



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

بیمارستان آل جلیل آق قلا

## برنامه بهبود کیفیت بیمارستان آل جلیل آق قلا

تهیه کنندگان: مسئولین تمامی بخش ها و واحدها

سال ۹۱-۹۲

## فهرست

۳	.....مقدمه
۴	.....خط مشی کیفیت بیمارستان آل جلیل آق قلا
۵	.....سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان
۶	.....بیانیه ماموریت (Mission)
۶	.....چشم انداز (Vision)
۶	.....ارزش ها (Values)
۷	.....برنامه جامع بهبود کیفیت
۱۰	.....میله مدیریت
۱۲	.....میله امور مالی
۱۳	.....میله پزشکی
۱۳	.....میله پرستاری
۱۵	.....میله خدمات پشتیبانی- عمومی
۱۹	.....میله خدمات پاراکلینیک
۲۲	.....برنامه عملیاتی بهبود کیفیت

## مقدمه

### \*برنامه ریزی

در میان همه وظایف مدیریت، برنامه ریزی از اساسی‌ترین آنهاست که مانند پلی زمان حال را به آینده مرتبط می‌سازد. به عبارت دیگر برنامه‌ریزی میان جایی که هستیم با جایی که می‌خواهیم به آن برویم پلی می‌سازد و موجب می‌شود تا آنچه را که در غیر آن حالت شکل نمی‌گیرد، پدید آید. از آنجایی که همه سازمانها به دنبال آنند که منابع محدود خود را برای رفع نیازهای متنوع و رو به افزایش خود صرف کنند، پویایی محیط و وجود تلاطم در آن، و عدم اطمینان ناشی از تغییرات محیطی بر ضرورت انکار ناپذیر برنامه ریزی می‌افزاید.

برنامه ریزی عبارتست از تصور و طراحی وضعیت مطلوب در آینده و یافتن و پیش بینی کردن راهها و وسایلی که رسیدن به آن را فراهم کند.

### \*کیفیت

از دیدگاه صاحب‌نظران مختلف کیفیت به شکلهای متعددی تعریف شده اما ، حداقل مفهوم مشترک بین تمامی تعاریف دستیابی به حداقل استاندارد ها و هدفهای مورد نظر سازمان است. در اینجا به تعدادی از تعاریف مذکور اشاره می‌کنیم :

**Figenbaum** : کیفیت یعنی توانایی یک محصول در برآوردن هدف مورد نظر که با حداقل هزینه ممکن تولید شده باشد.

**Crosby** : کیفیت یعنی مطابقت یک محصول با الزامات (استانداردها) و انتظارات مشتریان

**Juran** : کیفیت یعنی مناسب بودن محصول برای هدف یا استفاده خاص

**Deming** : کیفیت یعنی تأمین رضایت مشتریان

### \*ابعاد کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی

۱. اثر بخشی : انجام کار درست و مبتنی بر شواهد علمی روز، به منظور دستیابی به بهترین نتایج ممکن

۲. کارایی: استفاده بهینه از منابع

۳. دسترسی: امکان استفاده به موقع و عادلانه

۴. **استمرار خدمت:** ارائه خدمات یکپارچه، هماهنگ و بدون وقفه
۵. **ایمنی:** محیط و ارائه خدمت ایمن و عاری از هر نوع ضرر یا خطر
۶. **بیمار محور:** در اولویت قراردادن بیمار و خانواده
۷. **تمرکز بر جمعیت:** توجه به جمعیت ها و جوامع جهت پاسخ گویی به نیازهای سلامت آنان
۸. **زندگی شغلی مناسب:** تعادل بین شغل و زندگی و سلامت و رفاه شغلی

همانطور که از تعاریف پیداست کیفیت یک مفهوم گسترده و مستمر است که سازمان ها برای دستیابی به آن نیازمند ایجاد تغییرند. بررسی وضعیت موجود و تبدیل آن به وضعیت مطلوب بدون ابزار تغییر غیر ممکن می نماید .  
با توجه به حساسیت خدمات در یک سازمان بهداشتی درمانی مانند بیمارستان تغییر نیاز مند برنامه ریزی است و از آنجا که مقصود ما از تغییر حرکت به سمت تامین مستمر و فراگیر کیفیت می باشد . نام این برنامه را برنامه بهبود فراگیر کیفیت می نامیم.

### **خط مشی کیفیت بیمارستان آل جلیل آق قلا**

بیمارستان آل جلیل آق قلا به عنوان ارائه کننده خدمات درمانی و تشخیصی به یاری خداوند بزرگ و با تکیه بر توانمندی های کارکنان هوشمند و متخصص خود، همسو با سیاست های کلان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مصمم به استقرار و حفظ استانداردهای OH حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی می باشد. بر این اساس مفاد ذیل را سرلوحه فعالیت های خویش قرار می دهد:

۱. بهبود مداوم سیستم های مدیریتی، فرآیندها و خدمات در جهت افزایش سطح رضایت مشتریان و طرف های ذینفع
۲. افزایش سطح دانش و مهارت کارکنان، و ترویج فرهنگ کار با کیفیت و بهره ور، ایمن و عاری از هرگونه آلودگی
۳. متابعت از استانداردها، قوانین، مقررات و سایر الزامات قانونی مرتبط با فعالیت ها و خدمات درمانی بیمارستان
۴. حفاظت از محیط زیست با کاهش آلاینده های ناشی از فعالیت های بیمارستان، گسترش فضای سبز، کاهش ضایعات و مصرف انرژی و مواد.
۵. فراهم نمودن محیطی مناسب، ایمن و بهداشتی از طریق پیشگیری، حذف و یا کاهش مخاطرات فعالیت ها و تجهیزات.

۶. استفاده مناسب از تجهیزات، تکنولوژی و فن آوری های روز به منظور ارتقای خدمات درمانی و تشخیصی سلامت محور.
۷. توجه به نیازها و انتظارات کلیه طرف های ذینفع و جایگاه آنان همراه با مشارکت ایشان

### **سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان**

سیستم مدیریت کیفیت در این مرکز عبارت است از :

- \* شناسایی کلیه فرایندهای بیمارستانی، تهیه روتین و مستند سازی دستورالعمل های مربوط به کلیه واحدها
- \* ممیزی داخلی بصورت ماهانه و مستمر از کلیه واحدهای درمانی، پاراکلینیک، پشتیبانی و اداری.
- \* نیازسنجی و برنامه ریزی آموزشی بر اساس استانداردهای آموزشی مورد نیاز کارکنان اعم از پزشک، پرستار، پاراکلینیک و ...
- \* تشکیل ۱۱ کمیته بیمارستانی با هدف تصمیم گیری جمعی و تخصصی.
- \* شناسایی موارد نامنطبق در ارائه خدمات به بیمار و رفع موارد از طریق اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه.
- \* رضایت سنجی مستمر و منظم از بیماران بستری، سرپایی و تلاش در جهت رفع موارد نارضایتی مراجعین محترم.
- \* تعیین شاخصهای کلیدی عملکرد (KPIs) بر اساس تخصصها و مشکلات درون بیمارستان
- \* جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پایش شاخصها و اندازه گیری فرایندها.
- \* تدوین اهداف کیفی در ابتدای هر سال و برنامه ریزی مدون عملیاتی در خصوص دستیابی به اهداف استراتژیک مورد نظر.
- \* پیاده سازی بهبود کیفیت خدمات در قالب مدل حاکمیت بالینی در دفتر بهبود کیفیت ، با هدف توجه بیش از پیش به مقوله کیفیت در ارائه خدمات درمانی و برنامه ریزی استراتژیک و عملیاتی در راستای استقرار هر ۷ محور حاکمیت بالینی
- \* آماده سازی بیمارستان جهت سنجش بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی سال ۹۱

### رسالت (Mission)

رسالت بیمارستان آل جلیل خدمت به بهترین گونه و در بالاترین سطح ممکن کمی و کیفی به تمام مراجعین است. بیمارستان آل جلیل بیمارستانی رو به رشد و سودآور می باشد و با استفاده از فناوری هائی که در سایه ابتکار سازمان ارائه شده و مجموعه هم افزائی های بیمارستان توانسته است در زمینه های جدید به فعالیت پردازد. شهرت بیمارستان ما به سبب روابط نیکو و صادقانه ای است، که با مردم ایجاد شده است پایبند اصول اخلاقی بوده و به مردم اهمیت می دهد از نظر اجتماعی ، ما احساس مسئولیت می کنیم و برای بهبود وضع از هیچ کوششی فروگذار نمی کنیم. در واقع مراجعین ما همان نقاط قوت ما هستند. ما از این بابت برخورداریم که بیمارستان آل جلیل با تکیه بر نقاط قوت خود در صدد است دهه ای را که در پیش داریم با موفقیت بگذراند. ما در ذهن خود دیدگاهی بلند مدت داریم و همین امر باعث می شود که هیچگاه در قالب دوره های کوتاه مدت نیندیشیم و هیچگاه کیفیت را فدای کمیت نکنیم. عمل ما گویای ارزش ماست : صداقت در گفتار ، رعایت انصاف ، پایبند به قول و گفته و احترام به افراد.....

### چشم انداز (Vision)

چشم انداز بیمارستان آل جلیل رسیدن به رتبه یک کشوری است. همچنین این بیمارستان بر این عقیده است با استعانت از درگاه خداوند متعال و با استفاده از کلیه امکانات، مهارت ها و مناسب ترین فن آوری های در دسترس، بر اساس برنامه ریزی انجام شده تا ۵ سال آینده همگام با برنامه های توسعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان با ایجاد یک مرکز مستقل با امکانات و تجهیزات مناسب جهت ارائه خدمات درمانی مناسب به مردم شهرستان و شاخصهای عملکرد خود به بهترین الگوی کشوری تبدیل شود.

### ارزش ها (Values)

- توجه به خلاقیت و نوآوری در فرهنگ سازمانی
- توجه به مشارکت جوئی و مسئولیت پذیری
- توجه به تعهد و وجدان کاری

- توجه به نظم و قانون مداری
- توجه به رضایتمندی بیماران و کارکنان

### **برنامه جامع بهبود کیفیت**

- برنامه جامع بهبود کیفیت در این بیمارستان بر اساس مدل حاکمیت بالینی (Clinical Governance) استوار بوده و هفت محور مدل مذکور که شامل :

(۱) اثربخشی بالینی

(۲) ممیزی بالینی

(۳) مدیریت خطر

(۴) مدیریت کارکنان

(۵) تعامل با بیمار و همراه

(۶) مدیریت اطلاعات

(۷) آموزش و توسعه و یادگیری

می باشد در ۶ حیطه (دامنه) ذیل پیاده می گردد :

۱. مدیریت

۲. امور مالی

۳. خدمات پزشکی

۴. خدمات پرستاری

۵. خدمات عمومی و پشتیبانی

## ۶. خدمات پاراکلینیک

همچنین از آنجایی ارزیابی بیمارستان تحت عنوان اعتبار بخشی و به وسیله ۳۲ سنجه ابلاغ شده از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می گیرد. استاندارد های اعتبار بخشی نیز در تعیین اهداف مد نظر قرار خواهد گرفت.

هدایت برنامه بهبود کیفیت فراگیر توسط کمیته بهبود کیفیت و در راس آن واحد بهبود کیفیت بیمارستان صورت می گیرد. این کمیته در این بیمارستان به صورت هر دو ماه یک بار تشکیل می گردد. فهرست اعضاء کمیته مذکور به شرح ذیل می باشد :

دکتر سیدمهدی آقاپور (ریاست) - محمدرضا زنگانه (مدیریت) - عبدی کر (مترون) - تایماز سلاق (مسئول امور اداری) - عبدالله سلاقی (مسئول امور مالی) - سیده سارا میرائیز (پرستار کنترل عفونت) - اکرم گل بینی (کارشناس بهداشت محیط) - بی بی نعیمه کم (مسئول بخش اطفال) - فاطمه میناب (مسئول بخش داخلی) - الهه ناظری (مسئول بخش زایشگاه) - تاج محمد سلاق (مسئول بخش اتاق عمل) - بهروز چمیده (مسئول بخش CCU) - تیمور توسلی (مسئول بخش ICU) - بهمن رحمتیان (مسئول بخش آزمایشگاه) - محمد نظری (مسئول بخش رادیولوژی) - پریسا هاشمی (مسئول بخش اورژانس) - حسینعلی لطفی (مسئول بخش جراحی) - حوری علیجانی (مسئول درمانگاه تخصصی) - صیاد بخششی (مسئول بخش زنان) - سمیه ایزدی (مسئول بخش دیالیز) - فریده کسلخه (کارشناس حاکمیت بالینی) - ارغوان مجیدی (مهندس تجهیزات پزشکی) - حسین کمال غریبی (مسئول خدمات) - مریم مختومی راد (مسئول مدارک پزشکی) - آسیه خرمالی (تغذیه) - خانم دکتر شاهینی (داروساز) - خدیجه قریشی (مسئول CSR)

### شرح وظایف کمیته شامل :

- ۱- هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان
- ۲- ارائه فهرست اولویتها و شاخص های بهبود کیفیت در کل بیمارستان به تیم مدیریت ارشد
- ۳- بازنگری و تحلیل داده های جمع آوری شده با مشارکت صاحبان فرآیند



- ۴- ارائه گزارش اطلاعات، نتایج تحلیل ها و مداخلات به مدیران و کارکنان
- ۵- آموزش مباحث مربوط به بهبود کیفیت به کلیه کارکنان بیمارستان شامل آموزشهای مفهومی و کاربردی در زمینه بهبود کیفیت
- ۶- پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان
- ۷- نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی
- ۸- تعیین شرح وظایف و مسئولیتهای داخلی به تفکیک پرسنل
- ۹- حذف مقامها و پستهای زائد سازمانی
- ۱۰- بررسی لازم جهت پذیرش متناسب همراه با ترخیص به موقع بیماران
- ۱۱- تسریع در بستری بیماران اورژانسی
- ۱۲- کنترل و نظارت در خرید تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی
- ۱۳- تعریف انجام فعالیت ها طی یک فرآیند تعیین شده
- ۱۴- جلوگیری از اتلاف منابع در قسمتهای مختلف بیمارستان
- ۱۵- نظارت در تنظیم برنامه ، حضور و فعالیت تمام کارکنان بیمارستان

مدیران ارشد و مدیران اجرایی بیمارستان نیز با شرکت در جلسات کمیته بهبود کیفیت و اخذ گزارش سالیانه از واحد بهبود کیفیت در خصوص عملکرد آن واحد و همچنین به وسیله انجام پایش و ارزیابی های دوره ای، بیمارستان را در فعالیت های بهبود کیفیت و نیل به اهداف این برنامه هدایت می نمایند.

## **اهداف کلی و اختصاصی:**

اهداف کلی و اختصاصی این برنامه به تفکیک هر یک از حیطه های مشخص شده و به صورت سالانه تعیین می گردد. در این برنامه تاریخ اجرای اهداف و فعالیتها از فروردین سال ۹۱ لغایت فروردین ماه سال ۹۲ مصوب کمیته بهبود کیفیت بیمارستان می باشد.

## **اهداف نهایی:**

۱- ارتقاء و بهبود کیفیت ارائه خدمات از طریق استقرار محورهای حاکمیت بالینی، استانداردهای اعتباربخشی ملی و استانداردهای ضروری ایمنی بیمار

۲- آموزش و توانمندسازی پرسنل و جامعه

۳- شاخص محور شدن بیمارستان در ابعاد مختلف اثربخشی، ایمنی، رضایتمندی، کارایی، عدالت و دسترسی عادلانه

**G1: ارتقا شاخص های مدیریتی برنامه بهبود کیفیت**

**(O1) هدف اختصاصی:** افزایش استقرار برنامه عملیاتی بخشها و واحدها به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ماه ۹۲

**S1:** تدوین برنامه عملیاتی بخش ها و واحدها

**S2:** اجرای برنامه عملیاتی

**S3:** پایش برنامه عملیاتی

**S4:** تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پایش برنامه

**S5:** انجام اقدامات اصلاحی جهت نتایج پایش

**S6:** پایش مجدد

**(O2) هدف اختصاصی:** افزایش تعداد کمیته های فعال در بیمارستان به میزان ۸۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** تشکیل کمیته ها

**S2:** تدوین آئین نامه داخلی کمیته ها

**S3:** نظارت بر برگزاری کمیته ها در زمان مقرر

**S4:** نظارت بر اجرای آئین نامه ها و مصوبات کمیته ها

**(03) هدف اختصاصی:** افزایش استقرار برنامه مدیریت خطر واحد ساختمان به میزان ۵۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** تعیین اولویت های برنامه مدیریت خطر واحد ساختمان

**S2:** تدوین برنامه مدیریت خطر

**S3:** پایش برنامه

**(04) هدف اختصاصی:** افزایش رعایت حقوق گیرندگان خدمت به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** نصب تابلو منشور حقوق بیمار در تمامی بخش ها و واحدها

**S2:** برگزاری کلاس آموزشی غیرحضوری "نقش کارکنان در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق گیرندگان خدمت" برای

تمامی کارکنان

**S3:** برگزاری کلاس آموزشی غیرحضوری "ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی گیرندگان خدمت" برای تمامی کارکنان

**S4:** اجرای منشور حقوق بیمار

**(05) هدف اختصاصی:** افزایش تعداد بخش هایی که پسخوراند دریافت نموده اند به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** انجام بازدیدهای مدیریتی

**S2:** تشکیل جلسه با تیم بازدید مدیریتی جهت حساس سازی در رابطه با ارسال پسخوراند به بخش ها

**(O6) هدف اختصاصی:** افزایش میزان شکایات حل و فصل شده مراجعین به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** فعال نمودن واحد رسیدگی به شکایات

**S2:** تعیین فرایند رسیدگی به شکایات

**S3:** برگزاری جلسات با متخصصانی که شاکی خصوصی دارند

**S4:** برگزاری جلسات جهت پرسنل مشتکی علیه

**حیطه امور مالی :**

**G2:** ارتقا شاخص های امور مالی برنامه بهبود کیفیت

**(O1) هدف اختصاصی:** کاهش میزان کسورات بیمه ای در بیمارستان به میزان ۳۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** حساس سازی پرسنل اسناد نسبت به گزارش کسورات قابل رفع

**S2:** تشکیل کمیته کسورات

**S3:** شناسایی مشکلات در کمیته و برنامه ریزی جهت کاهش آن ها

**S4:** بررسی نمودن پرونده های دارای کسورات

**S5:** آموزش پرسنل واحد پذیرش

**S6:** آموزش منشی ها

**S7:** آموزش نحوه نوشتن گزارش نویسی صحیح پرستاری

## حیطه خدمات پزشکی :

### G3: ارتقا شاخص های بالینی (پزشکی) برنامه بهبود کیفیت

(O1) هدف اختصاصی : افزایش درج رنگ دستبند شناسایی در پرونده بیماران به میزان ۵۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

S1: تهیه دستبند شناسایی بیمار

S2: برگزاری جلسه توجیهی با متخصصین در خصوص اهمیت درج رنگ دستبند در پرونده

S3: نظارت بر اجرای درج رنگ دستبند در پرونده

(O2) هدف اختصاصی : افزایش تعداد گزارش نویسی صحیح پزشکان به میزان ۵۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

S1: ارائه استانداردهای گزارش نویسی صحیح در قالب جزوه به پزشکان

S2: برگزاری جلسه توجیهی با متخصصین جهت رعایت استانداردهای گزارش نویسی

## حیطه خدمات پرستاری :

### G4: ارتقا شاخص های بالینی (پرستاری) برنامه بهبود کیفیت

(O1) هدف اختصاصی : افزایش درصد تکمیل فرم آموزش به بیمار جهت بیماران بستری به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

S1: تهیه فرم آموزش به بیمار

**S2:** الزام بخش ها جهت آموزش به بیماران بر اساس فرم آموزش به بیمار و تکمیل فرم مذکور

**S3:** نظارت بر اجرای فرم آموزش به بیمار

**(O1) هدف اختصاصی:** افزایش تعداد گزارش نویسی صحیح پرسنل پرستار و ماما به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** ارائه استانداردهای گزارش نویسی صحیح در قالب جزوه به بخش ها

**S2:** برگزاری کلاس آموزشی گزارش نویسی پرستاری و مامایی جهت رابطین آموزش بخش ها

**S3:** انتقال مطالب کلاس گزارش نویسی توسط رابطین به پرسنل بخش ها

**(O3) هدف اختصاصی:** افزایش تعداد تزریق استاندارد **kcl** به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** برگزاری کلاس آموزشی درون بخشی

**S2:** تهیه پوستر نحوه رقیق سازی **KCL**

**S3:** مشخص نمودن دارو با اتیکت قرمز

**حیطه خدمات عمومی و پشتیبانی:**

**G5:** ارتقاء شاخص های خدمات عمومی و پشتیبانی برنامه بهبود کیفیت

**(01) هدف اختصاصی:** افزایش تعداد افراد دارای پرونده بهداشتی به میزان ۸۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** ابلاغ جهت کارشناس بهداشت حرفه ای ستاد مرکز بهداشت

**S2:** مطلع ساختن پرسنل از انجام ویزیت های دوره ای

**S3:** ویزیت دوره ای توسط پزشک تعیین شده

**S4:** تشکیل پرونده بهداشتی جهت پرسنل

**S5:** استعلام از واحد بهداشت حرفه ای جهت معرفی افرادی که پرونده بهداشتی ندارند

**S6:** فراخوان از افراد موجود در لیست مذکور جهت تشکیل پرونده

**(02) هدف اختصاصی:** افزایش تعداد پرسنل بالین واکسینه شده به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** ارسال نامه به مسئولین بخش ها جهت معرفی افراد واکسینه نشده

**S2:** تهیه لیست افراد واکسینه نشده بیمارستان

**S3:** معرفی به واحد واکسیناسیون

**(03) هدف اختصاصی:** کاهش میزان عفونت های پس از عمل بیمارستانی به میزان ۴۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** برگزاری کارگاه آموزشی عفونتهای بیمارستانی

**S2:** تهیه جزوات آموزشی درمورد عفونتهای بیمارستانی

**S3:** تهیه پمفلت درمورد عفونتهای بیمارستانی



**S4:** آگاه نمودن پزشکان و پرسنل بخشها از میزان عفونت های بیمارستانی

**S5:** مطرح نمودن مسئله گزارش دهی کنترل عفونت در کمیته

**S6:** گزارش دهی تب های روزانه

**S7:** نظارت بر عملکرد **CSR**

**S8:** تعیین رابطین کنترل عفونت

**S9:** برگزاری جلسه توجیهی با رابطین جهت آموزش

**(04) هدف اختصاصی:** افزایش نحوه صحیح انبارداری گندزداها به میزان ۳۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** بازدید و ارزیابی وضعیت موجود

**S2:** آموزش به پرسنل انبار و بخش های مربوطه

**S3:** بهسازی محیط انبار بر اساس چک لیست های تهیه شده

**S4:** بازدید و ارزیابی وضعیت موجود

**(05) هدف اختصاصی:** افزایش میزان رضایت بیماران از البسه از ۲۰٪ به ۶۰٪ تا پایان سال

**S:** بازدید و ارزیابی وضعیت موجود در بخشها

**S2:** بازدید و کنترل رختشویخانه

**S3:** خرید البسه مورد نیاز و تعمیر کلیه البسه و لنزهایی که نیاز به تعمیر دارند

**(06) هدف اختصاصی:** افزایش میزان رعایت وضعیت بهداشتی بخشها از ۵۰٪ به ۸۰٪ تا پایان سال

**S1:** تهیه چک لیست بهداشت محیط جهت ارزیابی وضعیت موجود

**S2:** بازدید و ارزیابی وضعیت موجود

**S3:** برگزاری کلاس آموزشی جهت راه های افزایش میزان رعایت موازین بهداشتی در بخشها برای کلیه پرسنل و مسئولین بخشها

**S4:** پایش بازدیدهای انجام شده با انجام بازدیدهای روتین و تصادفی

**S5:** برگزاری کمیته های بهداشت محیط و پیگیری نواقص بهداشتی مورد مشاهده

**(07) هدف اختصاصی:** افزایش میزان اطلاعات پرسنل در مورد آتش نشانی به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** برگزاری کلاس آموزشی آتش نشانی جهت تمامی پرسنل

**S2:** برگزاری کلاس آموزشی تمرین آتش نشانی

**S3:** انتخاب مسئول آتش نشانی در بیمارستان

**(07) هدف اختصاصی:** افزایش میزان ست های **OR** که حاوی نوار تست شاهد هستند به میزان ۸۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** توجیه و حساس سازی پرسنل **CSR** جهت گذاشتن نوار تست شاهد در ست ها

**S2:** در دسترس بودن نوار تست شاهد در تمامی روزها

**S3:** نظارت بر اجرای نوار تست شاهد

**S4:** حساس سازی پرسنل **OR** نسبت به گزارش ست های فاقد نوار تست شاهد به مسئول **CSR**

**(08) هدف اختصاصی:** افزایش میزان رضایت بیماران از غذا به میزان ۴۰٪ تا پایان سال

**S1:** بازدید و ارزیابی وضعیت موجود در بخشها

**S2:** بازدید و کنترل آشپزخانه

**S3:** انجام اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج پایش

**S3:** برگزاری جلسه توجیهی با پرسنل آشپزخانه

**(09) هدف اختصاصی:** افزایش رعایت نگهداشت تجهیزات پزشکی به میزان ۱۵٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** برگزاری کلاس آموزشی نگهداشت تجهیزات

**S2:** هماهنگی با شرکت مربوطه جهت کالیبراسیون

**S3:** به روز رسانی چک لیست **PM** برای کلیه تجهیزات پزشکی

**S4:** عیب یابی به موقع

**(010) هدف اختصاصی:** افزایش میزان رعایت استانداردهای مرتبط با ذخیره کالا به میزان ۴۰٪ تا پایان فروردین ۹۲

**S1:** تشکیل جلسه جهت تعیین استانداردهای مرتبط با ذخیره کالا

**S2:** اجرای استانداردهای ذخیره کالا در انبار

**S3:** نظارت و بازدید مدیریت بر اجرای استانداردها

**S4:** انجام اقدامات اصلاحی و پایش مجدد

### حیطه خدمات پاراکلینیک:

**G1:** ارتقاء شاخص های خدمات پاراکلینیک برنامه بهبود کیفیت

**(O1) هدف اختصاصی:** کاهش زمان جوابدهی آزمایشات به میزان ۱۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** برگزاری جلسه توجیهی با پرسنل آزمایشگاه

**S2:** تعیین یک نفر به عنوان منشی آزمایشگاه

**S3:** افزایش تعداد نیروهای شیفت عصر آزمایشگاه از ۲ نفر به ۳ نفر

**(O2) هدف اختصاصی:** کاهش میزان کسورات داروخانه ای به میزان ۹۵٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** تعیین میزان دقیق کسورات ناشی از دارو و لوازم مصرفی در بیمارستان (سرپایی و بستری)

**S2:** یادگیری چگونگی حل مشکلات نرم افزاری ایجاد کننده کسورات

**S3:** حل مشکلات نرم افزاری ایجاد کننده کسورات دارویی در بیمارستان

**S4:** برنامه ریزی جهت کاهش کسورات و اجرای آن

**(03) هدف اختصاصی:** کاهش میزان خرابی و فاسد شدن داروها و گذشتن تاریخ انقضا آن ها به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** کالیبراسیون دماسنج یخچال

**S2:** چک کردن مداوم دمای یخچال و اتاق و تاریخ انقضا داروها توسط فرد تعیین شده

**S3:** اختصاص سبدهای جداگانه جهت هر نوع دارو

**S4:** بهسازی محیط داروخانه و چیدمان داروها

**S5:** مکاتبه با بخشهای بیمارستان جهت تحویل هر چه سریع تر داروهای تاریخ نزدیک به داروخانه

**(04) هدف اختصاصی:** افزایش تنظیم موجودی داروها به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۱

**S1:** انبارگردانی دوره ای

**S2:** ثبت حواله های دارویی در سیستم **HIS** به صورت روزانه

**S3:** یکی کردن انبارهای متعدد

**(05) هدف اختصاصی:** کاهش متوسط زمان انتظار بیمار سرپایی در رادیولوژی به میزان ۵۰٪ تا فروردین ۹۲

**S1:** برگزاری جلسه توجیهی با پرسنل رادیولوژی

**S2:** تعیین یک نفر به عنوان منشی رادیولوژی

**S3:** هماهنگی با تعرفه

**(06) هدف اختصاصی:** افزایش استفاده از برگه های استاندارد در بانک خون تا پایان دی ماه ۹۲

**S1:** شناسایی فرم های مورد نیاز در انتقال خون

**S2:** تطابق فرم های مورد استفاده در بیمارستان با فرم های استاندارد

**S3:** بستر سازی جهت استفاده از فرم های استاندارد انتقال خون

برنامه عملیاتی بهبود کیفیت تمامی بخش ها و واحدها

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۱-۱) موجود می باشد	<p>S1: ابلاغ جهت کارشناس بهداشت حرفه ای ستاد مرکز بهداشت</p> <p>S2: مطلع ساختن پرسنل از انجام ویزیت های دوره ای</p> <p>S3: ویزیت دوره ای توسط پزشک تعیین شده</p> <p>S4: تشکیل پرونده بهداشتی جهت پرسنل</p> <p>S5: استعلام از واحد بهداشت حرفه ای جهت معرفی افرادی که پرونده بهداشتی ندارند</p> <p>S6: فراخوان از افراد موجود در لیست مذکور جهت تشکیل پرونده</p>	افزایش تعداد افراد دارای پرونده بهداشتی به میزان 100% تا پایان فروردین ۹۲	مدیریتی / ارتقاء شاخص های مدیریتی برنامه بهبود کیفیت
	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک نمودن پرونده های بهداشتی موجود در واحد بهداشت حرفه ای و استعلام از بخش ها و واحدها</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> $100 * \frac{\text{تعداد پرسنلی که پرونده بهداشتی دارند طی دوره معین}}{\text{کل تعداد پرسنل بیمارستان در همان دوره}}$	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>درصد پرسنل دارای پرونده بهداشتی</p>

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p>در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۱-۲) موجود می باشد</p>	<p>S1: تشکیل کمیته ها  S2: تدوین آئین نامه داخلی کمیته ها  S3: نظارت بر برگزاری کمیته ها در زمان مقرر  S4: نظارت بر اجرای آئین نامه ها و مصوبات کمیته ها</p>	<p>افزایش تعداد کمیته های فعال در بیمارستان به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>مدیریتی / ارتقاء شاخص های مدیریتی برنامه بهبود کیفیت</p>
	<p><b>ابزار گردآوری:</b> چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b>  <math display="block">\frac{\text{تعداد کمیته های فعال بیمارستان}}{\text{کل کمیته های موجود}} * 100</math></p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط:</b> درصد کمیته های فعال بیمارستان</p>



فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p>در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۱-۳) موجود می باشد</p>	<p>S1: نصب تابلو منشور حقوق بیمار در تمامی بخش ها و واحدها</p> <p>S2: برگزاری کلاس آموزشی غیرحضورى "نقش کارکنان در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق گیرندگان خدمت" برای تمامی کارکنان</p> <p>S3: برگزاری کلاس آموزشی غیرحضورى "ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی گیرندگان خدمت" برای تمامی کارکنان</p> <p>S4: اجرای منشور حقوق بیمار</p>	<p>افزایش رعایت حقوق گیرندگان خدمت به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>مدیریتی / ارتقاء شاخص های مدیریتی برنامه بهبود کیفیت</p>
	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> $\frac{\text{تعداد موارد رعایت استانداردهای حقوق گیرنده}}{\text{کل استانداردهای حقوق گیرنده خدمت}} * 100$	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط:</b></p> <p>میزان رعایت حقوق گیرندگان خدمت</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت بخش های بالینی

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b>  <b>A1:</b> تنظیم و نگارش نامه  <b>A2:</b> تایپ نامه  <b>A3:</b> چاپ نامه  <b>A4:</b> ارسال نامه به بخشها</p>	<p><b>S1:</b> ارسال نامه به مسئولین بخش ها جهت معرفی افراد واکسینه نشده  <b>S2:</b> تهیه لیست افراد واکسینه نشده بیمارستان  <b>S3:</b> معرفی به واحد واکسیناسیون</p>	<p>افزایش تعداد پرسنل بالین واکسینه شده به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b>  <b>A1:</b> دریافت لیست از بخش ها  <b>A2:</b> تهیه لیست کلی  <b>A3:</b> ارائه لیست به دفتر پرستاری جهت انجام هماهنگی های لازم</p> <p><b>G101 S2</b>  <b>A1:</b> هماهنگی با واحد واکسیناسیون  <b>A2:</b> ارسال نامه به افراد واکسینه نشده  <b>A3:</b> ارجاع به واحد واکسیناسیون  <b>A4:</b> انجام واکسیناسیون  <b>A5:</b> دریافت کارت</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b>            کنترل پرونده بهداشتی پرسنل در واحد            کنترل عفونت و استعمال از بخشها</p>	<p>نحوه محاسبه:  <math display="block">\frac{\text{تعداد پرسنل بالین واکسینه شده}}{\text{تعداد پرسنل بالین در همان دوره}} \times 100</math></p>	<p>شاخص های عملکردی مرتبط :            درصد پرسنل واکسینه شده علیه هیپاتیت</p>

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p>در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۴-۱) موجود می باشد</p>	<p>S1: برگزاری کارگاه آموزشی عفونتهای بیمارستانی  S2: تهیه جزوات آموزشی درمورد عفونتهای بیمارستانی  S3: تهیه پمفلت درمورد عفونتهای بیمارستانی  S4: آگاه نمودن پزشکان و پرسنل بخشها از میزان عفونت های بیمارستانی  S5: مطرح نمودن مسئله گزارش دهی کنترل عفونت در کمیته  S6: گزارش دهی تب های روزانه  S7: نظارت بر عملکرد CSR  S8: تعیین رابطین کنترل عفونت  S9: برگزاری جلسه توجیهی با رابطین جهت آموزش</p>	<p>کاهش میزان عفونت های پس از عمل بیمارستانی به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>پشتیبانی- عمومی/ ارتقا شاخص های پشتیبانی-عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
	<p><b>ابزار گردآوری:</b>  آمار ماهانه عفونت ها و تخت - روز بستری</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b>  تعداد موارد عفونت بعد از عمل طی دوره ای معین</p> <hr/> <p><b>*100</b></p> <p>تعداد تخت- روز بستری در همان دوره</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b>  میزان عفونت های بیمارستانی</p>

حیطه / هدف کلی	هدف اختصاصی	استراتژی	فعالیتها
مدیریتی / ارتقا شاخص های مدیریتی برنامه بهبود کیفیت	افزایش تعداد بخش هایی که پاسخوراند دریافت نموده اند به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲	S1: انجام بازدیدهای مدیریتی S2: تشکیل جلسه با تیم بازدید مدیریتی جهت حساس سازی در رابطه با ارسال پاسخوراند به بخش ها	<b>G101 S1</b> A1: زمان بندی جهت انجام بازدیدها A2: تهیه چک لیست بازدیدها A3: اعلام زمان بندی بازدیدها به بخش ها A4: هماهنگی با مسئولین بخش ها یک هفته قبل از انجام بازدید A5: انجام بازدید مطابق زمان بندی اعلام شده A6: ارسال پاسخوراند بازدید به بخش مربوطه A7: پاسخوراند رفع نواقص بازدید از بخش ها به دفتر بهبود کیفیت
<b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b> درصد بخش هایی که از بازدید مدیریتی پاسخوراند دریافت نموده اند	<b>نحوه محاسبه:</b> تعداد بخش های پاسخوراند دریافت نموده از بازدیدها طی دوره معین $\frac{\text{تعداد بخش های پاسخوراند دریافت نموده از بازدیدها طی دوره معین}}{\text{کل بخش ها}} * 100$	<b>ابزار گردآوری:</b> چک لیست	<b>G101 S2</b> A1: تعیین زمان برگزاری جلسه A2: اعلام زمان برگزاری جلسه A3: برگزاری جلسه A4: ملزم نمودن تیم بازدید مدیریتی جهت ارسال پاسخوراند بازدیدها به بخش

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت بهداشت محیط

حیطه / هدف کلی	هدف اختصاصی	استراتژی	فعالیتها
پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی-عمومی برنامه بهبود کیفیت	افزایش نحوه صحیح انبارداری گندزداها به میزان ۳۰٪ تا پایان سال ۹۱	S1: بازدید و ارزیابی وضعیت موجود S2: آموزش به پرسنل انبار و بخش های مربوطه S3: بهسازی محیط انبار بر اساس چک لیست های تهیه شده S4: بازدید و ارزیابی وضعیت موجود	در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۵-۱) موجود می باشد
شاخص های عملکردی مرتبط :	نحوه محاسبه: تعداد موارد رعایت استانداردهای انبارداری صحیح گندزداها طی دوره ی معین  *100  کل استانداردها	ابزار گردآوری:  چک لیست	

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
در پیوست برنامه بهبود کیفیت ( فعالیت ۱-۶) موجود می باشد	<p>S1: تهیه چک لیست بهداشت محیط جهت ارزیابی وضعیت موجود</p> <p>S2: بازدید و ارزیابی وضعیت موجود</p> <p>S3: برگزاری کلاس آموزشی جهت راه های افزایش میزان رعایت موازین بهداشتی در بخشها برای کلیه پرسنل و مسئولین بخشها</p> <p>S4: پایش بازدیدهای انجام شده با انجام بازدیدهای روتین و تصادفی</p> <p>S5: برگزاری کمیته های بهداشت محیط و پیگیری نواقص بهداشتی مورد مشاهده</p>	افزایش میزان رعایت وضعیت بهداشتی بخشها از ۵۰٪ به ۸۰٪ تا پایان سال ۹۱	پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی-عمومی برنامه بهبود کیفیت
	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> $\frac{\text{تعداد موارد رعایت استانداردهای بهداشتی بخش ها طی دوره معین}}{100} * 100$ <p>کل استانداردهای بهداشتی</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان رعایت وضعیت بهداشتی بخشها</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت رختشویخانه

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۱-۷) موجود می باشد	<p>S1: بازدید و ارزیابی وضعیت موجود در بخشها</p> <p>S2: بازدید و کنترل رختشویخانه</p> <p>S3: خرید البسه مورد نیاز و تعمیر کلیه البسه و لنزهایی که نیاز به تعمیر دارند</p>	افزایش میزان رضایت بیماران از البسه از ۲۰٪ به ۶۰٪ تا پایان سال	پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی-عمومی برنامه بهبود کیفیت
	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد موارد رعایت استانداردها بر اساس چک لیست طی دوره معین</p> <p style="text-align: center;">————— *100</p> <p>کل استانداردها</p>	شاخص های عملکردی مرتبط : میزان رضایت بیماران از لباس

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت آتش نشانی

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: هماهنگی با سوپروایزر آموزشی</p> <p>A2: تعیین زمان برگزاری کلاس</p> <p>A3: تعیین مدرسین</p> <p>A4: هماهنگی با مدرسین</p> <p>A5: تهیه مطالب و امکانات لازم جهت برگزاری کلاس</p> <p>A6: برگزاری کلاس در زمان مقرر</p>	<p>S1: برگزاری کلاس آموزشی آتش نشانی جهت تمامی پرسنل</p> <p>S2: برگزاری کلاس آموزشی تمرین آتش نشانی</p> <p>S3: انتخاب مسئول آتش نشانی در بیمارستان</p>	<p>افزایش میزان اطلاعات پرسنل در مورد آتش نشانی به میزان ۸۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: تعیین زمان برگزاری کلاس</p> <p>A2: هماهنگی با مدرسین</p> <p>A3: هماهنگی با شهرداری جهت در اختیار گذاشتن خودروی آتش نشانی</p> <p>A4: اعلام زمان برگزاری کلاس</p> <p>A5: برگزاری کلاس در زمان مقرر</p> <p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: تشکیل جلسه با ریاست</p> <p>A2: انتخاب فردی جهت مسئول آتش نشانی</p> <p>A3: صدور ابلاغ جهت وی</p> <p>A4: آغاز به کار وی</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>نمره پیش آزمون و پس آزمون پرسنل</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>حاصل تفاضل تعداد کارکنانی که حداقل نمره قابل قبول پس از آزمون را کسب کرده اند با همین تعداد پیش از آزمون به تعداد کل کارکنانی که مورد آزمون قرار گرفته اند <math>100 \times</math></p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>اثر بخشی آموزش های برگزار شده</p>



## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت CSR و اتاق عمل

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۸-۱) موجود می باشد	<p>S1: توجیه و حساس سازی پرسنل CSR جهت گذاشتن نوار تست شاهد در ست ها</p> <p>S2: در دسترس بودن نوار تست شاهد در تمامی روزها</p> <p>S3: نظارت بر اجرای نوار تست شاهد</p> <p>S4: حساس سازی پرسنل OR نسبت به گزارش ست های فاقد نوار تست شاهد به مسئول CSR</p>	<p>افزایش میزان ست های OR که حاوی نوار تست شاهد هستند به میزان ۸۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پشتیبانی - عمومی و بالینی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی و بالینی برنامه بهبود کیفیت</p>
	<p style="text-align: center;"><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>گزارش ست های بدون نوار تست</p>	<p style="text-align: center;"><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد ست های حاوی نوار تست شاهد طی دوره معین</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">*100</p> <p>کل ست های مورد استفاده OR در همان</p>	<p style="text-align: center;"><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان ست های اتاق عمل حاوی نوار تست شاهد</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت آزمایشگاه

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: تعیین آیتم های مورد بحث</p> <p>A2: تعیین زمان برگزاری جلسه</p> <p>A3: اعلام زمان برگزاری جلسه</p> <p>A4: برگزاری جلسه در زمان مقرر</p> <p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: درخواست منشی به ریاست جهت واحد آزمایشگاه</p> <p>A2: تعیین فرد مورد نظر توسط ریاست</p> <p>A3: صدور ابلاغ جهت فرد مورد نظر</p> <p>A4: برگزاری جلسه توجیهی جهت منشی تعیین شده</p> <p><b>G101 S3</b></p> <p>A1: افزودن در تعداد لیست کاری آزمایشگاه از ۲ لیست به ۳ لیست</p> <p>A2: توجیه پرسنل آزمایشگاه توسط مسئول آزمایشگاه</p> <p>A3: نظارت بر انجام جوابدهی در سه نوبت کاری در آزمایشگاه</p> <p>A4: انجام تست های آزمایشگاهی در سه نوبت</p>	<p>S1: برگزاری جلسه توجیهی با پرسنل آزمایشگاه</p> <p>S2: تعیین یک نفر به عنوان منشی آزمایشگاه</p> <p>S3: افزایش تعداد نیروهای شیفت عصر آزمایشگاه از ۲ نفر به ۳ نفر</p> <p><b>ابزار گردآوری:</b> سیستم HIS</p>	<p>کاهش زمان جوابدهی آزمایشات به میزان ۱۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>پاراکلینیک/ ارتقاء شاخص های خدمات پاراکلینیک برنامه بهبود کیفیت</p>
		<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>مجموع زمان های جوابدهی آزمایشات به تعداد کل همان آزمایشات طی دوره معین *۱۰۰</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>متوسط زمان جوابدهی آزمایشات</p>

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b>  <b>A1:</b> هماهنگی با سازمان انتقال خون  <b>A2:</b> مکاتبه با سایر بیمارستان ها</p> <p><b>G101 S2</b>  <b>A1:</b> تشکیل جلسه با مسئول بانک خون  <b>A2:</b> مشاهده فرم ها و تطابق آن ها با فرم های استاندارد  <b>A3:</b> برطرف نمودن موارد نقص و کمبود</p>	<p><b>S1:</b> شناسایی فرم های مورد نیاز در انتقال خون  <b>S2:</b> تطابق فرم های مورد استفاده در بیمارستان با فرم های استاندارد  <b>S3:</b> بستر سازی جهت استفاده از فرم های استاندارد انتقال خون</p>	<p>افزایش استفاده از برگه های استاندارد در بانک خون تا پایان دی ماه ۹۲</p>	<p>پاراکلینیکی / ارتقاء شاخص های پاراکلینیکی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S3</b>  <b>A1:</b> مطرح نمودن استفاده از فرم ها در کمیته بانک خون  <b>A2:</b> ارائه فرم به مسئولین بخش ها  <b>A3:</b> استفاده از فرم ها</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b>  برگه های استفاده شده جهت بانک خون</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b>  تعداد برگه های استاندارد طی دوره ای معین</p> <hr/> <p><b>*100</b>  کل برگه ها در همان دوره</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b>  میزان استفاده از برگه های استاندارد در بانک خون</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت داروخانه

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۱-۹) موجود می باشد	<p>S1: تعیین میزان دقیق کسورات ناشی از دارو و لوازم مصرفی در بیمارستان (سرپایی و بستری)</p> <p>S2: یادگیری چگونگی حل مشکلات نرم افزاری ایجاد کننده کسورات</p> <p>S3: حل مشکلات نرم افزاری ایجاد کننده کسورات دارویی در بیمارستان</p> <p>S4: برنامه ریزی جهت کاهش کسورات و اجرای آن</p>	کاهش میزان کسورات داروخانه ای به میزان ۹۵٪ تا پایان سال	پاراکلینیکی / ارتقا شاخص های پاراکلینیکی برنامه بهبود کیفیت
	<p><b>ابزار گردآوری:</b> اسناد و بیمه</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> $\frac{\text{واریزی بیمه}}{\text{برآورد بیمه ای}} \times 100$	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b> میزان کسورات داروخانه ای</p>

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p>در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۱۰-۱) موجود می باشد</p>	<p><b>هدف ۱:</b></p> <p>S1: کالیبراسیون دماسنج یخچال</p> <p>S2: چک کردن مداوم دمای یخچال و اتاق و تاریخ انقضا داروها توسط فرد تعیین شده</p> <p>S3: اختصاص سبدهای جداگانه جهت هر نوع دارو</p> <p>S4: بهسازی محیط داروخانه و چیدمان داروها</p> <p>S5: مکاتبه با بخشهای بیمارستان جهت تحویل هر چه سریع تر داروهای تاریخ نزدیک به داروخانه</p> <p><b>هدف ۲:</b></p> <p>S1: انبارگردانی دوره ای</p> <p>S2: ثبت حواله های دارویی در سیستم HIS به صورت روزانه</p> <p>S3: یکی کردن انبارهای متعدد</p>	<p>۱. کاهش میزان خرابی و فاسد شدن داروها و گذشتن تاریخ انقضا آن ها به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۱</p> <p>۲. افزایش تنظیم موجودی داروها به میزان ۹۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>پاراکلینیکی / ارتقا شاخص های پاراکلینیکی برنامه بهبود کیفیت</p>
	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>پایش هزینه های دارویی</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> $\frac{\text{هزینه پرت دارو طی دوره معین}}{100} * 100$ <p>کل هزینه دارو در همان دوره</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>متوسط میزان هزینه پرت دارو نسبت به هزینه داروها</p>

برنامه بهبود کیفیت واحد تغذیه

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: هماهنگی با مسئولین بخش ها جهت برنامه بازدید از بخش ها در خصوص تغذیه</p> <p>A2: بازدید از کلیه بخش های بستری</p> <p>A3: انجام پایش با نحوه پرسش و پاسخ از آنان و مشاهده حین بازدید</p> <p>A4: ارزیابی وضعیت موجود و ثبت نتایج مورد مشاهده</p> <p>A5: گزارش نتایج بازدید به شرکت مربوطه تا حصول نتیجه در صورت وجود نقص</p>	<p>S1: بازدید و ارزیابی وضعیت موجود در بخشها</p> <p>S2: بازدید و کنترل آشپزخانه</p> <p>S3: انجام اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج پایش</p> <p>S3: برگزاری جلسه توجیهی با پرسنل آشپزخانه</p>	<p>افزایش میزان رضایت بیماران از غذا به میزان ۲۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: تهیه چک لیست جهت پایش و ارزیابی</p> <p>A2: انجام بازدیدهای روتین مطابق چک لیست تهیه شده</p> <p>A3: پایش بازدیدهای انجام شده و پیگیری نواقص مورد مشاهده</p> <p>A4: آموزش پرسنل آشپزخانه در خصوص نحوه شستن و بهسازی محیط</p> <p>A5: گزارش نتایج بازدید به شرکت مربوطه تا حصول نتیجه در صورت وجود نقص</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد موارد رعایت استانداردها بر اساس چک لیست موردنظر طی دوره معین</p> <p>_____ *100</p> <p>کل استانداردها</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان رضایت بیماران از غذا</p>

## برنامه بهبود کیفیت واحد رادیولوژی

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: تعیین آیتم های مورد بحث</p> <p>A2: تعیین زمان تشکیل جلسه</p> <p>A3: برگزاری جلسه در زمان تعیین شده</p>	<p>S: برگزاری جلسه توجیهی با پرسنل رادیولوژی</p> <p>S2: تعیین یک نفر به عنوان منشی رادیولوژی</p> <p>S3: هماهنگی با تعرفه</p>	<p>کاهش متوسط زمان انتظار بیمار سرپایی در رادیولوژی به میزان ۵۰٪ تا فروردین ۹۲</p>	<p>پاراکلینیکی / ارتقا شاخص های پاراکلینیکی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: درخواست منشی به ریاست جهت واحد رادیولوژی</p> <p>A2: تعیین فرد مورد نظر توسط ریاست</p> <p>A3: صدور ابلاغ جهت فرد مورد نظر</p> <p>A4: برگزاری جلسه توجیهی جهت منشی تعیین شده</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>ساعت ورود و خروج بیمار</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>مجموع زمان های انتظار بیماران سرپایی طی دوره معین به تعداد همان بیماران در همان دوره</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>متوسط زمان انتظار بیمار سرپایی در رادیولوژی</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: تعیین زمان برگزاری جلسه</p> <p>A2: اعلام زمان تشکیل جلسه</p> <p>A3: تشکیل جلسه</p> <p>A4: توجیه پرسنل تعرفه جهت انجام همکاری های لازم</p>			

## برنامه بهبود کیفیت واحد تدارکات

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: تعیین زمان تشکیل جلسه با پرسنل انبار</p> <p>A2: اعلام زمان برگزاری جلسه</p> <p>A3: برگزاری جلسه در زمان تعیین شده</p> <p>A4: تعیین استانداردهای ذخیره کالا در انبار</p>	<p>S1: تشکیل جلسه جهت تعیین استانداردهای مرتبط با ذخیره کالا</p> <p>S2: اجرای استانداردهای ذخیره کالا در انبار</p> <p>S3: نظارت و بازدید مدیریت بر اجرای استانداردها</p> <p>S4: انجام اقدامات اصلاحی و پایش مجدد</p>	<p>افزایش میزان رعایت استانداردهای مرتبط با ذخیره کالا به میزان ۴۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: چاپ استانداردهای تعیین شده</p> <p>A2: تحویل استانداردها به پرسنل انبار</p> <p>A3: اجرای استانداردها</p> <p><b>G101 S3</b></p> <p>A1: برنامه ریزی جهت انجام بازدید</p> <p>A2: نظارت و بازدید</p> <p>A3: ارائه بازخورد به پرسنل ذیربط</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد موارد رعایت استانداردهای مرتبط با ذخیره کالا</p> <hr/> <p>*100</p> <p>کل استانداردهای مرتبط با ذخیره</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان رعایت استانداردهای مرتبط با ذخیره کالا</p>



## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت بخش های بستری

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه /هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>S1: تهیه فرم آموزش به بیمار</p> <p>A1: برگزاری جلسه در واحد بهبود کیفیت</p> <p>A2: تعیین موارد آموزش به بیمار با توجه به سنجه های اعتباربخشی</p> <p>A3: تنظیم فرم آموزش به بیمار</p> <p>A4: تهیه فرم</p> <p>A5: چاپ فرم</p>	<p>S1: تهیه فرم آموزش به بیمار</p> <p>S2: الزام بخش ها جهت آموزش به بیماران بر اساس فرم آموزش به بیمار و تکمیل فرم مذکور</p> <p>S3: نظارت بر اجرای فرم آموزش به بیمار</p>	<p>افزایش درصد تکمیل فرم آموزش به بیمار جهت بیماران بستری به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پرستاری / ارتقا شاخص های بالینی (پرستاری) برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: مطرح نمودن فرم در کمیته بهبود کیفیت</p> <p>A2: تأیید فرم توسط ریاست، مترون و مسئولین بخش ها</p> <p>A3: تصویب نمودن فرم</p> <p>A4: تکمیل فرم در بخش ها و آموزش بیماران بر اساس آن</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد بیماران تأیید کننده اطلاعات آموزشی</p> <p>ارائه شده توسط پرستار طی دوره معین</p> <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;">*100</p> <p>کل بیماران بستری در همان دوره</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>درصد بیمارانی که فرم آموزش به بیمار برای آن ها توضیح داده شده است</p>
<p><b>G101 S3</b></p> <p>A1: بازدید تصادفی مسئول واحد بهبود کیفیت از بخش ها</p> <p>A2: بررسی پرونده ها و وجود فرم تکمیل شده آموزش به بیمار</p> <p>A3: مصاحبه با بیماران در خصوص آموزش های ارائه شده به آن ها</p> <p>A4: انجام اقدامات اصلاحی</p>			

حیطه / هدف کلی	هدف اختصاصی	استراتژی	فعالیتها
پزشکی / ارتقا شاخص های پزشکی برنامه بهبود کیفیت	افزایش درج رنگ دستبند شناسایی در پرونده بیماران به میزان ۵۰٪ تا پایان فروردین ۹۲	S1: تهیه دستبند شناسایی بیمار S2: برگزاری جلسه توجیهی با متخصصین در خصوص اهمیت درج رنگ دستبند در پرونده S3: نظارت بر اجرای درج رنگ دستبند در پرونده	<b>G101 S1</b> A1: تعیین تعداد مورد نیاز از طریق استعلام موارد پذیرش در ماه های قبل A2: هماهنگی با ریاست A3: درخواست خرید به واحد کارپردازی A4: خرید دستبندهای شناسایی در سه رنگ
<b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b> درصد پرونده هایی که رنگ دستبند بیمار در آن مشخص باشد	<b>نحوه محاسبه:</b> تعداد بیمارانی که در برگه دستورات پزشک رنگ دستبند مشخص شده <hr/> *100 کل پرونده های بررسی شده	<b>ابزار گردآوری:</b> برگه دستورات پزشک بیماران	<b>G101 S2</b> A1: هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری جلسه A2: هماهنگی با ریاست جهت حضور در جلسه A3: تعیین زمان برگزاری جلسه A4: اعلام زمان تشکیل جلسه A5: برگزاری جلسه در زمان مقرر

فعاليتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه /هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت تهیه مطالب آموزشی</p> <p>A2: تهیه جزوه از مطالب آموزشی ارائه شده و با توجه به سنجه های اعتباربخشی</p> <p>A3: تکثیر جزوه ها جهت ارائه به بخش ها</p> <p>A4: توزیع جزوه ها در بخش ها</p> <p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری کلاس آموزش گزارش نویسی</p> <p>A2: تهیه مطالب آموزشی جهت ارائه</p> <p>A3: تعیین زمان کلاس توسط سوپروایزر آموزشی</p> <p>A4: اعلام زمان برگزاری کلاس به رابطین آموزش</p> <p>A5: برگزاری کلاس در زمان تعیین شده</p>	<p>S1: ارائه استانداردهای گزارش نویسی صحیح در قالب جزوه به بخش ها</p> <p>S2: برگزاری کلاس آموزشی گزارش نویسی پرستاری و مامایی جهت رابطین آموزش بخش ها</p> <p>S3: انتقال مطالب کلاس گزارش نویسی توسط رابطین به پرسنل بخش ها</p>	<p>افزایش تعداد گزارش نویسی صحیح پرسنل پرستار و ماما به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>پرستاری / ارتقا شاخص های پرستاری برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S3</b></p> <p>A1: هماهنگی با سرپرستار بخش جهت برگزاری کلاس در بخش خود</p> <p>A2: اعلام زمان برگزاری کلاس به پرسنل بخش ها</p> <p>A3: برگزاری کلاس در زمان تعیین شده</p>	<p><b>بازار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>پرونده های استاندارد طی دوره ای معین</p> <p style="text-align: center;">_____ *100</p> <p>کل پرونده های بررسی شده</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>درصد گزارش نویسی صحیح پرستاری</p>

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت تهیه مطالب آموزشی</p> <p>A2: تهیه جزوه از مطالب آموزشی ارائه شده و با توجه به سنجه های اعتباربخشی</p>	<p>S1: ارائه استانداردهای گزارش نویسی صحیح در قالب جزوه به پزشکان</p> <p>S2: برگزاری جلسه توجیهی با متخصصین جهت رعایت استانداردهای گزارش نویسی</p>	<p>افزایش تعداد گزارش نویسی صحیح پزشکان به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پزشکی / ارتقا شاخص های پزشکی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p>A3: تکثیر جزوه ها</p> <p>A4: توزیع جزوه ها در بین پزشکان</p> <p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری جلسه</p> <p>A2: هماهنگی با ریاست جهت حضور در جلسه</p> <p>A3: تعیین زمان برگزاری جلسه</p> <p>A4: برگزاری جلسه در زمان تعیین شده</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>پرونده های استاندارد طی دوره ای معین</p> <p style="text-align: center;">_____ *100</p> <p>کل پرونده های بررسی شده</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان شرح حال نویسی صحیح پزشکان</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت بخش اطفال

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: تعیین زمان برگزاری کلاس</p> <p>A2: اعلام زمان برگزاری کلاس</p> <p>A3: تهیه مطالب آموزشی</p> <p>A4: برگزاری کلاس در زمان مقرر</p>	<p>S1: برگزاری کلاس آموزشی درون بخشی</p> <p>S2: تهیه پوستر نحوه رقیق سازی KCL</p> <p>S3: مشخص نمودن دارو با اتیکت قرمز</p>	<p>افزایش تعداد تزریق استاندارد kcl به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>پرستاری / ارتقا شاخص های پرستاری برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: تهیه مطالب آموزشی</p> <p>A2: تنظیم مطالب</p> <p>A3: تهیه پوستر</p> <p>A4: توزیع پوستر</p> <p>A5: نصب پوستر در اتاق تریتمنت</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> $\frac{\text{تعداد کل موارد تزریق استاندارد KCL}}{\text{تعداد موارد تزریق بررسی شده}} * 100$	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان تزریق kcl بر اساس استانداردها</p>
<p><b>G101 S3</b></p> <p>A1: الزام بخش جهت مشخص نمودن دارو با اتیکت قرمز</p> <p>A2: اجرای آن در بخش</p>			

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت امور مالی و بخش های بستری

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
در پیوست برنامه بهبود کیفیت (فعالیت ۱-۱) موجود می باشد	S1: حساس سازی پرسنل اسناد نسبت به گزارش کسورات قابل رفع S2: تشکیل کمیته کسورات S3: شناسایی مشکلات در کمیته و برنامه ریزی جهت کاهش آن ها S4: بررسی نمودن پرونده های دارای کسورات S5: آموزش پرسنل واحد پذیرش S6: آموزش منشی ها S7: آموزش نحوه نوشتن گزارش نویسی صحیح پرستاری	کاهش میزان کسورات بیمه ای در بیمارستان به میزان ۳۰٪ تا پایان فروردین ۹۲	امور مالی / ارتقا شاخص های امور مالی برنامه بهبود کیفیت
	<b>ابزار گردآوری:</b> اسناد و بیمه	نحوه محاسبه:  $\frac{\text{واریزی بیمه}}{\text{برآورد بیمه ای}} \times 100$	شاخص های عملکردی مرتبط :  میزان کسورات بیمه ای

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت واحد ساختمان

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b>  <b>A1:</b> تشکیل جلسه با مسئول ساختمان  <b>A2:</b> بحث و گفت و گو و ارزیابی خطر در مورد ساختمان  <b>A3:</b> اولویت بندی خطرها  <b>A4:</b> تعیین اولویت ها</p>	<p><b>S1:</b> تعیین اولویت های برنامه مدیریت خطر واحد ساختمان  <b>S2:</b> تدوین برنامه مدیریت خطر  <b>S3:</b> پایش برنامه</p>	<p>افزایش استقرار برنامه مدیریت خطر واحد ساختمان به میزان ۵۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>مدیریتی / ارتقا شاخص های مدیریتی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b>  <b>A1:</b> تشکیل جلسه با مسئول ساختمان  <b>A2:</b> تهیه برنامه با توجه به اولویت ها و سنجه های اعتباربخشی  <b>A3:</b> تصویب نمودن برنامه در کمیته بهبود کیفیت  <b>A4:</b> چاپ برنامه</p> <p><b>G101 S3</b>  <b>A1:</b> تعیین افراد واجد شرایط جهت پایش  <b>A2:</b> تدوین شیوه پایش  <b>A3:</b> تعیین زمان پایش  <b>A4:</b> انجام پایش در زمان مقرر</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b> چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>میزان رعایت استاندارد برنامه مدیریت خطر</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">*100</p> <p>کل استانداردهای موجود</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان رعایت استاندارد برنامه مدیریت خطر</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت واحد مهندسی پزشکی

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: تعیین تجهیزات مورد نیاز برای آموزش</p> <p>A2: هماهنگی با مسئولین بخش ها و آموزش</p> <p>A3: برگزاری کلاس های آموزش دوره ای هر بخش</p> <p>A4: ارزیابی هر بخش بعد از ارائه کلاس ها</p> <p>A5: ارائه گزارش کار به ریاست و واحد آموزش</p> <p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: مشخص نمودن دستگاه های مورد نیاز جهت کالیبراسیون</p> <p>A2: هماهنگی با ریاست و امور مالی</p> <p>A3: تأیید امور مالی و هماهنگی با شرکت</p> <p>A4: انجام کالیبراسیون توسط شرکت</p> <p><b>G101 S3</b></p> <p>A1: بررسی کلیه تجهیزات و تنظیم چک لیست PM</p> <p>A2: هماهنگی با مسئولین بخشها برای کامل نمودن فرم</p> <p>A3: تحویل فرم در پایان هر ماه</p> <p>A4: ارزیابی چک لیست و انجام اقدامات اصلاحی</p> <p><b>G101 S4</b></p> <p>A1: توجیه مسئولین بخش ها نسبت به ارسال گزارش به موقع خرابی ها</p> <p>A2: بازدید دوره ای از بخش ها</p> <p>A3: عیب یابی و تعمیر به موقع</p>	<p><b>S1:</b> برگزاری کلاس آموزشی نگهداشت تجهیزات</p> <p><b>S2:</b> هماهنگی با شرکت مربوطه جهت کالیبراسیون</p> <p><b>S3:</b> به روز رسانی چک لیست PM برای کلیه تجهیزات پزشکی</p> <p><b>S4:</b> عیب یابی به موقع</p> <p><b>ابزار گردآوری:</b> چک لیست</p>	<p>افزایش رعایت نگهداشت تجهیزات پزشکی به میزان ۱۵٪ تا پایان سال ۹۱</p> <p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد موارد رعایت استانداردهای چک لیست نگهداشت تجهیزات طی دوره معین</p> <p style="text-align: center;">_____ *100</p> <p>تعداد کل استانداردها</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقاء شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p> <p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان رعایت نگهداشت تجهیزات پزشکی</p>



## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت واحد مدارک پزشکی

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>A1: تعیین زمان تشکیل جلسه</p> <p>A2: هماهنگی با مسئولین بخش ها</p> <p>A3: اعلام زمان برگزاری جلسه</p> <p>A4: برگزاری کلاس های توجیهی</p> <p>A5: توجیه سرپرستاران جهت کامل نمودن پرونده بیماران</p>	<p>S1: برگزاری جلسه توجیهی با سرپرستاران</p> <p>S2: برگزاری جلسه توجیهی با منشی ها</p>	<p>افزایش میزان کامل بودن پرونده بیماران به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقاء شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b></p> <p>A1: تعیین زمان تشکیل جلسه</p> <p>A2: هماهنگی با مسئولین بخش ها و منشی ها</p> <p>A3: اعلام زمان برگزاری جلسه</p> <p>A4: برگزاری کلاس های توجیهی</p> <p>A5: توجیه منشی ها جهت کامل بودن پرونده بیماران</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد موارد رعایت استانداردهای چک لیست کامل بودن پرونده بیمار طی دوره</p> <hr/> <p>تعداد کل استانداردها</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان کامل بودن پرونده بیماران</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت واحد فناوری اطلاعات

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه /هدف کلی
<p>G101 S1 A1: تماس با شرکت مربوطه A2: مذاکره جهت برطرف نمودن کمبودهای HIS مطابق استانداردها</p>	<p>S1: مکاتبه با شرکت طرف قرارداد S2: رفع نواقص</p>	<p>افزایش میزان رعایت استانداردهای ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی به میزان ۱۰۰٪ تا پایان فروردین ۹۲</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقاء شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p>G101 S2 A1: هماهنگی با شرکت HIS A2: برطرف نمودن موارد کمبود HIS</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b> چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد موارد رعایت استانداردهای چک لیست کامل بودن پرونده بیمار طی دوره</p> <hr/> <p>تعداد کل استانداردها</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b></p> <p>میزان رعایت استانداردهای ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی</p>

## برنامه عملیاتی بهبود کیفیت واحد رسیدگی به شکایات

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p>در پیوست برنامه بهبود کیفیت ( فعالیت ۱۲-۱) موجود می باشد</p>	<p><b>S1:</b> فعال نمودن واحد رسیدگی به شکایات</p> <p><b>S2:</b> تعیین فرایند رسیدگی به شکایات</p> <p><b>S3:</b> برگزاری جلسات با متخصصانی که شاکی خصوصی دارند</p> <p><b>S4:</b> برگزاری جلسات جهت پرسنل مشتکی علیه</p>	<p>افزایش میزان شکایات حل و فصل شده مراجعین به میزان ۵۰٪ تا پایان سال ۹۱</p>	<p>مدیریتی / ارتقاء شاخص های مدیریتی برنامه بهبود کیفیت</p>
	<p><b>ابزار گردآوری:</b> آمار شکایات</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b> تعداد شکایات حل و فصل شده به کل تعداد شکایات دریافتی * ۱۰۰</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط :</b> میزان شکایات حل و فصل شده مراجعین</p>

## برنامه بهبود کیفیت واحد تأسیسات

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b>  <b>A1:</b> تعیین زمان جهت برگزاری جلسه در واحد تأسیسات</p> <p><b>A2:</b> اعلام زمان برگزاری جلسه</p> <p><b>A3:</b> تشکیل جلسه و بحث در مورد تجهیزات نیازمند سرویس دوره ای</p> <p><b>A4:</b> تعیین لیست تجهیزات نیازمند سرویس دوره ای</p>	<p><b>S1:</b> تعیین تجهیزات نیازمند سرویس دوره ای</p> <p><b>S2:</b> تعیین تجهیزاتی که سرویس نشده اند</p> <p><b>S3:</b> انجام سرویس دوره ای بر روی تجهیزات مورد نظر</p>	<p>افزایش میزان انجام سرویس دوره ای بر روی تجهیزات تأسیساتی بیمارستان</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
<p><b>G101 S2</b>  <b>A1:</b> بررسی مستندات سرویس های دوره ای توسط مسئول واحد تأسیسات</p> <p><b>A2:</b> تعیین تجهیزاتی که سرویس نشده اند</p> <p><b>G101 S3</b>  <b>A1:</b> تعیین زمان جهت برگزاری جلسه در واحد تأسیسات</p> <p><b>A2:</b> اعلام زمان برگزاری جلسه</p> <p><b>A3:</b> تشکیل جلسه و تقسیم وظایف بین پرسنل تأسیسات جهت انجام سرویس دوره ای بر روی تجهیزات مورد نظر</p> <p><b>A4:</b> انجام سرویس های دوره ای</p>	<p><b>ابزار گردآوری:</b>                      بررسی مستندات انجام سرویس های دوره ای در واحد تأسیسات</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b>                      تعداد تجهیزات که به صورت دوره ای سرویس شده اند طی دوره معین به کل تجهیزات نیازمند سرویس دوره ای در همان دوره</p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط:</b>                      میزان رعایت سرویس های دوره ای</p>

## برنامه بهبود کیفیت واحد تأسیسات

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<p><b>G101 S1</b></p> <p>۱. انجام <b>FMEA</b> در خصوص فرایند های پرخطر</p> <p>۲. شناسایی خطرات اولویت دار</p> <p>۳. ارائه راهکار جهت مقابله</p> <p>۴. اجرای راهکارها</p> <p>۵. <b>FMEA</b> مجدد</p>	<p><b>S1</b>: شناسایی مخاطرات بیمارستان با روش <b>FMEA</b> حداقل در خصوص یک فرایند مشکلاتساختمان</p>	<p>پیاده سازی دو طرح مدیریت خطر و مدیریت بحران در سطح بیمارستان به نحوی که تا پایان دوره برنامه کلیه استانداردهای اعتبار بخشی مرتبط در سنجه مدیریت و رهبری به صورت ۸۰٪ اجرایی گشته باشد.</p>	<p>پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت</p>
	<p><b>ابزار گردآوری:</b></p> <p>چک لیست</p>	<p><b>نحوه محاسبه:</b></p> <p>تعداد راهکارهای پیش بینی شده به نتیجه رسیده به کل راهکارهای پیش بینی شده <math>100 \times</math></p>	<p><b>شاخص های عملکردی مرتبط:</b></p> <p>درصد راهکارهای به نتیجه رسیده در راستای حل مخاطرات شناسایی شده</p>

## برنامه بهبود کیفیت واحد کارگزینی

فعالیتها	استراتژی	هدف اختصاصی	حیطه / هدف کلی
<b>G101 S1</b> <b>A1:</b> درخواست خرید زونکن <b>A2:</b> تأیید ریاست <b>A3:</b> خرید <b>A4:</b> تحویل از انبار <b>G101 S2</b> <b>A1:</b> انتخاب یک نفر جهت تشکیل پرونده <b>A2:</b> تشکیل پرونده پرسنلی	<b>S1:</b> تهیه زونکن جهت تشکیل پرونده <b>S2:</b> تشکیل پرونده	افزایش تشکیل پرونده پرسنلی جهت کارکنان به میزان ۱۰۰٪ تا پایان سال ۹۲	پشتیبانی - عمومی / ارتقا شاخص های پشتیبانی - عمومی برنامه بهبود کیفیت
	<b>ابزار گردآوری:</b> بررسی پرونده های پرسنلی موجود در واحد کارگزینی	<b>نحوه محاسبه:</b> تعداد پرسنل دارای پرونده طی دور معین به تعداد کل کارکنان در همان دوره * ۱۰۰	<b>شاخص های عملکردی مرتبط:</b> میزان تشکیل پرونده پرسنلی جهت کارکنان