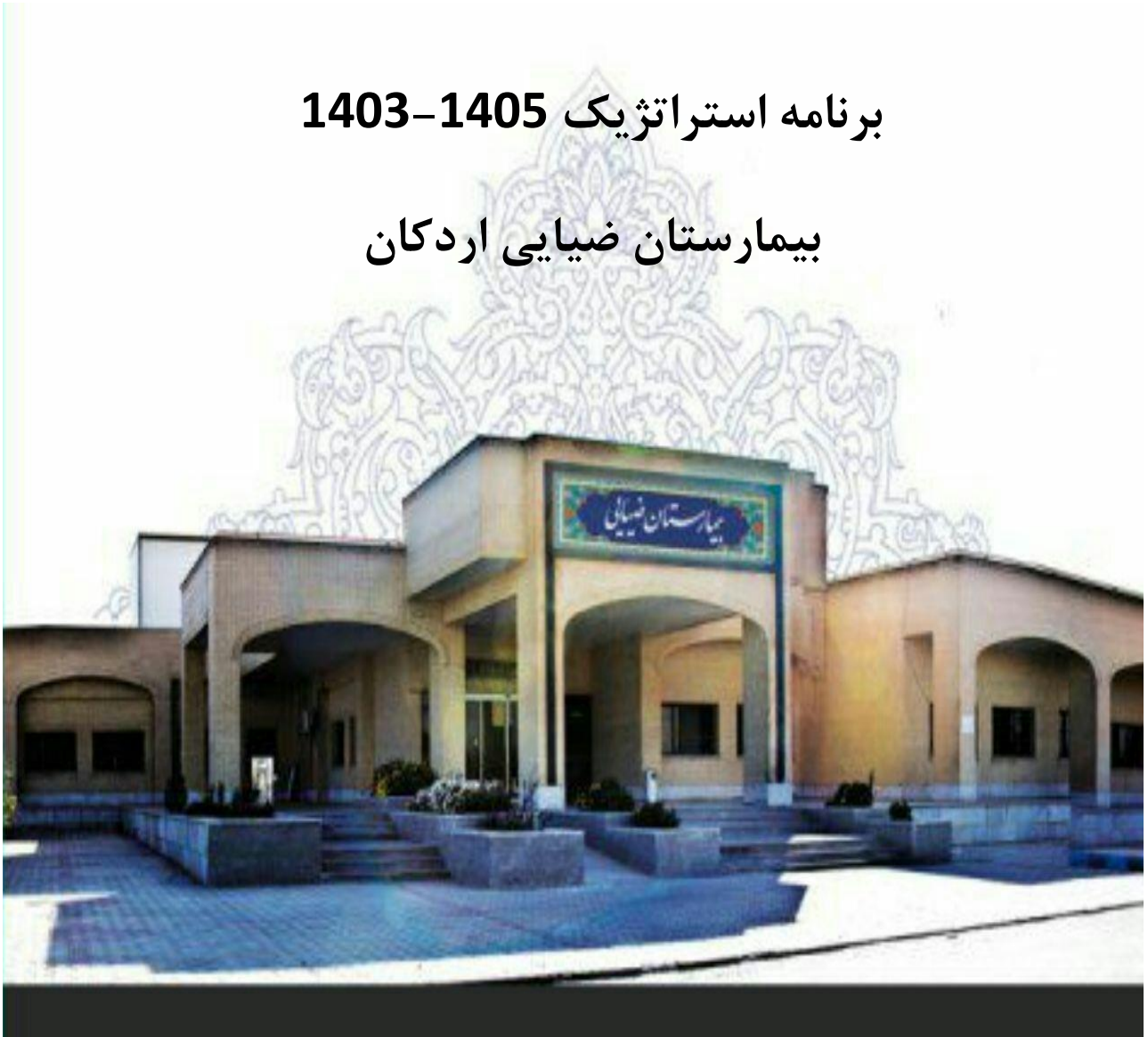




برنامه استراتژیک 1403-1405

بیمارستان ضیایی اردکان



تدوین: دی ماه تا اسفند ماه 1402



## فهرست مطالب:

5..... مقدمه

5..... متدولوژی پروژه:

6..... مراحل برنامه ریزی استراتژیک

7 ✓ برگزاری کارگاه آشنایی با مفاهیم

7 ✓ شناخت عوامل شکست استراتژی ها

9 ✓ ضرورت برنامه ریزی استراتژیک

12..... کارگاه تعیین نقاط ضعف، قوت، فرصت، تهدید و چالش ها (CSWOT)

12 ✓ نقاط قوت و ضعف داخلی

12 ✓ فرصتها و تهدیدهای محیطی

13 ✓ تغییرات و چالشها

13 ✓ نقاط قوت و ضعف، فرصتها و تهدیدها و چالشها

17 ✓ ماتریس سوات (SWOT)

19..... کارگاه تدوین بیانیه چشم انداز، رسالت و ارزش های سازمانی

19 ✓ رسالت

20 ✓ بیانیه چشم انداز

20 ✓ بیانیه ارزشها

22 ✓ تحلیل ذینفعان

26..... تدوین سیاست های اصلی بیمارستان

26..... کارگاه تدوین اهداف استراتژیک بیمارستان ضیایی اردکان

27 ✓ اهداف استراتژیک بیمارستان ضیایی اردکان در سال 1403

28 ✓ تعیین شاخصها، اهداف کمی و اقدامات استراتژیک به منظور تحقق اهداف استراتژی

29 ✓ نقشه استراتژی بیمارستان ضیایی اردکان:

36 ..... کارگاه تدوین برنامه عملیاتی

40 ✓ نحوه پایش برنامه عملیاتی

- ✓ 40.....تواتر جلسات
- ✓ 41.....مقررات جلسه
- ✓ 41.....ورودی های جلسه
- ✓ 41.....خروجی های جلسات
- ✓ 43.....گانت چارت
- 44.....فاکتورهای کلیدی توفیق مستمر**
- 45.....تشکر و تقدیر**

« برنامه ریزی، آوردن آینده به حال است تا بتوانید همین الان برای آن کاری انجام دهید... »

## «آلن لاکین»

بیمارستان ضیایی اردکان برای تحول آماده است.

سال‌های آینده تغییرات قابل توجهی را برای بیمارستان ضیایی اردکان به ارمغان خواهد آورد. مدیران ارشد این بیمارستان با درک اهمیت این موضوع، فرایند تدوین و اجرای سند استراتژیک سازمان را در دستور کار قرار داده تا به کمک اقدامات استراتژیک تعریف شده، از فرصت تغییر مسیر خود و ارائه مدل‌های نوآورانه که گیرندگان خدمت تجربه خواهند کرد، استفاده کنند. این تغییر همچنین فرصتی برای تجدیدنظر در تمرکز سازمانی، تصمیم‌گیری، ارتقای فرایندها و توسعه کارکنان است.

فرصت‌های مشارکت و یادگیری در نزدیکی ما هستند.

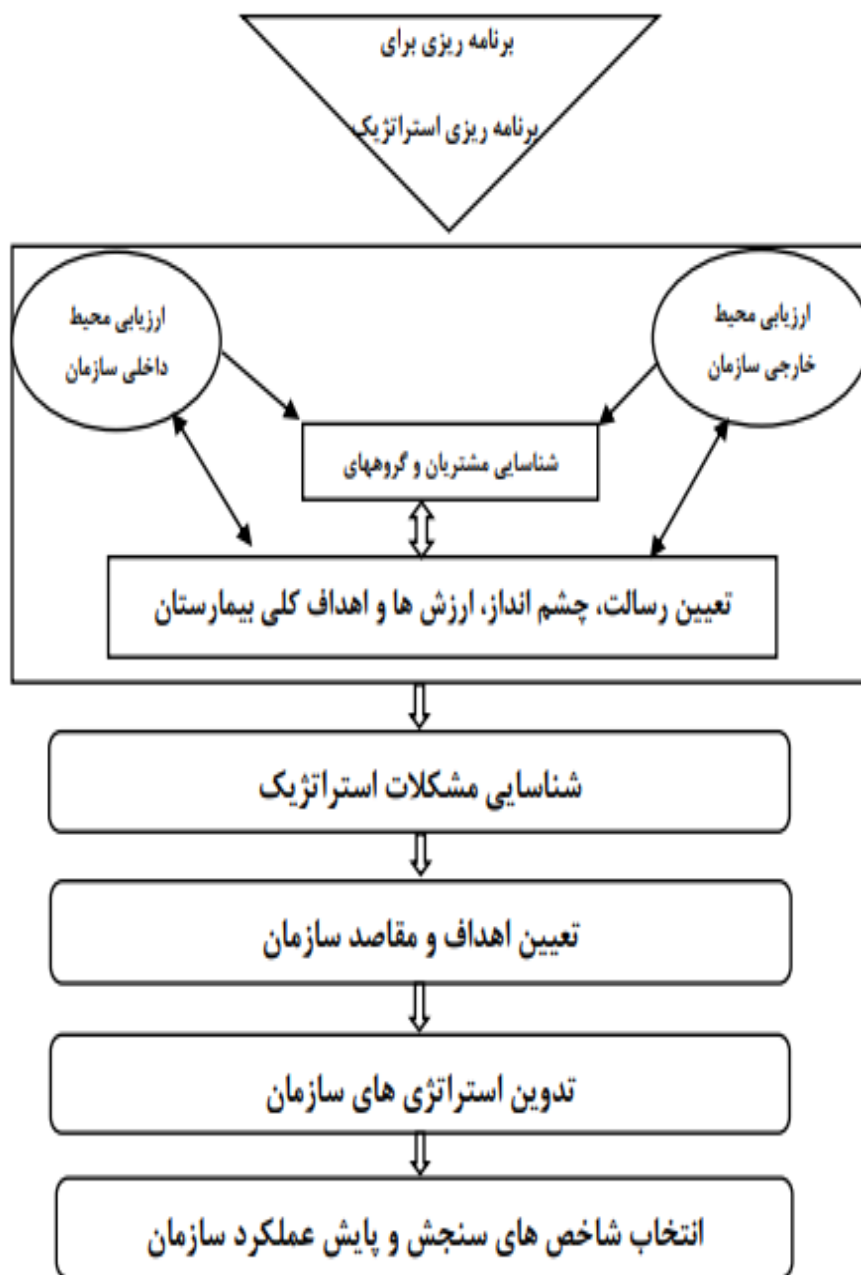
شرکای جامعه در زمینه ارائه خدمات سلامت محور در حال رشد و تحول بوده و به همین ترتیب سازمانها در حال تبدیل شدن به سیستم‌های توسعه سلامت هستند. مشارکت واقعی برای پیشبرد سطوح جدید بهره‌وری، دسترسی و پایداری بسیار مهم است. ما مشتاقانه در انتظار چالش‌های پیش رو برای به حداکثر رساندن مهارت و نوآوری سرمایه‌های انسانی در ارائه بهترین نتایج سلامت جامعه هستیم.

## متدولوژی پروژه:

جهت تدوین سند برنامه استراتژیک مدل‌های مختلفی وجود دارد مانند مدل WHO، دیوید و هانگر، برایتون و... که سازمان‌ها با توجه به شرایط داخلی و محیطی که در آن قرار دارند ممکن است هر کدام از مدل‌های موجود را برگزینند. در بیمارستان ضیایی اردکان مدل ایرانی دکتر ملکی و طبیبی با توجه به اینکه مورد تأیید وزارت بهداشت می‌باشد انتخاب شد.

برنامه استراتژیک جدید ما در یک فرایند گسترده با حضور مدیران ارشد جهت شکل‌دهی نقشه راه آینده بیمارستان ضیایی اردکان تدوین شد. مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان در این فرایند به منظور تسهیل شناخت وضعیت موجود، تعیین اهداف آینده و استراتژی دستیابی به اهداف، در تدوین برنامه همکاری داشتند.

مراحل برنامه ریزی استراتژیک به صورت زیر می باشد:



## برگزاری کارگاه آشنایی با مفاهیم

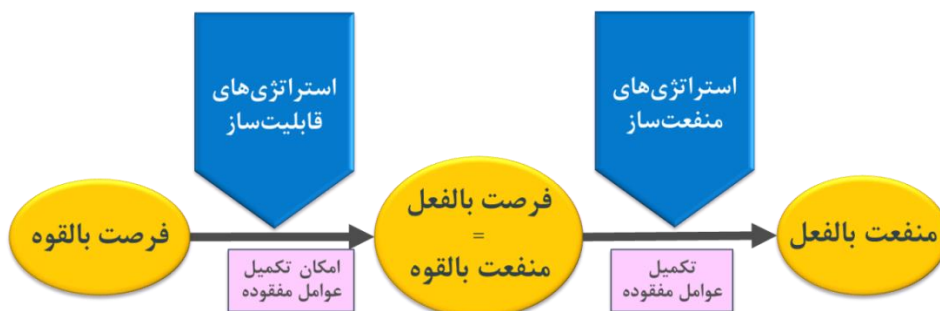
در این جلسه که در تاریخ 1402/09/29 برگزار شد، مهمترین مفاهیم مرتبط با برنامه ریزی، برنامه استراتژیک و روش اجرایی در سازمان مورد بحث و بررسی قرار گرفت و اعضا برای ادامه فعالیت‌ها توجیه و همسو گردیدند.

هدف از این نشست شامل موارد زیر بوده است:

- درک مشترک از مفاهیم و واژگان کلیدی در برنامه ریزی استراتژیک،
- اهمیت برنامه ریزی استراتژیک،
- آشنایی با مراحل برنامه استراتژیک دکتر طبیبی و ملکی،
- تعیین افق برنامه استراتژیک بیمارستان.

## درک مشترک از مفاهیم و واژگان کلیدی در برنامه ریزی استراتژیک

تعریف استراتژی: رویکردی است که در آن با تمرکز منابع بر روی فرصت‌های کسب و کار، مزیت‌آفرینی می‌گردد.



تصویر نقش استراتژی‌ها در تبدیل فرصت به منفعت

مدیریت استراتژیک عبارتست از هنر و علم تدوین، اجرا و ارزیابی و بازنگری تصمیمات همه‌جانبه‌ای که سازمان را برای دستیابی به اهداف استراتژیک توانمند می‌سازد.

هنر مدیریت، مدعی روش‌های جدیدی در خصوص شکل‌دهی به استراتژی است که بر کیفیت و اثر بخشی آن تاثیر می‌گذارد و بیان می‌دارد که پیروزی از آن کسی است که استراتژی بهتری را در عمل به کار گیرد و نه کسی که صرفاً استراتژی دارد.

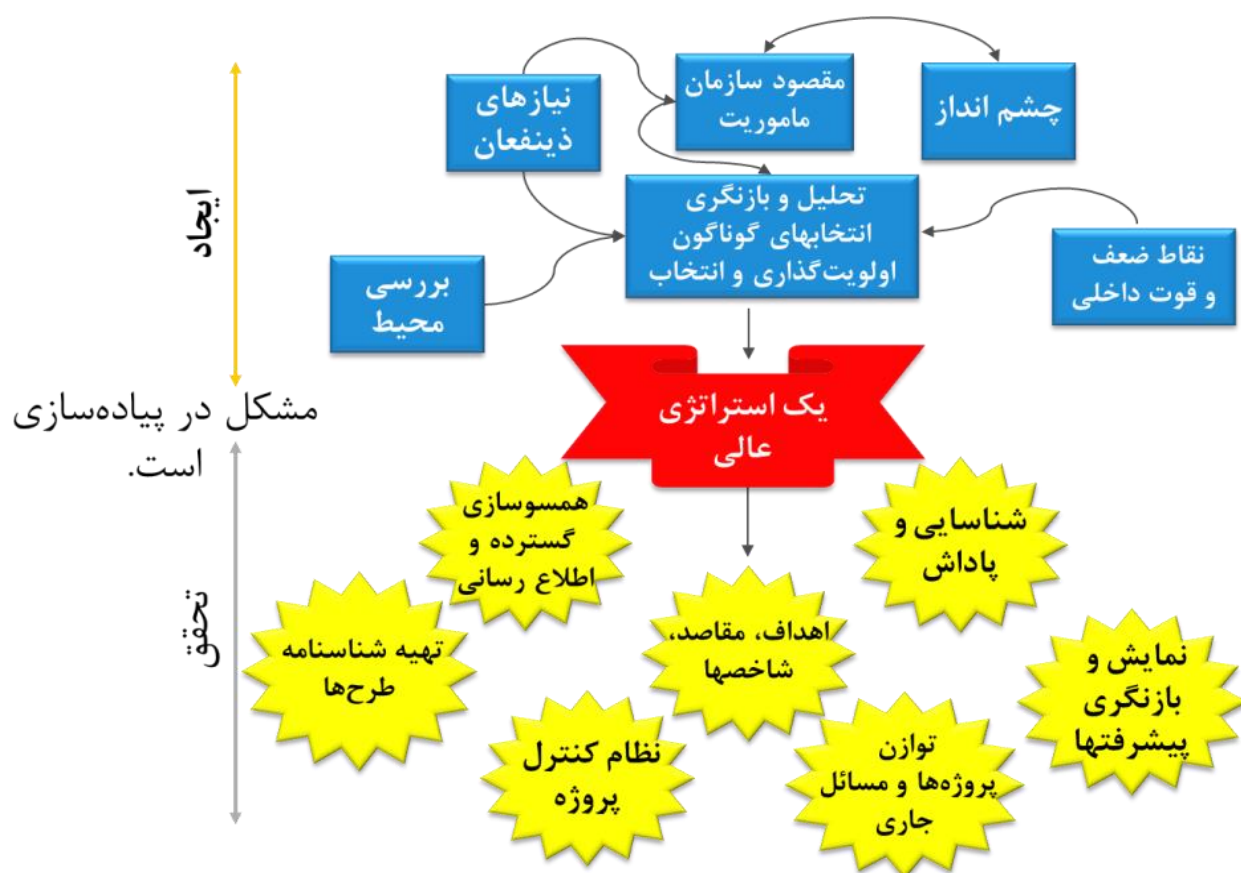
## شناخت عوامل شکست استراتژی‌ها

مساله اساسی در سازمان‌ها، تبدیل استراتژی‌های تدوین شده به عمل یا همان پیاده‌سازی استراتژی است. در نظرسنجی انجام شده توسط شرکت QUEST، هشتاد درصد مدیران از فرایند تدوین استراتژی خود رضایت دارند اما تنها چهارده درصد از آنان از اجرای استراتژی‌ها در سازمان خرسند می‌باشند.

مشکل وارد نشدن استراتژی‌های تدوین شده در عملکرد سازمان، از عوامل مختلفی تاثیر می‌پذیرد که مهمترین آن **فقدان فرایند راهبری** به معنای تحلیل، تصمیم، اجرا و بازنگری استراتژی‌ها است؛ علاوه بر آن **تحلیل موقعیت و شرایط سازمان به صورت غیرساختار یافته و یکبار برای چند سال**، باعث می‌شود تغییرات محیطی توسط مدیران درک نشود و اصرار بر پیاده‌سازی اهدافی داشته باشند که دیگر مناسب محیط روز سازمان نیست.

از دیگر علل شکست استراتژی‌ها در پیاده‌سازی، **فقدان سنجه یا معیار** برای سنجش میزان جهت‌گیری سازمان برای انطباق با استراتژی‌ها و پایش عملکرد سازمان می‌باشد که از نگاه تجویزی به استراتژی ناشی می‌شود.

**دوره طولانی فرایند تدوین استراتژی** را نیز باید یکی از عوامل مهم در عدم توفیق استراتژی‌ها برشمرد، زیرا طولانی شدن این دوره علاوه بر خستگی عوامل دست‌اندرکار، به غیر قابل اعتماد شدن اطلاعات جمع‌آوری شده اولیه برای ادامه کار می‌انجامد و از همه مهم‌تر **احتمال تغییر در کادر مدیریت نیز ریسک موفقیت را افزایش می‌دهد.**



تصور مراحل ایجاد و دستاوردهای تحقق استراتژی

## ضرورت و اهمیت برنامه ریزی استراتژیک

با نگاهی دقیق به مفهوم مدیریت استراتژیک میتوان به ضرورت استفاده از آن پی برد. با توجه به تغییرات محیطی که در حال حاضر شتاب زیادی به خود گرفته است و پیچیده شدن تصمیمات سازمانی، لزوم بکارگیری برنامه های جامع برای مواجهه با اینگونه مسائل بیشتر از گذشته ملموس میشود. این برنامه چیزی جز برنامه استراتژیک نیست. مدیریت استراتژیک با تکیه بر ذهنیتی پویا، آینده نگر، جامع نگر و اقتضایی راه حل بسیاری از مسائل سازمان های امروزی است و این عوامل تعیین کنندگان موفقیت سازمان در دنیای امروز است. پس سیستم های سازمانی در راستای کسب موفقیت در میدان رقابت باید از نوعی برنامه ریزی بهره گیرند که آینده نگر و محیط گرا باشد به طوری که ضمن شناسایی عوامل و تحولات محیطی، در یک افق زمانی بلندمدت، تاثیر آنها را بر سازمان و نحوه تعامل سازمان با آنها را مشخص نماید. این نوع برنامه ریزی با بررسی محیط خارجی و داخلی سازمان، فرصتها و تهدیدهای محیطی و قوت ها و ضعف های داخلی را شناسایی می کند و با درنظر داشتن مأموریت سازمان، اهداف بلندمدت را برای سازمان تنظیم می کند و برای دستیابی به این اهداف، از بین گزینه های استراتژیک اقدام به انتخاب استراتژی هایی می کند که با تکیه بر قوت ها و رفع ضعف ها، از فرصت های پیش آمده به نحو شایسته استفاده کرده و از تهدیدها پرهیز کند تا در صورت اجرای صحیح، باعث موفقیت

سازمان در میدان رقابت شود. اگر سازمان ها می خواهند همسو با تغییرات و دگرگونی های تکنولوژیک، اجتماعی و اقتصادی در محیط داخلی و خارجی فعالیت کنند بایستی نگرش جامع و راهبردی داشته باشند و الزامات گوناگونی را مدنظر قرار دهند.

## تعاریف

**رسالت (Mission):** ماموریت یا رسالت بیانگر علت وجودی سازمان است و جایگاه سازمان را از این جهت که به چه کاری اشتغال دارد نشان می دهد. چرا این سازمان بوجود آمده و چه نیازی از جامعه را مرتفع می کند . رسالت شامل اهداف، وظایف اصلی، ویژگی ها و ارزش های حاکم بر سازمان می باشد .

**چشم انداز (Vision):** ایده آل و یا وضعیت مطلوب مجموعه اهداف دراز مدتی است که دستیابی به آنها در آینده ای نزدیک غیرمحتمل می باشد ولی امکان حرکت به سوی آن برای سازمان میسر است. در واقع تصویری از آینده به دست می دهد که به دنبال ساختن آن هستیم به عبارتی آینده ای است که همه کارکنان خود را متعهد به ساختن آن می کنند.

**ارزش ها (Value):** فلسفه سازمان، منعکس کننده باورها، اولویت ها و ارزش های اساسی سازمان است. این ارزش ها راهنمای تصمیم گیری مدیریت و همچنین هدایت گر رفتار افراد در سازمان می باشند. باید ها و نباید های سازمان را بیان می کند.

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

**نقاط ضعف (Weakness) (W):** مجموعه ای از عوامل داخل سازمانی می باشد که مانع از تحقق اهداف سازمان می گردند .

**فرصت ها (Opportunities) (O):** مجموعه ای از امکانات بالقوه خارج از سازمان که در صورت بهره گیری از آنها توانمندی های سازمان افزایش خواهد یافت .

**تهدیدها (Threats) (T):** مجموعه ای از عوامل موثر و مداخله گر خارج از سازمان که مانع از اجرای برنامه ها و تحقق اهداف سازمان می گردند .

**عوامل داخلی (SW):** مجموعه نقاط قوت و ضعف سازمان را عوامل داخلی گویند. این عوامل شامل اهداف سازمانی، ساختارها، فرهنگ سازمانی، سیستم ها، فرایندهای کاری، مدیران، کارکنان، منابع در دسترس، ظرفیت عملیاتی سازمان و عملکرد سازمان است.

**عوامل خارجی (OT):** مجموعه فرصت ها و تهدیدهای سازمان را عوامل خارجی می گویند. این عوامل شامل عوامل سیاسی و قانونی، عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی و فرهنگی، عوامل تکنولوژیک و عوامل محیط زیست است.

**اهداف کلان (Goals):** بیانگر اهداف و مقاصد بلندمدت و راهبردی سازمان است .

**اهداف اختصاصی، عینی یا عملیاتی (Objectives):** راه رسیدن به اهداف کلان دارای مراحل مختلفی می باشد، و اهداف عملیاتی، اهداف تعیین شده برای انجام هر یک از این مراحل و وسیله ای برای رسیدن به اهداف کلان هستند.

**استراتژی یا راهبرد (Strategy):** راه و روش رسیدن به اهداف سازمان را استراتژی گویند.

**استراتژی های SO :** استراتژی هایی که با استفاده از نقاط قوت و توانمندیها در جهت بهره گیری از فرصت ها تدوین می شوند.

**استراتژی های ST :** استراتژی هایی که باعث کنترل تهدیدها و یا تبدیل آنها به فرصت می شوند.

**استراتژی های WO :** استراتژی هایی که جهت کاهش نقاط ضعف و افزایش فرصت ها تدوین می شوند.

**استراتژی های WT :** استراتژی هایی که سازمان را در برابر تهدیدها حفظ کرده و توانمندی سازمان را جهت کنترل و یا تبدیل تهدید به فرصت افزایش می دهند .

**ماتریس عوامل داخلی (EFEM (Matrix Evaluation Factors Internal):** ماتریسی که در آن نمره نهایی عوامل داخلی (ضعف و قوت ها) تعیین می شود و جهت تعیین موقعیت استراتژیک از آن استفاده می شود.

**ماتریس عوامل خارجی (EFEM (Matrix Evaluation Factors External):** ماتریسی که در آن نمره نهایی عوامل خارجی (فرصت و تهدیدها) تعیین می شود و جهت تعیین موقعیت استراتژیک از آن استفاده می شود.

## کارگاه تعیین نقاط ضعف، قوت، فرصت، تهدید و چالش ها (CSWOT)

کارگاه CSWOT به منظور شناسایی و ارزیابی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها، تهدیدات و تغییرات و چالش‌های بیمارستان ضیایی اردکان در تاریخ 29 آذر ماه سال 1402 برگزار شد. در این کارگاه در ابتدا مروری بر مفاهیم و ویژگی‌های نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها، تهدیدها، تغییرات و چالش‌های سازمانی صورت گرفت و در ادامه با بارش افکار تمامی حاضرین، نظرات مطرح گردید.

سپس در مورد هر یک از نظرات، بحث و تبادل نظر صورت گرفته و پس از توافق نظر جمعی، نقاط مشخص گردید. در زیر تعاریف هر یک از عناصر فوق ارائه می گردد:

### نقاط قوت و ضعف داخلی

نقاط قوت و ضعف در زمره فعالیت‌های قابل کنترل و داخلی سازمان قرار می‌گیرند که سازمان آنها را به شیوه‌ای بسیار عالی یا بسیار ضعیف انجام می‌دهد. سازمان‌ها می‌کوشند استراتژی‌هایی را به اجرا درآورند که نقاط قوت داخلی تقویت شود و ضعف‌های داخلی برطرف گشته یا بهبود یابند.

**نقاط قوت** عبارتند از منابع، مهارت‌ها یا مزیت‌هایی که یک سازمان نسبت به رقبا و نیازهای بازارهایی که در آن‌ها کار می‌کند، داراست. قوت‌ها شایستگی‌های متمایزی هستند که مزیت مقایسه‌ای و رقابتی سازمان را در بازار شکل می‌دهند. نقاط قوت را بطور کلی می‌توان موقعیت‌های موثرتر و بهره‌ورتر یک سازمان نسبت به رقبا دانست.

**نقاط ضعف** عبارتند از محدودیت‌ها یا کمبودها در منابع، مهارت‌ها و توانایی‌ها که منجر به کاهش اثربخشی عملکرد یک سازمان می‌شوند. بطور کلی نقاط ضعف را می‌توان داشتن یک موقعیت بد یا ضعیف سازمانی نسبت به رقبا دانست.

یکی از منافع مهم این است که سازمان از نقاط قوت و ضعف نسبی خود آگاه شود. می‌توان نقاط قوت و ضعف سازمان را برحسب دستیابی به هدف‌های مورد نظر تعیین کرد.

### فرصت‌ها و تهدیدهای محیطی

مقصود از فرصت‌ها و تهدیدات خارجی، رویدادها و روندهای اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، بوم‌شناسی، محیطی، سیاسی، قانونی، دولتی، فن‌آوری و رقابتی است که می‌توانند به میزان زیادی در آینده به سازمان منفعت یا زیان برسانند. فرصت‌ها و تهدیدها به میزان زیادی خارج از کنترل یک سازمان هستند.

اصل اساسی مدیریت استراتژیک این است که سازمان‌ها باید برای بهره‌جستن از فرصت‌های خارجی و پرهیز از اثرات ناشی از تهدیدات خارجی یا کاهش دادن آن‌ها درصدد تدوین استراتژی‌هایی برآیند. به این دلیل شناسایی، نظارت و ارزیابی فرصت‌ها و تهدیدات خارجی می‌توانند موفقیت سازمان را تضمین نمایند.

در این زمینه تحلیل PESTLE می‌تواند برای درک تصویر کلان از محیط سازمان استفاده شود که شامل بررسی عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، تکنولوژی، قانونی، زیست‌محیطی می‌باشد.

### تغییرات و چالش‌ها

تغییرات اساسی که در حال حاضر سازمان را تحت تاثیر قرار می‌دهند از قبیل رقابت، تکنولوژی‌های جدید، قوانین حاکم، پرسنل و غیره را شامل می‌شود. این نکات را نمی‌توان به عنوان یکی از عوامل SWOT طبقه‌بندی کرد و مرور آنها به ما این امکان را می‌دهد که از بررسی کلیه جوانب اطمینان حاصل کنیم.

### نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها و چالش‌ها

در ادامه جمع‌بندی نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها و چالش‌ها که توسط شرکت‌کنندگان در کارگاه تدوین شده، گزارش شده‌است.

## نقاط قوت

- ❖ وجود تجهیزات جدید و پیشرفته در بیمارستان
- ❖ اعتقاد مجموعه مدیریتی بیمارستان بر اجرای استانداردهای اعتبار بخشی و ایمنی بیمار
- ❖ ارتقای مستمر استانداردهای اعتبار بخشی و ایمنی بیمار
- ❖ اجرای سیستم کارآمد پیگیری امور بیماران
- ❖ وجود سیستم کنترل عفونت و مدیریت پسماند
- ❖ امکان دسترسی سریع و به موقع به پزشکان متخصص به دلیل سکونت در بیمارستان
- ❖ داشتن لوح دوستدار کودک
- ❖ برخورداری از امکانات پاراکلینیکی مناسب
- ❖ اعتقاد مدیریت ارشد برای تامین رفاه کارکنان
- ❖ وجود کمیته های بیمارستانی و تاثیر آن در تصمیم گیری های مدیریتی و پیگیری اجرای مصوبات توسط دبیران
- ❖ وجود سیستم HIS متناسب با نیاز بیمارستان
- ❖ توسعه و پیشرفت فضاهای فیزیکی بیمارستان متناسب با نیاز شهرستان
- ❖ اجرای استانداردهای ارتقاء سلامت بیماران و کارکنان
- ❖ استفاده از پتانسیل پرسنل توانمند
- ❖ استقرار خرد جمعی در تصمیم گیری های تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
- ❖ داشتن اورژانس هوایی
- ❖ موقعیت مکانی مناسب بیمارستان
- ❖ داشتن فضای سبز مناسب و پارک کودک

## نقاط ضعف

- ❖ کمبود و نامناسب بودن فضای فیزیکی
- ❖ اثربخش نبودن سیستم ارزیابی عملکرد کارکنان
- ❖ نبود سیستم تشویق و تنبیه کارآمد پرسنل
- ❖ عدم وجود آمار و اطلاعات یکپارچه در بیمارستان
- ❖ عدم آموزش اثربخش به بیماران
- ❖ عدم شناخت و استفاده از کارکنان توانمند در بعضی پست ها
- ❖ استقرار ناقص مدیریت نگهداشت فضا و تجهیزات
- ❖ نداشتن زیر ساخت کافی برای آموزش
- ❖ کمبود تخت فعال برخی بخش ها نسبت به تعداد مراجعین
- ❖ کیفیت پایین برخی وسایل و لوازم مصرفی خریداری شده
- ❖ مدیریت نامناسب منابع انسانی در برخی واحدها
- ❖ عدم وجود فضای فیزیکی استاندارد، کافی و مناسب در بخش ها با توجه به نیاز آموزشی فراگیران و اعضای هیات علمی
- ❖ کمبود اعضای هیات علمی
- ❖ عدم وجود امکانات رفاهی مناسب برای فراگیران و اعضای هیات علمی

## فرصت ها

- ❖ وجود انجمن حمایت از بیماران نیازمند
- ❖ همجواری داروخانه خصوصی شبانه روزی بیمارستان جهت بیماران سرپایی
- ❖ برخورداری اکثریت مردم از بیمه درمانی پایه و تکمیلی
- ❖ اجازه واگذاری بعضی از امور به بخش خصوصی
- ❖ حضور و حمایت خیرین عرصه سلامت
- ❖ سیاست وزارت بهداشت مبنی بر اجرای برنامه های اعتباربخشی و ایمنی بیمار
- ❖ پایلوت بودن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار مادر
- ❖ اعتماد بیماران بومی و شهرستان های همجوار به خدمات ارائه شده در بیمارستان
- ❖ امکان همپوشانی خدمات تشخیصی درمانی بین بیمارستان با شهرستان های همجوار
- ❖ تعامل مناسب با سازمان های بیمه گر
- ❖ الزام صنایع به انجام تعهدات خود در قبال بهداشت و درمان
- ❖ موقعیت بیمارستان و تنها بیمارستان در شهرستان

## تهدید ها

- ❖ واقعی نبودن تعرفه های درمانی در بخش دولتی
- ❖ کسری اعتبارات دولتی و جاری و ناکافی بودن سرانه سلامت
- ❖ افزایش قابل ملاحظه جمعیت غیر بومی به دلیل صنعتی شدن شهرستان
- ❖ پرداخت حقوق و مزایای نیروهای شرکتی از درآمد اختصاصی بیمارستان
- ❖ تعداد زیاد مراجعین بی بضاعت و اتباع فاقد مدارک
- ❖ کمبود نیروی انسانی متناسب با استانداردها در برخی بخش ها و واحدها
- ❖ عدم دانش و مهارت کافی فارغ التحصیلان فنی جدیدالورود
- ❖ عدم پرداخت به موقع مطالبات توسط سازمان های بیمه گر
- ❖ ندادن اختیار کافی به اداره بیمارستان در جهت تامین منابع فیزیکی و انسانی
- ❖ دشواری در تهیه برخی اقلام دارویی و تجهیزات
- ❖ تورم و افزایش قیمت ها و نا بسامانی اقتصادی
- ❖ تمایل به نیروی کار جهت اشتغال در صنایع با توجه به پرداخت مزایای بالا در صنایع

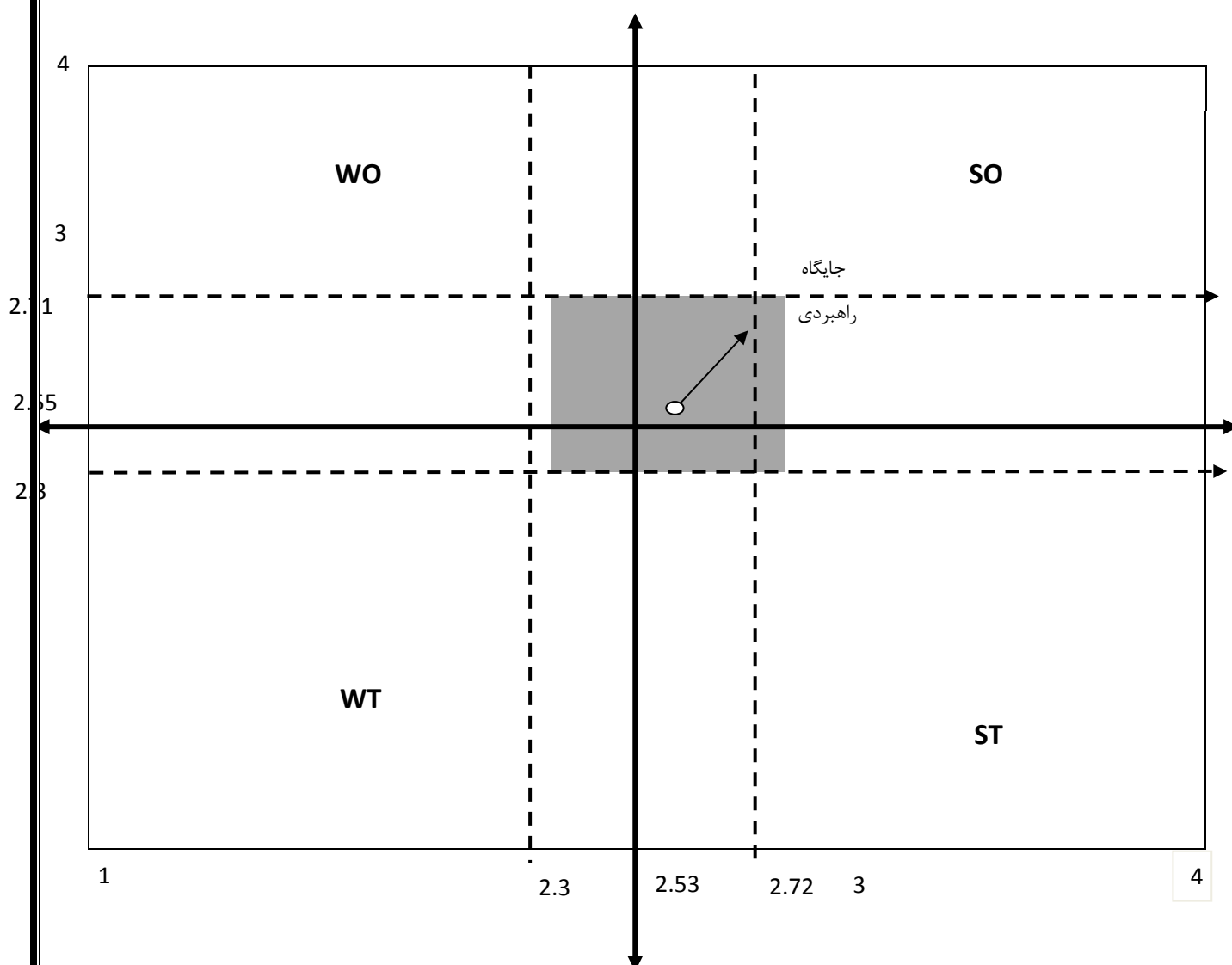
## چالش ها و تغییرات

- صنعتی شدن شهر
- فضای مجازی
- استخدام نیروی غیربومی
- تحریم اقتصادی
- افزایش سطح سواد جامعه (افزایش تحصیلات جامعه)
- شرایط اقلیمی و آب و هوای شهرستان
- همجواری بین دو شهرستان اردکان و میبد
- پتانسیل پرسنل دارای تحصیلات تکمیلی
- تأمین پزشکان و نیروی انسانی به صورت طرح و ضریب  $k$  و ثابت نبودن دائم آنها

ماتریس سوات (SWOT)

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>نقاط ضعف (W)</b></p> <p><b>W1:</b> استقرار ناقص مدیریت نگهداشت فضا و تجهیزات</p> <p><b>W2:</b> نداشتن زیرساخت کافی برای آموزش</p> <p><b>W3:</b> مدیریت نامناسب منابع انسانی در برخی واحدها</p> | <p><b>نقاط قوت (S)</b></p> <p><b>S1:</b> وجود تجهیزات جدید و پیشرفته در بیمارستان</p> <p><b>S2:</b> اعتقاد مجموعه مدیریتی بیمارستان بر اجرای استانداردهای اعتباربخشی و ایمنی بیمار</p> <p><b>S3:</b> برخورداری از امکانات پاراکلینیک مناسب</p> | <p>ماتریس ارزیابی عوامل داخلی (IFE)</p> <p>ماتریس ارزیابی عوامل خارجی (EFE)</p>                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>استراتژی های WO</b></p> <p><b>Wo1:</b> جذب خیرین سلامت جهت توسعه فضای فیزیکی بیمارستان</p> <p><b>Wo2:</b> ارتقاء کمی و کیفی توانمندی کارکنان</p>                                               | <p><b>استراتژی های SO</b></p> <p><b>So1:</b> جذب خیرین سلامت جهت خریداری تجهیزات پیشرفته</p> <p><b>So2:</b> اختصاص بودجه جهت اجرای استانداردهای اعتباربخشی و ایمنی بیمار</p>                                                                   | <p><b>فرصت ها (O)</b></p> <p><b>O1:</b> حضور و حمایت خیرین عرصه سلامت</p> <p><b>O2:</b> وجود انجمن حمایت از بیماران نیازمند</p> <p><b>O3:</b> الزام صنایع به انجام تعهدات خود در قبال بهداشت و درمان</p>                                                                  |
| <p><b>استراتژی های WT</b></p> <p><b>WT1:</b> توسعه فضای فیزیکی متناسب با جمعیت شهری رو به رشد</p> <p><b>WT2:</b> ارتقاء سیستم آموزشی جهت افزایش دانش و مهارت پرسنل</p>                               | <p><b>استراتژی های ST</b></p> <p><b>ST1:</b> ارتقاء تجهیزات بیمارستان جهت استفاده مراجعین با توجه به جمعیت شهری رو به رشد</p> <p><b>ST2:</b> نظام مند کردن پرداخت ها بر اساس سیستم کارآمد</p>                                                  | <p><b>تهدیدات (T)</b></p> <p><b>T1:</b> عدم دانش و مهارت کافی فارغ التحصیلان فنی جدید ورود</p> <p><b>T2:</b> افزایش قابل ملاحظه جمعیت غیر بومی به دلیل صنعتی شدن شهرستان</p> <p><b>T3:</b> تمایل نیروی کار جهت اشتغال در صنایع با توجه به پرداخت مزایای بالا در صنایع</p> |

در پایان ماتریس SWOT ترسیم و با توجه به تحلیل امتیازدهی نقاط ، جایگاه راهبردی بیمارستان مشخص و از طریق بررسی انحراف معیار داده ها ، منطقه ی راهبردی بیمارستان مشخص گردید.



## کارگاه تدوین بیانیه چشم انداز، رسالت و ارزش های سازمانی

هر سازمان پیش از تصمیم‌گیری در مورد استراتژی‌ها، باید به درستی بداند که رسالت او چیست (ماموریت)، آرمان های بلند سازمان چه ویژگی هایی دارند (چشم انداز) و معیارهای اساسی در ارزیابی رفتار سازمان کدامند (ارزش های کلیدی). این مبانی را ارکان استراتژی می نامند و از آن جهت که کسب و کار محوری سازمان بر این اساس شکل می گیرد، از نهایت اهمیت برخوردارند.

به منظور تدوین بیانیه های بیمارستان، کارگاهی یک روزه در تاریخ 1402/11/03 برگزار شد؛ در این کارگاه ابتدا مفاهیم و ویژگی های کلی چشم انداز، رسالت و ارزش های سازمانی و همچنین ضرورت تدوین آن ها در سازمان برای شرکت کنندگان تشریح گردید.

سپس شرکت کنندگان از طریق بارش افکار بیانیه‌های بیمارستان ضیایی اردکان را به صورت مشارکتی تنظیم نمودند و نتایج آن با تحلیل و جمع‌بندی، به توافق حاضرین کارگاه رسید. رؤس مطالب بیان شده در کارگاه به شرح زیر می باشد:

### رسالت

رسالت سندی است که یک سازمان را از سایر سازمان های مشابه متمایز می نماید. رسالت نشان دهنده طیف فعالیت، از نظر خدمت و بازار می شود. رسالت، هویت و شناسنامه سازمان است. پاسخ به این سوال است که ما برای چه منظوری وجود داریم. یک رسالت بیانگر ارزش ها و اولویت های یک سازمان است. یک بیانیه رسالت باید:

- ✓ روشن باشد و توافق نظر ایجاد کند.
- ✓ قابل درک و پذیرش توسط کارکنان باشد.
- ✓ واقعی، عملی و با عبارات مشخص بیان شده باشد.
- ✓ در عین حال کامل، به یادماندنی و به اندازه ای باشد که سازمان را بشناساند.
- ✓ حتی الامکان کوتاه و قابل به یاد سپردن باشد.

### رسالت بیمارستان ضیایی اردکان



جلب اعتماد شما و نشان دادن لبخند رضایت از ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، بازتوانی، آموزشی و پژوهشی، با پرسنلی کارآزموده در محیطی آرام و ایمن

## بیانیه چشم انداز

چشم‌انداز تصویری محرک از آینده مطلوب سازمان است (ترجیحاً تصویر مطلوب و ایده‌آل در سه سال آینده). چشم‌انداز مهیج و انرژی‌زاست و بالاترین استاندارد است که یک سازمان می‌تواند خود را در قبال میزان نیل به آن سنجش کند.

چشم‌انداز موقعیتی آرمانی است که سازمان امید دستیابی به آن را دارد. به عبارت دیگر چشم‌انداز آینده‌ای است که همه دست‌اندرکاران سازمان خود را متعهد به ساختن آن می‌کنند. چشم‌انداز بیانگر مقصد و نهایی است که سازمان می‌خواهد در آینده به آن دست یابد و نیز بیانگر ایده‌آل‌های سازمان است. موضوعات غالب در تدوین چشم‌انداز بدین شرح‌اند:

✓ نوید دهنده سازمانی موفق و بالنده برای ذینفعان و حسرت بر انگیز برای رقبا

✓ بیان گر هدفی بزرگ و مشخص در آینده

✓ سرآمدی و الگو شدن در کسب و کار

✓ واژگانی که برای مدتی طولانی در یاد و خاطره‌ها بماند.

تعریف شفاف چشم‌انداز به ایجاد نگرشی مشترک از آنچه سازمان در آینده شبیه آن خواهد بود، کمک می‌کند. سازمان‌هایی که چشم‌انداز خود را به صورت شفاف ترسیم می‌کنند، باعث ترغیب کارکنان به سمت آینده مطلوب سازمان می‌شوند. چشم‌انداز، با هدف آفریدن آینده، نه پیش‌بینی آینده ترسیم می‌شود.

## چشم‌انداز بیمارستان ضیایی اردکان 1402



ایستادن بر بلندای کیفیت و محبوبیت در سطح منطقه

## بیانیه ارزش‌ها

ارزش‌های اساسی در سازمان پاسخ به سوال چگونگی است. پاسخ به این سوال که در راستای تحقق رسالت چه حریم‌ها و ضوابطی رعایت می‌شوند. ارزش‌ها در واقع اصول اعتقادی دیرپا و اساسی یک سازمان می‌باشند و باعث رشد و نمو افراد در قالب گروه می‌شوند. ارزش‌ها اصول راهنما در سازمان می‌باشند که رهنمودهای لازم برای تصمیم‌گیری و رفتار خواهند بود.

ارزش‌های بنیادی بیشترین تأثیرش را بر فرهنگ سازمانی دارد که آرامش، بهره‌وری، گردش کم کارکنان، رضایت مشتریان و تامین کنندگان و سهامداران حاصل آن است.

## ارزش‌های بیمارستان ضیایی اردکان



- اخلاق مداری و عدالت محوری
- استانداردگرایی
- بیمار محوری و احترام به مراجعین
- حاکمیت تفکر سیستماتیک
- پاسخگویی به نیازهای شهرستان

وجود سیاست سازمانی در جایی که گروهی از افراد باهم بر سر منابع محدود در رقابت هستند، اجتناب ناپذیر است. در واقع سازمان ها و نهاد ها به دلیل تعدد مراکز قدرت و گروه های ذی نفع با برنامه های رقابتی و متناقض، سیاست های اجرایی مربوط به خود را دارند. این واقعیت که سازمان ها ممکن است با محدودیت هایی همچون اختصاص منابع مالی کافی برای انجام پروژه ها و یا کمبود منابع انسانی روبرو شوند؛ نیاز به عنصر سیاست برای مدیریت منابع را نمایان می سازد.

کلید موفقیت سازمانی در این است که چگونه رهبران برنامه های رقابتی و متناقض را مدیریت کرده و تا چه حد در تصمیم گیری ها، جناح های مختلف را در نظر می گیرند. سیاست ها، قبل از هر چیز درباره تحقق بخشیدن اهداف سازمان در هر سطح، انتخاب ابزاری که مورد استفاده قرار خواهد گرفت و طرز جرکتی که به میان گذاشته خواهد شد، مربوط است. همچنین سیاست ها برای اهداف و ابزار نیز حدود و مرزهایی بنا میکند. این مرزها هنگام تصمیم گیری مدیران در خصوص وضعیت هایی که با آن مواجه می گردند، به آن ها یاری می دهد

## تحلیل ذینفعان

### ذینفعان خارجی

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| سازمان های بالادستی نظیر وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی    |
| شبکه بهداشت و درمان و مراکز بهداشتی و اورژانس 115            |
| شرکت های بیمه ای . سازمان های بیمه گر                        |
| سازمان های حمایتی (بهبودی، کمیته امداد و..)                  |
| خیرین                                                        |
| اصحاب رسانه                                                  |
| مقامات شهرستان نظیر نماینده، فرماندار، امام جمعه و شورای شهر |
| سایر بیمارستان ها و مراکز تشخیصی درمانی شهرستان و استان      |
| گیرندگان خدمت                                                |

### ذینفعان داخلی

|                            |
|----------------------------|
| مجموعه مدیریتی             |
| کارکنان                    |
| پزشکان                     |
| مسئولین بخش ها واحدها      |
| اعضای هیات علمی و فراگیران |

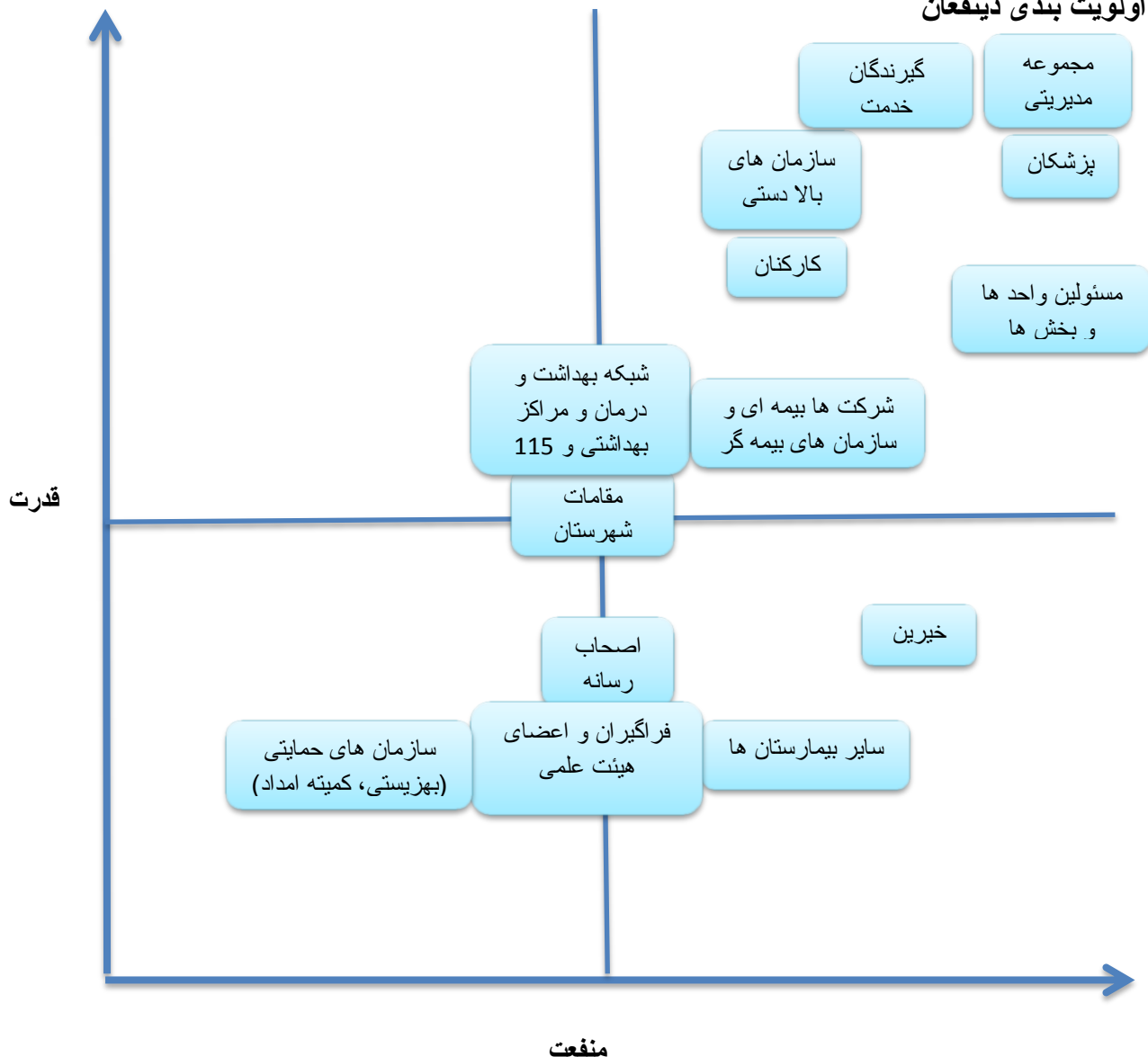
| ردیف | شرح                        | انتظارات                                                                          |
|------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | مجموعه مدیریتی             | اجرای دستورالعمل ها                                                               |
| 2    | کارکنان                    | فراهم ساختن امکانات رفاهی-عدالت در پرداخت ها-اجرای سیستم تشویق و تنبیه            |
| 3    | پزشکان                     | اجرای درست پرداخت ها-فراهم ساختن امکانات رفاهی-همکاری مناسب مجموعه مدیریتی        |
| 4    | مسئولین بخش ها واحدها      | همراهی مجموعه مدیریتی با آنان-پیگیری درخواست هایشان-نظارت بالادستی بر عملکرد آنان |
| 5    | اعضای هیئت علمی و فراگیران | فراهم سازی زیرساخت های آموزش بالینی                                               |

| ردیف | شرح                                                         | انتظارات                                                                                                         |
|------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | سازمان های بالادستی نظیر وزارت بهداشت،دانشگاه علوم          | اجرای دستورالعمل ها و آیین نامه های ابلاغی-جلب رضایت مشتریان-ارائه خدمات باکیفیت                                 |
| 2    | شبکه بهداشت و درمان                                         | تعامل با شبکه بهداشت و مراکز بهداشتی و اجرای همسوی بعضی دستورالعمل های مشترک                                     |
| 3    | شرکت های بیمه ای . سازمان های بیمه گر                       | ارسال به موقع اسناد بیمه ای                                                                                      |
| 4    | سازمان های حمایتی (بهبیستی، کمیته امداد و..)                | معرفی مورد های نیازمند به حمایت                                                                                  |
| 5    | خیرین                                                       | تسریع در تکمیل پروژه های خیری                                                                                    |
| 6    | اصحاب رسانه                                                 | پاسخگویی مناسب-تعامل و ارتباط دوطرفه                                                                             |
| 7    | مقامات شهرستان نظیر نماینده، فرماندار،امام جمعه و شورای شهر | تعامل و همراهی و ارتباط دو طرفه-جلب رضایت مردم و ارائه خدمات مناسب                                               |
| 8    | سایر بیمارستان ها و مراکز تشخیصی درمانی شهرستان و استان     | تعامل و همراهی و ارتباط دو طرفه                                                                                  |
| 9    | گیرندگان خدمت                                               | دسترسی آسان به خدمات- هزینه پایین خدمات-پاسخگویی به شکایات- کیفیت مناسب خدمات ارائه شده-وجود امکانات مناسب رفاهی |

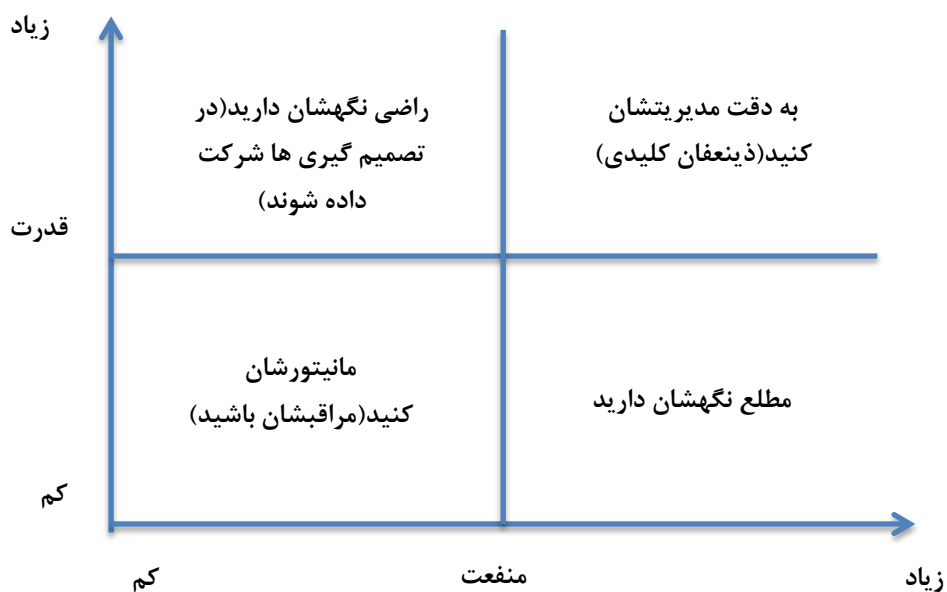
## جدول تحلیل ذینفعان بیمارستان ضیایی اردکان

| ردیف | ذینفعان                                           | منفعت | قدرت |
|------|---------------------------------------------------|-------|------|
| 1    | مجموعه مدیریتی                                    | 4     | 4    |
| 2    | کارکنان                                           | 3     | 3    |
| 3    | پزشکان                                            | 4     | 3.5  |
| 4    | مسئولین بخش ها واحدها                             | 4     | 3    |
| 5    | اعضای هیات علمی و فراگیران                        | 2     | 1    |
| 6    | سازمان های بالادستی                               | 3     | 3.5  |
| 7    | شبکه بهداشت و درمان و مراکز بهداشتی و اورژانس 115 | 2     | 2.5  |
| 8    | خیرین                                             | 3.5   | 1.5  |
| 9    | گیرندگان خدمت                                     | 3.5   | 4    |
| 10   | شرکت های بیمه ای، سازمان های بیمه گر              | 3     | 2.5  |
| 11   | اصحاب رسانه                                       | 2     | 1.5  |
| 12   | مقامات شهرستان                                    | 2     | 2    |
| 13   | سایر بیمارستان ها                                 | 2.5   | 1    |
| 14   | سازمان های حمایتی (بهبیستی، کمیته امداد و..)      | 1.5   | 1    |

# اولویت بندی ذینفعان



## نمودار قدرت\_منفعت ذینفعان:



## سیاست های اصلی بیمارستان ضیایی اردکان

### وجه مالی:



- تخصیص بودجه با اولویت ارتقای کیفیت و ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان و فراگیران
- جهت جذب خیرین سلامت
- استفاده بهینه از منابع فیزیکی، انسانی و مالی

### وجه گیرندگان خدمت:

- تعهد به عدالت در ارائه خدمات به بیماران
- اولویت بخشی به رضایتمندی بیماران، همراهان و کارکنان، فراگیران و اعضای هیأت علمی

### وجه فرایندهای داخلی:

- زیباسازی و آراستگی فضاهای فیزیکی بیمارستان
- رعایت و اجرای قوانین و مقررات آیین نامه ها و دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان
- استفاده از دانش و تکنولوژی روز در ارائه خدمات به بیماران
- توسعه فرآیند های آموزشی و پژوهشی

### وجه رشد و یادگیری:

- شایسته سالاری در انتخاب سمت ها و جذب نیروهای متخصص، کارآمد و بااخلاق حرفه ای منطبق بر قوانین سازمان بالادستی
- ارتقاء سطح دانش و مهارت کارکنان

## تدوین اهداف استراتژیک بیمارستان

جلسه تدوین اهداف کلان بیمارستان ضیایی اردکان با حضور مدیران ارشد سازمان در تاریخ 14 اسفند ماه 1402 برگزار گردید. در این جلسه با مشارکت افراد شرکت کننده، اهداف کلان بیمارستان ضیایی مشخص شد. در ابتدا با بررسی اهداف پیشنهادی از طریق بارش افکار، اهداف مناسب در راستای تحقق سیاست ها را انتخاب نموده و در پایان توافق جمعی در این رابطه حاصل شد.

## اهداف استراتژیک بیمارستان ضیایی اردکان در سال ۱۴۰۳:

### اهداف استراتژیک وجه مالی

- افزایش بهره وری در منابع مالی
- بهسازی فضای فیزیکی بیمارستان

### اهداف استراتژیک وجه گیرندگان خدمت

- استقرار فرهنگ بیمار محوری

### اهداف استراتژیک وجه فرآیندهای داخلی

- استقرار فرهنگ ایمنی بیمار
- ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات
- فراهم سازی زیرساخت های مناسب جهت اجرای استانداردهای آموزشی و پژوهشی

### اهداف استراتژیک وجه رشد و یادگیری

- اولویت بخشی به رضایتمندی کارکنان
- مدیریت و توانمندسازی نیروی انسانی

**در وجه مالی** نتایج مشهود استراتژی در زمینه مالی توصیف می شود. معیارهایی مثل نرخ بازگشت سرمایه، قابلیت سودآوری، رشد درآمد و هزینه واحد که جزء شاخص‌های تأخیری هستند و نشان می دهند استراتژی سازمان موفق بوده است یا نه.

**در وجه گیرندگان خدمت (مشتری و جامعه)** ارزش‌های اعلام شده و عوامل ایجاد کننده ارزش نزد گیرندگان خدمت هدف‌گذاری می شود. ارزش‌هایی چون تحویل به موقع، کیفیت، کارایی، نوع ارتباطات، شهرت و غیره در این بخش تاثیرگذار هستند. شاخص‌های رضایتمندی مشتری نیز در این وجه مورد توجه قرار می گیرند.

**در وجه فرایندهای داخلی،** فرایندهای بحرانی اثر گذار بر استراتژی تشخیص داده شده و شاخص‌های مناسب برای اندازه گیری عملکرد فرایندها مشخص می شوند.

**در وجه رشد و یادگیری** با توجه به سرمایه های انسانی (مهارت‌ها، دانش و ارزش‌ها)، سرمایه های اطلاعاتی (سیستم‌ها، پایگاه‌های داده و شبکه‌ها) و سرمایه های سازمانی (فرهنگ سازمانی، رهبری، همسویی و کار تیمی) تشخیص داده می شود.

## نقشه استراتژی بیمارستان ضیایی اردکان:

| رسالت بیمارستان                                                                                                                           | نقشه استراتژی<br>بیمارستان ضیایی اردکان                                                                                                                                  | ارزش ها                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلب اعتماد شما و نشان دادن لبخند رضایت از ارائه خدمات تشخیصی، درمانی، بازتوانی، آموزشی و پژوهشی، با پرسنلی کارآزموده در محیطی آرام و ایمن | چشم انداز<br>ایستادن بر بلندای کیفیت و محبوبیت در سطح منطقه                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- اخلاق مداری و عدالت محوری</li> <li>- استانداردگرایی</li> <li>- بیمار محوری و احترام به مراجعین</li> <li>- حاکمیت تفکر سیستماتیک</li> <li>- پاسخگویی به نیازهای شهرستان</li> </ul> |
| وجه مالی                                                                                                                                  | افزایش بهره وری در منابع مالی                                                                                                                                            | بهسازی فضای فیزیکی بیمارستان                                                                                                                                                                                               |
| وجه گیرندگان خدمت                                                                                                                         | استقرار فرهنگ بیمار محوری                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                            |
| وجه فرآیندهای داخلی                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>استقرار فرهنگ ایمنی بیمار</li> <li>فراهم سازی زیرساخت استانداردهای آموزشی و پژوهشی</li> <li>ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                            |
| وجه رشد و یادگیری                                                                                                                         | اولویت بخشی به رضایتمندی کارکنان                                                                                                                                         | مدیریت و توانمندسازی نیروی انسانی                                                                                                                                                                                          |

## وجه مالی:

| اهداف استراتژیک                  | شاخص                          | فرمول یا<br>دیمانسیون | مسئول شاخص           | اندازه گیری<br>مسئول        | اقدامات استراتژیک                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| افزایش بهره وری در<br>منابع مالی | هزینه تمام شده زایمان طبیعی   | درصد                  | کارشناس اقتصاد درمان | مسئول درآمد                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>کاهش هزینه تمام شده زایمان طبیعی</li> <li>کاهش هزینه تمام شده عمل جراحی لوزه</li> <li>کاهش تعداد پرونده های بلاتکلیف و پرداخت نشده</li> <li>جذب و افزایش مشارکت خیرین</li> </ul> |
|                                  | هزینه تمام شده عمل جراحی لوزه | درصد                  | کارشناس اقتصاد درمان | مسئول درآمد                 |                                                                                                                                                                                                                         |
|                                  | پرونده های بلاتکلیف           | تعداد                 | مسئول درآمد          | مسئول فناوری اطلاعات سلامت  |                                                                                                                                                                                                                         |
|                                  | جلب خیرین عرصه سلامت          | درصد                  | مسئول بهبود کیفیت    | مسئول مؤسسه خیریه بیمارستان |                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                 |                       |                  |      |                                                               |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• پیشرفت ساختمان های طرح توسعه و بازتوانی قلبی</li> <li>• تکمیل و تجهیز ساختمان های آندوسکوپی و دیالیز</li> <li>• تجهیز و راه اندازی بخش NICU</li> </ul> | کارشناس امور ساختمانی | مدیریت بیمارستان | درصد | انجام فعالیت های لازم جهت ساخت و پیشرفت ساختمان طرح توسعه     | <b>بهسازی فضای<br/>فیزیکی بیمارستان</b> |
|                                                                                                                                                                                                 | کارشناس امور ساختمانی | مدیریت بیمارستان | درصد | انجام فعالیت های لازم جهت ساخت و پیشرفت ساختمان بازتوانی قلبی |                                         |
|                                                                                                                                                                                                 | کارشناس امور ساختمانی | مدیریت بیمارستان | درصد | انجام فعالیت های لازم جهت تکمیل و تجهیز ساختمان آندوسکوپی     |                                         |
|                                                                                                                                                                                                 | کارشناس امور ساختمانی | مدیریت بیمارستان | درصد | انجام فعالیت های لازم جهت تکمیل و تجهیز ساختمان دیالیز        |                                         |
|                                                                                                                                                                                                 | کارشناس امور ساختمانی | مدیریت بیمارستان | درصد | انجام فعالیت های لازم جهت تجهیز و راه اندازی NICU             |                                         |

## وجه گیرندگان خدمت :

| اهداف استراتژیک             | شاخص                                        | دیمانسیون<br>فرمول یا | مسئول شاخص           | اندازه گیری<br>مسئول             | اقدامات استراتژیک                                                                                                                                                                |
|-----------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| استقرار فرهنگ<br>بیمارمحوری | رضایتمندی گیرندگان خدمت                     | درصد                  | مسئول بهبود<br>کیفیت | کارشناس بهبود<br>کیفیت           | <ul style="list-style-type: none"> <li>رعایت استاندارد های حقوق گیرنده خدمت</li> <li>پیگیری نظام مند امور بیماران</li> <li>اجرای دستورالعمل واحد آموزش و پیگیری بیمار</li> </ul> |
|                             | اجرای استانداردهای محور حقوق<br>گیرنده خدمت | درصد                  | مسئول مددکاری        | مسئول سنج<br>حقوق گیرنده<br>خدمت |                                                                                                                                                                                  |
|                             | اجرای استانداردهای آموزش و<br>پیگیری بیمار  | درصد                  | سوپروایزر آموزشی     | کارشناس پیگیری<br>امور بیماران   |                                                                                                                                                                                  |

## وجه فرایندهای داخلی :

| اهداف استراتژیک              | شاخص                                         | فرمول یا<br>دیمانسیون | مسئول شاخص                       | اندازه گیری<br>مسئول                                                               | اقدامات استراتژیک                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| استقرار فرهنگ<br>ایمنی بیمار | میزان خطاهای گزارش شده                       | تعداد                 | مسئول ایمنی بیمار                | <ul style="list-style-type: none"> <li>کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ارتقاء فرهنگ گزارش خطا</li> <li>گزارش فوری وقایع ناخواسته و عوارض جدی مطابق با دستورالعمل ابلاغی بصورت کامل</li> <li>اجرای مصوبات بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار</li> <li>اجرای دستورالعمل جراحی ایمن بصورت مستمر</li> </ul> |
|                              | میزان گزارش اصولی وقایع ناخواسته و عوارض جدی | تعداد                 | مسئول ایمنی بیمار                | <ul style="list-style-type: none"> <li>کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                              | اجرای مصوبات بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار   | درصد                  | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | <ul style="list-style-type: none"> <li>مسئولین اجرای مصوبات اخذ شده</li> </ul>     |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                              | اجرای استانداردهای جراحی ایمن                | درصد                  | کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار | <ul style="list-style-type: none"> <li>مسئول اتاق عمل</li> </ul>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |      |                        |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ارتقاء بهبود کیفیت خدمات</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | اجرای استانداردهای اعتباربخشی                                                       | درصد | مسئول بهبود کیفیت      | <ul style="list-style-type: none"> <li>مسئولین محورهای استانداردهای اعتباربخشی</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | میزان اجرای طرح انطباق امور اداری                                                   | درصد | معاون فرهنگی بیمارستان | <ul style="list-style-type: none"> <li>اعضای کمیته شورای فرهنگی</li> </ul>                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ترخیص با رضایت شخصی در اورژانس                                                      | درصد | مسئول بهبود کیفیت      | <ul style="list-style-type: none"> <li>مسئول اورژانس</li> </ul>                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | میزان اجرای استانداردهای بیمارستان های دوستدار مادر                                 | درصد | مسئول بهبود کیفیت      | <ul style="list-style-type: none"> <li>مسئول اتاق زایمان</li> </ul>                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | اجرای استانداردهای محور مدیریت تسهیلات، فضا، امکانات، تجهیزات و منابع انسانی آموزشی | درصد | معاون آموزشی           | <ul style="list-style-type: none"> <li>کارشناس EDO</li> </ul>                             |
| <b>فراهم سازی زیرساخت های استانداردهای آموزشی و پژوهشی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |      |                        |                                                                                           |
| برنامه ریزی جهت پیاده سازی و استقرار استانداردهای اعتباربخشی کاهش ترخیص با رضایت شخصی در اورژانس رعایت طرح انطباق امور اداری با موازین شرع برنامه ریزی جهت دریافت گواهینامه دوستدار مادر مدیریت تسهیلات، فضا، امکانات، تجهیزات و منابع انسانی آموزشی و پژوهشی مشارکت گروه های آموزشی و اعضای هیأت علمی در برنامه ریزی و ایجاد امکانات لازم برای درس آموزی فراگیران |                                                                                     |      |                        |                                                                                           |

## وجه رشد و یادگیری :

| اهداف استراتژیک                   | شاخص                      | دیمانسیون<br>فرمول یا | مسئول شاخص        | اندازه گیری<br>مسئول   | اقدامات استراتژیک                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اولویت بخشی به رضایتمندی کارکنان  | میزان رضایت پرسنل         | درصد                  | مسئول بهبود کیفیت | کارشناس بهبود کیفیت    |                                                                                                                                                                         |
| مدیریت و توانمندسازی نیروی انسانی | ارزیابی مهارت های ارتباطی | درصد                  | سوپروایزر آموزشی  | کارشناس مسئول روانسنجی | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اثربخش نمودن سیستم نظرسنجی پرسنل</li> <li>• افزایش توانمند سازی کارکنان در سه حیطه مهارت های ارتباطی، عمومی و تخصصی</li> </ul> |
|                                   | ارزیابی مهارت های عمومی   | درصد                  | سوپروایزر آموزشی  | رابطین آموزشی          |                                                                                                                                                                         |
|                                   | ارزیابی مهارت های تخصصی   | درصد                  | سوپروایزر آموزشی  | رابطین آموزشی          |                                                                                                                                                                         |

## کارگاه تدوین برنامه عملیاتی

اولین جلسه تدوین برنامه عملیاتی بیمارستان در تاریخ 02/12/14 تشکیل شد. در این جلسه مهمترین چالش های بیمارستان بررسی و در راستای اهداف استراتژیک بیمارستان و با بارش افکار اهداف اختصاصی مشخص گردید و سپس در جلسات متعدد با حضور افراد صاحب نظر و دفتر بهبود کیفیت فرم اولیه و برنامه عملیاتی پیشنهادی بیمارستان تنظیم و در تاریخ 1403/1/29 جهت تصویب اهداف، فعالیت ها و بودجه های مورد نیاز در تیم رهبری و مدیریت مطرح و برنامه نهایی عملیاتی 1403 به تصویب رسید که نمای کلی برنامه عملیاتی 1403 در ادامه آورده شده است.

| G : اهداف استراتژیک                | S : استراتژی کلان                | O : اهداف اختصاصی                                                                      |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| G1 : افزایش بهره وری در منابع مالی | G1S1 : مدیریت هزینه خدمات گلوبال | G1S1O1 : کاهش هزینه تمام شده زایمان طبیعی به میزان 5٪ تا پایان سال 1403                |
|                                    |                                  | G1S1O2 : کاهش هزینه تمام شده عمل جراحی لوزه به میزان 5٪ تا پایان سال 1403              |
|                                    | G1S2 : افزایش درآمد بیمارستان    | G1S2O1 : کاهش تعداد پرونده های پرداخت نشده و بالاترکلیف به میزان 10٪ تا پایان سال 1403 |
|                                    | G1S3 : جذب خیرین عرصه سلامت      | G1S3O1 : جلب و افزایش مشارکت خیرین به میزان 5٪ تا پایان سال 1403                       |

|                                                                                           |                                                       |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>G2S101</b> : پیشرفت ساختمان طرح توسعه به میزان 80٪ تا پایان سال 1403                   | <b>G2S1</b> : توسعه فضای فیزیکی بیمارستان             | <b>G2</b> : بهسازی فضای فیزیکی بیمارستان |
| <b>G2S102</b> : پیشرفت ساختمان بخش بازتوانی قلبی به میزان 20٪ تا پایان سال 1403           |                                                       |                                          |
| <b>G2S103</b> : تکمیل و تجهیز ساختمان آندوسکوپی تا پایان شهریور ماه 1403                  |                                                       |                                          |
| <b>G2S104</b> : تکمیل و تجهیز ساختمان دیالیز تا پایان تیر ماه 1403                        |                                                       |                                          |
| <b>G2S105</b> : تجهیز و راه اندازی بخش NICU به صورت مستقل تا پایان سال 1403               |                                                       |                                          |
| <b>G3S101</b> : افزایش رضایت گیرندگان خدمت از 81.86٪ به 84٪ تا پایان سال 1403             | <b>G3S1</b> : رعایت استانداردهای حقوق گیرنده خدمت     | <b>G3</b> : استقرار فرهنگ بیمار محوری    |
| <b>G3S102</b> : اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت از 67.10٪ به 70٪ تا پایان سال 1403    |                                                       |                                          |
| <b>G3S201</b> : اجرای دستورالعمل واحد آموزش و پیگیری بیمار به میزان 80٪ تا پایان سال 1403 | <b>G3S2</b> : آموزش به بیمار، طبق استانداردهای ابلاغی |                                          |

|                                                                                                                      |                                                                   |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <p><b>G4S101</b> : ارتقاء فرهنگ گزارش خطا از 398 مورد به 450 مورد تا پایان سال 1403</p>                              | <p><b>G4S1</b> : اجرای استانداردهای ایمنی بیمار</p>               | <p><b>G4</b> : استقرار فرهنگ ایمنی بیمار</p> |
| <p><b>G4S102</b> : گزارش فوری وقایع ناخواسته و عوارض جدی مطابق با دستورالعمل ابلاغی بصورت کامل تا پایان سال 1403</p> |                                                                   |                                              |
| <p><b>G4S103</b> : اجرای مصوبات بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از 70.55٪ به 80٪ تا پایان سال 1403</p>                 |                                                                   |                                              |
| <p><b>G4S104</b> : اجرای دستورالعمل جراحی ایمن بصورت مستمر به میزان 90٪ تا پایان سال 1403</p>                        |                                                                   |                                              |
| <p><b>G5S101</b> : اجرای استانداردهای اعتباربخشی از 72.68٪ به 78٪ تا پایان سال 1403</p>                              | <p><b>G5S1</b> : پیاده سازی و استقرار استانداردهای اعتباربخشی</p> | <p><b>G5</b> : ارتقاء بهبود کیفیت خدمات</p>  |
| <p><b>G5S102</b> : کاهش ترخیص با رضایت شخصی در اورژانس از 8.07٪ به 6٪ تا پایان سال 1403</p>                          |                                                                   |                                              |
| <p><b>G5S103</b> : رعایت طرح انطباق امور اداری با موازین شرع از 88.03٪ به 90٪ تا پایان سال 1403</p>                  |                                                                   |                                              |
| <p><b>G5S104</b> : اجرای استانداردهای بیمارستان دوستدار مادر به میزان 90٪ تا پایان سال 1403</p>                      |                                                                   |                                              |

|                                                                                  |                                                                                     |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>G6S101</b> : تکمیل و تجهیز 70٪ از محیط های مورد نیاز آموزشی تا پایان سال 1403 | <b>G6S1</b> : مدیریت تسهیلات، فضا، امکانات، تجهیزات و منابع انسانی، آموزشی و پژوهشی | <b>G6</b> : فراهم سازی زیر ساخت های مناسب آموزشی و پژوهشی |
| <b>G7S101</b> : افزایش مهارت های تخصصی پرسنل به میزان 5٪ تا پایان سال 1403       | <b>G7S1</b> : افزایش توانمند سازی کارکنان                                           | <b>G7</b> : مدیریت و توانمندسازی نیروی انسانی             |
| <b>G7S102</b> : افزایش مهارت های عمومی پرسنل به میزان 5٪ تا پایان سال 1403       |                                                                                     |                                                           |
| <b>G7S103</b> : افزایش مهارت های ارتباطی پرسنل به میزان 5٪ تا پایان سال 1403     |                                                                                     |                                                           |
| <b>G8S101</b> : افزایش رضایت کارکنان از 40.45٪ به 45٪ تا پایان سال 1403          | <b>G8S1</b> : اثر بخش نمودن سیستم نظرسنجی پرسنل                                     | <b>G8</b> : اولویت بخشی به رضایتمندی کارکنان              |

### نحوه پایش برنامه عملیاتی

کمیته پایش و سنجش اجرای برنامه عملیاتی بیمارستان متشکل از رییس بیمارستان و 5-7 نفر از سایر مدیران اجرایی (تیم رهبری و مدیریت) که مسئولیت شاخص‌های<sup>1</sup> تدوین شده در برنامه عملیاتی را برعهده دارند. این کمیته مسئولیت پایش عملکرد داخلی سازمان در قبال تحقق اهداف استراتژیک تعیین شده را عهده‌دار می‌باشد.

**ماموریت اعضای کمیته:** کمیته مربوطه دو وظیفه اصلی پایش پیشرفت شاخص‌ها و نظارت بر پیشرفت اقدامات استراتژیک را عهده‌دار می‌باشد. این کمیته بخشی از ابزار مدیریت ارشد برای رهبری سازمان می‌باشد.

### تواتر جلسات

با توجه به گستره و وضعیت پیشرفت استراتژی سازمان این جلسه می‌تواند در صورت ضرورت و حداقل به صورت فصلی تشکیل گردد.

---

<sup>1</sup> مسئولین شاخص کسانی هستند که در مقابل تحقق اهداف مسئولیت مستقیم دارند. به عبارتی این افراد در سازمان اصلی‌ترین نقش را در خصوص عملکرد شاخص ایفا می‌نمایند. برای هر شاخص فقط یک مسئول بایستی تعیین گردد. مسئول شاخص بایستی اهداف کمی را به کمیته کام پیشنهاد دهد و کمیته کام آنرا تصویب می‌نماید. در نهایت پاداش هر شاخص به مسئول شاخص تخصیص می‌یابد. مسئولین شاخص‌ها بایستی از اعضای کمیته کام انتخاب شوند.

### مقررات جلسه

1. حضور افراد در راس ساعت مقرر
2. عدم ورود و خروج اطلاعات خارج از موضوع جلسه
3. عدم استفاده از تلفن

### ورودی های جلسه

1. گزارشی از نتایج پیشرفت شاخص ها و اقدامات استراتژیک
2. گزارشی از پیشرفت اهداف و برنامه ها
3. صورتجلسات قبلی

### خروجی های جلسه

1. پیشنهاد بازنگری اهداف استراتژیک جهت ارائه به تیم رهبری و مدیریت
2. پیشنهاد بازنگری شاخص ها جهت ارائه به تیم رهبری و مدیریت
3. پیشنهاد بازنگری اهداف کمی جهت ارائه به تیم رهبری و مدیریت
4. پیشنهاد بازنگری اقدامات استراتژیک جهت ارائه به تیم رهبری و مدیریت
5. ارائه طریق برای اقدامات و یا سنجه های دارای عملکرد نامطلوب به مسئولین مرتبط

نمونه‌ای از فرم خام برنامه عملیاتی که در کارگاه تدوین برنامه عملیاتی برای هریک از برنامه های اختصاصی تکمیل گردید.

### هدف کلان (استراتژیک):

## استراتژی کلان :

اهداف اختصاصی (عینی) :

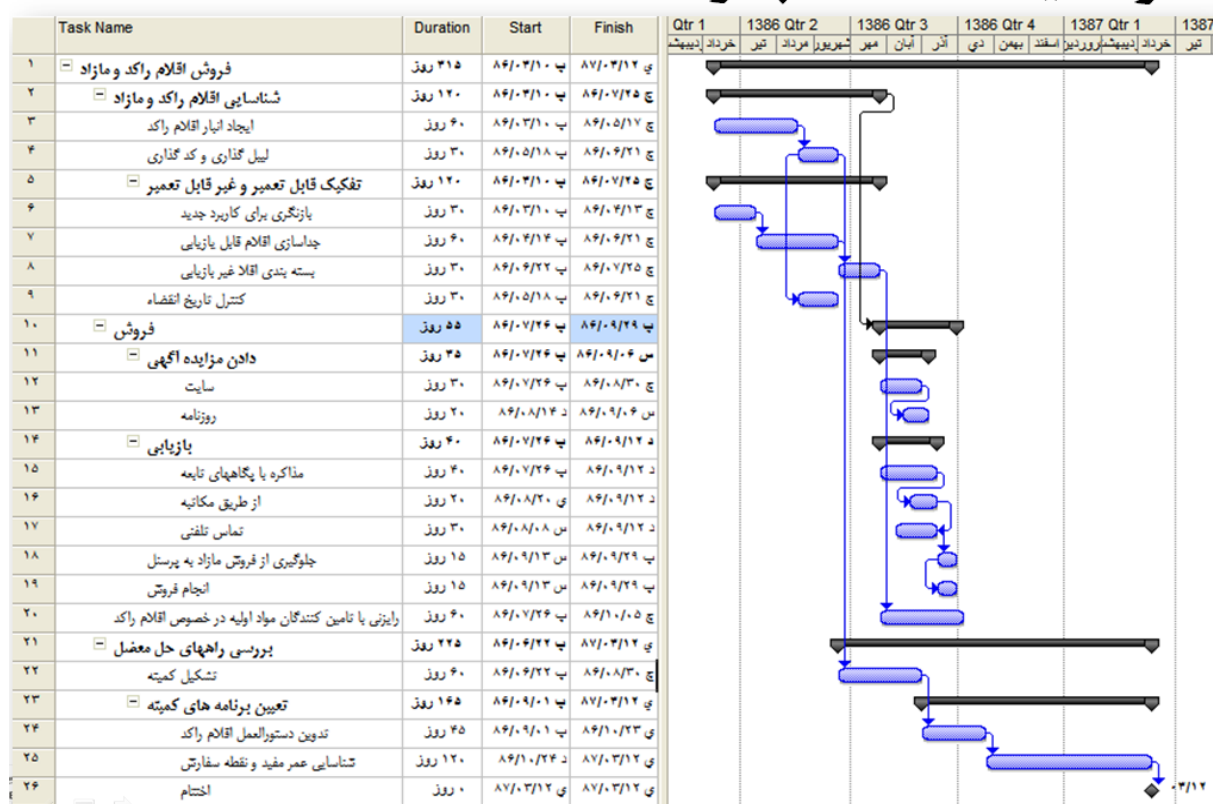
## شاخص دستیابی :

[illegible]

## گانت چارت

- نمودارهای گانت همان نمودارهای میله‌ای معروف می‌باشد که از اوایل قرن بیستم مورد استفاده قرار گرفته است.
- نموداری با 2 محور افقی و عمودی که محور افقی آن نشان دهنده زمان (تاریخ) و محور عمودی آن نشانگر فعالیت‌های لازم پروژه می‌باشد.

## نمونه یک گانت چارت



### فاکتورهای کلیدی توفیق مستمر اجرای گام ها و فعالیت های برنامه عملیاتی

پس از تهیه برنامه عملیاتی 1403 تیم رهبری و مدیریت در جلسات منظم گرد هم می آیند تا میزان تحقق اهداف و بهبود سنجه ها را مورد بررسی قرار دهند. هدف از این جلسات ایجاد وحدت رویه میان مدیران ارشد سازمان برای رسیدن به چشم انداز و تحقق استراتژی ها طی زمان بندی های تدوینی می باشد و در صورتیکه لازم باشد در فرایندها و فعالیت های سازمان تغییر و بهبودی صورت پذیرد، در زمان مناسب این تصمیم عملیاتی شود. از جمله عوامل ضروری برای موفقیت اجرای استراتژی ها و توفیق مستمر اجرای گام ها و فعالیت های برنامه عملیاتی می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ✓ تشکیل منظم جلسات کمیته پایش و سنجش اجرای برنامه عملیاتی با حضور کلیه اعضاء و خصوصا ریاست و مدیریت بیمارستان
- ✓ به روز نگه داری استراتژی ها به گونه ای که همواره عمده ترین و استراتژیک ترین مسائل سازمان را در برگیرد.
- ✓ تعیین اهداف چالشی و در عین حال قابل دسترسی
- ✓ هم راستا سازی تدریجی ساختار سازمانی، فرایندها، نظام انگیزشی، راهبردهای بخشی، نظام گزارش دهی و نظام جلسات و بودجه
- ✓ گسترش برنامه ها به بخش ها، واحدها و نهایتا تبدیل استراتژی به کار روزمره هر فرد در سازمان. یعنی در هر روز مشخص است هر فرد و بخشی در تحقق استراتژی چه نقش و وظایفی دارد و تا چه میزان از پس این مسئولیت بر آمده است.
- ✓ هدایت سایر برنامه ها و جلسات سازمان همسو با کمیته پایش و سنجش برنامه عملیاتی و میزان تحقق استراتژی ها

## تشکر و تقدیر

برخورداری بیمارستان ضیایی اردکان از ابزار مدیریت استراتژیک متوازن، گامی بلند برای تعالی و سرآمدی این سازمان در میان همتایان خود و ارائه خدماتی متمایز به خدمت‌گیرندگان می‌باشد، بهره‌گیری از این روش برای رصد دائمی عملکرد و اعمال راهکارهای مدیریتی مناسب و به موقع به مدیران یاری می‌رساند.

امید است بازنگری و بروز رسانی به‌هنگام و پیوسته مدیریت استراتژی شرکت، همراهی با تغییرات پرشتاب محیط رقابتی و نیز تکامل درون سازمان؛ به توسعه یادگیری سازمانی یاری رسانده و به بهبود عملکردها و استراتژی‌های سازمان بیانجامد و در نهایت موجبات پویایی و سرآمدی این سازمان را فراهم سازد.

تشکیل منظم کمیته‌های پایش و سنجش برنامه عملیاتی و توجه ویژه ریاست و تیم مدیریتی به برنامه‌ها از فاکتورهایی هستند که به عملیاتی شدن این برنامه‌ها به عنوان یک ابزار اجرایی قوی منجر می‌گردد.

با این وجود، عدم تحقق پاره‌ای از اهداف مهم و استراتژیک سازمان و عدم توجه کافی به برخی ارزش‌های سازمانی تدوین شده، موضوعی است که توجه بیشتر مسئولین اجرایی را می‌طلبد و لازم است برای ارتقای برخی سازوکارها و فرهنگ سازمانی تغییرات لازم اعمال گردد.

در پایان از تمامی مدیران ارشد و میانی بیمارستان ضیایی اردکان که با حضور فعالانه خود در فرایند طراحی، استقرار، ارزیابی و تدوین «برنامه استراتژیک» همکاری داشته‌اند، تشکر ویژه‌ای داریم و امیدواریم این عزم قوی برای اجرای تعهدات و برنامه‌ها، روز به روز پر رنگ‌تر و اثربخش‌تر گردد.

امید است خانواده بیمارستان ضیایی اردکان با همت مدیران کاردان و توانمند خود، به چشم‌انداز مدنظر، در افق زمانی تعیین شده دست یابد.

پیروز و سرفراز باشید

