کارکنان | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۱۵ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۳ | انجام ارزیابی ریسک به روش FMEA برای واحدهای برون سپاری | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۱۵ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۴ | ارزیابی اثر بخشی روش های کنترلی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۱۵ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۵ | الویت بندی مخاطرات | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۱۵ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۶ | الویت بندی اقدامات اصلاحی براساس مخاطرات | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۱۵ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۷ | طرح نتایج در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۷/۳۰ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف | | | | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : مدیریت خطر و کاهش مخاطرات کارکنان د ر کلیه بخش ها و واحدها از ۷۰/۲٪ فعلی بمیزان ۷۲/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : توسعه نظام مدیریت خطر واکنشی برای کارکنان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه فرم ثبت حادثه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۰ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۲ | ارسال فرم ثبت حادثه به بخش ها و واحدها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۰ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۳ | توجیه پرسنل در ارتباط با نحوه پرنمودن فرم ها و ارسال به واحد بهداشت حرفه ای | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۰ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۴ | دریافت فرم ها از بخش ها و واحدها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۵ | جمع بندی و آنالیز فرم های ثبت حادثه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۶ | انجام ارزیابی ریسک به روش RCA برای مخاطرات با ریسک | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۷ | طرح نتایج در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار | ۹۶/۱/۹ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | | |
|----------|--|-------------|-------------|-----------------|------------------------------|------------------|--|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O1 : مدیریت خطر و کاهش مخاطرات کارکنان د ر کلیه بخش ها و واحدها از ۷۰/۲٪ فعلی بمیزان ۷۲/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S4 : مدیریت ایمنی مواد شیمیایی | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری کتابچه ایمنی مواد شیمیایی | ۹۶/۳/۳۰ | ۹۶/۳/۵ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۲ | برچسب گذاری مواد شیمیایی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۴/۱ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مشاهدات/ مستندات | - | | |
| ۳ | فهرست گذاری مواد شیمیایی موجود در مرکز | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۴/۱ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۴ | بازنگری MSDS مواد شیمیایی و ارسال به بخش ها | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۴/۱ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۵ | برگزاری کلاس آموزشی در جهت ایمنی کار با مواد شیمیایی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۴/۱ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۶ | ساماندهی انبار مواد شیمیایی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۷/۳۱ | انبار بیمارستان | بهداشت حرفه ای | مشاهدات | ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ | | |
| ۷ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : مدیریت خطر و کاهش مخاطرات کارکنان د ر کلیه بخش ها و واحدها از ۷۰/۲٪ فعلی بمیزان ۷۲/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S5 : ساماندهی ثبت حوادث شغلی و انجام اقدامات مداخله ای در جهت کاهش خطرات | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری فرم ثبت حادثه و ارسال به بخش ها | ۹۶/۱/۹ | ۹۶/۱/۳۱ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۲ | آنالیز فرم های ثبت حادثه و طرح در کمیته حفاظت فنی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۳ | تدوین برنامه پیشگیری از وقوع حوادث و شبه حادثه | ۹۶/۵/۴ | ۹۶/۵/۳۰ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۴ | ارسال برنامه به بخش ها و واحدها | ۹۶/۵/۴ | ۹۶/۵/۳۰ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۵ | ثبت نتایج در اکسل حوادث | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۶ | طرح نتایج در کمیته ها حفاظت فنی و بهداشت کار | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|---------------------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای شاخص های عملکردی بالینی بیمارستانی (داشبورد مدیریتی) از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : ساماندهی شبکه شاخص های عملکردی بالینی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی موارد قابل ارتقای شبکه شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مشاهدات/ مستندات | - | | |
| ۲ | هماهنگی با واحد IT جهت اجرای موارد قابل ارتقاء | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۳ | اجرای موارد قابل ارتقاء در شبکه شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | واحد IT | مشاهدات/ مستندات | - | | |
| ۴ | توجه به مسئولین ثبت شاخص ها در شبکه در خصوص قابلیت های شبکه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - واحد IT | مستندات | - | | |
| ۵ | نظارت بر ثبت اطلاعات و شناسایی مشکلات شبکه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - واحد IT | مستندات | - | | |
| ۶ | رفع مشکلات و موانع استفاده از شبکه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - واحد IT | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|--|---|------------------|----------------|
| ارتقای شاخص های عملکردی بالینی بیمارستان | $\frac{\text{تعداد شاخصهای عملکردی بالینی ارتقاء یافته}}{\text{تعداد کل شاخص های عملکردی بالینی}} \times 100$ | ٪۱۰ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------|------------------------------|------------------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای شاخص های عملکردی بالینی بیمارستانی (داشبورد مدیریتی) از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : بهبود شاخص های ملی مراقبت های پرستاری در بالین | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تعیین افراد جهت سنجش و ثبت شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۵ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۲ | راه اندازی سامانه ثبت شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۲۰ | کل بیمارستان | واحد IT | مشاهدات | - | | |
| ۳ | تشکیل جلسه با مسئولین ثبت شاخص در سامانه | ۹۶/۱/۲۰ | ۹۶/۲/۲۰ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۴ | ورود اطلاعات و نتایج سنجش شاخص ها در سامانه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مسئولین ثبت شاخص ها | مشاهدات | - | | |
| ۵ | تحلیل شاخص ها با مشارکت صاحبان فرآیند در فواصل تعیین شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود و واحدهای مرتبط | مستندات | - | | |
| ۶ | ارائه نتایج و تحلیل شاخص ها در کمیته پایش و سنجش | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۷ | انجام اقدام اصلاحی در راستای بهبود شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - دفتر پرستاری | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۸ | جمع بندی نتایج سالیانه از بهبود شاخص های مراقبت های پرستاری و طرح در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| | | عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای شاخص های عملکردی بالینی بیمارستانی (داشبورد مدیریتی) از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : بررسی و تحلیل نتایج شاخص های عملکردی بالینی در کمیته پایش و تیم مدیریت اجرایی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | ورود اطلاعات و نتایج سنجش شاخص های عملکردی بالینی در سامانه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدهای بالینی | مسئول ثبت شاخص | مشاهدات | - | | |
| ۲ | تحلیل شاخص های عملکردی بالینی با مشارکت صاحبان فرآیند | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدهای بالینی | دفتر بهبود - مسئول شاخص | مستندات | - | | |
| ۳ | طرح نتایج و تحلیل شاخص ها در کمیته پایش و سنجش | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدهای بالینی | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۴ | اخذ تصمیم در راستای اقدامات اصلاحی شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدهای بالینی | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۵ | طرح پیشنهادات اصلاحی در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدهای بالینی | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۶ | ابلاغ اقدامات اصلاحی به بخش ها و واحدهای مرتبط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدهای بالینی | دفتر بهبود - تیم مدیریت اجرایی | مستندات | - | | |
| ۷ | انجام اقدامات در راستای بهبود بخش | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دفتر بهبود - تیم مدیریت اجرایی | دفتر بهبود - تیم مدیریت اجرایی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۸ | جمع بندی نتایج سالیانه شاخص ها و طرح در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دفتر بهبود - تیم مدیریت اجرایی | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| | | عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|------------|---|----------------|-------------|------------------|------------------------------|-----------|-----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای شاخص های عملکردی بالینی بیمارستانی (داشبورد مدیریتی) از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S4 : استقرار سامانه الکترونیکی تریاژ در سیستم HIS | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بررسی نیازهای استقرار سامانه الکترونیکی تریاژ HIS | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بخش اورژانس | واحد IT | مستندات | - | | |
| ۲ | طرح نتایج بررسی در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | بخش اورژانس | دفتر بهبود - واحد IT | مستندات | - | | |
| ۳ | انجام مکاتبات در راستای استقرار سامانه | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | بخش اورژانس | تیم مدیریت اجرایی | مستندات | - | | |
| ۴ | اخذ مجوز جهت ایجاد قابلیت در سیستم HIS | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۷/۱ | بخش اورژانس | تیم مدیریت اجرایی | مستندات | - | | |
| ۵ | راه اندازی سامانه تریاژ در سیستم HIS | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۸/۱ | بخش اورژانس | واحد IT | مشاهدات | ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۶ | آموزش کارکنان مرتبط جهت استفاده از سامانه | ۹۶/۸/۱ | ۹۶/۸/۳۰ | بخش اورژانس | واحد IT | مستندات | - | | |
| ۷ | جمع بندی و ارائه گزارش از نتایج استقرار سامانه | ۹۶/۸/۳۰ | ۹۶/۱۰/۳۰ | بخش اورژانس | واحد IT | مستندات | - | | |
| ۸ | طرح نتایج در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش اورژانس | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف | | | | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|-------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای شاخص های عملکردی بالینی بیمارستانی (داشبورد مدیریتی) از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰ % شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S5 : ساماندهی فرآیندهای اورژانس بیمارستانی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجرای | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی فرآیندهای اصلی اورژانس | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۱ | بخش اورژانس | سرپرستار اورژانس- دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۲ | تعیین شاخص فرآیندهای اصلی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بخش اورژانس | سرپرستار اورژانس- دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۳ | اندازه گیری شاخص فرآیندهای اصلی اورژانس | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش اورژانس | سرپرستار اورژانس- دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۴ | شناسایی موارد قابل بهبود در فرآیندهای اورژانس | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش اورژانس | سرپرستار اورژانس- دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۵ | اجرای اقدامات اصلاحی در راستای بهبود فرآیند | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش اورژانس | سرپرستار اورژانس- دفتر بهبود | مشاهدات | - | | |
| ۶ | اندازه گیری مجدد شاخص و تعیین اثربخشی اقدامات | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش اورژانس | سرپرستار اورژانس- دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۷ | طرح نتایج در کمیته مرتبط | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش اورژانس | سرپرستار اورژانس | مستندات | - | | |
| ۸ | ارائه گزارش به تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش اورژانس | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|------------|---|----------------|-------------|------------------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای شاخص های عملکردی بالینی بیمارستانی (داشبورد مدیریتی) از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S6 : ثبت دقیق PPCI در سامانه | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی بیماران PPCI مرکز | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مستندات | - | | |
| ۲ | تکمیل فرم PPCI توسط مسئول اورژانس و کت لب | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مستندات | - | | |
| ۳ | نظارت و کنترل تکمیل دقیق فرم PPCI | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مستندات | - | | |
| ۴ | انضمام یک برگ فرم PPCI در پرونده بیمار | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مستندات | - | | |
| ۵ | ورود اطلاعات درست ۲۴۷ براساس فرم | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مشاهدات | - | | |
| ۶ | اندازه گیری شاخص های مرتبط ۲۴۷ | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مستندات | - | | |
| ۷ | ارسال نتایج به دفتر پرستاری مرکز | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مستندات | - | | |
| ۸ | ارسال نتایج به دانشگاه در صورت درخواست ستاد | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران بستری | سرپرستار کت لب | مستندات | - | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف | | | | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | | |
|----------|---|-------------|-------------|----------|--|-----------|--|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O3 : ارتقای سیستم رسیدگی به شکایات و نظر سنجی بیماران و همراهان از ۸۳٪ فعلی بمیزان ۸۴٪ تا پایان سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S1 : تحلیل ایده ها و انتقادات بیماران و طرح در کمیته مرتبط جهت بکار بستن راهکارهای بهبود | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | جمع آوری فرم های انتقادات و پیشنهادات از صندوق و سایت | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۲ | ثبت اطلاعات در فرم شکایات | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۳ | تجزیه و تحلیل فرم های شکایات و انتقادات | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول رسیدگی به شکایات دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۴ | شناسایی اولویت های نارضایتی و انتقادات | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۵ | طرح پیشنهادات و انتقادات واصله در کمیته های مرتبط | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول رسیدگی به شکایات دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | تصویب پیشنهادات ارتقاء دهنده خدمات | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول رسیدگی به شکایات دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | پیگیری اجرای اقدامات اصلاحی | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول رسیدگی به شکایات دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|-----------------------------------|---|------------------|----------------|
| درصد اجرای سیستم رسیدگی به شکایات | $\frac{\text{لیست شماره ۸}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۸}} \times 100$ | ۸۴٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------|------------------|---|-----------|--------------|-------|------------|
| G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | | | | | | | | | |
| هدف کمی | | | | | | | | | |
| O3 : ارتقای سیستم رسیدگی به شکایات و نظر سنجی بیماران و همراهان از ۸۳ % فعلی بمیزان ۸۴% تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | | |
| استراتژی | | | | | | | | | |
| S2 : توسعه نظام اطلاع رسانی نحوه دریافت و رسیدگی به شکایات و ارائه بازخورد به شاکیان | | | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجرای | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری راههای دریافت شکایات | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۲ | تهیه پمفلت / بنر / اطلاع رسانی نحوه دریافت شکایات | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۳ | ابلاغ به بخشها و واحدها درخصوص راههای دریافت شکایات | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۴ | نصب بنر اطلاع رسانی در معابر بیمارستان | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۵ | تجزیه و تحلیل شکایات واصله | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | بررسی شکایات و انجام اقدامات اصلاحی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | ارائه بازخورد به شاکیان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۸ | اندازه گیری شاخص شکایات حل و فصل شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران- کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|-----------------|------------------------------|--------------------|----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O3 : ارتقای سیستم رسیدگی به شکایات و نظر سنجی بیماران و همراهان از ۸۳٪ فعلی بمیزان ۸۴٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : اطلاع رسانی به بیماران و اخذ نظر سنجی از طریق ارتقای سایت بیمارستان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری خدمات قابل ارائه مرکز در سایت مرکز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران و جامعه | مسئول روابط عمومی | مشاهدات | - | | |
| ۲ | جمع بندی نظر سنجی از سایت بصورت فصلی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران و جامعه | مسئول روابط عمومی | مستندات | - | | |
| ۳ | ارائه گزارش از نظر سنجی سایت بصورت فصلی در کمیته مرتبط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران و جامعه | مسئول روابط عمومی | مستندات | - | | |
| ۴ | شناسایی موارد قابل ارتقای سایت بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران و جامعه | مسئول روابط عمومی | مستندات | - | | |
| ۵ | انجام اقدامات اصلاحی در راستای ارتقای سایت | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران و جامعه | مسئول روابط عمومی | مستندات | ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۶ | پایش نظرات ثبت شده در سایت | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران و جامعه | مسئول روابط عمومی | مشاهدات مستندات | - | | |
| ۷ | ارائه نظرات به مسئولان ذیربط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران و جامعه | مسئول روابط عمومی | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | | | | | | | هدف | | |
|--|-------|----------------|-------------------|------------------------------|---------------|----------------|-------------|---|------|
| O3 : ارتقای سیستم رسیدگی به شکایات و نظر سنجی بیماران و همراهان از ۸۳٪ فعلی بمیزان ۸۴٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | هدف کمی | | |
| S4 : ساماندهی خدمات تغذیه ای بیماران (تغذیه بالینی و رژیم درمانی) | | | | | | | استراتژی | | |
| پیشرفت کار | موانع | برآورد هزینه | نحوه پایش | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | گروه هدف | زمان فعالیت | | شرح فعالیت | ردیف |
| | | | | | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | |
| | | - | مستندات | دفتر پرستاری | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | شناسایی بیماران نیازمندان رژیم درمانی در ارزیابی پرستای | ۱ |
| | | - | مستندات | دفتر پرستاری | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | درخواست مشاوره تغذیه جهت بیماران نیازمند | ۲ |
| | | - | مستندات | دفتر پرستاری | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | انجام مشاوره تغذیه و در صورت نیاز رژیم درمانی | ۳ |
| | | - | مستندات و مشاهدات | کارشناس تغذیه | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | نظارت بر غذاهای رژیمی طبخ شده در آشپزخانه | ۴ |
| | | - | مستندات | کارشناس تغذیه | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | نظارت بر توزیع صحیح غذاهای رژیمی بیماران | ۵ |
| | | - | مستندات | دفتر بهبود کیفیت | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | نظرسنجی از خدمات تغذیه ای بیماران بصورت فصلی | ۶ |
| | | - | مستندات | دفتر بهبود کیفیت | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | ارائه بازخورد نظر سنجی به کارشناس تغذیه | ۷ |
| | | - | مستندات و مشاهدات | کارشناس تغذیه | بیماران بستری | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۵ | انجام اقدام اصلاحی براساس نظر سنجی های انجام شده | ۸ |
| | | درصد اجرای هدف | | بازه مورد انتظار | | فرمول محاسباتی | | عنوان شاخص | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|------------|---|----------------|-------------|------------------|------------------------------|----------------|-------------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O3 : ارتقای سیستم رسیدگی به شکایات و نظر سنجی بیماران و همراهان از ۸۳٪ فعلی بمیزان ۸۴٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S5 : اصلاح فرآیند نوبت دهی و پذیرش درمانگاه | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بررسی فرآیند نوبت دهی و پذیرش درمانگاه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | بیماران | مسئول درمانگاه | مستندات | - | | |
| ۲ | بررسی سیستم های نوبت دهی براساس وضعیت درمانگاه | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | بیماران | مسئول درمانگاه | مستندات | - | | |
| ۳ | طرح در تیم مدیریت اجرایی و اخذ مجوز | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | بیماران | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۴ | درخواست و پیگیری خرید سیستم نوبت دهی درمانگاه | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۵/۱ | بیماران | مدیر اجرایی | مستندات | ۴۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال | | |
| ۵ | راه اندازی سیستم نوبت دهی و پذیرش درمانگاه | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | بیماران | مسئول درمانگاه | مشاهدات | - | | |
| ۶ | نظارت بر نحوه نوبت دهی و پذیرش درمانگاه | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول درمانگاه | مستندات | - | | |
| ۷ | تهیه گزارش از رضایتمندی و چالش های سیستم نوبت دهی | ۹۶/۱۱/۱ | ۹۶/۱۱/۳۰ | بیماران | مسئول درمانگاه | مستندات | - | | |
| ۸ | ارائه گزارش در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | | | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|----------------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : افزایش سرانه آموزش و توانمند سازی کارکنان بالینی از ۳۵ ساعت فعلی بمیزان ۳۵/۳ ساعت تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | اخذ نیاز سنجی آموزشی از کارکنان بالینی در قالب PDP | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | اخذ نیاز سنجی آموزش از سپرستاران بخش | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | ارائه نیاز سنجی ها آموزشی بالینی به دفتر پرستاری | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۱۵ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۴ | اولویت بندی نیازهای آموزشی کارکنان بالینی | ۹۶/۲/۱۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | طرح در تیم مدیریت اجرایی جهت تصویب نیازهای آموزشی | ۹۶/۲/۱۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۶ | ابلاغ به سوپروایزر آموزشی جهت تدوین برنامه آموزشی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۱۵ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | اجرای برنامه های آموزشی براساس اولویت های تعیین شده | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۸ | جمع بندی و ارائه گزارش به مسئولین مرکز | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|----------------------------|---|------------------|----------------|
| سرانه آموزش کارکنان بالینی | $\frac{\text{ساعت آموزش های ارائه شده به کارکنان بالینی}}{\text{تعداد کل کارکنان بالینی}} \times 100$ | ۳۵/۳ ساعت | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------|------------------------------|-----------|-----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : افزایش سرانه آموزش و توانمند سازی کارکنان بالینی از ۳۵ ساعت فعلی بمیزان ۳۵/۳ ساعت تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : استفاده از روش های آموزشی متنوع و کاربردی (OSCE و ...) | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه هماهنگی جهت استفاده از روش های آموزشی متنوع و کاربردی | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۱۵ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین برنامه آموزشی کاربردی براساس گروه های هدف | ۹۶/۳/۱۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | اجرای برنامه های آموزشی کاربردی | ۹۶/۳/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | ۵۰۰۰۰۰۰ ریال | | |
| ۴ | رضایت سنجی از کارکنان بالینی در خصوص روش های آموزش | ۹۶/۳/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | جمع بندی و تهیه گزارش از اقدامات انجام شده | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۶ | طرح در کمیته های مرتبط | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|--------------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : افزایش سرانه آموزش و توانمند سازی کارکنان بالینی از ۳۵ ساعت فعلی بمیزان ۳۵/۳ ساعت تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : آموزش نیروی انسانی در راستای انجام استاندارد خدمات | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی گروه های هدف | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | تعیین نیازهای آموزشی براساس گروه های هدف | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | اولویت بندی نیازهای آموزشی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کارکنان | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۴ | تدوین برنامه های آموزشی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کارکنان | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | اجرای برنامه های آموزشی | ۹۶/۴/۳۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | سوپروایزر آموزشی | مستندات | ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۶ | جمع بندی و تهیه گزارش از آموزش های ارائه شده | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۱۰ | کارکنان | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | طرح در کمیته مرتبط | ۹۶/۱۲/۱۰ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|---------------|-------------|------------|--|---------------------|--------------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O5 : شناسایی و کنترل عفونت های بیمارستانی از ۲/۵٪ فعلی به ۲/۶٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : ارتقای فرهنگ شستشوی دست و استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تدوین برنامه زمان بندی ارزیابی بهداشت دست طبق مصوبه کمیته | فروردین ۹۶ | فروردین ۹۶ | بخش/واحد | اعضاء کمیته کنترل عفونت | چک لیست | - | | |
| ۲ | اجرای برنامه زمان بندی بهداشت دست | در طول سال | در طول سال | بخش/واحد | سوپروایزر کنترل عفونت/ابط کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۳ | اجرای روش های انگیزشی و فرهنگ سازی بهداشت دست | شش ماهه ی اول | شش ماهه دوم | بخش/واحد | اعضاء کمیته | مشاهده / مستندات | ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۴ | پایش و نظارت بخش ها و واحدها در راستای اجرایی نمودن فرهنگ | در طول سال | در طول سال | بخش/واحد | اعضاء کمیته | مستندات | - | | |
| ۵ | اندازه گیری شاخص بهداشت دست | مهر ۹۶ | پایان سال | بخش/واحد | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۶ | طرح نتایج شاخص بهداشت دست به بخش / واحد | مهر ۹۶ | پایان سال | اعضا کمیته | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۷ | انعکاس نتایج شاخص بهداشت دست به بخش / واحد | مهر ۹۶ | پایان سال | بخش/واحد | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات/ مشاهدات | - | | |
| ۸ | پیگیری و اجرایی نمودن نقاط قابل بهبود در بهداشت دست | در طول سال | در طول سال | بخش/واحد | اعضاء کمیته | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------------|--|------------------|----------------|
| عفونت بیمارستانی | $\frac{\text{تعداد موارد عفونت بیمارستانی}}{\text{تعداد کل بیماران در معرض خطر}} \times 100$ | ۲.۶٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | | |
|----------|--|-------------|-------------|-------------|------------------------------|-----------|--|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O5 : شناسایی و کنترل عفونت های بیمارستانی از ۲/۵٪ فعلی به ۲/۶٪ تا پایان سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S2 : بررسی و تحلیل عفونت های بیمارستانی در کمیته مرتبط | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | گزارش گیری انواع عفونت ها از بخش / واحد | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | بیمار | سرپرستار | مستندات | - | | |
| ۲ | شناسایی و ثبت انواع عفونت های در فرم شماره ۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | بیمار | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۳ | طرح در کمیته کنترل عفونت | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | اعضاء کمیته | دبیر کمیته کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۴ | بررسی و تحلیل شاخص عفونت های بیمارستانی | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | اعضاء کمیته | اعضاء کمیته کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۵ | ارائه نقاط قابل بهبود به بخش / واحد | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | بخش / واحد | اعضاء کمیته کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۶ | پایش و نظارت بخش / واحد در راستای پیاده سازی نقاط قابل بهبود | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | بخش / واحد | اعضاء کمیته کنترل عفونت | مستندات | ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۷ | انعکاس نتایج در کمیته کنترل عفونت | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | اعضاء کمیته | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|------------------|------------------------------|-----------|-----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O5 : شناسایی و کنترل عفونت های بیمارستانی از ۲/۵٪ فعلی به ۲/۶٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : شناسایی موارد بیماری های واگیر دار | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | گزارش گیری موارد انواع عفونت از بخش / واحد | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیمار | سرپرستار | مستندات | - | | |
| ۲ | بررسی موارد عفونت ها از لحاظ نوع عفونت و گزارش به مافوق | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیمار | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۳ | اطلاع رسانی بیماری های واگیر ظرف مدت ۲۴ ساعت به مراکز ذیصلاح | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیمار | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۴ | بررسی اقدامات و پیگیری های لازم زیر نظر متخصص عفونی و مدیریت مرکز | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش / واحد | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۵ | ثبت الکترونیکی با توجه نوع بیمار واگیردار | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | واحد کنترل عفونت | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۶ | طرح در کمیته کنترل عفونت و در صورت لزوم برگزاری جلسات اورژانسی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء کمیته | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۷ | تصویب اقدام اصلاحی در راستای بهبود | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء کمیته | اعضاء کمیته کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۸ | نظارت و پیگیری اقدامات اصلاحی | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| G2 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات بالینی | | | | | | هدف | | | |
|--|--|-------------------|-------------------|-------------|---|-----------|--------------|-------|------------|
| O5 : شناسایی و کنترل عفونت های بیمارستانی از ۲/۵ % فعلی به ۲/۶ % تا پایان سال ۹۶ | | | | | | هدف کمی | | | |
| S4 : ممیزی کنترل عفونت بخش ها / واحدها | | | | | | استراتژی | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | پایش و نظارت بخش / واحد براساس چک لیست اختصاصی مبانی سنجه و چک لیست اختصاصی بخش و واحد | شش ماهه اول | شش ماهه دوم | بخش / واحد | سوپروایزر کنترل عفونت رابط کنترل عفونت | چک لیست | - | | |
| ۲ | ارزیابی و طرح در کمیته کنترل عفونت | پایان شش ماهه اول | پایان شش ماهه دوم | اعضاء کمیته | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۳ | تصویب اقدامات اصلاحی و اطلاع رسانی به بخش ها و واحدهای مربوطه | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء کمیته | اعضاء کمیته | مستندات | - | | |
| ۴ | پایش و نظارت اقدامات اصلاحی انجام شده در بخش / واحد | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء کمیته | اعضاء کمیته | مستندات | - | | |
| ۵ | انعکاس نتایج پیاده سازی در کمیته و اطلاع رسانی به مافوق | شش ماهه اول | شش ماهه دوم | اعضاء کمیته | سوپروایزر کنترل عفونت | مستندات | - | | |
| ۶ | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : بهبود کیفیت امور مدیریتی از ۸۸/۵٪ فعلی بمیزان ۸۹/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : بهره جویی از کمیته های بیمارستانی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری اعضای کمیته های بیمارستانی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کل بیمارستان | دبیر کمیته های بیمارستانی | مستندات | - | | |
| ۲ | بازنگری آیین نامه کمیته های بیمارستانی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کل بیمارستان | دبیر کمیته های بیمارستانی | مستندات | - | | |
| ۳ | ابلاغ آیین نامه کمیته های بیمارستانی به کلیه بخش ها و واحدها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کل بیمارستان | دبیر کمیته های بیمارستانی | مستندات | - | | |
| ۴ | تدوین برنامه سالیانه کمیته های بیمارستانی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کل بیمارستان | دبیر کمیته های بیمارستانی | مستندات | - | | |
| ۵ | ابلاغ برنامه سالیانه کمیته ها به کلیه بخش ها و واحدها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کل بیمارستان | دبیر کمیته های بیمارستانی | مستندات | - | | |
| ۶ | تشکیل جلسه براساس برنامه تنظیمی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر کمیته های بیمارستانی | مستندات | - | | |
| ۷ | تکمیل فرم ارزیابی کیفی کمیته های بیمارستانی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | اندازه گیری شاخص کیفی کمیته ها و طرح در کمیته پایش و سنجش بصورت فصلی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|--|------------------|----------------|
| | $\frac{\text{امتیاز کسب شده براساس چک لیست شماره ۳}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۳}} \times 100$ | ۸۹.۵٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : بهبود کیفیت امور مدیریتی از ۸۸/۵٪ فعلی بمیزان ۸۹/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : ساماندهی سیستم رسیدگی به شکایات کارکنان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری فرآیند رسیدگی به شکایات کارکنان | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان مرکز | مسئول رسیدگی به شکایات- دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۲ | تشکیل جلسه هماهنگی جهت ساماندهی به شکایات کارکنان | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان مرکز | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۳ | ثبت شکایات واصله از طرف کارکنان | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۴ | تعیین و پایش شکایات کارکنان | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۵ | تحلیل و اولویت بندی شکایات واصله کارکنان | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | مسئول رسیدگی به شکایات- دفتر بهبود | مشاهدات | - | | |
| ۶ | طرح در کمیته های مرتبط | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۷ | پیگیری اقدامات اصلاحی مصوب | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | مسئول رسیدگی به شکایات | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------|------------------------------|------------------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : بهبود کیفیت امور مدیریتی از ۸۸/۵٪ فعلی بمیزان ۸۹/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : ساماندهی مدیریت بحران در راستای افزایش میزان آمادگی بیمارستان در حوادث غیر مترقبه | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری اعضای تیم ارزیابی مدیریت خطر و ابلاغ شرح وظایف | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۱۵ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی - مسئول بحران | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین برنامه آموزشی نحوه کار با خاموش کننده های دستی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۱۵ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات | - | | |
| ۳ | تهیه پمفلت و برگزاری کلاس های آموزش اطفاء حریق | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات | - | | |
| ۴ | بهسازی سیلندرهای مخازن گازهای طبی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۱۵ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۵ | دو مداره کردن برق بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۶ | انجام مانور اطفای حریق با هماهنگی سازمان آتش نشانی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۷ | نصب و راه اندازی دتکتورهای اطفاء حریق | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۸ | ساماندهی انبار بحران و تکمیل تجهیزات ضروری بحران | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۹ | تدوین برنامه عملیاتی اطفای حریق سال ۹۶ | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۵/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۱۰ | تدوین برنامه پاسخ در بحران سال ۹۶ | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۵/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۱۱ | تکمیل فایل خود ارزیابی و شناسایی مخاطرات بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۵/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بحران | مستندات/مشاهدات | - | | |
| | | عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|-----------------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : بهبود کیفیت امور مدیریتی از ۸۸/۵٪ فعلی بمیزان ۸۹/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S4 : بهره جویی از راندهای مدیریتی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل تیم راندهای مدیریتی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | بخش ها و واحدها | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین برنامه راندهای مدیریتی | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | بخش ها و واحدها | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۳ | انجام راندهای مدیریتی و ثبت موارد قابل بهبود | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدها | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۴ | تصویب اقدام اصلاحی براساس موارد قابل بهبود | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدها | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۵ | پیگیری و انجام اقدامات اصلاحی | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدها | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۶ | طرح نتایج در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش ها و واحدها | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------------|-------------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : بهبود کیفیت خدمات عمومی و پشتیبانی از ۸۹٪ فعلی بمیزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S4 : ساماندهی انبار مواد مصرفی و دارویی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بهسازی و استاندارد سازی فضای فیزیکی انبار دارویی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مشاهدات | ۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال | | |
| ۲ | بهسازی و استانداردهای فضای فیزیکی انبار مواد مصرفی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مشاهدات | ۲۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال | | |
| ۳ | ارتقای برنامه نرم افزاری انبار دارویی و مرکزی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مشاهدات | - | | |
| ۴ | بازنگری فرآیند تحویل و تحول انبار مواد | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۵ | ساماندهی درخواست ها و حذف درخواست های کاغذی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۶ | راه اندازی سیستم گزارش گیری و انبار گردانی آنلاین | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۶/۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۷ | پایش و نظارت ماهیانه از انبارها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|--|------------------|----------------|
| میزان رعایت اصول خدمات عمومی و پشتیبانی | $\frac{\text{امتیاز کسب شده براساس چک لیست شماره ۴}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۴}} \times ۱۰۰$ | %۹۰ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | | | | | | | | هدف | |
|--|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|-------------------|----------|------------|
| O2 : بهبود کیفیت خدمات عمومی و پشتیبانی از ۸۹٪ فعلی به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | هدف کمی | |
| S2 : بهسازی فضای فیزیکی و اقامتی بیماران در مرکز | | | | | | | | استراتژی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی نقاط قابل بهبود استانداردهای مدیریت تأمین و تسهیلات | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | تصویب اقدام اصلاحی در راستای اجرای استانداردهای در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۳ | برنامه ریزی جهت انجام اقدامات بهسازی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۴ | پیگیری اقدامات در راستای بهسازی فضای فیزیکی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | ۵۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال | | |
| ۵ | طرح نتایج مصوبات در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۶ | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|-----------|------------------------------|-----------|-----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : بهبود کیفیت خدمات عمومی و پشتیبانی از ۸۹٪ فعلی به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : بهسازی و زیباسازی محوطه | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی استانداردهای محوطه براساس سنجه مدیریت تأمین و تسهیلات | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | تشکیل جلسه جهت اخذ پیشنهادات در زیباسازی محوطه | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۳ | تصویب اقدامات در راستای زیبا سازی محوطه | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۴ | تدوین برنامه جهت اجرای مصوبات | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۵ | اجرای برنامه طبق زمان بندی انجام شده | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۶ | تهیه مستندات از اقدامات در راستای زیبا سازی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۷ | ارائه گزارش به تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|------------|--|----------------|-------------|------------------|------------------------------|----------------|------------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : بهبود کیفیت خدمات عمومی و پشتیبانی از ۸۹٪ فعلی به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S4 : ساماندهی آمبولانس مرکز | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه استاندارد آمبولانس مراکز درمانی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۲ | بازنگری چک لیست کنترل آمبولانس | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۳ | ارزیابی آمبولانس از لحاظ انطباق با استاندارد | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۴ | شناسایی نقاط قابل بهبود | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۵ | تصویب اقدام اصلاحی در راستای انجام نقاط قابل بهبود | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۵/۳۱ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۶ | انجام اقدامات در راستای رفع موارد قابل بهبود | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۷ | ارزیابی منظم و تهیه گزارش از وضعیت آمبولانس | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| ۸ | طرح گزارشات در کمیته های مرتبط | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | آمبولانس مرکز | دفتر پرستاری | مستندات | - | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | | | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|------------|------------------------------|-----------------|---------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : بهبود کیفیت خدمات عمومی و پشتیبانی از ۸۹٪ فعلی بمیزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S5 : تأمین و تجهیز ملزومات مصرفی و سرمایه ای کت لب | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بررسی ملزومات مصرفی و سرمایه ای کت لب | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۱ | واحد کت لب | مسئول کت لب | مستندات | - | | |
| ۲ | شناسایی ملزومات استانداردهای مورد نیاز | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۱ | واحد کت لب | مسئول کت لب | مستندات | - | | |
| ۳ | شناسایی تجهیزات سرمایه ای مورد نیاز | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۱ | واحد کت لب | مسئول کت لب | مستندات | - | | |
| ۴ | طرح موارد در کمیته های مرتبط | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | واحد کت لب | مسئول کت لب | مستندات | - | | |
| ۵ | پیگیری تأمین ملزومات مصرفی و سرمایه ای کت لب | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | واحد کت لب | مسئول کت لب | مستندات/مشاهدات | براساس مصوبات | | |
| ۶ | نظارت بر استفاده بهینه از ملزومات مصرفی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | واحد کت لب | مسئول کت لب | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O3 : بهبود کیفیت امور مالی کاهش هزینه و افزایش درآمد از ۸۳/۲٪ فعلی بمیزان ۸۴/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : بهره جویی از مدیریت بودجه (مدیریت درآمد - هزینه) | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تدوین بودجه عملیاتی بیمارستان در کارگروه بودجه بیمارستان | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۲ | نظارت پیگیری بر حصول درآمدهای پیش بینی شده و ثبت هزینه های تحقق یافته | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۹ | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۳ | تأمین اعتبار مصوبات برنامه های عملیاتی بیمارستان | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۹ | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۴ | گزارش ادواری منابع تخصیص یافته و منابع مصرف شده به تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۹ | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۵ | تدوین گزارش نهایی صورت مغایرت منابع و مصارف بیمارستان نسبت به پیش بینی های انجام شده و مصوبات صورت گرفته | ۹۷/۱/۱ | ۹۷/۲/۱۵ | کلیه بخش ها و واحدها | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۶ | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|-------------------------------|--|------------------|----------------|
| میزان رعایت اصول در امور مالی | $\frac{\text{امتیاز کسب شده براساس چک لیست شماره ۶}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۶}} \times 100$ | ۸۴.۲٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|-----------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O3 : بهبود کیفیت امور مالی کاهش هزینه و افزایش درآمد از ۸۳/۲٪ فعلی بمیزان ۸۴/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : ارتقای فرآیندهای مالی با تمرکز بر مبنای حسابداری تعهدی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی کلیه فرآیندهای مالی در بیمارستان | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۳/۳۱ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۲ | شناسایی مبنای حسابداری تعهدی مرتبط با فرآیندهای مالی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۳/۳۱ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۳ | تعیین نحوه ثبت رویدادها و تطبیق آن براساس شیوه نامه ثبت حسابداری تعهدی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۹ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۴ | آموزش ادواری کارکنان حسابداری جهت ارتقای سطح آگاهی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۹ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۵ | تهیه و تدوین گزارشات مالی بر مبنای حسابداری تعهدی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۹ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۶ | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | | | | | | | | هدف | |
|---|--|-------------|-------------|-----------|------------------------------|-----------|--------------|----------|------------|
| O3 : بهبود کیفیت امور مالی کاهش هزینه و افزایش درآمد از ۸۳/۲٪ فعلی بمیزان ۸۴/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | هدف کمی | |
| S3 : پیاده سازی و اجرای دستورالعمل ها در راستای استقلال مالی مرکز | | | | | | | | استراتژی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | انجام مکاتبات لازم با ستاد دانشگاه جهت دریافت دستورالعمل ها و اقدامات لازم | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۲ | پیگیری جلسات توجیهی در ستاد دانشگاه | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۵/۳۱ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۳ | برگزاری جلسات توجیهی در بیمارستان با مسئولین مربوطه | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۴ | آموزش کارکنان امور مالی جهت ثبت های مختص واحدهای مستقل | ۹۶/۶/۱ | ۹۶/۱۲/۲۹ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۵ | ارائه گزارشی از روند اجرای امور مربوطه در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۰/۱ | ۹۶/۱۲/۲۹ | امور مالی | مسئول امور مالی | مستندات | - | | |
| ۶ | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------|------------------------------|-----------------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O3 : بهبود کیفیت امور مالی کاهش هزینه و افزایش درآمد از ۸۳/۲٪ فعلی بمیزان ۸۴/۲٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S4 : ارتقای مدیریت مالی دارویی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه با مسئولین مرتبط | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بخش های درمانی | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | پیگیری و نصب برنامه نرم افزاری جامع دارویی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۵/۱ | بخش های درمانی | مدیر اجرایی-مدیریت دارویی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۳ | آماده سازی بستر و پیاده سازی نرم افزار | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۱ | بخش های درمانی | مدیر اجرایی-مدیریت دارویی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۴ | استفاده از نرم افزار جامع دارویی در مرکز | ۹۶/۶/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش های درمانی | مدیریت دارویی | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۵ | تدوین گزارش از اجرای طرح | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش های درمانی | مدیریت دارویی | مستندات | - | | |
| ۶ | ارائه گزارش در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بخش های درمانی | مدیریت دارویی | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|-----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : ارتقای نظام مدیریت کارکنان از ۹۶/۶٪ فعلی بمیزان ۹۶/۸٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : ساماندهی پرونده های پرسنلی در بایگانی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | الکترونیکی نمودن دفترچه راهنمای دسترسی به پرونده های پرسنلی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مشاهدات | - | | |
| ۲ | بررسی انطباق پرونده های پرسنلی با کارکنان شاغل در مرکز | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۵/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مشاهدات | - | | |
| ۳ | بررسی دوره ای پرونده ها از لحاظ برگ شمار بودن کلیه کارکنان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۹ | کل بیمارستان | امور اداری | مشاهدات | - | | |
| ۴ | کنترل پرونده ها از نظر وجود برگه سلامت شغلی، شرح وظایف، خلاصه سوابق و ... (طبق چک لیست) | ۹۶/۶/۱ | ۹۶/۹/۳۰ | کل بیمارستان | امور اداری | مستندات | ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۵ | کنترل رعایت ویژگی های چهارگانه در پرونده های پرسنلی مسئولان و مدیران بخش ها و واحدها | ۹۶/۶/۱ | ۹۶/۹/۳۰ | کل بیمارستان | امور اداری | مستندات | ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۶ | ایجاد شرایط فیزیکی استاندارد (دما و رطوبت) در امر بایگانی پرسنلی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۹ | کل بیمارستان | امور اداری | مشاهدات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---------------------------------------|--|------------------|----------------|
| میزان رعایت استانداردهای منابع انسانی | $\frac{\text{امتیاز کسب شده براساس چک لیست}}{\text{امتیاز کل چک لیست}} \times 100$ | ۹۶/۸٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|-----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : ارتقای نظام مدیریت کارکنان از ۹۶/۶٪ فعلی بمیزان ۹۶/۸٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : فراهم سازی امکانات رفاهی در جهت تکریم ارباب رجوع | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی امکانات رفاهی مورد نیاز (تلفن همگانی-آب سردکن) | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مستندات | - | | |
| ۲ | طرح و تصویب امکانات رفاهی در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مستندات | - | | |
| ۳ | جانمایی نصب تلفن همگانی در مرکز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مستندات | - | | |
| ۴ | نصب تلفن همگانی در مرکز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مشاهدات | - | | |
| ۵ | جانمایی نصب آب سردکن در معابر بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مستندات | - | | |
| ۶ | خریداری و نصب آب سردکن در معابر بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری | مشاهدات | ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۷ | نصب و راه اندازی تلفن گویا و پست صوتی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | امور اداری-روابط عمومی | مشاهدات | ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۸ | گزارش از اقدامات انجام شده امکانات رفاهی در سال ۹۶ در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | امور اداری | مشاهدات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : ارتقای نظام مدیریت کارکنان از ۹۶/۶٪ فعلی بمیزان ۹۶/۸٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : توسعه نظام پیشنهادات و مشارکت کارکنان در دستیابی به اهداف سازمان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه با کارکنان در خصوص نظام پیشنهادات | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کارکنان | مسئول پیشنهادات | مستندات | - | | |
| ۲ | آموزش مجدد روش ثبت پیشنهادات در سامانه | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کارکنان | مسئول پیشنهادات | مستندات | - | | |
| ۳ | تکثیر و توزیع فرم پیشنهادات در بخش ها و واحدها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول پیشنهادات | مستندات | - | | |
| ۴ | تدوین برنامه سالیانه جلسات نظام پیشنهادات | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کارکنان | مسئول پیشنهادات | مستندات | - | | |
| ۵ | تشکیل جلسه براساس برنامه تنظیمی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول پیشنهادات | مستندات | - | | |
| ۶ | جمع بندی و دسته بندی پیشنهادات جهت تعیین شاخص | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول پیشنهادات | مستندات | - | | |
| ۷ | بازخورد پیشنهادات واصله به کارکنان مرتبط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول پیشنهادات | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| | | | |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------|------------------------------|------------------|----------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : ارتقای نظام مدیریت کارکنان از ۹۶/۶٪ فعلی بمیزان ۹۶/۸٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S4 : افزایش راه های ارتباطی و اطلاع رسانی بموقع دوره های آموزشی به کارکنان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه و طرح موضوع جهت اخذ راهکار | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | امور اداری | مستندات | - | | |
| ۲ | راه اندازی کانال تلگرامی کارکنان مرکز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | | امور اداری-روابط عمومی | مشاهدات | - | | |
| ۳ | راه اندازی پنل پیامکی کارکنان مرکز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | | امور اداری-روابط عمومی | مشاهدات | ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۴ | اطلاع رسانی دوره های آموزشی به ادمین کانال ارتباطی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | | امور اداری-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | درج دوره های آموزشی در کانال ارتباطی با کارکنان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | | روابط عمومی | مشاهدات | - | | |
| ۶ | اطلاع رسانی از طریق پنل پیامکی به کارکنان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | | روابط عمومی | مشاهدات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |
| | | عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------|---|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O4 : ارتقای نظام مدیریت کارکنان از ۹۶/۶٪ فعلی بمیزان ۹۶/۸٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S5 : ساماندهی نظام شکایات و انتقادات کارکنان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه توجیهی و طرح موضوع با مسئولین مرتبط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۲ | بازنگری فرآیند رسیدگی به شکایات کارکنان | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات - دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۳ | توجیه کارکنان و واحدهای مرتبط | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۴ | جمع بندی شکایات و انتقادات کارکنان | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۵ | جمع آوری اطلاعات جهت تعیین شاخص | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات | مستندات | - | | |
| ۶ | تجزیه و تحلیل شکایات و انتقادات کارکنان | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات - دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | طرح در کمیته های مرتبط | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات - دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | تصویب اقدامات اصلاحی و اجرای آن ها | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | مسئول رسیدگی به شکایات - دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------------|--|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O5 : ارتقای استانداردهای زیست محیطی (بیمارستان های سبز) از ۴۰/۱٪ فعلی بمیزان ۴۱/۱٪ تا پایان سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S1 : پیاده سازی استانداردهای بیمارستان های سبز | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | آگاهی پیمانکاران از الزامات زیست محیطی بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | مدیریت ذخیره، مصرف و دفع مواد شیمیایی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مسئول بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۳ | تهیه پیام های آموزشی در جهت حفظ محیط زیست | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بهداشت محیط | مستندات/مشاهدات | ۵۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۴ | نشر و توزیع پیام های آموزشی و اطلاع رسانی به کارکنان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مسئول بهداشت محیط | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۵ | شناسایی موارد پرخطر مصرفی به تفکیک بخش ها و واحدها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۶ | چک مرتب لوله کشی فاضلاب و خروجی ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مسئول تأسیسات | مستندات | - | | |
| ۷ | تدوین برنامه خرید ارجح زیست محیطی بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۸ | تشکیل جلسه و توجیه کارکنان تأسیسات در راستای پیاده سازی استانداردهای زیست محیطی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | مسئول تأسیسات | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسبه | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|-------------------------------------|---|------------------|----------------|
| میزان اجرای استانداردهای زیست محیطی | $\frac{\text{لیست شماره ۶}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۶}} \times ۱۰۰$ | ۴۱/۱٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------|------------------------------|------------------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O5 : ارتقای استانداردهای زیست محیطی (بیمارستان های سبز) از ۴۰/۱٪ فعلی بمیزان ۴۱/۱٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : کاهش آلاینده های زیست محیطی بیمارستانی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | طرح موارد قابل بهبود سنجش آلاینده گی محیط در کمیته مرتبط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کل بیمارستان | بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۲ | تصویب اقدام اصلاحی براساس موارد قابل بهبود | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۲/۳۱ | کل بیمارستان | بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۳ | اجرای اقدامات اصلاحی براساس مصوبات | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۴ | جمع بندی و تهیه گزارش از اقدامات انجام شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۵ | ارائه گزارش در کمیته های مرتبط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۶ | سنجش میزان آلاینده گی براساس شاخص های موجود | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| ۷ | تحلیل شاخص های اندازه گیری شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | بهداشت محیط-دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۸ | طرح نتایج تحلیل در کمیته های مرتبط | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | بهداشت محیط | مستندات | - | | |
| | | عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O6 : افزایش سرانه آموزش و توانمند سازی کارکنان غیر بالینی از ۳۲ ساعت فعلی به ۳۲/۳ ساعت تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان غیر بالینی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | اخذ نیازسنجی آموزش از کارکنان غیر بالینی در قالب PDP | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کارکنان غیر بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | اخذ نیاز سنجی آموزشی از مسئولان واحد | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان غیر بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | ارائه نیاز سنجی های انجام شده در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | کارکنان غیر بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۴ | اولویت بندی نیازهای آموزشی کارکنان غیر بالینی | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۲/۳۱ | کارکنان غیر بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | ابلاغ به سوپروایزر آموزشی جهت تدوین برنامه آموزشی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۱۵ | کارکنان غیر بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۶ | اجرای برنامه های آموزشی براساس اولویت های تعیین شده | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان غیر بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | جمع بندی و ارائه گزارش به مسئولین ذی ربط | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان غیر بالینی | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|--------------------------------|---|------------------|----------------|
| سرانه آموزش کارکنان غیر بالینی | $\frac{\text{ساعت آموزش های ارائه شده به کارکنان غیر بالینی}}{\text{تعداد کل کارکنان غیر بالینی}} \times 100$ | ۳۲.۳ ساعت | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|------------|--|----------------|-------------|------------------|------------------------------|----------------|-------------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O6 : افزایش سرانه آموزش و توانمند سازی کارکنان غیر بالینی از ۳۲ ساعت فعلی به ۳۲/۳ ساعت تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : استفاده از روش های آموزشی متنوع و کاربردی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل هسته آموزش کارکنان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۳۱ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | برگزاری جلسات هماهنگی و شناسایی مشکلات | ۹۶/۲/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | تعیین روش های آموزشی متنوع و کاربردی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۴ | اجرای روش های آموزشی تعیین شده | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۵ | نظارت بر اجرای آموزش به کارکنان | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۶ | نظرسنجی از کارکنان در خصوص آموزش های ارائه شده | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | تحلیل و بررسی نتایج آموزش به کارکنان | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۸ | طرح تحلیل های انجام شده در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان مرکز | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | | | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|------------------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O7 : ارتقای شاخص های عملکردی غیر بالینی از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : ساماندهی شبکه شاخص های عملکردی غیر بالینی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی موارد قابل ارتقای شبکه شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مستندات/ مشاهدات | - | | |
| ۲ | هماهنگی با واحد IT جهت اجرای موارد قابل بهبود | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مستندات/ مشاهدات | - | | |
| ۳ | اجرای موارد قابل ارتقاء در شبکه شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | واحد IT | مستندات/ مشاهدات | - | | |
| ۴ | توجیه مسئولین ثبت شاخص ها در شبکه در رابطه با قابلیت های شبکه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود- واحد IT | مستندات | - | | |
| ۵ | نظارت بر ثبت اطلاعات و شناسایی مشکلات شبکه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود- واحد IT | مستندات | - | | |
| ۶ | رفع مشکلات و موانع استفاده از شبکه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود- واحد IT | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------------------------------|--|------------------|----------------|
| ارتقای شاخص های عملکردی غیر بالینی | $\frac{\text{تعداد شاخص های عملکردی غیر بالینی ارتقاء یافته}}{\text{کل شاخص های عملکردی غیر بالینی}} \times 100$ | ٪۱۰ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O7 : ارتقای شاخص های عملکردی غیر بالینی از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : نظارت بر ثبت دقیق شاخص های عملکردی غیر بالینی در شبکه | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | کنترل بر صحت عملکرد شبکه ثبت شاخص های غیر بالینی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۲ | نظارت بر ثبت منظم شاخص ها در شبکه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۳ | شناسایی موارد عدم انطباق در ثبت شاخص های غیر بالینی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات/مشاهدات | - | | |
| ۴ | هماهنگی با مسئول ثبت شاخص و بررسی دلایل | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۵ | پیگیری رفع مشکلات در ثبت شاخص های غیر بالینی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | بررسی نتایج ثبت شده در شبکه و شناسایی مغایرت احتمالی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | هماهنگی با مسئول ثبت شاخص و انجام راهکار در رابطه با ثبت دقیق شاخص های غیر بالینی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G3 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|--------------------------------|-------------------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O7 : ارتقای شاخص های عملکردی غیر بالینی از صفر درصد پایه بمیزان ۱۰٪ شاخص ها تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : بررسی و تحلیل نتایج شاخص های عملکردی غیر بالینی در کمیته پایش و تیم مدیریت اجرایی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تعیین افراد جهت سنجش و ثبت شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۱۵ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۲ | راه اندازی سامانه ثبت شاخص ها | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱/۲۰ | کل بیمارستان | واحد IT | مشاهدات | - | | |
| ۳ | تشکیل جلسه با مسئولین ثبت شاخص ها در سامانه | ۹۶/۱/۲۰ | ۹۶/۲/۲۰ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۴ | ورود اطلاعات و نتایج سنجش شاخص ها در سامانه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مسئولین ثبت شاخص ها | مشاهدات | - | | |
| ۵ | تحلیل شاخص ها با مشارکت صاحبان فرآیند در فواصل تعیین شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود و صاحبان فرآیند | مستندات | - | | |
| ۶ | ارائه نتایج و تحلیل شاخص های در کمیته پایش و سنجش | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود و صاحبان فرآیند | مستندات | - | | |
| ۷ | پیشنهاد و اقدام اصلاحی جهت طرح در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود | مستندات | - | | |
| ۸ | تصویب و پیگیری اقدامات اصلاحی مصوب | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود - تیم مدیریت اجرایی | مستندات / مشاهدات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G4 : توسعه استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|--------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی از ۸۵٪ فعلی بمیزان ۸۵/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : خود ارزیابی بخش ها و واحدها (ممیزی داخلی استانداردهای اعتبار بخشی) و انجام اقدامات اصلاحی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | ارسال چک لیست خود ارزیابی به بخش ها و واحدهای هدف | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین برنامه انجام ممیزی داخلی در مرکز به تفکیک محورها | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۳ | اجرای ممیزی داخلی طبق برنامه تنظیم شده | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۴ | شناسایی نقاط قابل بهبود و طرح در کمیته های مرتبط | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۵ | تصویب اقدامات اصلاحی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | نظارت بر اجرای مصوبات | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | ارزیابی مجدد جهت اثر بخشی اقدامات اصلاحی انجام شده | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | جمع بندی نتایج ممیزی داخلی و طرح در کمیته مرتبط | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|--|---|------------------|----------------|
| درصد دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی | $\frac{\text{لیست استاندارد}}{\text{کل امتیاز استاندارد}} \times 100$ | ۸۵.۵٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G4 : توسعه استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی از ۸۵٪ فعلی بمیزان ۸۵/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : انجام بازدیدهای دوره ای | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تدوین برنامه بازدید دوره ای از بخش ها | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۲ | تأیید برنامه در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۳ | ابلاغ برنامه به بخش ها و واحدهای بیمارستان | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۴ | اجرای بازدید دوره ای طبق برنامه تنظیمی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۵ | شناسایی نقاط قابل بهبود بخش / واحد | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | تعیین شاخص و ثبت در فایل بازدید | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | ارائه گزارش در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G4 : توسعه استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان | |
|------------|---|----------------|-------------|------------------|------------------------------------|----------------|----------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی از ۸۵٪ فعلی بمیزان ۸۵/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : آموزش مباحث اعتبار بخشی به کارکنان | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه پاور پوینت آموزش مباحث اعتبار بخشی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کلیه کارکنان | دفتر بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین برنامه آموزشی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کلیه کارکنان | دفتر بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | هماهنگی با واحد آموزش جهت رزرو کلاس | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کلیه کارکنان | دفتر بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۴ | اطلاع رسانی به گروه های هدف | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کلیه کارکنان | دفتر بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | اجرای کلاس آموزشی طبق برنامه تنظیمی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کلیه کارکنان | دفتر بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی | مستندات | ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۶ | تعیین و اندازه گیری شاخص های مرتبط | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کلیه کارکنان | دفتر بهبود کیفیت- سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | | درصد اجرای هدف | | | |
| | | | | | | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G4 : توسعه استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان | |
|------------|---|----------------|-------------|------------------|------------------------------|-----------------|---------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : بهبود کیفیت امور مدیریتی از ۸۸/۵٪ فعلی بمیزان ۹۹/۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S4 : رفع مشکلات ساختاری براساس استانداردهای اعتبار بخشی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه لیست مشکلات ساختاری مرکز براساس سنجه | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۲ | طرح در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۳ | اولویت بندی مشکلات ساختاری | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۴ | زمان بندی و تصویب اقدامات اصلاحی مشکلات | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۵ | طرح در تیم حاکمیتی بیمارستان | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | اخذ مجوز و انجام اقدامات بعد از تأیید تیم حاکمیتی | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات/مشاهدات | براساس مصوبات | | |
| ۷ | ارزیابی مجدد مشکلات ساختاری | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | تدوین و ارائه گزارش اقدامات انجام شده در طول سال | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| عنوان شاخص | | فرمول محاسباتی | | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف | | | | |
| | | | | | | | | | |

| هدف | | | | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------|--|--------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| G4: توسعه استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان | | | | | | | | | |
| هدف کمی | | | | | | | | | |
| O2: دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی آموزشی از ۹۲٪ فعلی بمیزان ۹۳٪ تا پایان سال | | | | | | | | | |
| استراتژی | | | | | | | | | |
| S1: خودارزیابی مرکز براساس سنجه های اعتباربخشی آموزشی | | | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی جهت اجرای خودارزیابی | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | معاونت آموزشی مرکز | مستندات | - | | |
| ۲ | تهیه چک لیست ارزیابی | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | کارشناس اعتباربخشی آموزشی مرکز | مستندات | - | | |
| ۳ | بررسی وضعیت مرکز به تفکیک هر حوزه | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | تیم خود ارزیابی مرکز | مستندات | - | | |
| ۴ | ارائه گزارش خودارزیابی به معاون آموزشی و ریاست مرکز | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | کارشناس اعتباربخشی آموزشی مرکز | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|--|------------------|----------------|
| درصد دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی | $100 \times \frac{\text{امتیاز مکتسبه بر اساس استانداردها}}{\text{حداکثر امتیاز پیش بینی شده در استاندارد}}$ | ۹۳٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G4: توسعه استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان | |
|----------|---|-------------|-------------|--|------------------------------|-----------|----------------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2: دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی آموزشی از ۹۲٪ فعلی بمیزان ۹۳٪ تا پایان سال | |
| استراتژی | | | | | | | | S2: برگزاری جلسات اعتباربخشی آموزشی و برنامه ریزی جهت ارتقا وضعیت مرکز | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی جهت برگزاری جلسات متعدد در راستای اعتباربخشی آموزشی مرکز | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | معاونت آموزشی مرکز | مستندات | - | | |
| ۲ | برگزاری جلسات و بررسی وضعیت مرکز در حوزه/سنجه اعتباربخشی آموزشی و تصمیم گیری جهت اقدامات اصلاحی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | معاونت آموزشی مرکز | مستندات | - | | |
| ۳ | اجرای اقدامات اصلاحی مربوطه | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | معاونت آموزشی مرکز | مستندات | - | | |
| ۴ | ارائه گزارش اقدامات اجرا شده به مسؤلین مربوطه | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۶/۳۰ | کلیه بخش ها و واحدهای آموزشی بیمارستان | معاونت آموزشی مرکز | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری | | | | | | | | برنامه عملیاتی سال ۹۶ | |
|--|-------|----------------------|-----------|--------------------------------|----------|-------------|------------|---|------|
| G4: توسعه استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان | | | | | | | | هدف | |
| O2: دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی آموزشی از ۹۲٪ فعلی بمیزان ۹۳٪ تا پایان سال | | | | | | | | هدف کمی | |
| S3: برگزاری جلسات آموزشی با عنایت به سنجه های اعتباربخشی آموزشی (نظیر حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، گزارش خطا و ...) جهت فراگیران | | | | | | | | استراتژی | |
| پیشرفت کار | موانع | برآورد هزینه (منابع) | نحوه پایش | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | گروه هدف | زمان فعالیت | | شرح فعالیت | ردیف |
| | | | | | | تاریخ پایان | تاریخ شروع | | |
| | | - | مستندات | کارشناس اعتباربخشی آموزشی مرکز | فراگیران | ۹۶/۶/۳۰ | ۹۶/۱/۱۵ | بررسی سنجه های اعتباربخشی آموزشی و استخراج آیتم های مربوطه جهت برگزاری جلسات آموزشی | ۱ |
| | | - | مستندات | کارشناس اعتباربخشی آموزشی مرکز | فراگیران | ۹۶/۶/۳۰ | ۹۶/۱/۱۵ | هماهنگی با مسؤل مربوطه | ۲ |
| | | - | مستندات | مسؤل مربوطه | فراگیران | ۹۶/۶/۳۰ | ۹۶/۱/۱۵ | برگزاری جلسه و ثبت اسامی حاضرین در جلسه | ۳ |
| | | - | مصاحبه | کارشناس اعتباربخشی آموزشی مرکز | فراگیران | ۹۶/۶/۳۰ | ۹۶/۱/۱۵ | ارائه گزارش به معاون آموزشی مرکز | ۴ |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G4 : توسعه استانداردهای اعتبار بخشی در بیمارستان | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O3 : پیاده سازی استانداردهای ایده آل اعتبار بخشی از صفر درصد پایه بمیزان ۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : شناسایی و دریافت استانداردهای ایده آل اعتبار بخشی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | ممیزی داخلی سنجه های اعتبار بخشی | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین گزارش از وضعیت بیمارستان | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۳ | طرح در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۴ | تدوین گزارش نهایی جهت طرح در تیم حاکمیتی | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۵ | اخذ مجوز از تیم حاکمیتی جهت اعلام آمادگی جهت پیاده سازی | ۹۶/۵/۱ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | مکاتبه با دانشگاه و اعلام آمادگی مرکز | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۷/۳۰ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | پیگیری جهت دریافت استانداردهای ایده آل اعتبار بخشی | ۹۶/۸/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---------------------------------|--|------------------|----------------|
| درصد اجرای استانداردهای ایده آل | $\frac{\text{سنجه کسب شده براساس سنجه ایده آل}}{\text{کل امتیاز سنجه ایده آل}} \times 100$ | ۵٪ | |

| هدف | | | | | | | | G4 : ارتقای مستمر کیفیت خدمات غیر بالینی | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O3 : پیاده سازی استانداردهای ایده آل اعتبار بخشی از صفر درصد پایه بمیزان ۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : اجرای استانداردهای ایده آل اعتبار بخشی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | دریافت استانداردهای ایده آل اعتبار بخشی | ۹۶/۸/۱ | ۹۶/۹/۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۲ | مطالعه و آگاهی از سنجه های ایده آل | ۹۶/۹/۱ | ۹۶/۹/۳۰ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۳ | خودارزیابی مرکز براساس سنجه های ایده آل | ۹۶/۱۰/۱ | ۹۶/۱۱/۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۴ | شناسایی نقاط قوت و ضعف مرکز | ۹۶/۱۰/۱ | ۹۶/۱۱/۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۵ | تدوین گزارش و ارائه به تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۰/۱ | ۹۶/۱۱/۱ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | طرح گزارش در تیم حاکمیتی | ۹۶/۱۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | برنامه ریزی جهت اجرای استانداردهای اعتبار بخشی | ۹۶/۱۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دفتر بهبود کیفیت | مستندات | براساس سنجه | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|---|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O1 : اجرا و توسعه دستورالعمل های طرح تحول سلامت در بیمارستان از ۹۸/۴٪ فعلی بمیزان ۹۸/۹٪ تا پایان سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S1 : پیاده سازی اقدامات اجرایی طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری اعضای کمیته طرح تحول سلامت بیمارستان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۲ | تدوین برنامه کمیته اجرایی طرح تحول در سال ۹۶ | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۳ | تشکیل کمیته براساس برنامه تنظیمی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۴ | تصویب اقدامات در راستای اجرای بهینه طرح در مرکز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۵ | پیگیری مصوبات طبق زمان بندی انجام شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۶ | تدوین گزارش فصلی از اقدامات انجام شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۷ | ارائه بازخورد به دانشگاه در خصوص اقدامات انجام شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۸ | طرح گزارش در تیم مدیریت اجرایی و حاکمیتی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|---|------------------|----------------|
| درصد دستیابی به استانداردهای طرح تحول سلامت | $\frac{\text{چک لیست کسب شده براساس چک لیست شماره ۱۷}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۱۷}} \times ۱۰۰$ | ۹۸.۹٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|-------------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1 : اجرا و توسعه دستورالعمل های طرح تحول سلامت در بیمارستان از ۹۸/۴٪ فعلی بمیزان ۹۸/۹٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل های طرح تحول سلامت | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بررسی دستورالعمل های رسیده از دانشگاه در کمیته طرح تحول | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۲ | تصویب اقدامات در اجرای دستورالعمل های رسیده | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۳ | نظارت بر اجرای دستورالعمل های طرح تحول | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | براساس دستورالعمل | | |
| ۴ | تدوین گزارش فصلی از میزان اجرای دستورالعمل ها | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۵ | طرح گزارش در تیم مدیریت اجرایی بصورت فصلی | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۶ | جمع بندی و طرح گزارش در تیم حاکمیتی مرکز | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۷ | ارائه بازخورد به دانشگاه براساس اجرای دستورالعمل ها | ۹۶/۱۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | دبیر طرح تحول سلامت | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | | |
|----------|---|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|---|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O2 : ارتقای خرید تجهیزات و امکانات با کمک خیرین و سازمان های مردم نهاد از ۲۰۰ میلیون ریال فعلی به ۳۰۰ میلیون ریال در سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S1 : ساماندهی کمک های خیرین و سرمایه های مردمی در بیمارستان | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | بازنگری اعضای کارگروه خیرین در مرکز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | خیرین | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | تعیین نماینده مرکز جهت تعامل با خیرین | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | خیرین | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۳ | تدوین برنامه سالیانه کارگروه خیرین در سال ۹۶ | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۴ | تجمیع و تدوین گزارش از کمک های خیرین بصورت فصلی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۵ | طرح گزارشات در جلسات خیرین | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۶ | انجام اقدامات اصلاحی در صورت نیاز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۷ | جمع بندی و گزارش سالیانه خیرین در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۸ | طرح گزارش خیرین در تیم حاکمیتی در انتهای سال | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|---|------------------|----------------|
| میزان مبالغ خرید تجهیزات و امکانات به کمک خیرین | جمع مبالغ پرداخت شده خیرین جهت ارتقای تجهیزات و امکانات به ریال | ۳۰۰ میلیون ریال | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | |
|----------|--|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای خرید تجهیزات و امکانات با کمک خیرین و سازمان های مردم نهاد از ۲۰۰ میلیون ریال فعلی به ۳۰۰ میلیون ریال در سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2 : شناسایی امکانات و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان و برآورد هزینه های مرتبط | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | ابلاغ به مسئولین بخش ها و واحدها در خصوص امکانات و تجهیزات مورد نیاز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | جمع بندی نظرات و نیازهای واصله از مسئولین | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۳ | تعیین هزینه و مبالغ تجهیزات و امکانات مورد نیاز | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۴ | تهیه لیست امکانات و تجهیزات در جداول ریالی جداگانه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۴/۳۱ | کل بیمارستان | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۵ | به روز رسانی فصلی لیست امکانات و تجهیزات | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۶ | تدوین گزارش و جمع بندی لیست در انتهای سال | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۷ | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | |
|----------|---|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|--------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O2 : ارتقای خرید تجهیزات و امکانات با کمک خیرین و سازمان های مردم نهاد از ۲۰۰ میلیون ریال فعلی به ۳۰۰ میلیون ریال در سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S3 : شناسایی و تعامل با خیرین سلامت | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی خیرین سلامت در سطح استان | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۲ | مکاتبه و اعلام آمادگی مرکز در خصوص جذب کمک ها | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۳ | تدوین گزارش از اقدامات و خدمات انجام شده در مرکز | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۴ | تشکیل جلسه و ایجاد تعامل با خیرین سلامت | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۶/۱ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۵ | ارائه لیست و اقدامات مورد نیاز به همراه هزینه های مرتبط | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۶/۱ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۶ | جمع بندی اقدامات انجام شده جهت طرح در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۷ | جمع بندی و طرح اقدامات انجام شده در تیم حاکمیتی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | خیرین | نماینده خیرین مرکز | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | | |
|----------|---|-------------|-------------|----------|------------------------------|-----------|--|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O3 : توسعه نظام آموزش خود مراقبتی به بیماران قلبی از ۱۲٪ فعلی بمیزان ۱۴٪ تا پایان سال ۹۶ | | |
| استراتژی | | | | | | | S1 : ساماندهی و ارتقاء اثر بخشی آموزش حضوری به بیمار | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی نیازهای آموزشی بیماران در سال ۹۶ | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | اولویت بندی نیازهای آموزشی بیماران | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | تهیه پمفلت آموزشی براساس نیاز بیماران | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | سوپروایزر آموزشی | مشاهدات | ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۴ | تدوین برنامه آموزش حضوری به بیمار | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | ارائه پمفلت و آموزش چهره به چهره بیمار | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۶ | نظر سنجی از بیماران در خصوص آموزش های ارائه شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | جمع بندی و تعیین شاخص جهت آموزش های ارائه شده | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|-----------------------------|--|------------------|----------------|
| درصد بیماران آموزش دیده شده | $\frac{\text{تعداد بیماران آموزش داده شده در یک دوره زمانی}}{\text{تعداد کل بیماران بستری در همان دوره زمانی}} \times 100$ | %۱۴ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------------|----------|------------------------------------|-----------------|-----------------|-------|------------|
| G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | | | | | | | | | |
| هدف کمی | | | | | | | | | |
| O3 : توسعه نظام آموزش خود مراقبتی به بیماران قلبی از ۱۲٪ فعلی بمیزان ۱۴٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | | |
| استراتژی | | | | | | | | | |
| S2 : استفاده از امکانات سمعی و بصری در راستای آموزش به بیماران | | | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه فیلم و اسلایدهای آموزشی بیماران | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | مسئول روابط عمومی | مشاهدات | ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۲ | ایجاد شرایط سخت افزاری آموزش به بیماران | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | مسئول روابط عمومی | مشاهدات/مستندات | ۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۳ | فراهم سازی امکانات نرم افزاری آموزش به بیماران | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | مسئول روابط عمومی | مشاهدات/مستندات | ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال | | |
| ۴ | راه اندازی آموزش سمعی و بصری به بیماران | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۴/۳۱ | بیماران | مسئول روابط عمومی | مشاهدات/مستندات | - | | |
| ۵ | نظر سنجی از بیماران از آموزش های ارائه شده | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول روابط عمومی-دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۶ | تدوین گزارش از نظر سنجی انجام شده | ۹۶/۴/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول روابط عمومی-دفتر بهبود کیفیت | مستندات | - | | |
| ۷ | ارائه گزارش در تیم مدیریت اجرایی در انتهای سال | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | مسئول روابط عمومی | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------|----------|-----------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | | | | | | | | | |
| هدف کمی | | | | | | | | | |
| O4 : پیاده سازی برنامه ارتقای سلامت بیمارستانی (HPH) با تمرکز بر بیماران و کارکنان از ۳۳/۳٪ فعلی به ۳۶/۳٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | | |
| استراتژی | | | | | | | | | |
| S1 : تدوین و اجرای برنامه ارتقای سلامت بیماران در بیمارستان | | | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه کارشناسی جهت تدوین برنامه ارتقای سلامت بیماران | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۲ | طرح نتایج پایش برنامه ارتقای سلامت بیماران در سال ۹۵ | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۳ | بررسی چک لیست بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۴ | بررسی چک لیست استانداردهای ارتقاء دهنده سلامت بیماران | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۵ | تدوین برنامه ارتقای سلامت بیماران در سال ۹۶ | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۶ | تصویب برنامه ارتقای سلامت بیماران در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۷ | تصویب برنامه ارتقای در تیم حاکمیتی و ابلاغ به بخش ها | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |
| ۸ | پایش و تحلیل برنامه بصورت فصلی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | بیماران | دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|--|------------------|----------------|
| درصد پیاده سازی استانداردهای بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت | $\frac{\text{امتیاز کسب شده براساس چک لیست شماره ۱۴}}{\text{کل امتیاز چک لیست شماره ۱۴}} \times ۱۰۰$ | ۳۶.۳٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|----------|---------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | | | | | | | | | |
| هدف کمی | | | | | | | | | |
| O4 : پیاده سازی برنامه ارتقای سلامت بیمارستانی (HPH) با تمرکز بر بیماران و کارکنان از ۳۳/۳٪ فعلی به ۳۶/۳٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | | |
| استراتژی | | | | | | | | | |
| S2 : تدوین و اجرای برنامه ارتقای سلامت کارکنان در بیمارستان | | | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه کارشناسی جهت تدوین برنامه ارتقای سلامت کارکنان | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۲ | طرح نتایج پایش برنامه ارتقای سلامت کارکنان در سال ۹۵ | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۳ | بررسی چک لیست بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۴ | بررسی چک لیست استانداردهای ارتقاء دهنده سلامت کارکنان | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۵ | تدوین برنامه ارتقای سلامت کارکنان در سال ۹۶ | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۶ | تصویب برنامه ارتقای سلامت کارکنان در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۷ | تصویب برنامه ارتقای سلامت کارکنان در تیم حاکمیتی و ابلاغ به بخش ها | ۹۶/۳/۱ | ۹۶/۳/۳۱ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |
| ۸ | پایش و تحلیل برنامه بصورت فصلی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارکنان | دفتر بهبود کیفیت-بهداشت حرفه ای | مستندات | - | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G5 : بسط و دسترسی عادلانه خدمات سلامت در بیمارستان | |
|----------|---|-------------|-------------|--------------|------------------------------|-----------|-----------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O5 : توسعه خدمات جدید درمانی بمیزان یک خدمت تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1 : شناسایی مکان و تجهیز و راه اندازی خدمت جدید | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | شناسایی با قابلیت های خدمات جدید قابل ارائه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۳/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۲ | اخذ مجوز از مراجع ذیصلاح دانشگاه | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۳ | تأمین بودجه و منابع مالی | ۹۶/۱/۵ | ۹۶/۶/۳۱ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | براساس نوع خدمت | | |
| ۴ | عقد قرارداد با پیمانکاران مرتبط | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۷/۳۰ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۵ | اجرای پروژه طبق برنامه ریزی انجام شده | ۹۶/۸/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۶ | گزارش نتایج راه اندازی خدمت جدید در تیم مدیریت اجرایی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۷ | گزارش نتایج راه اندازی خدمت جدید در تیم حاکمیتی | ۹۶/۱۲/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کل بیمارستان | مدیر اجرایی | مستندات | - | | |
| ۸ | | | | | | | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|-------------------------|---------------------------------|------------------|----------------|
| توسعه خدمات جدید درمانی | خدمت جدی اضافه شده در سال ۹۶ | یک خدمت جدید | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | | | |
|----------|--|---|-------------|-----------------|------------------------------|-----------|---------------------------------|-------|------------|
| هدف کمی | | O1: ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی از ۹۴.۳٪ فعلی بمیزان ۹۵٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | S1: برنامه ریزی شرکت اعضای هیات علمی در کلاس های آموزشی (ژورنال کلاب، مورتالیته کنفرانس، Morning Report، Cat Conference، Text Review) | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تشکیل جلسه توجیهی برای اعضاء هیأت علمی جهت تدوین برنامه آموزشی سال تحصیلی جدید | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | ۴۵۰۰۰۰ ریال جهت جلسات (سالیانه) | | |
| ۲ | تدوین برنامه آموزشی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۳ | هماهنگی با اساتید جهت برگزاری کلاس های آموزشی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۴ | برگزاری کلاس های آموزشی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | اعضاء هیأت علمی | مستندات | | | |
| ۵ | ثبت مستندات برگزاری کلاس های آموزشی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۶ | صدور گواهی فعالیت آموزشی اعضاء هیأت علمی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه | مستندات | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|--|--|------------------|----------------|
| درصد ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی اساتید | $\frac{\text{مجموع امتیاز منبای عملکرد آموزش اساتید}}{100} \times 100$ امتیاز ایده آل | ۹۵٪ | |

- منبای عملکرد آموزشی اساتید از مجموع امتیاز های زیر حاصل می شود: (۱) میانگین عملکرد آموزشی اعضای هیأت علمی گروه بر اساس ارزیابی فراگیران در سیستم سما (از ۵)، میانگین نمره ارزیابی مدیر گروه از اساتید بر اساس پرسشنامه (از ۵)، میانگین نمره ارزیابی معاون آموزشی از اساتید بر اساس پرسشنامه (از ۵)
- امتیاز ایده آل ۱۵ در نظر گرفته شد.

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | |
|----------|---|-------------|-------------|-----------------|------------------------------|-----------|----------------------|---|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O1: ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی از ۹۴.۳٪ فعلی بمیزان ۹۵٪ تا پایان سال ۹۶ | |
| استراتژی | | | | | | | | S2: برنامه ریزی شرکت اعضاء هیأت علمی در کنفرانس‌های کشوری و بین المللی | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | اطلاع رسانی کنفرانس‌های کشوری و بین المللی به اعضاء هیأت علمی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مسئول امور هیأت علمی | مستندات | | | |
| ۲ | هماهنگی با مدیر گروه جهت شرکت در کنفرانس‌ها | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | اعضاء هیأت علمی | مستندات | | | |
| ۳ | ارائه برگه مرخصی و گواهی شرکت در کنفرانس‌ها به آموزش | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | اعضاء هیأت علمی | مستندات | | | |
| ۴ | ارسال برگ مرخصی به دانشکده | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مسئول آموزش | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | |
|------|--|-------------|-------------|---|------------------------------|-----------|----------------------------------|--|------------|
| | | هدف کمی | | O1: ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی از ۹۴.۳٪ فعلی بمیزان ۹۵٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | S3: برنامه ریزی کنفرانس‌های آموزشی اعضای هیأت علمی جهت متخصصین، پزشکان عمومی و کادر پرستاری | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | پیشنهاد برگزاری دوره‌های آموزشی در کمیته فرعی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | به ازای هر شرکت کننده ۷۰۰۰۰ ریال | | |
| ۲ | هماهنگی با معاونت آموزشی جهت برگزاری دوره های آموزشی مدون و غیر مدون | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | | | |
| ۳ | برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | | | |
| ۴ | اطلاع رسانی به اساتید و گروه هدف | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | | | |
| ۵ | برگزاری دوره های آموزشی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | | برای هر استاد برگزار کننده ۲۵۰۰۰۰ ریال به ازای هر ساعت | |
| ۶ | نظرسنجی از اساتید | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | | | |
| ۷ | ارزیابی و اثربخشی دوره برگزار شده | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | | | |
| ۸ | صدور گواهی برای اساتید و اعضای شرکت کننده | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیات علمی، متخصصین، پزشکان عمومی، کادر پرستاری | سوپروایزر آموزشی | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | |
|------|--|-------------|-------------|---|-------------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| | | هدف کمی | | O1: ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی از ۹۴.۳٪ فعلی بمیزان ۹۵٪ تا پایان سال ۹۶ | | | |
| | | استراتژی | | S4: مشارکت تهیه بانک سوالات مقاطع دستیاری، کارورزی و کارآموزی | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی و هماهنگی جهت برگزاری جلسات طرح سؤال | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | ۴۵۰۰۰۰ ریال نظریات جلسات (سالانه) |
| ۲ | برگزاری جلسات طرح سؤال | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | |
| ۳ | بررسی سؤالات در گروه | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و اعضاء هیأت علمی | مستندات | |
| ۴ | ارائه سؤالات به کارشناس آموزشی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | اعضاء هیأت علمی | مستندات | |
| ۵ | تایپ سؤالات | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | کارشناسان آموزش | مستندات | |
| ۶ | بررسی سوالات | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | اعضاء هیأت ممتحنه گروه و واحد H-EDO | مصاحبه | |
| ۷ | ارائه به دانشکده به صورت محرمانه | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | هیأت ممتحنه گروه | مستندات | |
| ۸ | بایگانی سؤالات در آرشیو سؤالات گروه | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مسؤل آموزش | مستندات | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | | | |
|----------|--|--|-------------|-----------------|-------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| هدف کمی | | O1: ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی از ۹۴.۳٪ فعلی بمیزان ۹۵٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | S5: نظارت بر فعالیت های آموزشی و ارزشیابی اساتید (نظیر: تکمیل شناسنامه سؤال، لاگ بوک، Dops و Mini-CEX، تکمیل طرح دوره و طرح درس و ...) توسط واحد H-EDO | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | ارائه فرم شناسنامه سؤال به اساتید جهت طرح سؤالات مقاطع مختلف | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | کارشناس H-EDO و کارشناس آموزش | مستندات | لوازم تحریر و اداری | | |
| ۲ | بررسی شناسنامه سؤالات و ارائه فیدبک به اساتید | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | مدیر و کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۳ | بازنگری لاگ بوک | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | مدیر H-EDO و کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۴ | بررسی روند تکمیل لاگ بوک و فرم های DOPS و Mini-CEX | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۵ | ارائه طرح دوره ها و طرح درس ها به اساتید و ارائه مشاوره جهت تکمیل فرم های مربوطه | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۶ | برگزاری جلسات بررسی طرح دوره ها و طرح درس های اساتید | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | مدیر و کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۷ | ارائه گزارش فرم ها به معاون آموزشی بیمارستان و دانشکده پزشکی | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۸ | تهیه گزارش عملکرد سالانه و ارائه به دانشکده پزشکی | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۳۰ | اعضاء هیأت علمی | کارشناس H-EDO | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | |
|------|---|-------------|-------------|---|------------------------------|-----------|--------------------------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | O1: ارتقای کیفیت عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی از ۹۴.۳٪ فعلی بمیزان ۹۵٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | S6: نظارت بر فعالیتهای آموزشی اعضای هیأت علمی توسط مدیر گروه قلب و عروق | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برگزاری جلسات متعدد با اساتید | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه | مستندات | ۴۵۰۰۰۰ ریال جهت جلسات (سالانه) | | |
| ۲ | دریافت نظرات دانشجویان مقاطع مختلف در مورد فعالیت های آموزشی اعضای هیأت علمی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۳ | حضور در کلاس های آموزشی تشکیل شده برای دانشجویان جهت مشاهده مستقیم عملکرد آموزشی اساتید | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه | مستندات | | | |
| ۴ | ارائه فیدبک به اعضای هیات علمی بر اساس اطلاعات به دست آمده از مراحل قبل | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه و کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۵ | تکمیل فرم ارزیابی عملکرد آموزشی اعضای هیات علمی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی | مدیر گروه | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | |
|--|---|-------------|-------------|----------|--|-----------|--------------------------------------|---------------|
| G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | | | | |
| هدف کمی | | | | | | | | |
| O2 : ارتقای کیفیت آموزشی دستیاران از ۸۶.۶۶٪ فعلی بمیزان ۸۹.۶۶٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | |
| استراتژی | | | | | | | | |
| S1 : بازنگری کوریکولوم آموزشی دستیاران | | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی و هماهنگی جهت برگزاری جلسات بررسی کوریکولوم آموزشی دستیاران | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۷/۱۵ | دستیاران | مدیر گروه، دستیاران و کارشناس آموزش | مستندات | ۴۵۰۰۰۰ ریال جهت جلسات (سالانه) | |
| ۲ | تشکیل جلسات بررسی کوریکولوم آموزشی دستیاران | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۷/۱۵ | دستیاران | مدیر گروه، اعضاء هیأت علمی، دستیاران و کارشناس آموزش | مستندات | | |
| ۳ | تهیه گزارش جلسه و ارائه به دانشکده | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۷/۱۵ | دستیاران | کارشناس آموزش | مستندات | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|------------------------------------|---|------------------|----------------|
| درصد قبولی دستیاران در آزمون ارتقا | $\frac{\text{تعداد دستیاران قبول شده در آزمون ارتقا}}{\text{تعداد کل دستیاران شرکت کننده در آزمون}} \times 100$ | ۸۹.۶۶٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | | | هدف | | | | | |
|---|-------|--|-----------|--|----------|-------------|-------------|--|------|
| G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | | | | | |
| | | | | هدف کمی | | | | | |
| O2: ارتقای کیفیت آموزشی دستیاران از ۸۶.۶۶٪ فعلی بمیزان ۸۹.۶۶٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | | | |
| | | | | استراتژی | | | | | |
| S2: برگزاری آزمون‌های دوره‌ای در قالب امتحانات پره ارتقا، ارتقا و آسکی | | | | | | | | | |
| پیشرفت کار | موانع | برآورد هزینه (منابع) | نحوه پایش | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | گروه هدف | زمان فعالیت | | شرح فعالیت | ردیف |
| | | | | | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | |
| | | لوازم تحریر و اداری (کامپیوتر، CD و ...) | مستندات | کارشناس آموزش | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | اطلاع رسانی زمان برگزاری آزمون‌های کتبی | ۱ |
| | | | مستندات | گروه قلب و عروق | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | برگزاری آزمون کتبی | ۲ |
| | | | مستندات | مدیر گروه | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | تعیین سرفصل‌های آزمون آسکی | ۳ |
| | | | مستندات | اعضاء هیأت علمی | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | طراحی سؤالات آزمون آسکی | ۴ |
| | | | مستندات | کارشناس آموزش و مسول واحد سمعی-بصری گروه | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | آماده سازی سؤالات آزمون آسکی (تایپ و آماده سازی پاورپوینت) | ۵ |
| | | | مستندات | کارشناس آموزش | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | اطلاع رسانی زمان برگزاری آسکی | ۶ |
| | | | مستندات | گروه قلب و عروق | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | برگزاری آسکی | ۷ |
| | | | مستندات | کارشناس آموزش | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | دریافت اعتراضات و انتقادهای دستیاران | ۸ |
| | | | مستندات | گروه قلب و عروق | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | بررسی اعتراضات | ۹ |
| | | | مستندات | کارشناس آموزش | دستیاران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۲۹ | اعلام نمره نهایی | ۱۰ |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | |
|------|---|-------------|-------------|---|------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | O2: ارتقای کیفیت آموزشی دستیاران از ۸۶.۶۶٪ فعلی بمیزان ۸۹.۶۶٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | S3: نظارت بر نحوه آموزش دستیاران سطوح پایین تر توسط دستیاران مقاطع بالاتر و اتند مربوطه | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه دستورالعمل چگونگی نظارت بر نحوه آموزش دستیاران | ۹۶/۱۱/۲۹ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | گروه آموزشی و کارشناس H-EDO | مستندات | بستن پرونده ها | | |
| ۲ | ارائه چک لیست نظارت به دستیاران و اتند | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | کارشناس H-EDO | مستندات | | | |
| ۳ | تحويل چک لیست تکمیل شده به کارشناس H-EDO | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | دستیاران و اتند مربوطه | مستندات | | | |
| ۴ | تهیه گزارش و ارائه به مدیر گروه | ۹۶/۱۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | کارشناس H-EDO | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | | | |
|----------|---|--|-------------|----------|---------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| هدف کمی | | O3: ارتقای روند ارائه خدمات توسط دستیاران از ۸۲.۳۳٪ فعلی بمیزان ۸۴.۸۳٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | S1: بهبود ارائه خدمات درمانی (درمانگاهی، اورژانس، خدمات بستری) و پاراکلینیکی (آنژیوگرافی، اکو مری، تست ورزش، درمانگاه اکو، درمانگاه) | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی جهت حضور دستیاران در بخش های مذکور | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | گروه قلب و عروق | مستندات | لوازم تحریر و اداری | | |
| ۲ | تهیه شرح وظایف دستیاران در بخش های مذکور | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | مدیر گروه | مستندات | | | |
| ۳ | اطلاع رسانی وظایف دستیاران در بخش های مذکور برای آنان | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۴ | برگزاری جلسات توجیهی جهت دستیاران | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۵ | انتخاب دستیار ارشد به عنوان دستیار ناظر | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | مدیر گروه | مستندات | | | |
| ۶ | ارائه خدمات مشاوره ای | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | اتند مربوطه و دستیاران سال بالا | مستندات | | | |
| ۷ | برگزاری کلاس ها و راندهای آموزشی جهت Share کردن تجارب | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | اعضاء هیأت علمی و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۸ | سنجش مهارت ها و خدمات ارائه شده با لاگ بوک | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | دستیاران | گروه قلب و عروق | مستندات | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---------------------------------------|---|------------------|----------------|
| درصد ارتقای روند ارائه خدمات دستیاران | $100 \times \frac{\text{میانگین نمره لاگ بوک دستیاران}}{\text{نمره ایده آل}}$ | ۸۴.۸۳٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | |
|----------|---|-------------|-------------|----------------------|--|-----------|--|-------|------------|
| هدف کمی | | | | | | | O4: ارتقای کیفیت آموزشی کارورزان و کارآموزان از ۱۰۰٪ فعلی به میزان ۱۰۰ تا پایان سال ۹۶ (حفظ وضعیت موجود) | | |
| استراتژی | | | | | | | S1: بازنگری کوریکولوم آموزشی کارورزان و کارآموزان | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی و هماهنگی جهت برگزاری جلسات بررسی کوریکولوم آموزشی کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۷/۱ | ۹۶/۷/۱۵ | کارورزان و کارآموزان | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | جلسات (سالیانه) ۴۵۰۰۰ ریال جهت | | |
| ۲ | تشکیل جلسات بررسی کوریکولوم آموزشی کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۷/۱۵ | ۹۶/۸/۱۵ | کارورزان و کارآموزان | مدیر گروه، اعضاء هیأت علمی و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۳ | تهیه گزارش جلسه و ارائه به دانشکده | ۹۶/۸/۱۵ | ۹۶/۸/۲۲ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---------------------|--|------------------|----------------|
| درصد قبولی فراگیران | $100 \times \frac{\text{تعداد فراگیران قبول شده در آزمون پایان دوره}}{\text{تعداد کل فراگیران آن دوره}}$ | ۱۰۰٪ | |

منظور از فراگیران، کارآموزان و کارورزان می باشد.

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | |
|------|--|-------------|-------------|--|------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | O4: ارتقای کیفیت آموزشی کارورزان و کارآموزان از ۱۰۰٪ فعلی به میزان ۱۰۰ تا پایان سال ۹۶ (حفظ وضعیت موجود) | | | | | |
| | | استراتژی | | S2: برگزاری کلاس‌های آموزشی | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی آموزشی کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | - | | |
| ۲ | اعلام برنامه تدوین شده به کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | - | | |
| ۳ | نظارت بر حضور و غیاب کارورزان و کارآموزان در کلاس‌های آموزشی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | - | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | |
|------|------------------------------|-------------|-------------|--|---------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | O4: ارتقای کیفیت آموزشی کارورزان و کارآموزان از ۱۰۰٪ فعلی به میزان ۱۰۰ تا پایان سال ۹۶ (حفظ وضعیت موجود) | | | | | |
| | | استراتژی | | S3: برگزاری آزمون در انتها دوره | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | دریافت سؤال از اتند | ۹۶/۱/۲۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | لوازم تحریر و اداری | | |
| ۲ | تایپ و تصحیح سؤالات | ۹۶/۱/۲۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش و اعضاء هیأت علمی | مستندات | | | |
| ۳ | برگزاری آزمون | ۹۶/۱/۲۹ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | اعضاء هیأت علمی و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۴ | اعلام نتایج به دانشکده پزشکی | ۹۶/۱/۲۹ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | | |
|------|---|-------------|-------------|--|------------------------------|-----------|---------------------------------|-------|------------|--|
| | | هدف کمی | | O4: ارتقای کیفیت آموزشی کارورزان و کارآموزان از ۱۰۰٪ فعلی به میزان ۱۰۰ تا پایان سال ۹۶ (حفظ وضعیت موجود) | | | | | | |
| | | استراتژی | | S4: نظارت بر نحوه آموزش کارورزان و کارآموزان توسط دستیاران | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار | |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | | |
| ۱ | توجیه نمودن دستیاران نسبت به نظارت بر نحوه آموزش کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | ۴۵۰ ریال جهت جاساز سایانه | | | |
| ۲ | ارائه چک لیست نظارت به دستیاران | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | | | | |
| ۳ | تحويل چک لیست تکمیل شده به کارشناس آموزش | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | دستیارانو اتند مربوطه | مستندات | | | | |
| ۴ | تهیه گزارش و ارائه به مدیر گروه | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | | | | | | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | |
|----------|--|-------------|-------------|----------------------|---------------------------------|-----------|----------------------|--|------------|
| هدف کمی | | | | | | | | O5: ارتقای روند ارائه خدمات توسط کارورزان و کارآموزان از ۹۷.۸۶٪ فعلی بمیزان ۹۸٪ تا پایان سال ۹۵ | |
| استراتژی | | | | | | | | S1: بهبود ارائه خدمات درمانی (درمانگاهی، اورژانس، خدمات بستری) و پاراکلینیکی (آنژیوگرافی، اکو مری، تست ورزش، درمانگاه اکو، درمانگاه) | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | برنامه ریزی جهت حضور کارورزان و کارآموزان در بخش های مذکور | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | گروه قلب و عروق | مستندات | لوازم تحریر و اداری | | |
| ۲ | تهیه شرح وظایف کارورزان و کارآموزان در بخش های مذکور | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | مدیر گروه | مستندات | | | |
| ۳ | اطلاع رسانی وظایف کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۴ | برگزاری جلسات توجیهی جهت کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | مدیر گروه و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۵ | نظارت بر عملکرد کارورزان و کارآموزان | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | مدیر گروه | مستندات | | | |
| ۶ | ارائه خدمات مشاوره ای | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | اتند مربوطه و دستیاران سال بالا | مستندات | | | |
| ۷ | برگزاری کلاس ها و راندهای آموزشی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | اعضاء هیأت علمی و کارشناس آموزش | مستندات | | | |
| ۸ | سنجش مهارت ها و خدمات ارائه شده با لاگ بوک | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | کارورزان و کارآموزان | گروه قلب و عروق | مستندات | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|--|------------------|----------------|
| درصد ارتقا روند ارائه خدمات توسط فراگیران | $100 \times \frac{\text{میانگین نمره لاک بوک فراگیران (از ۲)}}{\text{امتیاز ایده آل (۲)}}$ | ۹۸٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | | | | | | |
|------|--|---|-------------|----------|------------------------------|-----------|--|-------|------------|
| | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | | | |
| | | هدف کمی | | | | | | | |
| | | O6 : ارتقای کیفیت امکانات رفاهی، سخت افزار و نرم افزار های آموزشی - پژوهشی از ۶۷٪ فعلی بمیزان ۶۸٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| | | استراتژی | | | | | | | |
| | | S1 : ساماندهی وضعیت پايون‌ها | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۲ | دریافت نیازها و درخواست های فراگیران | ۹۶/۱۵/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | فراگیران | مسؤل پايون | مستندات | پس از دریافت درخواست ها قابل برآورد خواهد بود. | | |
| ۳ | بررسی نیازها و درخواست های فراگیران | ۹۶/۱۵/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | فراگیران | معاون آموزشی و مسؤل پايون | مستندات | | | |
| ۴ | پیگیری درخواست ها و امکانات مورد نیاز فراگیران | ۹۶/۱۵/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | فراگیران | معاون آموزشی و مسؤل پايون | مستندات | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---|--|------------------|----------------|
| درصد امتیاز مکتسبه براساس فرم ارزیابی درونی " امکانات و تسهیلات رفاهی " | $100 \times \frac{\text{مجموع امتیاز مکتسبه در فرم}}{\text{امتیاز ایده آل}}$ | ۶۸٪ | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | |
|------------|-------|----------------------|-----------|--|------------------------|-------------|-------------|---|------|
| | | هدف کمی | | O6: ارتقای کیفیت امکانات رفاهی، سخت افزار و نرم افزار های آموزشی - پژوهشی از ۶۷٪ فعلی بمیزان ۶۸٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | S2: طراحی نرم افزار رجیستری پژوهشی | | | | | |
| پیشرفت کار | موانع | برآورد هزینه (منابع) | نحوه پایش | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | گروه هدف | زمان فعالیت | | شرح فعالیت | ردیف |
| | | | | | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | |
| | | _____ | مستندات | مرکز تحقیقات قلب | معاونت آموزشی و پژوهشی | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | هماهنگی با واحد IT جهت تدوین نرم افزار | ۱ |
| | | | مستندات | مرکز تحقیقات قلب | معاونت آموزشی و پژوهشی | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | برنامه ریزی و برگزاری جلسات متعدد جهت دریافت نظرات اساتید | ۲ |
| | | | مستندات | مرکز تحقیقات قلب | معاونت آموزشی و پژوهشی | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | تصحیح نرم افزار براساس نظرات دریافت شده | ۳ |
| | | | مستندات | مرکز تحقیقات قلب | معاونت آموزشی و پژوهشی | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱ | نهایی شدن نرم افزار و اجرای آن | ۴ |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | G6: ارتقای کیفیت خدمات آموزشی بیمارستان | | | | | |
|------|---|-------------|-------------|--|-------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| | | هدف کمی | | O6: ارتقای کیفیت امکانات رفاهی، سخت افزار و نرم افزار های آموزشی - پژوهشی از ۶۷٪ فعلی بمیزان ۶۸٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | |
| | | استراتژی | | S3: استفاده از پکس جهت آموزش فراگیران | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | هماهنگی با مدیریت جهت تجهیز نمودن بخش ها و واحد های آموزشی به پکس | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | معاون آموزشی و مسؤل سمعی بصری | - | | | |
| ۲ | مجهز شدن واحد ها به پکس | ۹۵/۱/۱ | ۹۵/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | معاون آموزشی و مسؤل سمعی بصری | مستندات | | | |
| ۳ | استفاده اساتید و فراگیران از پکس در کنفرانس ها و کلاس های آموزشی | ۹۵/۱/۱ | ۹۵/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | معاون آموزشی و مسؤل سمعی بصری | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G7: ارتقای فعالیت‌های پژوهشی بیمارستان | | | | | | | |
|----------|---|--|-------------|------------------------|------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| هدف کمی | | O1: ارتقای فعالیت‌های پژوهشی از ۶۶/۶۶٪ فعلی بمیزان ۶۷٪ تا پایان سال ۹۶ | | | | | | | |
| استراتژی | | S1: استفاده از نتایج پژوهش‌های کاربردی در مرکز تحقیقات | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | ارائه نتایج تحقیقات صورت گرفته در قالب مقاله به مرکز تحقیقات (در صورت تمایل محققین) | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | محققین | مستندات | پس از انتخاب | | |
| ۲ | تشکیل جلسه شورای پژوهشی | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | مرکز تحقیقات قلب | مستندات | طرح مربوطه | | |
| ۳ | بررسی طرح مورد نظر از نظر کاربردی بودن | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | مرکز تحقیقات قلب | مستندات | تعیین خواهد شد. | | |
| ۴ | اجرای طرح مربوطه | ۹۶/۱/۱ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | مرکز تحقیقات قلب | مستندات | | | |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|--------------------------------|---|------------------|----------------|
| میزان فعالیت‌های پژوهشی اساتید | $100 \times \frac{\text{میانگین امتیاز مبنای فعالیت‌های پژوهشی اساتید}}{\text{امتیاز ایده آل}}$ | ۶۷٪ | |

- مبنای فعالیت‌های پژوهشی بر اساس آیت‌های ارزیابی درونی که توسط دانشگاه تدوین شده است به شرح ذیل می‌باشد: سرانه تعداد طرح‌های پژوهشی مصوب مرکز در سال [به ازای هر سه عضو هیأت علمی یک طرح (۳)، به ازای هر چهار عضو هیأت علمی یک طرح (۲)، بیشتر از چهار (۱)]، تعداد مقالات چاپ شده اساتید در مجلات معتبر [به ازای هر عضو هیأت علمی یک مقاله (۳)، به ازای هر دو عضو هیأت علمی یک مقاله (۲)، سه و بیشتر از سه از (۱)]
- وضع فعلی { ۶ پایان نامه + ۱ غیر پایان نامه=۷ تعداد مقالات: ۱۹ }

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G7: ارتقای فعالیت‌های پژوهشی بیمارستان | | | | | | | |
|----------|---|--|-------------|------------------------|-----------------------------------|-----------|----------------------|-------|------------|
| هدف کمی | | O1: ارتقای فعالیت‌های پژوهشی از ۶۶/۶۶٪ فعلی بمیزان ۶۷٪ تا پایان سال ۹۵ | | | | | | | |
| استراتژی | | S2: اجرای استاندارد اخلاق پژوهش در مرکز | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه (منابع) | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | تهیه لیست استانداردهای اخلاق پژوهشی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | مدیر گروه و کارشناس آموزش و پژوهش | مستندات | بازخورد مدیر و اداری | | |
| ۲ | اطلاع رسانی به اساتید و فراگیران | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | کارشناس آموزش و پژوهش | مستندات | | | |
| ۳ | تهیه فرم مربوط به رضایت آگاهانه بیمار جهت کارهای پژوهشی | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | مدیر گروه و کارشناس آموزش و پژوهش | مستندات | | | |
| ۴ | پر کردن فرم اخلاق جهت انجام طرح تحقیقاتی (پایان نامه) | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | معاونت آموزشی و پژوهشی | مجریان طرح | مستندات | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| | | هدف | | | | | | | |
|------------|-------|--|-----------|------------------------------|----------------------------|-------------|-------------|--|------|
| | | O2: افزایش تعداد مقالات اعضای هیأت علمی و فراگیران به ازای هر عضو هیأت علمی یک مقاله تا پایان سال ۹۶ (از ۱۹ فعلی بمیزان ۲۴ تا پایان سال) | | | | | | | |
| | | استراتژی | | | | | | | |
| | | S1: برنامه ریزی جهت حضور متخصص اپیدمیولوژی و کارشناس مسلط به زبان انگلیسی در واحد پژوهش | | | | | | | |
| پیشرفت کار | موانع | برآورد هزینه (منابع) | نحوه پایش | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | گروه هدف | زمان فعالیت | | شرح فعالیت | ردیف |
| | | | | | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | |
| | | | مستندات | معاونت پژوهشی | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱۵ | ارائه درخواست به ریاست/معاونت تحقیقات جهت معرفی متخصص اپیدمیولوژی و کارشناس مربوطه | ۱ |
| | | | مستندات | معاونت پژوهشی و ریاست مرکز | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱۵ | پیگیری درخواست مذکور | ۲ |
| | | | مستندات | معاونت تحقیقات | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱۵ | معرفی متخصص اپیدمیولوژی و کارشناس مربوطه | ۳ |
| | | | مستندات | واحد پژوهش | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | ۹۶/۱۲/۲۸ | ۹۶/۱/۱۵ | برنامه ریزی جهت حضور افراد مذکور در واحد پژوهش | ۴ |

| عنوان شاخص | فرمول محاسباتی | بازه مورد انتظار | درصد اجرای هدف |
|---------------------|-------------------------------|------------------|----------------|
| تعداد مقالات اساتید | تعداد مقالات اساتید در سال ۹۶ | ۲۴ مقاله | |

* وضع موجود با عنایت به تعداد مقالات ارائه شده به این واحد تعیین گردید.

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G7: ارتقای فعالیت‌های پژوهشی بیمارستان | | | | | | | |
|----------|--|--|-------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | O2: افزایش تعداد مقالات اعضای هیأت علمی و فراگیران به ازای هر عضو هیأت علمی یک مقاله تا پایان سال ۹۶ (از ۱۹ فعلی بمیزان ۲۴ تا پایان سال) | | | | | | | |
| استراتژی | | S2: برنامه ریزی جهت حضور اساتید و فراگیران در سمینارها و همایش‌ها | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | پیگیری و دریافت اطلاعات مربوط به برگزاری سمینارها/همایش‌ها | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | کارشناس پژوهش/واحد توسعه تحقیق بالینی | مستندات | | | |
| ۲ | اطلاع رسانی تاریخ برگزاری سمینارها/همایش‌ها به اساتید و فراگیران | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | کارشناس پژوهش/واحد توسعه تحقیق بالینی | | | | |
| ۳ | حضور اساتید و فراگیران در سمینارها/همایش‌ها | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | اساتید و فراگیران | | | | |
| ۴ | ارائه گواهی شرکت به اداره آموزش | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | اساتید و فراگیران | | | | |

برنامه عملیاتی سال ۹۶

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ساری

| هدف | | G7: ارتقای فعالیت‌های پژوهشی بیمارستان | | | | | | | |
|----------|---|--|-------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------|--------------|-------|------------|
| هدف کمی | | O2: افزایش تعداد مقالات اعضای هیأت علمی و فراگیران به ازای هر عضو هیأت علمی یک مقاله تا پایان سال ۹۶ (از ۱۹ فعلی بمیزان ۲۴ تا پایان سال) | | | | | | | |
| استراتژی | | S3: فراهم نمودن تسهیلات لازم جهت چاپ مقالات | | | | | | | |
| ردیف | شرح فعالیت | زمان فعالیت | | گروه هدف | واحد یا فرد مسئول برای اجراء | نحوه پایش | برآورد هزینه | موانع | پیشرفت کار |
| | | تاریخ شروع | تاریخ پایان | | | | | | |
| ۱ | سرچ در منابع معتبر جهت یافتن لیست ژورنال های معتبر رشته | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | کارشناس پژوهش/واحد توسعه تحقیق بالینی | مستندات | | | |
| ۲ | تهیه لیست جامعی از ژورنال های معتبر به همراه Impact factor آنها | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | کارشناس پژوهش/واحد توسعه تحقیق بالینی | | | | |
| ۳ | اطلاع رسانی لیست ژورنال ها به اساتید و فراگیران جهت چاپ مقالات | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | کارشناس پژوهش/واحد توسعه تحقیق بالینی | | | | |
| ۴ | پیگیری جهت بروزرسانی لیست ژورنال ها | ۹۶/۱/۱۵ | ۹۶/۱۲/۲۸ | اعضاء هیأت علمی و فراگیران | کارشناس پژوهش/واحد توسعه تحقیق بالینی | | | | |