



۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل شناسایی نقاط قوت و ضعف کارکنان و برنامه ریزی جهت برطرف نمودن نقاط قابل بهبود آنها می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان	
۳- تعاریف: ارزشیابی: فرایندی که با هدف تشخیص درجه کفایت و لیاقت کارکنان در سازمان انجام می گیرد ارزشیابی گویند. این ارزشیابی به صورت دوره ای با هدف کشف استعداد و ظرفیت بالقوه فرد و برنامه ریزی در جهت بهبود سازمان انجام می گیرد.	
۴- سیاست اجرائی بیمارستان: ۱-۴- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف کارکنان و برنامه ریزی جهت برطرف نمودن نقاط قابل بهبود آنها مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول منابع انسانی	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	کلیه مسئولین بخشها مسئولیت تکمیل ارزشیابی کارکنان در مرحله مسئولین را دارند.
۲-۶	مسئول منابع انسانی مسئولیت پیگیری و نظارت بر اجرای صحیح ارزشیابی را برعهده دارد.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
۱-۷	اطلاع رسانی به کلیه پرسنل در زمان مقرر مبنی بر تکمیل فرم های خود ارزیابی در حوزه عمومی و اختصاصی در سامانه پرسنلی HR صورت پذیرد.
پرسنل مشمول	۲-۷ فرم های خودارزیابی توسط پرسنل در بازه زمانی مشخص شده تکمیل گردد.
مسئولین بخش ها / واحدها	۳-۷ ارزشیابی کارکنان و درج امتیازات پس از تکمیل فرم های خودارزیابی انجام گردد.
مدیران ارشد	۴-۷ ارزشیابی نهایی کارکنان پس از تکمیل خودارزیابی و ارزیابی مسئولین انجام گردد.
مسئول منابع انسانی	۵-۷ تدوین کارنامه های ارزشیابی با در نظر گرفتن ضریب خودارزیابی ۱، ضریب مسئولین ۱/۲۵ و ضریب مدیران ۱/۵ انجام گردد.
مسئول منابع انسانی	۶-۷ تهیه لیست کارکنان برتر در هر بخش و واحد و رسته و کل بیمارستان انجام شود.
مسئول منابع انسانی	۷-۷ گزارش تحلیلی از نتایج ارزشیابی به دیپارتمان آموزش جهت نیازسنجی آموزشی به مدیران بیمارستان و جهت ارتقا شغلی پرسنل برتر ارائه گردد.
مسئول منابع انسانی	۸-۷ رویت کارنامه ارزشیابی به رویت پرسنل و مدیر مربوطه رسیده و امضا از ایشان اخذ گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸ پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول منابع انسانی می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۲-۸ نظارت: مسئول بهبود کیفیت بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹ تایید: مسئول منابع انسانی مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.	
۲-۹ تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۳-۹ نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۴-۹ بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر اجرائی، کمیته پایش و سنچس کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	



۱۰- منابع و مراجع:

۱۰-۱- قوانین ابلاغی داخلی بیمارستان

تهیه کنندگان		
مهدتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	ندا زمانیان مسئول منابع انسانی
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
توزیع نسخ		
بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان