



**برنامه استراتژیک بیمارستان و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی  
روانپزشکی ابن سینا و دکتر حجازی  
(۱۴۰۰-۱۴۰۴)**

## فهرست

|    |                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------|
| ۳  | مقدمه .....                                                      |
| ۴  | فرآیند تدوین برنامه استراتژیک .....                              |
| ۵  | کارگروه تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۰ .....       |
| ۵  | کارگروه بازنگری اول برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۱ ..... |
| ۶  | کارگروه بازنگری دوم برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۲ ..... |
| ۶  | کارگروه بازنگری سوم برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۳ ..... |
| ۷  | معرفی بیمارستان .....                                            |
| ۸  | واژه نامه (Terminology) .....                                    |
| ۹  | افق زمانی .....                                                  |
| ۱۱ | تحلیل ذی نفعان .....                                             |
| ۱۸ | ارزیابی محیط داخلی و خارجی بیمارستان .....                       |
| ۲۵ | ماتریس داخلی و خارجی (Internal and External Matrix) .....        |
| ۲۶ | استراتژی‌های عمومی و اختصاصی .....                               |
| ۳۱ | آنالیز جدول ارزیابی و اولویت بندی اهداف .....                    |
| ۳۲ | کارت امتیاز متوازن .....                                         |
| ۴۷ | فهرست شاخص‌های عملکردی بیمارستانی سال ۱۴۰۳ .....                 |

## مقدمه

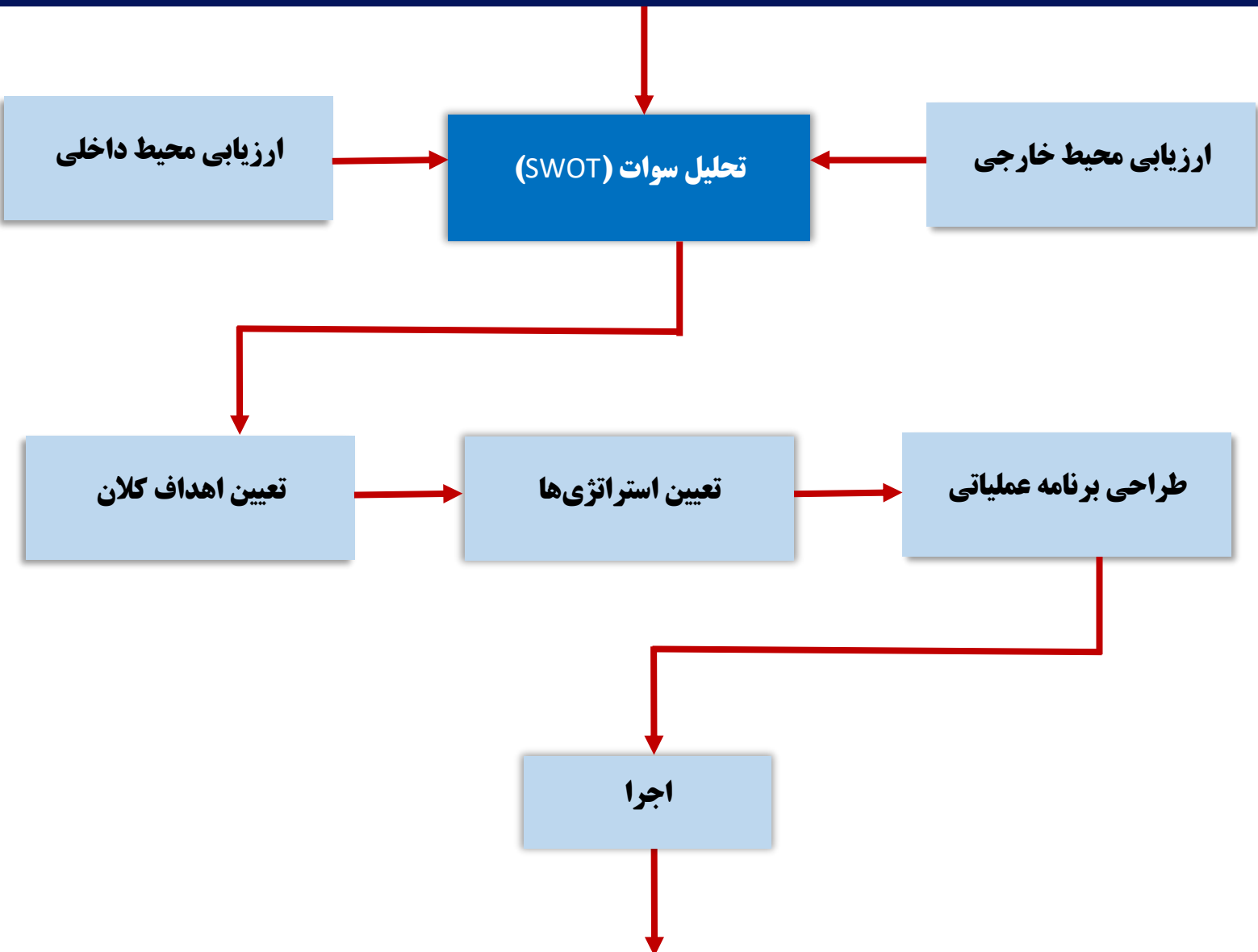
برنامه‌ریزی، اولین و مهم‌ترین رکن از ارکان چهارگانه نظام مدیریتی (برنامه‌ریزی، رهبری، سازماندهی و کنترل) در سازمان محسوب می‌شود. برنامه‌ریزی استراتژیک فرایندی است که به کمک آن، جهت کلی و پیش روی سازمان، تعیین و اقداماتی که منجر به تحقق اهداف می‌شوند، تعریف می‌گردد. این برنامه رهبران و ذی‌نفعان را گرد هم می‌آورد تا با در نظر گرفتن تغییر و تحولات و تصمیم‌گیری‌های کلان مدیریتی، برای موفقیت در محیطی متلاطم و رقابتی تلاش کنند. بیمارستان‌ها و مراکز مراقبتی و درمانی از جمله سازمان‌هایی هستند که با هدف حصول اطمینان از دسترسی مستمر به خدمات درمانی ایمن، بهبود کیفیت خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها، اقدام به تهیه برنامه استراتژیک می‌کنند. این برنامه اگر با نوآوری همراه باشد، به بیمارستان کمک می‌کند تا منابع را به شیوه موثری در جهت افزایش ارزش خدمات و تأمین نیازهای بهداشتی جامعه مدیریت کند. در حال حاضر و همزمان با پاندمی کووید-۱۹، بیمارستان و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی روان پزشکی ابن سینا و دکتر حجازی نیز همچون سایر سازمان‌ها با چالش‌هایی مواجه است. چالش‌های گذشته، اگرچه به صورت مسائل جاری در سازمان‌ها مطرح می‌شدند اما در این دوره زمانی ویژه، تاکید روزافزون بر ارائه برنامه‌های کشوری مراقبت‌های بهداشتی و تقاضای دریافت خدمات بیمارستانی از یک سو و مواجه شدن بیمارستان با شرایط محدودیت اعتبارات مالی و کاهش بودجه از سوی دیگر، لزوم تدبیر و توجه بیشتری را می‌طلبد. از این رو تلاش بر این بوده تا برنامه استراتژیک و برنامه عملیاتی سالانه هم‌سو با نیازهای زمان، به‌روزرسانی گردد.

در زمستان ۱۳۹۹ سومین برنامه استراتژیک بیمارستان برای یک دوره پنج ساله با همکاری تیم رهبری و مدیریت کیفیت، مسوولین و کارشناسان بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار تدوین گردید. به منظور کسب بازخورد از محتوا و ساختار برنامه، پیش‌نویس برنامه استراتژیک به اطلاع کارکنان محترم بیمارستان رسید. بازخوردهای حاصله بررسی و مشارکت افرادی که اظهار نظر نموده بودند، در ویراستاری نهایی برنامه استراتژیک در نظر گرفته شد. اصول زیربنایی برنامه استراتژیک، منطبق با محتوای راهنمای جامع اعتباربخشی بیمارمحور، مراقبت ایمن و موثر و حمایت از گیرنده خدمت می‌باشد. اهداف کلان در این برنامه الویت‌بندی شد و به فراخور هر هدف کلان، اهداف اختصاصی تعیین گردید. اهداف عینی، اهدافی جزئی‌تر از اهداف کلان هستند و بر اساس برنامه استراتژیک، به واحدهای مربوط ابلاغ می‌گردد. مدیریت اجرایی شدن این اهداف به عهده مسوول آن واحد و نظارت و بررسی اثربخشی هر فعالیت، بر عهده اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار است. اجرا و نظارت بر تحقق اهداف عینی، نیازمند رفتار متعهدانه و همکاری همه‌جانبه مدیران و کارکنان است. در پایان، از همه کسانی که وقت خود را صرف کمک به تدوین برنامه استراتژیک نمودند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌گردد. عملکرد کارکنان متخصص و فداکار بیمارستان، کلید موفقیت اجرای برنامه استراتژیک است. امیدواریم طی پنج سال آینده، با مشارکت و مساعدت شما همراهان در جهت تحقق اهداف برنامه استراتژیک تلاش نماییم.

اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

اردیبهشت ۱۴۰۰

## فرآیند تدوین برنامه استراتژیک



نظارت و جمع آوری بازخورد

## کارگروه تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۰

| نام و نام خانوادگی                        | پست سازمانی                              |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| دکتر علیرضا ابراهیمی                      | رییس بیمارستان                           |
| دکتر ابراهیم عبدالهیان                    | معاون آموزشی                             |
| دکتر علی ثاقبی                            | معاون درمان                              |
| دکتر حسن منفرد                            | معاون توسعه مدیریت و منابع               |
| مهندس زهره وجودی یزدی                     | رییس اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار     |
| دکتر محمد صادقی                           | مدیر پرستاری بیمارستان ابن سینا          |
| مهدی آمدنی                                | سرپرست دفتر پرستاری بیمارستان دکتر حجازی |
| سید مصطفی موسوی بزاز                      | رییس اداره منابع انسانی                  |
| جواد حسام زاده                            | رییس اداره امور مالی                     |
| کارشناسان اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار |                                          |
| مسوولین بخش‌ها و واحدها                   |                                          |

## کارگروه بازنگری اول برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۱

| نام و نام خانوادگی     | پست سازمانی                              |
|------------------------|------------------------------------------|
| دکتر علی اکبری         | رییس بیمارستان                           |
| دکتر ابراهیم عبدالهیان | معاون آموزشی                             |
| دکتر علی ثاقبی         | معاون درمان                              |
| دکتر حسن منفرد         | معاون توسعه مدیریت و منابع               |
| مهندس زهره وجودی یزدی  | رییس اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار     |
| دکتر محمد صادقی        | مدیر پرستاری بیمارستان ابن سینا          |
| مهری عبادی             | سرپرست دفتر پرستاری بیمارستان دکتر حجازی |
| سید مصطفی موسوی بزاز   | رییس اداره منابع انسانی                  |
| جواد حسام زاده         | رییس اداره امور مالی                     |
| مهندس بهار طیرانی      | مسوول واحد فناوری اطلاعات                |

## کارگروه بازنگری دوم برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۲

| نام و نام خانوادگی    | پست سازمانی                          |
|-----------------------|--------------------------------------|
| دکتر علی اکبری        | رییس بیمارستان                       |
| دکتر مائده کامرانی    | معاون آموزشی                         |
| دکتر مهدی عاقل تر     | معاون درمان                          |
| دکتر حسن منفرد        | معاون توسعه مدیریت و منابع           |
| مهندس زهره وجودی یزدی | رییس اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار |
| -                     | مدیر پرستاری                         |
| سید مصطفی موسوی بزاز  | رییس اداره منابع انسانی              |
| جواد حسام زاده        | رییس اداره امور مالی                 |
| مهندس بهار طیرانی     | مسئول واحد فناوری اطلاعات            |

## کارگروه بازنگری سوم برنامه استراتژیک بیمارستان در سال ۱۴۰۳

| نام و نام خانوادگی    | پست سازمانی                          |
|-----------------------|--------------------------------------|
| دکتر علی اکبری        | رییس بیمارستان                       |
| دکتر مائده کامرانی    | معاون آموزشی                         |
| دکتر مهدی عاقل تر     | معاون درمان                          |
| دکتر رضا ایروانی      | معاون توسعه مدیریت و منابع           |
| مهندس زهره وجودی یزدی | رییس اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار |
| دکتر علی مشکین یزد    | سرپرست مدیریت پرستاری                |
| سید مصطفی موسوی بزاز  | رییس اداره منابع انسانی              |
| جواد حسام زاده        | رییس اداره امور مالی                 |
| مهندس بهار طیرانی     | مسئول واحد فناوری اطلاعات            |



## معرفی بیمارستان

بیمارستان دکتر حجازی در سال ۱۳۲۸ به همت آقای دکتر سید موسی حجازی گشایش یافت. به علت افزایش بار بیماران روان پزشکی، بیمارستان ابن سینا فعالیت خود را در سال ۱۳۵۹ هجری شمسی تحت عنوان "مرکز جامع روانی" در محلی واقع در خیابان احمد آباد مشهد آغاز کرد. پس از آن این مرکز به مکانی دیگر واقع در میدان فردوسی مشهد انتقال یافت و تحت عنوان "بیمارستان رازی" زیر نظر سازمان تامین اجتماعی به فعالیت های خود ادامه داد. در سال ۱۳۶۷ بیمارستان رازی به محل کنونی انتقال یافت و به بیمارستان ابن سینا تغییر نام پیدا کرد.

در سال ۱۳۷۹ مرکز بهداشت روانی و روان پزشکی شفا که یکی از بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود، منحل و کلیه وظایف آن اعم از آموزشی و درمانی به بیمارستان ابن سینا محول شد. این تحول به نوبه خود مسوولیت ها و وظایف بیمارستان و مرکز آموزش روان پزشکی ابن سینا را افزایش داد. در حال حاضر بیمارستان های روان پزشکی ابن سینا و دکتر حجازی یکی از بزرگ ترین بیمارستان های روان پزشکی کشور می باشد که علاوه بر خدمات آموزشی و پژوهشی، سرویس های درمانی لازم را به گروه وسیعی از بیماران روان پزشکی بستری و سرپایی ساکن در استان های خراسان رضوی، جنوبی، شمالی و نیز سایر استان های شرق کشور ارائه می نماید.



## واژه نامه (Terminology)

رسالت (Mission): مشخص کننده فلسفه وجودی سازمان بوده و شامل اهداف، وظایف اصلی، ویژگی‌ها و ارزش‌های حاکم بر آن سازمان می باشد.

چشم‌انداز (Vision): شرایط وقوع و تحقق رسالت سازمانی را به نمایش گذاشته و باعث ایجاد انگیزش در مجموعه و دریافت کنندگان خدمات می گردد.

ارزش‌ها (Value): مجموعه قوانین ثابت و غیرمتغیری است که کل استراتژی‌ها بر مبنای آن‌ها شکل گرفته و در تمام طول زمان اجرا، با تکیه و نگاه بر آن‌ها استراتژی‌ها به اجرا گذاشته می‌شوند.

نقاط قوت (Strengths) / (S): مجموعه منابع و توانمندی‌هایی داخل سازمانی است که سازمان را در جهت نیل به اهداف خود یاری می نماید.

نقاط ضعف (Weaknesses) / (W): مجموعه‌ای از عوامل داخل سازمانی می باشد که مانع از تحقق اهداف سازمان می گردند.

فرصت‌ها (Opportunities) / (O): مجموعه ای از امکانات بالقوه خارج از سازمان که در صورت بهره‌گیری از آن‌ها توانمندی‌های سازمان افزایش خواهد یافت.

تهدیدها (Threats) / (T): مجموعه‌ای از عوامل موثر و مداخله‌گر خارج از سازمان که مانع از اجرای برنامه‌ها و تحقق اهداف سازمان می گردند.

عوامل داخلی (SW): مجموعه نقاط قوت و ضعف سازمان را عوامل داخلی می گویند.

عوامل خارجی (OT): مجموعه فرصت‌ها و تهدیدهای سازمان را عوامل خارجی می گویند.

استراتژی (Strategy): مجموعه‌ای از راه‌ها که باعث رساندن سازمان به اهداف از پیش تعیین شده خود می شوند.

استراتژی‌های SO: استراتژی‌هایی که با استفاده از نقاط قوت در جهت بهره‌گیری از فرصت‌ها تدوین می‌شوند.

استراتژی‌های ST: استراتژی‌هایی که باعث کنترل تهدیدها و یا تبدیل آن‌ها به فرصت می‌شوند.

استراتژی‌های WO: استراتژی‌هایی که جهت استفاده از فرصت‌ها و رفع کمبودها تدوین می‌شوند.

استراتژی‌های WT: استراتژی‌هایی که سازمان را در برابر تهدیدها حفظ کرده و توانمندی سازمان را جهت کنترل و یا تبدیل تهدید به فرصت افزایش می‌دهند.



## افق زمانی

بیمارستان در آینده دنبال چه چیزی خواهد بود و چه تصمیماتی در این مورد دارد؟

چشم‌انداز

جایگاه بیمارستان در جامعه چیست و با چه هدفی فعالیت می‌کند؟

رسالت

چه باورها، ارزش‌ها، آرمان‌ها، آرزوها و اولویت‌های اخلاقی بنیادی بر بیمارستان حاکم است؟

ارزش‌ها

## چشم انداز ما

کسب جایگاه برتر (یک مثبت) بیمارستان آموزشی، پژوهشی و  
درمانی روان پزشکی منطبق با استانداردهای اعتباربخشی در پنج  
سال آینده در کشور

## رسالت ما

رسالت ما در راستای سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تحقق آرمان‌های اعتباربخشی در حوزه‌های آموزشی و پژوهشی، بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیمار و ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی به مراجعین اعصاب و روان در سطح ملی، منطقه‌ای و کشورهای اسلامی می‌باشد. بیمارستان برای تحقق اهداف خود از نیروهای متخصص و مجرب، امکانات و فن آوری‌های به‌روز، بخش‌های روان پزشکی (آموزشی و درمانی، سالمندان و اطفال، جانبازان و درمان سوء مصرف مواد)، کلینیک خواب و نوار مغز، درمان‌های تحریکی مغز، سی تی اسکن، گفتار درمانی، کار درمانی، روانشناسی، مددکاری، تغذیه و رژیم درمانی و دندانپزشکی بهره می‌برد.

سیاست ما، همگانی کردن ارائه خدمات روان پزشکی در راستای رشد و بقا و ارائه خدمات مطلوب به مردم به منظور ایجاد تصویر ذهنی مثبت می‌باشد. همچنین در قبال جامعه خود را متعهد به آموزش، پیشگیری، توانبخشی و فرهنگ‌سازی سلامت اعصاب و روان می‌داند.

## ارزش‌های ما

تلاش برای خدمت‌رسانی

بیمار محوری

تعامل و همکاری با  
سایر سازمان‌ها

هم‌سویی با پژوهش‌ها  
و خدمات به‌روز  
جهانی

خدمات کم هزینه، موثر و ارزشمند

پیروی از استانداردهای آموزشی و  
درمانی کشوری

شفافیت و پاسخ‌گویی

## تحلیل ذی نفعان

ذی نفعان

مشتریان

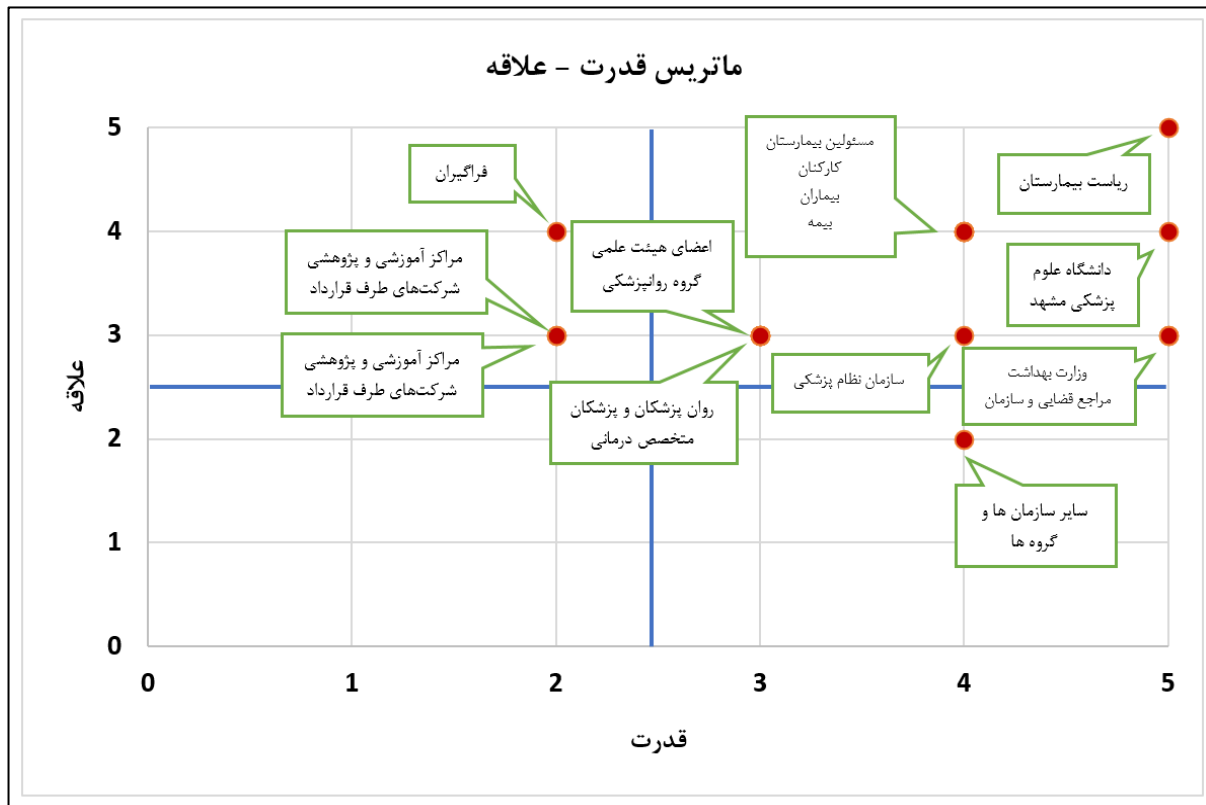
محصولات

خدمات

| خارجی | داخلی | ذی نفعان                                                                             |
|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| *     |       | وزارت بهداشت و آموزش کشور                                                            |
| *     |       | سازمان نظام پزشکی                                                                    |
| *     |       | دانشگاه علوم پزشکی مشهد                                                              |
|       | *     | ریاست بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی                                                |
|       | *     | مسئولین بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی                                              |
|       | *     | اعضای هیئت علمی گروه روانپزشکی                                                       |
|       | *     | روان پزشکان و پزشکان متخصص درمانی                                                    |
| *     |       | مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته و غیر وابسته به دانشگاه علوم                            |
| *     |       | سازمانی بهزیستی کل کشور                                                              |
|       | *     | کارکنان بالینی و غیر بالینی                                                          |
|       | *     | فراگیران (دستیاران، استاژرها، اینترن ها و دانشجویان سایر دانشگاه ها)                 |
| *     |       | مراجع قضایی و ساختارهای امنیتی                                                       |
| *     |       | خیرین و سازمان های خیریه                                                             |
| *     |       | بیماران و همراهانشان                                                                 |
| *     |       | سازمان های بیمه                                                                      |
| *     |       | شرکت های طرف قرارداد                                                                 |
| *     |       | بیمارستان ها، شبکه های بهداشت و مراکز خصوصی درمانی                                   |
| *     |       | سایر سازمان ها و گروه ها (آتش نشانی، استانداری، فرمانداری، شهرداری، ثبت احوال و ...) |
| *     |       | آستان قدس رضوی                                                                       |

| علاقه     |      |       |    |         | قدرت      |      |       |    |         | ذی نفعان                                                                             |
|-----------|------|-------|----|---------|-----------|------|-------|----|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم | خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |                                                                                      |
| ۵         | ۴    | ۳     | ۲  | ۱       | ۵         | ۴    | ۳     | ۲  | ۱       |                                                                                      |
| *         |      | *     |    |         |           |      |       |    |         | وزارت بهداشت و آموزش کشور                                                            |
|           | *    | *     |    |         |           |      |       |    |         | سازمان نظام پزشکی                                                                    |
| *         |      |       | *  |         |           |      |       |    |         | دانشگاه علوم پزشکی مشهد                                                              |
| *         |      |       |    | *       |           |      |       |    |         | ریاست بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی                                                |
|           | *    |       | *  |         |           |      |       |    |         | مسئولین بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی                                              |
|           |      | *     |    |         |           |      | *     |    |         | اعضای هیئت علمی گروه روانپزشکی                                                       |
|           |      | *     |    |         |           |      | *     |    |         | روان پزشکان و پزشکان متخصص درمانی                                                    |
|           |      | *     |    |         |           | *    |       |    |         | مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته و غیروابسته به دانشگاه علوم                             |
|           |      | *     |    |         |           |      | *     |    |         | سازمانی بهزیستی کل کشور                                                              |
|           | *    |       | *  |         |           |      |       |    |         | کارکنان بالینی و غیربالینی                                                           |
|           |      | *     | *  |         |           | *    |       |    |         | فراگیران (دستیاران، استاژرها، اینترن ها و دانشجویان سایر دانشگاه ها)                 |
| *         |      | *     |    |         |           |      |       |    |         | مراجع قضایی و ساختارهای امنیتی                                                       |
|           |      | *     |    |         |           |      | *     |    |         | خیرین و سازمان های خیریه                                                             |
|           | *    |       |    |         |           |      |       |    |         | بیماران و همراهانشان                                                                 |
|           | *    |       |    |         |           |      |       |    |         | سازمان های بیمه                                                                      |
|           |      | *     | *  |         |           |      |       |    |         | شرکت های طرف قرارداد                                                                 |
|           |      | *     |    |         |           |      | *     |    |         | بیمارستان ها، شبکه های بهداشت و مراکز خصوصی درمانی                                   |
|           |      | *     | *  |         |           |      |       |    |         | سایر سازمان ها و گروه ها (آتش نشانی، استانداری، فرمانداری، شهرداری و ثبت احوال و...) |
|           |      | *     |    |         |           |      | *     |    |         | آستان قدس رضوی                                                                       |





| ذی نفعان                  | انتظارات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | کانالهای ارتباطی                                                                                                                          | استراتژی برخورد      |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| وزارت بهداشت و آموزش کشور | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت حقوق بیماران</li> <li>ارائه آمار و اطلاعات و گزارشات مورد نیاز</li> <li>رعایت تعرفه های مصوب</li> <li>پذیرش بی قید و شرط بیماران اورژانس</li> <li>همسویی برنامه ها با استراتژی های بهداشت و درمان کشور</li> <li>رعایت بخشنامه ها و دستور العمل ها</li> </ul>                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>مکاتبات رسمی</li> <li>بازدیدهای دوره ای</li> <li>رسمی و غیررسمی</li> <li>تماس های تلفنی</li> </ul> | استراتژی مشارکت دادن |
| سازمان نظام پزشکی         | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای به موقع قوانین و بخشنامه ها</li> <li>رسیدگی به تخلفات</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>مکاتبات رسمی</li> <li>بازدیدهای دوره ای</li> <li>رسمی و غیررسمی</li> <li>تماس های تلفنی</li> </ul> | استراتژی مشارکت دادن |
| دانشگاه علوم پزشکی مشهد   | <ul style="list-style-type: none"> <li>اجرای به موقع قوانین و بخشنامه ها</li> <li>پاسخگویی مناسب به مراجعین و بیماران</li> <li>هزینه اثر بخش نمودن خدمات</li> <li>توسعه کمی و کیفی مراکز</li> <li>پاسخ به موقع برنامه ها و درخواست ها</li> <li>انضباط مالی</li> <li>حرکت در مسیر برنامه و اهداف کلان دانشگاه</li> <li>ارتقای کیفیت خدمات درمانی و آموزشی</li> <li>بسط و گسترش پژوهش های بالینی</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>مکاتبات رسمی</li> <li>بازدیدهای دوره ای</li> <li>رسمی و غیررسمی</li> <li>تماس های تلفنی</li> </ul> | استراتژی مشارکت دادن |

| ذی نفعان                                                             | انتظارات                                                                                                                                                                                     | کانال‌های ارتباطی                                                                      | استراتژی برخورد      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت استانداردهای ارائه خدمات درمانی و کسب امتیازات لازم در ارزشیابی سالانه</li> <li>اجرای دقیق پروتکل‌های درمانی</li> </ul>                         |                                                                                        |                      |
| ریاست بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>پیاپی سازی استانداردهای اعتباربخشی</li> <li>ارایه خدمات مطلوب و با کیفیت</li> <li>نظارت و پایش</li> </ul>                                             | -بازدیدهای دوره‌ای<br>-رسمی و غیررسمی<br>-تماس‌های تلفنی<br>-مکاتبات<br>-مراجعه مستقیم | استراتژی مشارکت دادن |
| مسئولین بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>احترام به نظرات</li> <li>تامین نیرو</li> <li>تامین تجهیزات</li> </ul>                                                                                 | -جلسات<br>-درون بخشی<br>-نظرسنجی<br>-کمپته‌ها<br>-سیستم پیام کوتاه<br>-تابلو اعلانات   | استراتژی مشارکت دادن |
| اعضای هیئت علمی گروه روانپزشکی                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت احترام</li> <li>اعمال نظرات</li> </ul>                                                                                                          | -مکاتبات رسمی<br>-تماس‌های تلفنی                                                       | استراتژی مشارکت دادن |
| روان پزشکان و پزشکان متخصص درمانی                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت احترام</li> <li>اعمال نظرات</li> </ul>                                                                                                          | -مکاتبات رسمی<br>-تماس‌های تلفنی                                                       | استراتژی مشارکت دادن |
| مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته و غیر وابسته به دانشگاه علوم            | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعامل در آموزش فراگیران</li> </ul>                                                                                                                    | -مکاتبات رسمی<br>-تماس‌های تلفنی                                                       | استراتژی مشارکت دادن |
| سازمانی بهزیستی کل کشور                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>تسریع در روند ارائه خدمت به بیماران تحت پوشش این سازمان</li> <li>عقد تفاهم نامه با بیمه‌های طرف قرارداد این سازمان</li> </ul>                         | -مکاتبات رسمی<br>-مراجعه مستقیم                                                        | استراتژی ایجاد رضایت |
| کارکنان بالینی و غیر بالینی                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>تسویه به موقع مطالبات</li> <li>رعایت احترام و برخورد محترمانه</li> <li>توجه به نیازها</li> </ul>                                                      | -جلسات<br>-درون بخشی<br>-نظرسنجی<br>-کمپته‌ها<br>-سیستم پیام کوتاه<br>-تابلو اعلانات   | استراتژی ایجاد رضایت |
| فراگیران (دستیاران، استاژرها، اینترن‌ها و دانشجویان سایر دانشگاه‌ها) | <ul style="list-style-type: none"> <li>امکانات رفاهی لازم جهت فراگیران</li> <li>تامین پایون</li> <li>افزایش تعداد دانشجویها با توجه به شیفتهای فشرده</li> </ul>                              | -تابلو اعلانات<br>-تماس‌های تلفنی<br>-مراجعه مستقیم                                    | استراتژی ایجاد رضایت |
| مراجع قضایی و ساختارهای امنیتی                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعامل و همکاری مناسب</li> </ul>                                                                                                                       | -مکاتبات رسمی                                                                          | استراتژی ایجاد رضایت |
| خیرین و سازمان‌های خیریه                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>تخصیص منابع اهدایی در زمینه مورد نظر</li> </ul>                                                                                                       | -مکاتبات رسمی<br>-مراجعه مستقیم                                                        | استراتژی ایجاد رضایت |
| بیماران و همراهانشان                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>خدمات پزشکی (تشخیصی، درمانی) به موقع و با کیفیت و با کمترین عوارض</li> <li>خدمات پرستاری به موقع و با کیفیت</li> <li>پذیرش سریع و محترمانه</li> </ul> | -صندوق<br>-نظرسنجی                                                                     | استراتژی آگاه‌سازی   |

| ذی نفعان                                                                             | انتظارات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | کانال‌های ارتباطی                                                                                                                                    | استراتژی برخورد      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>تامین همه خدمات تشخیصی درمانی مورد نیاز بیماران درون بیمارستان و عدم ارجاع بیماران جهت تهیه تجهیزات، تصویر برداری و غیره به خارج از بیمارستان</li> <li>تامین هتلینگ و تغذیه مناسب و با کیفیت</li> <li>نقل و انتقال کامل، صحیح و سریع بیماران</li> <li>فراگیر بودن پوشش بیمه‌ای بیمارستان (عقد قرار با کلیه سازمانهای بیمه گر دولتی و خصوصی)</li> <li>پرداخت هزینه های درمان متناسب با خدمات ارائه شده</li> <li>ترخیص آسان و سریع</li> <li>حمایت های اجتماعی - روانی توسط واحد مدد کاری</li> <li>برقراری ارتباط شایسته توسط همه اعضای کادر درمان با بیماران و اطلاع رسانی مناسب و صحیح بیماران</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-مراجعه مستقیم برای ثبت شکایات</li> <li>-تلفن ۲۴ ساعته</li> <li>-نظرسنجی</li> <li>-تابلوهای راهنما</li> </ul> |                      |
| سازمان های بیمه                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارسال به موقع اسناد ارائه خدمات</li> <li>پذیرش بی قید و شرط بیمه شدگان</li> <li>رعایت تعرفه های مصوب</li> <li>رعایت بخشنامه و مقررات سازمانهای بیمه گر</li> <li>رعایت حقوق بیماران</li> <li>ارائه خدمات مطلوب و مناسب تشخیصی درمانی به بیمه شدگان</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-مکاتبات رسمی</li> <li>-مراجعه مستقیم</li> </ul>                                                              | استراتژی مشارکت دادن |
| شرکت های طرف قرارداد                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعامل و همکاری مناسب</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>-مکاتبات رسمی</li> <li>-مراجعه مستقیم</li> </ul>                                                              | استراتژی ایجاد رضایت |
| بیمارستان ها، شبکه های بهداشت و مراکز خصوصی درمانی                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>همکاری در روند اعزام، ارجاع و بحران</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>-مکاتبات رسمی</li> <li>-مراجعه مستقیم</li> </ul>                                                              | استراتژی مشارکت دادن |
| سایر سازمان ها و گروه ها (آتش نشانی، استانداری، فرمانداری، شهرداری و ثبت احوال و...) | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت حقوق بیماران</li> <li>ارائه خدمات مطلوب به بیماران و همراهان</li> <li>کمک به ارتقای سطح سلامت جامعه</li> <li>واکسینه نمودن کارگران شاغل در امر حمل و نقل</li> <li>پسماند توسط بیمارستان (مثل هیپاتیپ B، کزاز و ...)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-مکاتبات رسمی</li> <li>-مراجعه مستقیم</li> </ul>                                                              | استراتژی ایجاد رضایت |
| آستان قدس رضوی                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت حس همجواری</li> <li>رعایت تعامل</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>-مکاتبات رسمی</li> </ul>                                                                                      | استراتژی ایجاد رضایت |

## محصولات

بهبود وضعیت سلامت روان  
بیماران اعصاب و روان

بهبود وضعیت خواب بیماران نیازمند  
خدمات تشخیصی اختلالات خواب

توانمندسازی بیماران نیازمند  
دریافت خدمات کاردرمانی

بهبود وضعیت گفتاری بیماران نیازمند  
دریافت خدمات گفتاردرمانی

افزایش مهارت‌های زندگی  
بیماران و مراجعان

آموزش و تربیت دستیاران تخصصی روانپزشکی،  
اینترن‌ها، استازرها و دانشجویان پرستاری و...

اعلام نتایج کمیسیون روانپزشکی  
به سازمان‌ها و مراجع قضایی

انتشار مجله علمی پژوهشی اصول  
بهداشت روانی

## خدمات

درمان بیماران اعصاب و روان  
بستری، سرپایی و اورژانسی

استفاده از درمان‌های تحریکی مغز

درمان بیماران با اختلالات گفتاری

ارائه خدمات کاردرمانی و  
گفتاردرمانی

ارائه خدمات مشاوره‌ای و  
روانشناختی

اجرا و تفسیر آزمون‌های  
روانشناختی

ارائه خدمات home visit

ارائه خدمات مشاوره‌ای نورولوژی

بررسی اختلالات خواب از طریق  
انجام تست PSG

برگزاری کارگاه‌های آموزشی

ارائه خدمات آزمایشگاهی

ارائه خدمات دندانپزشکی

ارائه خدمات رادیولوژی

ارائه خدمات دارویی

## مشتریان

بیماران اعصاب و روان

بیماران با اختلالات سوء مصرف مواد

بیماران با اختلالات الگوی خواب

بیماران نیازمند دریافت خدمات  
روانشناختی

بیماران نیازمند دریافت درمان‌های  
تحریکی مغز (RTMS-ECT)

بیماران نیازمند خدمات توانبخشی  
(کاردرمانی و گفتاردرمانی)

بیماران نیازمند دریافت home visit

مراجعان نیازمند به دریافت تشخیص‌های  
روانپزشکی قانونی

بیماران متهم ارجاع داده شده از  
سوی مراجع قضایی

بیماران نیازمند خدمات آزمایشگاهی

بیماران نیازمند خدمات دندانپزشکی

ارائه خدمات دارویی

بیماران نیازمند خدمات رادیولوژی

## ذی‌نفعان

وزارت بهداشت و آموزش کشور

سازمان نظام پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

ریاست بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی

مسئولین بیمارستان ابن سینا و دکتر حجازی

اعضای هیئت علمی گروه روانپزشکی

روان‌پزشکان و پزشکان متخصص درمانی

مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته و غیر  
وابسته به دانشگاه علوم

سازمانی بهزیستی کل کشور

کارکنان بالینی و غیربالینی

فراگیران (دستیاران، استازرها، اینترن‌ها و  
دانشجویان سایر دانشگاه‌ها)

مراجع قضایی و ساختارهای امنیتی

خبرین و سازمان‌های خیریه

بیماران و همراهانشان

سازمان‌های بیمه

شرکت‌های طرف قرارداد

بیمارستان‌ها، شبکه‌های بهداشت و مراکز خصوصی درمانی

سایر سازمان‌ها و گروه‌ها (آتش‌نشانی،  
استاندارداری، فرمانداری، شهرداری و ثبت احوال  
و...)

آستان قدس رضوی

## ارزیابی محیط داخلی و خارجی بیمارستان

هدف از تجزیه و تحلیل محیطی، بررسی و شناخت عواملی است که به نوعی بر فعالیت و عملکرد سازمان تأثیر می‌گذارند. این عوامل گاهی با محیط داخل سازمان ارتباط پیدا می‌کنند و گاهی به محیط خارج سازمان مربوط می‌شوند.

### ارزیابی محیط داخلی بیمارستان

ارزیابی محیط داخلی با هدف شناخت عوامل داخلی صورت می‌گیرد و شناسایی این عوامل بر فعالیت و عملکرد بیمارستان تأثیر می‌گذارد. به طور کلی این عوامل در کنترل حوزه رهبری و مدیریت کیفیت می‌باشند که از طریق تصمیم‌گیری‌های خرد جمعی می‌توانند آنها را تغییر و کنترل نمایند.

| ارزیابی محیط داخلی بیمارستان |                                                                                           | رتبه |      | ضریب اهمیت | امتیاز (ضریب * رتبه) |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|----------------------|
| نقاط قوت (Strengths) / (S)   |                                                                                           | جدی  | نسبی | ۱۰۰-۰      | ۴۰۰-۰                |
|                              |                                                                                           | ۴    | ۳    |            |                      |
| S۱                           | ارتقای نمره در نظام ارزشیابی سالیانه وزارت بهداشت (اعتباربخشی درمانی و آموزشی)            | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۲                           | حضور گروه روانپزشکی و آموزشی بودن بیمارستان                                               | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۳                           | برگزاری سمینارها و کنفرانس‌های کشوری و بین‌المللی                                         | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۴                           | روانپزشکی مشاوره - رابط                                                                   | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۵                           | مرکز خدمات سلامت جامعه نگر                                                                | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۶                           | ارائه خدمات روان‌شناختی به دانشجویان، کارکنان و سایر افراد                                | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۷                           | نوسازی بخش‌ها و واحدهای درمانی و پشتیبانی                                                 | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۸                           | برون‌سپاری خدمات غیر تخصصی همراه با نظارت داخلی                                           | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۹                           | فعالیت تخصصی واحد مشاوره تغذیه برای کلیه گروه‌های بیماران و نیز پرسنل                     | ۳    |      | ۲          | ۶                    |
| S۱۰                          | افزایش تخت‌های فعال از طریق خروج بیماران مزمن از بیمارستان                                | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۱۱                          | وجود زیرساخت‌های ثبت به موقع اطلاعات در سامانه‌های وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی مشهد | ۴    |      | ۲          | ۸                    |

| ارزیابی محیط داخلی بیمارستان |                                                                                        | رتبه |      | ضریب اهمیت | امتیاز (ضریب * رتبه) |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|----------------------|
| نقاط قوت (Strengths) / (S)   |                                                                                        | جدی  | نسبی | ۱۰۰-۰      | ۴۰۰-۰                |
|                              |                                                                                        | ۴    | ۳    |            |                      |
| S12                          | دسترسی به اینترنت پایدار با پشتیبانی دانشگاه                                           | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S13                          | امکان پایش تصویری بیمارستان                                                            | ۴    |      | ۴          | ۱۶                   |
| S14                          | به کارگیری پرسنل با اولویت تحصیلات تکمیلی، متخصص و فوق تخصص                            | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S15                          | اجرای تفاهم نامه همکاری با بیمارستان قائم جهت استریلیزاسیون ست های پانسمان             | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S16                          | ارتقای دانش و توانمندسازی پرسنل از طریق برگزاری دوره های آموزشی دانشگاه                | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S17                          | ایجاد انگیزه در کارکنان از طریق تشویق های به موقع                                      | ۳    |      | ۳          | ۹                    |
| S18                          | ارائه خدمات home visit                                                                 | ۳    |      | ۳          | ۹                    |
| S19                          | ارائه خدمات تخصصی کلینیکی و پاراکلینیکی                                                | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S20                          | ارائه فعالیت های بهداشتی با تاکید بر بهداشت روان جهت رسالت اجتماعی بیمارستان           | ۳    |      | ۲          | ۶                    |
| S21                          | حضور رابط اعتباربخشی، کنترل عفونت و آموزش به بیمار و خانواده در بخش های درمانی         | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S22                          | استقرار نظام گزارش دهی خطای پزشکی                                                      | ۳    |      | ۳          | ۹                    |
| S23                          | استقرار فرهنگ ایمنی بیمار میان پرسنل مدیریتی، اجرایی و درمانی                          | ۳    |      | ۳          | ۹                    |
| S24                          | ارائه خدمات روان شناختی از طریق همکاری با صدا و سیما                                   | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S25                          | استقرار دیدگاه جامع نگر به خطا                                                         | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S26                          | در نظر گرفتن امتیاز ویژه برای رابطین اعتباربخشی، آموزش به بیمار و رابط کنترل عفونت     | ۳    |      | ۳          | ۹                    |
| S27                          | مدیریت ضابطه مند پسماندهای بیمارستانی و اجرای احتیاط های استاندارد برای پسماندهای ویژه | ۳    |      | ۲          | ۶                    |
| S28                          | درمانگاه تخصصی روان پزشکی و نوبت دهی اینترنتی                                          | ۴    |      | ۲          | ۸                    |

| ارزیابی محیط داخلی بیمارستان |                                                                                                 | رتبه |      | ضریب اهمیت | امتیاز (ضریب * رتبه) |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|----------------------|
| نقاط قوت (Strengths) / (S)   |                                                                                                 | جدی  | نسبی | ۱۰۰-۰      | ۴۰۰-۰                |
|                              |                                                                                                 | ۴    | ۳    |            |                      |
| S۲۹                          | در نظر گرفتن یک مدد کار به عنوان نماینده شورای مشارکت‌های مردمی                                 | ۳    |      | ۲          | ۶                    |
| S۳۰                          | کنترل و مدیریت هزینه و درآمد                                                                    | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۳۱                          | اجرای ممیزی داخلی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی وزرات بهداشت                                  | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۳۲                          | تعهد به اجرای تفاهم‌نامه با دانشگاه و تفکیک هزینه‌های اعلام شده از سوی دانشگاه در ابتدای هر سال | ۳    |      | ۳          | ۹                    |
| S۳۳                          | ارائه خدمات آموزشی کلینیک پرستاری سلامت                                                         | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۳۴                          | فعالیت داوطلبانه کادر بالینی در مناسبت‌های خاص                                                  | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۳۵                          | استقرار و فعالیت مرکز تحقیقات روانپزشکی                                                         | ۴    |      | ۲          | ۸                    |
| S۳۶                          | انتقال بیماران بیمارستان دکتر حجازی به خانواده یا بهزیستی                                       | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۳۷                          | تراز مالی مثبت                                                                                  | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| S۳۸                          | ظرفیت بالقوه فضای فیزیکی بیمارستان جهت توسعه بخش‌ها                                             | ۴    |      | ۴          | ۱۶                   |
| S۳۹                          | حضور پزشک متخصص طب اورژانس روزهای زوج در شیفت عصر در بیمارستان                                  | ۴    |      | ۳          | ۱۲                   |
| جمع                          |                                                                                                 |      |      | ۱۰۰        | ۳۷۴                  |
| میانگین نقاط قوت             |                                                                                                 | ۳/۷۴ |      |            |                      |

در مقابل، نقاط ضعف عواملی هستند که به بیمارستان در دستیابی به اهداف کلان کمک نمی‌کنند. جنبه‌های منفی و درونی بیمارستان، ارزش‌های بیمارستان را کم‌رنگ می‌کند و در معرض خطر قرار می‌دهد. برای حفظ توانایی رقابت با دیگر رقبا، لازم است نقاط ضعف در زمینه‌هایی چون تخصص، مهارت و تکنولوژی شناسایی شود و مشخص گردد که در چه بخش‌هایی بهبود می‌تواند رخ دهد.



| ارزیابی محیط داخلی بیمارستان                                                                     |     | رتبه |      | ضرب اهمیت | امتیاز (ضرب * رتبه) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|------|-----------|---------------------|
| نقاط ضعف (Weaknesses) / (W)                                                                      |     | جدی  | نسبی | ۰-۱۰۰     | ۰-۲۰۰               |
|                                                                                                  |     | ۱    | ۲    |           |                     |
| وجود پست‌های بدون نیرو در بیمارستان و نیز تصرف پست‌ها توسط نیروهایی که در بیمارستان حضور ندارند. | W۱  | ۱    |      | ۴         | ۴                   |
| ضعف در ثبت و تحلیل آمارهای بیمارستانی                                                            | W۲  | ۱    |      | ۴         | ۴                   |
| تفکر جزیره‌ای بین مسوولان بخش‌ها و واحدها                                                        | W۳  | ۱    |      | ۴         | ۴                   |
| وجود کسورات پنهان                                                                                | W۴  | ۱    |      | ۳         | ۳                   |
| محدودیت در ارائه خدمات سخت افزاری و نرم افزاری کارا و باکفایت                                    | W۵  | ۲    |      | ۳         | ۶                   |
| عدم وجود فضای استاندارد بیمارستانی جهت بستری متهمین                                              | W۶  | ۲    |      | ۲         | ۴                   |
| نبود سیستم اعلام کد هوشمند در بخش‌ها                                                             | W۷  | ۲    |      | ۵         | ۱۰                  |
| عدم پایش تصویری مکان‌های حساس و حیاتی بیمارستان مثل جایگاه سوخت، مخزن آب و ...                   | W۸  | ۲    |      | ۳         | ۶                   |
| کافی نبودن تعداد آمبولانس‌های بیمارستان                                                          | W۹  | ۱    |      | ۵         | ۵                   |
| ضعف در نحوه ارزیابی عملکرد کارکنان                                                               | W۱۰ | ۲    |      | ۴         | ۸                   |
| فعالیت محدود روابط عمومی بیمارستان در جذب خیرین برای سرمایه‌گذاری در بیمارستان                   | W۱۱ | ۲    |      | ۳         | ۶                   |
| مهارت و تجربه ناکافی در مراقبت‌های جسمی بیماران اعصاب و روان                                     | W۱۲ | ۲    |      | ۳         | ۶                   |
| وجود پرونده‌های قطور و قدیمی به دلیل مراجعات مکرر بیماران و ایجاد آسیب‌های شغلی در کارکنان       | W۱۳ | ۱    |      | ۲         | ۲                   |
| خدمات رفاهی محدود برای کارکنان                                                                   | W۱۴ | ۲    |      | ۴         | ۸                   |
| مهارت ناکافی در حیطه انجام CPR                                                                   | W۱۵ | ۲    |      | ۳         | ۶                   |
| کمبود نیروهای انسانی متخصص و مجرب                                                                | W۱۶ | ۲    |      | ۳         | ۶                   |
| کمبود اعتبار مالی جهت بازسازی یا بهسازی فضاهای با اولویت ایمنی بالا                              | W۱۷ | ۱    |      | ۲         | ۲                   |
| نهادینه نبودن فرهنگ پژوهش‌های مطالعاتی و کاربردی مرتبط با ایمنی                                  | W۱۸ | ۲    |      | ۲         | ۴                   |

| ارزیابی محیط داخلی بیمارستان                   |                                                                                               | رتبه |      | ضریب اهمیت | امتیاز (ضریب * رتبه) |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|----------------------|
| نقاط ضعف (Weaknesses) / (W)                    |                                                                                               | جدی  | نسبی | ۰-۱۰۰      | ۰-۲۰۰                |
|                                                |                                                                                               | ۱    | ۲    |            |                      |
| W۱۹                                            | ضعف در اجرای استانداردهای عملکرد مبتنی بر شواهد                                               | ۲    |      | ۳          | ۶                    |
| W۲۰                                            | نامناسب بودن فضای فیزیکی و تجهیزات واحدهای اداری بیمارستان                                    | ۲    |      | ۴          | ۸                    |
| W۲۱                                            | محدود بودن منابع مالی نسبت به هزینه‌ها                                                        | ۱    |      | ۴          | ۴                    |
| W۲۲                                            | نیاز بیمارستان به اعزام بیماران به سایر مراکز درمانی جهت انجام برخی خدمات تخصصی مثل سونوگرافی | ۲    |      | ۳          | ۶                    |
| W۲۳                                            | فقدان واحد گردشگری سلامت                                                                      | ۲    |      | ۳          | ۶                    |
| W۲۴                                            | وجود نیروهای غیرمتخصص و طرحی در پست‌های HIM                                                   | ۱    |      | ۳          | ۳                    |
| W۲۵                                            | خدمات روان‌شناختی محدود به علت کمبود فضای فیزیکی در بخش‌ها                                    | ۲    |      | ۳          | ۶                    |
| W۲۶                                            | پذیرش بیمار روانپزشکی با اولویت بیماری جسمی                                                   | ۱    |      | ۶          | ۶                    |
| W۲۷                                            | هزینه‌بر بودن درمان بیماران اعزامی به مراکز جسمی                                              | ۱    |      | ۶          | ۶                    |
| W۲۸                                            | عدم قابلیت ذخیره‌سازی پایش تصویری برای مدت قابل قبول                                          | ۲    |      | ۳          | ۶                    |
| W۲۹                                            | وجود تاسیسات فرسوده بیمارستان                                                                 | ۲    |      | ۳          | ۶                    |
| جمع                                            |                                                                                               |      |      | ۱۰۰        | ۱۵۷                  |
| میانگین نقاط ضعف                               |                                                                                               |      |      | ۱/۵۷       |                      |
| میانگین نقاط قوت و ضعف                         |                                                                                               |      |      | ۲/۶۶       |                      |
| قوت‌های داخلی بیمارستان بیش از ضعف‌های آن است. |                                                                                               |      |      |            |                      |

## ارزیابی محیط خارجی بیمارستان

محیط خارجی مجموعه عواملی هستند که بر هدف و عملکرد بیمارستان اثر تعیین‌کننده‌ای دارد ولی بیمارستان بر آن کنترل چندانی ندارد. در بررسی عوامل خارجی، فرصت‌ها و تهدیدهای پیش روی بیمارستان شناسایی می‌شوند تا مدیران بتوانند با تدوین استراتژی‌های مناسب، از فرصت‌ها بهره‌جویند و اثرات عوامل تهدیدکننده را کاهش دهند.

| ارزیابی محیط خارجی بیمارستان  |                                                                                                                                      | رتبه |      | ضریب اهمیت | امتیاز (ضریب * رتبه) |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|----------------------|
| فرصت‌ها (O) / (Opportunities) |                                                                                                                                      | جدی  | نسبی | ۰-۱۰۰      | ۰-۴۰۰                |
|                               |                                                                                                                                      | ۴    | ۳    |            |                      |
| ۵۱                            | بازدیدهای اعتباربخشی درمانی بیمارستانی                                                                                               | ۴    |      | ۱۳         | ۵۲                   |
| ۵۲                            | بازدیدهای اعتباربخشی آموزشی بیمارستانی                                                                                               | ۳    |      | ۱۰         | ۳۰                   |
| ۵۳                            | نیروی انسانی متقاضی برای گذراندن دوران خدمت در بیمارستان                                                                             | ۴    |      | ۸          | ۳۲                   |
| ۵۴                            | تک تخصصی بودن بیمارستان                                                                                                              | ۴    |      | ۱۲         | ۴۸                   |
| ۵۵                            | ضریب بالای سختی کار در مراکز روان پزشکی                                                                                              | ۴    |      | ۸          | ۳۲                   |
| ۵۶                            | افزایش حمایت‌های دانشگاه از خدمات درمانی جهت ارتقای ایمنی بیمار                                                                      | ۴    |      | ۸          | ۳۲                   |
| ۵۷                            | وجود خدمات الکترونیکی در افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت                                                                              | ۴    |      | ۹          | ۳۶                   |
| ۵۸                            | افزایش متقاضیان دریافت خدمات روان‌شناختی سالمند به دلیل افزایش میانگین سنی جامعه                                                     | ۳    |      | ۵          | ۱۵                   |
| ۵۹                            | اجرای طرح پزشک خانواده                                                                                                               | ۳    |      | ۵          | ۱۵                   |
| ۵۱۰                           | وجود سیاست‌های ارتقای سلامت روان در سازمان صدا و سیما و تاثیرگذاری بر افکار عمومی                                                    | ۴    |      | ۵          | ۲۰                   |
| ۵۱۱                           | قرار گرفتن بیمارستان در منطقه جغرافیایی پرجمعیت (بر اساس نتایج نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، استان خراسان رضوی دومین استان پرجمعیت کشور است) | ۴    |      | ۱۰         | ۴۰                   |
| ۵۱۲                           | نزدیک بودن پایگاه آتش نشانی به بیمارستان                                                                                             | ۴    |      | ۷          | ۲۸                   |
| جمع                           |                                                                                                                                      |      |      | ۱۰۰        | ۳۸۰                  |
| میانگین فرصت‌ها               |                                                                                                                                      | ۳/۸۰ |      |            |                      |

تهدیدهای محیطی بیمارستان برآیند وضعیتی است که عوامل محیطی بر خلاف خواست و خارج از کنترل بیمارستان عمل می‌کنند و از این حیث باعث آشفته‌گی، خطر یا زیان می‌گردند.

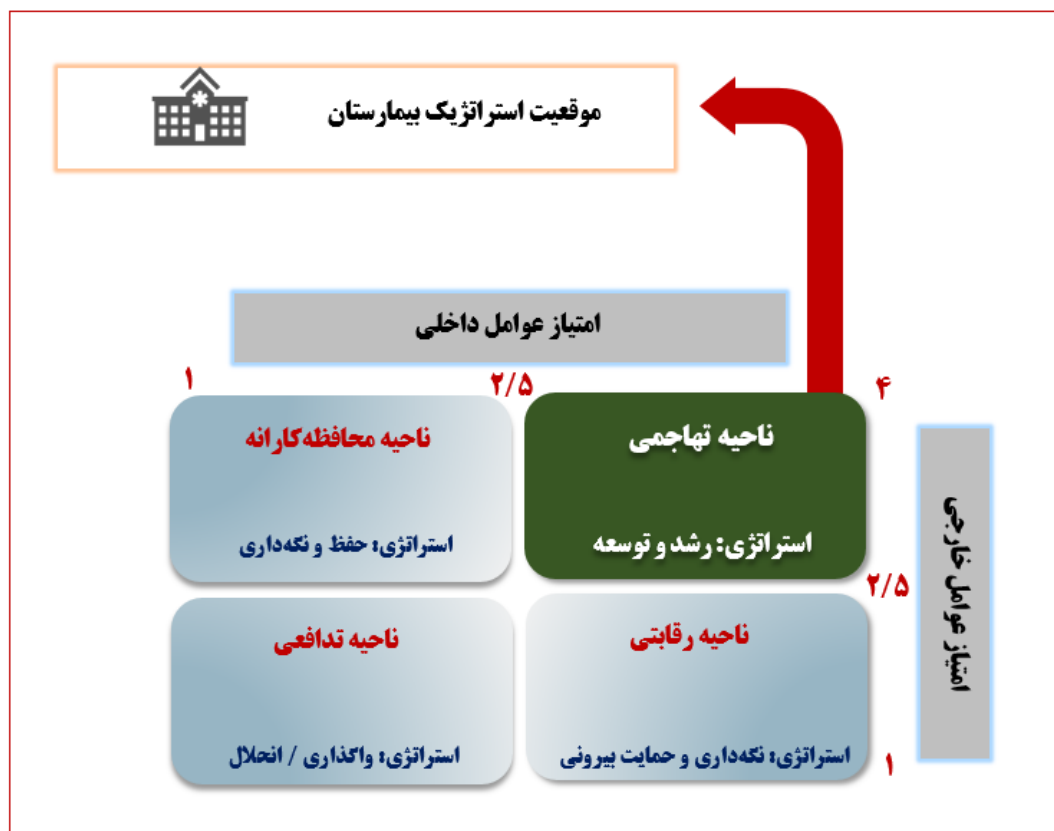
| ارزیابی محیط خارجی بیمارستان                     |                                                                                      | رتبه |      | ضرب اهمیت | امتیاز (ضرب * رتبه) |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----------|---------------------|
| تهدیدها (T) / (Threats)                          |                                                                                      | جدی  | نسبی | ۰-۱۰۰     | ۰-۲۰۰               |
|                                                  |                                                                                      | ۱    | ۲    |           |                     |
| T۱                                               | ناهماهنگی مراجع قضایی در ارتباط با بیمارستان و دخالت در امور بستری بیماران           | ۲    |      | ۴         | ۸                   |
| T۲                                               | تاخیر در بازپرداخت مطالبات بیمارستان از سوی سازمان‌های بیمه‌گر                       | ۲    |      | ۷         | ۱۴                  |
| T۳                                               | ارجاع بیماران متهم از زندان به بیمارستان و مشکلات نگهداری آن‌ها در کنار سایر بیماران | ۱    |      | ۵         | ۵                   |
| T۴                                               | نبود دستورالعمل شفاف و اجرای سلیقه‌ای کسورات بیمه‌ای                                 | ۱    |      | ۵         | ۵                   |
| T۵                                               | ایجاد مشکلات قانونی در اثر فرار بیماران                                              | ۲    |      | ۴         | ۸                   |
| T۶                                               | عدم تمایل خانواده به مراقبت از بیماران مزمن و ماندگاری طولانی آنها در بیمارستان      | ۲    |      | ۵         | ۱۰                  |
| T۷                                               | وضعیت اقتصادی نامناسب اکثریت مراجعان                                                 | ۱    |      | ۵         | ۵                   |
| T۸                                               | انطباق نداشتن چارت تشکیلات بیمارستان با نیروی انسانی موجود                           | ۲    |      | ۳         | ۶                   |
| T۹                                               | تحریم‌های سیاسی و اقتصادی                                                            | ۱    |      | ۵         | ۵                   |
| T۱۰                                              | بی ثباتی ارز در کشور                                                                 | ۱    |      | ۶         | ۶                   |
| T۱۱                                              | رها کردن پروژه‌های در حال ساخت بیمارستان به دلیل کمبود اعتبارات                      | ۱    |      | ۵         | ۵                   |
| جمع                                              |                                                                                      |      |      | ۱۰۰       | ۱۳۹                 |
| میانگین تهدیدها                                  |                                                                                      |      |      | ۱/۳۹      |                     |
| میانگین فرصت‌ها و تهدیدها                        |                                                                                      |      |      | ۲/۶۰      |                     |
| فرصت‌های خارجی بیمارستان بیش از تهدیدهای آن است. |                                                                                      |      |      |           |                     |

## ماتریس داخلی و خارجی (Internal and External Matrix)

برای تجزیه و تحلیل هم زمان عوامل داخلی و خارجی، از ماتریس داخلی و خارجی استفاده می‌شود. به کمک ماتریس داخلی و خارجی، موقعیت استراتژیک بیمارستان در محیط مشخص می‌گردد.

قرار گرفتن سازمان در هر یک از خانه‌های ماتریس داخلی و خارجی، مفاهیم راهبردی خاصی دارد. سازمانی که در ناحیه محافظه کارانه قرار گیرد، از نظر محیط خارجی از موقعیتی عالی برخوردار است ولی از نظر محیط داخلی، موقعیت خوبی ندارد. لذا انتخاب استراتژی محافظه کارانه برای این سازمان مناسب‌تر است. سازمانی که در ناحیه تهاجمی قرار دارد، از موقعیتی عالی برخوردار است و بهتر است استراتژی تهاجمی را مدنظر قرار دهد. سازمانی که در ناحیه تدافعی قرار می‌گیرد، هم از نظر محیط داخلی و هم از نظر محیط خارجی در وضعیت نامناسبی قرار دارد؛ یعنی در محیط داخلی ضعف دارد و به واسطه محیط خارجی نیز تهدید می‌شود. پس بهتر است از استراتژی‌های تدافعی استفاده نماید. استقرار یک سازمان در ناحیه رقابتی نشان می‌دهد که از نظر محیط داخلی از موقعیتی عالی برخوردار است، ولی از نظر محیط خارجی وضع مناسبی ندارد؛ لذا برای این سازمان، استراتژی رقابتی پیشنهاد می‌شود.

بیمارستان و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی روان‌پزشکی ابن سینا و دکتر حجازی به واسطه کسب امتیاز ۲/۶۶ برای ارزیابی محیط داخلی و ۲/۶۰ برای ارزیابی محیط خارجی، در ناحیه تهاجمی قرار گرفته است. بر این اساس لازم است استراتژی‌ها و اهداف استراتژیک، عمدتاً بر مبنای رشد و توسعه تعیین گردد. هم چنین ضروری است استراتژی‌های نواحی محافظه کارانه و رقابتی به جهت نزدیکی ناحیه تدافعی به مرز این دو ناحیه، مدنظر قرار گیرند.



## استراتژی‌های عمومی و اختصاصی

### (۱) استراتژی‌های تهاجمی (SO)

| هدف کلان                                | استراتژی                                          | ارزیابی محیط داخلی و خارجی                                                                 |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان | توسعه فرایندهای حفظ ایمنی                         | ۵۱۳ امکان پایش تصویری بیمارستان                                                            |
|                                         |                                                   | ۵۲۵ استقرار دیدگاه جامع‌نگر به خطا                                                         |
|                                         |                                                   | ۵۲۲ استقرار نظام گزارش‌دهی خطای پزشکی                                                      |
|                                         |                                                   | ۵۲۳ استقرار فرهنگ ایمنی بیمار میان پرسنل مدیریتی، اجرایی و درمانی                          |
|                                         |                                                   | ۵۱۲ نزدیک بودن پایگاه آتش نشانی به بیمارستان                                               |
|                                         |                                                   | ۵۰۶ افزایش حمایت‌های دانشگاه از خدمات درمانی جهت ارتقای ایمنی بیمار                        |
|                                         | رهبری و مدیریت اقدامات مرتبط با ایمنی در سطح کلان | ۵۷ نوسازی بخش‌ها و واحدهای درمانی و پشتیبانی                                               |
|                                         |                                                   | ۵۳۰ کنترل و مدیریت هزینه و درآمد                                                           |
|                                         |                                                   | ۵۱ ارتقای نمره در نظام ارزشیابی سالیانه وزارت بهداشت، (اعتباربخشی درمان و آموزشی کشور)     |
|                                         |                                                   | ۵۸ برون‌سپاری خدمات غیر تخصصی همراه با نظارت داخلی                                         |
|                                         |                                                   | ۵۲۷ مدیریت ضابطه‌مند پسماندهای بیمارستانی و اجرای احتیاط‌های استاندارد برای پسماندهای ویژه |
|                                         |                                                   | ۵۲۰ ارائه فعالیت‌های بهداشتی با تاکید بر بهداشت روان جهت رسالت اجتماعی بیمارستان           |
|                                         |                                                   | ۵۰۶ افزایش حمایت‌های دانشگاه از خدمات درمانی جهت ارتقای ایمنی بیمار                        |
|                                         |                                                   | ۵۱۵ اجرای تفاهم‌نامه همکاری با بیمارستان قائم جهت استریلیزاسیون ست‌های پانسمان             |
|                                         |                                                   | ۵۱۴ به کارگیری پرسنل با اولویت تحصیلات تکمیلی، متخصص و فوق تخصص                            |
|                                         |                                                   | ۵۱۷ ایجاد انگیزه در کارکنان از طریق تشویق‌های به موقع                                      |
|                                         |                                                   | ۵۲۶ در نظر گرفتن امتیاز ویژه برای رابطین اعتباربخشی، آموزش به بیمار و رابط کنترل عفونت     |
|                                         |                                                   | ۵۱۶ ارتقای دانش و توانمندسازی پرسنل از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی دانشگاه                |
|                                         |                                                   | ۵۱۸ ارائه خدمات home visit                                                                 |
|                                         |                                                   | ۵۰۴ تک تخصصی بودن بیمارستان                                                                |

| هدف کلان                                                                                                                             | استراتژی  | ارزیابی محیط داخلی و خارجی                                             |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                      |           | نیروی انسانی متقاضی برای گذراندن دوران خدمت در بیمارستان               | ۵۳                                                                |
|                                                                                                                                      |           | حضور رابط اعتباربخشی، کنترل عفونت و آموزش به بیمار و خانواده در بخش‌ها | ۵۲۱                                                               |
|                                                                                                                                      |           | درمانگاه تخصصی روانپزشکی و نوبت‌دهی اینترنتی                           | ۵۲۸                                                               |
|                                                                                                                                      |           | ظرفیت بالقوه فضای فیزیکی بیمارستان جهت توسعه بخش‌ها                    | ۵۳۸                                                               |
|                                                                                                                                      |           | ارائه خدمات آموزشی کلینیک پرستاری سلامت                                | ۵۳۳                                                               |
|                                                                                                                                      |           | حضور پزشک متخصص طب اورژانس روزهای زوج در شیفت عصر در بیمارستان         | ۵۳۹                                                               |
|                                                                                                                                      |           | اجرای طرح پزشک خانواده                                                 | ۵۹                                                                |
|                                                                                                                                      |           | وجود خدمات الکترونیکی در افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت                | ۵۷                                                                |
|                                                                                                                                      |           | خدمات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی روزآمد                           | ارتقای کیفیت و فرآیند ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی |
| حضور گروه روانپزشکی و آموزشی بودن بیمارستان                                                                                          | ۵۲        |                                                                        |                                                                   |
| استقرار و فعالیت مرکز تحقیقات روانپزشکی                                                                                              | ۵۳۵       |                                                                        |                                                                   |
| برگزاری سمینارها و کنفرانس‌های کشوری و بین‌المللی                                                                                    | ۵۳        |                                                                        |                                                                   |
| فعالیت تخصصی واحد مشاوره تغذیه برای کلیه گروه‌های بیماران و نیز پرسنل بیمارستان                                                      | ۵۹        |                                                                        |                                                                   |
| روانپزشکی مشاوره – رابط                                                                                                              | ۵۴        |                                                                        |                                                                   |
| ارائه خدمات تخصصی کلینیکی و پاراکلینیکی                                                                                              | ۵۱۹       |                                                                        |                                                                   |
| ارائه خدمات روان‌شناختی به دانشجویان، کارکنان و سایر افراد                                                                           | ۵۶        |                                                                        |                                                                   |
| ارائه خدمات روان‌شناختی از طریق همکاری با صدا و سیما                                                                                 | ۵۲۴       |                                                                        |                                                                   |
| تک تخصصی بودن بیمارستان                                                                                                              | ۵۴        |                                                                        |                                                                   |
| قرار گرفتن بیمارستان در منطقه جغرافیایی پرجمعیت (بر اساس نتایج نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، استان خراسان رضوی دومین استان پرجمعیت کشور است) | ۵۱۱       |                                                                        |                                                                   |
| وجود سیاست‌های ارتقای سلامت روان در سازمان صدا و سیما و تاثیرگذاری بر افکار عمومی                                                    | ۵۱۰       |                                                                        |                                                                   |
| کنترل هدفمند هزینه‌ها                                                                                                                | درآمدزایی | تراز مالی مثبت                                                         | ۵۳۷                                                               |
|                                                                                                                                      |           | افزایش تخت‌های فعال از طریق خروج بیماران مزمن از بیمارستان             | ۵۱۰                                                               |
|                                                                                                                                      |           | انتقال بیماران بیمارستان دکتر حجازی به خانواده یا بهزیستی              | ۵۳۶                                                               |

| ارزیابی محیط داخلی و خارجی                                                       | استراتژی | هدف کلان |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| افزایش متقاضیان دریافت خدمات روان‌شناختی سالمند به دلیل افزایش میانگین سنی جامعه |          | ۵۱۸      |

## (۲) استراتژی‌های محافظه کارانه (WO)

| ارزیابی محیط داخلی و خارجی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | استراتژی                                          | هدف کلان                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <p>۵۵ ضریب بالای سختی کار در مراکز روان‌پزشکی</p> <p>۷۱۴ خدمات رفاهی محدود برای کارکنان</p> <p>۷۱۲ مهارت و تجربه ناکافی در مراقبت‌های جسمی بیماران اعصاب و روان</p> <p>۷۱۵ مهارت ناکافی در حیطة انجام CPR</p> <p>۷۱۰ ضعف در نحوه ارزیابی عملکرد کارکنان</p> <p>۷۱۶ کمبود نیروهای انسانی متخصص و مجرب</p> <p>۷۲۰ نامناسب بودن فضای فیزیکی و تجهیزات واحدهای اداری بیمارستان</p> <p>۷۱ وجود پست‌های بدون نیرو در بیمارستان و نیز تصرف پست‌ها توسط نیروهایی که در بیمارستان حضور ندارند.</p> <p>۷۲۴ وجود نیروهای غیرمتخصص و طرحی در پست‌های HIM</p> | <p>تأمین زیرساخت‌های ضروری هدایت نیروی انسانی</p> | <p>ارتقای عملکرد کارکنان متناسب با استانداردهای عملکردی</p> |
| <p>۷۲۶ پذیرش بیمار روان‌پزشکی با اولویت بیماری جسمی</p> <p>۷۲۳ فقدان واحد گردشگری سلامت</p> <p>۷۲۵ خدمات روان‌شناختی محدود به علت کمبود فضای فیزیکی در بخش‌ها</p> <p>۷۸ نبود سیستم اعلام کد هوشمند در بخش‌ها</p> <p>۷۲۲ نیاز بیمارستان به اعزام بیماران به سایر مراکز درمانی جهت انجام برخی خدمات تخصصی مثل سونوگرافی</p> <p>۷۱۱ فعالیت محدود روابط عمومی بیمارستان در جذب خیرین برای سرمایه‌گذاری در بیمارستان</p> <p>۷۲۹ وجود تاسیسات فرسوده بیمارستان</p> <p>۷۱۸ نهادینه نبودن فرهنگ پژوهش‌های مطالعاتی و کاربردی مرتبط با ایمنی</p>          | <p>تأمین تسهیلات مورد نیاز بیمار</p>              | <p>افزایش رضایت‌مندی بیماران و همراهان</p>                  |
| <p>۵۱ بازدیدهای اعتباربخشی درمانی و آموزشی بیمارستانی</p> <p>۵۲ تفکر جزیره‌ای بین مسوولان بخش‌ها و واحدها</p> <p>۷۳</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>نظارت مستمر بر عملکرد واحدهای اجرایی</p>       |                                                             |



| ارزیابی محیط داخلی و خارجی                                                        | استراتژی | هدف کلان                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------|
| W19 ضعف در اجرای استانداردهای عملکرد مبتنی بر شواهد                               |          | توسعه سازوکار پایش<br>فعالیت های انجام<br>شده |
| W22 ضعف در ثبت و تحلیل آمارهای بیمارستانی                                         |          |                                               |
| W8 عدم پایش تصویری مکان های حساس و حیاتی بیمارستان مثل جایگاه سوخت، مخزن آب و ... |          |                                               |
| W28 عدم قابلیت ذخیره سازی پایش تصویری برای مدت قابل قبول                          |          |                                               |

### (۳) استراتژی های رقابتی (ST)

| ارزیابی محیط داخلی و خارجی                                                                          | استراتژی                                                   | هدف کلان                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| S31 اجرای ممیزی داخلی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی<br>وزارت بهداشت                               | رهبری و مدیریت در مواجهه با<br>چالش های برون سازمانی       | یکپارچه سازی<br>تصمیم های درون و<br>بیرون سازمانی |
| T1 ناهماهنگی مراجع قضایی در ارتباط با بیمارستان و دخالت در امور بستری بیماران                       |                                                            |                                                   |
| T3 ارجاع بیماران متهم از زندان به بیمارستان و مشکلات نگهداری آنها در کنار سایر بیماران              |                                                            |                                                   |
| S5 مرکز خدمات سلامت جامعه نگر                                                                       | توسعه زیرساخت های لازم<br>جهت دسترسی پذیری خدمات<br>درمانی | تأمین شرایط دریافت<br>خدمات مستمر و<br>همگانی     |
| S12 دسترسی به اینترنت پایدار با پشتیبانی دانشگاه                                                    |                                                            |                                                   |
| S11 وجود زیرساخت های ثبت به موقع اطلاعات در سامانه های وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی مشهد       |                                                            |                                                   |
| T11 رها کردن پروژه های در حال ساخت بیمارستان به دلیل کمبود اعتبارات                                 |                                                            |                                                   |
| S34 فعالیت داوطلبانه کادر بالینی در مناسبت های خاص                                                  |                                                            |                                                   |
| T7 وضعیت اقتصادی نامناسب اکثریت مراجعان                                                             | اصلاح سازوکارهای مالی<br>داخلی                             | کنترل هذمندا<br>هزینه ها                          |
| S32 تعهد به اجرای تفاهم نامه با دانشگاه و تفکیک هزینه های اعلام شده از سوی دانشگاه در ابتدای هر سال |                                                            |                                                   |
| T2 تاخیر در بازپرداخت مطالبات بیمارستان از سوی سازمان های بیمه گر                                   |                                                            |                                                   |
| T4 نبود دستورالعمل شفاف و اجرای سلیقه ای کسورات بیمه ای                                             |                                                            |                                                   |

(۴) استراتژی‌های تدافعی (WT)

| هدف کلان                                          | استراتژی                                 | ارزیابی محیط داخلی و خارجی                                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| یکپارچه‌سازی<br>تصمیم‌های درون و<br>بیرون سازمانی | کنترل فرآیندهای تهدیدکننده<br>منابع مالی | T۸ انطباق نداشتن چارت تشکیلات بیمارستان با نیروی انسانی موجود                      |
|                                                   |                                          | T۵ ایجاد مشکلات قانونی در اثر فرار بیماران                                         |
|                                                   |                                          | T۶ عدم تمایل خانواده به مراقبت از بیماران مزمن و ماندگاری طولانی آنها در بیمارستان |
|                                                   |                                          | W۵ محدودیت در ارائه خدمات سخت افزاری و نرم افزاری کارا و باکفایت                   |
|                                                   |                                          | W۴ وجود کسورات پنهان                                                               |
|                                                   |                                          | W۲۱ محدود بودن منابع مالی نسبت به هزینه‌ها                                         |
|                                                   |                                          | W۱۳ وجود پرونده‌های قطور و قدیمی به دلیل مراجعات مکرر بیماران                      |
|                                                   |                                          | W۲۷ هزینه‌بر بودن درمان بیماران اعزامی به مراکز جسمی                               |
| افزایش رضایت‌مندی<br>بیماران و همراهان            | تامین تسهیلات مورد نیاز بیمار            | W۶ عدم وجود فضای استاندارد بیمارستانی جهت بستری متهمین                             |
|                                                   |                                          | T۹ تحریم‌های سیاسی و اقتصادی                                                       |
|                                                   |                                          | W۱۷ کمبود اعتبار مالی جهت بازسازی یا بهسازی فضاهای با اولویت ایمنی بالا            |
|                                                   |                                          | T۱۰ بی ثباتی ارز در کشور                                                           |

## آنالیز جدول ارزیابی و اولویت بندی اهداف

اهداف برنامه استراتژیک پس از امتیازبندی در تیم رهبری و مدیریت بیمارستان، به ترتیب اولویت در جدول زیر آورده شدند.

| جمع امتیاز | معیار ارزیابی (۱۰۰-۰) |             |                  |              |       |          |            |                     | اهداف کلان                                           |
|------------|-----------------------|-------------|------------------|--------------|-------|----------|------------|---------------------|------------------------------------------------------|
|            | قابل قبول             | انعطاف پذیر | قابل اندازه گیری | برانگیزاننده | مناسب | قابل فهم | دست یافتنی | همانگ با سایر اهداف |                                                      |
| ۷۱۳/۱۳     | ۹۳/۱۳                 | ۸۳/۷۵       | ۸۶/۸۸            | ۸۸/۱۳        | ۹۰/۶۳ | ۹۳/۷۵    | ۸۸/۷۵      | ۸۸/۱۳               | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان              |
| ۷۰۲/۵۰     | ۹۳/۷۵                 | ۸۳/۷۵       | ۸۶/۲۵            | ۸۳/۱۳        | ۹۰/۶۳ | ۸۸/۷۵    | ۸۴/۳۸      | ۹۱/۸۸               | افزایش رضایت‌مندی بیماران و همراهان                  |
| ۶۹۱/۵۰     | ۹۲/۳۸                 | ۷۸/۶۳       | ۸۴/۸۸            | ۸۸/۶۳        | ۹۱/۱۳ | ۸۹/۸۸    | ۸۰/۵۰      | ۸۵/۵۰               | تامین شرایط دریافت خدمات مستمر و همگانی              |
| ۶۸۹/۳۸     | ۹۳/۱۳                 | ۸۰          | ۹۰/۶۳            | ۸۴/۳۸        | ۸۷/۵۰ | ۸۸/۱۳    | ۸۰/۶۳      | ۸۵                  | ارتقای عملکرد کارکنان متناسب با استانداردهای عملکردی |
| ۶۸۵        | ۹۰                    | ۷۹/۳۸       | ۸۸/۱۳            | ۸۶/۲۵        | ۸۶/۸۸ | ۸۴/۳۸    | ۷۹/۳۸      | ۹۰/۶۳               | خدمات آموزشی، پژوهشی، تشخیصی و درمانی روزآمد         |
| ۶۷۷/۵۰     | ۸۸/۷۵                 | ۷۶/۸۸       | ۸۷/۵۰            | ۸۲/۵۰        | ۸۷/۵۰ | ۸۸/۱۳    | ۷۸/۷۵      | ۸۷/۵۰               | کنترل هدفمند هزینه‌ها                                |
| ۶۴۱/۸۸     | ۸۳/۷۵                 | ۷۸/۱۳       | ۷۸/۷۵            | ۸۰           | ۸۴/۳۸ | ۷۶/۲۵    | ۷۶/۸۸      | ۸۳/۷۵               | توسعه سازوکار پایش فعالیت‌های انجام‌شده              |
| ۶۳۷/۳۸     | ۸۴/۷۵                 | ۷۸/۵۰       | ۷۹/۷۵            | ۷۸/۵۰        | ۷۹/۷۵ | ۸۱/۶۳    | ۷۶/۶۳      | ۷۷/۸۸               | یکپارچه‌سازی تصمیم‌گیری‌های درون و بیرون سازمانی     |

## کارت امتیاز متوازن

ارزیابی بخش جدانشدنی از هر فعالیت و کار اجرایی به شمار می‌رود. کارت امتیاز متوازن یکی از مدل‌های ارزیابی عملکرد است که با استفاده از آن، مأموریت و استراتژی‌ها به اهداف و سنجه‌های قابل اندازه‌گیری ترجمه می‌گردند، با رسم نقشه استراتژی، روابط علت و معلولی در چهار منظر فرآیندهای داخلی، یادگیری و رشد، مالی و مشتری تعیین می‌شوند و در گام نهایی، استراتژی‌ها تبدیل به فعالیت هر روز کارکنان سازمان می‌گردد.

| کارت متوازن | اهداف کلان                              | اهداف عینی                       | شاخص عملکردی                          | وضعیت موجود | واحد اندازه‌گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                            | سال ۱۴۰۰      | سال ۱۴۰۱    | سال ۱۴۰۲      | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|-----------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|---------------|-------------|---------------|----------|----------|
| وجه فرآیندی | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان | ارتقای تجهیزات بخش‌های بالینی    | درصد سرویس تجهیزات پزشکی              | ۹۰/۸۷       | درصد             | ماه‌به‌ماه      | مسئول تجهیزات پزشکی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۹۱<br>۹۹,۲۹   | ۹۲<br>۹۷,۰۸ | ۹۲<br>۹۷,۵۲   | ۹۲       | ۹۲/۵     |
|             |                                         |                                  | درصد کالیبراسیون تجهیزات پزشکی در سال | ۷۵          | درصد             | سه ماهه         | مسئول تجهیزات پزشکی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۷۶<br>۱۰۰     | ۷۷<br>۱۰۰   | ۷۸<br>۱۰۰     | ۷۹       | ۸۰       |
|             |                                         |                                  | درصد تجهیزات مورد نیاز خریداری شده    | ۸۱          | درصد             | ماه‌به‌ماه      | مسئول تجهیزات پزشکی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۸۱/۵<br>۸۷,۴۸ | ۸۲<br>۸۴,۱۴ | ۸۲/۵<br>۷۳,۶۲ | ۸۳       | ۸۳/۵     |
|             |                                         | ارتقای تجهیزات بخش‌های غیربالینی | درصد رعایت استانداردهای اتاق سرور     | ۲۸/۳۳       | درصد             | ماه‌به‌ماه      | مسئول واحد فناوری و اداره                             | ۵۰<br>۳۳,۷۵   | ۵۵<br>۳۵    | ۶۰<br>۳۵      | ۶۵       | ۷۰       |

| کارت متوازن | اهداف کلان                                  | اهداف عینی                                                   | شاخص عملکردی                                             | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش                                   | مسوول پایش                                                         | سال ۱۴۰۰     | سال ۱۴۰۱                   | سال ۱۴۰۲      | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------|---------------|----------|----------|
|             |                                             |                                                              |                                                          |             |                  |                                                   | بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                                          |              |                            |               |          |          |
| وجه فرآیندی | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان     | نظارت مستمر بر فعالیت های بالینی و غیربالینی بیمارستان       | درصد امتیاز کسب شده بخش ها از بازدید سوپروایزرهای بالینی | ۷۵          | درصد             | ماهیهانه                                          | مدیریت پرستاری                                                     | ۸۰<br>۶۹,۹۵  | ۸۳<br>۶۸,۶۸                | ۸۶<br>۸۲,۳۷   | ۸۹       | ۹۰       |
|             |                                             |                                                              | تعداد کل شکایات                                          | ۰/۹۶        | درصد             | ماهیهانه                                          | کارشناس دفتر امور پیگیری بیماران و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۰/۹۶<br>۸,۳۰ | ۱۰/۹۵<br>۸۱/۳۵             | ۰/۹۴<br>۶۸/۷۳ | ۰/۹۳     | ۰/۹۲     |
|             | ارتقای استانداردهای اجرایی فرآیندهای بالینی | درصد موارد سقوط ثبت شده در سامانه وقایع ناخواسته             | ۲۸                                                       | درصد        | ماهیهانه         | سرپرستار بخش ها و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۱۱<br>۱۰                                                           | ۱۰<br>۲۰     | ۹<br>۲۹                    | ۸             | ۷        |          |
|             |                                             | درصد موارد فرارهای ثبت شده در سامانه وقایع ناخواسته          | ۴۰                                                       | درصد        | ماهیهانه         | سرپرستار بخش ها و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۴۳<br>۴۰                                                           | ۳۰<br>۳۴     | ۲۵<br>۳۱                   | ۲۲            | ۲۰       |          |
|             |                                             | میزان ارزیابی اولیه صحیح ثبت شده بیمار در پرونده توسط پرستار | ۹۰                                                       | درصد        | ماهیهانه         | سرپرستار بخش ها و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۹۱<br>۸۵,۰۱                                                        | ۹۲<br>۸۰,۰۱  | ۹۳<br>۵۴,۹۴<br>۹۳<br>۸۹,۱۲ | ۹۴            | ۹۵       |          |

<sup>۱</sup> این شاخص به شاخص درصد شکایات حل و فصل شده تغییر یافته است.

| کارت متوازن | اهداف کلان                              | اهداف عینی                                  | شاخص عملکردی                                                | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                            | سال ۱۴۰۰       | سال ۱۴۰۱       | سال ۱۴۰۲       | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------|----------|
| وجه فرآیندی | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان | ارتقای استانداردهای اجرایی فرآیندهای بالینی | درصد ترک بیماران از اورژانس با مسوولیت شخصی                 | ۴/۳۵        | درصد             | ماهیهانه        | سرپرستار اورژانس و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار    | ۴/۳۰<br>۰,۴۶   | ۴/۲۵<br>۰,۴۵   | ۴/۲۰<br>۰,۹۱   | ۴/۱۵     | ۴/۱۰     |
|             |                                         |                                             | متوسط زمان انتظار تحویل جواب آزمایشات اورژانس               | ۵۲/۲۲       | دقیقه            | ماهیهانه        | سوپروایزر آزمایشگاه و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۵۲/۱۲<br>۳۱,۴۲ | ۵۲/۰۲<br>۳۲,۳۵ | ۵۱/۹۲<br>۳۳,۵۷ | ۵۱/۸۲    | ۵۱/۷۲    |
|             |                                         |                                             | درصد رعایت استانداردهای الکتروشوک                           | ۶۴/۱۰       | درصد             | ماهیهانه        | سرپرستار الکتروشوک و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار  | ۸۰<br>۳۳,۷۵    | ۸۱<br>۸۳,۶۵    | ۸۲<br>۸۸,۱۴    | ۸۳       | ۸۴       |
|             |                                         |                                             | متوسط زمان حضور بیمار از بدو پذیرش تا خروج بیمار از اورژانس | ۹۲/۸۳       | دقیقه            | ماهیهانه        | سرپرستار اورژانس و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار    | ۹۲/۵<br>۷۸,۴۳  | ۹۲/۴<br>۲۹۵    | ۹۲/۳<br>۴۷۴,۳۸ | ۹۲/۲     | ۹۲/۱     |
|             |                                         |                                             | درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت                 | ۹۳/۵۴       | درصد             | ماهیهانه        | سرپرستار اورژانس و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار    | ۹۳/۶<br>۹۵,۳۴  | ۹۳/۷<br>۹۰,۸۶  | ۹۳/۸<br>۷۲,۵۲  | ۹۳/۹     | ۹۴       |
|             |                                         |                                             | درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت            | ۹۵          | درصد             | ماهیهانه        | سرپرستار اورژانس و اداره                              | ۹۵/۱<br>۹۶,۳۰  | ۹۵/۲<br>۹۲,۷۳  | ۹۵/۳<br>۷۵,۹۰  | ۹۵/۴     | ۹۵/۵     |

| کارت متوازن | اهداف کلان                              | اهداف عینی                                     | شاخص عملکردی                                                                          | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                            | سال ۱۴۰۰       | سال ۱۴۰۱      | سال ۱۴۰۲     | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|----------------|---------------|--------------|----------|----------|
|             |                                         |                                                |                                                                                       |             |                  |                 | بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                             |                |               |              |          |          |
|             |                                         | ارتقای استانداردهای اجرایی فرآیندهای غیربالینی | درصد انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای جهت بیماران نیازمند به مشاوره طبق فرم ارزیابی اولیه | ۸۱/۶۰       | درصد             | ماهیهانه        | سرپرستار بخش ها و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار     | ۸۳/۲۸<br>۹۹,۵۵ | ۸۴/۹۶<br>۱۰۰  | ۸۶/۶۴<br>۱۰۰ | ۸۸/۳۲    | ۹۰       |
|             |                                         |                                                | درصد رعایت استانداردهای واحد تغذیه                                                    | ۸۱/۴۳       | درصد             | ماهیهانه        | مسئول واحد تغذیه و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار    | ۸۲<br>۹۰,۹۱    | ۸۲/۵<br>۹۱,۱۶ | ۲۸۳          | ۸۳/۵     | ۸۴       |
|             |                                         |                                                | درصد پرونده های رفع نقص شده قبل از ترخیص                                              | ۴۴/۱۷       | درصد             | ماهیهانه        | مسئول اطلاعات سلامت و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۴۰<br>۲۶,۲۱    | ۳۶<br>۱۴,۹۷   | ۳۳۲<br>۹/۱۰  | ۲۸       | ۲۴       |
| وجه فرآیندی | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان | ارتقای استانداردهای                            | درصد پرونده های رفع نقص شده بعد از ترخیص                                              | ۳۲/۰۳       | درصد             | ماهیهانه        | مسئول مدیریت اطلاعات سلامت و اداره بهبود              | ۳۰<br>۱۹,۸۷    | ۲۸<br>۱۶      | ۴۲۶<br>۷/۵۰  | ۲۴       | ۲۲       |

<sup>۲</sup> با توجه به اینکه محل تهیه غذا خارج از بیمارستان قرار دارد، این شاخص حذف شده است.

<sup>۳</sup> این شاخص به شاخص درصد پرونده های رفع نقص شده سیستمی تغییر یافته است.

<sup>۴</sup> این شاخص به شاخص درصد پرونده های رفع نقص شده سندی تغییر یافته است.

| کارت متوازن | اهداف کلان | اهداف عینی                 | شاخص عملکردی                                                     | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                                        | سال ۱۴۰۰       | سال ۱۴۰۱       | سال ۱۴۰۲       | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------|----------|
|             |            | اجرائی فرآیندهای غیربالینی |                                                                  |             |                  |                 | کیفیت و ایمنی بیمار                                               |                |                |                |          |          |
|             |            |                            | نسبت صورت جلسه اموال و البسه تحویلی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت | ۸۰          | درصد             | ماهیهانه        | مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۸۱<br>۹۶,۶۲    | ۸۲<br>۹۷/۶     | ۸۳<br>۹۸/۲     | ۸۴       | ۸۵       |
|             |            |                            | درصد بیماران پذیرش شده جدید                                      | ۴۱/۲۲       | درصد             | ماهیهانه        | مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۴۲/۲۲<br>۴۲,۶۴ | ۴۳/۲۲<br>۴۳,۹۸ | ۴۴/۲۲<br>۴۰,۵۷ | ۴۵/۲۲    | ۴۶/۲۲    |
|             |            |                            | درصد ترخیص با میل شخصی                                           | ۱۱/۴۱       | درصد             | ماهیهانه        | مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۱۱<br>۱۷,۴۱    | ۱۰/۵<br>۱۵,۴۲  | ۱۰<br>۱۶,۸۴    | ۹/۵      | ۹        |
|             |            |                            | درصد مکاتبات انجام شده به صورت الکترونیک                         | ۲۷          | درصد             | ماهیهانه        | مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و اداره بهبود                     | ۲۸<br>۴۶,۳۵    | ۲۹<br>۷۸,۷۱    | ۳۰<br>۸۱,۰۵    | ۳۱       | ۳۲       |



| کارت متوازن | اهداف کلان                              | اهداف عینی                              | شاخص عملکردی                                             | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                                  | سال ۱۴۰۰       | سال ۱۴۰۱       | سال ۱۴۰۲                       | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------------------|----------|----------|
|             |                                         |                                         |                                                          |             |                  |                 | کیفیت و ایمنی بیمار                                         |                |                |                                |          |          |
|             | ارتقای استانداردهای مدیریت خطا          | ارتقای استانداردهای مدیریت خطا          | درصد RCA خطاهای ۲۸ گانه ثبت شده در سامانه وقایع ناخواسته | ۶۶/۷۵       | درصد             | ماهیهانه        | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                             | ۷۶<br>۷۹,۲۱    | ۷۷<br>۹۸,۱۵    | ۷۸<br>۱۰۰                      | ۷۹       | ۸۰       |
|             |                                         |                                         | درصد اقدامات اصلاحی انجام شده مدیریت خطا                 | ۳۰/۰۲       | درصد             | ماهیهانه        | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                             | ۴۰<br>۷۰,۵۵    | ۴۵<br>۷۵,۵۴    | ۵۰<br>۷۷,۰۹                    | ۵۵       | ۶۰       |
|             | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان | درصد شاغلینی که تحت پوشش معاینات قرار گرفتند             | ۰/۸۱        | درصد             | شش ماهه         | کارشناس مسوول بهداشت محیط و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۲۰<br>۰,۸۲     | ۲۷/۲۵<br>۲۴,۶  | ۳۵/۵<br>۶۷,۱                   | ۴۲/۷۵    | ۵۰       |
|             |                                         |                                         | درصد نمونه های آب شرب بیمارستان با کلر باقی مانده مطلوب  | ۸۶/۴۳       | درصد             | ماهیهانه        | کارشناس مسوول بهداشت محیط و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۸۶/۳۳<br>۹۲,۷۷ | ۸۶/۲۳<br>۹۶,۴۴ | ۸۶/۱۳<br>۹۳,۱<br>۸۶/۱۳<br>۷۵,۶ | ۸۶/۰۳    | ۸۵/۹۳    |
|             |                                         |                                         | درصد رعایت کردن دستورالعمل های ایمنی در آزمایشگاه        | ۷۲/۶۷       | درصد             | ماهیهانه        | سوپروایزر آزمایشگاه و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار       | ۷۴/۱۳<br>۸۱,۳۵ | ۷۵/۶<br>۸۷,۰۶  | ۷۷/۰۶<br>۸۹,۲۵                 | ۷۸/۵۳    | ۸۰       |

| کارت متوازن | اهداف کلان                              | اهداف عینی                      | شاخص عملکردی                                                   | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                                  | سال ۱۴۰۰       | سال ۱۴۰۱      | سال ۱۴۰۲       | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|-----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|----------------|---------------|----------------|----------|----------|
|             |                                         | ارتقای استانداردهای کنترل عفونت | درصد کارکنان بالینی که به درستی هندراب دستها را انجام می دهند. | ۷۹/۴۰       | درصد             | ماهیهانه        | سوپروایزر کنترل عفونت و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار     | ۸۰/۵۲<br>۷۷,۵۳ | ۸۱/۶۴<br>۷۵,۵ | ۸۲/۷۶<br>۵۳,۰۸ | ۸۳/۸۸    | ۸۵       |
|             |                                         |                                 | درصد رعایت تفکیک زباله طبق استاندارد                           | ۷۴/۷۹       | درصد             | ماهیهانه        | کارشناس مسئول بهداشت محیط و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۷۵<br>۸۶,۰۵    | ۷۵/۵<br>۸۷,۷۳ | ۷۶<br>۹۳,۰۸    | ۷۶/۵     | ۷۷       |
| وجه فرآیندی | ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان | ارتقای استانداردهای کنترل عفونت | میزان رعایت تفکیک البسه عفونی از غیر عفونی                     | ۸۷/۹۶       | درصد             | ماهیهانه        | کارشناس مسئول بهداشت محیط و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۸۸<br>۸۷,۱۴    | ۸۸/۲<br>۸۹,۸۵ | ۸۸/۴<br>۹۲,۴۲  | ۸۸/۶     | ۸۸/۸     |
|             |                                         |                                 | درصد پسماندهای عفونی تولید شده بیمارستان                       | ۳/۳۴        | درصد             | ماهیهانه        | کارشناس مسئول بهداشت محیط و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۳/۳۲<br>۵,۷۵   | ۳/۳۰<br>۳,۱۶  | ۳/۲۸<br>۲,۲۹   | ۳/۲۶     | ۳/۲۴     |
|             |                                         |                                 | درصد موارد نیدل استیک در بیمارستان                             | ۰/۱۸        | درصد             | ماهیهانه        | سوپروایزر کنترل عفونت و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار     | ۰/۱۸<br>۰,۲۵   | ۰/۱۷<br>۰,۲۳  | ۰/۱۶<br>۰,۲    | ۰/۱۵     | ۰/۱۴     |

| کارت متوازن | اهداف کلان                                       | اهداف عینی                                                              | شاخص عملکردی                                                          | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                    | سال ۱۴۰۰      | سال ۱۴۰۱    | سال ۱۴۰۲    | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-----------------------------------------------|---------------|-------------|-------------|----------|----------|
|             |                                                  |                                                                         | درصد بیماران بستری مشکوک و قطعی به بیماری کووید ۱۹                    | ۱۲/۷۶       | درصد             | ماهیهانه        | سوپروایزر کنترل عفونت                         | ۱۲/۵<br>۲۳،۱۹ | ۵۱۲/۴       | ۱۲/۳        | ۱۲/۲     | ۱۲/۱     |
|             |                                                  |                                                                         | درصد ابتلای کارکنان به بیماری کووید ۱۹                                | ۱/۶۲        | درصد             | ماهیهانه        | کارشناس مسئول بهداشت محیط و اداره ایمنی بیمار | ۱/۵۲<br>۱،۷۹  | ۶۱/۴۲       | ۱/۳۲        | ۱/۲۲     | ۱/۱۲     |
|             |                                                  |                                                                         | درصد واکسیناسیون کارکنان (کووید ۱۹)                                   | ۵۰          | درصد             | ماهیهانه        | سوپروایزر کنترل عفونت                         | ۶۰<br>۹۸،۶۴   | ۷۷۰         | ۸۰          | ۹۰       | ۹۵       |
|             | یکپارچه سازی تصمیم گیری های درون و بیرون سازمانی | نظارت مستمر بر فعالیت های مدیران و مسوولین بالینی و غیربالینی بیمارستان | درصد اجرای مصوبات طرح شده در جلسات تیم رهبری و مدیریت کیفیت بیمارستان | ۸۶/۷۵       | درصد             | ماهیهانه        | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار               | ۸۸/۴<br>۸۰،۶۹ | ۹۰<br>۹۴،۳۷ | ۹۲<br>۹۵،۷  | ۹۴       | ۹۵       |
|             |                                                  |                                                                         | درصد مصوبات اجرا شده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی                       | ۴۹/۶۲       | درصد             | ماهیهانه        | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار               | ۶۰<br>۷۲،۵۲   | ۶۳<br>۷۰،۸  | ۶۶<br>۷۵،۲  | ۶۸       | ۷۰       |
|             |                                                  |                                                                         | درصد همراهان (بیماران ترخیص شده)                                      | ۲۰          | درصد             | ماهیهانه        | کلینیک آموزش سلامت                            | ۲۱<br>۲۴،۶۲   | ۲۲<br>۳۱،۷۸ | ۲۳<br>۴۰،۳۵ | ۲۴       | ۲۵       |

<sup>۵</sup> با توجه به پایان همه گیری بیماری کووید ۱۹، این شاخص در سال ۱۴۰۱ پایش نشد.

<sup>۶</sup> با توجه به پایان همه گیری بیماری کووید ۱۹، این شاخص در سال ۱۴۰۱ پایش نشد.

<sup>۷</sup> با توجه به پایان همه گیری بیماری کووید ۱۹، این شاخص در سال ۱۴۰۱ پایش نشد.

| کارت متوازن | اهداف کلان                              | اهداف عینی                                                          | شاخص عملکردی                                                    | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                       | سال ۱۴۰۰    | سال ۱۴۰۱    | سال ۱۴۰۲    | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
|             | تامین شرایط دریافت خدمات مستمر و همگانی | سایر سازمان های مرتبط با بیمارستان                                  | ارجاع شده به کلینیک پرستاری                                     |             |                  |                 |                                                  |             |             |             |          |          |
|             |                                         | دسترسی عادلانه به خدمات                                             | متوسط زمان بیمارارن سرپایی ویزیت شده به ازای هر پزشک در ساعت    | ۴           | دقیقه            | ماهیهانه        | مسوول درمانگاه و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۴/۱<br>۸,۸۶ | ۴/۲<br>۹,۲۵ | ۴/۳<br>۶,۸۳ | ۴/۴      | ۴/۵      |
|             |                                         |                                                                     | درصد بیمارارن سرپایی که اولین بار ویزیت شده اند                 | ۱۹/۲۱       | درصد             | ماهیهانه        | مسوول درمانگاه و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۲۵<br>۱۵,۱۵ | ۳۰<br>۲۲,۸۳ | ۳۴<br>۱۵,۷۷ | ۳۸       | ۴۰       |
|             | توسعه سازوکار پایش فعالیت های انجام شده | نظارت مستمر بر فعالیت های کلیه کارکنان بالینی و غیربالینی بیمارستان | درصد امتیاز کسب شده از رعایت استانداردهای دارویی بخش های بالینی | ۸۰          | درصد             | سه ماهه         | مسوول داروخانه و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۸۱<br>۸۷,۵۲ | ۸۲<br>۸۹,۶۹ | ۸۳<br>۹۲,۲۳ | ۸۴       | ۸۵       |
|             |                                         |                                                                     | درصد مصوبات اجرا شده کمیته ها                                   | ۷۷/۷۱       | درصد             | ماهیهانه        | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                  | ۷۹<br>۸۴,۶۰ | ۸۱<br>۷۷,۴۸ | ۸۳<br>۸۲,۹۸ | ۸۴       | ۸۵       |
|             |                                         |                                                                     | درصد پیشرفت برنامه های عملیاتی واحدهای بیمارستان                | ۶۷/۵۲       | درصد             | شش ماهه         | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                  | ۷۱<br>۶۴,۲۱ | ۷۵<br>۷۲,۵  | ۷۹<br>۷۹    | ۸۲       | ۸۵       |
|             |                                         |                                                                     | درصد شاخص های عملکردی ارتقا یافته                               | ۲۳/۵۳       | درصد             | سه ماهه         | معاونت توسعه و مدیریت منابع                      | ۴۰<br>۶۵,۹۲ | ۴۵<br>۴۸,۱۳ | ۵۰<br>۴۸/۸۶ | ۵۵       | ۶۰       |

# برنامه استراتژیک بیمارستان و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی روان پزشکی ابن سینا و دکتر حجازی

کد سند: Ibn-e-Sina&Dr.Hejazi.H 96 / A- L&QM-PI -01/1 تاریخ تهیه: ۱۴۰۰/۰۲/۰۱ شماره بازنگری: ۵ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

| کارت متوازن | اهداف کلان                                           | اهداف عینی                                                            | شاخص عملکردی                                             | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                          | سال ۱۴۰۰ | سال ۱۴۰۱ | سال ۱۴۰۲ | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|-----------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
|             | ارتقای عملکرد کارکنان متناسب با استانداردهای عملکردی | ارتقای فرآیندهای به کارگیری نیروها                                    | درصد مغایرت سمت کارکنان با پست سازمانی                   | ۲۳          | درصد             | شش ماهه         | رئیس منابع انسانی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۱۵,۳۶    | ۳,۸۷     | ۶,۱۳     | ۱۹       | ۱۸       |
|             |                                                      |                                                                       | درصد کارکنانی که بیش از ۱۲ ساعت متوالی کار می کنند       | ۳۳/۴۴       | درصد             | ماهانه          | رئیس منابع انسانی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۳۴,۰۶    | ۳۴,۳     | ۲۹,۷۱    | ۲۵/۴۴    | ۲۳/۴۴    |
|             |                                                      |                                                                       | درصد کارکنان مامور به خدمت خارج از بیمارستان             | ۱/۹۴        | نسبت             | شش ماهه         | رئیس منابع انسانی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۳,۴۴     | ۳,۶      | ۱/۳۷     | ۱/۱۸     | ۱        |
|             | ارتقای عملکرد کارکنان متناسب با استانداردهای عملکردی | ارتقای فرآیندهای تشویقی کارکنان و دستیابی به سطوح بالای رضایت کارکنان | متوسط تاخیر در ورود و تعجیل در خروج کارکنان              | ۱/۴۱        | نفر/ساعت         | ماهانه          | رئیس منابع انسانی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۲,۱۸     | ۱,۵۲     | ۰/۹      | ۰/۷      | ۰/۵      |
|             |                                                      |                                                                       | درصد رضایت کارکنان از عملکرد بیمارستان                   | ۶۰          | درصد             | شش ماهه         | رئیس منابع انسانی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۶۳       | ۵۷       | ۶۹       | ۷۲       | ۷۵       |
| رشد و توسعه | خدمات آموزشی، پژوهشی،                                |                                                                       | درصد امتیاز کسب شده از میزان آگاهی و آمادگی کادر پرستاری | -           | درصد             | سه ماهه         | مسئول تجهیزات پزشکی                                 | ۸۸,۵۶    | ۹۰,۸۶    | ۹۱,۷۷    | ۷۵       | ۸۵       |

# برنامه استراتژیک بیمارستان و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی روان پزشکی ابن سینا و دکتر حجازی

کد سند: Ibn-e-Sina&Dr.Hejazi.H 96 / A- L&QM-PI -01/1 تاریخ تهیه: ۱۴۰۰/۰۲/۰۱ شماره بازنگری: ۵ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

| کارت متوازن | اهداف کلان                                         | اهداف عینی                  | شاخص عملکردی                                                              | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش         | سال ۱۴۰۰    | سال ۱۴۰۱    | سال ۱۴۰۲    | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
|             | تشخیصی و درمانی روزآمد                             | آموزش و توانمندسازی کارکنان | در رابطه با تجهیزات پزشکی                                                 |             |                  |                 |                    |             |             |             |          |          |
|             |                                                    |                             | درصد شرکت کارکنان در دوره های آموزشی کددار                                | ۷۸          | درصد             | سه ماهه         | سوپروایزر آموزشی   | ۸۱<br>۵۴,۲۵ | ۸۴<br>۷۶,۲۳ | ۸۷<br>۸۰,۹۹ | ۹۰       | ۹۳       |
|             |                                                    |                             | نسبت دوره های برگزار شده به دوره های نیازسنجی شده کارکنان                 | ۸۰          | درصد             | سالانه          | سوپروایزر آموزشی   | ۸۳<br>۷۲    | ۸۶<br>۸۷,۳۴ | ۸۹<br>-     | ۹۲       | ۹۵       |
|             | ارتقای میانگین نمره پژوهشی سالیانه اعضای هیات علمی |                             | تعداد پایان نامه های بین رشته ای راهنمایی شده توسط اساتید گروه روان پزشکی | ۱۰          | عدد              | یک ساله         | کارشناس گروه آموزش | -           | -           | ۱۰<br>۱۰    | ۱۱       | ۱۲       |
|             |                                                    |                             | میانگین نسبی پایان نامه های راهنمایی شده توسط اساتید گروه روان پزشکی      | ۸۰          | عدد              | یک ساله         | کارشناس گروه آموزش | -           | -           | ۱۰۰<br>۹۸   | ۱۱۰      | ۱۱۵      |
|             | آموزش و توانمندسازی اعضای هیئت علمی                |                             | میزان بازآموزی های برگزار شده توسط گروه روان پزشکی                        | ۴           | عدد              | یک ساله         | کارشناس گروه آموزش | -           | -           | ۶<br>۱۱     | ۷        | ۸        |
|             |                                                    |                             | تعداد سخنرانی های ارائه شده توسط گروه روان پزشکی                          | ۱۰          | عدد              | یک ساله         | کارشناس گروه آموزش | -           | -           | ۱۲<br>۲۸    | ۱۳       | ۱۴       |

| کارت متوازن | اهداف کلان            | اهداف عینی                                   | شاخص عملکردی                                                           | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                       | سال ۱۴۰۰     | سال ۱۴۰۱     | سال ۱۴۰۲     | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|-----------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------|----------|
|             |                       |                                              | میزان مشارکت اساتید در کارگاه‌های توانمندسازی دانشگاه                  | ۵۰          | درصد             | یک ساله         | کارشناس گروه آموزش                               | -            | -            | ۵۵<br>۷۷     | ۶۰       | ۶۵       |
|             |                       | ارتقای نمرات درون بخشی                       | درصد شرکت دستیاران در کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی ارائه شده در طول سال | ۸۰          | درصد             | یک ساله         | کارشناس گروه آموزش                               | -            | -            | ۹۰<br>۹۲     | ۹۵       | ۱۰۰      |
|             |                       | افزایش تعداد مقالات اعضای هیئت علمی          | تعداد مقالات چاپ شده در مجله‌های علمی پژوهشی / ISI                     | ۶۰          | عدد              | یک ساله         | کارشناس گروه آموزش                               | -            | -            | ۶۰<br>۱۰۴    | ۷۰       | ۸۰       |
| وجه مالی    | کنترل هدفمند هزینه‌ها | بهبود کیفیت خدمات درمانی هم‌سو با منابع مالی | نسبت کل کادر کمک بهیار به تخت موجود                                    | ۰/۱         | نفر              | سه ماهه         | مدیریت پرستاری                                   | ۰/۱۱<br>۰,۰۹ | ۰/۱۲<br>۰,۱۱ | ۰/۱۳<br>۰,۱۲ | ۰/۱۴     | ۰/۱۵     |
|             |                       |                                              | نسبت کادر پرستاری مرد به کل کادر پرستاری                               | ۰/۵۲        | نفر              | سه ماهه         | مدیریت پرستاری و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۰/۵۳<br>۰,۴۷ | ۰/۵۴<br>۰,۴۹ | ۰/۵۵<br>۰,۵۵ | ۰/۵۶     | ۰/۵۷     |
|             |                       |                                              | نسبت کادر پرستاری حرفه‌ای به تخت موجود                                 | ۰/۴۳        | نفر              | سه ماهه         | مدیریت پرستاری و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۰/۴۴<br>۰,۴۳ | ۰/۴۵<br>۰,۵۳ | ۰/۴۶<br>۰,۴۹ | ۰/۴۷     | ۰/۴۸     |
|             |                       |                                              | نسبت کل کادر پرستاری به تخت موجود                                      | ۰/۵۴        | نفر              | سه ماهه         | مدیریت پرستاری و اداره                           | ۰/۵۸<br>۰,۵۴ | ۰/۶۲<br>۰,۶۳ | ۰/۶۵<br>۰,۶۲ | ۰/۶۸     | ۰/۷      |

| کارت متوازن  | اهداف کلان                          | اهداف عینی                                        | شاخص عملکردی                                                                    | وضعیت موجود | واحد اندازه گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                       | سال ۱۴۰۰        | سال ۱۴۰۱        | سال ۱۴۰۲                   | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|--------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|----------|----------|
|              |                                     |                                                   |                                                                                 |             |                  |                 | بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                        |                 |                 |                            |          |          |
|              |                                     |                                                   | نسبت پرستار حرفه ای شاغل در اورژانس بیمارستانی به کل مراجعین اورژانس بیمارستانی | ۲۴۶/۱۲      | نفر              | سه ماهه         | مدیریت پرستاری و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۲۴۶/۸<br>۱۷۱,۷۵ | ۲۴۷/۵<br>۱۷۱,۴۲ | ۲۴۸/۳<br>۱۴۴,۶۵            | ۲۴۹/۱    | ۲۵۰      |
|              |                                     |                                                   | میزان عملکرد روابط عمومی                                                        | ۳۰          | درصد             | سه ماهه         | روابط عمومی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار    | ۴۰<br>۶۴۰,۳۳    | ۵۰<br>۶۴,۲۴     | ۶۰<br>۶۹,۰۵                | ۶۵       | ۷۰       |
|              |                                     | بهینه سازی هزینه های مصارف جاری و غیر قابل اجتناب | درصد کسورات سازمان های بیمه                                                     | ۲/۵۶        | درصد             | ماهیهانه        | رییس امور مالی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۲/۴۵            | ۲/۳۳<br>۱,۲۳    | ۲/۲۲<br>۲,۱۸<br>نه ماه اول | ۲/۱۱     | ۲        |
|              |                                     |                                                   | نسبت هزینه به درآمد بیمارستان                                                   | ۲/۵۸        | ریال             | شش ماهه         | رییس امور مالی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۲/۴<br>۳,۱۵     | ۲/۳<br>۲,۰۳     | ۲/۲                        | ۲/۱      | ۲        |
| وجه ذی نفعان | افزایش رضایت مندی بیماران و همراهان | ارتقای کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی                | درصد تکمیل فرم ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی (S4)                               | ۳۵          | درصد             | ماهیهانه        | مددکاری و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار        | ۵۰<br>۶۹,۸۵     | ۶۰<br>۸۶,۹۹     | ۷۰<br>۹۰,۸۴                | ۸۰       | ۹۰       |



| کارت متوازن | اهداف کلان | اهداف عینی | شاخص عملکردی                                                                | وضعیت موجود | واحد اندازه‌گیری | بازه زمانی پایش | مسئول پایش                                       | سال ۱۴۰۰    | سال ۱۴۰۱    | سال ۱۴۰۲    | سال ۱۴۰۳ | سال ۱۴۰۴ |
|-------------|------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------|--------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
|             |            |            | درصد تکمیل فرم ارزیابی مدیریت مورد مددکاری اجتماعی (S5)                     | ۲۳          | درصد             | ماه‌پایانه      | مددکاری و اداره ایمنی بیمار                      | ۳۰<br>۵۵,۰۲ | ۴۰<br>۸۶,۹۹ | ۵۰<br>۹۰,۸۴ | ۶۰       | ۷۰       |
|             |            |            | نسبت پرستاران آموزش‌دیده تخصصی در بخش به کل پرستاران شاغل در همان بخش تخصصی | ۴۴/۱۰       | درصد             | سه ماهه         | مدیریت پرستاری و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۴۵<br>۵۲,۰۷ | ۴۶<br>۷۵,۳۸ | ۴۷<br>۸۷,۱۲ | ۴۸       | ۴۹       |
|             |            |            | میزان اثربخشی آموزش پرستار به بیمار                                         | ۷۹/۱۹       | درصد             | سه ماهه         | مدیریت پرستاری و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۸۰<br>۵۴,۹۷ | ۸۱<br>۶۵,۷۲ | ۸۲<br>۷۳,۳۳ | ۸۳       | ۸۴       |
|             |            |            | میزان رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری                                   | ۷۸/۷۶       | درصد             | سه ماهه         | مدیریت پرستاری و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۸۰<br>۶۶,۵۹ | ۸۲<br>۷۱,۷۵ | ۸۳<br>-     | ۸۴       | ۸۵       |
|             |            |            | میزان رضایت همراه بیمار از خدمات اورژانس                                    | ۴۳/۱۵       | درصد             | سه ماهه         | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                  | ۴۴<br>۶۴,۷۵ | ۴۵<br>۷۱,۸۲ | ۴۶<br>-     | ۴۷       | ۴۸       |
|             |            |            | درصد رضایت کلی بیماران                                                      | ۶۵/۱۳       | درصد             | شش ماهه         | کارشناس دفتر امور پیگیری بیماران و اداره         | ۶۶<br>۷۲,۸۳ | ۶۷<br>۷۷,۴۸ | ۶۸<br>-     | ۶۹       | ۷۰       |

<sup>۸</sup> عدم ارسال داده از طرف مسئول

| کارت<br>متوازن | اهداف کلان | اهداف عینی                                                       | شاخص عملکردی                            | وضعیت<br>موجود | واحد<br>اندازه گیری | بازه زمانی<br>پایش | مسئول پایش                                                         | سال<br>۱۴۰۰ | سال<br>۱۴۰۱   | سال<br>۱۴۰۲ | سال<br>۱۴۰۳ | سال<br>۱۴۰۴ |
|----------------|------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
|                |            |                                                                  |                                         |                |                     |                    | بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                                          |             |               |             |             |             |
|                |            |                                                                  | درصد رضایت کلی همراهان از اورژانس       | ۶۱/۳۳          | درصد                | شش ماهه            | اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار                                    | ۶۲<br>۶۹,۰۵ | ۶۴<br>۷۲,۹۸   | ۶۶<br>-     | ۶۸          | ۷۰          |
|                |            | ارتقای کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی                               | میزان رضایت بیمار از خدمات سرپایی       | ۵۳/۴۳          | درصد                | سه ماهه            | کارشناس دفتر امور پیگیری بیماران و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار | ۵۵<br>۵۷,۷۲ | ۵۶<br>۷۲,۹۷   | ۵۷<br>-     | ۵۸          | ۵۹          |
|                |            |                                                                  | درصد انجام تست های تشخیصی روان شناختی   | ۱۵/۵           | درصد                | ماهانه             | مسئول واحد روانشناسی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار             | ۱۶<br>۳۱,۲۲ | ۱۶/۵<br>۳۴,۷۶ | ۱۷<br>۱۰,۵۴ | ۱۷/۵        | ۱۸          |
|                |            | توسعه خدمات تشخیصی / درمانی در بخش های آموزشی و درمانی بیمارستان | درصد مشاوره / روان درمانی های انجام شده | ۱۳/۳۸          | درصد                | ماهانه             | مسئول واحد روانشناسی و اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار             |             | ۵۰<br>۱۲,۵۲   | ۶۰<br>۲۳,۹۲ | ۶۵          | ۷۰          |
|                |            |                                                                  |                                         |                |                     |                    |                                                                    |             |               |             |             |             |
|                |            |                                                                  |                                         |                |                     |                    |                                                                    |             |               |             |             |             |
|                |            |                                                                  |                                         |                |                     |                    |                                                                    |             |               |             |             |             |
|                |            |                                                                  |                                         |                |                     |                    |                                                                    |             |               |             |             |             |
|                |            |                                                                  |                                         |                |                     |                    |                                                                    |             |               |             |             |             |

## فهرست شاخص‌های عملکردی بیمارستانی سال ۱۴۰۳

| واحد                                | ردیف | عنوان شاخص                                                                      | پاسخگو                                                                                                                  |
|-------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| رهبری و مدیریت                      | ۱    | درصد اجرای مصوبات طرح شده در جلسات تیم رهبری و مدیریت بیمارستان                 | معاون توسعه مدیریت و منابع - اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار - رئیس امور مالی - مسوول حسابرسی بیمار - مسوول روابط عمومی |
|                                     | ۲    | درصد مصوبات اجرا شده کمیته ها                                                   |                                                                                                                         |
|                                     | ۳    | درصد اقدامات اصلاحی انجام شده ی مدیریت خطا                                      |                                                                                                                         |
|                                     | ۴    | درصد مصوبات اجرا شده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی                                 |                                                                                                                         |
|                                     | ۵    | درصد RCA انجام شده به خطاهای ۲۸ گانه ثبت شده در سامانه معاونت درمان دانشگاه     |                                                                                                                         |
|                                     | ۶    | درصد پیشرفت برنامه های عملیاتی واحدهای بیمارستان                                |                                                                                                                         |
|                                     | ۷    | نسبت هزینه به درآمد بیمارستان                                                   |                                                                                                                         |
|                                     | ۸    | درصد کسورات سازمان های بیمه                                                     |                                                                                                                         |
|                                     | ۹    | درصد شاخص های عملکردی ارتقا یافته                                               |                                                                                                                         |
|                                     | ۱۰   | میزان عملکرد روابط عمومی                                                        |                                                                                                                         |
| مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای | ۱۱   | درصد رضایت کارکنان از بیمارستان                                                 | رئیس اداره منابع انسانی                                                                                                 |
|                                     | ۱۲   | درصد کارکنان که بیش از ۱۲ ساعت متوالی کار می کنند                               |                                                                                                                         |
|                                     | ۱۳   | درصد کارکنان مغایرت پست سازمانی با سمت                                          |                                                                                                                         |
|                                     | ۱۴   | درصد کاهش تاخیر در ورود و تعجیل در خروج کارکنان                                 |                                                                                                                         |
|                                     | ۱۵   | متوسط ساعات اضافه کاری کارکنان                                                  |                                                                                                                         |
| مدیریت خدمات پرستاری                | ۱۶   | میزان اثربخشی آموزش پرستار به بیمار                                             | مدیریت پرستاری - سوپروایزران بالینی - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر آموزش سلامت - سرپرستان                               |
|                                     | ۱۷   | درصد فالوآپ بیماران ترخیص شده از بیمارستان                                      |                                                                                                                         |
|                                     | ۱۸   | نسبت پرستاران آموزش دیده تخصصی در بخش به کل پرستاران شاغل در همان بخش تخصصی     |                                                                                                                         |
|                                     | ۱۹   | نسبت کل کادر کمک بهیار به تخت موجود                                             |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۰   | درصد شرکت کارکنان در دوره های آموزشی کددار                                      |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۱   | نسبت دوره های برگزار شده به دوره های نیازسنجی شده کارکنان                       |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۲   | درصد تکمیل نیازسنجی آموزشی سالانه پرسنل *                                       |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۳   | درصد امتیاز کسب شده بخش ها از بازدید سوپروایزرهای بالینی                        |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۴   | نسبت کادر پرستاری حرفه ای به تخت موجود                                          |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۵   | نسبت کل کادر پرستاری به تخت موجود                                               |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۶   | نسبت کادر پرستاری مرد به کل کادر پرستاری                                        |                                                                                                                         |
|                                     | ۲۷   | نسبت پرستار حرفه ای شاغل در اورژانس بیمارستانی به کل مراجعین اورژانس بیمارستانی |                                                                                                                         |
| فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت       | ۲۸   | درصد بیماران پذیرش شده جدید                                                     | رئیس اداره مدیریت اطلاعات سلامت - رئیس اداره فناوری اطلاعات                                                             |
|                                     | ۲۹   | درصد ترخیص با میل شخصی                                                          |                                                                                                                         |
|                                     | ۳۰   | درصد رعایت استانداردهای اتاق سرور                                               |                                                                                                                         |
|                                     | ۳۱   | متوسط اقامت بیمارانی که بیشتر از ۲۵ روز بستری شده اند                           |                                                                                                                         |
|                                     | ۳۲   | تعداد بیمارانی که اقامت بیشتر از ۵۶ روز داشته اند                               |                                                                                                                         |
|                                     | ۳۳   | میزان پذیرش مجدد در طی یکماه پس از ترخیص                                        |                                                                                                                         |

| واحد ها                 | ردیف | عنوان شاخص                                                                         | پاسخگو                                                                          |
|-------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|                         | ۳۴   | درصد همراهان ارجاع شده بیماران بستری به کلینیک پرستاری                             |                                                                                 |
|                         | ۳۵   | میزان پرونده های ترخیص شده تحویلی از حسابرسی بیماران                               |                                                                                 |
|                         | ۳۶   | تعداد پرونده های خروجی عودت نشده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت                      |                                                                                 |
|                         | ۳۷   | درصد پرونده های رفع نقص شده سیستمی                                                 |                                                                                 |
|                         | ۳۸   | درصد پرونده های رفع نقص شده ی کاغذی                                                |                                                                                 |
|                         | ۳۹   | درصد مکاتبات انجام شده به صورت الکترونیک                                           |                                                                                 |
|                         | ۴۰   | متوسط اقامت بیمار                                                                  |                                                                                 |
|                         | ۴۱   | متوسط زمان پذیرش بیماران                                                           |                                                                                 |
|                         | ۴۲   | متوسط زمان ترخیص بیماران                                                           |                                                                                 |
|                         | ۴۳   | تخت روز کل                                                                         |                                                                                 |
|                         | ۴۴   | تخت روز اشغالی                                                                     |                                                                                 |
|                         | ۴۵   | ضریب اشغال تخت                                                                     |                                                                                 |
| بهداشت محیط و حرفه ای   | ۴۶   | میزان رخداد حوادث شغلی برای کارکنان                                                | کارشناس مسئول بهداشت محیط و حرفه ای                                             |
|                         | ۴۷   | درصد شاغلینی که تحت پوشش معاینات قرار گرفتند                                       |                                                                                 |
|                         | ۴۸   | درصد مطابقت خروجی فاضلاب بیمارستان با استاندارد های محیط زیست                      |                                                                                 |
|                         | ۴۹   | درصد پسماند های عفونی تولید شده ی بیمارستان                                        |                                                                                 |
|                         | ۵۰   | درصد رعایت تفکیک زباله بر طبق استاندارد                                            |                                                                                 |
|                         | ۵۱   | میزان رعایت تفکیک البسه عفونی از غیر عفونی                                         |                                                                                 |
|                         | ۵۲   | میزان رعایت استانداردهای کیفی آب                                                   |                                                                                 |
|                         | ۵۳   | میزان رعایت وضعیت بهداشتی بخش ها                                                   |                                                                                 |
| مدیریت تجهیزات پزشکی    | ۵۴   | درصد سرویس تجهیزات پزشکی                                                           | کارشناس تجهیزات پزشکی                                                           |
|                         | ۵۵   | درصد کالیبراسیون تجهیزات پزشکی در سال                                              |                                                                                 |
|                         | ۵۶   | درصد تجهیزات مورد نیاز خریداری شده                                                 |                                                                                 |
|                         | ۵۷   | درصد امتیاز کسب شده از میزان آگاهی و آمادگی کادر پرستاری در رابطه با تجهیزات پزشکی |                                                                                 |
|                         | ۵۸   | میزان رعایت استانداردهای اعتباربخشی گازهای طبی در بیمارستان                        |                                                                                 |
| مراقبت های عمومی بالینی | ۵۹   | میزان صدمات وارد شده به بیمار در بخش های بستری                                     | مدیریت پرستاری - سوپروایزران بالینی - سرپرستان - مسوول واحد تغذیه و رژیم درمانی |
|                         | ۶۰   | میزان ارزیابی اولیه صحیح ثبت شده بیمار در پرونده توسط پرستار                       |                                                                                 |
|                         | ۶۱   | درصد موارد سقوط بیماران                                                            |                                                                                 |
|                         | ۶۲   | میزان بیماران ترخیص شده با دریافت مشورت تغذیه                                      |                                                                                 |
|                         | ۶۳   | درصد پوشش تکمیل فرم های پیگیری وضعیت تغذیه بیماران                                 |                                                                                 |
|                         | ۶۴   | زمان انجام مشاوره اورژانسی                                                         |                                                                                 |
|                         | ۶۵   | زمان انجام مشاوره غیراورژانسی                                                      |                                                                                 |
|                         | ۶۶   | متوسط زمان اعزام از لحظه دستور پزشک تا اعزام بیمار به مرکز مورد نظر                |                                                                                 |
|                         | ۶۷   | درصد رعایت استاندارد های واحد الکتروشوک                                            |                                                                                 |
|                         | ۶۸   | میزان رضایت واحدهای دریافت کننده خدمات لاندی                                       |                                                                                 |
|                         | ۶۹   | ضریب تخت اشغال مادران پرخطر در بخش حاد زنان و آموزشی دو زنان*                      |                                                                                 |
|                         | ۷۰   | متوسط اقامت مادران پرخطر در بخش حاد زنان و آموزشی دو زنان*                         |                                                                                 |
|                         | ۷۱   | درصد بیماران بستری مجدد کمتر از یک ماه که سابقه روان درمانی دارند*                 |                                                                                 |

| واحد‌ها                    | ردیف | عنوان شاخص                                                                                | پاسخگو                            |
|----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| روان‌شناسی بالینی          | ۷۲   | درصد انجام روان‌درمانی به تفکیک بخش‌های آموزشی و درمانی                                   | مسوول واحد روانشناسی              |
| الکتروآنسفالوگرافی         | ۷۳   | درصد بهره‌برداری از ظرفیت ارایه خدمت کلینیک خواب                                          | سرپرستار کلینیک خواب              |
| رادیولوژی                  | ۷۴   | درصد رعایت استانداردهای اعتباربخشی واحد رادیولوژی                                         | مسوول واحد رادیولوژی              |
| مراقبت‌های حاد و اورژانس   | ۷۵   | متوسط زمان حضور بیمار از بدو پذیرش تا خروج بیمار از اورژانس                               | مدیریت پرستاری - سرپرستار اورژانس |
|                            | ۷۶   | متوسط زمان انتظار بیمار از زمان تریاژ تا اولین معاینه پزشکی                               |                                   |
|                            | ۷۷   | درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت                                               |                                   |
|                            | ۷۸   | درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت                                          |                                   |
|                            | ۷۹   | درصد ترک بیماران از اورژانس با مسوولیت شخصی                                               |                                   |
| پیشگیری و کنترل عفونت      | ۸۰   | میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی                                                           | سوپروایزر کنترل عفونت             |
|                            | ۸۱   | درصد موارد نیدل استیک در بیمارستان                                                        |                                   |
|                            | ۸۲   | درصد کارکنان بالین که به درستی هندراب دست‌ها را انجام می‌دهند.                            |                                   |
| مدیریت دارویی              | ۸۳   | درصد امتیاز کسب شده از رعایت استانداردهای دارویی بخش‌های بالینی                           | مسوول فنی داروخانه                |
|                            | ۸۴   | درصد رعایت استانداردهای واحد داروخانه                                                     |                                   |
| خدمات آزمایشگاه            | ۸۵   | متوسط زمان انتظار تحویل جواب آزمایشات اورژانس                                             | مسوول آزمایشگاه                   |
|                            | ۸۶   | درصد رعایت کردن دستورالعمل‌های ایمنی (استانداردهای آزمایشگاه‌های مرجع سلامت) در آزمایشگاه |                                   |
|                            | ۸۷   | درصد کالیبراسیون دستگاه‌ها                                                                |                                   |
| خدمات سرپایی               | ۸۸   | درصد بیماران سرپایی ویزیت شده به ازای هر پزشک در ساعت                                     | سرپرستار درمانگاه‌های تخصصی       |
|                            | ۸۹   | درصد بیماران سرپایی که اولین بار ویزیت شده‌اند                                            |                                   |
|                            | ۹۰   | درصد آموزش‌های پیشگیری و ارتقا سلامت نسبت به مراجعین سرپایی در هر فصل                     |                                   |
|                            | ۹۱   | شاخص ویزیت ساعت برای بیماران پیگیری                                                       |                                   |
|                            | ۹۲   | شاخص ویزیت ساعت برای بیماران بار اول                                                      |                                   |
|                            | ۹۳   | نسبت ویزیت بیمار در کلینیک ویژه به تخت بستری همان استاد                                   |                                   |
| احترام به حقوق گیرنده خدمت | ۹۴   | درصد رضایت مندی بیماران                                                                   | کارشناس پیگیری امور بیماران       |
|                            | ۹۵   | درصد رضایت همراه بیمار از خدمات اورژانس                                                   |                                   |
|                            | ۹۶   | درصد رضایت بیمار از خدمات سرپایی                                                          |                                   |
|                            | ۹۷   | درصد شکایات حل و فصل شده                                                                  |                                   |
| مددکاری اجتماعی            | ۹۸   | درصد بیماران بیمه شده (قبل از ترخیص)                                                      | مسوول واحد مددکاری اجتماعی        |
|                            | ۹۹   | درصد ثبت الکترونیکی فرم‌های ارزیابی مددکاری                                               |                                   |
|                            | ۱۰۰  | درصد صحت تکمیل فرم‌های تریاژ مددکاری در سامانه سپید                                       |                                   |
| گروه روانپزشکی             | ۱۰۱  | تعداد پایان‌نامه‌های بین‌رشته‌ای راهنمایی شده توسط اساتید گروه روانپزشکی                  | معاون آموزشی                      |
|                            | ۱۰۲  | میانگین نسبی پایان‌نامه‌های راهنمایی شده توسط اساتید گروه روانپزشکی                       |                                   |
|                            | ۱۰۳  | میزان بازآموزی‌های برگزار شده توسط گروه روانپزشکی                                         |                                   |

| واحد | ردیف | عنوان شاخص                                                             | پاسخگو |
|------|------|------------------------------------------------------------------------|--------|
|      | ۱۰۴  | تعداد سخنرانی‌های ارائه شده توسط گروه روانپزشکی                        |        |
|      | ۱۰۵  | میزان مشارکت اساتید در کارگاه‌های توانمندسازی دانشگاه                  |        |
|      | ۱۰۶  | درصد شرکت دستیاران در کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی ارائه شده در طول سال |        |
|      | ۱۰۷  | تعداد مقالات چاپ‌شده در مجله‌های علمی پژوهشی / ISI                     |        |