**عنوان برنامه: نظارت مستمر بر مؤسسات خیریه بیمارستانی/انجمن حمایت از بیماران و بیمارستان**

**عنوان فعالیت : پایش عملکرد مؤسسات خیریه بیمارستانی**

**نشانگر: تکمیل پیوست 1 و فرم شماره 4 پیوست 2 دستورالعمل ابلاغی نظارت برو ارزیابی مؤسسات خیریه بیمارستانی/انجمن حمایت از بیماران و بیمارستان ابلاغی با شماره 287/114/د مورخ 27/11/99**

# پیوست شماره 1

استانداردهای نظارت و ارزیابی مؤسسات خیریه بیمارستانی/انجمن‌های حمایت ازبیماران وبیمارستان‌های تابعه دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام شهر/شهرستان:**..........................** | نام دانشگاه علوم پزشکی:**..........................** | نام بیمارستان:**..........................** | تاریخ مراجعه:**..........................** |
| اعضای تیم بازدید:**..............................................................................................** | | نام مدیرعامل مؤسسه/انجمن:**.........................** | |

استاندارد های نظارت و ارزیابی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان استاندارد | پاسخ | شرح عدم اقدام |
| ۱ | آیا مؤسسه/انجمن از مرجع صدور پروانه (استانداری/فرمانداری) مجوز فعالیت دریافت نموده است؟ | بله |  |
| خیر |
| 2 | آیا مؤسسه/انجمن با مؤسسه خیریه فعال/مجمع خیرین فعال تفاهم‌نامه منعقد گردیده است؟ (فقط در شهرستان های تک بیمارستانی)\* | بله |  |
| خیر |
| 3 | آیا مؤسسه/انجمن دفتر مربوط به خود را همراه با تابلوی مؤسسه/انجمن در محل بیمارستان مستقر نموده است؟ | بله |  |
| خیر |
| 4 | آیا مؤسسه/انجمن صندوق جمع آوری کمک‌های مردمی در داخل بیمارستان دایر نموده است؟ | بله |  |
| خیر |
| 5 | آیا مؤسسه/انجمن مکاتبات مهر، سربرگ و آرم مخصوص به خود را به مرجع صدور پروانه ارسال نموده است؟ | بله |  |
| خیر |
| 6 | آیا مؤسسه/انجمن به‌منظور هزینه‌کرد در زمینه ساخت، تجهیز، بازسازی و تعمیرات بیمارستان و درمانگاه‌های تخصصی از رئیس وقت بیمارستان تأییدیه دریافت می‌نماید؟ | بله |  |
| خیر |

\* به استناد بند 8-1 شیوه‌نامه تشکیل و اداره مؤسسات خیریه بیمارستانی/ انجمن‌های حمایت از بیماران و بیمارستان‌ها

مسئول تیم نظارت و ارزیابی رییس هیأت مدیره/مدیر عامل مؤسسه/انجمن

محل امضاء محل امضاء

استاندارد های نظارت و ارزیابی (ادامه)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان استاندارد | پاسخ | شرح عدم اقدام |
| 7 | آیا مؤسسه/انجمن یک حساب بانکی به نام موسسه/انجمن با هدف جمع‌آوری مشارکت‌ها افتتاح نموده است؟ | بله |  |
| خیر |
| 8 | آیا مؤسسه/انجمن منابع جمع‌آوری شده را در راستای اهداف اساسنامه و وظایف مندرج در تفاهم‌نامه هزینه نموده است؟ | بله |  |
| خیر |
| 9 | آیا دفاتر قانونی (دفتر کل و دفتر روزنامه) مؤسسه/انجمن موجود و در دسترس هست؟ | بله |  |
| خیر |
| 10 | آیا گزارش‌های حسابرسی سالیانه مؤسسه/انجمن موجود و در دسترس هست؟ | بله |  |
| خیر |
| 11 | آیا مؤسسه/انجمن نیازها و برنامه‌های توسعه‌ای بیمارستان را به خیرین فعال در حوزه سلامت اعلام می‌نماید؟ | بله |  |
| خیر |

استاندارد های نظارت و ارزیابی (ادامه)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان استاندارد | ارزیابی عملکرد | | | توضیحات |
| خوب | متوسط | ضعیف |
| 12 | آیا اعضای هیأت مدیره مؤسسه/انجمن به طور منظم (حداقل فصلی یک بار) تشکیل جلسه می‌دهند؟ |  |  |  |  |
| 13 | آیا مؤسسه/انجمن به‌منظور معرفی نیازهای بیماران، برنامه‌های توسعه و اهداف بیمارستان فعالیت‌های تبلیغاتی و اطلاع‌رسانی انجام می‌دهد؟ |  |  |  |  |
| 14 | آیا مؤسسه/انجمن روش‌های نوین کسب منابع را در دستور کار خود قرار داده است؟ |  |  |  |  |
| 15 | آیا مؤسسه/انجمن به‌منظور شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای بیماران،راستی‌آزمایی نیازهای ایشان و همچنین برنامه‌های توسعه‌ای و بهسازی بیمارستان با واحد مددکاری همکاری لازم و کافی را دارد؟ |  |  |  |  |
| 16 | آیا مؤسسه/انجمن برای هر یک از بیماران تحت پوشش خود پرونده تشکیل می‌دهد؟ |  |  |  |  |
| 17 | آیا پرونده بیمار شامل لیست هزینه‌های انجام شده و گزارش ترخیص بیمار که توسط واحد حسابداری بیمارستان تایید شده است، می‌باشد؟ |  |  |  |  |
| 18 | آیا مؤسسه/انجمن در خصوص تجهیز، بازسازی و بهسازی بیمارستان جلسات منظم میان خیرین/موسسات خیریه و مدیریت بیمارستان برگزار می‌نماید؟ |  |  |  |  |

مسئول تیم نظارت و ارزیابی رییس هیأت مدیره/مدیر عامل مؤسسه/انجمن

محل امضاء محل امضاء

# پیوست شماره 2

فرم شماره 4، شاخص‌های ارزیابی میزان تعامل با سایر نهاد/سازمان‌ها

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان شاخص | اطلاعات مورد نیاز | تعداد | توضیحات |
| 1 | میزان جذب خیرین فعال منطقه | تعداد خیرین جذب شده توسط موسسه/انجمن |  |  |
| تعداد کل خیرین فعال منطقه (تکمیل توسط کارشناس) |  |
| 2 | میزان تعامل با سایر سمن‌ها/موسسات خیریه و اجرای برنامه‌های مشترک (با ذکر زمینه همکاری) | تعداد سمن‌هایی که موسسه/انجمن از زمان تأسیس تاکنون با آنها برنامه مشترک انجام داده است |  |  |
| تعداد کل سمن‌های استان (تکمیل توسط کارشناس) |  |
| 3 | آیا موسسه/انجمن با ادارات و ارگان‌های دولتی تعامل و همکاری مناسبی دارد؟ (درصورت پاسخ مثبت لطفا زمینه همکاری را یادداشت بفرمایید) بله خیر |  | | |
| 4 | آیا موسسه/انجمن با بخش خصوصی و بنگاه‌های اقتصادی تعامل و همکاری مناسبی دارد؟ (درصورت پاسخ مثبت لطفا زمینه همکاری و در صورت داشتن مشارکت مالی میزان مشارکت مالی را به ریال یادداشت بفرمایید) بله خیر |  | | |
| 5 | میزان رضایتمندی بیماران از موسسه/انجمن\*\* |  | | |

\*\* میزان رضایتمندی بیماران از موسسه/انجمن در قالب فرم شماره 5 متعاقباً اعلام خواهد شد.

مسئول تیم نظارت و ارزیابی رییس هیأت مدیره/مدیر عامل مؤسسه/انجمن

محل امضاء محل امضاء