"بسمه تعالی"

****

برنامه عملیاتی بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر

تهیه و تنظیم: دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: فروردین 1402

بررسی وضع موجود:

در آغاز در سال 1378 بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر با 25 تخت مصوب و بخش های اورژانس، CCU، داخلی جراحی مردان، داخلی جراحی زنان، اطفال، زایشگاه، اتاق عمل، رادیولوژی، آزمایشگاه تأسیس گردید. در تاریخ 29/2/89 بیمارستان امام خمینی (ره) پلدختر با حدود8700 هزار متر مربع زیر بنا و وسعت40 هزار متر مربع و 64 تخت مصوب با هزینه پروژه 100 میلیارد تومان واقع در جنوب شرقی این شهرستان راه اندازی گردید. اکنون 70 تخت فعال دارد و بطور متوسط با ضریب اشغال تخت 50% در حال فعالیت می باشد.این بیمارستان شامل بخشهای اورژانس، CCU، NICU، داخلی جراحی مردان، داخلی جراحی زنان، اطفال، زایشگاه، اتاق عمل، رادیولوژی، آزمایشگاه ،دیالیز دارای درمانگاه عمومی و تخصصی(زنان و زایمان) می باشد.واحدهایی که به بخش خصوصی واگذار شده اند با این تعداد پرسنل به فعالیت خود ادامه می دهند: داروخانه11 نفر، آشپزخانه4 نفر، تأسیسات6 نفر و تزریقات9 نفر.

 از نظر درجه ارزشیابی بر اساس آخرین ارزیابی انجام شده دارای درجه دو است. تعداد کارکنان این بیمارستان که در بخش های درمانی و غیردرمانی فعالیت دارند، 316 نفر می باشد که از این تعداد 178 نفر رسمی، 16 نفر پیمانی، 47 نفر طرحی، 14 نفر ضریب k، 1 نفر قرارداد کارانه، 32نفر تبصره 3 و 29 نفر تبصره 4 می باشد. تعداد پزشکان متخصص در این بیمارستان 2 نفر زنان و زایمان ، اطفال 2 نفر، جراحی عمومی ، داخلی ، ارتوپدی ، بیهوشی ، پاتولوژی و هر کدام 1 نفر فعالیت می کنند.اولین رئیس این بیمارستان دکتر ناصر بابایی بوده است.

تعداد تخت های فعال بخش های بیمارستان: داخلی مردان و زنان 8 تخت، جراحی عمومی 6 تخت، جراحی زنان 4 تخت، عفونی 6 تخت، اورولوژی 4 تخت، روانپزشکی 4 تخت، CCU 5 تخت، اطفال 15 تخت، ارتوپدی 2 تخت، نوزادان و NICU 6 تخت هستند. خودروهای این بیمارستان شامل آمبولانس 2 عدد، و 3 ماشین استیجاری دارد. سالیانه حدود 314024 مورد جراحی و 8191 مورد بستری و 82000 مورد سرپایی در این بیمارستان انجام می شود.

**اهداف کلی G:**

**G1 : مدیریت خطر ،حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان**

G2 **: ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات از طریق استقرار استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان**

**G3: مدیریت و توانمند سازي نیروي انسانی**

 **G4: مدیریت وبرنامه ریزی بهینه منابع(انسانی، تجهیزاتی، مالی)**

**G5:ارتقا شاخص های امور مالی**

**اهداف اختصاصی : ( مدیریت خطر ،حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان)**

**G1O1 :کاهش خطاهای حرفه ای از 1% به 0.7% تاپایان سال 1402**

**G1O2 افزایش میزان اجراي گایدلاین شناسایی بیمار جهت بیماران به میزان 10 درصد نسبت به سال 1401 صورت مستمر تا پایان برنامه**

**G1O3 افزایش اجرایی شدن استقرار هموویژیلانس به میزان 10 درصد نسبت به سال 1401 تا پایان برنامه**

**G1O4 : ارتقاء شستشوی بهداشتی دستها در بیمارستان از 35 درصد به 50 درصد تا پایان سال 1402**

**اهداف اختصاصی: ( ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات از طریق استقرار استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان)**

**G2O1 : تدوین شاخص های فرایندی،عملکردی و ایمنی هر بخش و پایش فصلی آن تا پایان برنامه**

**اهداف اختصاصی :(مدیریت و توانمند سازي نیروي انسانی)**

**G3O1 : ارتقا اثربخشی آموزشی کارکنان در حیطه آگاهی و مهارت از 60 درصد به 75 درصد تا پایان سال 1402**

**اهداف اختصاصی :(مدیریت وبرنامه ریزی بهینه منابع(انسانی، تجهیزاتی، مالی))**

**G4O1 : کاهش هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری به میزان 5% نسبت به سال 1401**

**اهداف اختصاصی : (ارتقا شاخص های امور مالی)**

**G5O1 : کاهش میزان کسورات بیمه ای در بیمارستان به میزان 5% نسبت به سال 1401**

|  |  |
| --- | --- |
| **G1** | **مدیریت خطر ،حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان** |
| **O1** | **G1** | **کاهش خطاهای حرفه ای پرستان از 1% به 0.7% تا پایان سال 1402** |
| **S1** | **O1** | **G1** | **انجام راندهای مدیریتی ایمنی بیمار** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **تنظیم برنامه راندهای ایمنی** | **کلیه ی بخش ها** | **مسئول ایمنی بیمار و بهبود کیفیت** | **01/02/1402** | **10/02/1402** | **مسئول بهبود کیفیت** | **وجود برنامه** | **100 درصد** |
| **A2** | **انجام راندهای ایمنی طبق برنامه** | **کلیه ی بخش ها** | **کارشناس ایمنی** | **05/02/1402** | **طبق برنامه** | **مسئول بهبود کیفیت** | **گزارش راند به بخش ها** | **80 درصد** |
| **A3** | **ارسال گزارش راند انجام شده به بخش مورد بازدید و اعضا و اکراند** | **کلیه ی بخش ها** | **مسئول ایمنی بیمار و بهبود کیفیت** | **روز بعد از راند** | **روز بعد از راند** | **مسئول بهبود کیفیت** | **مشاهده** | **80 درصد** |
| **A4** | **انجام اقدامات اصلاحی ذکر شده در گزارش** | **کلیه ی بخش ها** | **فرد مشخص شده در گزارش** | **اجرا در کمیته بهبود کیفیت** | **اجرا در کمیته بهبود کیفیت** | **مسئول بهبود کیفیت** | **تشکیل جلسه** | **80 درصد** |
| **A5** | **پایش مداخلات انجام شده** | **کلیه ی بخش ها** | **کارشناس ایمنی** | **طبق برنامه** | **طبق برنامه** | **مسئول بهبود کیفیت** | **مشاهده** | **80 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G1** | **مدیریت خطر ،حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان** |
| **O1** | **G1** | **کاهش خطاهای حرفه ای از 1% به 0.7% تا پایان سال 1402** |
| **S2** | **O1** | **G1** | **ایجاد نظام گزارش دهی خطاهای پزشکی** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **آموزش به نیروها در مورد اهمیت گزارش خطای حرفه ای**  | **کلیه ی بخش ها** | **مسئول بهبود کیفیت** | **02/04/1402** | **مستمر** | **مسئول بهبود کیفیت و کارشناس ایمنی بیمار** | **چهره به چهره** | **100 درصد** |
| **A2** | **جمع آوری خطاهای گزارش شده و ارسال نتایج آن به بخش ها** | **کلیه ی بخش ها** | **مسئول بهبود کیفیت** | **پایان ماه** | **پایان ماه** | **مسئول بهبود کیفیت و کارشناس ایمنی بیمار** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A3** | **اعلام خطاهای گزارش شده در محافل جمعی هر شش ماه یکبار** | **کلیه ی بخش ها** | **مسئول بهبود کیفیت** | **هر شش ماه یکبار** | **هر شش ماه یکبار** | **مسئول بهبود کیفیت و کارشناس ایمنی بیمار** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A4** | **تقدیر از افراد یا بخشهایی که بیشترین گزارش خطا را دارند.** | **کلیه ی بخش ها** | **مسئول بهبود کیفیت** | **فصلی** | **فصلی** | **مسئول بهبود کیفیت و کارشناس ایمنی بیمار** | **مستندات** | **80 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G1** | **مدیریت خطر ،حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان** |
| **O3** | **G1** | **افزایش میزان اجرای گایدلاین شناسایی بیمار جهت بیماران به میزان10 درصد نسبت به سال 1401 به صورت مستمر تا پایان برنامه** |
| **S1** | **O3** | **G1** | **شناسایی صحیح بیمار** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **تهیه دستبند شناسایی در بیمارستان** | **بیماران** | **کارشناس ایمنی بیمار** | **مستمر** | **مستمر** | **مترون و کارشناس ایمنی بیمار** | **وجود دستبند** | **100 درصد** |
| **A2** | **تهیه دستبند با مشخصات حداقل نام و نام خانوادگی و سن بیمار** | **بیماران** | **کارشناس ایمنی بیمار** | **مستمر** | **مستمر** | **مترون و کارشناس ایمنی بیمار** | **مشاهدات** | **100 درصد** |
| **A3** | **آموزش کارکنان بدو ورود****آموزش کارکنان بصورت دوره ای** | **بیماران** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستمر** | **روز بعد از راند** | **مترون** | **مستندات** | **100 درصد** |
| **A4** | **ثبت مشخصات بیمار (نام تخت، نام پزشک،نام پرستار) بر روی تابلوی بالای تخت بیمار** | **بیماران** | **سرپرستار بخش** | **مستمر** | **اجرا در کمیته بهبود کیفیت** | **مترون** | **مشاهدات** | **100 درصد** |
| **A5** | **شناسایی بیمار از طریق دستبند شناسایی قبل از انجام هر پروسیجر بویژه قبل از دارو دادن،انتقال به اتاق عمل، نمونه گیری، تحویل نوزاد به خانواده و قبل از تزریق خون و فراورده** | **بیماران** | **ارائه دهنده خدمت** | **مستمر** | **طبق برنامه** | **مترون** | **مصاحبه با بیمار** | **100 درصد** |
| **A6** | **عدم شناسایی بیمار با شماره اتاق** | **بیماران** | **ارائه دهنده خدمت** | **مستمر** | **طبق برنامه** | **مترون** | **مشاهدات** | **100 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G1** | **مدیریت خطر ،حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان** |
| **O5** | **G1** | **افزایش اجرایی شدن هموویژیلانس به میزان 10 درصد نسبت به سال 1401 تا پایان برنامه** |
| **S1** | **O5** | **G1** | **استقرار هموویژیلانس** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **اختصاص فضای مناسب و مستقل به بانک خون** | **پرسنل آزمایشگاه** | **مسئول بانک خون،مدیر بیمارستان** | **1402/01/14** | **10/02/1402** | **مسئول بانک خون،مدیر بیمارستان** | **مشاهده** | **80درصد** |
| **A2** | **تجهیز بانک خون** | **پرسنل آزمایشگاه** | **مسئول بانک خون،مسئول تجهیزات** | **15/01/1402** | **10/02/1402** | **مسئول بانک خون، مدیر بیمارستان** | **مشاهده** | **80درصد** |
| **A3** | **آموزش نیروها و ارسال لیست آن به پایگاه انتقال خون شهرستان** | **پرسنل آزمایشگاه** | **مسئول آموزش** | **16/01/1402** | **10/02/1402** | **مسئول آموزش، مسئول بانک خون** | **مصاحبه** | **80 درصد** |
| **A4** | **برگزاری آزمون توسط پایگاه انتقال خون دو ماه پس از آموزش** | **پرسنل آزمایشگاه** | **پایگاه انتقال خون** | **01/03/1402** | **01/04/1402** | **پایگاه انتقال خون، مسئول بانک خون** | **مستندات** | **80درصد** |
| **A5** | **پایش نتایج آزمون** | **پرسنل آزمایشگاه** | **پایگاه انتقال خون** | **01/04/1402** | **01/05/1402** | **پایگاه انتقال خون** | **مشاهده و مستندات** | **80 درصد** |
| **A6** | **صدور گواهی گذراندن هموویژیلانس جهت پرسنل** | **پرسنل آزمایشگاه** | **پایگاه انتقال خون** | **20/04/1402** | **01/05/1402** | **پایگاه انتقال خون** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A7** | **تعیین پزشک مسئول هموویژیلانس** | **پرسنل آزمایشگاه** | **رئیس بیمارستان** | **1402/01/14** | **10/02/1402** |  | **رئیس بیمارستان** | **مشاهده و مستندات** |
| **A8** | **تکثیر و توزیع فرم های هموویژیلانس** | **پرسنل آزمایشگاه** | **مسئول مدارک پزشکی** | **1402/01/14** | **10/02/1402** |  | **مسئول مدارک پزشکی** | **مستندات** |
| **A9** | **آموزش تکمیل فرم ها به نیروهای دخیل** | **پرسنل آزمایشگاه** | **مسئول آموزش** | **1402/01/14** | **10/03/1402** | **مسئول آموزش، مسئول بانک خون** | **مستندات** | **100 درصد** |
| **A10** | **تکمیل فرم ها توسط افراد دخیل** | **پرسنل آزمایشگاه** | **سرپرستار** | **1402/01/14** | **مستمر** | **مسئول بانک خون** | **مستندات** | **100 درصد** |
| **A11** | **ارسال فرم گزارش عوارض ناخواسته بلافاصله به بانک خون** | **مسئول هموویژیلانس** | **سرپرستار** | **05/02/1402** | **مستمر** | **مسئول بانک خون** | **مستندات** | **100 درصد** |
| **A12** | **ارسال فرم گزارش عوارض ناخواسته حداکثر ظرف دو روز به پایگاه انتقال خون** | **مسئول هموویژیلانس** | **مسئول بانک خون** | **05/02/1402** | **مستمر** | **مسئول بانک خون** | **مستندات** | **100 درصد** |
| **A13** | **پایش استقرار هموویژیلانس** | **مسئول هموویژیلانس** | **پایگاه انتقال خون** | **05/02/1402** | **10/03/1402** | **پایگاه انتقال خون، مسئول بانک خون** | **مستندات و مشاهده** | **100 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G1** | **مدیریت خطر ،حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان** |
| **O6** | **G1** | **ارتقاء شستشوی بهداشتی دستها در بیمارستان از 35 درصد به 50 درصد تا پایان سال 1402** |
| **S1** | **O6** | **G1** | **رعایت بهداشت دست** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **تدوین چک لیست کنترل ملزومات بهداشت دست** | **پرسنل درمان** | **کنترل عفونت** | **14/01/1402** | **10/02/1402** | **مسئول کنترل عفونت** | **مستندات** | **100درصد** |
| **A2** | **تهیه ملزومات بهداشت دست(صابون مایع، حوله کاغذی،سطل آشغال پدال دار،هند راب)** | **پرسنل درمان** | **کنترل عفونت،****تدارکات** | **16/01/1402** | **مستمر** | **مسئول کنترل عفونت** | **مشاهده** | **80درصد** |
| **A3** | **نصب تراکت آموزشی شستشوی صحیح دست در مجاورت دستشویی ها** | **پرسنل درمان** | **کنترل عفونت** | **16/01/1402** | **10/02/1402** | **مسئول کنترل عفونت** | **مشاهده** | **80 درصد** |
| **A4** | **خارج کردن ساعت و وسایل زینتی از دست** | **پرسنل درمان** | **تیم درمان** | **16/01/1402** | **مستمر** | **مسئول کنترل عفونت** | **مشاهده** | **80درصد** |
| **A5** | **کوتاه نگه داشتن ناخنها کمتر از نیم سانت** | **پرسنل درمان** | **تیم درمان** | **16/01/1402** | **مستمر** | **مسئول کنترل عفونت** | **مشاهده** | **80 درصد** |
| **A6** | **شستشوي دست با آب و صابون در زمان ورود به بخش** | **پرسنل درمان** | **تیم درمان** | **مستمر** | **مستمر** | **مسئول کنترل عفونت** | **مشاهده** | **100 درصد** |
| **A7** | **استفاده از هند راب در صورت عدم آلودگی و ترشح بر روي دست طبق خط مشی** | **پرسنل درمان** | **تیم درمان** | **مستمر** | **مستمر** | **مسئول کنترل عفونت** | **مشاهده** | **100 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G2** | **ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات از طریق استقرار استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان** |
| **O2** | **G2** | **تدوین شاخص های فرایندی،عملکردی و ایمنی بیمار هر بخش و پایش فصلی آن تا پایان برنامه** |
| **S1** | **O2** | **G2** | **تدوین شاخص های فرایندی،عملکردی و ایمنی بیمار هر بخش و پایش فصلی** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **آموزش شاخص های بیماستانی به پرسنل بخش** | **کلیه بخش ها** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **16/03/1402** | **16/12/1402** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **مصاحبه**  | **100درصد** |
| **A2** | **تهیه شناسنامه شاخص های بیمارستانی توسط دفتر بهبود کیفیت** | **کلیه بخش ها** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **22/03/1402** | **22/04/1402** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **مستندات** | **100درصد** |
| **A3** | **ارائه عنوان شاخص ها توسط مسئول بخش** | **کلیه بخش ها** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **05/04/1402** | **05/04/1402** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A4** | **تهیه و تنظیم شاخص های بیمارستانی** | **کلیه بخش ها** | **مسئولین بخش ها** | **26/04/1402** | **26/04/1402** | **مسئولین بخش ها** | **مستندات** | **100 درصد** |
| **A5** | **گزارش نتایج شاخص های بیمارستانی در کمیته بهبود کیفیت** | **کلیه بخش ها** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **06/06/1402** | **06/06/1402** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **مستندات** | **100 درصد** |
| **A6** | **پایش شاخص ها** | **کلیه بخش ها** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **27/06/1402** | **27/06/1402** | **دفتر بهبود****کیفیت** | **مشاهده و مستندات** | **80 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G3** | **مدیریت و توانمند سازي نیروي انسانی** |
| **O3** | **G3** | **ارتقا اثربخشی آموزشی کارکنان در حیطه آگاهی و مهارت از 60 درصد به 75 درصد تا پایان سال 1402** |
| **S1** | **O3** | **G3** | **آموزش و توانمندسازی تخصصی کارکنان** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **تعیین شاخص های اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه های دانش و مهارت توسط مجریان برنامه** | **کلیه بخش ها** | **سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A2** | **آموزش های مستمر و بازدیدهای مکرر از عملکرد کارکنان مطابق تقویم آموزشی** | **کلیه بخش ها** | **مسئولین بخش ها و****سوپروایزر آموزشی**  | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A3** | **برگزاری سمینارهای گوناگون علمی با بهره گیری از اساتید دانشگاهی** | **کلیه بخش ها** | **سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A4** | **ارزیابی دوره های آموزشی در حیطه دانش با انجام پیش آزمون و پس آزمون و بر اساس شاخص های اثربخشی آموزشی** | **کلیه بخش ها** | **سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A5** | **ارزیابی دوره های آموزشی در حیطه مهارت با بررسی مهارتهای عملی آموخته شده و بر اساس شاخص های اثربخش آموزشی** | **کلیه بخش ها** | **سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A6** | **تدوین PDP و تأثیردهی آن در امر آموزش کارکنان** | **کلیه بخش ها** | **سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A7** | **استفاده از سیستم تشویقی در خصوص کارکنانی که عملکرد مناسبی دارند جهت انگیزش خود فرد و کارکنان دیگر** | **کلیه بخش ها** | **مسئولین بخش ها و سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A8** | **آموزش های کاربردی و عملی کارکنان جدیدالورود با استفاده از کادر با سابقه و واحد آموزش** | **کلیه بخش ها** | **سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A9** | **اقدام اصلاحی بر اساس نتایج ارزیابی اثربخشی دوره های آموزشی برگزار شده در صورت نیاز** | **کلیه بخش ها** | **سوپروایزر آموزشی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **سوپروایزر آموزشی** | **مستندات** | **80 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G3** | **مدیریت وبرنامه ریزی بهینه منابع(انسانی، تجهیزاتی، مالی)** |
| **O** | **1** | **کاهش هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری به میزان 5% نسبت به سال 1401** |
| **S1** | **O3** | **G3** | **مدیریت هزینه ها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده هلینگ از خدمات پرستاری برای هر بخش بیمارستان** | **کلیه بخش ها** | **مسئول درآمد** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A2** | **محاسبه مابه التفاوت هتلینگ از خدمات پرستاری دریافتی و هزینه تمام شده هتلینگ از خدمات پرستاری به تفکیک بخش های بیمارستان** | **کلیه بخش ها** | **مسئول درآمد** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A3** | **تدوین برنامه و اقدام برای انطباق هزینه های انجام شده برای هتلینگ از خدمات پرستاری هر بخش بیمارستان با درآمد اختصاصی هتلینگ از خدمات پرستاری** | **کلیه بخش ها** | **مسئول درآمد** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |

|  |  |
| --- | --- |
| **G3** | **ارتقا شاخص های امور مالی** |
| **O** | **1** | **کاهش میزان کسورات بیمه ای در بیمارستان به میزان 5% نسبت به سال 1401** |
| **S1** | **O3** | **G3** | **کاهش میزان کسورات بیمه ای در بیمارستان** |
| **A** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمان اجرا** | **زمان پایان** | **مسئول پایش** | **نحوه پایش** | **شاخص پیشرفت برنامه** |
| **A1** | **ثبت کلیه اقدامات درمانی و دارویی توسط پزشک در پرونده بیمار** | **کلیه بخش ها** | **مسئول بخش ها و مسئول داروخانه** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A2** | **ثبت داروها و لوازم مصرفی بیمار طبق دستور پزشک و خدمت انجام شده در HIS** | **کلیه بخش ها** | **مسئول بخش ها و مسئول داروخانه** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A3** | **ثبت درخواست آزمایشات بصورت کامل و الصاق جواب آن به پرونده بیمار** | **کلیه بخش ها** | **مسئول آزمایشگاه** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A4** | **ثبت مشخصات بیمار و تاریخ و ساعت انجام نوار قلب بر روی آن و الصاق به پرونده** | **کلیه بخش ها** | **مسئول بخش ها** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات و شواهد**  | **80 درصد** |
| **A5** | **انجام ریپورت کلیه گرافی ها و الصاق به پرونده بیمار** | **کلیه بخش ها** | **مسئول رادیولوژی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A6** | **تکمیل کلیه اوراق پرونده ، سربرگ و خود برگه به ویژه برگه مشاوره ، سونوگرافی، شرح عمل، بیهوشی و خلاصه پرونده** | **کلیه بخش ها** | **مسئول اسناد پزشکی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A7** | **آموزش پرسنل واحد پذیرش و منشی ها در خصوص تکمیل سربرگ پرونده های بیماران** | **کلیه بخش ها** | **مسئول اسناد پزشکی** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |
| **A8** | **شناسایی مشکلات در کمیته و برنامه ریزی جهت کاهش آنها** | **کلیه بخش ها** | **مسئول درآمد** | **01/01/1402** | **29/12/1402** | **مسئول درآمد و مدیر امور مالی** | **مستندات** | **80 درصد** |

|  |
| --- |
| تأییدیه برنامه عملیاتی توسط تیم مدیریت اجرایی  |
| سمت | امضاء |
| **ریاست بیمارستان**  |  |
| **مدیریت بیمارستان** |  |
| **مدیر خدمات پرستاری** |  |
| **حسابداری** |  |
| **مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات** |  |
| **سرپرستار اورژانس** |  |
| **سرپرستار بخش جراحی زنان** |  |
| **بهبود کیفیت** |  |
| **کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار** |  |