

# بسم الله الرحمن الرحيم

دستورالعمل تکمیل چک لیست های نظارت و ارزیابی  
برنامه تحول نظام سلامت

بازنگری اول  
نسخه قابل استناد

دبیرخانه ستاد تحول نظام سلامت  
دفتر نظارت و اعتبار بخشی  
زمستان ۱۳۹۳



**شناسنامه نشانگر های ارزیابی بسته اول**

**دستورالعمل کاهش میزان پرداختی بیماران**

**بستری در بیمارستان های دانشگاهی**

# عنوان برنامه: کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

شاخص  
شماره ۱

عامل: پرداختی بیماران

ملاک: رعایت دستورالعمل ها و ضوابط

نشانگر: رعایت دستورالعمل ها در خصوص میزان پرداخت بیماران بستری ( شهری و روستایی )

شاخص  
اندازه گیری

عدم رعایت میزان پرداخت بیماران بستری شهری به میزان ۶٪ و بیماران روستایی ۳٪ در حداقل ۴ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید

۰

عدم رعایت میزان پرداخت بیماران بستری شهری به میزان ۶٪ و بیماران روستایی ۳٪ در حداقل ۳ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید

۲۵

عدم رعایت میزان پرداخت بیماران بستری شهری به میزان ۶٪ و بیماران روستایی ۳٪ در حداقل ۲ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید

۵۰

عدم رعایت میزان پرداخت بیماران بستری شهری به میزان ۶٪ و بیماران روستایی ۳٪ در حداقل ۱ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید

۷۵

رعایت میزان پرداخت بیماران بستری شهری به میزان ۶٪ و بیماران روستایی ۳٪ در ۱۰۰٪ پرونده های مورد بازدید

۱۰۰

استاندارد  
(مطلوبیت)

رعایت میزان پرداخت بیماران بستری شهری به میزان ۶٪ و بیماران روستایی ۳٪ در ۱۰۰٪ پرونده های مورد بازدید  
اختلاف بیشتر از یک در صد عدم رعایت لحاظ میشود  
کاهش یا افزایش سهم، عدم تطابق تلقی میشود  
تخفیف ارزش نسبی ( ۴٪ و ۲٪ ) شامل خدمات مشمول بیمه پایه و غیر دارو و تجهیزات میباشد .

مستندات  
و نحوه  
بررسی

۱- بررسی روکش حداقل ۱۰ صورت حساب از بیماران اورژانس، جراحی، بخش های ویژه و بخش های داخلی (از هر بخش ۲ یا سه پرونده)  
۲- بررسی کامل ریز صورت حساب اقلام مصرفی یک بیمار بخش های جراحی و یک بیمار بخش ویژه و یک بیمار داخلی با رویکرد بررسی قیمت و محاسبه قدر السهم بیماران

مکان  
ارزیابی

واحد تریخیص بیمارستان

نوع شاخص

عمومی، عملکردی (out come)

وزن

۵

شیوه تحلیل

مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )

## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

عامل : پرداختی بیماران	شاخص شماره ۲
ملاک: رعایت دستورالعمل ها و ضوابط	
<b>نشانگر: رعایت دستورالعمل ها در خصوص صورتحساب و وضعیت مندرجات آن</b>	
عدم وجود فرم روکش صورت حساب متحد الشکل شفاف و گویا	۰
	شاخص اندازه گیری
وجود فرم صورت حساب متحد الشکل شفاف و گویا و فاقد گزارش صحیح اقلام و ریز خدمات مطابق با ستونهای روکش	۵۰
وجود صورت حساب متحدالشکل استاندارد واجد گزارش صحیح ریز اقلام مصرفی مطابق با ستونهای روکش	۱۰۰
صورت حساب متحدالشکل استاندارد واجد گزارش صحیح ریز اقلام مصرفی مطابق با ستونهای روکش	
استاندارد (مطلوبیت)	
<p>۱- بررسی روکش حداقل ۱۰ صورت حساب از بیماران اورژانس ، جراحی ، بخش های ویژه و بخش های داخلی (از هر بخش ۲ یا سه پرونده )</p> <p>۲- بررسی کامل ریز صورت حساب اقلام مصرفی یک بیمار بخش های جراحی و یک بیمار بخش ویژه و یک بیمار داخلی</p>	
واحد ترخیص بیمارستان	
مکان ارزیابی	
نوع شاخص عمومی ، عملکردی (out come)	
وزن ۴	
شيوه تحليل مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )	

# عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

شاخص	عامل : مدیریت منابع
شماره ۳	ملاک: رعایت دستورالعمل ها و ضوابط هزینه کرد منابع یارانه
نشانگر: رعایت دستورالعمل ها در خصوص بسته مشمول حمایت یارانه	
شاخص اندازه گیری	۰ عدم رعایت بسته خدمات ارائه شده به بیماران بستری شهری و روستایی در حداقل ۴ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید در خصوص بسته مشمول حمایت یارانه
	۲۵ عدم رعایت بسته خدمات ارائه شده به بیماران بستری شهری و روستایی در حداقل ۳ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید در خصوص بسته مشمول حمایت یارانه
	۵۰ عدم رعایت بسته خدمات ارائه شده به بیماران بستری شهری و روستایی در حداقل ۲ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید در خصوص بسته مشمول حمایت یارانه
	۷۵ عدم رعایت بسته خدمات ارائه شده به بیماران بستری شهری و روستایی در حداقل ۱ پرونده از ۱۰ پرونده مورد بازدید در خصوص بسته مشمول حمایت یارانه
	۱۰۰ رعایت بسته خدمات ارائه شده به بیماران بستری شهری و روستایی در ۱۰۰٪ پرونده مورد بازدید در خصوص بسته مشمول حمایت یارانه
استاندارد (مطلوبیت)	رعایت بسته خدمات ارائه شده به بیماران بستری شهری و روستایی در ۱۰۰٪ پرونده مورد بازدید در خصوص بسته مشمول حمایت یارانه
مستندات و نحوه بررسی	۱- بررسی رو کش حداقل ۱۰ صورت حساب از بیماران اورژانس ، جراحی ، بخش های ویژه و بخش های داخلی (از هر بخش ۲ یا سه پرونده ) از نظر رعایت تخصیص یارانه در بسته های خدمتی مشمول ۲- بررسی کامل ریز صورت حساب اقلام مصرفی یک بیمار بخش های جراحی و یک بیمار بخش ویژه و یک بیمار داخلی
مکان ارزیابی	واحد ترخیص بیمارستان
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی (out come)
وزن	۳
شیوه	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )

## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

	عامل : مدیریت منابع		شاخص
	ملاک: رعایت دستورالعمل ها و ضوابط هزینه کرد منابع یارانه		شماره ۴
	نشانگر: تناسب تعداد خدمات گران قیمت خارج از بسته بیمه پایه مشمول یارانه نسبت به سال گذشته		
	عدم تطابق خدمات خارج از بسته بیمه پایه مورد حمایت با ضوابط و مصوبات کمیته فنی	۰	شاخص اندازه گیری
	تطابق خدمات خارج از بسته بیمه پایه مورد حمایت با ضوابط و مصوبات کمیته فنی		۱۰۰
	تطابق ۱۰۰٪ خدمات خارج از بسته بیمه پایه مورد حمایت با ضوابط و مصوبات کمیته فنی ( تعداد مطابق سال گذشته ، مورد تایید کمیته تخصصی بیمارستان )		استاندارد (مطلوبیت)
	گزارش his از خدمات ، دارو یا لوازم گرانتز از یک میلیون تومان فاقد پوشش بیمه در ۶ ماهه اول ۹۲ و ۹۳ مصوبات کمیته فنی بیمارستان		مستندات و نحوه بررسی
	واحد ترخیص بیمارستان یا IT دبیرخانه تحول بیمارستان		مکان ارزیابی
	عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
	۱		وزن
	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )		شیوه تحلیل

# عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

شاخص شماره ۵	عامل : تامین و ارائه خدمت ملاک: برنامه ریزی و ساماندهی
نشانگر: کیفیت ساماندهی و مدیریت فرآیند تامین و عدم ارجاع بیماران و همراهان آنها جهت خرید دارو	
شاخص اندازه گیری	۰ عدم وجود فرآیندهای تامین کامل دارو مورد نیاز بیماران و عدم وجود فارماکوپه
	۲۵ عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین دارو با وجود فارماکوپه ، بدون وجود خط مشی ها و روش های اجرایی و کنترلی مورد نیاز
	۵۰ عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین دارو طبق فارماکوپه و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی تامین کمبود ها مانند فلو جارت نحوه تایید و تامین دارو های خارج از فهرست فارماکوپه
	۷۵ عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین دارو طبق فارماکوپه و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی تامین کمبود ها مانند نحوه تایید و تامین دارو های خارج از فهرست فارماکوپه همچنین پیش بینی بازنگری روش ها و شیوه های تامین با استفاده از اطلاعات گذشته نگر در کمیته دارو درمان
	۱۰۰ عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین دارو و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی تامین کمبود ها مانند نحوه تایید و تامین دارو های خارج از فهرست فارماکوپه همچنین پیش بینی بازنگری روش ها و شیوه های تامین با استفاده از اطلاعات گذشته نگر و نیز وجود فرآیند های تجویز و مصرف منطقی دارو و وجود حداقل ۵ پروتکل درمانی برای ۵ داروی پرهزینه بیمارستان از طریق کمیته های دارو درمان و تجهیزات
استاندارد (مطلوبیت)	عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین دارو و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی تامین کمبود ها مانند نحوه تایید و تامین دارو های خارج از فهرست فارماکوپه همچنین پیش بینی بازنگری روش ها و شیوه های تامین با استفاده از اطلاعات گذشته نگر و نیز وجود فرآیند های تجویز و مصرف منطقی دارو و وجود حداقل ۵ پروتکل درمانی برای ۵ داروی پرهزینه بیمارستان از طریق کمیته های دارو درمان و تجهیزات
مستندات و نحوه بررسی	۱-مصاحبه با ۱۰ بیمار در بخش های مختلف و ۵ تماس تلفنی با استفاده از پرونده بیماران ترخیص شده در بخش های جراحی و داخلی و بررسی عدم ارجاع بیماران جهت خرید دارو به خارج از بیمارستان یا داروخانه سرپایی که خود نوعی ارجاع محسوب می شود. ۲-فلوچارت ها و یا دستورالعمل های نحوه ثبت و نحوه تامین اقلام دارویی خارج از فارماکوپه ۳- صورت جلسات کمیته دارو درمان دارای مصوبات مدیریت تجویز و مصرف منطقی دارو از جمله تدوین فارماکوپه و بازنگری آن
مکان ارزیابی	دفتر مسئول فنی داروخانه بیمارستان
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )
وزن	۵
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )

## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

شاخص شماره ۶	عامل : تامین و ارائه خدمت ملاک: برنامه ریزی و ساماندهی
<b>نشانگر: کیفیت ساماندهی و مدیریت فرآیند تامین و عدم ارجاع بیماران و همراهان آنها جهت خرید تجهیزات</b>	
۰	عدم وجود فرآیندهای تامین کامل تجهیزات مورد نیاز بیماران و عدم استناد به لیست مجاز اداره کل تجهیزات
۲۵	عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین تجهیزات، پای بندی نسبی به لیست اداره کل تجهیزات
۵۰	عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین تجهیزات و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی و تامین اغلب تجهیزات بر اساس لیست مجاز اداره کل تجهیزات و تامین کمبود های خاص تجهیزات خارج از فهرست طبق درخواست کتبی پزشکان .با تعریف فرآیند تایید توسط مقام مسئول کمیته جهت خرید خارج از لیست تجهیزات اداره کل.
۷۵	عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین تجهیزات و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی و تامین تجهیزات بر اساس لیست مجاز اداره کل تجهیزات و تامین کمبود های خاص تجهیزات خارج از فهرست طبق مصوبه کمیته تجهیزات
۱۰۰	عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین تجهیزات و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی و تامین تجهیزات بر اساس لیست مجاز اداره کل تجهیزات و تامین کمبود های خاص تجهیزات خارج از فهرست طبق مصوبه کمیته تجهیزات و ارائه باز خورد به پزشکان متقاضی تجهیزات خارج از لیست از طریق کمیته و تعریف فهرست مجاز تجهیزات مصرفی در بیمارستان با مصوب کمیته تجهیزات
استاندارد (مطلوبیت)	عدم ارجاع بیماران و همراهان جهت تامین تجهیزات و پیش بینی خط مشی ها و روش هایی اجرایی و تامین تجهیزات بر اساس لیست مجاز اداره کل تجهیزات و تامین کمبود های خاص تجهیزات خارج از فهرست طبق مصوبه کمیته تجهیزات و ارائه باز خورد به پزشکان متقاضی تجهیزات خارج از لیست از طریق کمیته و تعریف فهرست مجاز تجهیزات مصرفی در بیمارستان با مصوب کمیته تجهیزات
مستندات و نحوه بررسی	۱- مصاحبه با ۱۰ بیمار در بخش های مختلف و ۵ تماس تلفنی با استفاده از پرونده بیماران ترخیص شده در بخش های جراحی و داخلی ۲- فلوجارت ها و یا دستورالعمل های ثبت و نحوه تامین اقلام تجهیزاتی خارج از فهرست مجاز تجهیزات ۳- صورت جلسات کمیته دارو درمان دارای مصوبات مدیریت و ساماندهی تجهیزات مصرفی
مکان ارزیابی	دفتر مسئول فنی تجهیزات بیمارستان
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )
وزن	۵
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )



## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

	عامل : تامین و ارائه خدمات	شاخص شماره ۷
	ملاک: عدم ارجاع بیماران برای خدمات تشخیصی و درمانی (در سطح بیمارستان)	
	<p>نشانگر: کیفیت ساماندهی و مدیریت فرآیند تامین و عدم ارجاع بیماران و همراهان آنها جهت خدمات درمانی و تشخیصی (بجز آزمایشگاه و تصویر برداری که در سنجه های مستقل ارزیابی می شود)</p>	
	عدم وجود فرآیندهای مشخص جهت تامین خدمات درمانی و تشخیصی مورد نیاز بیماران که در زنجیره تامین داخلی بیمارستان نیست.	۰
	ارجاع بیماران با هدایت و تامین بیمارستان ولی بدون وجود قرارداد ها، خط مشی ها و روش های اجرایی و کنترلی و بازنگری مورد نیاز	۵۰
	ارجاع بیماران با هدایت و تامین بیمارستان، با پیش بینی قرارداد های مشخص و بازنگری های مورد نیاز مانند راه اندازی برخی خدمات میسر و تکرار شونده	۱۰۰
	ارجاع بیماران با هدایت و تامین بیمارستان، با پیش بینی قرارداد های مشخص و بازنگری های مورد نیاز مانند راه اندازی برخی خدمات میسر و تکرار شونده	
	استاندارد (مطلوبیت)	
	مستندات و نحوه بررسی	
	<p>۱- شواهد . سوابق ثبت ارجاعات خدمات درمانی بدون دخالت همراهان و بیماران در هماهنگی ، انتقال و یا پرداخت هزینه</p> <p>۲- نسخه قرارداد ها و تفاهم نامه های بین بیمارستانی ، بین دانشگاهی و بین بخشی جهت تامین خدمات خارج از زنجیره تامین بیمارستان</p> <p>۳- فهرست خدمات درمانی قبل از ۹۳/۲/۱۵ و زمان ارزیابی .</p> <p>۴- سوابق مصوبات کمیته تخصصی بیمارستان در خصوص درمان برای کنترل خدمات ارجاعی مانند تصمیمات کنترلی و یا راه اندازی خدمات ارجاعی تکرار شونده</p> <p>۵- مصاحبه از ۱۰ بیمار و اطمینان از ارجاع بیماران با هدایت و تامین بیمارستان جهت خدمات درمانی و تشخیصی</p>	
	دبیرخانه تحول بیمارستان و یا دفتر مدیریت پرستاری	
	مکان ارزیابی	
	نوع شاخص عمومی ، فرآیندی ( process )	
	وزن ۴	
	شیوه تحلیل مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )	

## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

	عامل : تامین و ارائه خدمات	شاخص
	ملاک: عدم ارجاع بیماران برای خدمات تشخیصی و درمانی (در سطح بیمارستان)	شماره ۸
	<b>نشانگر: کیفیت ساماندهی و مدیریت فرآیند تامین و عدم ارجاع بیماران و همراهان آنها جهت خدمات آزمایشگاه</b>	
۰	عدم وجود فرآیندهای مشخص جهت تامین خدمات آزمایشگاهی مورد نیاز بیماران که در زنجیره تامین بیمارستان نیست.	شاخص اندازه گیری
۲۵	ارجاع نمونه بیماران جهت خدمات آزمایشگاهی با هدایت و تامین بیمارستان ولی بدون وجود قرارداد ها، خط مشی ها و روش های اجرایی و کنترلی و بازنگری مورد نیاز	
۵۰	ارجاع نمونه بیماران جهت خدمات آزمایشگاهی با هدایت و تامین بیمارستان، با پیش بینی قرارداد های مشخص	
۷۵	ارجاع نمونه بیماران جهت تامین خدمات آزمایشگاهی با هدایت و تامین بیمارستان و پیش بینی قرارداد های مشخص با تایید ستاد، ضمن تعریف فرآیند های کنترل و بازنگری مناسب جهت کاهش ارجاع و راه اندازی خدمات تازه آزمایشگاه به میزان حداقل ۵۰٪ خدمات فعال نسبت به آغاز برنامه تحول	
۱۰۰	ارجاع نمونه بیماران جهت تامین خدمات آزمایشگاهی با هدایت و تامین بیمارستان و پیش بینی قرارداد های مشخص با تایید ستاد، ضمن تعریف فرآیند های کنترل و بازنگری مناسب جهت کاهش ارجاع و راه اندازی خدمات تازه آزمایشگاه به میزان حداقل ۷۵٪ خدمات فعال نسبت به آغاز برنامه تحول	
	ارجاع نمونه بیماران جهت تامین خدمات آزمایشگاهی با هدایت و تامین بیمارستان و پیش بینی قرارداد های مشخص با تایید ستاد، ضمن تعریف فرآیند های کنترل و بازنگری مناسب جهت کاهش ارجاع و راه اندازی خدمات تازه آزمایشگاه به میزان حداقل ۷۵٪ خدمات فعال نسبت به آغاز برنامه تحول	استاندارد (مطلوبیت)
	<p>۱- شواهد. سوابق ثبت ارجاعات خدمات تشخیصی و درمانی بدون دخالت همراهان و بیماران در هماهنگی، انتقال نمونه و یا پرداخت هزینه</p> <p>۲- نسخه قرارداد ها و تفاهم نامه های بین بیمارستانی، بین دانشگاهی و بین بخشی جهت تامین خدمات خارج از زنجیره تامین بیمارستان</p> <p>۳- فهرست خدمات آزمایشگاه و سایر خدمات درمانی قبل از ۹۳/۲/۱۵ و زمان ارزیابی</p> <p>۴- مصاحبه از ۱۰ بیمار و اطمینان از ارجاع بیماران با هدایت و تامین بیمارستان جهت خدمات آزمایشگاهی</p>	مستندات و نحوه بررسی
	دفتر سوپروایزر آزمایشگاه یا دفتر مدیریت پرستاری	مکان ارزیابی
	عمومی، فرآیندی ( process )	نوع شاخص
۴		وزن
	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )	شیوه تحلیل

# عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

شاخص	عامل : تامین و ارائه خدمات	
شماره ۹	ملاک: عدم ارجاع بیماران برای خدمات تشخیصی و درمانی (در سطح بیمارستان)	
نشانگر: کیفیت ساماندهی و مدیریت فرآیند تامین و عدم ارجاع بیماران آنها جهت خدمات تصویر برداری		
شاخص اندازه گیری	۰	عدم وجود فرآیندهای مشخص جهت تامین خدمات تصویربرداری مورد نیاز بیماران که در زنجیره تامین بیمارستان نیست.
	۵۰	ارجاع بیماران جهت خدمات تصویربرداری با هدایت و تامین بیمارستان ولی بدون وجود قرارداد ها ، خط مشی ها و روش های اجرایی و کنترلی و بازنگری مورد نیاز
	۱۰۰	ارجاع بیماران جهت خدمات تصویربرداری با هدایت و تامین بیمارستان، با پیش بینی قرارداد های مشخص
استاندارد (مطلوبیت)	ارجاع بیماران جهت خدمات تصویربرداری با هدایت و تامین بیمارستان، با پیش بینی قرارداد های مشخص	
مستندات و نحوه بررسی	<p>۱- شواهد . سوابق ثبت ارجاعات جهت خدمات تصویربرداری بدون دخالت همراهان و بیماران در هماهنگی ، انتقال و یا پرداخت هزینه</p> <p>۲- نسخه قرارداد ها و تفاهم نامه های بین بیمارستانی ، بین دانشگاهی و بین بخشی جهت تامین خدمات تصویربرداری خارج از زنجیره تامین بیمارستان</p> <p>۳- فهرست خدمات تصویربرداری قبل از ۹۳/۲/۱۵ و زمان ارزیابی .</p> <p>۴- مصاحبه از ۱۰ بیمار و اطمینان از ارجاع بیماران با هدایت و تامین بیمارستان جهت خدمات تصویر برداری</p>	
مکان ارزیابی	دبیرخانه تحول بیمارستان	
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )	
وزن	۴	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )	

## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

شاخص شماره ۱۰	عامل : تامین و ارائه خدمت
	ملاک: تنوع خدمات
نشانگر: میزان تغییر ارائه خدمات بستری تحت پوشش بیمه در بیمارستان	
شاخص اندازه گیری	۰ کاهش تعداد و هزینه خدمات ارائه شده تحت پوشش بیمه پایه در ۶ ماهه اول شروع برنامه بیشتر از ۲۰٪
	۲۵ کاهش تعداد و هزینه خدمات ارائه شده تحت پوشش بیمه پایه در ۶ ماهه اول شروع برنامه بین ۱۰٪ تا ۲۰٪
	۵۰ کاهش تعداد و هزینه خدمات ارائه شده تحت پوشش بیمه پایه در ۶ ماهه اول شروع برنامه کمتر از ۱۰٪
	۷۵ عدم تغییر تعداد و هزینه خدمات ارائه شده تحت پوشش بیمه پایه در ۶ ماهه اول شروع برنامه
	۱۰۰ افزایش تعداد و هزینه خدمات ارائه شده تحت پوشش بیمه پایه در ۶ ماهه اول شروع برنامه
استاندارد (مطلوبیت)	افزایش تعداد و هزینه خدمات ارائه شده تحت پوشش بیمه پایه در ۶ ماهه اول شروع برنامه
مستندات و نحوه بررسی	بررسی HIS بیمارستان ، گزارش عملکرد بستری به تفکیک سهم بیمه و بیمار ۶ ماهه اول ۹۲ با ۹۳
مکان ارزیابی	دفتر IT ، و احد اسناد و مدارک پزشکی و امور مالی بیمارستان
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی (out come)
وزن	۲
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )

# عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

شاخص	عامل : مدیریت عملکرد	
شماره ۱۱	ملاک: عملکرد کمیته های تخصصی	
نشانگر: کیفیت و نحوه فعالیت کمیته های مندرج در دستورالعمل (مانند: کمیته تخصصی دارو درمان و تجهیزات و بیمه)		
شاخص اندازه گیری	۰	عدم برگزاری مستمر طبق الگوی زمان بندی مورد انتظار
	۲۵	برگزاری جلسات کمیته طبق برنامه با حضور کامل اعضاء
	۵۰	برگزاری جلسات کمیته طبق برنامه با حضور کامل اعضاء ، ساماندهی خدمات مورد حمایت ،فارماکوپه دارویی یا فهرست تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه و هماهنگی با بیمه
	۷۵	برگزاری جلسات کمیته طبق برنامه با حضور کامل اعضاء ،ساماندهی خدمات مورد حمایت ، فارماکوپه دارویی و فهرست تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه و هماهنگی با بیمه و اخذ تصمیمات کنترلی در خصوص داروهای پرهزینه و تجهیزات خارج از فهرست
	۱۰۰	برگزاری جلسات کمیته طبق برنامه با حضور کامل اعضاء ،ساماندهی خدمات مورد حمایت ، فارماکوپه دارویی و فهرست تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه و هماهنگی با بیمه و اخذ تصمیمات کنترلی در خصوص داروهای پرهزینه و تجهیزات خارج از فهرست ایجاد فرآیند کنترل مستمر در سطح بیمارستان ها مانند تدوین پروتکل های درمانی و تجویز و مصرف منطقی دارو تجهیزات .
استاندارد (مطلوبیت)	برگزاری جلسات کمیته طبق برنامه با حضور کامل اعضاء ،ساماندهی خدمات مورد حمایت ، فارماکوپه دارویی و فهرست تجهیزات مصرفی پزشکی دانشگاه و هماهنگی با بیمه و اخذ تصمیمات کنترلی در خصوص داروهای پرهزینه و تجهیزات خارج از فهرست ایجاد فرآیند کنترل مستمر در سطح بیمارستان ها مانند تدوین پروتکل های درمانی و تجویز و مصرف منطقی دارو تجهیزات .	
مستندات و نحوه بررسی	۱- صورتجلسات کمیته های مندرج در دستورالعمل (مانند: کمیته تخصصی دارو درمان و تجهیزات و بیمه )از ابتدای طرح تا کنون بررسی مصوبات ضابطه مند کردن تجویز و مصرف دارو و تجهیزات در سطح بیمارستان ها	
مکان ارزیابی	دبیر خانه ستاد تحول ( ستاد دانشگاه توسط ارزیاب ارشد)	
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )	
وزن	۲	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )	

## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

	عامل : مدیریت منابع		شاخص
		ملاک: کیفیت و نحوه تنظیم و تحویل اسناد	شماره ۱۲
نشانهگر: میزان تطابق اسناد مالی تنظیم شده با اسناد بالینی و زمان تنظیم جهت نظارت بیمه بر اساس دستورالعمل			
	۰	تنظیم اسناد قابل تحویل به بیمه با ۳ ماه تاخیر	شاخص اندازه گیری
	۲۵	تنظیم اسناد قابل تحویل به بیمه با ۲ ماه تاخیر	
	۵۰	تنظیم اسناد قابل تحویل به بیمه با یک ماه تاخیر	
	۷۵	تنظیم کلیه اسناد مالی مطابق با دستورالعمل و عدم تحویل بر اساس زمانبندی مصوب به نماینده بیمه	
	۱۰۰	تنظیم کلیه اسناد مطابق با دستورالعمل و تحویل بر اساس زمانبندی مصوب به نماینده بیمه تا پایان ماه بعد	
		تنظیم کلیه اسناد مالی مطابق با دستورالعمل و تحویل بر اساس زمانبندی مصوب به نماینده بیمه تا پایان ماه بعد	استاندارد (مطلوبیت)
		اسناد ماهیانه تنظیم شده یا تحویل شده به بیمه مهلت تنظیم و تحویل اسناد هر ماه تا پایان ماه بعد میباشد	مستندات و نحوه بررسی
		واحد اسناد و مدارک پزشکی - درآمد	مکان ارزیابی
		عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
	۴		وزن
		مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

	شاخص شماره ۱۳	عامل : مدیریت اطلاعات
		ملاک: جمع آوری اطلاعات
		<b>نشانگر: در صد تعداد پرونده های ارسال شده به سپاس</b>
	۰	اتصال به سامانه و موفقیت ثبت پرونده بیماران با اختلاف بیش از ۷۵٪
	۲۵	اتصال به سامانه موفقیت ثبت پرونده بیماران ۵۱٪ تا ۷۵٪
	۵۰	اتصال به سامانه موفقیت ثبت پرونده بیماران ۲۵٪ تا ۵۰٪
	۷۵	اتصال به سامانه موفقیت ثبت پرونده بیماران از ۱۰٪ تا ۲۵٪
	۱۰۰	اتصال به سامانه موفقیت ثبت پرونده بیماران از با اختلاف کمتر از ۵٪
		استاندارد (مطلوبیت)
		۱-بررسی سامانه سپاس و HIS بیمارستان
		مستندات و نحوه بررسی
		دفتر IT ، و احد اسناد و مدارک پزشکی و امور مالی بیمارستان
		مکان ارزیابی
		نوع شاخص عمومی ، عملکردی (out come)
	۱	وزن
		شیوه تحلیل مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )

## عنوان برنامه: کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت

عامل: مدیریت اطلاعات	شاخص شماره ۱۴
ملاک: جمع آوری اطلاعات	
نشانگر: میزان تطابق اطلاعات مالی پرونده بیماران با اطلاعات ارسالی به سامانه های مدیریت اطلاعات	
تطابق کمتر از ۸۰٪ اطلاعات پرونده با HIS	۰
تطابق بین ۸۰ تا ۹۰٪ اطلاعات پرونده با HIS	۲۵
تطابق بیش از ۹۰٪ اطلاعات پرونده با HIS	۵۰
تطابق بیش از ۹۰٪ اطلاعات پرونده با HIS و * تطابق اطلاعات HIS بیمارستان با اطلاعات سامانه سپاس با اختلاف کمتر از ۲۰٪ (در ستاد وزارت ارزیابی می شود)	۷۵
تطابق بیش از ۹۰٪ اطلاعات پرونده با HIS و * تطابق اطلاعات HIS بیمارستان با اطلاعات سامانه سپاس با اختلاف کمتر از ۱۰٪ (در ستاد وزارت ارزیابی می شود)	۱۰۰
تطابق بیش از ۹۰٪ اطلاعات پرونده با HIS و تطابق اطلاعات HIS بیمارستان با اطلاعات سامانه سپاس با اختلاف کمتر از ۱۰٪ حداکثر امتیاز در این سنجه ۵۰ می باشد که ۵۰ امتیاز بعدی در ستاد وزارت اعمال می شود.	
<p>۱- بررسی ۱۰ صورت حساب بیماران و مقایسه آن با HIS بیمارستان و پرونده بیماران</p> <p>۲- تهیه نسخه روکش ۵ مورد از بیماران بررسی شده جهت تحویل به ستاد وزارت</p>	
دفتر IT ، و احد اسناد و مدارک پزشکی و امور مالی بیمارستان ، ستاد وزارت بهداشت (پس از ارزیابی)	
عمومی ، عملکردی (out come)	
۴	
وزن	
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی در هر سه سطح )	
شیوه تحلیل	





**شناسنامه نشانگر های ارزیابی بسته دوم**

**دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری**

**پزشکان در بیمارستان های دانشگاهی**

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : توزیع منابع	شاخص شماره ۱	
ملاک: دسترسی به پزشک متخصص		
نشانگر: درصد افزایش تعداد پزشکان متخصص ماندگار شده نسبت به مدت مشابه قبل از طرح در مناطق محروم		
بدون تغییر مدت ماندگاری نسبت به قبل از برنامه تحول	۰	شاخص اندازه گیری
تا ۲۵ درصد افزایش مدت ماندگاری پزشکان متخصص	۲۵	
۲۶ تا ۵۰ درصد افزایش مدت ماندگاری پزشکان متخصص	۵۰	
۵۱ تا ۷۵ درصد افزایش ماندگاری پزشکان متخصص	۷۵	
۷۶ تا ۱۰۰ درصد افزایش ماندگاری پزشکان متخصص	۱۰۰	
۷۶ تا ۱۰۰٪ افزایش میزان ماندگاری پزشک متخصص در زمان بازدید نسبت به بهمن ماه سال گذشته صورت گرفته باشد.		استاندارد (مطلوبیت)
به منظور سنجش این شاخص باید تعداد پزشکان متخصص ماندگار شده در شهر مشمول برنامه ماندگاری در زمان بازدید بر تعداد پزشکان متخصص همان منطقه در بهمن ماه ۱۳۹۲ تقسیم گردد و براساس عدد بدست آمده برای کلیه شهرهای مشمول برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در آن دانشگاه، به دانشگاه امتیاز داده شود.		مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه /دانشکده - بیمارستان - توسط ارزیاب ارشد ارزیابی می شود		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
۳		وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)		شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : توزیع منابع	شاخص شماره  ۲	
ملاک: جلب مشارکت پزشکان		
نشانگر : درصد پزشکان تمام وقت جغرافیایی از مجموع کل پزشکان دارای رابطه استخدامی (رسمی - پیمانی - ضریب کا)		
کمتر از ۱۰٪ پزشکان بصورت تمام وقت جغرافیایی در حال فعالیت هستند	۰	شاخص اندازه گیری
۱۰-۲۵٪ پزشکان بصورت تمام وقت جغرافیایی در حال فعالیت هستند	۲۵	
۲۵-۵۰٪ پزشکان بصورت تمام وقت جغرافیایی در حال فعالیت هستند	۵۰	
۵۰-۷۵٪ پزشکان بصورت تمام وقت جغرافیایی در حال فعالیت هستند	۷۵	
بیش از ۷۵٪ پزشکان بصورت تمام وقت جغرافیایی در حال فعالیت هستند	۱۰۰	
۱۰۰-۷۵٪ پزشکان دارای رابطه استخدامی رسمی، پیمانی و ضریب کا آن دانشگاه دارای حکم تمام وقتی جغرافیایی باشند.		استاندارد (مطلوبیت)
بمنظور سنجش این شاخص می بایست احکام تمام وقتی جغرافیایی پزشکان متخصص رؤیت گردد.		مستندات و نحوه بررسی
ستاد دانشگاه توسط ارزیاب ارشد ارزیابی شود		مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی ( process )		نوع شاخص
۳		وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)		شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

شاخص شماره	عامل : توزیع منابع	
۳	ملاک: جلب مشارکت پزشکان	
۳	نشانگر : درصد موفقیت بیمارستان در جذب پزشکان در برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم	
شاخص اندازه گیری	۰	کمتر از ۱۵٪ پزشکان متخصص شهر در برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» عضو هستند و بعنوان پزشک ماندگار در شهر فعالیت می کنند
	۲۵	۱۵ تا ۳۰٪ پزشکان متخصص شهر در برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» عضو هستند و بعنوان پزشک ماندگار در شهر فعالیت می کنند
	۵۰	۳۰ تا ۵۰٪ پزشکان متخصص شهر در برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» عضو هستند و بعنوان پزشک ماندگار در شهر فعالیت می کنند
	۷۵	۵۰ تا ۷۵٪ پزشکان متخصص شهر در برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» عضو هستند و بعنوان پزشک ماندگار در شهر فعالیت می کنند
	۱۰۰	بیش از ۷۵٪ پزشکان متخصص شهر در برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» عضو هستند و بعنوان پزشک ماندگار در شهر فعالیت می کنند
استاندارد (مطلوبیت)	بیش از ۷۵٪ پزشکان متخصص شهر در برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» عضو هستند و بعنوان پزشک ماندگار در شهر فعالیت می کنند.	
مستندات و نحوه بررسی	بمنظور سنجش این شاخص می بایست مستندات مربوط به تعداد پزشکان متخصص شهر و نیز تعداد پزشکان ماندگار شهر رؤیت گردد و درصد پزشکان ماندگار به پزشکان شهر محاسبه شود.	
مکان ارزیابی	دفتر ریاست بیمارستان	
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی (out come)	
وزن	۵	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)	

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : توزیع منابع	شاخص
ملاک: جلب مشارکت پزشکان	
نشانگر : میزان تمایل پزشکان غیر متعهد برای ماندگاری و تمایل مشمولین تعهد خدمت برای ادامه ماندگاری در مناطق محروم	شماره ۴
رضایت کمتر از ۱۰٪ از جمعیت نمونه پزشکان متخصص ویا انصراف بیش از ۱۰٪ از آنها از ادامه ماندگاری در منطقه محروم	۰
رضایت حداقل ۱۵٪ از جمعیت نمونه پزشکان متخصص مشمول ماندگاری متعهد برای ادامه مشارکت بدون انصراف از ماندگاری	۲۵
رضایت حداقل ۲۰٪ از جمعیت نمونه پزشکان متخصص مشمول ماندگاری متعهد برای ادامه مشارکت بدون انصراف از ماندگاری	۵۰
رضایت حداقل ۲۵٪ از جمعیت نمونه پزشکان متخصص مشمول ماندگاری متعهد برای ادامه مشارکت بدون انصراف از ماندگاری	۷۵
رضایت ۳۰٪ از جمعیت نمونه پزشکان متخصص مشمول ماندگاری متعهد برای ادامه مشارکت بدون انصراف از ماندگاری	۱۰۰
رضایت ۳۰٪ از جمعیت نمونه پزشکان متخصص مشمول ماندگاری متعهد برای ادامه مشارکت بدون انصراف از ماندگاری	استاندارد (مطلوبیت)
برای سنجش این شاخص می‌بایست با حداقل ۱۰ نفر از پزشکان در دو گروه بالینی و پاراکلینیک، مصاحبه شود. هدف از این مصاحبه، سنجش رضایت پزشکان برای ادامه همکاری با برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» است. باید توجه داشت که تا حد امکان از متخصصین در رشته‌های مختلف مصاحبه بعمل آید.	مستندات و نحوه بررسی
برای سنجش این شاخص می‌بایست مصاحبه تلفنی یا حضوری با پزشکان ماندگار بیمارستان صورت گیرد.	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۲	وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : کنترل و نظارت	شاخص
ملاک: عملکرد پزشکان	
نشانگر : نحوه نظارت بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات پزشکان مشمول ماندگاری	شماره ۵
بدون نظارت مدون	۰
ارزیابی کمیت و کیفیت عملکرد پزشکان با فاصله زمانی بیش از ۳ ماه بین دو ارزیابی	۲۵
ارزیابی کمیت و کیفیت عملکرد پزشکان با فاصله زمانی ۳ ماه بین دو ارزیابی از ابتدای برنامه	۵۰
ارزیابی کمیت و کیفیت عملکرد پزشکان با فاصله زمانی ۳ ماه بین دو ارزیابی از ابتدای برنامه در هر سه سطح رضایت معاونت درمان ، بیماران و رئیس بیمارستان طبق سهم امتیاز دهی هر کدام	۷۵
ارزیابی کمیت و کیفیت عملکرد پزشکان با فاصله زمانی ۳ ماه بین دو ارزیابی از ابتدای برنامه در هر سه سطح رضایت معاونت درمان ، بیماران و رئیس بیمارستان طبق سهم امتیاز دهی هر کدام و ارائه بازخورد تنبیهی و تشویقی به ارزیابی شوندگان	۱۰۰
ارزیابی کمیت و کیفیت عملکرد پزشکان با فاصله زمانی ۳ ماه بین دو ارزیابی، از ابتدای برنامه در سه سطح معاونت درمان، بیماران و رئیس بیمارستان صورت گرفته باشد و منتهی به بازخورد گردیده باشد.	استاندارد (مطلوبیت)
در این شاخص می بایست برنامه مدونی برای سنجش رضایت بیماران وجود داشته باشد و به این منظور پرسشنامه‌ای به طور منظم توسط بیماران بخش‌های بیمارستان تکمیل گردد. همچنین به منظور سنجش رضایت از کمیت و کیفیت عملکرد پزشکان در سطح معاونت درمان و رییس بیمارستان، برنامه مدونی وجود داشته باشد.	مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و بیمارستان	مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی ( process )	نوع شاخص
۲	وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : کنترل و نظارت	شاخص شماره  ۶	
ملاک: عملکرد پزشکان		
نشانگر : وجود فرایند نظارت و کنترل بر فرایند اعزام بیماران برای رشته های دارای پزشک ماندگار		
فلوچارت مشخصی برای اعزام بیماران وجود نداشته باشد	۰	شاخص اندازه گیری
فلوچارت مشخصی برای اعزام بیماران وجود دارد اما تکمیل نمی گردد	۲۵	
فلوچارت مشخصی برای اعزام بیماران وجود دارد ولی بطور ناقص تکمیل می گردد	۵۰	
فلوچارت مشخصی برای اعزام بیماران وجود دارد و تکمیل می گردد اما دلایل اعزام نامشخص است	۷۵	
فلوچارت مشخصی برای اعزام بیماران وجود دارد و بطور کامل تکمیل می گردد و دلایل اعزام بطور شفاف ذکر می گردد	۱۰۰	
در سنجش این شاخص باید توجه داشت که صورتیکه اعزام در ساعات آنکالی و عدم حضور پزشک بر بالین بیمار صورت گرفته باشد، ضروری است حداکثر تا یک روز پس از اعزام فرم مربوطه با شرح دقیق علت اعزام توسط پزشک تکمیل و مهر گردد.		استاندارد (مطلوبیت)
مستندات مرتبط با اعزام بیماران از ستاد هدایت دانشگاه جمع آوری و یک نسخه از آن جهت بررسی به ستاد وزارت ارسال می گردد.		مستندات و نحوه بررسی
از آنجائیکه در بررسی اسناد اعزام بیماران، نکات متعددی باید مد نظر قرار گیرد؛ ضروری است در بازدید کپی اسناد اعزام از ستاد هدایت دانشگاه جمع آوری شده و جهت بررسی به ستاد وزارت بهداشت ارجاع گردد. امتیازدهی به این شاخص در ستاد وزارت بهداشت صورت خواهد گرفت.		مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی ( process )		نوع شاخص
		۱
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)		وزن
		شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : مدیریت مالی	شاخص شماره  ۷	
ملاک: پرداخت طبق دستورالعمل		
نشانگر : نحوه پرداخت ثابت ماندگاری پزشکان مشمول ماندگاری برای شهر های گروه الف و ب		
پرداخت با تاخیر بیش از دو ماه به پزشکان مشمول یا پرداخت مغایر با دستورالعمل	۰	شاخص اندازه گیری
پرداخت با تاخیر کمتر از دو ماه به پزشکان مشمول طبق دستورالعمل	۲۵	
پرداخت با تاخیر کمتر از یک ماه به پزشکان مشمول طبق دستورالعمل	۵۰	
پرداخت بعد از پنجم ماه بعد و کمتر از یک ماه به پزشکان مشمول طبق دستورالعمل	۷۵	
پرداخت تا پنجم ماه بعد به پزشکان مشمول طبق دستورالعمل	۱۰۰	
پرداخت حداکثر تا پنجم ماه بعد به پزشکان مشمول طبق دستورالعمل	استاندارد (مطلوبیت)	
<p>برای سنجش این شاخص می‌بایست پس از رؤیت تعداد روزهای ماندگاری در اسناد برنامه آنکالی بیمارستان و کنترل تصادفی آن با تعهدنامه‌های برنامه ماندگاری پزشکان، با رؤیت اسناد مالی درستی رقم پرداختی کنترل گردد. به منظور راستی آزمایی با ۵ نفر از پزشکان مصاحبه گردد. در شهرهای گروه «الف» به پزشکان متخصص بالینی و متخصصین داروسازی و پزشکان عمومی برای هر شبانه روز ماندگاری در شهر ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال و متخصص پاراکلینیک ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال در شهرهای گروه «ب» به پزشکان متخصص ۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال یا ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال بر اساس دستور العمل و به پزشکان عمومی ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال پرداخت می‌گردد.</p> <p>مدت ماندگاری قابل پرداخت بر اساس دستورالعمل بسته در نظر گرفته شود</p>		مستندات و نحوه بررسی
<p>معاونت درمان دانشگاه / دانشکده و دفتر رئیس امور مالی بیمارستان ها و راستی آزمایی پرداخت ها در مصاحبه با ۵ نفر از پزشکان و دفتر ریاست بیمارستان و امور مالی</p>		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
۴		وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)		شیوه تحلیل



## توضیحات تکمیلی شاخص ۷

: نحوه پرداخت ثابت ماندگاری پزشکان مشمول ماندگاری

حالت مطلوب «نحوه پرداخت ثابت ماندگاری»: پرداخت ثابت به پزشکان مشمول حداکثر تا پنجم ماه بعد صورت گیرد. برای سنجش این شاخص می‌بایست به تعداد پزشکان ماندگار در هر رشته تخصصی و روزهای ماندگاری آنها توجه نمود. تعداد روزهای حضور شبانه‌روزی پزشک در شهر، با رؤیت برنامه آنکالی بیمارستان و نیز تعداد روزهای درج شده در تعهدنامه‌های برنامه ماندگاری پزشکان قابل محاسبه است. پزشکان تک متخصص در هر رشته می‌بایست حداقل ۲۳ و حداکثر ۳۰ شبانه‌روز در شهر حضور داشته باشند. در مواردی که چند متخصص در یک رشته تخصصی وجود دارد، تعداد روزهای ماه (۳۰ روز) بر تعداد متخصصین تقسیم می‌گردد. این عدد می‌بایست مطابق با برنامه‌ریزی معاونت درمان دانشگاه بوده و حداقل روزهای ماندگاری در این حالت، ۷ شبانه‌روز است. باید توجه داشت در تقسیم تعداد آنکالی‌ها، الویت با پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی (فاقد هرگونه فعالیت انتفاعی درمانی از جمله مطب) می‌باشد.

برای سنجش این شاخص می‌بایست پس از رؤیت تعداد روزهای ماندگاری در اسناد برنامه آنکالی بیمارستان و کنترل تصادفی آن با تعهدنامه‌های برنامه ماندگاری پزشکان، با رؤیت اسناد مالی درستی رقم پرداختی کنترل گردد. به منظور راستی آزمایی با ۵ نفر از پزشکان مصاحبه گردد.

شایان ذکر است که پرداخت ثابت ماندگاری برای رشته‌ای که پرداخت موقتی به آن صورت می‌گیرد، ممنوع است؛ بعبارت دیگر، در زمانی که پزشک مقیم در بیمارستان حضور دارد، آنکالی مفهومی ندارد و صرفاً پرداخت ثابت ماندگاری ممنوع می‌باشد.

مکان سنجش: دفتر ریاست و دفتر رئیس امور مالی بیمارستان

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : مدیریت مالی	شاخص
ملاک: پرداخت طبق دستورالعمل	
نشانگر : نحوه تاثیر عملکرد بر پرداخت ثابت ماندگاری پزشکان مشمول ماندگاری	شماره ۸
ارزیابی عملکرد صورت نمی گیرد .	۰
ارزیابی عملکرد صورت می گیرد ولی پرداخت به پزشکان بر مبنای ارزیابی صورت گرفته، نمی باشد.	۵۰
ارزیابی عملکرد صورت می گیرد و پرداخت به پزشکان بر مبنای ارزیابی صورت گرفته است.	۱۰۰
ارزیابی عملکرد پزشکان طبق دستورالعمل و تاثیر آن بر میزان پرداختی به پزشک.	استاندارد (مطلوبیت)
بررسی اسناد مالی و رویت مستندات مربوط به ارزیابی عملکرد پزشکان. برای سنجش این شاخص می بایست فرم های ارزیابی عملکرد پزشکان رویت گردد و با بررسی تصادفی ۵ پرونده، کنترل شود که آیا پرداخت ثابت پزشکان بر اساس امتیاز کسب شده بوده است یا خیر.	مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و دفتر رئیس امور مالی بیمارستان ها.	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۲	وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : مدیریت مالی	شاخص  شماره ۹	
ملاک: پرداخت طبق دستورالعمل		
نشانگر : نحوه پرداخت عملکردی ماندگاری پزشکان مشمول ماندگاری و پرداخت کارکنان غیر پزشک		
پرداخت با تاخیر بیش از سه ماه به پزشکان مشمول و عدم پرداخت به کارکنان و یا پرداخت مغایر با دستورالعمل	۰	شاخص اندازه گیری
پرداخت با تاخیر کمتر از سه ماه به پزشکان مشمول و کارکنان غیر پزشک طبق دستورالعمل	۲۵	
پرداخت با تاخیر کمتر از دو ماه به پزشکان مشمول و کارکنان غیر پزشک طبق دستورالعمل	۵۰	
پرداخت با تاخیر کمتر از یک ماه به پزشکان مشمول و کارکنان غیر پزشک طبق دستورالعمل	۷۵	
پرداخت حداکثر تا بیستم ماه بعد به پزشکان مشمول و کارکنان غیر پزشک طبق دستورالعمل	۱۰۰	
پرداخت حداکثر تا بیستم ماه بعد به پزشکان مشمول و کارکنان غیر پزشک طبق دستورالعمل		استاندارد (مطلوبیت)
بررسی اسناد مالی		مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه / دانشکده و دفتر رئیس امور مالی بیمارستان ها و راستی آزمایی پرداخت ها در مصاحبه با ۵ نفر از پزشکان و ۵ نفر از کارکنان		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
۵		وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)		شیوه تحلیل

نام شاخص: نحوه پرداخت عملکردی ماندگاری پزشکان مشمول ماندگاری و پرداخت کارکنان غیرپزشک

**حالت مطلوب** زیر شاخص «نحوه پرداخت عملکردی ماندگاری پزشکان و کارکنان غیر پزشک»: پرداخت عملکردی پزشکان و کارکنان غیر پزشک حداکثر تا بیستم ماه بعد صورت گرفته باشد.

باید توجه داشت که این شاخص از ۱/۳/۹۳ لغایت ۳۱/۶/۹۳ قابل محاسبه است. از ۱/۷/۹۳ تا کنون، دانشگاه مکلف است علی الحساب کارانه پزشکان را با فرمول «متوسط کارانه اردیبهشت تا شهریور ۹۳ \* ۴/۱» و علی الحساب کارانه کارکنان غیر پزشک را با فرمول «متوسط کارانه اردیبهشت تا شهریور ۹۳ \* ۷/۱» محاسبه و پرداخت نماید. پرداخت مابه التفات کارانه پزشکان و کارکنان می بایست پس از ابلاغ دستورالعمل بازتوزیع صورت گیرد.


برای ماه‌های مورد محاسبه، پرداخت عملکردی در شهرهای گروه «الف» و «ب» ۳کا، شهرهای گروه «ج» ۵/۲کا و شهرهای گروه «د» ۲کا می باشد. این ضرایب برای کلیه اعمال و پروسیجرهای بستری که سازمان‌های بیمه گر پایه تعرفه ترجیحی آن را پرداخت می نمودند، همچنین برای بیماران تصادفی (ماده ۹۲) و حوادث کار قابل پرداخت می باشد. اعمال و پروسیجرهای زیبایی، زایمان طبیعی و سزارین مشمول این تشویق نمی گردند.

برای سنجش این شاخص می بایست اسناد مالی پرداخت به پزشکان رؤیت گردد. رؤیت اسناد مالی ۵ پرونده پزشکان جهت کنترل صحت محاسبه پرداختی‌ها و نیز رؤیت اسناد مالی پرداخت به پزشکان و کارکنان غیر پزشک جهت کنترل به موقع بودن پرداخت‌ها و مصاحبه با ۵ نفر از پزشکان و ۵ نفر از کارکنان غیر پزشک به منظور راستی آزمایی، ضروری است.

مکان سنجش: دفتر رئیس امور مالی بیمارستان

## عنوان برنامه : حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

عامل : مدیریت مالی		شاخص  شماره ۱۰
ملاک: پرداخت طبق دستورالعمل		
نشانگر : نحوه ارزیابی عملکردی در پرداخت عملکردی ماندگاری پزشکان مشمول ماندگاری و پرداخت کارکنان غیر پزشک		
ارزیابی عملکرد صورت نمی گیرد .	۰	شاخص
ارزیابی عملکرد صورت می گیرد ولی پرداخت به پزشکان بر مبنای ارزیابی صورت گرفته، نمی باشد.	۵۰	اندازه
ارزیابی عملکرد صورت می گیرد و پرداخت به پزشکان بر مبنای ارزیابی صورت گرفته است.	۱۰۰	گیری
ارزیابی عملکرد پزشکان طبق دستورالعمل و تاثیر آن بر میزان پرداختی به پزشک.		استاندارد (مطلوبیت)
بررسی اسناد مالی و رویت مستندات مربوط به ارزیابی عملکرد پزشکان. برای سنجش این شاخص می بایست فرم های ارزیابی عملکرد پزشکان رویت گردد و با بررسی تصادفی ۵ پرونده، کنترل شود که آیا پرداخت عملکردی پزشکان بر اساس امتیاز کسب شده بوده است یا خیر		مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و دفتر رئیس امور مالی بیمارستان ها.		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
۱		وزن
مقایسه ی بین گروهی ( بیمارستانی و دانشگاهی واجد مناطق محروم)		شیوه تحلیل



**شناسنامه نشانگر های ارزیابی بسته سوم**

**دستورالعمل حضور پزشکان متخصص مقیم  
در بیمارستان های دانشگاهی**

**عنوان برنامه : دستور العمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی**

شاخص شماره  ۱	عامل : مدیریت منابع										
	ملاک: توزیع و بکارگیری										
	نشانگر: درصد استقرار پزشکان متخصص مقیم از کل مجوزهای مقیمی صادره برای دانشگاه										
شاخص اندازه گیری	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1624 486 1715 544">۰</td> <td data-bbox="40 486 1624 544">کمتر از ۲۵٪ مجوزها استفاده شده است</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1624 544 1715 601">۲۵</td> <td data-bbox="40 544 1624 601">۲۵٪ تا ۴۹٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1624 601 1715 679">۵۰</td> <td data-bbox="40 601 1624 679">۵۰٪ تا ۷۴٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1624 679 1715 736">۷۵</td> <td data-bbox="40 679 1624 736">۷۵٪ تا ۹۰٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1624 736 1715 796">۱۰۰</td> <td data-bbox="40 736 1624 796">بیش از ۹۰٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است</td> </tr> </table>	۰	کمتر از ۲۵٪ مجوزها استفاده شده است	۲۵	۲۵٪ تا ۴۹٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است	۵۰	۵۰٪ تا ۷۴٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است	۷۵	۷۵٪ تا ۹۰٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است	۱۰۰	بیش از ۹۰٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است
۰	کمتر از ۲۵٪ مجوزها استفاده شده است										
۲۵	۲۵٪ تا ۴۹٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است										
۵۰	۵۰٪ تا ۷۴٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است										
۷۵	۷۵٪ تا ۹۰٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است										
۱۰۰	بیش از ۹۰٪ مجوزها استفاده شده است با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است										
استاندارد (مطلوبیت)	بیش از ۹۰٪ مجوزها با حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی استفاده شده است										
مستندات و نحوه بررسی	تعداد پزشکان مقیم به استناد برنامه های بیمارستانی و راستی آزمایی آنها کل بیمارستانهای دانشگاهی به عنوان نمونه بررسی و مقایسه آن با تعداد مجوز های صادره جهت بکارگیری پزشک مقیم										
مکان ارزیابی	معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و بیمارستان + اطلاعات ستاد چک اتفاقی حضور پزشکان در زمان مقیمی										
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی (out come)										
وزن	۴										
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی										

## عنوان برنامه : حمایت دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی

عامل: مدیریت منابع	شاخص
ملاک: دسترسی به پزشک متخصص	
نشانگر: مدت یا تعداد بیماران تعیین تکلیف و ارائه خدمات به بیماران اورژانسی به واسطه حضور پزشکان مقیم در دی ماه سال جاری نسبت به دی ماه سال گذشته	شماره ۲
بدون تغییر در درصد شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیماران بخش اورژانس در یک سال گذشته و یا عدم محاسبه شاخص	۰
تا ۵٪ کاهش در درصد شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیماران بخش اورژانس در یک سال گذشته	۲۵
تا ۱۰٪ کاهش در درصد شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیماران بخش اورژانس نسبت به یکماه قبل از برنامه مقیمی	۵۰
تا ۱۵٪ کاهش در درصد شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیماران بخش اورژانس در یک سال گذشته	۷۵
تا ۲۰٪ کاهش در درصد شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیماران بخش اورژانس در یک سال گذشته	۱۰۰
تا ۲۰٪ کاهش در درصد شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیماران بخش اورژانس در یک سال گذشته	استاندارد (مطلوبیت)
شاخص های ملی گزارش شده در his در موضوع تعیین تکلیف بیماران اورژانس و مقایسه آن با ماه مشابه در سال قبل بررسی ۱۰ پرونده مرتبط با تخصص پزشکان مقیم جهت ثبت مداخله متخصصین مقیم در ارائه خدمات اورژانس و ویزیت قبل از ترخیص	مستندات و نحوه بررسی
واحد آمار و مدارک پزشکی و معاونت درمان دانشگاه بررسی مستندات برنامه بهبود کیفیت و ریشه یابی علل و نیز صورت جلسات کمیته تعیین تکلیف اورژانس و بهبود کیفیت	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۵	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل



## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی

شاخص شماره	عامل : مدیریت منابع	
۱۳الف	ملاک: توزیع و بکارگیری	
نشانگر: استقرار پزشکان متخصص مقیم متناسب با انتظارات دستورالعمل در بیمارستان ها در بیمارستان های تروما		
شاخص اندازه گیری	۰	عدم حضور متخصصین متناسب با دستورالعمل
	۲۵	حضور حداقل یک متخصص ارتوپدی بصورت مقیم و متخصص بیهوشی مقیم به غیر از مقیم بخش های ویژه در مراکز تروما برای مراکز تروما و یا مقیم بودن متخصصی گروه های داخلی در بیمارستان های غیر تروما طبق دستورالعمل
	۵۰	حضور حداقل یک متخصص ارتوپدی بصورت مقیم و متخصص بیهوشی مقیم به غیر از مقیم بخش های ویژه در مراکز تروما، و حضور متخصص جراحی اعصاب در مرکز ترومای ریفرال دانشگاه
	۷۵	حضور حداقل یک متخصص ارتوپدی بصورت مقیم و متخصص بیهوشی مقیم به غیر از مقیم بخش های ویژه در مراکز تروما، و حضور متخصص جراحی اعصاب همچنین فوق تخصص جراحی عروق و یا وجود فرآیند تعریف شده ارجاع به قطب در مرکز ترومای ریفرال دانشگاه
	۱۰۰	حضور حداقل یک متخصص ارتوپدی بصورت مقیم و متخصص بیهوشی مقیم به غیر از مقیم بخش های ویژه در مراکز تروما، و حضور متخصص جراحی اعصاب همچنین فوق تخصص جراحی عروق و یا وجود فرآیند تعریف شده ارجاع به قطب در مرکز ترومای ریفرال دانشگاه و حضور مقیمی متخصص طب اورژانس در مراکز که حداقل سه متخصص طب اورژانس فعال دارند.
استاندارد (مطلوبیت)	حضور حداقل یک متخصص ارتوپدی بصورت مقیم و متخصص بیهوشی مقیم به غیر از مقیم بخش های ویژه در مراکز تروما، و حضور متخصص جراحی اعصاب همچنین فوق تخصص جراحی عروق و یا وجود فرآیند تعریف شده ارجاع به قطب در مرکز ترومای ریفرال دانشگاه و حضور مقیمی متخصص طب اورژانس در مراکز که حداقل سه متخصص طب اورژانس فعال دارند.	
مستندات و نحوه بررسی	تعداد پزشکان مقیم به استناد برنامه های بیمارستانی و راستی آزمایی آنها در کل بیمارستانهای دانشگاهی به عنوان نمونه بررسی و مقایسه آن با تعداد مجوز های صادره جهت بکارگیری پزشک مقیم	
مکان ارزیابی	معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و بیمارستان + اطلاعات ستاد	
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی (out come)	
وزن	۳	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی	

## عنوان برنامه : دستورالعمل حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی

عامل : مدیریت منابع	شاخص شماره ب۳	
ملاک: توزیع و بکارگیری		
نشانگر: استقرار پزشکان متخصص مقیم متناسب با انتظارات دستورالعمل در بیمارستان های تک تخصصی و غیر تروما (تک تخصصی و غیر جراحی و داخلی ، روان ، زنان )		
عدم حضور متخصصین متناسب با دستورالعمل	۰	شاخص اندازه گیری
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۱۰ روز ماه	۲۵	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۱۵ روز ماه	۵۰	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۲۰ روز ماه	۷۵	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۳۰ روز ماه	۱۰۰	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۳۰ روز ماه		استاندارد (مطلوبیت)
تعداد پزشکان مقیم به استناد برنامه های بیمارستانی و راستی آزمایی آنها در کل بیمارستانهای دانشگاهی به عنوان نمونه بررسی و مقایسه آن با تعداد مجوز های صادره جهت بکارگیری پزشک مقیم ابزار ارزیابی برنامه های بیمارستانی و بررسی پرونده ها بصورت گذشته نگر حداقل به تعداد 10 پرونده		مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و بیمارستان + اطلاعات ستاد		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
۳		وزن
مقایسه ی بین گروهی		شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی

شاخص شماره  ۴	<b>عامل : کنترل و نظارت</b>	
	<b>ملاک: پرداخت مبتنی بر عملکرد</b>	
	<b>نشانگر : نحوه پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان مقیم در بیمارستان های دانشگاهی</b>	
شاخص اندازه گیری	۰	عدم نظارت یا عدم تاثیر بر عملکرد بر میزان پرداخت به پزشکان مشمول برنامه
	۲۵	پرداخت ۸۰٪ مبلغ به پزشکیانی که امتیاز ۶۰ تا ۷۹ در مجموع امتیاز اخذ شده از، رئیس بیمارستان و معاونت درمان یا مدیر شبکه کسب کرده اند
	۵۰	پرداخت ۸۰٪ مبلغ به پزشکیانی که امتیاز ۶۰ تا ۷۹ در مجموع امتیاز اخذ شده از، رئیس بیمارستان و معاونت درمان یا مدیر شبکه کسب کرده اند و پرداخت ۶۰٪ برای امتیاز پایین تر از ۶۰
	۷۵	پرداخت ۸۰٪ مبلغ به پزشکیانی که امتیاز ۶۰ تا ۷۹ در مجموع امتیاز اخذ شده از، رئیس بیمارستان و معاونت درمان یا مدیر شبکه کسب کرده اند و پرداخت ۶۰٪ برای امتیاز پایین تر از ۶۰ و پرداخت ۱/۳ بیشتر به شیفت های مقیمی ایام تعطیل
	۱۰۰	پرداخت ۸۰٪ مبلغ به پزشکیانی که امتیاز ۶۰ تا ۷۹ در مجموع امتیاز اخذ شده از، رئیس بیمارستان و معاونت درمان یا مدیر شبکه کسب کرده اند و پرداخت ۶۰٪ برای امتیاز پایین تر از ۶۰ و پرداخت ۱/۳ بیشتر به شیفت های مقیمی ایام تعطیل و اعمال مدیریت پرداخت بر اساس محرومیت منطقه با نظر رئیس دانشگاه بصورت متعادل در افزایش یا کاهش مبلغ پایه
استاندارد (مطلوبیت)	پرداخت ۸۰٪ مبلغ به پزشکیانی که امتیاز ۶۰ تا ۷۹ در مجموع امتیاز اخذ شده از، رئیس بیمارستان و معاونت درمان یا مدیر شبکه کسب کرده اند و پرداخت ۶۰٪ برای امتیاز پایین تر از ۶۰ و پرداخت ۱/۳ بیشتر به شیفت های مقیمی ایام تعطیل و اعمال مدیریت پرداخت بر اساس محرومیت منطقه با نظر رئیس دانشگاه بصورت متعادل در افزایش یا کاهش مبلغ پایه	
مستندات و نحوه بررسی	بررسی سوابق رضایت سنجی های انجام شده توسط معاونت درمان از روسای بیمارستان و روسای شبکه در مورد عملکرد مقیم و بررسی میزان پرداختی به این پزشکان طبق اسناد مالی بیمارستان و ستاد دانشگاه .	
مکان ارزیابی	معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و امور مالی بیمارستان و ستاد دانشگاه ( در صورت نیاز )	
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )	
وزن	۲	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی	

## عنوان برنامه : دستورالعمل حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی

عامل : مدیریت منابع	<b>شاخص</b>
ملاک: رعایت دستورالعمل ها و ضوابط	
نشانیگر : پرداخت به موقع و بر اساس دستورالعمل به پزشکان مقیم پس از دریافت تخصیص ها از وزارت متبوع	<b>شماره ۵</b>
پرداخت با تاخیر بیش از سه ماه به پزشکان پس از دریافت تخصیص از وزارت متبوع و دانشگاه مربوطه و یا عدم رعایت دستورالعمل نحوه پرداخت از سوی بیمارستان	۰
پرداخت با تاخیر بیش از دو ماه به پزشکان پس از دریافت تخصیص از وزارت متبوع و طبق دستورالعمل	۲۵
پرداخت با تاخیر دو ماه به پزشکان پس از دریافت تخصیص از وزارت متبوع و طبق دستورالعمل	۵۰
پرداخت با تاخیر کمتر از دو ماه به پزشکان پس از دریافت تخصیص از وزارت متبوع و طبق دستورالعمل	۷۵
پرداخت ماهیانه به پزشکان پس از دریافت تخصیص از وزارت متبوع و طبق دستورالعمل	۱۰۰
پرداخت ماهیانه به پزشکان پس از دریافت تخصیص از وزارت متبوع و طبق دستورالعمل	استاندارد (مطلوبیت)
بررسی اسناد مالی ابزار ارزیابی مستندات پرداخت به پزشکان با توجه به تاریخ و زمان تخصیص منابع و مصاحبه با پزشکان متخصصین مقیم	مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه / دانشکده و دفتر رئیس امور مالی بیمارستان ها و راستی آزمایی پرداخت ها در مصاحبه با ۵ نفر از پزشکان و ۵ نفر از کارکنان	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۳	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی


<b>شاخص</b>	عامل : کنترل و نظارت	
	ملاک: رعایت دستورالعمل ها و ضوابط	
<b>شماره ۶</b>	<b>نشانگر : نحوه کنترل ورود و خروج و حضور فیزیکی پزشکان مقیم در بیمارستان ها</b>	
شاخص اندازه گیری	۰	عدم وجود سیستم کنترل ورود و خروج
	۲۵	ثبت ناقص ورود و خروج پزشکان مقیم
	۵۰	ثبت کامل ورود و خروج پزشکان مقیم و مستنداتی و اکتفا به تذکر های شفاهی
	۷۵	ثبت کامل ورود و خروج پزشکان مقیم و وجود مستنداتی مبنی بر ارائه بازخورد تذکری به عدم حضور بصورت کتبی و کسر شیفت
	۱۰۰	ثبت کامل ورود و خروج پزشکان مقیم و برخوردهای انضباطی با پزشکان برابر دستورالعمل (حذف ۲کشیک و اخطار درج در پرونده)
استاندارد (مطلوبیت)	ثبت کامل ورود و خروج پزشکان مقیم و برخوردهای انضباطی با پزشکان برابر دستورالعمل (حذف ۲کشیک و اخطار درج در پرونده)	
مستندات و نحوه بررسی	ابزار ارزیابی وجود مستندات و مکاتبات در زمینه برخورد و جایگزینی کشیک های حذف شده در برنامه بیمارستان و مستندات مکاتبات دانشگاه با بیمارستان	
مکان ارزیابی	معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و دفتر رئیس رئیس بیمارستان ها	
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )	
وزن	۲	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی	

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی

عامل : مدیریت منابع	شاخص شماره  ۷	
ملاک: توزیع و بکارگیری		
نشانگر: استقرار پزشکان متخصص مقیم طب اورژانس در بیمارستان های مورد شمول ( حضور بیش از ۳ متخصص طب اورژانس فعال )		
عدم حضور متخصصین متناسب با دستورالعمل	۰	شاخص اندازه گیری
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۱۰ روز ماه	۲۵	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۱۵ روز ماه	۵۰	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۲۰ روز ماه	۷۵	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۳۰ روز ماه	۱۰۰	
حضور متخصص مربوطه با پوشش ۳۰ روز ماه		استاندارد (مطلوبیت)
تعداد پزشکان مقیم به استناد برنامه های بیمارستانی و راستی آزمایی آنها در کل بیمارستانهای دانشگاهی به عنوان نمونه بررسی و مقایسه آن با تعداد مجوز های صادره جهت بکارگیری پزشک مقیم ابزار ارزیابی برنامه های بیمارستانی و بررسی پرونده ها بصورت گذشته نگر حداقل به تعداد ۱۰ پرونده		مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و بیمارستان + اطلاعات ستاد		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
۳		وزن
مقایسه ی بین گروهی ای شاخص در مراکزی که کمتر از ۳ نفر متخصص اورژانس دارند امتاز گذاری نشود!		شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دانشگاهی

عامل : مدیریت منابع	شاخص شماره ۸
ملاک: مدیریت عملکرد	
نشانگر: کیفیت عملکرد پزشکان مقیم در بیمارستان ( انجام اعمال جراحی اورژانس ، مشاوره ها ، ویزیت بیماران بدحال بستری و...)	
عدم مشارکت کافی در ارائه خدمات تخصصی به بیماران	۰
مشارکت در تعیین تکلیف بیماران اورژانس	۲۵
مشارکت در تعیین تکلیف بیماران اورژانس و انجام مشاوره های اورژانس	۵۰
مشارکت در تعیین تکلیف بیماران اورژانس و انجام مشاوره های اورژانس و ویزیت بیماران بدحال بستری	۷۵
مشارکت در تعیین تکلیف بیماران اورژانس و انجام مشاوره های اورژانس و ویزیت بیماران بدحال بستری و مشارکت در پراسیژرهای حیاتی مانند اعمال جراحی اورژانس و سایر خدمات تخصصی مورد نیاز بیماران	۱۰۰
مشارکت در تعیین تکلیف بیماران اورژانس و انجام مشاوره های اورژانس و ویزیت بیماران بدحال بستری و مشارکت در پراسیژرهای حیاتی مانند اعمال جراحی اورژانس و سایر خدمات تخصصی مورد نیاز بیماران	استاندارد (مطلوبیت)
ابزار ارزیابی برنامه های بیمارستانی و بررسی پرونده ها بصورت گذشته نگر حداقل به تعداد ۱۰ پرونده بررسی سوابق مشاوره ، ویزیت بیماران بدحال بستری و اعمال جراحی اورژانس در بیمارستان	مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان دانشگاه /دانشکده و بیمارستان + اطلاعات ستاد	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۳	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل



**شناسنامه نشانگر های ارزیابی بسته چهارم**

**دستورالعمل ارتقای کیفیت ویزیت  
در بیمارستان های دانشگاهی**



## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دانشگاهی

عامل : رضایت مندی	شاخص
ملاک: رضایت بیماران	شماره ۱
نشانگر: میزان رضایت بیماران از کیفیت ویزیت پزشکان در کلینیک های دانشگاهی	
کمتر از ۲۵٪	۰
۲۵٪ تا ۴۹٪ رضایت بماران مصاحبه شده (۱۰بیمار نمونه )	۲۵
۵۰٪ تا ۷۴٪ رضایت بماران مصاحبه شده (۱۰بیمار نمونه )	۵۰
۷۵٪ تا ۹۰٪رضایت بماران مصاحبه شده (۱۰بیمار نمونه )	۷۵
بیش از ۹۰٪ رضایت بماران مصاحبه شده (۱۰بیمار نمونه )	۱۰۰
بیش از ۹۰٪ رضایت بماران مصاحبه شده (۱۰بیمار نمونه )	استاندارد (مطلوبیت)
انجام مصاحبه با ۱۰ بیمار نمونه پس از ویزیت از کلینیک های مختلف	مستندات و نحوه بررسی
کلینیک بیمارستانی	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۵	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دانشگاهی

شاخص	عامل : بهبود کیفیت	
	ملاک: کیفیت ویزیت	
شماره ۲	نشانگر: کیفیت ویزیت پزشکان در کلینیک های بیمارستانی	
شاخص اندازه گیری	۰	عدم رعایت کیفیت ویزیت طبق دستورالعمل برنامه
	۲۵	ویزیت مستقیم توسط پزشک متخصص حسب مشاهده حداقل ۱۰ ویزیت جاری
	۵۰	ویزیت مستقیم توسط پزشک متخصص و رعایت زمان استاندارد حداکثر ۸ بیمار در ساعت حسب مشاهده حداقل ۱۰ ویزیت جاری
	۷۵	ویزیت مستقیم توسط پزشک متخصص و رعایت زمان استاندارد حداکثر ۸ بیمار در ساعت حسب مشاهده حداقل ۱۰ ویزیت جاری
	۱۰۰	ویزیت مستقیم توسط پزشک متخصص و رعایت زمان استاندارد حداکثر ۸ بیمار در ساعت حسب مشاهده حداقل ۱۰ ویزیت جاری و ثبت دقیق نتایج پاراکلینیکی و دارو های تجویز شده در تمامی پرونده بیماران سرپایی
استاندارد (مطلوبیت)	ویزیت مستقیم توسط پزشک متخصص و رعایت زمان استاندارد حداکثر ۸ بیمار در ساعت حسب مشاهده حداقل ۱۰ ویزیت جاری و ثبت دقیق نتایج پاراکلینیکی و دارو های تجویز شده در تمامی پرونده بیماران سرپایی	
مستندات و نحوه بررسی	۱- مشاهده حداقل ۱۰ ویزیت جاری ۲- مشاهده ۱۰ مورد پرونده بیماران سرپایی کلینیک ۳- محاسبه زمان ویزیت حداقل ۲ بیمار بصورت نامحسوسو	
مکان ارزیابی	کلینیک بیمارستانی	
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process)	
وزن	۵	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی	

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دانشگاهی

	عامل: نظارت و کنترل	شاخص
	ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل	شماره ۳
	نشانگر: کیفیت برنامه های نوبت دهی ویزیت بیماران در کلینیک های بیمارستانی	
	وجود ندارد و یا تحت کنترل نیست	۰
	وجود برنامه های نوبت دهی بر اساس ۸ بیمار در ساعت ویزیت و رعایت نسبی زمان ویزیت	۲۵
	وجود برنامه های نوبت دهی بر اساس ۸ بیمار در ساعت ویزیت و رعایت زمان ویزیت	۵۰
	وجود برنامه های نوبت دهی بر اساس ۸ بیمار در ساعت ویزیت و رعایت زمان ویزیت علاوه انجام پایش رعایت زمان ویزیت	۷۵
	وجود برنامه های نوبت دهی بر اساس ۸ بیمار در ساعت ویزیت و رعایت زمان ویزیت علاوه انجام پایش رعایت زمان ویزیت و ارائه بازخورد به پزشکان	۱۰۰
	وجود برنامه های نوبت دهی بر اساس ۸ بیمار در ساعت ویزیت و رعایت زمان ویزیت علاوه انجام پایش رعایت زمان ویزیت و ارائه بازخورد به پزشکان	استاندارد (مطلوبیت)
	بررسی سامانه های نرم افزاری یا کاغذی نوبت دهی و مشاهده برنامه ریزی و رعایت زمان بندی ۸ ویزیت در ساعت توسط هر پزشک ۲- مشاهده نتایج پایش هر کلینیک و هر پزشک در رعایت زمان ویزیت و مستندات ارائه بازخورد به پزشکانی که رعایت نمی کنند!	مستندات و نحوه بررسی
	کلینیک بیمارستانی	مکان ارزیابی
	عمومی ، فرآیندی (process)	نوع شاخص
	۴	وزن
	مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دانشگاهی

	عامل: مدیریت منابع	شاخص
	ملاک: اخذ مشارکت	
نشانگر: درصد پزشکان تمام وقت جذب شده در طرح ارتقای ویزیت با عقد قرارداد های بیمارستانی		شماره ۴
کمتر از ۲۵٪ پزشکان تمام وقت	۰	شاخص اندازه گیری
۲۵٪ تا ۴۹٪ پزشکان تمام وقت	۲۵	
۵۰٪ تا ۷۴٪ پزشکان تمام وقت	۵۰	
۷۵٪ تا ۹۰٪ پزشکان تمام وقت	۷۵	
بیش از ۹۰٪ پزشکان تمام وقت	۱۰۰	
بیش از ۹۰٪ پزشکان تمام وقت در طرح ارتقای ویزیت با عقد قرارداد جذب شده اند		استاندارد (مطلوبیت)
۱- فهرست و تعداد پزشکان تمام وقت ۲- مشاهده تعداد قرارداد های ورود به طرح ارتقای ویزیت پزشکان تمام وقت ۳- محاسبه درصد پزشکان تمام وقت جذب شده به برنامه ارتقای ویزیت با عقد قرارداد		مستندات و نحوه بررسی
کلینیک بیمارستانی		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی Out come		نوع شاخص
۴		وزن
مقایسه ی بین گروهی		شیوه تحلیل

# عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دانشگاهی

عامل : مدیریت منابع		شاخص شماره ۵
ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل		
نشانگر : پرداخت به موقع و بر اساس دستورالعمل به پزشکان در برنامه ارتقای ویزیت		
۰	پرداخت با تاخیر بیش از دو ماه	شاخص اندازه گیری
۲۵	پرداخت با تاخیر یک و نیم تا دو ماه	
۵۰	پرداخت با تاخیر یک تا یک و نیم ماه	
۷۵	پرداخت با تاخیر یک ماه	
۱۰۰	پرداخت ماهیانه به پزشکان در پایان ماه	
پرداخت ماهیانه به پزشکان در پایان هر ماه کاری		استاندارد (مطلوبیت)
بررسی اسناد مالی بیمارستان و دانشگاه		مستندات و نحوه بررسی
امور مالی بیمارستان و دانشگاه		مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی process		نوع شاخص
۳		وزن
مقایسه ی بین گروهی		شیوه تحلیل

# عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دانشگاهی

عامل : مدیریت کیفیت		شاخص شماره  ۶
ملاک: توسعه بهرویی و گسترش فضای فیزیکی		
نشانگر : میزان بهبود و توسعه کلینیک های بیمارستانی		
عدم فعالیت کلینیک عصر بیمارستان	۰	شاخص اندازه گیری
فعالیت حداقل ۲۵٪ از درمانگاه ها در شیفت عصر	۲۵	
فعالیت حداقل ۵۰٪ از درمانگاه ها در شیفت عصر	۵۰	
فعالیت حداقل ۷۵٪ از درمانگاه ها در شیفت عصر	۷۵	
فعالیت ۱۰۰٪ از درمانگاه ها در شیفت عصر و توسعه فیزیکی و مساحتی کلینیک های ویژه دانشگاه	۱۰۰	
فعالیت ۱۰۰٪ از درمانگاه ها در شیفت عصر و توسعه فیزیکی و مساحتی کلینیک های ویژه دانشگاه		استاندارد (مطلوبیت)
تقویم فعالیت کلینیک های صبح و عصر بیمارستان بازدید از میزان فعالیت کلینیک های عصر در مقایسه با کل کلینیک های فعال بیمارستان بازدید از کلینیک های تازه تاسیس		مستندات و نحوه بررسی
کلینیک های بیمارستانی		مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی process		نوع شاخص
۴		وزن
مقایسه ی بین گروهی		شیوه تحلیل



**شناسنامه نشانگر های ارزیابی بسته پنجم**

**دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ  
در بیمارستان های دانشگاهی**

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

عامل : مدیریت اجرایی	شاخص شماره ۱	
ملاک: پیشرفت فیزیکی		
نشانگر : میزان پیشرفت برنامه		
عدم تدوین برنامه	۰	شاخص اندازه گیری
پیشرفت برنامه عملیاتی بیمارستان به میزان ۲۵٪ و بر اساس دستورالعمل	۲۵	
پیشرفت برنامه عملیاتی بیمارستان به میزان ۵۰٪ و بر اساس دستورالعمل	۵۰	
پیشرفت برنامه عملیاتی بیمارستان به میزان ۷۵٪ و بر اساس دستورالعمل	۷۵	
انجام ۱۰۰٪ برنامه عملیاتی و بر اساس دستورالعمل	۱۰۰	
انجام ۱۰۰٪ برنامه عملیاتی و بر اساس دستورالعمل		استاندارد (مطلوبیت)
بررسی برنامه عملیاتی و جدول گانت و تطابق آن با دستورالعمل		مستندات و نحوه بررسی
مدیریت بیمارستان		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی Out come		نوع شاخص
	۴	وزن
مقایسه ی بین گروهی		شیوه تحلیل



## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

عامل : مدیریت اجرایی	شاخص شماره ۲
ملاک: پیشرفت مالی	
نشانگر : نسبت میزان تعهدات ایجاد شده به میزان تخصیص داده شده	
عدم عقد قرارداد بر اساس دستورالعمل و برنامه عملیاتی	۰
عقد قرارداد بر اساس دستورالعمل و برنامه عملیاتی و تناسب مبلغ اختصاص داده شده به میزان ۲۵٪	۲۵
عقد قرارداد بر اساس دستورالعمل و برنامه عملیاتی و تناسب مبلغ اختصاص داده شده به میزان ۵۰٪	۵۰
عقد قرارداد بر اساس دستورالعمل و برنامه عملیاتی و تناسب مبلغ اختصاص داده شده به میزان ۷۵٪	۷۵
عقد قرارداد بر اساس دستورالعمل و برنامه عملیاتی و تناسب مبلغ اختصاص داده شده به میزان ۱۰۰٪	۱۰۰
عقد قرارداد بر اساس دستورالعمل و برنامه عملیاتی و تناسب مبلغ اختصاص داده شده به میزان ۱۰۰٪	
استاندارد (مطلوبیت)	
بررسی قراردادهای منعقد شده بر اساس برنامه عملیاتی و تناسب مبلغ اختصاص داده شده را با عقد قراردادهای و تطابق آن با دستورالعمل	
مستندات و نحوه بررسی	
مدیریت مالی بیمارستان	
مکان ارزیابی	
نوع شاخص عمومی ، فرآیندی ( process )	
وزن ۲	
شیوه تحلیل مقایسه ی بین گروهی	

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

عامل : ارتقاء کیفی خدمات	شاخص
ملاک: تجهیزات رفاهی	شماره ۳
نشانگر : استقرار تجهیزات تعهد شده در طرح هتلینگ در کل بیمارستان بر طبق سایت نظام تحول	
عدم استقرار تجهیزات تعهد شده در طرح هتلینگ در کل بیمارستان بر طبق سایت نظام تحول	۰
استقرار تجهیزات تعهد شده در طرح هتلینگ در کل بیمارستان بر طبق سایت نظام تحول به میزان ۲۵٪	۲۵
استقرار تجهیزات تعهد شده در طرح هتلینگ در کل بیمارستان بر طبق سایت نظام تحول به میزان ۵۰٪	۵۰
استقرار تجهیزات تعهد شده در طرح هتلینگ در کل بیمارستان بر طبق سایت نظام تحول به میزان ۷۵٪	۷۵
استقرار تجهیزات تعهد شده در طرح هتلینگ در کل بیمارستان بر طبق سایت نظام تحول به میزان ۱۰۰٪	۱۰۰
استقرار ۱۰۰٪ تجهیزات تعهد شده در طرح هتلینگ در کل بیمارستان بر طبق سایت نظام تحول به میزان	
استاندارد (مطلوبیت)	
تحویل لیست کلی اقلام تحویلی در طرح هتلینگ ( تخت ، برانکارد، یخچال ، تلویزیون، میز و پایه تخت و ..... ) و بررسی استقرار آنها در محل های از پیش تعیین شده بیمارستان	
مستندات و نحوه بررسی	
بیمارستان	
مکان ارزیابی	
عمومی ، عملکردی Out come	
نوع شاخص	
*	
وزن	
مقایسه ی بین گروهی	
شیوه تحلیل	

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

عامل : ارتقاء کیفی خدمات	شاخص
ملاک: بکارگیری نیروی پرستاری	
نشانگر : میزان پیشرفت برنامه بکارگیری نیروی پرستاری	شماره ۴
نیازسنجی و اقدامی جهت جذب نیرو انجام نگردیده است	۰
برگزاری آزمون	۲۵
برگزاری آزمون و عقد قرارداد با کادر پرستاران	۵۰
برگزاری آزمون و عقد قرارداد با کادر پرستاران و بکارگیری نیروهای کادر پرستاری در بخش	۷۵
برگزاری آزمون و عقد قرارداد با کادر پرستاران و بکارگیری نیروهای کادر پرستاری در بخش و پرداخت به موقع	۱۰۰
برگزاری آزمون و عقد قرارداد با کادر پرستاران و بکارگیری نیروهای کادر پرستاری در بخش و پرداخت به موقع	استاندارد (مطلوبیت)
بررسی مستندات نیازسنجی، جذب، بکارگیری و پرداخت به موقع به نیروهای کادر پرستاری (حداقل از ۳ پرستار در بخشهای مختلف بصورت راندم پرسشگری صورت پذیرد)	مستندات و نحوه بررسی
دفتر مدیر پرستاری بیمارستان	مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی ( process )	نوع شاخص
۲	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

عامل : ارتقاء کیفی خدمات	شاخص
ملاک: رضایت مندی	
نشانیگر : رضایتمندی بیماران در برنامه هتلینگ	شماره ۵
نارضایتی کامل بیماران	۰
رضایتمندی ۲۵٪ از بیماران از نظافت و بهداشت بدون وجود غذا برای بیماران	۲۵
رضایتمندی ۵۰٪ از بیماران از نظافت و بهداشت و وجود یک مدل غذا برای بیماران	۵۰
رضایتمندی بالاتر از ۷۵٪ از بیماران از نظافت و بهداشت و وجود یک مدل غذا برای بیماران	۷۵
رضایتمندی ۱۰۰٪ بیماران از نظافت و بهداشت و وجود منوی غذای با کیفیت برای بیماران	۱۰۰
رضایتمندی ۱۰۰٪ بیماران از نظافت و بهداشت و وجود منوی غذای با کیفیت برای بیماران	استاندارد (مطلوبیت)
مصاحبه با ۳ نفر بیمار در بخش های مختلف و بررسی منو و کیفیت غذا	مستندات و نحوه بررسی
بخش های بیمارستان	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی Out come	نوع شاخص
۴	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

عامل : ارتقاء کیفی خدمات	شاخص  شماره ۶	
ملاک: رضایت مندی		
نشانیگر : رضایتمندی همراهان در برنامه هتلینگ		
نارضایتی کامل همراهان	۰	شاخص اندازه گیری
رضایتمندی ۲۵٪ از همراهان از عدم وجود امکانات لازم جهت اسکان آنها و سرو به موقع غذا	۲۵	
رضایتمندی ۵۰٪ از همراهان از عدم وجود امکانات لازم جهت اسکان آنها	۵۰	
رضایتمندی بالاتر از ۷۵٪ همراهان از وجود امکانات لازم جهت اسکان آنها و بدون سرو به موقع غذا	۷۵	
رضایتمندی ۱۰۰٪ همراهان، وجود امکانات لازم جهت اسکان آنها و سرو به موقع غذای با کیفیت برای همراهان	۱۰۰	
رضایتمندی ۱۰۰٪ همراهان، وجود امکانات لازم جهت اسکان آنها و سرو به موقع غذای با کیفیت برای همراهان		استاندارد (مطلوبیت)
مصاحبه با ۳ نفر از همراه بیماران در بخش های مختلف و بررسی تجهیزات و کیفیت غذا		مستندات و نحوه بررسی
بخش های بیمارستان		مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی ( process )		نوع شاخص
۳		وزن
مقایسه ی بین گروهی		شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

شاخص	عامل : ارتقاء کیفی خدمات	
شماره ۷	ملاک: برنامه ریزی و بهبود	
شاخص اندازه گیری	۰	نامناسب
	۲۵	ضعیف
	۵۰	متوسط
	۷۵	خوب
	۱۰۰	عالی
استاندارد (مطلوبیت)	عالی : استفاده از مصالح مناسب ، همخوان و، با دوام و مناسب فضا هاهی بیمارستانی با رعایت سلیقه و هارمونی در کاربرد مصالح همخوان و هم خانواده به نحوی که ضمن استحکام و دوام چشم نواز هم باشد.	
مستندات و نحوه بررسی	مشاهده پروژه های در حال انجام و پایان یافته	
مکان ارزیابی	Out come عمومی ، عملکردی	
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )	
وزن	۳	
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی	

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

		عامل : ارتقاء کیفی خدمات		
		ملاک: برنامه ریزی و بهبود	شاخص	
		نشانگر: کیفیت بازسازی و تغییرات ساختاری در محیط بیمارستان از نظر رعایت اصول ومصالح و متریال های بکار رفته	شماره ۷	
	نامناسب	۰	شاخص اندازه گیری	
	ضعیف	۲۵		
	متوسط	۵۰		
	خوب	۷۵		
	عالی	۱۰۰		
	عالی : استفاده از مصالح مناسب ، همخوان و، با دوام و مناسب فضا هاهی بیمارستانی با رعایت سلیقه و هارمونی در کاربرد مصالح همخوان و هم خانواده به نحوی که ضمن استحکام و دوام چشم نواز هم باشد.			استاندارد (مطلوبیت)
	مشاهده پروژه های در حال انجام و پایان یافته			مستندات و نحوه بررسی
	Out come عمومی ، عملکردی			مکان ارزیابی
	عمومی ، فرآیندی ( process )			نوع شاخص
	۳			وزن
	مقایسه ی بین گروهی			شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانهای دولتی

عامل : ارتقاء کیفی خدمات	شاخص
ملاک: برنامه ریزی و بهبود	شماره ۹
نشانگر :کیفیت غذای سرو شده جهت بیماران و همراهان	
نامناسب	۰
ضعیف	۲۵
متوسط	۵۰
خوب	۷۵
عالی	۱۰۰
پخت مناسب و بهداشتی ، مواد اولیه قابل قبول ، سرو غذای گرم در بخش و توزیع غذا با وارمر و در ظروف بهداشتی غیر پلاستیکی ، طعم و ظاهر مناسب غذا همچنین مقدار کافی و تنوع برنامه غذایی	استاندارد (مطلوبیت)
مشاهده پروژه های در حال انجام و پایان یافته	مستندات و نحوه بررسی
Out come عمومی ، عملکردی	مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی ( process )	نوع شاخص
۳	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل





**شناسنامه نشانگر های ارزیابی بسته هفتم**

**دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در  
بیمارستان های دانشگاهی**

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

	عامل : بهبود و توسعه	شاخص  شماره ۱	
	ملاک: ارتقای کیفی		
	نشانگر : میزان کاهش سزارین در سطح بیمارستان های دانشگاهی		
	عدم کاهش سزارین پس از نه ماه	۰	شاخص اندازه گیری
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۲/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۲۵	
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۵ درصد پایه پس از نه ماه	۵۰	
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۷۵	
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان	۱۰۰	
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان		استاندارد (مطلوبیت)
	کسب آمار کل زایمان و درصد سزارین نه ماهه بیمارستان و مقایسه با درصد سزارین با میزان مورد انتظار ثبت شده در فایل دانشگاه به تفکیک جهت راستی آزمایی ثبت اطلاعات ایمان، در بلوک زایمان سامانه ایمان باز می شود، از قسمت تاریخ تولد یک تاریخ انتخاب شده، سپس تعداد زایمان های انجام شده در آن روز نمایش داده می شود، آنگاه از قسمت کد ملی یکی از کدها انتخاب می شود، به دنبال این کار شماره پرونده و نوع زایمان در صفحه نمایش داده می شود. با مشاهده اصل پرونده و مقایسه نحوه زایمان (طبیعی یا سزارین) ثبت شده در پرونده و سامانه، راستی آزمایی انجام می گردد. در صورتی که حتی یک مورد از چهار مورد عدم تطابق جود داشته باشد نمره ۱۰۰ احراز نمی گردد.		مستندات و نحوه بررسی
	ستاد وزارت بهداشت بخش مدارک پزشکی بیمارستان		مکان ارزیابی
	عمومی ، عملکردی ( output )		نوع شاخص
	۵		وزن
	مقایسه ی بین گروهی ۳۰ دقیقه		شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

شاخص شماره	عامل : مدیریت اطلاعات	
۲	ملاک: جمع آوری اطلاعات	
	*نشانگر : ثبت در سامانه ایمان	
شاخص اندازه گیری	۰	اطلاعات کمتر از ۵۰ درصد زایمان ها(زایمان طبیعی و سزارین) در سامانه ایمان ثبت می شود یا آمار ثبت شده در سامانه با گزارش ارسالی مطابقت ندارد.
	۲۵	اطلاعات بیش از ۵۰ تا کمتر از ۶۰ درصد زایمان ها در سامانه ایمان ثبت می شود.
	۵۰	اطلاعات بیش از ۶۰ تا ۷۴ درصد زایمان ها در سامانه ایمان ثبت می شود.
	۷۵	اطلاعات بیش از ۷۵ تا کمتر از ۹۰ درصد زایمان ها در سامانه ایمان ثبت می شود.
	۱۰۰	اطلاعات بیش از ۹۰ درصد زایمان ها در سامانه ایمان ثبت می شود.
استاندارد (مطلوبیت)	مقایسه تعداد زایمان طبیعی، کل زایمان و درصد سزارین ارسالی در گزارش پایش شش ماهه برنامه و مقادیر ثبت شده در سامانه ایمان در تاریخ ۹۳/۱۱/۲۱	
مستندات و نحوه بررسی	بررسی اطلاعات ثبت شده در سامانه و تطبیق آن با آمار بیمارستان	
مکان ارزیابی	ستاد وزارت بهداشت - <b>در بازدید مورد ارزیابی قرار نمی گیرد</b>	
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی Out come	
وزن	۲	
شیوه تحلیل زمان	مقایسه ی بین گروهی (۳۰ دقیقه)	

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

	عامل : مدیریت و برنامه ریزی	شاخص شماره
	ملاک: ساماندهی	
	نشانگر : عملکرد کمیته ترویج زایمان طبیعی	۳
	اقدامی انجام نشده است.	۰
	کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار ماهیانه سزارین به تفکیک هر متخصص جمع آوری شده است.	۲۵
	کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار ماهیانه سزارین به تفکیک هر متخصص جمع آوری و تحلیل شده است.	۵۰
	کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار ماهیانه سزارین به تفکیک هر متخصص جمع آوری و تحلیل شده و به متخصصین بازخورد داده شده است.	۷۵
	کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار ماهیانه سزارین به تفکیک هر متخصص جمع آوری و تحلیل شده و به متخصصین بازخورد داده شده و جهت اصلاح وضعیت مداخله صورت گرفته است.	۱۰۰
	کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار ماهیانه سزارین به تفکیک هر متخصص جمع آوری و تحلیل شده و به متخصصین بازخورد داده شده و جهت اصلاح وضعیت مداخله صورت گرفته است.	استاندارد (مطلوبیت)
	بررسی صورتجلسات کمیته های ترویج زایمان طبیعی و مستندات آماری هر ماه / مستندات مالی پرداخت به پزشکان جهت مشاهده کسر حق الزحمه سزارین مازاد بر میزان مورد انتظار هر متخصص و واریز به صندوق ترویج زایمان طبیعی بیمارستان، شش ماه پس از اجرای طرح (میزان مورد انتظار سزارین هر متخصص کاهش به میزان ۵ درصد پایه هر متخصص می باشد، بند ۲ نامه شماره ۹۰۳۳/۴۰۰ مورخ ۲۲/۵/۹۳)	مستندات و نحوه بررسی
	دفتر ریاست بیمارستان / امور مالی	مکان ارزیابی
	عمومی ، فرآیندی ( process )	نوع شاخص
		۴
	مقایسه ی بین گروهی (۳۰ دقیقه)	وزن
		شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

عامل : بازار یابی		شاخص شماره  ۴
ملاک: خوش آیند سازی		
نشانگر : خوشایند سازی زایمان طبیعی		
۰	اقدامی انجام نشده است.	شاخص اندازه گیری
۲۵	مادر در مورد وضعیت فعلی و روند زایمانش مطلع است.	
۵۰	مادر در مورد وضعیت فعلی و روند زایمانش مطلع است و حریم خصوصی مادر رعایت می شود.	
۷۵	مادر در مورد وضعیت فعلی و روند زایمانش مطلع است، حریم خصوصی مادر رعایت می شود و مادر از نحوه برخورد کارکنان رضایت دارد.	
۱۰۰	مادر در مورد وضعیت فعلی و روند زایمانش مطلع است، حریم خصوصی مادر رعایت می شود، مادر از نحوه برخورد کارکنان رضایت دارد و امکان حضور همراه (یا مامای همراه) یا <b>one to one care</b> وجود دارد.	
مادر در مورد وضعیت فعلی و روند زایمانش مطلع است، حریم خصوصی مادر رعایت می شود، مادر از نحوه برخورد کارکنان رضایت دارد و امکان حضور همراه (یا مامای همراه) یا <b>one to one care</b> وجود دارد.		استاندارد (مطلوبیت)
مشاهده در بلوک زایمان، مصاحبه با مادران ( ۴ نفر ) در بخش زایمان و پس از زایمان		مستندات و نحوه بررسی
بخش زایمان و پس از زایمان		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی <b>Out come</b>		نوع شاخص
۴		وزن
مقایسه ی بین گروهی (۳۰ دقیقه)		شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

عامل : بازار یابی	شاخص شماره  ۵
ملاک: خوش آیند سازی	
نشانگر : استفاده از روش های کاهش درد زایمان طبیعی	
۰	عدم امکان استفاده از روش های مختلف کاهش درد زایمان طبیعی یا عدم رضایت آگاهانه مادر در زمان استفاده از هر نوع روش کاهش درد زایمان طبیعی
۲۵	برقراری امکان استفاده از یکی از روش های مختلف کاهش درد زایمان طبیعی دارویی یا غیر دارویی
۵۰	برقراری امکان استفاده از روش های مختلف کاهش درد زایمان طبیعی هم دارویی و هم غیر دارویی
۷۵	استفاده از یکی از روش های مختلف کاهش درد زایمان طبیعی دارویی یا غیر دارویی در صورت درخواست مادر و مطابق دستورالعمل کشوری
۱۰۰	استفاده از روش های مختلف کاهش درد زایمان طبیعی ( هم دارویی و هم غیر دارویی) در صورت درخواست مادر و مطابق دستورالعمل کشوری
استاندارد (مطلوبیت)	استفاده از روش های مختلف کاهش درد زایمان طبیعی ( هم دارویی و هم غیر دارویی) در صورت درخواست مادر و مطابق دستورالعمل کشوری
مستندات و نحوه بررسی	مشاهده در بلوک زایمان، مصاحبه با مادران ( ۴ نفر ) در بخش زایمان و پس از زایمان سوال در مورد این که آیا در مورد روش مورد استفاده برایشان توضیح داده شده و ایشان راضی به این کار بوده اند و مشاهده رضایت نامه کتبی در موارد بی دردی موضعی زایمان طبیعی(اسپاینال و اپیدورال)
مکان ارزیابی	بخش زایمان و پس از زایمان
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی Out come
وزن	۳
شیوه تحلیل	مقایسه ی بین گروهی (۳۰ دقیقه)

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

عامل : بازار یابی	شاخص
ملاک: خوش آیند سازی	
نشانگر : انجام زایمان فیزیولوژیک	شماره ۶
زایمان طبیعی مادران کم خطر با مداخله طبی انجام می شود.	۰
مادران کم خطر به طور روتین استیموله نمی شوند.	۲۵
مادران کم خطر به طور روتین استیموله ، شیو و انما نمی شوند.	۵۰
مادران کم خطر به طور روتین استیموله ، شیو و انما نمی شوند و در راه رفتن و انتخاب وضعیت خود در حین لیبر اختیار دارند.	۷۵
مادران کم خطر به طور روتین استیموله ، شیو و انما نمی شوند و در راه رفتن و انتخاب وضعیت خود در حین لیبر و نوشیدن مایعات اختیار دارند.	۱۰۰
مادران کم خطر به طور روتین استیموله ، شیو و انما نمی شوند و در راه رفتن و انتخاب وضعیت خود در حین لیبر و نوشیدن مایعات اختیار دارند.	استاندارد (مطلوبیت)
مشاهده در بلوک زایمان، مصاحبه با چهار مادر در بخش زایمان یا پس از زایمان، بررسی پرونده در بخش زایمان و پس از زایمان	مستندات و نحوه بررسی
بخش زایمان و پس از زایمان	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۴	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

عامل : بهبود و توسعه	شاخص
ملاک: ارتقای کیفی	شماره ۷
نشانگر : توانمند سازی مادران باردار از طریق برگزاری کلاس های آمادگی برای زایمان	اندازه گیری
۰ اقدامی انجام نشده است.	۰
کلاس ها مطابق برنامه و با رعایت یک مورد از چهار استاندارد تشکیل می شود.	۲۵
کلاس ها مطابق برنامه و با رعایت دو مورد از چهار استاندارد تشکیل می شود.	۵۰
کلاس ها مطابق برنامه و با رعایت سه مورد از چهار استاندارد تشکیل می شود.	۷۵
کلاس ها مطابق برنامه و با رعایت هر چهار استاندارد تشکیل می شود.	۱۰۰
کلاس ها مطابق برنامه و با رعایت هر چهار استاندارد تشکیل می شود.	استاندارد (مطلوبیت)
مشاهده برنامه مدون، مشاهده صورتجلسات هر دوره و فضای فیزیکی و تجهیزات کلاس آمادگی برای زایمان بیمارستان - چهار استاندارد برگزاری کلاس های آمادگی برای زایمان بر اساس نامه وزیر بهداشت به شماره ۱۸۶۵۶۸ مورخ ۱/۵/۸۸ عبارتند از: 1. کلاس ها از هفته ۲۰ تا ۳۷ بارداری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برگزار میگردد. 2. وسایل آموزشی در این کلاس ها شامل کتب آموزشی، فیلم آموزشی امکان پخش صوتی تصویری، پوستر، مولاژ و ... موجود می باشد. 3. فضای آموزشی مناسب شامل ۴ متر مربع به ازای هر مادر و همراه وی می باشد. 4. به طور استاندارد ۵-۱۰ مادر باردار به همراه يك همراه به ازای هر مادر مجاز به شرکت در کلاس می باشند.	مستندات و نحوه بررسی
کلاس آمادگی برای زایمان بیمارستان	مکان ارزیابی
عمومی ، فرآیندی ( process )	نوع شاخص
۳	وزن
مقاسه ی بین گروهی	شبه تحلیل



## عنوان برنامه : ترویج زایمان طبیعی

عامل : پرداختی بیماران		شاخص
ملاک: رعایت دستورالعمل و ضوابط		
نشانگر: رعایت دستورالعمل ها در خصوص رایگان بودن زایمان طبیعی در مراکز دولتی		شماره ۸
پرداخت مادر جهت زایمان طبیعی در مراکز دولتی	۰	شاخص اندازه گیری
زایمان رایگان اما فرم صورت حساب غیر شفاف و غیر استاندارد	۲۵	
زایمان رایگان اما فرم صورت حساب شفاف و گویا	۵۰	
زایمان رایگان و صورت حساب متحدالشکل استاندارد	۷۵	
زایمان رایگان و صورت حساب متحدالشکل استاندارد واجد گزارش صحیح ریز اقلام مصرفی	۱۰۰	
زایمان رایگان و صورت حساب متحدالشکل استاندارد واجد گزارش صحیح ریز اقلام مصرفی		استاندارد (مطلوبیت)
۱- بررسی روکش حداقل ۳ صورت حساب از مادران با زایمان طبیعی ۲- بررسی کامل ریز صورت حساب اقلام مصرفی ۳ مادر با زایمان طبیعی		مستندات و نحوه بررسی
واحد ترخیص بیمارستان		مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)		نوع شاخص
۵		وزن
مقایسه ی بین گروهی ۳۰ دقیقه		شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : ترویج زایمان طبیعی

شاخص	عامل : بهبود و توسعه
شماره ۹	ملاک: توسعه فیزیکی
	نشانگر: توسعه بلوک های زایمان متناسب با تعداد زایمان طبیعی
شاخص	۰   عدم توسعه علی رغم افزایش تعداد زایمان
اندازه	
گیری	۵۰   توسعه بلوک های زایمان به میزان بیشتر از نیاز و یا کمتر از نیاز واقعی بر اساس آمار زایمان
استاندارد (مطلوبیت)	۱۰۰   توسعه بلوک های زایمان متناسب با رشد آمار زایمان طبیعی
مستندات و نحوه بررسی	توسعه بلوک های زایمان متناسب با رشد آمار زایمان طبیعی
مکان ارزیابی	بررسی میزان رشد آمار زایمان طبیعی و تعداد بلوک های زایمان اضافه شده یا در دست احداث به نحوی که نسبت رشد آمار زایمان طبیعی بایستی با میزا ساخت بلوک های زایمان طبیعی همخوانی داشته باشد.
نوع شاخص	بلوک های زایمان بیمارستان ها و اخذ آمار از بیمارستان و راستی آزمایی آن از ستاد وسامانه ایمان
وزن	عمومی ، عملکردی (out come)
شیوه تحلیل	۳
	مقایسه ی بین گروهی

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

شاخص شماره	عامل : بهبود و توسعه	
۱۰	ملاک: ارتقای کیفی	
۰	نشانگر : توانمند سازی ارائه دهندگان خدمت	
شاخص اندازه گیری	۰	اقدامی انجام نشده است.
	۲۵	حداقل یکی از دوره های الزامی برنامه ترویج زایمان طبیعی برای برخی از ماماها و متخصصین زنان و زایمان شاغل در مراکز دولتی وابسته به دانشگاه برگزار شده است.
	۵۰	هر سه دوره الزامی برنامه ترویج زایمان طبیعی برای برخی ماماها و متخصصین زنان و زایمان شاغل در مراکز دولتی وابسته به دانشگاه برگزار شده است یا حداقل یکی از دوره های الزامی برنامه ترویج زایمان طبیعی برای کلیه ماماها و متخصصین زنان و زایمان شاغل در مراکز دولتی وابسته به دانشگاه برگزار شده است.
	۷۵	هر سه دوره الزامی برنامه ترویج زایمان طبیعی برای کلیه ماماها و متخصصین زنان و زایمان شاغل در مراکز دولتی وابسته به دانشگاه برگزار شده است.
	۱۰۰	هر سه دوره الزامی برنامه ترویج زایمان طبیعی برای کلیه ماماها و متخصصین زنان و زایمان شاغل در مراکز دولتی وابسته به دانشگاه برگزار شده است و برنامه ریزی برای آموزش ماماها و متخصصین زنان سایر مراکز نیز صورت گرفته یا آموزش داده شده اند.
استاندارد (مطلوبیت)	مستندات مربوط به برگزاری دوره ها- مصاحبه با ۱۰ نفر از کارکنان شامل ماما و متخصص زنان در حین بازدیدهای بیمارستانی)	
مستندات و نحوه بررسی	مستندات نظارت مراکز تابعه بر اساس مشاهده در بازدید بیمارستانی	
مکان ارزیابی	ستاد دانشگاه و انواع بیمارستان های تابعه دانشگاه شامل دولتی، خصوصی و ... توسط ارزیاب ارشد	
نوع شاخص	عمومی ، فرآیندی ( process )	
وزن	۴	
شیوه تحلیل زمان	مقایسه ی بین گروهی (۳۰ دقیقه)	

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

عامل : مدیریت و برنامه ریزی	شاخص شماره  ۱۱	
ملاک: ساماندهی		
نشانگر : عملکرد کمیته ترویج زایمان طبیعی دانشگاه		
اقدامی انجام نشده است.	۰	شاخص اندازه گیری
کمیته ترویج زایمان طبیعی با حضور کلیه اعضا تشکیل شده و آمار سزارین به تفکیک مراکز جمع آوری می شود.	۲۵	
کمیته ترویج زایمان طبیعی با حضور کلیه اعضا تشکیل شده و آمار سه ماهه سزارین به تفکیک مراکز جمع آوری و تحلیل می شود.	۵۰	
کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار سه ماهه سزارین به تفکیک مراکز جمع آوری و تحلیل می شود و به مراکزی که پس از پایش سه ماهه و شش ماهه به هدف نرسیده اند بازخورد داده شده است.	۷۵	
کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار سه ماهه سزارین به تفکیک مراکز جمع آوری و تحلیل می شود و به مراکزی که پس از پایش سه ماهه و شش ماهه به هدف نرسیده اند بازخورد داده شده است و در جلسه ای با حضور مسئولین مراکزی که پس از شش ماه به هدف نرسیده اند مداخلات جهت اصلاح وضعیت صورت می گیرد.	۱۰۰	
کمیته ترویج زایمان طبیعی تشکیل شده و آمار سه ماهه سزارین به تفکیک مراکز جمع آوری و تحلیل می شود و به مراکزی که پس از پایش سه ماهه و شش ماهه به هدف نرسیده اند بازخورد داده شده است و در جلسه ای با حضور مسئولین مراکزی که پس از شش ماه به هدف نرسیده اند مداخلات جهت اصلاح وضعیت صورت می گیرد.	استاندارد (مطلوبیت)	
بررسی صورتجلسات کمیته های ترویج زایمان طبیعی و مستندات آماری سه ماهه و شش ماهه و گزارشات ارسالی به وزارت بهداشت	مستندات و نحوه بررسی	
دفتر ریاست دانشگاه توسط ارزیاب ارشد ستاد وزارت بهداشت	مکان ارزیابی	
عمومی ، فرآیندی ( process )	نوع شاخص	
۵	وزن	
مقایسه ی بین گروهی (۳۰ دقیقه)	شیوه تحلیل	

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

	عامل : بازار یابی	شاخص شماره  ۱۲
	ملاک: خوش آیند سازی	
	نشانگر : فرهنگ سازی ترویج زایمان طبیعی	
	۰ اقدامی انجام نشده است.	شاخص اندازه گیری
۲۵	کمیته ترویج زایمان طبیعی با موضوع فرهنگ سازی (برگزاری کلاس های آموزشی قبل از زایمان، استفاده از ظرفیتهای سایر نهادها نظیر صدا و سیما؛ ارشاد؛ NGO و ...) تشکیل شده است.	
۵۰	کمیته ترویج زایمان طبیعی با موضوع فرهنگ سازی (برگزاری کلاس های آموزشی قبل از زایمان، استفاده از ظرفیتهای سایر نهادها نظیر صدا و سیما؛ ارشاد؛ NGO و ...) تشکیل شده و برنامه ریزی جهت فرهنگ سازی و ترویج زایمان طبیعی انجام شده است.	
۷۵	کمیته ترویج زایمان طبیعی با موضوع فرهنگ سازی (برگزاری کلاس های آموزشی قبل از زایمان، استفاده از ظرفیتهای سایر نهادها نظیر صدا و سیما؛ ارشاد؛ NGO و ...) تشکیل شده، برنامه ریزی جهت فرهنگ سازی و ترویج زایمان طبیعی انجام شده و در این زمینه اقدام اجرایی انجام شده است.	
۱۰۰	کمیته ترویج زایمان طبیعی با موضوع فرهنگ سازی (برگزاری کلاس های آموزشی قبل از زایمان، استفاده از ظرفیتهای سایر نهادها نظیر صدا و سیما؛ ارشاد؛ NGO و ...) تشکیل شده، برنامه ریزی جهت فرهنگ سازی و ترویج زایمان طبیعی انجام شده، در این زمینه اقدام اجرایی انجام شده و جلب مشارکت سایر نهادها یا رسانه ها انجام گرفته است.	
	کمیته ترویج زایمان طبیعی با موضوع فرهنگ سازی (برگزاری کلاس های آموزشی قبل از زایمان، استفاده از ظرفیتهای سایر نهادها نظیر صدا و سیما؛ ارشاد؛ NGO و ...) تشکیل شده، برنامه ریزی جهت فرهنگ سازی و ترویج زایمان طبیعی انجام شده، در این زمینه اقدام اجرایی انجام شده و جلب مشارکت سایر نهادها یا رسانه ها انجام گرفته است.	استاندارد (مطلوبیت)
	مستندات مربوط به کمیته ترویج زایمان طبیعی و اقدامات مرتبط با فرهنگ سازی	مستندات و نحوه بررسی
	ستاد دانشگاه توسط ارزیاب ارشد	مکان ارزیابی
	عمومی ، فرآیندی ( process )	نوع شاخص
۴		وزن
	مقایسه ی بین گروهی (۳۰ دقیقه)	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

	عامل : بهبود و توسعه	شاخص
	ملاک: ارتقای کیفی	
	نشانگر : میزان کاهش سزارین در بخش دولتی	شماره ۱۳
	عدم کاهش سزارین پس از نه ماه	۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۲/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۲۵
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۵ درصد پایه پس از نه ماه	۵۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۷۵
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان	۱۰۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان	استاندارد (مطلوبیت)
	کسب آمار کل زایمان و درصد سزارین نه ماهه بیمارستان و مقایسه با درصد سزارین با میزان مورد انتظار ثبت شده در فایل دانشگاه به تفکیک جهت راستی آزمایی ثبت اطلاعات ایمان، در بلوک زایمان سامانه ایمان باز می شود، از قسمت تاریخ تولد یک تاریخ انتخاب شده، سپس تعداد زایمان های انجام شده در آن روز نمایش داده می شود، آنگاه از قسمت کد ملی یکی از کدها انتخاب می شود، به دنبال این کار شماره پرونده و نوع زایمان در صفحه نمایش داده می شود. با مشاهده اصل پرونده و مقایسه نحوه زایمان (طبیعی یا سزارین) ثبت شده در پرونده و سامانه، راستی آزمایی انجام می گردد. در صورتی که حتی یک مورد از چهار مورد عدم تطابق جود داشته باشد نمره ۱۰۰ احراز نمی گردد.	مستندات و نحوه بررسی
	ستاد وزارت بهداشت ستاد دانشگاه	مکان ارزیابی
	عمومی ، عملکردی ( output )	نوع شاخص
	۴	وزن
	مقایسه ی بین گروهی ۳۰ دقیقه	شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

	عامل : بهبود و توسعه	شاخص
	ملاک: ارتقای کیفی	
	نشانگر : میزان کاهش سزارین در بخش خصوصی	شماره ۱۴
	عدم کاهش سزارین پس از نه ماه	۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۲/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۲۵
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۵ درصد پایه پس از نه ماه	۵۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۷۵
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان	۱۰۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان	استاندارد (مطلوبیت)
	کسب آمار کل زایمان و درصد سزارین نه ماهه بیمارستان و مقایسه با درصد سزارین با میزان مورد انتظار ثبت شده در فایل دانشگاه به تفکیک	مستندات و نحوه بررسی
	جهت راستی آزمایی ثبت اطلاعات ایمان، در بلوک زایمان سامانه ایمان باز می شود، از قسمت تاریخ تولد یک تاریخ انتخاب شده، سپس تعداد زایمان های انجام شده در آن روز نمایش داده می شود، آنگاه از قسمت کد ملی یکی از کدها انتخاب می شود، به دنبال این کار شماره پرونده و نوع زایمان در صفحه نمایش داده می شود. با مشاهده اصل پرونده و مقایسه نحوه زایمان (طبیعی یا سزارین) ثبت شده در پرونده و سامانه، راستی آزمایی انجام می گردد. در صورتی که حتی یک مورد از چهار مورد عدم تطابق جود داشته باشد نمره ۱۰۰ احراز نمی گردد.	
	ستاد وزارت بهداشت ستاد دانشگاه	مکان ارزیابی
	عمومی ، عملکردی ( output )	نوع شاخص
		۴
	مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل
	۳۰ دقیقه	زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانهای دولتی

	عامل : بهبود و توسعه	شاخص
	ملاک: ارتقای کیفی	
	نشانگر : میزان کاهش سزارین کلی در بخش های خصوصی و دولتی	
		شماره ۱۵
	عدم کاهش سزارین پس از نه ماه	۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۲/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۲۵
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۵ درصد پایه پس از نه ماه	۵۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه	۷۵
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان	۱۰۰
	کاهش سزارین حداقل به میزان ۷/۵ درصد پایه پس از نه ماه، همچنین راستی آزمایی تطابق ثبت سامانه با ۴ مورد پرونده انتخابی گذشته نگر از موارد زایمان طبیعی ثبت شده در سامانه ایمان	استاندارد (مطلوبیت)
	کسب آمار کل زایمان و درصد سزارین نه ماهه بیمارستان و مقایسه با درصد سزارین با میزان مورد انتظار ثبت شده در فایل دانشگاه به تفکیک	مستندات و نحوه بررسی
	جهت راستی آزمایی ثبت اطلاعات ایمان، در بلوک زایمان سامانه ایمان باز می شود، از قسمت تاریخ تولد یک تاریخ انتخاب شده، سپس تعداد زایمان های انجام شده در آن روز نمایش داده می شود، آنگاه از قسمت کد ملی یکی از کدها انتخاب می شود، به دنبال این کار شماره پرونده و نوع زایمان در صفحه نمایش داده می شود. با مشاهده اصل پرونده و مقایسه نحوه زایمان (طبیعی یا سزارین) ثبت شده در پرونده و سامانه، راستی آزمایی انجام می گردد. در صورتی که حتی یک مورد از چهار مورد عدم تطابق جود داشته باشد نمره ۱۰۰ احراز نمی گردد.	
	ستاد وزارت بهداشت ستاد دانشگاه	مکان ارزیابی
	عمومی ، عملکردی ( output )	نوع شاخص
	۵	وزن
	مقایسه ی بین گروهی ۳۰ دقیقه	شیوه تحلیل زمان





**شناسنامه نشانگر های ارزیابی**

**دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و**

**رعایت تعرفه های خدمات سلامت**



## عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

عامل : نظارت و کنترل	شاخص
ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل	
نشانگر : میزان انطباق کدهای HIS بیمارستان ها با کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت	شماره ۱
هیچ اقدامی جهت بارگذاری کدهای جدید انجام نگردیده است.	۰
صرفا کدهای بستری بدون تفکیک جزء فنی و حرفه ای بارگذاری گردیده است.	۲۵
کلیه کدهای بستری و سرپایی بدون تفکیک جزء فنی و حرفه ای بارگذاری شده است.	۵۰
صرفا کدهای بستری با تفکیک جزء فنی و حرفه ای بارگذاری گردیده است.	۷۵
کلیه کدهای بستری و سرپایی بارگذاری شده است. تفکیک جزء فنی و حرفه ای نیز انجام شده است.	۱۰۰
۱۰۰٪ کدهای بستری و سرپایی بر اساس کتاب ارزش نسبی با تفکیک جزء فنی و حرفه ای در سیستم HIS بارگذاری شده است.	استاندارد (مطلوبیت)
بررسی کدهای کتاب ارزش نسبی در سیستم HIS و انطباق آنها با کتاب و لحاظ شدن کامل جزء فنی و حرفه ای	مستندات و نحوه بررسی
واحد IT بیمارستان	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۴	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

	عامل : کنترل و نظارت	شاخص
	ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل	
	نشانگر : رعایت دستورالعمل ها در خصوص میزان اعمال درصدها و کدهای تعدیلی	شماره ۲
۰	هیچ اقدامی جهت آموزش و بارگذاری کدهای تعدیلی و اعمال صحیح درصدها (خدمات پرستاری؛ اتاق عمل و ...) انجام نگردیده است.	شاخص اندازه گیری
۲۵	بارگذاری کدهای تعدیلی انجام گردیده و هیچ اقدامی جهت آموزش پرسنل در گیر فرایند و اعمال درصدها صورت نپذیرفته است.	
۵۰	بارگذاری کدهای تعدیلی و درصدها انجام گردیده و هیچ اقدامی جهت آموزش پرسنل در گیر فرایند صورت نپذیرفته است.	
۷۵	بارگذاری کدهای تعدیلی، درصدها و آموزش پرسنل در گیر فرایند انجام گردیده است. اما اعمال کدهای تعدیلی و درصدها صحیح انجام نمی شود.	
۱۰۰	بارگذاری کامل کدهای تعدیلی، درصدها و آموزش پرسنل در گیر فرایند انجام گردیده است و بطور صحیح نیز اجرا می گردد.	
	بارگذاری کامل کدهای تعدیلی، درصدها و آموزش پرسنل در گیر فرایند انجام گردیده است و بطور صحیح نیز اجرا می گردد.	استاندارد (مطلوبیت)
	<p>۱- بررسی رو کش حداقل ۵ صورت حساب از بیماران، جراحی، بخش های ویژه (از هر تخصص ۲ یا سه پرونده) مثلاً رعایت ۶٪ هتلینگ و ۱۰٪ دارو و تجهیزات، محاسبه ۴۰٪ اتاق عمل بر اساس حق العمل جراح در اعمال تک کد. که جز فنی و حرفه ای جدا نشده است. در موارد سه کد جز فنی همان حق اتاق عمل محاسبه و جز حرفه ای حق العمل جراح است مقایسه کد شرح عمل و کتاب تعرفه در موارد فوق توضیح بیماران بیمه تکمیلی و آزاد در الویت بررسی است.</p> <p>۲- مصاحبه صاحبان فرآیند.</p>	مستندات و نحوه بررسی
	واحد IT و درآمد بیمارستان	مکان ارزیابی
	عمومی، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۵		وزن
	مقایسه ی بین گروهی	شیوه

## عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

	عامل : کنترل و نظارت		شاخص
	ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل		شماره ۳
	نشانگر : عدم دریافت هزینه اضافی از بیماران و رعایت دستورالعمل ها		
	دریافت هزینه های اضافی مانند اقلام هتلینگ و سایر موارد فاقد کد	۰	شاخص اندازه گیری
	حق الزحمه های خدمات بطور صحیح و سایر خدمات بر اساس تعرفه اخذ می گردد اما تخفیف ارزش نسبی در بخش های پاراکلینیک اعمال نگردیده است.	۵۰	
	کلیه پرداختی های بیمار بر اساس تعرفه و دستورالعمل های مرتبط به کتاب ارزش نسبی و تعرفه ها انجام می گردد. وحق الزحمه های خدمات بطور صحیح اخذ می گردد و تخفیف ارزش نسبی در بخش های پاراکلینیک اعمال گردیده است.	۱۰۰	
	کلیه پرداختی های بیمار بر اساس تعرفه و دستورالعمل های مرتبط به کتاب ارزش نسبی و تعرفه ها انجام می گردد. وحق الزحمه های خدمات بطور صحیح اخذ می گردد و تخفیف ارزش نسبی در بخش های پاراکلینیک اعمال گردیده است.		استاندارد (مطلوبیت)
	۱- بررسی ریز صورتحساب بیماران		مستندات و نحوه بررسی
	واحد ترخیص و بخش های بستری بیمارستان		مکان ارزیابی
	عمومی ، فرآیندی ( process )		نوع شاخص
	۴		وزن
	مقایسه ی بین گروهی		شیوه تحلیل زمان

## عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

عامل : کنترل و نظارت	شاخص
ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل	
نشانگر : کیفیت پی گیری تخلفات تعرفه ای و تعامل با ستاد استانی	شماره ۴
۰ سوابقی از تعامل با ستاد استانی نظام پزشکی در پی گیری تخلفات دیده نمی شود.	شاخص اندازه گیری
۲۵ معاونت درمان .صرفا در جلسات ستاد شرکت می کند	
۵۰ علاوه بر شرکت فعال در ستاد های استانی نظام پزشکی شکایات وارده مستقیم به معاونت درمان پی گیری مکتوب و رسمی از ستاد می شود	
۷۵ علاوه بر شرکت فعال در ستاد های استانی نظام پزشکی شکایات وارده مستقیم به معاونت درمان پی گیری مکتوب و رسمی از ستاد می شود و درمورد پزشکان دارای شکایت مکرر پی گیری ویژه انجام داده و بررسی های میدانی در تعامل و همراهی با ستاد استانی نظام پزشکی انجام می دهد	
۱۰۰ علاوه بر شرکت فعال در ستاد های استانی نظام پزشکی شکایات وارده مستقیم به معاونت درمان پی گیری مکتوب و رسمی از ستاد می شود و درمورد پزشکان دارای شکایت مکرر پی گیری ویژه انجام داده و بررسی های میدانی در تعامل و همراهی با ستاد استانی نظام پزشکی انجام می دهد و در برخورد با متخلفین زیر میزی معرفی شده طبق مقررات اقدام می شود ( تخلف اداری و سایر ...)	
علاوه بر شرکت فعال در ستاد های استانی نظام پزشکی شکایات وارده مستقیم به معاونت درمان پی گیری مکتوب و رسمی از ستاد می شود و درمورد پزشکان دارای شکایت مکرر پی گیری ویژه انجام داده و بررسی های میدانی در تعامل و همراهی با ستاد استانی نظام پزشکی انجام می دهد و در برخورد با متخلفین زیر میزی معرفی شده طبق مقررات اقدام می شود ( تخلف اداری و ...)	استاندارد (مطلوبیت)
۱- بررسی مستندسازی و نحوه رسیدگی بر اساس شیوه نامه ابلاغی و نقش معاونت درمان ۲- بررسی عملکرد معاونت درمان در پی گیری شکایات وارده و تعامل آن با ستاد استانی در موضوع زیر میزی پزشکان مورد شکایت مکرر	مستندات و نحوه بررسی
معاونت درمان و این شاخص توسط ارزیاب ارشد ارزیابی می شود.	مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۳	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل

# عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

شاخص شماره ۵	عامل : کنترل و نظارت
	ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل
شاخص اندازه گیری	نشانگر : کیفیت اطلاع رسانی و پی گیری شکایات وارده سامانه ۱۶۹۰ از طریق نماینده ستاد استانی معاونت
	۰ عدم اطلاع رسانی سامانه ۱۶۹۰ و عدم پی گیری شکایات از طریق نماینده ستادی معاونت درمان در ستاد استانی
	۲۵ اطلاع رسانی نامناسب و ناکافی سامانه ۱۶۹۰ مانند اطلاعیه های کوچک و بدون تاثیر بر محاطب بدون پی گیری شکایات از طریق نماینده ستادی معاونت درمان
	۵۰ اطلاع رسانی کافی سامانه ۱۶۹۰ در تمامی مبادی ورودی و مکان های صندوق در بیمارستان های دولتی و خصوصی ضمن حضور فعال نماینده معاونت درمان در ستاد استانی
	۷۵ اطلاع رسانی کافی سامانه ۱۶۹۰ در تمامی مبادی ورودی و مکان های صندوق در بیمارستان های دولتی و خصوصی ضمن حضور فعال نماینده معاونت درمان در ستاد استانی و برقراری تعامل مناسب در پی گیری شکایات وارده به ستاد استانی نظام پزشکی
۱۰۰ اطلاع رسانی کافی سامانه ۱۶۹۰ در تمامی مبادی ورودی و مکان های صندوق در بیمارستان های دولتی و خصوصی ضمن حضور فعال نماینده معاونت درمان در ستاد استانی و برقراری تعامل مناسب در پی گیری شکایات وارده به ستاد استانی نظام پزشکی و انجام بازرسی های مشترک با ستاد استانی به منظور هم افزایی نظارتی البته تحت پی گیری ستاد استانی نظام پزشکی طبق شیوه نامه	
استاندارد (مطلوبیت)	اطلاع رسانی کافی سامانه ۱۶۹۰ در تمامی مبادی ورودی و مکان های صندوق در بیمارستان های دولتی و خصوصی ضمن حضور فعال نماینده معاونت درمان در ستاد استانی و برقراری تعامل مناسب در پی گیری شکایات وارده به ستاد استانی نظام پزشکی و انجام بازرسی های مشترک با ستاد استانی به منظور هم افزایی نظارتی البته تحت پی گیری ستاد استانی نظام پزشکی طبق شیوه نامه
مستندات و نحوه بررسی	مشاهده تابلو های اطلاع رسانی در سطح بیمارستان های خصوصی و دولتی مشاهده ابلاغ کارشناس رابط با ستاد استانی معاونت درمان وجود مستندات پی گیری تخلفات و شکایات وارده در معاونت درمان در جهت تعامل و هم افزایی نظارتی با ستاد استانی نظام پزشکی
مکان ارزیابی	معاونت درمان و این شاخص توسط ارزیاب ارشد ارزیابی می شود.
نوع شاخص	عمومی ، عملکردی (out come)
وزن	۴

## عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

عامل : کنترل و نظارت	شاخص شماره ۶
ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل	
نشانگر : کیفیت پی گیری برخورد با تخلفات اضافه دریافتی پزشکان طبق شیوه نامه	
۰ سابقه برخورد با متخلفین ( در صورت معرفی ستاد استانی یا کشف معاونت ) دیده نمی شود	شاخص اندازه گیری
۵۰ برخورد با تخلفات تعرفه ای پزشکان طبق شیوه نامه انجام نمی شود و با تخفیف صورت پذیرفته اما گزارش موارد شفاف است	
۱۰۰ برخورد با تخلفات تعرفه ای پزشکان طبق شیوه نامه بوده و گزارش موارد شفاف است و .سوابقی از معرفی به تخلفات اداری ، حذف مزایا ، لغو ارتقاء های عمودی و افقی در معاونت درمان قابل رویت است ( البته در صورت کشف ویا و اعلا ستاد استانی )	
برخورد با تخلفات تعرفه ای پزشکان طبق شیوه نامه بوده و گزارش موارد شفاف است و .سوابقی از معرفی به تخلفات اداری ، حذف مزایا ، لغو ارتقاء های عمودی و افقی در معاونت درمان قابل رویت است ( البته در صورت کشف ویا و اعلا ستاد استانی )	
ملاقات با نماینده ستاد استانی معاونت درمان اخذ گزارش موارد تخلف تعرفه ای و درخواست مستندات بر خوردهای تنبیهی طبق شیوه نامه ابلاغ شده به خصوص در صورت وجود موارد تخلف از بین اعضاء هیات علمی دانشگاه.همچنی بررسی میزان پی گیری معاونت درمان در پی گیری موارد شکایت تکرار شونده از یک پزشک معاونت درمان و این شاخص توسط ارزیاب ارشد ارزیابی می شود.	مستندات و نحوه بررسی مکان ارزیابی
عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
۴	وزن
مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل

## عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

	عامل : کنترل و نظارت	شاخص
	ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل	
	نشانگر : کیفیت نظارت پی گیری برخورد با تخلفات اضافه دریافتی در بیمارستان های خصوصی	شماره ۷
	عدم پی گیری و عدم نظارت بر صورتحساب های بیمارستان های خصوصی	۰
	وجود بازدید های پراکنده از مراکز خصوصی در موضوع رعایت تعرفه بدون بررسی دقیق و ارائه باز خورد به متخلفین	۲۵
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های خصوصی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید و پی گیری موارد تخلف طبق شیوه نامه نظارتی	۵۰
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های خصوصی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید برقرای تماس تلفنی با حداقل ۱۰ بیمار ترخیص شده از بیمارستان جهت رعایت تعرفه های خدمات سلامت در هر بازدید و پی گیری موارد تخلف طبق شیوه نامه نظارتی	۷۵
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های خصوصی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید و برقرای تماس تلفنی با حداقل ۱۰ بیمار ترخیص شده از بیمارستان جهت رعایت تعرفه های خدمات سلامت در هر بازدید و مستند سازی تخلفات احتمالی و پی گیری معرفی به مراجع قانونی طبق شیوه نامه	۱۰۰
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های خصوصی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید و پی گیری موارد تخلف طبق شیوه نامه نظارتی برقرای تماس تلفنی با حداقل ۱۰ بیمار ترخیص شده از بیمارستان جهت رعایت تعرفه های خدمات سلامت در هر بازدید و مستند سازی تخلفات احتمالی و پی گیری معرفی به مراجع قانونی طبق شیوه نامه	استاندارد (مطلوبیت)
	مشاهده مستندات بازدی از بیمارستان و مراکز خصوصی با رویکرد ارزیابی رعایت تعرفه خدمات سلامت پرسش در خصوص شیوه اخذ اطمینان معاونت درمان از رعایت تعرفه توسط بیمارستان های خصوصی و اخذ مستندات برخورد با تخلفات احتمالی مراکز خصوصی ( در ثورت عدم مشاهده یک مورد بازدید تعرفه ای از بیمارستان خصوصی توسط ارزیاب ارشد انجام شود )	مستندات و نحوه بررسی
	معاونت درمان و این شاخص توسط ارزیاب ارشد ارزیابی می شود. بیمارستان خصوصی واحد ترخیص و مدارک پزشکی	مکان ارزیابی
	عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
	۴	وزن
	مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل



## عنوان برنامه : دستورالعمل اجرای کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت

	عامل : کنترل و نظارت	شاخص
	ملاک: رعایت ضوابط و دستورالعمل	
	نشانگر : کیفیت نظارت پی گیری برخورد با تخلفات اضافه دریافتی در بیمارستان های دولتی	شماره ۸
	عدم پی گیری و عدم نظارت بر صورتحساب های بیمارستان های دولتی	۰
	وجود بازدید های پراکنده از مراکز دولتی در موضوع رعایت تعرفه بدون بررسی دقیق و ارائه باز خورد به متخلفین	۲۵
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های دولتی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید و پی گیری موارد تخلف.	۵۰
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های دولتی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید برقرای تماس تلفنی با حداقل ۱۰ بیمار ترخیص شده از بیمارستان جهت رعایت تعرفه های خدمات سلامت در هر بازدید و پی گیری موارد تخلف طبق شیوه نامه نظارتی	۷۵
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های دولتی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید همچنین برقراری تماس تلفنی با حداقل ۱۰ بیمار ترخیص شده از بیمارستان جهت رعایت تعرفه های خدمات سلامت در هر بازدید و مستند سازی تخلفات احتمالی و پی گیری تخلفات از مجاری قانونی	۱۰۰
	وجود بازدیدهای منظم و داری برنامه از بیمارستان های دولتی و بررسی حداقل ۲۰ صورت حساب در هر بازدید همچنین برقراری تماس تلفنی با حداقل ۱۰ بیمار ترخیص شده از بیمارستان جهت رعایت تعرفه های خدمات سلامت در هر بازدید و مستند سازی تخلفات احتمالی و پی گیری تخلفات از مجاری قانونی	استاندارد (مطلوبیت)
	مشاهده مستندات بازدید از بیمارستان و مراکز دولتی با رویکرد ارزیابی رعایت تعرفه خدمات سلامت پرسش در خصوص شیوه اخذ اطمینان معاونت درمان از رعایت تعرفه توسط بیمارستان های خصوصی و اخذ مستندات برخورد با تخلفات احتمالی مراکز ( در ثورت عدم مشاهده یک مورد بازدید تعرفه ای از بیمارستان خصوصی توسط ارزیاب ارشد انجام شود ) معاونت درمان و این شاخص توسط ارزیاب ارشد ارزیابی می شود.	مستندات و نحوه بررسی
	بیمارستان دولتی واحد ترخیص و مدارک پزشکی	مکان ارزیابی
	عمومی ، عملکردی (out come)	نوع شاخص
	۴	وزن
	مقایسه ی بین گروهی	شیوه تحلیل