



**دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در  
بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**زمستان ۱۳۹۳**

## فهرست مطالب

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| فصل اول: تعاریف.....                                           | ۳  |
| فصل دوم: کلیات.....                                            | ۶  |
| فصل سوم: ساختار اجرایی دستورالعمل.....                         | ۸  |
| فصل چهارم: پرداخت عملکردی بخش‌های تشخیصی و درمانی.....         | ۱۲ |
| فصل پنجم: پرداخت عملکردی واحدهای پشتیبان.....                  | ۱۸ |
| فصل ششم: بازتوزیع درآمد در سطح فرد.....                        | ۲۲ |
| فصل هفتم: سهم مدیریت.....                                      | ۲۶ |
| فصل هشتم: پاداش عملکرد سالانه.....                             | ۲۶ |
| فصل نهم: سهم موسسه از محل درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها.....      | ۲۷ |
| فصل دهم: پرداخت به کارکنان شاغل در اورژانس پیش‌بیمارستانی..... | ۲۸ |
| فصل یازدهم: سایر مقررات مربوطه.....                            | ۲۹ |

## فصل اول: تعاریف

ماده ۱: در این آیین‌نامه، اصطلاحات در معانی مشروح ذیل به کار می‌روند:

الف) پرداخت مبتنی بر عملکرد:

منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی غیرمستمر کارکنان که جایگزین اضافه‌کار و کارانه به روش قبل می‌باشد، با درآمدهای بخش محل فعالیت آنان در قالب یک تفاهم‌نامه است. در این روش، محاسبات در دو سطح صورت می‌گیرد؛ در سطح اول، براساس عملکرد هر بخش، درآمد قابل توزیع به کارکنان غیرپزشک شاغل در آن بخش محاسبه می‌گردد و در سطح دوم، براساس عملکرد هر یک از کارکنان و امتیازات مکسبه، سهم هر فرد تعیین می‌گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل به اختصار «پرداخت عملکردی» نامیده می‌شود.

ب) موسسه:

کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این دستورالعمل به اختصار «موسسه» نامیده می‌شوند.

ج) درآمد ناخالص ( $GI^1$ ):

مجموع درآمدهای حاصل از جزء فنی و حرفه‌ای فعالیت‌های درمانی، تشخیصی و توانبخشی می‌باشد. این درآمد شامل درآمدهای حاصل از هتلینگ، دارو و تجهیزات نیز می‌گردد.

د) درآمد مبنای محاسبه سهم کارکنان ( $BI^2$ ):

بخشی از درآمد ناخالص است که مبنای محاسبه سهم کارکنان از درآمد قرار می‌گیرد. این درآمد شامل کلیه درآمدهای ثبت شده در پرونده بیماران به استثنای درآمدهای مرتبط با دارو و تجهیزات پزشکی و کسورات بیمه‌ای می‌باشد. درآمد مبنای محاسبه سهم کارکنان به طور اختصار «درآمد مبنا» نامیده می‌شود.

<sup>1</sup>Gross Income

<sup>2</sup>Base Income

### هـ) واحدهای مجری این دستورالعمل:

واحدهای مجری شامل کلیه بخش‌ها و واحدهای موجود در هر بیمارستان می‌باشند که به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

#### هـ-۱: بخش‌های تشخیصی و درمانی

به بخش‌هایی اطلاق می‌شود که در آنها فعالیت‌های تشخیصی و یا درمانی و یا توانبخشی دارای تعرفه مصوب ارائه می‌گردد. کلیه بخش‌های بستری عادی و ویژه، اتاق‌های عمل، بخش‌های سرپایی (مانند درمانگاه یا بخش‌های تشخیصی)، بخش‌های پاراکلینیک (شامل داروخانه، آزمایشگاه تشخیص-طبی، پاتولوژی، ژنتیک، تصویربرداری پزشکی، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی و سایر موارد)، بخش‌های پیراپزشکی (شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، بینایی‌سنجی، گفتاردرمانی، شنوایی‌شناسی، ارتوپدی فنی و سایر موارد) و سایر واحدهای دارای پروانه فعالیت (مانند واحد روانشناسی بالینی، تغذیه و سایر موارد) بخش‌های تشخیصی و درمانی محسوب می‌شوند.

#### هـ-۲: واحدهای پشتیبان

به واحدهایی اطلاق می‌شود که در آنها فعالیت‌های تشخیصی و یا درمانی و یا توانبخشی دارای تعرفه‌های مصوب ارائه نمی‌گردد؛ مانند واحدهای مدیریت، حسابداری، کارگزینی و امور اداری، فناوری اطلاعات، دفتر پرستاری، تجهیزات پزشکی، کنترل عفونت، اعتباربخشی، بهبود کیفیت و سایر واحدهای مشابه.

#### و) تفاهم‌نامه:

تفاهم‌نامه، سند مورد توافق جهت اجرای این دستورالعمل است که به پیوست این دستورالعمل ارسال می‌گردد (پیوست شماره ۱). این تفاهم‌نامه بین رئیس/مدیرعامل/سرپرست بیمارستان (به عنوان طرف اول تفاهم‌نامه) و مدیران واحد مجری (به عنوان طرف دوم تفاهم‌نامه)، برای دوره زمانی یک ساله منعقد می‌گردد.

#### ز) مدیران واحد مجری:

مدیران واحد مجری در این دستورالعمل، در بخش‌های تشخیصی و درمانی شامل دو نفر می‌باشند:

## ۱- رئیس یا مسئول فنی بخش.

### ۲- مسئول کارکنان غیرپزشک بخش (مانند سرپرستار، سوپروایزر آزمایشگاه و مانند آن).

در واحدهای پشتیبان، منظور از مدیر واحد مجری، مسئول واحد است. به عنوان مثال، در واحد حسابداری، رئیس واحد حسابداری، مدیر واحد مجری محسوب می‌شود.

### ح) کارکنان غیرپزشک

کارکنان غیرپزشک شامل کلیه دارندگان مدارک کمتر از دیپلم، دیپلم، فوق‌دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی (Ph.D) شاغل در بخش‌های تشخیصی و درمانی و واحدهای پشتیبان با هر نوع رابطه استخدامی (رسمی، پیمانی، طرحی، قراردادی تبصره (۵) ماده ۳۱ و ماده ۳۲ آیین‌نامه اداری و استخدامی اعضای غیرهیات علمی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی) می‌باشند که متناسب با میزان عملکرد خود از مزایای این دستورالعمل بهره‌مند می‌شوند.

### ط) سهم موسسه:

بخشی از درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها است که با هدف متناسب‌سازی پرداخت عملکردی بین بیمارستان‌های تابعه موسسه، ارتقای کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی و جذب و ماندگاری نیروی انسانی برجسته در حوزه ستادی موسسه، کسر و به موسسه تعلق می‌گیرد تا براساس مصوبات کارگروه توزیع درآمد اختصاصی موسسه در راستای اهداف مذکور، هزینه گردد.

### ی) شورا:

منظور از شورا، شورای برنامه‌ریزی و نظارت بر توزیع درآمد اختصاصی مستقر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که احکام و شرح وظایف شورا و دبیرخانه آن توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌گردد.

### ک) وزارت:

منظور از «وزارت»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

### ل) کتاب:

منظور از «کتاب»، کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت- سال ۱۳۹۳ موضوع تصویب‌نامه

شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیات محترم وزیران و اصلاحیه‌های بعدی آن می‌باشد.

### م) گروه پرستاری و مامایی:

این گروه شامل سرپرستار، پرستار، بهیار، کمک بهیار، تکنسین/کاردان/کارشناس اتاق عمل، تکنسین/کاردان/کارشناس بیهوشی، پمپیست و ماما می‌باشد.

### ن) تعدیل کارانه براساس درجه سختی مراقبت بخش:

به منظور ایجاد توازن و تنظیم کارانه‌ها متناسب با سختی مراقبت در بخش‌های مختلف، کارانه‌های پرداختی فعلی به گونه‌ای تعدیل می‌گردند که بیشترین انگیزه برای فعالیت‌ها و مراقبت‌های پیچیده، دشوار و یا زیان‌آور فراهم گردد.

## فصل دوم: کلیات

ماده ۲: این دستورالعمل جایگزین دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها موضوع بخشنامه شماره ۱۳۲۵۱ مورخ ۱۳۷۸/۱۰/۱۲ و اصلاحیه‌های بعدی آن می‌گردد. با اجرای این دستورالعمل، بیمارستان‌ها، کلینیک‌های ویژه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و کلینیک‌های ویژه بیمارستان‌ها از بند (۱۰) ماده ۵۴ آیین‌نامه اداری و استخدامی کارکنان غیرهیات علمی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، موضوع پرداخت اضافه کار، مستثنی هستند. کارکنان مراکز یاد شده همچنان مشمول سایر پرداخت‌های موضوع ماده ۵۴ آیین‌نامه اداری و استخدامی کارکنان غیرهیات علمی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی از جمله «فوق‌العاده مسئولیت» می‌باشند. با توجه به لزوم اجرای هماهنگ این دستورالعمل در کلیه موسسات، هر گونه تغییر در مواد و تبصره‌های این دستورالعمل تنها با کسب مجوز مکتوب از دبیرخانه شورا امکان‌پذیر است.

ماده ۳: بار مالی اجرای این دستورالعمل در بودجه تفصیلی موسسه از محل درآمد اختصاصی بخش درمان در سال مربوطه، پیش‌بینی می‌شود.

ماده ۴: این دستورالعمل از تاریخ ۱۳۹۳/۷/۱ لغایت ۱۳۹۴/۳/۳۱ به صورت آزمایشی اجرا می‌گردد. معاونت درمان وزارت موظف است با همکاری معاونت پرستاری و معاونت توسعه مدیریت و منابع

وزارت و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۴/۳/۱۵ ضمن ارائه گزارش عملکرد این دستورالعمل به شورا، نسخه نهایی را جهت تصویب نهایی به هیات امناء ارائه نماید.

**ماده ۵:** در هر بیمارستان حداکثر رقم پرداختی ماهیانه اسناد هزینه موضوع این دستورالعمل همراه با کسورات قانونی شامل پرداخت به کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌ها و سهم مدیریت، نمی‌تواند از مجموع سقف ریالی اعتبار اضافه‌کاری ماهیانه قبلی آن بیمارستان و ۲۷,۵٪ کارکرد پزشکان از محل جزء حرفيه‌ای ارزش نسبی خدمات سلامت و درآمد حاصل از ویزیت سرپایی، بالاتر باشد.

**تبصره ۱:** در پایان هر ماه، در صورتی که مجموع پرداخت عملکردی کارکنان غیرپزشک از مجموع سقف ریالی اعتبار اضافه‌کاری ماهیانه قبلی آن بیمارستان و ۲۷,۵٪ کارکرد پزشکان از محل جزء حرفيه‌ای ارزش نسبی خدمات سلامت و درآمد حاصل از ویزیت سرپایی بالاتر باشد، به نسبت از مبلغ سهم هر یک از کارکنان کسر می‌گردد.

**تبصره ۲:** سقف ریالی اعتبار اضافه‌کاری هر بیمارستان، براساس میانگین ماهیانه پنج ماهه اول سال ۱۳۹۳ (ماه‌های اردیبهشت تا شهریور)، توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع موسسه، تعیین می‌گردد. با اجرای این دستورالعمل، در صورتی که این مبلغ از منابع عمومی تامین می‌گردیده است، کمافی‌السابق مبلغ مربوطه به هر بیمارستان پرداخت خواهد شد.

**ماده ۶:** اعضای هیات علمی غیرپزشک از شمول این دستورالعمل مستثنی بوده و پرداخت به آنها براساس دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و اعضای هیات علمی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد.

**ماده ۷:** در مواردی که نیروی انسانی از طرف شرکت‌ها و موسسات طرف قرارداد در بیمارستان‌های تابعه موسسه، ارائه خدمت می‌نمایند، قرارداد مربوطه متناسب با پرداخت عملکردی سایر کارکنان مشابه با رعایت قانون، تعدیل می‌شود و مطابق لیست تنظیمی مدیران واحد مجری (بخش محل فعالیت)، پرداخت لازم به شرکت جهت جبران خدمات نیروی انسانی شرکت صورت می‌گیرد.

**تبصره:** قرارداد شرکت با بیمارستان باید به نحوی اصلاح گردد که شرکت متعهد شود که پرداخت عملکردی نیروی انسانی خود را در واحدهای مجری، همزمان و مطابق با سایر کارکنان و در چارچوب این دستورالعمل پرداخت نماید.

**ماده ۸:** در مواردی که بیمار در قالب زنجیره تامین جهت دریافت خدمات به خارج از بیمارستان ارجاع می‌گردد، درآمد مربوطه جزء در آمد ناخالص بخش یا بیمارستان محسوب نمی‌گردد.

**ماده ۹:** بخش‌های تشخیصی و درمانی و واحدهای پشتیبانی که برون‌سپاری می‌شوند، از شمول این دستورالعمل مستثنی می‌باشند. بدیهی است بخش‌هایی که درون‌سپاری شده‌اند، از مزایای این دستورالعمل بهره‌مند می‌گردند.

### **فصل سوم: ساختار اجرایی دستورالعمل**

**ماده ۱۰:** به منظور ایجاد وحدت رویه و توزیع عادلانه درآمد اختصاصی در مرکز درمانی و راهبری کلان پرداخت به کارکنان شاغل در این مراکز، «شورای برنامه‌ریزی و نظارت بر توزیع درآمد اختصاصی» که به اختصار «شورا» نامیده می‌شود، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد.

**ماده ۱۱:** ترکیب شورا به شرح ذیل تعیین می‌گردد:

۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان رئیس شورا.

۲- معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۳- معاون درمان وزارت.

۴- معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت.

۵- معاون آموزشی وزارت.

۶- معاون پرستاری وزارت.

**تبصره ۱:** رئیس شورا می‌تواند اختیارات خود را در چارچوب این دستورالعمل و شرح وظایف شورا به دبیر شورا واگذار نماید.

**تبصره ۲:** معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیر شورا و مسئول ابلاغ مصوبات شورا می‌باشد.

**تبصره ۳:** احکام اعضای شورا توسط رئیس شورا صادر خواهد شد.

**ماده ۱۲:** وظایف و اختیارات شورا به شرح ذیل تعیین می‌گردد:

۱) نظارت عالی بر حسن اجرای مفاد دستورالعمل توسط کارگروه و هیات.

۲) بررسی و بازنگری دستورالعمل در صورت نیاز.

۳) بررسی و تصمیم‌گیری در مورد پیشنهادات ارائه شده توسط دبیرخانه و در صورت لزوم ابلاغ اصلاحیه دستورالعمل.

۴) نظارت بر عملکرد دبیرخانه شورا.

**ماده ۱۳:** به منظور پیگیری مصوبات شورا و نظارت بر حسن اجرای مصوبات و دستورالعمل، «دبیرخانه شورای برنامه‌ریزی و نظارت بر توزیع درآمد اختصاصی» که در این دستورالعمل به اختصار «دبیرخانه شورا» نامیده می‌شود، در معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تشکیل می‌گردد.

**ماده ۱۴:** ترکیب دبیرخانه شورا به شرح ذیل می‌باشد:

۱- مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت.

۲- رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت.

۳- مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی وزارت.

۴- نماینده تام‌الاختیار معاونت پرستاری به انتخاب معاون پرستاری وزارت.

۵- نماینده تام‌الاختیار معاونت آموزشی به انتخاب معاون آموزشی وزارت.

۶- مدیر کل دفتر منابع انسانی و پشتیبانی معاونت توسعه و مدیریت منابع.

۷- رئیس دبیرخانه شورا.

**تبصره ۱:** احکام اعضای دبیرخانه توسط دبیرشورا ابلاغ می‌شود.

**تبصره ۲:** مصوبات دبیرخانه شورا با ابلاغ دبیر شورا، لازم‌الاجرا می‌باشد.

## ماده ۱۵: وظایف و اختیارات دبیرخانه شورا به شرح ذیل تعیین می‌گردد:

۱. نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل توسط کارگروه و هیات.
۲. پاسخگویی به سوالات موسسه و بررسی پیشنهادات واصله از سوی کارگروه‌ها و جمع‌بندی جهت ارائه به شورا.
۳. پیگیری حسن اجرای مصوبات شورا.
۴. بررسی و تصویب پیشنهادات کارگروه در خصوص تغییر درصد سهم پزشکان از کارکرد جزء حرفه‌ای.
۵. نظارت عالی بر رعایت دقیق ماده (۵) این دستورالعمل و مواد (۵) و (۶) دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و اعضای هیات علمی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ماده ۱۶: به منظور برنامه‌ریزی برای اجرای نظام‌مند این دستورالعمل و نظارت بر اجرای مصوبات شورا، در هر موسسه «کارگروه توزیع درآمد اختصاصی» که به اختصار «کارگروه» نامیده می‌شود، تشکیل می‌گردد.

## ماده ۱۷: ترکیب اعضای کارگروه به شرح ذیل تعیین می‌گردد:

- ۱- رئیس موسسه به عنوان رئیس کارگروه.
  - ۲- معاون درمان موسسه.
  - ۳- معاون توسعه مدیریت و منابع موسسه.
  - ۴- معاون آموزشی موسسه یا رئیس دانشکده پزشکی.
  - ۵- مدیر پرستاری موسسه.
  - ۶- دو نفر از رؤسای بیمارستان‌ها با حکم رئیس موسسه.
- تبصره: رئیس کارگروه مکلف است، دبیر کارگروه و محل استقرار دبیرخانه کارگروه را تعیین نماید.

## ماده ۱۸: وظایف کارگروه به شرح ذیل می‌باشد:

- ۱- بررسی و نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل در موسسه و بیمارستان‌های تابعه.
  - ۲- ابلاغ مصوبات شورا به بیمارستان‌ها و نظارت بر حسن اجرای آنها.
  - ۳- تعیین و تصویب سهم موسسه از درآمد اختصاصی مرکز، در سقف درصد پیش‌بینی شده در این دستورالعمل (موضوع ماده ۳۵) و مصوبات شورا.
  - ۴- نظارت بر فرایند ارزشیابی عملکرد اعضای هیات علمی، پزشکان غیرهیات علمی و کارکنان غیرپزشک بیمارستان‌ها.
  - ۵- مدیریت توزیع سهم موسسه در چارچوب این دستورالعمل (موضوع ماده ۳۶ این دستورالعمل).
  - ۶- ارسال گزارش اجرای این دستورالعمل به شورا (هر سه ماه یک‌بار).
  - ۷- ارائه گزارش سالانه عملکرد کارگروه و بیمارستان‌های تابعه به هیات امنای موسسه.
  - ۸- پاسخگویی به سوالات و ابهامات احتمالی بیمارستان‌ها در زمینه اجرای دستورالعمل و عندالزوم استعلام از دبیرخانه شورا.
  - ۹- بررسی عملکرد هیات‌های اجرایی بیمارستان‌ها (موضوع ماده ۱۹ این دستورالعمل) و اصلاح موارد مغایر با این دستورالعمل یا مصوبات شورا.
  - ۱۰- نظارت بر رعایت دقیق ماده (۵) این دستورالعمل و مواد (۵) و (۶) دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و اعضای هیات علمی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بیمارستان‌های تابعه.
  - ۱۱- بررسی و نظارت بر تراز مالی بخش‌ها و بیمارستان‌های تابعه موسسه.
- تبصره ۱: کارگروه حداقل هر ماه یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهد.
- تبصره ۲: مصوبات کارگروه با رای اکثریت (نصف به اضافه یک اعضا)، لازم‌الاجرا می‌باشد.
- ماده ۱۹: مسئول اجرای این دستورالعمل در بیمارستان، «هیات اجرایی» است که در این دستورالعمل به اختصار «هیات» نامیده می‌شود و دارای ترکیبی به شرح ذیل است:
۱. رئیس یا مدیرعامل یا سرپرست بیمارستان به عنوان رئیس هیات.

۲. مدیر یا معاون پشتیبانی یا معاون توسعه بیمارستان به عنوان دبیر هیات.

۳. معاون یا مدیر درمان بیمارستان.

۴. رئیس امور مالی یا رئیس حسابداری بیمارستان.

۵. مدیر پرستاری بیمارستان (مترون).

۶. یکی از روسای بخش‌های بالینی بیمارستان به انتخاب روسای بخش‌ها برای مدت دو سال.

۷. معاون آموزشی بیمارستان.

۸. رئیس واحد فناوری اطلاعات (HIS) بیمارستان به عنوان عضو فاقد رای.

ماده ۲۰: وظایف هیات به شرح ذیل تعیین می‌شود:

۱) اجرای کامل و دقیق دستورالعمل پرداخت عملکردی پزشکان و کارکنان غیرپزشک.

۲) نظارت بر نحوه انتخاب رئیس یکی از بخش‌های بالینی بیمارستان به عنوان عضو هیات اجرایی.

۳) عملیاتی نمودن مصوبات کارگروه و نظارت بر حسن اجرای آنها.

۴) نظارت بر فرایند ارزشیابی عملکرد بخش/واحدها و افراد شاغل در آنان.

۵) ارائه گزارش‌های منظم دوره‌ای به دبیرخانه کارگروه.

۶) کنترل ماهیانه رعایت ماده (۵) این دستورالعمل و مواد (۵) و (۶) دستورالعمل پرداخت مبتنی بر

عملکرد پزشکان و اعضای هیات علمی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اسناد

تنظیمی.

### فصل چهارم: پرداخت عملکردی بخش‌های تشخیصی و درمانی

ماده ۲۱: درصد سهم کارکنان غیرپزشک از درآمد مبنای بخش، فقط سالیانه یک‌بار و در شروع عقد

تفاهم‌نامه محاسبه می‌گردد و تا یک سال (پایان مدت تفاهم‌نامه)، بدون تغییر خواهد بود و با افزایش یا

کاهش تعداد نیروی انسانی، ثابت خواهد بود. این سهم به روش زیر، محاسبه می‌گردد:

$$DP = \frac{\sum(SOA + SARA)}{DBI_t} \times 100$$

<sup>۳</sup>DP: درصد سهم کارکنان از درآمد بخش.

<sup>۴</sup>SOA: میانگین ماهیانه یک‌ساله اضافه‌کار کارکنان بخش.

<sup>۵</sup>SARA: میانگین ماهیانه یک‌ساله کارانه تعدیل شده کارکنان بخش.

<sup>۱</sup>DBI: میانگین ماهیانه یک‌ساله درآمد مبنای بخش.

الف) درآمد مبنای بخش (<sup>۱</sup>DBI).

درآمد مبنا به روش زیر محاسبه می‌شود:

$$DBI_1 = DGI - (DD + DMI)$$

<sup>۱</sup>DBI: درآمد مبنای بخش

<sup>۷</sup>DGI: درآمد ناخالص بخش

<sup>۸</sup>DD: کسورات بخش

<sup>۹</sup>DMI: درآمد حاصل از دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی بخش

تبصره ۱: در شروع طرح، متوسط درآمد مبنای بخش (<sup>۱</sup>DBI) براساس متوسط ماه‌های اجرای کتاب محاسبه خواهد شد.

ب) اضافه‌کاری بخش (SO):

در شروع طرح، میانگین ماهیانه پنج ماه از سال ۱۳۹۳ (ماه‌های اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۳) کلیه کارکنان غیرپزشک بخش، براساس اسناد حسابداری و تأیید معاونت توسعه مدیریت و منابع موسسه، ملاک محاسبه اضافه‌کاری خواهد بود.

تبصره ۲: در محاسبه کارانه و اضافه‌کار بخش‌ها، در صورتی که فردی بین دو یا چند بخش به طور مشترک فعالیت نماید، کارانه و اضافه‌کار وی متناسب با میزان فعالیت در هر یک از بخش‌ها، تقسیم می‌شود.

<sup>۳</sup> Department Percentage

<sup>۴</sup> Staff Overtime Average

<sup>۵</sup> Staff Adjusted Reward Average

<sup>۶</sup> Department Base Income

<sup>۷</sup> Department Gross Income

<sup>۸</sup> Department Deductions

<sup>۹</sup> Department Medicine Income

### ج) کارانه تعدیل شده بخش (SAR):

به منظور تعدیل کارانه کارکنان، متوسط کارانه ماهیانه یک سال گذشته کارکنان (در شروع طرح، از مهرماه ۱۳۹۲ تا شهریورماه ۱۳۹۳)، براساس دو معیار «درجه سختی مراقبت» و «ضریب رشد ناشی از اجرای کتاب» تعدیل می‌گردد:

#### ج- ۱: تعدیل براساس درجه سختی مراقبت بخش:

برای تعدیل کارانه براساس درجه سختی مراقبت، بخش‌های بیمارستان در ۸ سطح به شرح جدول شماره (۱)، تقسیم‌بندی شده‌اند. مبنای تعدیل کارانه، میانگین ماهیانه کارانه دریافتی کلیه کارکنان گروه پرستاری و مامایی شاغل در کلیه بخش‌های تشخیصی و درمانی بیمارستان می‌باشد که با حرف N نشان داده شده است.

جدول (۱): ضرایب تعدیل کارانه بخش‌های تشخیصی و درمانی براساس درجه سختی مراقبت

| ردیف | نام بخش                                                                                                                                                                                                        | سطح سختی بخش | ضریب تعدیل      |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| ۱    | درمانگاه، بخش سرپایی اعتیاد (MMT)                                                                                                                                                                              | سطح یک       | $1 \times N$    |
| ۲    | بخش سرپایی هموفیلی و تالاسمی، خدمات تخصصی تشخیصی (EMG, EEG)، اکوکاردیوگرافی و...، داروخانه و واحدهای پیراپزشکی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی شناسی، بینایی سنجی، تغذیه، روانشناسی و سایر موارد مشابه)         | سطح دو       | $1.10 \times N$ |
| ۳    | بخش سرپایی پزشکی هسته‌ای، بخش سرپایی رادیوتراپی-آنکولوژی، بخش تصویربرداری پزشکی، آزمایشگاه پزشکی، بخش بستری اعتیاد و بخش‌های اسکوپ                                                                             | سطح سه       | $1.15 \times N$ |
| ۴    | بخش‌های جراحی بزرگسالان به جزء موارد بند ۵، بخش مراقبت‌های پس از زایمان (Post Partum) و PostCCU                                                                                                                | سطح چهار     | $1.20 \times N$ |
| ۵    | انواع بخش‌های داخلی (بزرگسالان، اطفال و نوزادان)، عفونی، Intermediate ICU، روانپزشکی، جراحی پیوند، جراحی قلب اطفال، بخش‌های جراحی توراکیس، جراحی اطفال و نوزادان، جراحی قلب بزرگسالان، جراحی مغز و اعصاب و CCU | سطح پنج      | $1.25 \times N$ |
| ۶    | بخش‌های سوختگی، مسمومیت، دیالیز، خون و همتولوژی، شیمی درمانی و آنکولوژی، بخش بستری پزشکی هسته‌ای، بلوک زایمان سطح ۱ و ۲، اتاق عمل و آنژیوگرافی، آزمایشگاه تخصصی کشت و آنتی بیوگرام سل                          | سطح شش       | $1.30 \times N$ |

|   |                                                                                                                                         |         |                 |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|
| ۷ | انواع بخش ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان (به جز موارد اشاره شده در بند ۸)، BMT، بخش بارداری پرخطر و بلوک زایمان سطح ۳ | سطح هفت | $1,40 \times N$ |
| ۸ | اورژانس، ICU جراحی قلب اطفال و ICU پیوند                                                                                                | سطح هشت | $1,60 \times N$ |

**تبصره ۳:** سطوح سختی مراقبت بخش، ثابت بوده و هیات می‌تواند سطوح تعیین شده را قبل از عقد تفاهم‌نامه، با توجه به سیاست‌ها و دلایل توجیهی مناسب و در شرایط خاص، حداکثر در ۱۵٪ بخش‌های تشخیصی و درمانی خود، تا یک سطح، تغییر (کاهش یا افزایش) دهد.

**تبصره ۴:** درجه سختی مراقبت برای بخش‌هایی که در جدول شماره (۱) این ماده ذکر نشده‌اند، به پیشنهاد کارگروه، به تصویب شورا خواهد رسید.

**تبصره ۵:** در مواردی که در یک بخش، دو یا چند نوع تخت مصوب مطابق نظام سطح‌بندی وجود دارد که ضرایب سختی مراقبت متفاوتی براساس جدول شماره (۱) دارند، ملاک تعیین ضریب سختی مراقبت بخش، میانگین وزنی ضرایب جدول شماره (۱) بر حسب تعداد تخت می‌باشد.

**تبصره ۶:** در صورتی که میانگین مبلغ کارانه فعلی کارکنان گروه پرستاری و مامایی هر بخش، بیش از کارانه تعدیل شده براساس جدول شماره (۱) باشد، میانگین مبلغ کارانه فعلی، مبنای محاسبه خواهد بود.

**تبصره ۷:** تنها بخشی از کارانه کارکنان گروه پرستاری و مامایی هر بخش تعدیل می‌گردد که قبلاً از محل صندوق سهم کارکنان غیرپزشک پرداخت شده باشد. این کارانه شامل مبالغ حاصل از ۲۰ و ۲۵ درصد سهم کارکنان موضوع بند (۱) نحوه محاسبه و پرداخت حق‌الزحمه مشارکت کارکنان غیرپزشک دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها-مصوب سال ۱۳۷۸ می‌باشد.

سایر کارانه‌های تشویقی مانند کارانه تشویقی طرح تحول سلامت، تشویق از محل سهم در اختیار ریاست موضوع تبصره یک ذیل بند (۳) دستورالعمل نحوه محاسبه و پرداخت حق‌الزحمه مشارکت کارکنان غیرپزشک نظام نوین اداره بیمارستان‌ها-مصوب سال ۱۳۷۸ و کارانه تشویقی برنامه ترویج زایمان طبیعی طرح تحول نظام سلامت موضوع بخشنامه شماره ۴۳۱۱/۴۰۰-د مورخ ۱۳۹۳/۳/۱۲، مشمول محاسبات تعدیل نمی‌شوند.

**تبصره ۸:** پس از تعدیل کارانه گروه پرستاری و مامایی براساس سختی مراقبت (براساس جدول شماره ۱)، متوسط ماهیانه کارانه فعلی منشی‌ها و نیروهای خدماتی و سایر کارکنان غیرگروه پرستاری و مامایی بخش به سرجمع کارانه تعدیل یافته ماهیانه بخش، اضافه و براساس کتاب تعدیل می‌گردد.

**تبصره ۹:** در بلوک زایمان، پس از محاسبه کارانه تعدیل یافته براساس جدول شماره (۱)، متوسط ماهیانه کارانه از محل انجام زایمان با مسئولیت مشترک ماما و متخصص، موضوع بخشنامه شماره ۱۰۱۹۲۶ مورخ ۱۳۸۷/۳/۲۶ وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بازه زمانی محاسبات کارانه، به سرجمع کارانه تعدیل یافته ماهیانه بلوک، اضافه و براساس کتاب تعدیل می‌گردد.

#### ج-۲: تعدیل براساس کتاب

تنها در سال اول اجرای این دستورالعمل، کارانه تعدیل شده بند ج-۱، براساس متوسط میزان رشد کارکرد پزشکان با اجرای کتاب، تعدیل می‌گردد:

متوسط رشد کارکرد پزشکان با اجرای کتاب در بیمارستان × کارانه تعدیل شده براساس بند ج-۱ = کارانه نهایی تعدیل شده بخش  
**تبصره ۱۰:** رشد کارکرد پزشکان با اجرای کتاب توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع موسسه به هیات ابلاغ می‌گردد.

**ماده ۲۲:** در پایان هر ماه، درآمد قابل توزیع ماهیانه بخش به روش زیر محاسبه می‌شود:

$$DDI = DP \times DBI_p \times DQI$$

DP: درصد سهم کارکنان از درآمد بخش

DDI<sup>۱۰</sup>: درآمد قابل توزیع ماهیانه بخش

DBI<sub>p</sub>: درآمد مبنای بخش در پایان هر ماه

DQI<sup>۱۱</sup>: ضریب کیفی عملکرد بخش

**تبصره ۱:** درآمد مبنا (DBI<sub>p</sub>) و درآمد قابل توزیع (DDI) در پایان هر ماه توسط واحد حسابداری با همکاری واحد فناوری اطلاعات بیمارستان محاسبه و به طور مکتوب به مدیران واحد مجری اعلام می‌گردد.

<sup>۱۰</sup>Depatment Distributable Income

<sup>۱۱</sup>Depatment Quality Index

**تبصره ۲:** در شرایط خاص، در صورتی که درآمد قابل توزیع در هر یک از ماه‌های سال (DDI)، در هر یک از بخش‌های بیمارستان، از رقم اضافه‌کاری بخش کمتر باشد، هیأت مکلف است حداقل مبلغ قابل توزیع را معادل رقم ریالی اضافه‌کاری بخش تعیین و پرداخت نماید؛ به گونه‌ای که هر یک از کارکنان بخش حداقل معادل اضافه‌کاری خود دریافت داشته باشند. در صورت استمرار این وضعیت، هیأت مکلف است جهت اصلاح درصد سهم بخش تصمیم‌گیری نماید.

**تبصره ۳:** ضریب کیفی عملکرد بخش (DQI)، ضریبی بین ۰/۸ تا ۱/۱ می‌باشد که هر سه ماه یک بار و با استفاده از فرم ارزشیابی ۵۵۰ امتیازی سنجیده می‌شود (فرم ارزشیابی در پیوست شماره ۲ ضمیمه می‌باشد):

$$DQI = 500 \div \text{امتیاز کسب شده بخش}$$

**تبصره ۴:** در صورتی که بیش از ۳۰٪ تعداد بخش‌های تشخیصی و درمانی بیمارستان، امتیازی بالاتر از ۵۰۰ کسب نمایند، به بخشی که بالاترین امتیاز را کسب نموده است، ضریب یک داده می‌شود و ضریب کیفی عملکرد برای سایر بخش‌ها متناسب با بالاترین بخش (ضریب یک)، تنظیم می‌گردد.

**تبصره ۵:** حداقل ضریب کیفی عملکرد (DQI) بخش ۰/۸ است و در صورتی که بخشی کمتر از ۸۰٪ امتیازات ارزشیابی را کسب نموده باشد، ضریب کیفی عملکرد برای آن بخش، معادل ۰/۸ در نظر گرفته می‌شود.

**ماده ۲۳:** در موارد خاص، در صورتی که درآمد مبنای بخش ( $DBI_1$ )، کمتر از مجموع کارانه تعدیل شده (SAR) و اضافه‌کار کارکنان (SO) بخش باشد، سقف درصد سهم کارکنان از درآمد بخش (DP) معادل ۱۰۰٪ درآمد مبنای بخش خواهد بود و مابقی از محل سهم مدیریت (موضوع ماده ۳۲)، جبران می‌گردد.

**ماده ۲۴:** در صورتی که از بخش جدیدی در بیمارستان بهره‌برداری گردد، تا سه ماه اول، DDI (مبلغ قابل توزیع) به روش زیر محاسبه می‌شود و از ماه چهارم، DDI همانند سایر بخش‌های تشخیصی و درمانی محاسبه می‌شود و میانگین درآمد در این سه ماه، ملاک محاسبه  $DBI_1$  خواهد بود.

DDI در سه ماه اول، مجموع اضافه‌کاری (بر مبنای متوسط کارکنان هم‌رده در آن بیمارستان) و کارانه (بر مبنای، متوسط گروه پرستاری و مامایی تعدیل شده نهایی)، می‌باشد.

## فصل پنجم: پرداخت عملکردی واحدهای پشتیبان

**ماده ۲۵:** در واحدهای پشتیبان محاسبات پرداخت عملکردی در سه مرحله صورت می‌گیرد. ابتدا سهم واحدهای پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان محاسبه می‌شود. سپس بر اساس آن، سهم هر واحد از مجموع واحدهای پشتیبان تعیین می‌شود و در انتها نیز سهم هر فرد در واحد محل فعالیت خود، تعیین می‌گردد.

**ماده ۲۶:** در واحدهای پشتیبان، درصدی از درآمد مبنای بیمارستان، کسر و مبنای پرداخت عملکردی به کارکنان شاغل در کل واحدهای پشتیبان قرار می‌گیرد. این سهم، فقط سالیانه یک‌بار محاسبه و تا یک سال (پایان مدت تفاهم‌نامه‌ها)، بدون تغییر خواهد بود و با افزایش یا کاهش تعداد نیروی انسانی، ثابت خواهد بود. این سهم به روش زیر محاسبه می‌گردد:

$$LP = \frac{\sum(SOA + SARA)}{HBI} \times 100$$

<sup>۱۲</sup>LP: درصد سهم کل واحدهای پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان

SOA: میانگین ماهیانه یک‌ساله اضافه‌کار کارکنان واحدهای پشتیبان

SARA: میانگین ماهیانه یک‌ساله کارانه تعدیل شده کارکنان واحدهای پشتیبان

<sup>۱۳</sup>HBI: میانگین ماهیانه یک‌ساله درآمد مبنای بیمارستان

**الف) درآمد مبنا در سطح بیمارستان (HBI):**

درآمد مبنا در سطح بیمارستان به روش زیر محاسبه می‌شود:

$$HBI = HGI - (HD + HMI)$$

HBI: درآمد مبنای بیمارستان

<sup>۱۴</sup>HGI: درآمد ناخالص بیمارستان

<sup>۱۵</sup>HD: کسورات کل بیمارستان

<sup>۱۶</sup>HMI: درآمد حاصل از فروش دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی بیمارستان

<sup>۱۲</sup> Logistics Percentage

<sup>۱۳</sup> Hospital Base Income

<sup>۱۴</sup> Hospital Gross Income

<sup>۱۵</sup> Hospital Deductions

<sup>۱۶</sup> Hospital Medicine Income

**تبصره ۱: در شروع طرح، متوسط ماهیانه درآمد مبنای بیمارستان (HBI) براساس متوسط ماه‌های اجرای کتاب محاسبه خواهد شد.**

**ب) اضافه کاری واحدها (SO):**

در شروع طرح، میانگین ماهیانه پنج ماهه اول سال ۱۳۹۳ (ماه‌های اردیبهشت تا شهریور) کلیه کارکنان واحد، براساس اسناد حسابداری و تائید معاونت توسعه مدیریت و منابع موسسه، ملاک محاسبه اضافه کاری خواهد بود.

**تبصره ۲: در محاسبه کارانه و اضافه کار واحدها، در صورتی که فردی بین دو یا چند واحد به طور مشترک فعالیت نماید، کارانه و اضافه کار وی متناسب با میزان فعالیت در سطح هر یک از واحدها، تقسیم می‌شود.**

**ج) کارانه تعدیل شده واحدها (SAR):**

به منظور تعدیل کارانه کارکنان، متوسط کارانه ماهیانه یک سال گذشته (در شروع طرح، از مهرماه ۱۳۹۲ تا شهریورماه ۱۳۹۳)، براساس دو معیار «نوع کار واحد» و «ضریب رشد ناشی از اجرای کتاب» تعدیل می‌گردد:

**ج- ۱: تعدیل براساس نوع کار واحد:**

برای تعدیل کارانه براساس نوع کار واحد، واحدهای بیمارستان در ۸ سطح به شرح جدول شماره (۲)، تقسیم‌بندی شده‌اند. مبنای تعدیل کارانه، میانگین ماهیانه کارانه دریافتی کلیه کارکنان شاغل در واحدهای سطح یک در جدول شماره (۲)، می‌باشد که با حرف L نشان داده شده است.

جدول (۲): ضرایب تعدیل کارانه براساس نوع کار واحدهای پشتیبان

| ردیف | نام واحد                                                                                                                                                                                                                                                                                       | سطح نوع کار واحد | ضریب تعدیل نسبت به مبلغ کارانه ملاک تعدیل |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------|
| ۱    | واحدهای مخابرات، نگهداری فضای سبز و باغبانی، دبیرخانه و بایگانی اداری، خیاطخانه و تایپ                                                                                                                                                                                                         | سطح یک           | $1 \times L$                              |
| ۲    | واحدهای مهدکودک، سمعی و بصری، سردخانه (Morgue)، واحد نیروهای خدماتی شاغل در واحدهای پشتیبان                                                                                                                                                                                                    | سطح دو           | $1,10 \times L$                           |
| ۳    | واحدهای امور انبارها، جمع‌داری اموال (امین اموال)، آشپزخانه، روابط عمومی، کتابخانه و خدمات آموزشی                                                                                                                                                                                              | سطح سه           | $1,20 \times L$                           |
| ۴    | واحدهای مددکاری اجتماعی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و طب کار، آمبولانس، امحاء زباله، تغذیه بیمارستان، دفتر فنی (ساخت‌مان و آتش‌نشانی)، تأسیسات، تحقیق و توسعه، برنامه‌ریزی، نگهبانی و انتظامات، کارگزینی و امور اداری، کارپردازی و تدارکات، امور قراردادهای، امور حقوقی و رختشوی‌خانه (لندری) | سطح چهار         | $1,30 \times L$                           |
| ۵    | واحدهای استریلیزاسیون مرکزی (CSR)، آمار و مدارک پزشکی، حراست، صندوق، پذیرش، فناوری اطلاعات و تجهیزات پزشکی                                                                                                                                                                                     | سطح پنج          | $1,50 \times L$                           |
| ۶    | واحدهای ارزشیابی عملکرد (اعتباربخشی و بهبود کیفیت)، حسابداری، درآمد و بیمه‌گری، ترخیص و اقتصاد درمان                                                                                                                                                                                           | سطح شش           | $2,5 \times L$                            |
| ۷    | دفتر پرستاری، واحد کنترل عفونت (به‌صورت واحد مستقل از دفتر پرستاری)                                                                                                                                                                                                                            | سطح هفت          | $3 \times L$                              |
| ۸    | حوزه مدیریت بیمارستان (شامل رئیس یا مدیرعامل بیمارستان، مدیر پرستاری (مترون)، مدیر مالی، مدیر یا معاون پشتیبانی و سایر معاونین بیمارستان)                                                                                                                                                      | سطح هشت          | $4 \times L$                              |

تبصره ۳: تبصره‌های (۴)، (۶)، (۷) و (۸) ماده ۲۱، در واحدهای پشتیبان نیز جاری است.

تبصره ۴: برای محاسبه سهم حوزه مدیریت بیمارستان، معادل ۳ برابر متوسط کارانه تعدیل شده نهایی و اضافه‌کار هر یک از اعضای حوزه مدیریت، به عنوان کارانه و اضافه‌کار رئیس یا مدیرعامل بیمارستان و معادل ۲ برابر متوسط کارانه تعدیل شده نهایی و اضافه‌کار هر یک از اعضای حوزه مدیریت به عنوان

کارانه و اضافه‌کار معاون درمان، معاون آموزشی و معاون پشتیبانی در مواردی که پزشک باشند، به مجموع مبالغ مندرج در صورت کسر حوزه مدیریت بیمارستان، اضافه می‌گردد. رئیس/مدیرعامل بیمارستان و معاونین پزشک وی تنها در صورتی از مزایای این تبصره بهره‌مند می‌شوند که در ساعات اداری (۸:۰۰ الی ۱۵:۰۰) هیچ‌گونه فعالیت تشخیصی و درمانی نداشته باشند.

#### ج-۲: تعدیل براساس کتاب

تنها در سال اول اجرای این دستورالعمل، کارانه تعدیل شده بند ج-۱، براساس متوسط میزان رشد کارکرد پزشکان با اجرای کتاب، تعدیل می‌گردد:

۷۵٪ × متوسط رشد ناشی از اجرای کتاب × کارانه تعدیل شده براساس بند ج-۱ = کارانه نهایی تعدیل شده واحدها

تبصره ۵: رشد کارکرد پزشکان با اجرای کتاب توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع موسسه به هیات ابلاغ می‌گردد.

ماده ۲۷: سهم هر واحد از مجموع واحدهای پشتیبان، سالیانه یک‌بار و در شروع اجرای دستورالعمل تعیین می‌گردد و برای مدت یک سال (پایان مدت تفاهم‌نامه)، ثابت خواهد بود و با افزایش یا کاهش تعداد نیروی انسانی، این میزان تغییر نخواهد کرد:

$$UP = \frac{\sum(USOA + USARA)}{OR} \times 100$$

UP<sup>۱۷</sup>: درصد سهم هر واحد از واحدهای پشتیبان

USOA<sup>۱۸</sup>: میانگین ماهیانه یک‌ساله اضافه‌کار کارکنان هر واحد

USARA<sup>۱۹</sup>: میانگین ماهیانه یک‌ساله کارانه تعدیل شده کارکنان هر واحد

OR<sup>۲۰</sup>: مبلغ ریالی مجموع کارانه تعدیل شده و اضافه‌کار واحدهای پشتیبان (صورت کسر ماده ۲۶)

ماده ۲۸: درآمد قابل توزیع ماهانه هر واحد به روش زیر محاسبه می‌شود:

$$UDI = UP \times LI \times UQI$$

UDI<sup>۲۱</sup>: درآمد قابل توزیع ماهانه هر واحد

<sup>۱۷</sup> Unit Percentage

<sup>۱۸</sup> Unit Staff Overtime Average

<sup>۱۹</sup> Unit Staff Adjusted Reward Average

<sup>۲۰</sup> Over time and Reward

<sup>۲۱</sup> Unit Distributable Income

<sup>۲۲</sup>UQI: ضریب کیفی عملکرد واحد (فرم ارزشیابی در پیوست شماره ۳، ضمیمه می‌باشد)

UP: درصد سهم هر واحد پشتیبان

<sup>۲۳</sup>LI: مبلغ ریالی کل واحدهای پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان (HBI) در هر ماه

تبصره: تبصره‌های (۱)، (۲)، (۳)، (۴) و (۵) ماده ۲۲ و ماده ۲۳ به محاسبات مذکور در این ماده نیز جاری

است. تنها در تبصره (۳) ماده ۲۲، امتیاز کیفیت هر واحد به جای ۵۰۰، بر ۱۰۰ تقسیم می‌شود.

### فصل ششم: بازتوزیع درآمد در سطح فرد

ماده ۲۹: درآمد قابل توزیع ماهانه بخش/واحد (موضوع مواد ۲۲ و ۲۸) براساس ملاک‌های ذیل میان

کارکنان شاغل در هر بخش/واحد، توزیع می‌گردد:

الف) امتیاز حضور.

ب) امتیاز نوع شغل.

ج) ضریب کیفی عملکرد فرد.

الف) امتیاز حضور

برای محاسبه امتیاز حضور، ضریب حضور در ساعات موظف برابر (۱) و ضریب حضور در ساعات

غیرموظف برابر (۲,۸) در نظر گرفته شده است:

۱ × ساعات حضور موظف = امتیاز حضور در ساعات موظف

۲,۸ × ساعات حضور غیرموظف = امتیاز حضور در ساعات غیرموظف

تبصره ۱: ملاک محاسبه امتیاز حضور در ساعات موظف و غیرموظف برای کارکنان شاغل در بخش‌های

تشخیصی درمانی، قوانین و مقررات مربوطه می‌باشد. به عنوان مثال، برای کارکنان گروه پرستاری و

مامایی که در بالین فعالیت می‌کنند، امتیاز حضور براساس قانون ارتقا بهره‌وری محاسبه می‌گردد.

تبصره ۲: امتیاز حضور برای کارکنانی که از سایر واحدهای تابعه موسسه و یا سایر بیمارستان‌های غیرتابعه

موسسه، در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های ویژه وابسته به صورت اضافه‌کاری فعالیت می‌کنند، در صورت

<sup>۲۲</sup> Unit Quality Index

<sup>۲۳</sup> Logistics Income

تکمیل ساعات موظفی در مبدا کل، زمان حضور (براساس تایمکس)، به صورت غیرموظف در نظر گرفته می‌شود.

تبصره ۳: به ازای هر ۴ ساعت آنکالی، یک امتیاز به امتیاز حضور کارکنان در ساعات موظف، اضافه می‌گردد. روزها و ساعات آنکالی در هر بخش/واحد به پیشنهاد مدیران واحد مجری به تأیید هیات می‌رسد.

### ب) امتیاز نوع شغل

امتیاز نوع شغل براساس «امتیاز شغل» و «امتیاز مدرک تحصیلی» به روش ذیل، محاسبه می‌گردد:

$$\text{امتیاز مدرک تحصیلی} \times \text{امتیاز شغل} = \text{امتیاز نوع شغل}$$

امتیاز شغل و امتیاز مدرک تحصیلی براساس جداول شماره (۳)، (۴) و (۵) تعیین می‌گردد:

جدول (۳): امتیاز شغل کارکنان شاغل در بخش‌های تشخیصی و درمانی

| ردیف | شغل                                                                                                                                                                                                                                                        | امتیاز نوع شغل* |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ۱    | سوپروایزر اورژانس و اتاق عمل                                                                                                                                                                                                                               | ۷,۵             |
| ۲    | سرپرستار/مامای مسئول بخش، سوپروایزر آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیوتراپی، مسئول تکنسین‌های داروخانه، مسئولین واحدهای توانبخشی و پیراپزشکی                                                                                                                     | ۷               |
| ۳    | پرستار/مامای شاغل در بخش، تکنسین/کاردان/کارشناس اتاق عمل و بیهوشی، رادیولوژی، داروخانه، تکنولوژیست‌ها و کاردان/کارشناس پرتوکار پزشکی هسته‌ای، کارشناس رادیوتراپی، کارشناسان دارای پروانه فعالیت، کاردان/کارشناس واحدهای توانبخشی، کاردان/کارشناس آزمایشگاه | ۴               |
| ۴    | بیبیار و منشی بخش                                                                                                                                                                                                                                          | ۳,۵             |
| ۵    | کمک بیبیار                                                                                                                                                                                                                                                 | ۲,۸             |
| ۶    | نیروهای خدماتی بخش                                                                                                                                                                                                                                         | ۲,۵             |

\* ملاک امتیاز شغل برای هر فرد بر اساس جدول شماره (۳) شغل فعلی فرد می‌باشد و پست یا ردیف سازمانی ملاک تعیین امتیاز نخواهد بود.

جدول (۴): امتیاز شغل کارکنان واحدهای پشتیبان و تیم مدیریت بیمارستان

| ردیف | نوع شغل                                                                                   | امتیاز نوع شغل* |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ۱    | رئیس/مدیرعامل بیمارستان                                                                   | ۱۵              |
| ۲    | مترون، مدیر، معاونین بیمارستان                                                            | ۱۰              |
| ۳    | سوپروایزرهای بیمارستان (درگرددش، کنترل عفونت، آموزش و بالینی) و رئیس امور مالی و حسابداری | ۹               |
| ۴    | رئیس واحد                                                                                 | ۷               |
| ۵    | کارکنان واحد                                                                              | ۴               |
| ۶    | مسئول دفتر                                                                                | ۳               |
| ۷    | منشی واحد                                                                                 | ۲               |
| ۸    | نیروی خدماتی                                                                              | ۱,۷۵            |

\* ملاک امتیاز شغل برای هر فرد بر اساس جدول شماره (۴)، شغل فعلی فرد می‌باشد و پست یا ردیف سازمانی ملاک تعیین امتیاز نخواهد بود.

جدول (۵): امتیاز مدرک تحصیلی کارکنان غیرپزشک و تیم مدیریت بیمارستان

| ردیف | مدرک تحصیلی                        | امتیاز مدرک تحصیلی |
|------|------------------------------------|--------------------|
| ۱    | متخصص، فوق تخصص و فلوشیپ           | ۴,۵                |
| ۲    | دکترای تخصصی                       | ۳,۵                |
| ۳    | پزشک/دندانپزشک عمومی/داروساز عمومی | ۲,۴                |
| ۴    | کارشناس ارشد                       | ۲                  |
| ۵    | کارشناس                            | ۱,۷                |
| ۶    | کاردان                             | ۱,۴                |
| ۷    | دیپلم                              | ۱,۲                |
| ۸    | کمتر از دیپلم                      | ۱,۱                |

### ج) ضریب کیفی عملکرد فرد

ضریب کیفی عملکرد فرد، ضریبی بین ۰/۸ تا ۱/۱ می‌باشد که هر سه ماه یک بار و با استفاده از

پرسشنامه ۱۱۰ امتیازی و براساس پیوست شماره ۴ سنجیده می‌شود.

۱۰۰ ÷ امتیاز کسب شده = ضریب کیفی عملکرد فرد

**تبصره ۴:** حداقل ضریب کیفی عملکرد فرد  $\frac{0}{8}$  است و در صورتی که فردی کمتر از  $\frac{80}{100}$  امتیازات ارزشیابی را کسب نموده باشد، ضریب کیفی عملکرد برای آن فرد، معادل  $\frac{0}{8}$  در نظر گرفته می‌شود.

**ماده ۳۰:** پرداخت عملکردی هر یک از کارکنان در بخش/واحد، براساس امتیازات هر فرد و به روش ذیل تعیین می‌گردد:

ضریب کیفی عملکرد فرد  $\times$  امتیاز نوع شغل  $\times$  امتیاز حضور موظف = امتیاز موظف فرد

ضریب کیفی عملکرد فرد  $\times$  امتیاز نوع شغل  $\times$  امتیاز حضور غیرموظف = امتیاز غیرموظف فرد

مجموع کل امتیاز کارکنان بخش/واحد  $\div$  درآمد قابل توزیع بخش = مبلغ هر امتیاز

مبلغ هر امتیاز  $\times$  امتیاز موظف فرد = پرداخت عملکردی ساعات موظف فرد

مبلغ هر امتیاز  $\times$  امتیاز غیرموظف فرد = پرداخت عملکردی ساعات غیرموظف فرد

**تبصره ۱:** برای بخش‌های تشخیصی و درمانی، از تیرماه سال ۱۳۹۴، علاوه بر سه شاخص مذکور در این ماده، امتیاز خدمت نیز اضافه خواهد شد. نحوه محاسبه امتیاز خدمت در پیوست شماره (۵) ذکر شده است.

ضریب کیفی عملکرد فرد  $\times$  امتیاز نوع شغل  $\times$  (امتیاز خدمت در ساعات موظف + امتیاز حضور موظف) = امتیاز موظف فرد

ضریب کیفی عملکرد فرد  $\times$  امتیاز نوع شغل  $\times$  (امتیاز خدمت در ساعات غیرموظف + امتیاز حضور غیرموظف) = امتیاز غیرموظف فرد

**تبصره ۲:** پرداخت عملکردی کارکنان، در فیش پرداختی در دو ردیف جداگانه عیناً مطابق عین عبارت ذیل درج می‌گردد:

الف) پرداخت عملکردی ساعات موظف (کارانه).

ب) پرداخت عملکردی ساعات غیرموظف (اضافه‌کاری و کارانه).

**ماده ۳۱:** در صورتی که هر یک از کارکنان در بیش از یک بخش/واحد فعالیت نمایند، هیأت مکلف است عملکرد فرد را به تفکیک فعالیت، ثبت و پرداخت عملکردی را به تفکیک هر بخش/واحد محاسبه و پرداخت نماید.

**تبصره:** در صورت اشتغال کارکنان گروه پزشکی یا پیراپزشکی در واحدهای پشتیبان، دریافت عملکردی مطابق پرداخت در واحدهای پشتیبان خواهد بود.

## فصل هفتم: سهم مدیریت

**ماده ۳۲:** حداکثر تا نیم درصد از درآمد مبنای بیمارستان، با تصویب کارگروه، کسر و جهت هزینه‌کرد در موارد ذیل در اختیار هیات قرار می‌گیرد تا براساس شیوه‌نامه‌ای که به تصویب هیات می‌رسد، به ترتیب اولویت در سرفصل‌های زیر هزینه گردد:

- ترمیم پرداختی کارکنان بخش‌های تشخیصی و درمانی که درآمد مبنای بخش کمتر از مجموع کارانه تعدیل شده و اضافه‌کار کارکنان قبل از شروع طرح می‌باشد (موضوع ماده ۲۳ این دستورالعمل).

- ترمیم پرداخت عملکردی کارکنان غیرپزشک بخش/واحد‌های بیمارستان.

- ارتقای امور رفاهی کارکنان.

- پرداخت تشویقی به کارکنانی که عملکرد برجسته آنها در بهبود عملکرد بیمارستان، تاثیرگذار بوده است.

- حق مسئول فنی بیمارستان.

**تبصره:** پرداخت از محل سهم مدیریت به رئیس بیمارستان به جز مسئول فنی (به عنوان حق مسئولیت فنی) مجاز نمی‌باشد.

## فصل هشتم: پاداش عملکرد سالانه

**ماده ۳۳:** درصدی از مابه‌التفاوت تراز مالی بیمارستان، در صورت احراز مجموع شرایط ذیل، به عنوان پاداش سالانه، با تایید کارگروه به عنوان پرداخت عملکردی، میان مدیران و مسئولین هر بیمارستان توزیع می‌گردد:

۱. مثبت بودن تراز مالی بیمارستان (با در نظر گرفتن درآمد کل و هزینه کل بیمارستان).

۲. بهبود یا عدم کاهش در درجه اعتبار بخشی بیمارستان.

۳. افزایش میزان رضایت‌مندی بیماران.

**ماده ۳۴:** افراد ذیل مشمول پرداخت پاداش موضوع ماده ۳۳ این دستورالعمل خواهند بود:

• رئیس/مدیرعامل/سرپرست بیمارستان.

• معاون آموزشی بیمارستان.

• معاون درمان بیمارستان.

• مدیر/معاون پشتیبانی بیمارستان.

• مدیر پرستاری بیمارستان.

• مدیر مالی بیمارستان.

• روسای بخش‌های تشخیصی درمانی.

• سوپروایزرهای بیمارستان.

• سرپرستاران بخش‌ها.

• مسئولین واحدهای پشتیبان بیمارستان.

**تبصره:** میزان پرداخت و نحوه بازتوزیع میان افراد مذکور در این ماده، براساس دستورالعملی است که توسط کارگروه به بیمارستان‌های تابعه ابلاغ خواهد شد.

### **فصل نهم: سهم موسسه از محل درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها**

**ماده ۳۵:** با تصویب کارگروه، سهم موسسه از محل درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های ویژه وابسته به شرح ذیل تعیین می‌گردد:

۱. تا ۵٪ از جزء حرفه‌ای خدمات و مراقبت‌های سلامت و ویزیت جزء حرفه‌ای و تعرفه ویزیت

پزشکان و اعضای هیات علمی در بیمارستان‌های موسسه.

۲. از بیمارستان‌های تک‌تخصصی روان‌پزشکی، سوختگی و کودکان سهم موسسه کسر نمی‌گردد.

همچنین از بیمارستان‌های کم‌درآمد و کلینیک‌های ویژه مستقل کم‌درآمد به تشخیص کارگروه،

سهم موسسه می‌تواند کسر نگردد.

**تبصره ۱:** در مواردی که بخش‌های تشخیصی و درمانی برون‌سپاری شوند و جزء حرفه‌ای بخشی از مفاد

واگذاری باشد، سهم موسسه حداکثر تا ۵٪ از جزء حرفه‌ای خدمات واگذار شده می‌باشد. در صورتی

که جزء حرفه‌ای موضوع قرارداد برون‌سپاری نباشد، موسسه از درآمد حاصل از بخش‌های برون‌سپاری شده سهمی نخواهد داشت.

**تبصره ۲:** این ماده جایگزین ماده ۷ آیین‌نامه مالی و معاملاتی موسسه می‌گردد.

**ماده ۳۶:** کارگروه موظف است منابع حاصل از ماده ۳۵ را به ترتیب اولویت در موارد ذیل هزینه نماید:  
۱. متناسب‌سازی پرداخت کارکنان پزشک و غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های کم‌درآمد تابعه موسسه.

۲. ارتقا کیفیت و بهینه‌سازی استاندارد خدمات تشخیصی و درمانی در بیمارستان‌های کم‌درآمد موسسه.

۳. پرداخت به کارکنان و پزشکان شاغل در ستاد موسسه جهت جذب و ماندگاری نیروی انسانی برجسته با اولویت معاونت‌هایی که از موسسه که در مدیریت و ارتقا بیمارستان‌های موسسه نقش بیشتری دارند.

**تبصره:** کارگروه مکلف است حداقل ۵۰٪ از منابع حاصل از ماده ۳۵ این دستورالعمل را در اولویت (۱) این ماده هزینه نماید.

### **فصل دهم: پرداخت به کارکنان شاغل در اورژانس پیش‌بیمارستانی**

**ماده ۳۷:** با توجه به لزوم بهره‌مندی کارکنان شاغل در اورژانس پیش‌بیمارستانی از مزایای درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها، ۱/۵ درصد جزء حرفه‌ای و تعرفه ویزیت پزشکان و اعضای هیات علمی کلیه بیمارستان‌های تابعه موسسه در اختیار معاونت درمان موسسه قرار می‌گیرد تا توسط رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی موسسه جهت تشویق کارکنان و پزشکان شاغل در اورژانس پیش‌بیمارستانی در قالب آیین‌نامه مربوطه، بازتوزیع گردد.

**تبصره:** این ماده جایگزین مصوبه قبلی هیات امنای موسسه در خصوص پرداخت به کارکنان شاغل در اورژانس پیش‌بیمارستانی می‌شود.

### **فصل یازدهم: سایر مقررات مربوطه**

**ماده ۳۸:** با تصویب این دستورالعمل کلیه بخشنامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مغایر با آن کان‌لم‌یکن تلقی می‌گردند.

**ماده ۳۹:** این دستورالعمل در ۱۱ فصل، ۳۹ ماده و ۴۵ تبصره مورد تصویب هیات امنای موسسه قرار گرفت و از تاریخ ۱۳۹۳/۷/۱ در کلیه مراکز مشمول لازم‌الاجرا می‌باشد.



**دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و اعضای هیات علمی شاغل  
در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**زمستان ۱۳۹۳**

## فهرست مطالب

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| فصل اول: تعاریف.....                                                     | ۳  |
| فصل دوم: کلیات.....                                                      | ۶  |
| فصل سوم: نحوه محاسبه پرداخت عملکردی پزشکان.....                          | ۸  |
| فصل چهارم: پرداخت کمک هزینه دستیاران دوره تخصصی، فلوشیپ و فوق تخصصی..... | ۱۲ |
| فصل پنجم: پرداخت به اعضای هیات علمی غیرپزشک.....                         | ۱۴ |
| فصل ششم: سایر مقررات مربوطه.....                                         | ۱۶ |

## فصل اول: تعاریف

**ماده ۱:** در این آیین‌نامه، اصطلاحات در معانی مشروح ذیل به کار می‌روند:

### الف) جزء حرفه‌ای

جزء حرفه‌ای، نشان‌دهنده تلاش، مهارت و ریسک ارائه خدمت می‌باشد. ملاک اصلی محاسبه جزء حرفه‌ای، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب‌نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت۵۰۹۸۲-هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیات محترم وزیران است. بر این اساس، در کلیه مواردی که در ستون «واحد ارزش نسبی» یک ارزش نسبی درج شده است، عدد مربوطه نشان‌دهنده جزء حرفه‌ای خدمت مربوطه می‌باشد. برای دیگر خدماتی که دارای سه ارزش نسبی می‌باشند، ارزش نسبی میانی، نشان‌دهنده جزء حرفه‌ای خدمت مربوطه است. ملاک محاسبه کارکرد هر پزشک، مجموع جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده توسط هر پزشک می‌باشد. سایر خدماتی که به عنوان جزء حرفه‌ای در نظر گرفته می‌شوند، عبارتند از:

❖ صد درصد درآمد حاصل از تعرفه ویزیت در درمانگاه و کلینیک ویژه غیرمستقل موسسه با احتساب درآمد حاصل از برنامه ارتقا کیفیت خدمات ویزیت در طرح تحول نظام سلامت.

❖ صد درصد درآمد حاصل از بخش عملکردی برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و یا درآمد حاصل از تعرفه ترجیحی مناطق محروم.

❖ درآمد حاصل از ۳۰٪ تعرفه هتلینگ انواع بخش‌های ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان.

❖ در خصوص دکترای تخصصی داروسازی، ۱ تا ۲٪ از فروش دارو و ملزومات پزشکی به پیشنهاد هیات و تصویب کارگروه و ۱۰۰٪ کارکرد داروساز براساس جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده، به عنوان کارکرد داروساز منظور می‌شود.

پروتزها، لوازم مصرفی پزشکی و یا داروهایی که به نرخ خرید توسط داروخانه عرضه می‌شوند و فاقد سود می‌باشند، از مجموع فروش داروخانه حذف خواهند شد.

❖ موارد ذیل از شمول محاسبات جزء حرفه‌ای خارج می‌باشند:

۱. حکم حقوقی پزشک متخصص، فوق تخصص و فلوشیپ درمانی یا عضو هیات علمی و پزشک عمومی.
۲. بخش ثابت حق الزحمه برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم.
۳. حق الزحمه آنکالی و مقیمی (به استثنای درآمد حاصل از ۳۰٪ تعرفه هتلینگ انواع بخش ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان).
۴. حق محرومیت از مطب.

۵. جزء حرفه‌ای خدماتی که به بیمار در قالب زنجیره تامین و در خارج از بیمارستان ارائه می‌گردد.

۶. کسورات بیمه‌ای ناشی از عملکرد پزشک.

ب) کلینیک ویژه مستقل:

کلینیک ویژه مستقل واحدی از موسسه است که به لحاظ اداری و مالی مستقل می‌باشد و توسط هیات مدیره‌ای به انتخاب پزشکان شاغل در آن و با حضور ناظر دانشگاه، اداره می‌شود و تامین کلیه هزینه‌های مربوط به اداره کلینیک از جمله کلیه هزینه‌های نیروهای انسانی غیرپزشک، کارانه پزشکان و سایر هزینه‌های نگهداری و پشتیبانی به طور کامل از محل درآمدهای آن که به حساب درآمدهای اختصاصی موسسه واریز می‌گردد، تامین می‌شود. نحوه هزینه‌کرد درآمدهای کلینیک ویژه مستقل برای پزشکان و کارکنان غیرپزشک از شمول این دستورالعمل مستثنی می‌باشد.

ج) کلینیک ویژه وابسته:

در صورتی که کلینیک ویژه به لحاظ اداری و مالی وابسته به بیمارستان یا موسسه باشد و همه یا بخشی از هزینه‌های آن توسط بیمارستان یا موسسه تامین شود، به عنوان یکی از بخش‌های تشخیصی و درمانی بیمارستان یا موسسه محسوب شده و پرداخت به پزشکان و کارکنان غیرپزشک شاغل در آن براساس چارچوب‌های تعیین شده در این دستورالعمل، صورت می‌گیرد.

د) پزشکان تمام وقت جغرافیایی:

به استناد تصویبنامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ هـ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیات محترم وزیران، پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی، به آن دسته از پزشکان اطلاق می‌شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی-درمانی و یا مراکز درمانی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت

انتفاعی در زمینه خدمات تشخیصی و درمانی خارج از مراکز دانشگاهی را نخواهند داشت. پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی در این دستورالعمل به اختصار «پزشک تمام‌وقت» نامیده می‌شوند.

هـ) وزارت:

منظور از «وزارت»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

و) موسسه:

کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این دستورالعمل به اختصار «موسسه» نامیده می‌شوند.

ز) شورا و دبیرخانه شورا:

منظور از «شورا»، شورای برنامه‌ریزی و نظارت بر توزیع درآمد اختصاصی مستقر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که مطابق دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌شود.

ح) کارگروه:

منظور از «کارگروه»، کارگروه توزیع درآمد اختصاصی است که مطابق دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در هر موسسه تشکیل می‌شود.

ط) هیات:

منظور از «هیات»، هیات اجرایی است که مطابق دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، در هر بیمارستان یا کلینیک ویژه وابسته خارج از بیمارستان تشکیل می‌شود.

ی) کتاب:

منظور از «کتاب»، کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت-سال ۱۳۹۳ موضوع تصویبنامه ۷۴۴۵۰/ت-۵۰۹۸۲ مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیات محترم وزیران و اصلاحیه‌های بعدی آن می‌باشد.

## فصل دوم: کلیات

**ماده ۲:** این دستورالعمل جایگزین دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها، موضوع بخشنامه شماره ۱۳۲۵۱ مورخ ۱۳۷۸/۱۰/۱۲ و اصلاحیه‌های بعدی آن می‌گردد. با توجه به لزوم اجرای هماهنگ این دستورالعمل در کلیه موسسات، هر گونه تغییر در مواد و تبصره‌های این دستورالعمل تنها با کسب مجوز مکتوب از دبیرخانه شورا امکان‌پذیر است.

**ماده ۳:** بار مالی اجرای این دستورالعمل در بودجه تفصیلی موسسه از محل درآمد اختصاصی بخش درمان در سال مربوطه، پیش‌بینی می‌شود.

**ماده ۴:** این دستورالعمل از تاریخ ۱۳۹۳/۷/۱ لغایت ۱۳۹۴/۳/۳۱ به صورت آزمایشی اجرا می‌گردد. معاونت درمان وزارت موظف است با همکاری معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت و دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۴/۳/۱۵ ضمن ارائه گزارش عملکرد این دستورالعمل به شورا، نسخه نهایی را جهت تصویب نهایی به هیات امنا ارائه نماید.

**ماده ۵:** در هر بیمارستان حداکثر مجموع رقم پرداختی ماهیانه اسناد هزینه پرداخت به مجموع پزشکان متخصص، فوق‌تخصص و فلوشیپ درمانی و هیات علمی و پزشکان عمومی نمی‌تواند از ۶۰٪ درآمد بیمارستان از محل جزء حرفه‌ای بالاتر باشد.

**تبصره ۱:** در بیمارستان‌های تک‌تخصصی سوختگی، روانپزشکی و اطفال ۵٪ سهم موسسه (که کسر نمی‌گردد) به سهم پزشکان اضافه می‌شود و اسناد هزینه پزشکان تا ۶۵٪ درآمد بیمارستان از محل جزء حرفه‌ای افزایش می‌یابد. در صورت نیاز موسسه می‌تواند از محل سهم خود به این بیمارستان‌ها کمک نماید و سهم پزشکان را از محل جزء حرفه‌ای افزایش دهد.

**تبصره ۲:** در بیمارستان‌های با عملکرد مالی پایین در صورت تصویب کارگروه، سهم موسسه یا کمک‌های موسسه از محل سهم خود، می‌تواند به سهم پزشکان اضافه گردد.

**تبصره ۳:** در صورتی که مجموع مبالغ سهم پزشکان از ۶۰٪ (به استثنای بیمارستان‌های مشمول تبصره ۱) یا (۲) این ماده) بالاتر باشد، به نسبت از مبلغ سهم هر یک از پزشکان کسر می‌گردد.

**ماده ۶:** در هر بیمارستان حداکثر رقم پرداختی ماهیانه اسناد کمک هزینه پرداخت به دستیاران تخصصی، فلوشیپ و فوق تخصصی، نمی‌تواند از مجموع ۲٪ درآمد بیمارستان از محل جزء حرفه‌ای و ۶۰٪ درآمد بیمارستان از محل عملکرد دستیاران به عنوان کمک جراح بالاتر باشد.

**تبصره:** در صورتی که مجموع مبالغ سهم دستیاران از مبالغ حاصل از این ماده بالاتر باشد، به نسبت از مبلغ سهم هر یک از دستیاران کسر می‌گردد.

**ماده ۷:** در موارد ذیل، نحوه محاسبه جزء حرفه‌ای متفاوت خواهد بود:

۱. در صورتی که عمل جراحی یا پروسیجر تشخیصی-درمانی یا ویزیت و مشاوره سرپایی یا بستری به طور مستقیم توسط عضو هیات علمی انجام شود، ۱۰۰٪ ارزش نسبی خدمت مربوطه به عنوان کارکرد عضو هیات علمی محسوب می‌گردد.

۲. در صورتی که عمل جراحی یا پروسیجر تشخیصی-درمانی یا ویزیت و مشاوره سرپایی یا بستری با حضور و نظارت مستقیم عضو هیات علمی انجام شود، ۸۰٪ ارزش نسبی خدمت مربوطه به عنوان کارکرد عضو هیات علمی محسوب می‌گردد.

۳. در صورتی که عمل جراحی یا پروسیجر تشخیصی-درمانی یا ویزیت و مشاوره سرپایی یا بستری با اطلاع و مسئولیت عضو هیات علمی و توسط دستیار واجد شرایط انجام شود، ۵۰٪ ارزش نسبی خدمت مربوطه به عنوان کارکرد عضو هیات علمی محسوب می‌گردد.

۴. در مورد اقدامات تشخیصی که نیاز به تفسیر توسط پزشک وجود دارد، اگر تفسیر توسط عضو هیات علمی صورت گیرد، ۱۰۰٪ ارزش نسبی خدمت مربوطه و در صورتی که تفسیر با نظارت عضو هیات علمی صورت پذیرد، ۵۰٪ ارزش نسبی خدمت مربوطه به عنوان کارکرد عضو هیات علمی محسوب می‌گردد.

تائید موارد (۱) تا (۴) این بند بر عهده هیات و براساس فرم ابلاغی کارگروه خواهد بود.

**ماده ۸:** در بخش‌هایی همچون آزمایشگاه، داروخانه، طب فیزیکی و توانبخشی، پزشکی هسته‌ای، رادیوتراپی و سایر بخش‌های مشابه که به طور همزمان بیش از یک مسئول فنی/پزشک فعالیت می‌کنند، ملاک محاسبه عملکرد هر پزشک، اسناد مهور به مهر هر پزشک خواهد بود.

**ماده ۹:** براساس استانداردهای ابلاغی وزارت، پزشکان مقیم در انواع بخش‌های ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان باید به طور مداوم در بخش حضور داشته باشند و ترک بخش ممنوع می‌باشد.

### فصل سوم: نحوه محاسبه پرداخت عملکردی پزشکان

**ماده ۱۰:** سهم پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص (درمانی یا هیات علمی) با هر نوع رابطه استخدامی یا قراردادی، از کل کارکرد جزء حرفه‌ای به صورت ماهیانه و براساس جدول شماره (۱) محاسبه می‌گردد. این سهم با حرف M مشخص می‌شود و می‌بایست برای هر یک از پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی به طور مجزا محاسبه گردد.

جدول (۱): نحوه محاسبه سهم پزشک درمانی و عضو هیات علمی متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص (M)

| ردیف | ستون اول                                                | ستون دوم                                                     | ستون سوم                                               |
|------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|      | مبلغ کارکرد پزشک<br>براساس جزء حرفه‌ای<br>(میلیون ریال) | سهم پزشک تمام وقت<br>جغرافیایی از مبلغ<br>کارکرد جزء حرفه‌ای | سهم پزشک غیر تمام وقت<br>از مبلغ کارکرد جزء<br>حرفه‌ای |
| ۱    | ۰-۱۰۰                                                   | ۹۰٪                                                          | ۵۵٪                                                    |
| ۲    | ۱۰۰-۲۰۰                                                 | ۷۰٪                                                          | ۵۰٪                                                    |
| ۳    | ۲۰۰-۳۰۰                                                 | ۶۰٪                                                          | ۴۵٪                                                    |
| ۴    | ۳۰۰-۴۰۰                                                 | ۵۰٪                                                          | ۴۰٪                                                    |
| ۵    | ۴۰۰ به بالا                                             | ۴۵٪                                                          | ۴۰٪                                                    |

توضیح: منظور از مبلغ کارکرد پزشک براساس جزء حرفه‌ای (ستون اول)، مجموع مبلغ جزء حرفه‌ای همه خدمات ارائه شده توسط هر یک از پزشکان و اعضای هیات علمی است.

**تبصره ۱:** براساس جدول شماره (۱)، نحوه محاسبه مبلغ سهم برای هر پزشک (M)، به صورت پلکانی می‌باشد. به عنوان مثال، برای پزشک تمام وقتی که کل کارکرد جزء حرفه‌ای وی ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بوده است، برای ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال اول ۹۰٪ و برای ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ دوم، ۷۰٪ پرداخت می‌گردد.

**تبصره ۲:** برای پزشکانی که در دو یا چند بیمارستان یا کلینیک ویژه غیرمستقل اشتغال دارند، کل کارکرد پزشک در مجموعه بیمارستان‌ها و کلینیک‌های ویژه غیرمستقل زیرمجموعه آن موسسه، ملاک محاسبه

کارکرد پزشک از محل جزء حرفه‌ای خواهد بود. در این صورت، سهم پزشک از کل کارکرد جزء حرفه‌ای (M) براساس جدول شماره (۱) این ماده محاسبه و مبلغ مذکور به تناسب کارکرد پزشک در بیمارستان‌های محل فعالیت توسط هر بیمارستان پرداخت می‌شود:

$$X = M \times (W \div T)$$

X: مبلغ پرداختی هر بیمارستان به پزشک

M: سهم پزشک درمانی یا عضو هیات علمی از کارکرد جزء حرفه‌ای در همه بیمارستان‌ها و کلینیک‌های وابسته موسسه براساس جدول شماره (۱) این ماده

W: مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای پزشک در هر بیمارستان

T: مبلغ کل کارکرد جزء حرفه‌ای پزشک در همه بیمارستان‌ها و کلینیک‌های وابسته موسسه

**تبصره ۳:** پله‌های مبالغ کارکرد پزشک براساس جزء حرفه‌ای موضوع ستون اول جدول شماره (۱) این ماده، سالیانه براساس متوسط رشد تعرفه ویزیت و ضریب ریالی حق‌الزحمه بخش دولتی، افزایش خواهد یافت. میزان افزایش هر ساله پس از ابلاغ تعرفه‌های جدید، توسط شورا ابلاغ می‌گردد.

**تبصره ۴:** کارگروه می‌تواند حسب شرایط و صلاحدید و با رعایت ماده (۵) این دستورالعمل، ستون دوم و سوم جدول شماره (۱) را برای هر یک از بیمارستان‌ها، تا ۱۰٪ افزایش یا کاهش دهد. درخواست این تغییر به پیشنهاد کارگروه، به تصویب دبیرخانه شورا خواهد رسید.

**تبصره ۵:** در صورتی که مبلغ سهم پزشک (M) (قبل از اعمال ضریب کیفیت) نسبت به سهم ریالی وی در نظام نوین اداره بیمارستان‌ها (با کارکرد درمانی مشابه قبل و بعد از اجرای کتاب) از میانگین ماهیانه پنج‌ماهه اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۳ کمتر گردد و یا اینکه حسب شرایط، نیاز به تغییر در سهم پزشک وجود داشته باشد، کارگروه می‌تواند با کسب مجوز از دبیرخانه شورا نسبت به تغییر سهم پزشک اقدام نماید.

**ماده ۱۱:** در صورتی که هر یک از پزشکان با توافق موسسه نسبت به تهیه تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیمارستان یا کلینیک ویژه اقدام نماید، نحوه محاسبه جزء حرفه‌ای و پرداخت به پزشک از این محل براساس این دستورالعمل خواهد بود و سهم پزشک از جزء فنی (به علت تامین تجهیزات پزشکی) براساس توافق صورت گرفته فی‌مابین پزشک و موسسه، تعیین خواهد شد.

**ماده ۱۲:** در صورتی که پزشک متخصص، فوق تخصص و فلوشیپ فاقد هرگونه رابطه استخدامی با موسسه (رسمی، پیمانی، طرحی و متعهد به خدمت) که حقوق مستمر از موسسه دریافت نمی‌نماید، بیماران را از مطب شخصی خود به بیمارستان‌های تابعه موسسه ارجاع دهد، ۱۰۰٪ کارکرد پزشک از محل جزء حرفه‌ای به وی پرداخت می‌گردد.

**تبصره ۱:** اجرای این ماده تنها محدود به مواردی است که شهر در رشته تخصصی مربوطه، بیمارستان یا مرکز جراحی محدود خصوصی یا غیردولتی با تعرفه خصوصی نداشته باشد.

**تبصره ۲:** جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده به بیمارانی که ابتدا به اورژانس یا کلینیک بیمارستان مراجعه نمایند و از طریق مطب پزشکان موضوع این ماده ارجاع نشده باشند، شامل این ماده از دستورالعمل نبوده و مطابق ستون سوم جدول شماره (۱) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

**ماده ۱۳:** سهم پزشک عمومی با هر نوع رابطه استخدامی یا قراردادی، از کل کارکرد جزء حرفه‌ای (M) به صورت ماهیانه و براساس جدول شماره (۲) محاسبه می‌گردد.

جدول (۲): نحوه محاسبه سهم پزشک عمومی (M)

| ردیف | ستون اول                                          | ستون دوم                                                     | ستون سوم                                               |
|------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|      | مبلغ کارکرد پزشک براساس جزء حرفه‌ای (میلیون ریال) | سهم پزشک عمومی تمام وقت جغرافیایی از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای | سهم پزشک عمومی غیر تمام وقت از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای |
| ۱    | ۰-۵۰                                              | ۹۰٪                                                          | ۶۰٪                                                    |
| ۲    | ۵۰-۱۰۰                                            | ۷۰٪                                                          | ۵۵٪                                                    |
| ۳    | ۱۰۰-۱۵۰                                           | ۶۰٪                                                          | ۵۰٪                                                    |
| ۴    | ۱۵۰-۲۰۰                                           | ۵۰٪                                                          | ۴۵٪                                                    |
| ۵    | ۲۰۰ به بالا                                       | ۴۵٪                                                          | ۴۰٪                                                    |

**تبصره ۱:** برای پزشکان عمومی در نوبت کاری صبح (ساعت ۸ الی ۱۴)، ۸۰٪ جزء حرفه‌ای و در نوبت کاری عصر (ساعت ۱۴ الی ۲۰) و شب (ساعت ۲۰ الی ۸ صبح) و ایام تعطیل، ۱۰۰٪ جزء حرفه‌ای به عنوان کارکرد پزشک محسوب می‌شود.

**تبصره ۲:** تبصره (۲) ماده ۱۰ در خصوص پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی تابعه موسسه قابل تعمیم است.

**تبصره ۳:** در صورتی که ماماها دارای دفتر کار فاقد رابطه استخدامی با موسسه، زایمان بیماران خود را در بیمارستان‌های موسسه انجام دهند، سهم ماما از جزء حرفه‌ای زایمان طبیعی، براساس ستون سوم جدول شماره (۲)، محاسبه می‌گردد. در این موارد، ۲۰٪ حق الزحمه زایمان طبیعی به عنوان کارکرد متخصص زنان و زایمان مسئول نوبت کاری در نظر گرفته می‌شود.

**ماده ۱۴:** بیمارستان‌ها مکلفند میزان کسورات بیمه‌ای را به تفکیک علت کسور از سازمان‌های بیمه‌گر مربوطه استعلام و از کارکرد کلی پزشک کسر نمایند.

**ماده ۱۵:** پرداخت عملکردی برای هر پزشک درمانی یا عضو هیات علمی متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص و همچنین پزشک عمومی به روش زیر محاسبه می‌شود:

$$P = M \times Q$$

**P:** پرداخت عملکردی پزشک

**M:** سهم هر پزشک از کارکرد جزء حرفه‌ای براساس جدول شماره (۱) ماده ۱۰ یا جدول شماره (۲) ماده ۱۳

**Q:** ضریب کیفی عملکرد

**تبصره ۱:** ضریب کیفی عملکرد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص درمانی یا عضو هیات علمی، پزشک عمومی و دستیاران براساس جدول شماره (۳) و به روش زیر محاسبه می‌شود (نحوه سنجش در ضمیمه شماره ۱ پیوست می‌باشد):

جدول (۳): نحوه محاسبه ضریب کیفی عملکرد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصصی درمانی و عضو هیات علمی، پزشک عمومی، دستیار و عضو هیات

علمی غیرپزشک

| از امتیاز    | تا امتیاز | ضریب کیفی عملکرد (Q) |
|--------------|-----------|----------------------|
| تا ۴۹ امتیاز |           |                      |
| ۵۰           | ۶۰        | ٪۷۵                  |
| ۶۱           | ۷۰        | ٪۸۰                  |
| ۷۱           | ۸۰        | ٪۸۵                  |
| ۸۱           | ۱۰۰       | ٪۹۰                  |
|              |           | ٪۱۰۰                 |

**تبصره ۲:** در صورتی که هر یک از پزشکان و اعضای هیات علمی مشمول این دستورالعمل طی سه دوره ارزیابی امتیاز کمتر از ۵۰ کسب نماید، هیات مکلف است مراتب را به کارگروه گزارش نماید تا در مورد ادامه یا قطع پرداخت عملکردی پزشک یا عضو هیات علمی تصمیم‌گیری نماید.

**تبصره ۳:** مابه‌التفاوت مبلغ سهم هر پزشک از کارکرد (M) و پرداخت عملکردی پزشک (P) (قبل و بعد از اعمال ضریب کیفی عملکرد)، برای پزشکان درمانی به سرجمع سهم بیمارستان اضافه می‌گردد و برای اعضای هیات علمی، در اختیار معاون آموزشی هر بیمارستان قرار می‌گیرد تا با تصویب هیات در راستای ارتقا اهداف آموزشی، میان اعضای هیات علمی شاغل در آن مرکز توزیع گردد.

### فصل چهارم: پرداخت کمک‌هزینه دستیاران دوره تخصصی، فلوشیپ و فوق تخصصی

**ماده ۱۶:** هیات مکلف است نسبت به پرداخت کمک‌هزینه به دستیاران دوره تخصصی، فلوشیپ و فوق تخصصی پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی که در ساعات غیرموظفی در فرایندهای ارائه خدمت در بیمارستان مشارکت داشته‌اند، اقدام نماید.

**ماده ۱۷:** درصدی از درآمد مبنای هر بخش به عنوان کمک‌هزینه به دستیاران شاغل در آن بخش پرداخت می‌شود. این درصد فقط یک‌بار و در شروع عقد تفاهم‌نامه با رئیس بخش محاسبه و تا یک سال (پایان مدت تفاهم‌نامه)، بدون تغییر خواهد بود. این سهم به روش زیر، محاسبه می‌گردد:

$$AP = \frac{NA \times RA}{DBI_1} \times 100$$

<sup>۱</sup>AP: درصد سهم دستیاران از درآمد بخش.

<sup>۲</sup>NA: میانگین تعداد دستیاران تخصصی و فوق تخصصی و فلوشیپ هر بخش.

<sup>۳</sup>RA: ۱۰ تا درصد میانگین کارانه (P) اعضای هیات علمی شاغل در آن بیمارستان.

<sup>۴</sup>DBI<sub>۱</sub>: درآمد مبنای بخش.

**تبصره ۱:** درآمد مبنای بخش (DBI<sub>۱</sub>)، مشابه ماده (۲۱) دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه خواهد شد و در شروع طرح، DBI<sub>۱</sub> براساس متوسط ماه‌های اجرای کتاب محاسبه خواهد شد.

**تبصره ۲:** منظور از RA، تا ۱۰ درصد میانگین کارانه (P) اعضای هیات علمی شاغل در آن بیمارستان، به پیشنهاد هیات و تصویب کارگروه می‌باشد. حداکثر سقف این رقم ده میلیون ریال خواهد بود که سالانه براساس متوسط رشد تعرفه ویزیت و ضریب ریالی حق الزحمه بخش دولتی، افزایش خواهد یافت.

**تبصره ۳:** در محاسبه NA، میانگین یک سال گذشته تعداد دستیاران بخش ملاک خواهد بود و با افزایش یا کاهش تعداد دستیاران، درصد سهم دستیاران از درآمد بخش (AP) تغییر نخواهد نمود.

**ماده ۱۸:** در پایان هر ماه، درآمد قابل توزیع دستیاران بخش (ADI) به روش زیر، محاسبه می‌شود:

$$ADI = AP \times DBI_1$$

<sup>۵</sup>ADI: درآمد قابل توزیع دستیاران بخش

AP: درصد سهم دستیاران بخش

DBI<sub>۱</sub>: درآمد مبنای بخش

**تبصره:** درآمد مبنا (DBI<sub>۱</sub>) در پایان هر ماه توسط واحد حسابداری با همکاری واحد فناوری اطلاعات بیمارستان محاسبه و به طور مکتوب به رئیس بخش اعلام می‌گردد.

<sup>۱</sup> Assistants Percentage

<sup>۲</sup> Number Of Assistants

<sup>۳</sup> Reward Average

<sup>۴</sup> Department Base Income

<sup>۵</sup> Assistants Distributable Income

**ماده ۱۹: رئیس هر بخش مکلف است کم‌هزینه نهایی هر یک از دستیاران را به روش زیر محاسبه نماید:**

ضریب عملکرد دستیار  $\times$  امتیاز ارشدیت دستیار = امتیاز هر دستیار

درآمد قابل توزیع ماهیانه دستیاران بخش  $\times$  (مجموع امتیاز کل دستیاران آن بخش  $\div$  امتیاز هر دستیار) = کمک هزینه نهایی هر دستیار

**تبصره ۱: امتیاز ارشدیت دستیار براساس جدول شماره (۴) محاسبه می‌شود:**

**جدول (۴): نحوه محاسبه امتیاز ارشدیت دستیار**

| ردیف | سنوات دستیار              | امتیاز ارشدیت |
|------|---------------------------|---------------|
| ۱    | دستیار سال اول            | ۱۰            |
| ۲    | دستیار سال دوم            | ۱۲            |
| ۳    | دستیار سال سوم            | ۱۴            |
| ۴    | دستیار سال چهارم          | ۱۶            |
| ۵    | دستیار سال پنجم           | ۱۸            |
| ۶    | دستیار فوق تخصصی و فلوشیپ | ۲۵            |

**تبصره ۲: ضریب عملکرد دستیار براساس جدول شماره (۳) ماده ۱۲، محاسبه می‌گردد (فرم سنجش در ضمیمه شماره ۱ پیوست می‌باشد).**

**ماده ۲۰: پرداخت به دستیاران در قالب این دستورالعمل، به عنوان کمک‌هزینه محسوب شده و برای دستیاران حق قانونی ایجاد نخواهد نمود.**

**ماده ۲۱: پرداخت به دستیاران طرح یک ماهه، براساس چارچوب تعیین شده در فصل سوم این دستورالعمل و همانند پزشکان غیرتمام‌وقت محاسبه می‌گردد. ارزشیابی این دسته از پزشکان همانند سایر پزشکان درمانی است.**

### **فصل پنجم: پرداخت به اعضای هیات علمی غیرپزشک**

**ماده ۲۲: شیوه پرداخت به اعضای هیات علمی در گروه‌های غیرپزشکی (شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، بینایی‌سنجی، فیزیک‌پزشکی، تغذیه و مانند آن) که در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های ویژه**

موسسه فعالیت دارند، همانند گروه‌های پزشکی محاسبه می‌شود و کارکرد جزء حرفه‌ای خدمات ارائه شده توسط آنها براساس کتاب، ملاک محاسبه پرداخت عملکردی خواهد بود.

**تبصره:** اعضای هیات علمی غیرپزشک که از طرف دانشکده‌های مرتبط صرفاً جهت آموزش فراگیران در مراکز آموزشی درمانی اشتغال دارند، مشمول این فصل از دستورالعمل نخواهند بود.

**ماده ۲۳:** سهم عضو هیات علمی غیرپزشک از کارکرد جزء حرفه‌ای به صورت ماهیانه و براساس جدول شماره (۵) محاسبه می‌گردد.

جدول (۵): نحوه محاسبه سهم عضو هیات علمی غیرپزشک (M)

| ردیف | ستون اول<br>مبلغ کارکرد عضو هیات علمی<br>غیرپزشک براساس جزء<br>حرفه‌ای (میلیون ریال) | ستون دوم<br>سهم عضو هیات علمی<br>غیرپزشک تمام‌وقت<br>جغرافیایی از مبلغ کارکرد<br>جزء حرفه‌ای | ستون سوم<br>سهم عضو هیات علمی<br>غیرپزشک غیرتمام‌وقت از<br>مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | ۰-۲۰                                                                                 | ۹۰٪                                                                                          | ۵۵٪                                                                                |
| ۲    | ۲۰-۴۰                                                                                | ۷۰٪                                                                                          | ۵۰٪                                                                                |
| ۳    | ۴۰-۶۰                                                                                | ۶۰٪                                                                                          | ۴۵٪                                                                                |
| ۴    | ۶۰-۸۰                                                                                | ۵۰٪                                                                                          | ۴۰٪                                                                                |
| ۵    | ۸۰ به بالا                                                                           | ۴۵٪                                                                                          | ۴۰٪                                                                                |

**ماده ۲۴:** پرداخت عملکردی برای هر عضو هیات علمی غیرپزشک به روش زیر محاسبه می‌شود:

$$P = M \times Q$$

P: پرداخت عملکردی عضو هیات علمی غیرپزشک

M: مبلغ سهم هر عضو هیات علمی غیرپزشک از کارکرد جزء حرفه‌ای براساس جدول شماره (۵) ماده ۲۳

Q: ضریب کیفی عملکرد

**تبصره:** ضریب کیفی عملکرد عضو هیات علمی غیرپزشک مشابه اعضای هیات علمی پزشک محاسبه می‌گردد (فرم سنجش در ضمیمه شماره ۱ پیوست می‌باشد).

### **فصل ششم: سایر مقررات مربوطه**

**ماده ۲۵:** با تصویب این دستورالعمل کلیه بخشنامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مغایر با آن کان‌لم‌یکن تلقی می‌گردند.

**ماده ۲۶:** این دستورالعمل در ۶ فصل، ۲۶ ماده و ۲۵ تبصره مورد تصویب هیات امنای موسسه قرار گرفت و از تاریخ ۱۳۹۳/۷/۱ در کلیه مراکز مشمول لازم‌الاجرا می‌باشد.

شماره ۱۳۲۵۱  
تاریخ ۱۳۸۱/۱۲/۲۸  
پیش

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
سرپرست دانشکده  
درمانی

سلام علیکم

پیرو بخشنامه شماره ۵۴۸۱ مورخ ۷۸/۵/۱۰ وبا توجه به نظرات اصلاحی  
رؤسای محترم دانشگاههای علوم پزشکی در سمینار و انجام کار کارشناسی در  
حوزه معاونت محترم درمان با حضور نمایندگان منتخب دانشگاهها بدینوسیله  
آخرین اصلاحیه طرح نظام نوین اداره بیمارستانها را به پیوست جهت استحضار  
ودستور اجرا از تاریخ ۷۸/۱۰/۱ به کلیه واحدهای ذیربط اعلام میدارد.

دکتر محمد فرهادی

وزیر



۱-۴

### تعاریف

**بیمارستان:** مجموعه واحدهای ارائه کننده خدمات درمانی و تشخیصی طبی بصورت بستری و واحدهای درمانگاهی تخصصی وابسته باین مجموعه اعم از اینکه در محوطه یا خارج از محوطه بیمارستان قرار گرفته باشند شامل بخش های اورژانس، انواع تخصص های بالینی، بیهوشی، اتاق عمل، سی سی یو، آی سی یو، ریکاوری، بخش های طبی (آزمایشگاه)، رادیولوژی، سیتی اسکن، دیالیز، داروخانه، دندانپزشکی و نظایر آن که در این دستورالعمل باختصار بیمارستان و یا مرکز پزشکی آموزشی و درمانی نامیده میشوند.

**نفسه یک:** سایر واحدهای بهداشتی درمانی و آموزشی مستقل از قبیل انستیتوها - پلی کلینیک های تخصصی مستقل - مراکز بهداشتی و درمانی و سایر واحدهای مشابه که دارای درآمدهای اختصاصی میباشند نیز میتوانند پس از کسب مجوز لازم مجری طرح نظام نوین باشند.

### استانداردهای کمی و کیفی خدمات درمانی

عبارت است از استانداردهای کمی و کیفی خدمات درمانی که بر حسب مورد از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تهیه و تدوین و پس از تصویب مراجع قانونی جهت اجراء ابلاغ میگردد و کلیه بیمارستانها موظف به رعایت و اجرای این استانداردها هستند.

### تعرفه

متنظور نرخ خدمات تشخیصی و درمانی است که همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجراء ابلاغ میگردد. این تعرفه مبنای محاسبه خدمات درمانی و تشخیصی طبی و هزینه های بیمارستانی و سرپایی بیماران در بیمارستانها و پرداخت حق العلاج پزشکان و واحدهای تشخیصی و درمانی بیمارستان قرار خواهد گرفت.

### هتلینگ

شامل هزینه های مربوط به تامین غذا، آب، برق، سوخت، نگهداری، البسه و ملحفه، خدمات پرستاری و سایر موارد مشابه برای بیماران بستری میباشد که همه ساله تعرفه آن توسط مراجع ذیصلاح حسب درجه ارزشیابی مکتسبه بیمارستان تعیین و ابلاغ میگردد. هتلینگ بیمارستانهای جدیدالاحداث فقط در شش ماهه

توجه بهره برداری براساس درجه یک قابل محاسبه می‌باشد و پس از گذشت این مدت فقط بر مبنای ارزش باقی خواهد بود.

### انواع هزینه‌های مجری طرح

الف - هزینه‌های آموزش پزشکی و تحقیق و پژوهش که طبق برنامه‌های آموزشی و پژوهشی بودجه آنها از محل اعتبارات جاری دانشگاهها یا وزارتخانه حسب مورد تامین میگردد.

ب - هزینه‌های مربوط به امور تنظیم خانواده که طبق برنامه‌های معاونت محترم بهداشتی وزارت متبوع به دانشگاهها ابلاغ میگردد از اعتبارات جاری بخش بهداشت تامین خواهد شد.

ج - هزینه مواد یا خدمات ارائه شده به بیماران مانند حق العلاج - حق العمل - بیهوشی - مشاوره - خدمات پاراکلینیک - هزینه اطاق عمل - هتلینگ - همراه - نوزاد - ICU-CCU دارو - لوازم و مصارف پزشکی و سایر امور مشابه که حسب مصوبات ابلاغ شده بایستی در صورتحساب بیمار منعکس و توسط بیمار (در صورت بیمه نبودن) و یا از طریق سازمانهای بیمه گذار در مورد بیمه شدگان وصول میگردد.

د - مبالغ دریافتی بابت بخشی از حقوق و مزایای کارکنان

### خدمات تشخیصی و درمانی

کلیه فعالیت‌های تشخیصی و درمانی هر پزشک اعم از سرپایی و یا بستری است که برای بیماران انجام داده و بر اساس تعرفه‌های مصوب مورد عمل نرخگذاری میشود.

### کارکرد ماهانه پزشک

ارزش ریالی خدمات تشخیصی و درمانی ارائه شده به کلیه مراجعین سرپایی هر پزشک و آندسته از بیماران بستری که توسط پزشک در آن ماه سرخص شده است مجموعاً کارکرد ماهانه آن پزشک را تشکیل میدهد.

### پزشکان مشمول دریافت حق کارانه

کلیه پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و سایر متخصصین گروه پزشکی میباشند که با رعایت کامل مقررات و ضوابط اداری و تشکیلاتی و براساس احکام صادره در بیمارستان مجری طرح فعالیت می‌نمایند.

الف - استخدام رسمی، پیمانی یا قرارداد ساعتی (خرید خدمت و....)

ب - ارائه خدمات آموزشی قابل قبول جهت استفاده از حق الرحمه کارانه به تایید هیأت نظارت بیمارستان  
 ج - امضاء نهاده بر رعایت کلیه اصول و ضوابط طرح توسط متقاضی  
 تبصره یک : سایر پرسنل غیر پزشکی شاغل در بیمارستان که در پیشبرد اهداف طرح فعالیت دارند میتوانند از حق کارانه برابر ضوابط پیش بینی شده در این دستورالعمل استفاده نمایند.  
 تبصره دو : متخصصین پیام آور بهداشت تنها در صورتیکه در ساعات غیر موظف به انجام خدمات پزشکی بپردازند مشمول دریافت کارانه خواهند شد.

### هیأت مرکزی نظارت

هیأت عالی نظارت هریک از دانشگاههای علوم پزشکی مرکب از ۵ نفر بشرح زیر:

- ۱- ریاست دانشگاه یا نماینده او ۲ نفر
- ۲- معاونت درمان و دارو یا نماینده او ۱۰ نفر
- ۳- معاونت پشتیبانی یا نماینده او ۱ نفر
- ۴- معاونت آموزشی یا نماینده او ۱ نفر

میباشند که از طریق معاونت های فوق الذکر معرفی و احکام آنان به امضای ریاست دانشگاه خواهد رسید.

### شرح وظایف هیأت مرکزی نظارت

مراجعه به واحدهای مجری طرح و بررسی - کنترل و نظارت بر حسن اجرای آن برابر دستورالعمل این هیأت بایستی هر ماه گزارش مربوطه را به ریاست دانشگاه در مورد هریک از واحدهای مجری طرح ارائه و در صورت لزوم پیشنهادات اصلاحی خود را در جهت رفع مشکلات احتمالی ارائه نماید.  
 تبصره یک

هیأت مرکزی نظارت برای امور تخصصی از متخصصان و کارشناسان مربوطه کمک خواهد گرفت  
 تبصره دو:

با توجه به اهمیت و ضرورت رعایت امر آموزشی در مراکز آموزشی و درمانی هر سه ماه یکبار جلسه ای با حضور اعضا هیأت مرکزی نظارت و هیأت نظارت واحدهای مجری طرح در دفتر ریاست دانشگاه تشکیل و نسبت به افزایش یا کاهش درصد سهم کارانه پزشکان حسب میزان فعالیت در امر آموزشی و درمانی و ساعات حضور در بیمارستان تصمیمات لازم اخذ و پس از تایید به بیمارستان جهت اجرا ابلاغ میگردد.

یک نسخه از کلیه مصوبات هیأت مرکزی نظارت بایستی به دبیرخانه اجرایی طرح نظام نوین مستقر در عوزده معاونت درمان وزارت متبوع ارسال گردد.

### فرم ارزیابی سه ماهه نحوه همکاری پزشکان

| ردیف | نام و نام خانوادگی پزشک | نوع تخصص | میزان ساعات حضور در بیمارستان |       |    | نحوه همکاری در امر آموزشی و درمانی |       |    | تعیین میزان افزایش یا کاهش سهم کارانه |
|------|-------------------------|----------|-------------------------------|-------|----|------------------------------------|-------|----|---------------------------------------|
|      |                         |          | خوب                           | متوسط | بد | خوب                                | متوسط | بد |                                       |
| ۱    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |
| ۲    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |
| ۳    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |
| ۴    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |
| ۵    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |
| ۶    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |
| ۷    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |
| ۸    |                         |          |                               |       |    |                                    |       |    |                                       |

تبصره چهار: تصمیمات متخذه بشرح فوق برای هر یک از اعضای هیأت علمی و غیر هیأت علمی در سه ماه آتی ملاک عمل خواهد بود.

### پوشش شبانه روزی

منظور برنامه کار مرکز پزشکی و کلینیک تخصصی وابسته است بنحویکه مراجعین به بیمارستان و بیماران اورژانس در خارج از ساعات کار موظف بتوانند از خدمات تشخیصی و درمانی لازم برخوردار شوند. این برنامه با استفاده از پزشکان شاغل در بیمارستان بصورت کشیک منبم یا آنکال توسط ریاست بیمارستان و با هماهنگی روسای بخش های بیمارستان برای هر گروه پزشکی تنظیم و اعلام میگردد.

مجموعه پزشکان شغل در هر بخش یا رشته تخصصی از لحاظ تامین پوشش شبانه روزی بیمارستان یک گروه پزشکی را تشکیل میدهند.

### ضوابط مربوط به پرداخت ماهانه پزشکان شاغل در طرح

- ۱- پزشکان تمام وقت هیأت علمی که حداقل ۵۴ ساعت در هفته فعالیت دارند:  
حقوق و مزایا + حق محرومیت از مطب + حق کارانه + حق انکال
- ۲- پزشکان تمام وقت هیأت علمی که حداقل ۴۴ ساعت در هفته در بیمارستان مجری طرح فعالیت نمایند:  
حقوق و مزایا + حق الزحمه کار اضافی بدون کسر حقوق و مزایا + حق انکال
- ۳- پزشکان متخصص عضو هیأت علمی که بصورت نیمه وقت در بیمارستان مجری طرح فعالیت نمایند:  
حقوق و مزایا + حق الزحمه کار اضافی بدون کسر حقوق و مزایا + حق انکال
- ۴- پزشکانتیکه حسب احکام صادره در پست های ستادی دانشگاه و یا وزارت متبوع و یا در سمت ریاست بیمارستان مجری طرح فعالیت دارند:  
حقوق و مزایا + فوق العاده مدیریت + حق محرومیت از مطب با در نظر گرفتن مقررات مربوطه و صندوق حکم + حق کارانه + حق انکال

تبصره یک: در صورتیکه حق کارانه اینگروه از پزشکان کمتر از میانگین کارانه پزشکان هم رشته در بیمارستان مربوطه باشد کسری آن باید از محل ۵ درصد سهم دانشگاه تامین و پرداخت گردد.

تبصره دو: تعیین کارانه مدیران بر اساس معیار فوق در پایان هر سال برای سال آتی از طریق محاسبه متوسط عملکرد گروه هم رشته با شرایط برابر در طول یک سال با پیشنهاد هیأت عالی نظارت و تایید ریاست دانشگاه قابل پرداخت میباشد. ارسال یک نسخه از مصوبات فوق به حوزه معاونت درمان وزارت متبوع ضروری است.

تبصره سه: تعیین میزان پرداخت ماهانه حق کارانه آندسته از اعضای هیأت علمی که مسئولیت بخش آموزشی اورژانس بیمارستانها را پذیرفته اند چنانچه کمتر از میانگین کارانه گروه هم رشته باشد بر اساس معیار فوق قابل ترمیم و پرداخت میباشد.

۵- به پزشکان بازنشسته شغل در طرح فقط کارانه قابل پرداخت می‌باشد.

۶- سایر پزشکان غیر هیات علمی شاغل در طرح:

حقوق و مزایا + کارانه پس از کسر حقوق و مزایا موضوع ماده یک و دو پزشک جدیدالاستخدام هم‌طور از در سال جاری + حق انکال

۷- پزشکان شاغل در طرح که بر اساس قرارداد ساعتی در بیمارستان مجری طرح فعالیت دارند:

حق کارانه پس از کسر مبالغ مندرج در قرارداد ساعتی

۸- پرداخت اضافه کار به پزشکان شاغل در طرح مجوزی ندارد. مگر آنکه انجام اضافه کار مربوط به وظایف محوله غیر از ارائه خدمات پزشکی باشد.

۹- دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌توانند در ارتباط با کسر و یا عدم کسر حقوق و مزایا از حق کارانه پزشکان

شاغل در طرح - افزایش یا کاهش درصد سهم پزشک از تعرفه‌های مورد عمل و سایر موارد مشابه حسب

نیاز - محل کار - نوع فعالیت (از نظر کمی و کیفی) - شرایط محیط کار و مصالح استانی به پیشنهاد هیات

نظارت بیمارستانها و تصویب هیئت عالی نظارت دانشگاه مشروط به رعایت سقف پرداخت در هر مورد برابر

این دستورالعمل اقدام لازم معمول دارند:

تبصره: هرگونه تغییر در مورد میزان درصد سهم پزشکان در ساعات مختلف شبانه روز منوط به تصمیم و

تصویب هیات مرکزی نظارت دانشگاه خواهد بود.

۱۰- پرداخت حق محرومیت از مطب بر اساس و رعایت قانون مربوطه فقط در صورت تایید کتبی ریاست

دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی حسب نیاز به خدمت پزشک مورد نظر خواهد بود.

۱۱- حق الزحمه پزشکیانی که بر طبق لیست تنظیمی مسئولین واحد ذیربط در گشیک انکالی شرکت نموده اند

معادل ۲۰/۱۰۰۰ ریال در مقابل هر شب انکالی می‌باشد و تغییر و افزایش آن موکول به رعایت ضوابط پیش بینی

شده همانند تغییر درصد سهم پزشکان از تعرفه می‌باشد.

۱۲- خدماتی مانند سونداژ - پانسمان و تزریقات در تعرفه‌های مورد عمل نرخ دارد و چنانچه خود پزشک این

خدمات را انجام دهد بر اساس تعرفه قابل پرداخت می‌باشد «۵۰ درصد تعرفه» در صورتیکه ارائه این قبیل

خدمات به صورت سرپایی در بیمارستانها و در واحد پانسمان و تزریقات توسط کادر پرستاری و زیر نظر پزشک

انجام شود معادل ۱۰ درصد تعرفه در هر مورد به پزشک ناظر قابل پرداخت است.

۱۳- هیات نظارت واحد مجری طرح

منظور نظارت بر حسن اجرای طرح در هر یک از واحدهای مجری طرح هیاتی بعنوان هیات نظارت با ترکیب

زیر تشکیل می‌گردد:

- رئیس واحد مجری طرح
- معاون آموزشی واحد مجری طرح در بیمارستانهای آموزشی و در بیمارستانهای درمانی یک نفر پزشک متخصص به پیشنهاد رئیس بیمارستان و تصویب ریاست دانشگاه
- یک نفر عضو هیات علمی در بیمارستانهای آموزشی و یا یک نفر پزشک متخصص با تصویب ریاست دانشگاه
- شرح وظایف هیات نظارت واحد مجری طرح عبارت است از موارد پیش بینی شده در این اصلاحیه و سایر موارد تعیین شده قبلی بشرح مندرج در دستورالعمل قبلی

# قسمت اول جدول شماره یک « ثابت »

| ردیف | خدمات بیمارستان  | ارزش خدمت | درصد سهم | درصد سهم | درصد سهم | درصد سهم | ملاحظات            |
|------|------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|--------------------|
| ۱    | درمانگاه اورژانس | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۲    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۳    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۴    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۵    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۶    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۷    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۸    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۹    | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۱۰   | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |
| ۱۱   | درمانگاه         | ۲         | ۲        | ۵        | ۲        | ۲        | درصد سهم بیمارستان |

## قسمت دوم جدول شماره یک « پیشنهادی »

|    |          |   |   |   |   |   |                    |
|----|----------|---|---|---|---|---|--------------------|
| ۱  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۲  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۳  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۴  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۵  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۶  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۷  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۸  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۹  | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۱۰ | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |
| ۱۱ | درمانگاه | ۲ | ۲ | ۵ | ۲ | ۲ | درصد سهم بیمارستان |

شماره یک

درصد سهم پزشکی موضوع ستون سوم قسمت دوم جدول شماره یک فوق پیشنهادی است و هر یک از دانشگاهها و با دانشکده های علوم پزشکی میتوانند حسب ضرورت و نیاز و صلاحیت استان نسبت به تغییر درصدهای مندرج در جدول موضوع ردیف ۷ لغایت ۱۰ بر اساس پیشنهاد هیات نظارت و تصویب هیات عالی نظارت اقدام لازم مه دول دارند. منوط بر آنکه جمع کل مبلغ ستون سوم (کارانه پزشکیان) نسبت درم جدول شماره یک از ۵۰ درصد ستون دوم موضوع ارزش خدمت برابر تعرفه تجاوز ننماید. در موارد ضروری و استثنایی و در صورت پیشنهاد شورای عالی نظارت و موافقت ریاست دانشگاه سقف ۵۰ درصد معرفی اند تا ۷۰ درصد افزایش باید مشروط بر آنکه مابه التفاوت از محل ۵ درصد سهم دانشگاه برداشت گردد.

(A)

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

## دستورالعمل نحوه محاسبه و پرداخت حق الزحمه مشارکت کارکنان غیرپزشکی

۱- محاسبه و تعیین ۲۰ درصد کارکرد حق العلاج و حق العمل به اضافه معادل ۲/۵ درصد کل کارکرد واحدهای پاراکلینیک آزمایشگاه - رادیولوژی - سی تی اسکن - فیزیوتراپی - رادیوگرافی - داروخانه و سایر خدمات مشابه واحدهای پاراکلینیکی از محل درآمدهای سهم بیمارستان بین کارکنان غیر پزشکی که در این دستورالعمل پرداخت حق الزحمه پیش بینی نشده است بر اساس رعایت ضوابط زیر در پایان هر ماه توزیع میگردد.

تبصره: دانشگاههای علوم پزشکی میتوانند با رعایت ضوابط پیش بینی شده نسبت به تغییر سهم کارکنان موضوع ۲۰ و ۲/۵ درصد فوق الذکر بترتیب بین ۱۸ لغایت ۲۲ و ۲ لغایت ۳ اقدام نمایند.

### ۱- امتیازات مربوط به نوع خدمت

- کادر پرستاری و مامایی و وابسته های پرستاری و تکنیسین های درمانی
- کادر امور مالی
- سایر کادر شاغل در بیمارستان

سهمیه ریاست بیمارستان میتواند در مورد امتیازات مربوط به نوع خدمت امتیازات بیشتری را (حداکثر سه امتیاز) برای مسئولین بیمارستان (مدیر بیمارستان - مدیر پرستاری - سرپروایزرها - رئیس امور مالی و اداری - کارشناسان ارشد واحدهای پاراکلینیکی و اطاق عمل و بیهوشی و ماماها که خدمات مربوطه را بدون حضور پزشک انجام میدهند و پرسنل پرستاری شاغل در درمانگاهها و بخشهای اورژانس بیمارستان منظور و به امور مالی جهت اجرا ابلاغ نماید.

### ۲- امتیازات مربوط به مدرک تحصیلی

|               |     |        |
|---------------|-----|--------|
| فوق لیسانس    | ۳   | امتیاز |
| لیسانس        | ۲/۵ | امتیاز |
| فوق دیپلمه    | ۲   | امتیاز |
| دیپلمه        | ۱/۵ | امتیاز |
| کمتر از دیپلم | ۱   | امتیاز |

۳- رضایت از خدمت مستخدم با نظر مسئول مستقیم مربوطه و با توجه به حضور و شرکت کارکنان غیر پزشکی در ساعات غیر اداری در درمانگاه - اطاقهای عمل - واحد اورژانس و سایر واحدهای مشابه از صفر لغایت ۳ امتیاز

تبصره یک: ۲۰ درصد از کل مبالغ سهم کارکنان موضوع ۲۰ و ۲/۵ درصد قبلا کسر و در اختیار رئیس بیمارستان قرار میگردد که در ارتباط با خدمات برجسته و یا امور رفاهی کارکنان توزیع و مصرف گردد. اجرای این تبصره منوط به پیشنهاد هیات نظارت واحد - تصویب هیات عالی نظارت و ابلاغ ریاست دانشگاه میباشد.

جدول مربوط به نحوه محاسبه حق الزحمه کارکنان غیر پزشک

| شماره ردیف                     | نام و نام خانوادگی کارمند | سمت شغلی | امتیاز نوع خدمت | امتیاز مدرک تحصیلی | امتیاز رضایت از خدمت | نحوه محاسبه جمع امتیاز مکتسبه هر کارمند | امتیاز مکتسبه |
|--------------------------------|---------------------------|----------|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------------------------------|---------------|
| ۱                              | ۲                         | ۳        | ۴               | ۵                  | ۶                    | ۷                                       | ۸             |
| ۱                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۲                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۳                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۴                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۵                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۶                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۷                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۸                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۹                              |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۱۰                             |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۱۱                             |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۱۲                             |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۱۳                             |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| ۱۴                             |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |
| جمع کل امتیازات مکتسبه کارکنان |                           |          |                 |                    |                      |                                         |               |

توجه:

- ۱- نحوه محاسبه جمع امتیازات مکتسبه هر کارمند (ستون ۶ جدول) بشرح زیر است:  

$$\text{امتیاز مکتسبه هر کارمند} = \text{امتیاز رضایت از خدمت} \times \text{امتیاز نوع خدمت} + \text{امتیاز مدرک تحصیلی}$$
- ۲- نحوه محاسبه کارانه هر یک از کارکنان بیمارستان بشرح زیر است:  

$$\text{کارانه سهم کارمند} = \text{امتیاز مکتسبه هر کارمند} \times \text{جمع کل امتیازات مکتسبه کارکنان} : \text{جمع کل مبالغ محاسبه شده سهم کارانه کارکنان}$$
- ۳- پرداخت کارانه به کارکنان شرکتی شاغل در بیمارستان ممنوع است و مجوزی ندارد.

## « جدول شماره دو »

استاندارد توزیع هزینه با درآمدهای بیمارستانی بزرگیک انواع آن

| ردیف                  | عنوان هزینه                    | درصد سهم انواع هزینه          | درصد کل             |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| هزینه‌های پرسنلی:     |                                |                               |                     |
| ۱                     | کادر پزشکی                     | کل درآمد ماهانه بیمارستان     | ۶۰٪ کل درآمد ماهانه |
| ۲                     | کادر پرستاری                   | کل درآمد ماهانه بیمارستان     |                     |
| ۳                     | تکنیسین‌های درمانی             | کل درآمد ماهانه بیمارستان     |                     |
| ۴                     | کادر اداری - مالی - خدماتی     | کل درآمد ماهانه بیمارستان     |                     |
| هزینه‌های غیر پرسنلی: |                                |                               |                     |
| ۵                     | دارو و مواد مصرفی پزشکی        | ۱۵٪ کل درآمد ماهانه بیمارستان | ۴۰٪ کل درآمد ماهانه |
| ۶                     | غذا                            | ۷٪ کل درآمد ماهانه بیمارستان  |                     |
| ۷                     | آب - برق - سوخت - تلفن         | ۵٪ کل درآمد ماهانه بیمارستان  |                     |
| ۸                     | ملزومات و مواد مصرفی غیر پزشکی | ۵٪ کل درآمد ماهانه            |                     |
| ۹                     | تعمیرات و نگهداری              | ۳٪ کل درآمد ماهانه بیمارستان  |                     |
| ۱۰                    | تامین تجهیزات پزشکی            | ۵٪ کل درآمد ماهانه بیمارستان  |                     |
| جمع                   |                                | ۱۰۰٪                          | ۱۰۰٪                |

توضیح

- ۱- اعلام درصدهای پیش بینی شده در مورد هزینه‌های غیر پرسنلی جنبه ارشادی دارد و حتماً لازم الاجرا نمیباشد.
  - ۲- رعایت ۶۰ درصد و ۴۰ درصد کل درآمد بیمارستان بترتیب برای هزینه‌های پرسنلی و هزینه‌های غیر پرسنلی ضروری است.
- توضیح دیگر: درآمد ماهانه بیمارستان برابر است با ارزش ریالی کل کارکرد ماهانه بیمارستان بشرح مندرج در ستون در جدول شماره یک اعم از وصول یا وصول نشده باضانه مبالغ پرداخت شده به پرسنل از محل بودجه دولت.

لیست درآمد و هزینه بیمارستان      شهر      دانشگاه  
جدول شماره ۲      دانشگاه      ماه / / ۱۳۷۸

| هزینه ها                          | ریال |
|-----------------------------------|------|
| ۱- حقوق و مزایا                   | "    |
| ۲- اضافه کار                      | "    |
| ۳- کارانه پرسنل غیر پزشکی         | "    |
| ۴- کارانه کادر پزشکی              | "    |
| ۵- کارکنان شرکتی                  | "    |
| ۶- ۵٪ سهم دانشگاه                 | "    |
| ۷- سایر هزینه ها تحت هر عنوان     | "    |
| جمع هزینه پرستری                  | ریال |
| ۱- دارو و مواد مصرفی پزشکی        | "    |
| ۲- مواد غذایی                     | "    |
| ۳- ملزومات و مواد مصرفی غیر پزشکی | "    |
| ۴- آب - برق - سوخت و تلفنی        | "    |
| ۵- تعمیرات و نگهداری              | "    |
| ۶- تامین تجهیزات پزشکی            | "    |
| جمع هزینه غیر پرستری              | ریال |

« ادامه جدول شماره سه »

| درآمدها                                                           | ریال |
|-------------------------------------------------------------------|------|
| ۱- درآمدهای نقدی                                                  | "    |
| ۲- ارزش ریالی خدمات ارائه شده به بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی   | "    |
| ۳- ارزش ریالی خدمات ارائه شده به بیمه شدگان نیروهای مسلح          | "    |
| ۴- ارزش ریالی خدمات ارائه شده به بیمه شدگان کمیته امداد امام (ره) | "    |
| ۵- ارزش ریالی خدمات ارائه شده به سازمان تامین اجتماعی             | "    |
| ۶- سایر درآمدها ناشی از ارائه خدمات درمانی و یا هر عنوان دیگر     | "    |
| ۷- مبلغ پرداخت شده به پرسنل از محل بودجه تخصیص یافته دولت         | "    |
| جمع کل درآمد                                                      | ریال |

توجه

۱- درآمدها شامل ارزش ریالی کارکرد ماه مورد نظر میباشد و باید اعم از وصول شده یا وصول نشده در جدول فوق منظور گردد.

۲- هر یک از بیمارستانهای مجری طرح نظام نوین بایستی در پایان هر ماه جدول فوق را (شماره ۳) تکمیل و یک نسخه آنرا برای اداره کل امور مالی و ذی حسابی دانشگاه ارسال دارد. ذی حسابی دانشگاه نیز باید جمع جداول دریافتی از واحدهای مجری طرح را به حوزه معاونت درمان (دبیرخانه اجرای طرح نظام نوین) ارسال دارد.

سهم دکتر داروساز از فروش دارو و لوازم مصرفی پزشکی

۱- از فروش دارو و مواد مصرفی پزشکی تا مبلغ ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال ۶٪

۲- مازاد بر مبلغ ۱۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال ۱٪

در صورتیکه داروخانه بیش از یک دکتر داروساز داشته باشد و نامبردگان نخواهند مبلغ کل فروش خود را به تفکیک به اداره حسابداری واحد تحویل نمایند. ابتدا کل درآمد داروخانه بر حسب ساعات انجام وظیفه بین آنها تقسیم شده و سپس در جدول فوق الذکر برای محاسبه سهم هر داروساز وارد میگردد.

تبصره ۱- حق فنی دکتر داروساز جهت پیچیدن نسخه تسریعی طبق ضوابط در مجموع رقمهای فوق الذکر میباشد.  
تبصره ۲- در صورتیکه داروخانه توان پیچیدن نسخه خارج از واحد را نیز داشته باشد. با اجازه کتبی رئیس بیمارستان بلامانع خواهد بود مشروط بر آنکه پیچیدن نسخه خارج در تامین نیازهای دارویی بیمارستان وقفه ایجاد نکند.  
تبصره ۳- نظر باینکه داروخانههای آزاد و خصوصی کل هزینه های جاری خود را مانند اجاره محل فعالیت - آب - برق - سوخت - تلفن - حقوق و دستمزد کارکنان - مالیات و سایر موارد مشابه را با اضافه سود مورد انتظار از محل مابه التفاوت قیمت خرید و فروش دارو تامین می نمایند و قیمت فروش دارو در داروخانه های وابسته به بیمارستان مجری طرح همان قیمت مصرف کننده و برابر بخش خصوصی میباشد و از طرفی داروخانه های مستقر در بیمارستان بایستی هزینه های ذکر شده فوق را ندارند. بنابراین برنامه تامین و فروش دارو و مواد مصرفی پزشکی در بیمارستانهای مجری طرح نظام نوین نه تنها هیچگونه هزینه ای را نباید به بیمارستان تحمیل نمایند بلکه قسمتی از هزینه های بیمارستان را باید جبران نمایند.

بر این اساس دانشگاههای علوم پزشکی بایستی با استفاده از راهنمایی و دستورالعمل معاونت محترم دارویی وزارت متبوع و با کمک از قوانین و مصوبات موجود ترتیبی اتخاذ نمایند که مسائل دارویی بیمارستانهای مجری طرح برابر بخش خصوصی اداره و بیمارستان بعنوان خریدار دارو و لوازم مصرفی پزشکی عمل نماید.

سایر موارد

نحوه هزینه ۵٪ سهم دانشگاه شرح زیر است:

۱- پرداخت مابه التفاوت حق کارانه پزشکانیکه در پست های اجرایی و یا ستادی دانشگاه و یا وزارت متبوع و یا بیمارستان بیمارستان انجام وظیفه می نمایند

- ۲- پرداخت کارانه به گروه از پرسنل حوزه ستادی دانشگاه که در پیشبرد اهداف طرح همکاری موثر دارند
- ۳- تامین کسری هزینه بیمارستان های مجری طرح در مناطق محروم استان
- ۴- بهبود استاندارد بیمارستان های مجری طرح و اقداماتی که در جهت ارتقاء کیفیت خدمات آموزشی و درمانی دانشگاه ذریعۀ مورد نیاز است.

۳- پرداخت کارانه تحت هر عنوان که مغایر با ضوابط مندرج در این دستورالعمل باشد مجوز قانونی ندارد.

تفاهم نامه مدیریتی پرداخت مبتنی بر عملکرد

## مقدمه:

در راستای اجرای دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و کارکنان شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مصوب هیات امنای موسسه به شماره ..... و مورخ ..... و به منظور استقرار الگوی نوین مدیریتی در اداره بیمارستان، ارتقا کیفیت خدمات و مراقبت های سلامت، افزایش بهره وری و در نهایت بهبود رضایت بیماران، این تفاهم نامه بین رئیس/مدیرعامل بیمارستان ..... به نمایندگی جناب آقای/سرکار خانم ..... که از این پس "طرف اول" نامیده می شود و رئیس/مسئول فنی و مسئول کارکنان غیرپزشک بخش ..... به نمایندگی جناب آقای/سرکار خانم ..... و جناب آقای/سرکار خانم ..... به عنوان طرف دوم که از این پس "مدیران واحد مجری" نامیده می شود با در نظر گرفتن صرفه و صلاح موسسه منعقد می گردد.

## ماده ۱: موضوع تفاهم نامه:

ارائه مراقبت های کیفی مبتنی بر استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با رعایت ارزش های متعالی، به کلیه بیماران بخش و جبران خدمات ارائه شده به صورت مبتنی بر عملکرد.

## ماده ۲:

در مورد اصطلاحات و تعابیر به کار رفته در این تفاهم نامه، تعاریف موضوع دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ملاک عمل می باشد.

## ماده ۳: تعهدات و اختیارات طرف اول:

طرف اول متعهد است اقدامات زیر را انجام دهد:

- ۱- میزان درآمد قابل توزیع بخش را در پایان هر ماه حداکثر تا دهم ماه بعد، به مدیران واحد مجری ابلاغ نماید.
- ۲- نقاط قابل بهبود هر بخش از منظر ارزیابی کیفی عملکرد، کسورات و سایر مشکلات را اعلام و در رفع آن کمک نماید.

- ۳- پرداختی موضوع این تفاهم نامه در فیش پرداخت عملکردی کارکنان، در دو ردیف جداگانه دقیقاً براساس عین عبارت ذیل درج می گردد:

الف) پرداخت عملکردی ساعات موظف (کارانه).

ب) پرداخت عملکردی ساعات غیرموظف (اضافه کاری و کارانه).

ع- گزارش اجرای این تفاهم نامه هر سه ماه یکبار به کارگروه ارائه نماید.

ماده ۴: تعهدات و اختیارات مدیران واحد مجری:

مدیران واحد مجری متعهد می‌باشند اقدامات زیر را انجام دهند:

۱- بخش را به نحوی مدیریت نمایند که کلیه بیماران بستری شده در بخش در تمام ساعات شبانه روز، مراقبت

با کیفیت، ایمن، اثربخش، به موقع، کارا، عادلانه و متناسب با ارزش‌های خود را دریافت نمایند.

۲- به منظور فراهم شدن شرایط محاسبه دقیق ضریب ارزشیابی کیفی عملکرد در بخش، سیستم مراقبت

پرستاری/مامایی از بیماران را از ابتدای تیرماه ۱۳۹۴ به صورت روش موردی (Case Method) طراحی و اجرا

نمایند.

۳- به منظور پرداخت عادلانه و مبتنی بر عملکرد میان کارکنان شاغل در بخش .....، اطلاعات مربوط به

محاسبه امتیاز هر فرد را در چارچوب ماده ۲۹ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک

شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ثبت و جهت پرداخت عملکردی، در اختیار طرف اول قرار دهند.

ع- با ابلاغ مبلغ درآمد قابل توزیع بخش در پایان هر ماه توسط طرف اول، حداکثر ظرف ۷۲ ساعت نسبت به

اعلام مبلغ عملکردی هر فرد به طرف اول، اقدام نمایند.

۵- نسبت به اصلاح فرایندهای بخش جهت ارتقای عملکرد و بهبود کیفیت مراقبت در بخش طبق قوانین و

مقررات، اقدام نمایند.

۶- تقسیم کار و واگذاری مسئولیت به کارکنان غیر پزشک شاغل در بخش (شامل پرستار، ماما، بهیار، کمک

بہیار/کمک پرستار، منشی، نیروی خدماتی و سایر کارکنان غیر پزشک بخش) بر عهده مدیران واحد مجری

خواهد بود.

۷- تکمیل فرم ارزشیابی عملکرد کارکنان بخش به صورت عادلانه و دقیق در فاصله زمانی سه ماهه.

ماده ۵- نحوه محاسبه عملکرد بخش:

۱- با توجه به نحوه محاسبات مذکور در دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در

بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی، ..... درصد از درآمد مبنای پایان هر ماه بخش یا ..... درصد از سهم واحدهای پشتیبان به مدیران واحد مجری تعلق می گیرد تا پس از اعمال ضریب کیفی عملکرد، با رعایت مفاد ماده ۲۹ دستورالعمل بین کارکنان غیرشاغل در بخش توزیع گردد.

۲- به منظور توجه به کیفیت خدمات و مراقبت های ارائه شده به بیماران، ضریب کیفی عملکرد بخش هر سه ماه یکبار توسط واحدهای مختلف بیمارستان با نظارت طرف اول براساس فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد (پیوست شماره ۲ دستورالعمل موضوع ماده ۲ این تفاهم نامه) سنجیده و در میزان درآمد قابل توزیع بخش تاثیر داده خواهد شد. مدیران واحد مجری مکلفند به کارکنان بخش خود اطلاع رسانی لازم را انجام دهند. تبصره: در صورت لزوم، شاخص های جدید برای ارزشیابی عملکرد فعالیت های بخش توسط شورا، ابلاغ خواهد شد. ماده ۶:

در صورت بروز هر گونه ابهام و اختلاف نظر در اجرای این تفاهم نامه و دستورالعمل موضوع ماده ۲ این تفاهم نامه موضوع برای اتخاذ تصمیم به هیات ارجاع می گردد. چنانچه مصوبه هیات به هر دلیل مورد تأیید مدیران واحد مجری قرار نگیرد، گزارش اختلاف به کارگروه، جهت اخذ تصمیم نهایی ارجاع می شود.

این تفاهم نامه در ۳ نسخه مشتمل بر ۶ ماده و ۱ تبصره، در تاریخ ..... به امضاء طرفین رسیده و برای مدت ۹ ماه از تاریخ ۱۳۹۳/۷/۱ لازم الاجرا می باشد. یک نسخه از این تفاهم نامه می بایست نزد هیات بایگانی شود و دو نسخه دیگر در اختیار طرفین تفاهم نامه قرار می گیرد.

طرف اول

طرف دوم

نام و نام خانوادگی:

نام و نام خانوادگی:

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

امضاء:

امضاء:

**پیوست شماره ۱: نحوه محاسبه و اعمال ضریب کیفی عملکرد پزشک  
متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص درمانی و هیات علمی، دستیار،  
عضو هیات علمی غیر پزشک و پزشک عمومی**

(موضوع ماده ۱۵ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان شاغل در بیمارستان های وابسته به  
دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**زمستان ۱۳۹۳**

### نحوه محاسبه و اعمال امتیاز کیفیت آموزش عضو هیات علمی پزشک و غیرپزشک

۱- امتیاز کیفیت آموزش اعضای هیات علمی، امتیازی بین ۰ تا ۱۰۰ است که حداقل هر سه ماه یکبار، به صورت فردی سنجیده می‌شود. از ۱۰۰ امتیاز مربوطه، ۵۰ امتیاز توسط معاون آموزشی موسسه و ۵۰ امتیاز توسط معاون آموزشی هر بیمارستان تعیین می‌شود (جدول شماره ۱)

جدول (۱): نحوه محاسبه امتیاز کیفیت آموزش عضو هیات علمی پزشک و غیرپزشک

| ردیف | معیارها                                                                           | ارزیابی کننده          | امتیاز     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| ۱    | کیفیت و کمیت فعالیت‌های آموزشی عضو هیات علمی از دیدگاه معاون آموزشی بیمارستان     | معاون آموزشی بیمارستان | ۵۰-        |
| ۲    | کیفیت و کمیت فعالیت‌های آموزشی عضو هیات علمی از دیدگاه مرکز مطالعات و توسعه موسسه | معاون آموزشی موسسه     | ۵۰-        |
|      | جمع کل                                                                            |                        | ۱۰۰ امتیاز |

۲- معیارهای ارزیابی کیفیت آموزشی اعضای هیات علمی پزشک و غیرپزشک به پیشنهاد معاون آموزشی موسسه به تصویب کارگروه خواهد رسید.

۳- امتیاز کیفیت آموزش عضو هیات علمی که توسط معاون آموزشی موسسه صورت می‌گیرد، به طور مکتوب به هر بیمارستان اعلام می‌گردد و عیناً برای محاسبات پرداخت عملکردی هر عضو هیات علمی، استفاده خواهد شد.

۴- میانگین امتیاز کیفیت آموزش و کیفیت درمان هر یک از اعضای هیات علمی مبنای محاسبه امتیاز نهایی کیفیت عملکرد عضو هیات علمی است:

$$\text{امتیاز نهایی کیفیت درمان عضو هیات علمی} + \text{امتیاز کیفیت آموزش عضو هیات علمی} = \frac{\text{امتیاز کیفیت عضو هیات علمی}}{2}$$

## نحوه محاسبه و اعمال امتیاز کیفیت درمان

۱. امتیاز کیفیت درمان، امتیازی بین ۰ تا ۱۰۰ است که حداقل هر ۳ ماه یکبار و به صورت فردی

سنجیده می‌شود.

۲. میزان رضایت بیماران از عملکرد پزشک براساس فرم استاندارد سنجش رضایت بیماران

که توسط معاونت درمان وزارت ابلاغ می‌شود، سنجش می‌گردد.

### امتیاز عملکرد دستیار

۱. امتیاز عملکرد دستیار، امتیازی بین ۰ تا ۱۰۰ است که حداقل هر ۳ ماه یکبار، براساس جدول

شماره (۵) محاسبه می‌گردد.

۲. در مورد دستیارانی که کمتر از سه ماه در بخش حضور داشته باشند، براساس ماه‌های

حضور امتیاز کیفیت محاسبه می‌شود.

### نحوه محاسبه ضریب کیفی عملکرد

با قرار دادن امتیاز کیفیت در جدول شماره (۳) ذیل تبصره (۱) ماده ۱۵ این دستورالعمل، ضریب

کیفیت پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص درمانی، عضو هیات علمی، پزشک عمومی و

دستیار محاسبه می‌گردد.

### فرم‌ها و ابزار ارزشیابی

در کلیه ارزشیابی‌های صورت گرفته برای پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص درمانی و عضو

هیات علمی، دستیار، عضو هیات علمی غیرپزشک و همچنین پزشک عمومی منظور از امتیاز حداکثر

یعنی فرد ارزیابی شونده در اکثریت موارد معیارهای عملکرد عالی را رعایت نموده و به علت انجام

فعالیت‌ها به بهترین کیفیت، می‌تواند به عنوان یک الگو مطرح باشد. کسب امتیاز خوب (کسب ۹۰-

۸۰ درصد از مجموع امتیاز) یعنی آنکه فرد، در ۸۰-۷۰ درصد موارد معیارهای عملکرد عالی را

رعایت می‌نماید و امتیاز متوسط یعنی فرد مذکور، در ۵۰ درصد موارد معیارهای عملکرد عالی را

رعایت نموده است و در نهایت کسب حداقل امتیاز به معنی این است که فرد به ندرت معیارهای

عملکرد عالی را رعایت نموده است.

جدول (۲): فرم سنجش کیفیت درمانی پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص درمانی یا عضو هیات علمی

| ردیف   | معیارها                                                                                            | ارزیابی کننده    | امتیاز     |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
| ۱      | میزان حضور در کلینیک و انجام به موقع ویزیت سرپایی بیماران و رعایت استانداردهای مربوط به زمان ویزیت | رئیس بیمارستان   | ۵-         |
| ۲      | تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن براساس دستورالعمل های ابلاغی از سوی وزارت           | رئیس بیمارستان   | ۱۰-        |
| ۳      | حضور به موقع و مستمر در اتاق عمل و یا در زمان انجام پروسیجرهای تشخیصی بر بالین بیماران             | رئیس بیمارستان   | ۵-         |
| ۴      | میزان پاسخگویی و پذیرش بیماران پیچیده و انجام اعمال جراحی مجدد و پرخطر                             | رئیس بیمارستان   | ۱۰-        |
| ۵      | رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل های ابلاغی از سوی وزارت و موسسه                         | رئیس بیمارستان   | ۵-         |
| ۶      | میزان حضور فیزیکی در بیمارستان مطابق قوانین کشوری                                                  | رئیس بیمارستان   | ۵-         |
| ۷      | کیفیت انجام مقیمی و آنکالی حسب نیاز بیمارستان                                                      | رئیس بیمارستان   | ۱۰-        |
| ۸      | میزان مشارکت در فرایند اعتباربخشی و برنامه های ارتقا کیفیت بیمارستان                               | رئیس بیمارستان   | ۱۰-        |
| ۹      | حضور و مشارکت در کمیته های بیمارستانی                                                              | رئیس بیمارستان   | ۵-         |
| ۱۰     | مشارکت فعال در آموزش کارکنان                                                                       | رئیس بیمارستان   | ۵-         |
| ۱۱     | میزان رضایت بیماران از عملکرد پزشک                                                                 | واحد بهبود کیفیت | ۳۰-        |
| جمع کل |                                                                                                    |                  | ۱۰۰ امتیاز |

جدول (۳): فرم سنجش کیفیت درمانی پزشک عمومی

| ردیف   | معیارها                                                                                     | ارزیابی کننده     | امتیاز     |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|
| ۱      | تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن<br>براساس دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی وزارت | رئیس<br>بیمارستان | ۲۰-.       |
| ۲      | میزان حضور و همکاری در نوبت کاری عصر و شب                                                   | رئیس<br>بیمارستان | ۲۰-.       |
| ۳      | رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل‌های ابلاغی<br>از سوی وزارت و موسسه               | رئیس<br>بیمارستان | ۵-.        |
| ۴      | میزان حضور فیزیکی در بیمارستان مطابق قوانین<br>کشوری                                        | رئیس<br>بیمارستان | ۵-.        |
| ۵      | میزان مشارکت در فرایند اعتباربخشی و برنامه‌های ارتقا<br>کیفیت بیمارستان                     | رئیس<br>بیمارستان | ۱۵-.       |
| ۶      | حضور و مشارکت در کمیته‌های بیمارستانی                                                       | رئیس<br>بیمارستان | ۱۰-.       |
| ۷      | مشارکت فعال در آموزش کارکنان                                                                | رئیس<br>بیمارستان | ۵-.        |
| ۸      | میزان رضایت بیماران از عملکرد پزشک                                                          | رئیس<br>بیمارستان | ۲۰-.       |
| جمع کل |                                                                                             |                   | ۱۰۰ امتیاز |

جدول (۴): فرم ارزیابی خدمات فنی داروساز در بخش دارویی (داروخانه) بیمارستان

| ردیف | معیارها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ارزیابی کننده  | امتیاز |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| ۱    | میزان حضور فیزیکی در بیمارستان مطابق قوانین کشوری                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | رئیس بیمارستان | ۵- -   |
| ۲    | میزان مشارکت در فرایند اعتباربخشی و برنامه‌های ارتقا کیفیت بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | رئیس بیمارستان | ۱۰- -  |
| ۳    | حضور و مشارکت در کمیته‌های بیمارستانی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | رئیس بیمارستان | ۵- -   |
| ۴    | خدمات کنترلی داروسازی نسخه بیمار<br>کنترل‌های داروسازی نسخه شامل گرفتن شرح حال مختصر وضعیت بیمار، عدم وجود خطای نسخه‌نویسی، کنترل تناسب دوزاژ و اشکال دارویی با توجه به شرایط بیمار، کنترل صحت داروهای تحویلی (نام دارو، قدرت، انقضاء، شماره تولید و صحت)، کنترل عدم وجود داروهای مجاز تجویز (فهرست رسمی کشوری در داروخانه شهری و فهرست فارماکوپه در بیمارستان)                                                                                                          | رئیس بیمارستان | ۱۰- -  |
| ۵    | تهیه و ارائه اطلاعات لازم مصرف دارو برای بیمار به صورت مستند                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | رئیس بیمارستان | ۱۰- -  |
| ۶    | کنترل و نظارت بر فرایند نسخه‌پیچی شامل مراحل زیر:<br>الف) جمع‌آوری داروها و لوازم تجویز شده در نسخه بیمار از طبقات داروخانه و انبار.<br>ب) برچسب زنی (فنی) شامل:<br>نام بیمار و محل، نام و قدرت دارو، دوزاژ دارو، روش تجویز.<br>محاسبات مورد نیاز، زمان توزیع، نام بیمارستان، درج اطلاعات روش مصرف دارو و لوازم مورد نیاز همراه با احتیاطات لازم (فنی).<br>ج) بسته‌بندی مناسب طبق شرایط بیمار.<br>د) قیمت‌دهی اقلام نسخه.<br>ه) کنترل رایانه‌ای نسخه بیمار-مستندات بیمه. | رئیس بیمارستان | ۱۲- -  |
| ۷    | خدمات داروسازی برای تامین و نگهداری دارو و لوازم براساس ضوابط و استانداردهای GSP، GDP و GPhP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | رئیس بیمارستان | ۱۳- -  |

|        |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|        |                                                                                                 | کنترل ایزولاسیون و مدیریت فضاهای نگهداری داروها بر اساس ایمنی، سلامت و GSP.<br>- کنترل و بروزرسانی چیدمان دارو براساس اصول FIRST IN – FIRST OUT<br>- کنترل و ثبت شرایط ابزار سنجش دما و رطوبت و نور.<br>- کنترل کالبراسیون تجهیزات نگهداری (یخچال، سردخانه و هواسازها). |            |
| ۸      | کنترل‌های نگهداری اقلام ویژه (بیولوژیک، مخدر، سمی و پرخطر و آتش‌زا).                            | رئیس بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                          | ۱۰-۱       |
| ۹      | آموزش القائی و آشنا نمودن افراد جدیدالورود با قوانین و مقررات و استانداردهای حرفه‌ای بخش داروئی | رئیس بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                          | ۲-۲        |
| ۱۰     | نیازسنجی آموزشی کارکنان بخش داروئی و مشارکت فعال در آموزش کارکنان                               | رئیس بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                          | ۳-۳        |
| ۱۱     | حضور و مشارکت در نوبت‌های کاری عصر و شب و روزهای تعطیل                                          | رئیس بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                          | ۲۰-۲       |
| جمع کل |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         | ۱۰۰ امتیاز |

جدول (۵): فرم سنجش عملکرد دستیار

| ردیف   | معیارها                                      | ارزیابی کننده | امتیاز     |
|--------|----------------------------------------------|---------------|------------|
| ۱      | میزان حضور و مشارکت در برنامه های آموزشی بخش | رئیس بخش      | ۲۰-۰       |
| ۲      | کیفیت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی            | رئیس بخش      | ۲۰-۰       |
| ۳      | میزان مشارکت در کشیک های شب و ایام تعطیل     | رئیس بخش      | ۲۰-۰       |
| ۴      | میزان رضایت بیماران از عملکرد دستیار         | معاون آموزشی  | ۲۰-۰       |
| ۵      | میزان تعهد و رعایت اخلاق حرفه ای             | معاون آموزشی  | ۲۰-۰       |
| جمع کل |                                              |               | ۱۰۰ امتیاز |

جدول (۶): فرم سنجش کیفیت اعضای هیات علمی غیرپزشک

| ردیف   | معیارها                                                                    | ارزیابی کننده  | امتیاز     |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| ۱      | میزان حضور و همکاری در نوبت کاری عصر و شب                                  | رئیس بیمارستان | ۲۰-        |
| ۲      | رعایت راهنماهای بالینی (گایدلاین) و پروتکل های ابلاغی از سوی وزارت و موسسه | رئیس بیمارستان | ۵-         |
| ۳      | میزان حضور فیزیکی در بیمارستان مطابق قوانین کشوری                          | رئیس بیمارستان | ۱۰-        |
| ۴      | میزان مشارکت در فرایند اعتباربخشی و برنامه های ارتقا کیفیت بیمارستان       | رئیس بیمارستان | ۲۰-        |
| ۵      | حضور و مشارکت در کمیته های بیمارستانی                                      | رئیس بیمارستان | ۱۵-        |
| ۶      | مشارکت فعال در آموزش کارکنان                                               | رئیس بیمارستان | ۱۰-        |
| ۷      | میزان رضایت بیماران از عملکرد فرد                                          | رئیس بیمارستان | ۲۰-        |
| جمع کل |                                                                            |                | ۱۰۰ امتیاز |

# پیوست شماره ۲: نحوه محاسبه و اعمال ضریب کیفی عملکرد بخش‌های تشخیصی و درمانی

(موضوع تبصره (۳) ماده ۲۲ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان  
غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زمستان ۱۳۹۳

### نکات مهم در سنجش ضریب کیفی عملکرد

۱. ارزشیابی کیفی عملکرد بخش‌های تشخیصی و درمانی، امتیازی بین ۰ تا ۵۵۰ است.
۲. ارزشیابی کیفی عملکرد بخش‌های تشخیصی و درمانی، حداقل هر ۳ ماه یک‌بار توسط بخش‌ها و واحدهای مختلف مرکز درمانی، تعیین می‌گردد.
۳. مسئول هر یک از واحدهای ارزیابی‌کننده پس از تعیین امتیاز هر یک از بخش‌ها، امتیازات بخش‌ها را به طور مکتوب به هیات اعلام می‌کند. معاون درمان مرکز مکلف است مجموع امتیازات کسب شده هر بخش و ضریب حاصل از آن را هر سه ماه یکبار به منظور آگاهی واحد از عملکرد خود و تلاش در راستای ارتقا عملکرد، به بخش مربوطه اعلام نماید.
۴. میزان امتیاز داده شده توسط هر واحد محرمانه تلقی می‌گردد، اما واحد ارزیابی‌کننده مکلف است به تفکیک هر یک از بخش‌های ارزشیابی شده، فهرست مشکلات و اولویت مداخلات جهت اصلاح روند فعلی را به هیات و مدیران واحد مجری گزارش نماید.
۵. میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک بخش، براساس فرم استاندارد سنجش رضایت بیماران که توسط معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌شود، سنجش می‌گردد.
۶. بخش‌ها و واحدهای ارزیابی‌کننده، براساس عملکرد هر بخش در مجموع شاخص‌های تعیین شده، امتیاز هر بخش را تعیین می‌کنند. در این فرم منظور از امتیاز حداکثر یعنی بخش مربوطه تمام معیارهای تعیین شده را به بهترین کیفیت انجام داده و به عنوان یک الگو می‌تواند مطرح باشد. کسب امتیاز خوب (کسب ۸۰-۹۰ درصد از مجموع امتیاز) یعنی آنکه بخش، ۸۰-۷۰ درصد معیارهای عملکرد بخش عالی را دارا می‌باشد و امتیاز متوسط یعنی بخش مربوطه ۵۰ درصد معیارهای عملکرد بخش عالی را دارا می‌باشد و در نهایت کسب حداقل امتیاز به معنی این است که بخش فاقد معیارهای عملکرد بخش عالی می‌باشد و یا عملکرد غیرقابل توجه می‌باشد.
۷. فرم‌های سنجش ضریب کیفی عملکرد برای بخش‌های تشخیصی و درمانی مختلف در ادامه به تفکیک آمده است.

جدول (۱): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد بخش‌های تشخیصی و درمانی (شامل بخش‌های بستری، اورژانس و دیالیز)

| ارزیابی کننده    | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                                                                                                                                     | امتیاز |
|------------------|-----------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش       | ۵۰-       | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار و خانواده وی در زمان پذیرش، حین درمان و به ویژه در هنگام ترخیص در خصوص پیشگیری، کنترل، درمان بیماری، ادامه روند درمان در منزل و ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                       | ۱۰-    |
|                  |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                                                                                                                                   | ۱۰-    |
|                  |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                                                                                                                                  | ۱۰-    |
|                  |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون‌بخشی                                                                                                                                                                                                  | ۵-     |
|                  |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان‌بندی برنامه‌ریزی شده                                                                                                                                                                   | ۱۰-    |
|                  |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                                                                                                                                      | ۵-     |
| دفتر پرستاری     | ۶۰-       | ۱    | اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                                                                                                                                     | ۱۰-    |
|                  |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                                                                                                                                                  | ۵-     |
|                  |           | ۳    | چیدمان مناسب کادر پرستاری در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر و رعایت اصول مراقبتی مبتنی بر مورد (Case Method)                                                                                             | ۱۰-    |
|                  |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کادر پرستاری بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان بخش                                                                                                                                            | ۵-     |
|                  |           | ۵    | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری در جهت رفع نواقص و تامین کمبودهای بخش                                                                                                                                                                     | ۵-     |
|                  |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                                                                                                                                       | ۵-     |
|                  |           | ۷    | حفظ شئون اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                                                                                                                                                                  | ۵-     |
|                  |           | ۸    | میزان رعایت راهنماهای طبابت بالینی (guidelines) در مراقبت از بیماران                                                                                                                                                                             | ۵-     |
|                  |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                                                                                                                                                   | ۵-     |
|                  |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                                                                                                                                                         | ۵-     |
| واحد کنترل عفونت | ۵۰-       | ۱    | به کار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) و واکسیناسیون هپاتیت B توسط کادر خدمات سلامت                                                                                        | ۱۰-    |
|                  |           | ۲    | نحوه پیاده‌سازی موازین پیشگیری و کنترل عفونت مانند پذیرش ۱۰۰ درصد بهداشت دست در دو موقعیت: قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام پروسیجرهای آسپتیک، اطمینان از استریلیزاسیون ابزار و وسایل با توجه به اندیکاتورهای شیمیایی و شستشو و ضدعفونی مناسب | ۱۶-    |

|    |                                                                                                                                                                                          |       |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|--|
|    | وسایل و ابزار قبل از انتقال به CSR و وجود دیسپنسرهای hand rub                                                                                                                            |       |  |  |
| ۳  | بیماریابی فعال به منظور جمع‌آوری منظم داده‌ها جهت گزارش‌دهی دقیق و واقعی موارد عفونت‌های بیمارستانی                                                                                      | ۴-۴   |  |  |
| ۴  | رعایت نکات آسپتیک حین انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به‌ویژه در بیمارانی که نسبت به کلونیزاسیون و عفونت آسیب پذیرند (مبتلایان به بیماری‌های شدید زمینه‌ای، جراحی‌های اخیر و بخش‌های ویژه) | ۴-۶   |  |  |
| ۵  | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیمار                                                                                                                                      | ۴-۶   |  |  |
| ۶  | میزان اجرای برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی در بخش                                                                                                                   | ۴-۴   |  |  |
| ۷  | میزان رعایت اصول ایزولاسیون از نظر ساختار، فرایند و برآیند                                                                                                                               | ۴-۴   |  |  |
| ۱  | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای الزامی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار                                                                                                                  | ۱-۱۰  |  |  |
| ۲  | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                                                                            | ۵-۵   |  |  |
| ۳  | میزان مشارکت در مدیریت خطر اتفاقات ناخواسته برای بیماران و کارکنان (گزارش Stick Needle و بکار بستن موازین پروفیلاکسی بعد از مواجهه (PEP))                                                | ۱-۱۰  |  |  |
| ۴  | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                                                                        | ۱-۱۰  |  |  |
| ۵  | میزان کاهش در شاخص ترک با مسئولیت شخصی بیمار (رضایت شخصی)                                                                                                                                | ۵-۵   |  |  |
| ۶  | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                                                                                         | ۵-۵   |  |  |
| ۷  | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                                                                                     | ۱-۱۰  |  |  |
| ۸  | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                                                                                                   | ۱۵-۱۵ |  |  |
| ۹  | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده                                                           | ۱-۱۰  |  |  |
| ۱۰ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک بخش                                                                                                                                        | ۱۲-۱۲ |  |  |
| ۱  | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک پسماندهای پزشکی از مبدا، جمع‌آوری و امحاء براساس دستورالعمل کشوری و وجود Safety Box                                                                     | ۲۵-۲۵ |  |  |
| ۲  | رعایت بهداشت، تمیزی محیط و تجهیزات با بکارگیری صحیح و بهینه مواد ضد عفونی کننده در بخش‌ها                                                                                                | ۱-۱۰  |  |  |
| ۳  | آگاهی و رعایت اصول (Material Safety Data Sheet (MSDS در بخش                                                                                                                              | ۵-۵   |  |  |
| ۱  | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                                                                                        | ۲۰-۲۰ |  |  |
| ۲  | میزان دانش و مهارت بکارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                                                                                    | ۱-۱۰  |  |  |
| ۳  | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک لیست‌های روزانه                                                                                                                              | ۱-۱۰  |  |  |

واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت

۲۰۰+

واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای

۴۰+

واحد مهندسی تجهیزات پزشکی

۶۰+

|       |                                                            |                                                                                 |
|-------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ۴     | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش | ۲۰-۲                                                                            |
| ۳۰-۰  | ۱                                                          | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد |
|       | ۲                                                          | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                         |
|       | ۳                                                          | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                    |
| ۳۰-۰  | ۱                                                          | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                                  |
|       | ۲                                                          | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                         |
| ۳۰-۰  | ۱                                                          | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت‌افزارهای IT بخش                  |
|       | ۲                                                          | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                                          |
|       | ۳                                                          | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS                |
| مجموع |                                                            |                                                                                 |
| ۵۵۰   |                                                            |                                                                                 |

جدول (۲): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد اتاق عمل

| ارزیابی کننده    | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                          | امتیاز |
|------------------|-----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش       | ۴۰+       | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                            | ۱۰-    |
|                  |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                        | ۱۰-    |
|                  |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                       | ۵-     |
|                  |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون بخشی                                                                                       | ۵-     |
|                  |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان‌بندی برنامه‌ریزی شده                                                        | ۵-     |
|                  |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                           | ۵-     |
| دفتر پرستاری     | ۸۰+       | ۱    | اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                          | ۱۰-    |
|                  |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                                       | ۵-     |
|                  |           | ۳    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر                                        | ۱۵-    |
|                  |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کادر پرستاری بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان بخش                                 | ۱۰-    |
|                  |           | ۵    | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری در جهت رفع نواقص و تامین کمبودهای بخش                                                          | ۱۰-    |
|                  |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                            | ۵-     |
|                  |           | ۷    | حفظ شئون اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                                                       | ۵-     |
|                  |           | ۸    | میزان رعایت راهنماهای طبابت بالینی (guidelines)                                                                                       | ۵-     |
|                  |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                                        | ۵-     |
|                  |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                                              | ۱۰-    |
| واحد کنترل عفونت | ۵۰+       | ۱    | به کار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) توسط کارکنان خدمات سلامت | ۶-     |
|                  |           | ۲    | نحوه پیاده‌سازی خط‌مشی‌ها و روش‌های پیشگیری و کنترل عفونت (راهنمای جراحی)                                                             | ۶-     |

|   |                                                                                                                                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|   |                                                                                                                                            |      | ایمن) فشار و تهویه، بهداشت و ضدعفونی و محیط اتاق عمل پس از اعمال جراحی "کثیف" یا "عفونی" و روتین هفتگی، انتقال نمونه‌ها و ضدعفونی محیط پس از ریختن خون و ترشحات بیمار بر زمین نحوه تأیید استریلیتی ابزار، وسایل و ابزار جراحی با ارزیابی و بررسی شاخص‌های استریلیتی، رعایت پروفیلاکسی قبل، ضمن و بعد از عمل مطابق با راهنمای جراحی ایمن |  |  |
| ۳ | آماده‌سازی دست برای جراحی در اتاق عمل (راهنمای بهداشت دست) و وجود دیسپنسرهای hand rub                                                      | ۸-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۴ | رعایت نکات آسپتیک حین اعمال جراحی                                                                                                          | ۴-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۵ | تضمین استریلیزاسیون فوری در اتاق عمل                                                                                                       | ۸-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۶ | ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب وسایل و ابزار با استفاده از محلول‌های ضدعفونی سطح بالا                                                       | ۸-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۷ | نظارت بر کیفیت عملکرد واحد CSR                                                                                                             | ۶-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۸ | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                                      | ۴-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۱ | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای الزامی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار به ویژه اخذ رضایت آگاهانه و شناسایی بیمار در اتاق عمل              | ۱۰-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۲ | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                              | ۵-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۳ | میزان مشارکت در مدیریت خطر اتفاقات ناخواسته برای بیماران و کارکنان (گزارش Needle Stick و به کار بستن موازن پروفیلاکسی بعد از مواجهه (PEP)) | ۱۰-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۴ | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                          | ۱۵-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۵ | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                                           | ۱۰-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۶ | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                                       | ۱۵-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۷ | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                                                                    | ۵۰-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۸ | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده             | ۱۰-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۹ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیر پزشکی بخش                                                                                        | ۵۵-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۱ | رعایت موازن کدبندی رنگی و تفکیک از مبدا، جمع‌آوری و امحاء پسماندهای پزشکی براساس دستورالعمل کشوری و وجود Safety Boxes                      | ۲۰-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۲ | بهداشت، تمیزی و ضدعفونی محیط و تجهیزات با کاربرد صحیح و بهینه مواد پاک‌کننده و ضدعفونی‌کننده                                               | ۱۵-۰ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| ۳ | آگاهی و رعایت اصول Material Safety Data Sheet (MSDS) در بخش                                                                                | ۵-۰  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |

واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت

واحد بهداشت محیط و حراف

|       |                             |   |                                                                                 |     |
|-------|-----------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ۰-۶۰  | واحد منحصی<br>تجهیزات پزشکی | ۱ | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                               | ۱۵- |
|       |                             | ۲ | میزان دانش و مهارت به کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                         | ۱۰- |
|       |                             | ۳ | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                     | ۱۰- |
|       |                             | ۴ | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                      | ۲۵- |
| ۰-۴۰  | واحد درآمد و<br>بیمه‌گری    | ۱ | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد | ۱۰- |
|       |                             | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                         | ۱۵- |
|       |                             | ۳ | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                    | ۱۵- |
| ۰-۴۰  | واحد<br>ترخیص               | ۱ | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                                  | ۲۵- |
|       |                             | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                         | ۱۵- |
| ۰-۲۰  | واحد<br>فناوری<br>اطلاعات   | ۱ | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت افزارهای IT بخش                  | ۵-  |
|       |                             | ۲ | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                                          | ۵-  |
|       |                             | ۳ | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS                | ۱۰- |
| ۰-۵۵۰ | مجموع                       |   |                                                                                 |     |

جدول (۳): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد درمانگاه

| ارزیابی کننده    | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                          | امتیاز |
|------------------|-----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش       | ۴۰-۰      | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                            | ۱۰-۰   |
|                  |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                        | ۱۰-۰   |
|                  |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                       | ۵-۰    |
|                  |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون بخشی                                                                                       | ۵-۰    |
|                  |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان بندی برنامه ریزی شده                                                        | ۵-۰    |
|                  |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                           | ۵-۰    |
| دفتر پرستاری     | ۸۰-۰      | ۱    | اجرای برنامه ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                          | ۱۰-۰   |
|                  |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                                       | ۵-۰    |
|                  |           | ۳    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر                                        | ۱۵-۰   |
|                  |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کادر پرستاری بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان بخش                                 | ۱۰-۰   |
|                  |           | ۵    | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری در جهت رفع نواقص و تامین کمبودهای بخش                                                          | ۱۰-۰   |
|                  |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                            | ۵-۰    |
|                  |           | ۷    | حفظ شئون اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                                                       | ۵-۰    |
|                  |           | ۸    | میزان رعایت راهنماهای طبابت بالینی (guidelines)                                                                                       | ۵-۰    |
|                  |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                                        | ۵-۰    |
|                  |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                                              | ۱۰-۰   |
| واحد کنترل عفونت | ۵۰-۰      | ۱    | به کار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) توسط کارکنان خدمات سلامت | ۸-۰    |
|                  |           | ۲    | پذیرش ۱۰۰ درصد بهداشت دست در دو موقعیت: قبل از تماس با بیمار و قبل از                                                                 | ۱۰-۰   |

|       |                                |  |                                                                                                                                             |      |
|-------|--------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|       |                                |  | انجام پروسیجرهای آسپتیک در درمانگاه و وجود دیسپنسرهای hand rub                                                                              |      |
|       |                                |  | رعایت نکات آسپتیک حین اقدامات تشخیصی و درمانی                                                                                               | ۳-۱۲ |
|       |                                |  | ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب وسایل و ابزار با استفاده از محلول‌های ضد عفونی سطح بالا (به ویژه در اسکوپ‌ها)                                | ۴-۱۲ |
| ۱۸۰-۰ | واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت |  | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                                       | ۵-۸  |
|       |                                |  | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای الزامی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار به ویژه اخذ رضایت آگاهانه و شناسایی بیمار در اتاق عمل               | ۱-۱۰ |
|       |                                |  | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                               | ۲-۵  |
|       |                                |  | میزان مشارکت در مدیریت خطر اتفاقات ناخواسته برای بیماران و کارکنان (گزارش Needle Stick و به کار بستن موازین پروفیلاکسی بعد از مواجهه «PEP») | ۳-۱۰ |
|       |                                |  | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                           | ۴-۱۵ |
|       |                                |  | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                                            | ۵-۱۰ |
|       |                                |  | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                                        | ۶-۱۵ |
|       |                                |  | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                                                                     | ۷-۵۰ |
|       |                                |  | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده              | ۸-۱۰ |
|       |                                |  | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیر پزشکی بخش                                                                                         | ۹-۵۵ |
| ۴۰-۰  | واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای     |  | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک از مبدا، جمع‌آوری و امحاء پسماندهای پزشکی براساس دستورالعمل کشوری و وجود Safety Boxes                      | ۱-۲۰ |
|       |                                |  | بهداشت، تمیزی و ضد عفونی محیط و تجهیزات با کاربرد صحیح و بهینه مواد پاک‌کننده و ضد عفونی کننده                                              | ۲-۱۵ |
|       |                                |  | آگاهی و رعایت اصول Material Safety Data Sheet (MSDS) در بخش                                                                                 | ۳-۵  |
| ۶۰-۰  | واحد مهندسی تجهیزات پزشکی      |  | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                                           | ۱-۱۵ |
|       |                                |  | میزان دانش و مهارت به کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                                     | ۲-۱۰ |
|       |                                |  | گزارش دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک لیست‌های روزانه                                                                                 | ۳-۱۰ |
|       |                                |  | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                                                                                  | ۴-۲۵ |

|                           |                       |       |                                                                  |                                                                                 |      |
|---------------------------|-----------------------|-------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|
| واحد حسابداری و امور مالی | واحد درآمد و بیمه‌گری | ۰-۴۰  | ۱                                                                | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به‌طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد | ۱-۱۰ |
|                           |                       |       | ۲                                                                | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                         | ۱۵-  |
|                           |                       |       | ۳                                                                | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                    | ۱۵-  |
| واحد ترخیص                | ۰-۴۰                  | ۱     | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                   | ۲۵-                                                                             |      |
|                           |                       | ۲     | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران          | ۱۵-                                                                             |      |
| واحد فناوری اطلاعات       | ۰-۲۰                  | ۱     | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت افزارهای IT بخش   | ۵-                                                                              |      |
|                           |                       | ۲     | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                           | ۵-                                                                              |      |
|                           |                       | ۳     | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS | ۱۰-                                                                             |      |
|                           |                       | مجموع |                                                                  |                                                                                 | ۵۵۰- |

جدول (۴): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد بخش دارویی (داروخانه)

| ارزیابی کننده               | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                                        | امتیاز |
|-----------------------------|-----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش                  | ۵۰-۰      | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار، ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                                         | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                                      | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون بخشی                                                                                                     | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان بندی برنامه ریزی شده                                                                      | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                                         | ۵-۰    |
| واحد معاونت درمان بیمارستان | ۱۰۰-۰     | ۱    | مشارکت فعال در کمیته دارو، درمان، تجهیزات برای تنظیم فارماکوپه بیمارستان و انطباق با مقررات جاری وزارت                                              | ۲۰-۰   |
|                             |           | ۲    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر و نحوه آموزش کارکنان                                 | ۵-۰    |
|                             |           | ۳    | برآورد نیاز و تهیه دارو و ملزومات مصرفی بیمارستان مطابق با فارماکوپه                                                                                | ۵-۰    |
|                             |           | ۴    | کنترل شرایط نگهداری دارو و ملزومات در انبارها، داروخانه و بخش‌ها از نظر نور، دما، رطوبت و تاریخ انقضای مصرف                                         | ۵-۰    |
|                             |           | ۵    | توزیع بهینه دارو و ملزومات مورد نیاز بخش‌ها مطابق با اصول فنی و حرفه‌ای                                                                             | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۶    | میزان ضایعات ایجاد شده در انبار دارویی                                                                                                              | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۷    | نظارت بر نحوه تجویز و مصرف منطقی دارو و ملزومات در بخش‌ها و مدیریت کاهش بار هزینه‌ای آنها                                                           | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۸    | مشارکت فعال در کمیته‌های تخصصی بیمارستان مانند کنترل عفونت، کنترل درد، کنترل مرگ و میر                                                              | ۵-۰    |
|                             |           | ۹    | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش با رعایت اصول فنی                                                                                          | ۵-۰    |
|                             |           | ۱۰   | مشارکت در اجرای سیستم نرم‌افزاری بیمارستان در ثبت الکترونیک و اطلاعات دارو و ملزومات نسخ                                                            | ۵-۰    |
|                             |           | ۱۱   | نظارت بر نحوه تدارک دارویی (LASA، ویال‌های مولتی دوز) و استمرار دسترسی به داروهای حیاتی مطابق با استاندارد الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار | ۵-۰    |
| واحد کنترل عفونت            | ۴۰-۰      | ۱    | رعایت اصول احتیاطات استاندارد در هنگام ارائه خدمت در بخش                                                                                            | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۲    | همکاری با بخش‌ها در فراهمی وسایل و اقلام یکبار مصرف                                                                                                 | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | نحوه همکاری در برنامه‌های کنترل عفونت (مانند تولید محلول‌های ضد عفونی با پایه الکلی hand rub براساس فرمولاسیون ابلاغی، رقیق سازی الکل ۷۰ درجه)      | ۱۵-۰   |

|       |   |                                                                                                                                |        |
|-------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ۱۶۰-۰ | ۱ | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                  | ۵-۰-   |
|       | ۲ | میزان استمرار در گزارش‌دهی خطاهای بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آن                                                | ۵-۰-   |
|       | ۳ | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                              | ۱۵-۰-  |
|       | ۴ | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                               | ۵-۰-   |
|       | ۵ | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                           | ۱۵-۰-  |
|       | ۶ | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                                                        | ۴۰-۰-  |
|       | ۷ | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده | ۵-۰-   |
|       | ۸ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک بخش                                                                              | ۷۰-۰-  |
| ۵۰-۰  | ۱ | رعایت اصول صحیح دفع پسماندهای دارویی و شیمیایی                                                                                 | ۴۰-۰-  |
|       | ۲ | آگاهی و رعایت اصول (Material Safety Data Sheet (MSDS در بخش                                                                    | ۱۰-۰-  |
| ۲۰-۰  | ۱ | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                              | ۵-۰-   |
|       | ۲ | میزان دانش و مهارت در به کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                     | ۳-۰-   |
|       | ۳ | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                                                                    | ۲-۰-   |
|       | ۴ | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                                                                     | ۱۰-۰-  |
| ۵۰-۰  | ۱ | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به‌طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد                                                | ۲۵-۰-  |
|       | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                        | ۱۵-۰-  |
|       | ۳ | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                                                                   | ۱۰-۰-  |
| ۴۰-۰  | ۱ | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                                                                                 | ۳۰-۰-  |
|       | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                        | ۱۰-۰-  |
| ۴۰-۰  | ۱ | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت‌افزارهای IT بخش                                                                 | ۵-۰-   |
|       | ۲ | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                                                                                         | ۱۵-۰-  |
|       | ۳ | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS                                                               | ۲۰-۰-  |
| مجموع |   |                                                                                                                                | ۵۵۰-۰- |

جدول (۵): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد بخش آزمایشگاه

| ارزیابی کننده               | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                   | امتیاز |
|-----------------------------|-----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش                  | ۳۰-۰      | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار، ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                    | ۵-۰    |
|                             |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان | ۶-۰    |
|                             |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                | ۶-۰    |
|                             |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون‌بخشی                                                                | ۴-۰    |
|                             |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان‌بندی برنامه‌ریزی شده                                 | ۵-۰    |
|                             |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                    | ۴-۰    |
| واحد معاونت درمان بیمارستان | ۶۰-۰      | ۱    | اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان   | ۵-۰    |
|                             |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                | ۵-۰    |
|                             |           | ۳    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر                 | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کارکنان بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان بخش               | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۵    | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری در جهت رفع نواقص و تامین کمبودهای بخش                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۷    | حفظ شئونات اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                              | ۵-۰    |
|                             |           | ۸    | میزان رعایت راهنماهای طبابت بالینی (guidelines)                                                                | ۵-۰    |
|                             |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                 | ۵-۰    |
|                             |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                       | ۵-۰    |

|                                                |       |   |                                                                                                                                     |       |
|------------------------------------------------|-------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| مدیریت امور آزمایشگاه‌های معاونت درمان دانشگاه | ۱۱۰-۰ | ۱ | انطباق با الزامات مدیریتی و فنی استانداردهای آزمایشگاه پزشکی                                                                        | ۱۱۰-۰ |
| واحد کنترل عفونت                               | ۴۰-۰  | ۱ | به کار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) و واکسیناسیون هپاتیت B | ۱۰-۰  |
|                                                |       | ۲ | نحوه پیاده‌سازی برنامه کنترل عفونت (مانند Needle Stick, Safety Box و سایر موارد مشابه) در بخش در قالب دستورالعمل‌های ابلاغی         | ۱۰-۰  |
|                                                |       | ۳ | رعایت نکات آسپتیک و ایمنی حین خون‌گیری (مطابق با راهنمای تزریقات ایمن)                                                              | ۱۰-۰  |
|                                                |       | ۵ | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                               | ۱۰-۰  |
|                                                |       | ۱ | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای الزامی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (اعلام اضطراری نتایج حیاتی تست‌های پاراکلینیکی)             | ۱۰-۰  |
| واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت                  | ۱۱۰-۰ | ۲ | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                       | ۵-۰   |
|                                                |       | ۳ | میزان استمرار در گزارش‌دهی خطاهای بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آن                                                     | ۱۰-۰  |
|                                                |       | ۴ | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                   | ۵-۰   |
|                                                |       | ۵ | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                                    | ۵-۰   |
|                                                |       | ۶ | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتباربخشی و بهبود کیفیت                                 | ۱۰-۰  |
|                                                |       | ۷ | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                                              | ۴۰-۰  |
|                                                |       | ۸ | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده      | ۵-۰   |
|                                                |       | ۹ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک بخش                                                                                   | ۲۵-۰  |
| واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای                     | ۴۰-۰  | ۱ | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک پسماندهای پزشکی از مبدا، جمع‌آوری و امحاء براساس دستورالعمل کشوری و وجود Safety Box                | ۲۰-۰  |
|                                                |       | ۲ | رعایت بهداشت، تمیزی محیط و تجهیزات با بکارگیری صحیح و بهینه مواد ضدعفونی‌کننده در بخش‌ها                                            | ۱۵-۰  |
|                                                |       | ۳ | آگاهی و رعایت اصول Material Safety Data Sheet (MSDS) در بخش                                                                         | ۵-۰   |
| واحد مهندسی تجهیزات                            | ۹۰-۰  | ۱ | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                                   | ۲۰-۰  |
|                                                |       | ۲ | میزان دانش و مهارت در به کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                          | ۱۰-۰  |
|                                                |       | ۳ | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                                                                         | ۱۰-۰  |

|                       |       |       |                                                                                 |        |
|-----------------------|-------|-------|---------------------------------------------------------------------------------|--------|
| پزشکی                 |       | ۴     | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                      | ۵۰-۰-  |
| واحد درآمد و بیمه‌گری | ۳۰-۰- | ۱     | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به‌طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد | ۲۰-۰-  |
|                       |       | ۲     | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                         | ۵۰-۰-  |
|                       |       | ۳     | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                    | ۵۰-۰-  |
| واحد ترخیص            | ۲۰-۰- | ۱     | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                                  | ۱۵۰-۰- |
|                       |       | ۲     | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                         | ۵۰-۰-  |
| واحد فناوری اطلاعات   | ۲۰-۰- | ۱     | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت افزارهای IT بخش                  | ۵۰-۰-  |
|                       |       | ۲     | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                                          | ۵۰-۰-  |
|                       |       | ۳     | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS                | ۱۰۰-۰- |
|                       |       | مجموع |                                                                                 |        |

جدول (۶): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد بخش رادیولوژی

| ارزیابی کننده               | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                        | امتیاز |
|-----------------------------|-----------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش                  | ۵۰-۰      | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                          | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                      | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون بخشی                                                                                     | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان بندی برنامه ریزی شده                                                      | ۵-۰    |
|                             |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                         | ۱۰-۰   |
| واحد معاونت درمان بیمارستان | ۹۰-۰      | ۱    | اجرای برنامه ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                        | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                                     | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر                                      | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کارکنان بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان بخش                                    | ۵-۰    |
|                             |           | ۵    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                          | ۵-۰    |
|                             |           | ۶    | حفظ شئونات اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۷    | تلاش در جهت کاهش ضایعات فیلمی و استقرار سیستم بدون فیلم در مرکز                                                                     | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۸    | میزان رضایت پزشکان از کیفیت عکس‌ها، تصاویر و فیلم‌ها                                                                                | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                                      | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                                            | ۱۰-۰   |
| واحد کنترل عفونت            | ۴۰-۰      | ۱    | به کار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) و واکسیناسیون هپاتیت B | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۲    | نحوه پیاده سازی برنامه کنترل عفونت در قالب دستورالعمل‌های ابلاغی                                                                    | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | رعایت نکات آسپتیک حین انجام اقدامات تشخیصی و درمانی                                                                                 | ۱۰-۰   |

|   |                                                                                                                                                            |       |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ۴ | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                                                      | ۵- -  |
| ۱ | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای الزامی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (تعیین موقعیت‌های اضطراری گزارش‌دهی تصویربرداری مطابق با رشته‌های تخصصی بیمارستان) | ۵- -  |
| ۲ | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                                              | ۱۰- - |
| ۳ | میزان استمرار در گزارش‌دهی خطاهای بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آن                                                                            | ۵- -  |
| ۴ | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                                          | ۱۰- - |
| ۵ | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                                                           | ۱۰- - |
| ۶ | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                                                       | ۲۰- - |
| ۷ | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                                                                     | ۳۰- - |
| ۸ | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده                             | ۱۵- - |
| ۹ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک بخش                                                                                                          | ۲۵- - |
| ۱ | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک پسماندهای پزشکی از مبدا، جمع‌آوری و امحاء بر اساس دستورالعمل کشوری و وجود Safety Box                                      | ۲۵- - |
| ۲ | رعایت بهداشت، تمیزی محیط و تجهیزات با بکارگیری صحیح و بهینه مواد ضدعفونی‌کننده در بخش‌ها                                                                   | ۲۰- - |
| ۳ | آگاهی و رعایت اصول (MSDS) Material Safety Data Sheet در بخش                                                                                                | ۵- -  |
| ۱ | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                                                          | ۲۰- - |
| ۲ | میزان دانش و مهارت به‌کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                                                    | ۱۰- - |
| ۳ | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                                                                                                | ۱۰- - |
| ۴ | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                                                                                                 | ۳۰- - |
| ۱ | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به‌طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد                                                                            | ۱۰- - |
| ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                                                    | ۲۰- - |
| ۳ | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                                                                                               | ۲۰- - |
| ۱ | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                                                                                                             | ۲۵- - |
| ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                                                    | ۱۵- - |

واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت

۱۳۰-۰

واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای

۵۰-۰

واحد مهندسی تجهیزات پزشکی

۷۰-۰

واحد درآمد و بیمه‌گری

۵۰-۰

واحد ترخیص

۴۰-۰

|     |                                                                  |   |     |                     |
|-----|------------------------------------------------------------------|---|-----|---------------------|
| ۵-  | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم افزارها و سخت افزارهای IT بخش   | ۱ | ۳۰- | واحد فناوری اطلاعات |
| ۱۰- | سطح دانش و مهارت رایانه ای کارکنان بخش                           | ۲ |     |                     |
| ۱۵- | میزان صحت، دقت و به روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS | ۳ |     |                     |
| ۵۵- | مجموع                                                            |   |     |                     |

جدول (۷): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد بخش پزشکی هسته‌ای

| ارزیابی کننده               | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                                              | امتیاز |
|-----------------------------|-----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش                  | ۵۰-       | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار، ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                                               | ۱۰-    |
|                             |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                                            | ۱۰-    |
|                             |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                                           | ۱۰-    |
|                             |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون‌بخشی                                                                                                           | ۵-     |
|                             |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان‌بندی برنامه‌ریزی شده                                                                            | ۱۰-    |
|                             |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                                               | ۵-     |
| واحد معاونت درمان بیمارستان | ۱۱۰-      | ۱    | اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                                              | ۱۰-    |
|                             |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                                                           | ۱۰-    |
|                             |           | ۳    | وجود شرح وظایف تدوین شده و شیوه‌نامه جهت چیدمان مناسب کارکنان فنی در امور مختلف و ارائه برنامه کاری ماهانه برای کارکنان                                   | ۱۰-    |
|                             |           | ۴    | وجود سازوکار ارزیابی و توسعه دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کارکنان فنی همراه با ثبت مستندات مربوطه در پرونده توسعه فردی                           | ۱۵-    |
|                             |           | ۵    | وجود برنامه مدیریت کنترل کیفی تجهیزات همراه با تعیین فرد دوره دیده مسئول و ثبت وضعیت عملکرد و نقایص دستگاه‌ها و مستندات مربوط به پیگیری رفع نقص           | ۱۵-    |
|                             |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                                                | ۵-     |
|                             |           | ۷    | حفظ شئون اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                                                                           | ۵-     |
|                             |           | ۸    | وجود راهنماهای طبابت بالینی یا راهنمای انجام پروسیجر (guidelines)                                                                                         | ۱۰-    |
|                             |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                                                            | ۵-     |
|                             |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                                                                  | ۵-     |
|                             |           | ۱۱   | وجود آرشیو تصاویر اسکن‌ها                                                                                                                                 | ۵-     |
|                             |           | ۱۲   | کنترل و ارزیابی دوره‌ای آلودگی‌های رادیواکتیو                                                                                                             | ۱۰-    |
|                             |           | ۱۳   | مدیریت لیست انتظار و وجود سازوکار برقراری ارتباطات راه دور با بیماران در جهت تسهیل امور مربوط به اقدامات قبل از انجام پروسیجرها نظیر ارائه آمادگی قبلی به | ۵-     |

|       |                                                                                                                                   |   |       |                                |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--------------------------------|
|       | بیمار، نوبت‌دهی و ...                                                                                                             |   |       |                                |
| ۲۵- - | بکار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) و واکسیناسیون هپاتیت B | ۱ | ۵۰-۰  | واحد کنترل عفونت               |
| ۱۵- - | نحوه پیاده‌سازی برنامه کنترل عفونت (مانند Safety Box، Needle Stick و سایر موارد مشابه) در بخش در قالب دستورالعمل‌های ابلاغی       | ۲ |       |                                |
| ۱۰- - | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                             | ۳ |       |                                |
| ۵- -  | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی                                                                        | ۱ | ۱۱۰-۰ | واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت |
| ۵- -  | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                     | ۲ |       |                                |
| ۵- -  | میزان استمرار در گزارش‌دهی خطاهای بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آن                                                   | ۳ |       |                                |
| ۱۵- - | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                 | ۴ |       |                                |
| ۵- -  | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                                  | ۵ |       |                                |
| ۱۵- - | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                              | ۶ |       |                                |
| ۲۰- - | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                                                           | ۷ |       |                                |
| ۵- -  | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده    | ۸ |       |                                |
| ۳۵- - | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیر پزشکی بخش                                                                               | ۹ |       |                                |
| ۲۵- - | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک پسماندهای پزشکی از مبدا، جمع‌آوری و امحاء براساس دستورالعمل کشوری                                | ۱ | ۵۰-۰  | واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای     |
| ۲۰- - | رعایت بهداشت، تمیزی محیط و تجهیزات با بکارگیری صحیح و بهینه مواد ضد عفونی کننده در بخش‌ها                                         | ۲ |       |                                |
| ۵- -  | آگاهی و رعایت اصول Material Safety Data Sheet (MSDS) در بخش                                                                       | ۳ |       |                                |
| ۱۵- - | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                                 | ۱ | ۶۰-۰  | واحد مهندسی تجهیزات پزشکی      |
| ۱۰- - | میزان دانش و مهارت به کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                           | ۲ |       |                                |
| ۱۰- - | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                                                                       | ۳ |       |                                |
| ۲۵- - | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                                                                        | ۴ |       |                                |
| ۱۰- - | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به‌طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد                                                   | ۱ | ۵۰-۰  | واحد درآمد و بیمه‌گری          |
| ۲۰- - | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                           | ۲ |       |                                |
| ۲۰- - | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                                                                      | ۳ |       |                                |

|       |                     |   |                                                                  |       |
|-------|---------------------|---|------------------------------------------------------------------|-------|
| ۴۰-۰  | واحد ترخیص          | ۱ | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                   | ۲۵-۰  |
|       |                     | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران          | ۱۵-۰  |
| ۳۰-۰  | واحد فناوری اطلاعات | ۱ | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت افزارهای IT بخش   | ۵-۰   |
|       |                     | ۲ | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                           | ۱۰-۰  |
|       |                     | ۳ | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS | ۱۵-۰  |
| مجموع |                     |   |                                                                  | ۵۵۰-۰ |

جدول (۸): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد بخش رادیوتراپی

| ارزیابی کننده               | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                        | امتیاز |
|-----------------------------|-----------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش                  | ۴۰-۰      | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                          | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                      | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون‌بخشی                                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان‌بندی برنامه‌ریزی شده                                                      | ۵-۰    |
|                             |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                         | ۵-۰    |
| واحد معاونت درمان بیمارستان | ۸۰-۰      | ۱    | اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                        | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۳    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر                                      | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کادر پرستاری بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان بخش                               | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۵    | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری در جهت رفع نواقص و تامین کمبودهای بخش                                                        | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                          | ۵-۰    |
|                             |           | ۷    | حفظ شئونات اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۸    | میزان رعایت راهنماهای طبابت بالینی (guidelines)                                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                                      | ۵-۰    |
|                             |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                                            | ۱۰-۰   |
| کنترل عفونت                 | ۵۰-۰      | ۱    | به‌کار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) و واکسیناسیون هپاتیت B | ۲۰-۰   |
|                             |           | ۲    | نحوه پیاده سازی برنامه کنترل عفونت در قالب دستورالعمل‌های ابلاغی                                                                    | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | رعایت نکات آسپتیک حین انجام اقدامات تشخیصی و درمانی                                                                                 | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۴    | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                               | ۱۰-۰   |

|       |   |                                                                                                                                |      |
|-------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ۱۸۰-  | ۱ | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی                                                                     | ۵-   |
|       | ۲ | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                  | ۵-   |
|       | ۳ | میزان استمرار در گزارش‌دهی خطاهای بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آن                                                | ۱۰-  |
|       | ۴ | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                              | ۱۵-  |
|       | ۵ | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                               | ۱۰-  |
|       | ۶ | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                           | ۱۵-  |
|       | ۷ | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                                                        | ۵۰-  |
|       | ۸ | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده | ۱۰-  |
|       | ۹ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک بخش                                                                              | ۶۰-  |
| ۴۰-   | ۱ | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک پسماندهای پزشکی از مبدا، جمع‌آوری و امحاء براساس دستورالعمل کشوری                             | ۲۰-  |
|       | ۲ | رعایت بهداشت، تمیزی محیط و تجهیزات با بکارگیری صحیح و بهینه مواد ضدعفونی کننده در بخش‌ها                                       | ۱۵-  |
|       | ۳ | آگاهی و رعایت اصول Material Safety Data Sheet (MSDS) در بخش                                                                    | ۵۰-  |
| ۶۰-   | ۱ | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                              | ۱۵-  |
|       | ۲ | میزان دانش و مهارت به کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                        | ۱۰-  |
|       | ۳ | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                                                                    | ۱۰-  |
|       | ۴ | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                                                                     | ۲۵-  |
| ۴۰-   | ۱ | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد                                                | ۱۰-  |
|       | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                        | ۱۵-  |
|       | ۳ | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                                                                   | ۱۵-  |
| ۴۰-   | ۱ | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                                                                                 | ۲۵-  |
|       | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                        | ۱۵-  |
| ۲۰-   | ۱ | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم افزارها و سخت افزارهای IT بخش                                                                 | ۵۰-  |
|       | ۲ | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                                                                                         | ۵۰-  |
|       | ۳ | میزان صحت، دقت و به روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS                                                               | ۱۰-  |
| مجموع |   |                                                                                                                                | ۵۵۰- |

جدول (۹): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد واحدهای مرتبط با علوم توانبخشی

| ارزیابی کننده               | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                      | امتیاز |
|-----------------------------|-----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش                  | ۴۰-۰      | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                        | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان واحد در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح واحد یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                  | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | میزان مشارکت واحد در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                  | ۵-۰    |
|                             |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون‌بخشی                                                                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان واحد براساس جدول زمان‌بندی برنامه‌ریزی شده                                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                       | ۵-۰    |
| واحد معاونت درمان بیمارستان | ۱۰۵-۰     | ۱    | اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در واحد مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                     | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تشخیصی یا درمانی                        | ۵-۰    |
|                             |           | ۳    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری (صبح، عصر و روزهای تعطیل حسب نیاز) مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کادر پرستاری بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان واحد                            | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۵    | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری در جهت رفع نواقص و تامین کمبودهای واحد                                                     | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                        | ۵-۰    |
|                             |           | ۷    | حفظ شئونات اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان واحد                                                                                | ۵-۰    |
|                             |           | ۸    | میزان رعایت راهنماهای طبابت بالینی (guidelines)                                                                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های واحد                                                                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی واحد                                                                                         | ۵-۰    |
|                             |           | ۱۱   | ارتباط و تعامل مناسب با پزشکان مرتبط و ارجاع دهنده بیمار                                                                          | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۱۲   | رعایت دستورات تجویز شده توسط پزشکان ارجاع دهنده                                                                                   | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۱۳   | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری جهت رفع نقایص و تامین کمبودهای                                                             | ۱۰-۰   |

| بخش                            |       |   |                                                                                                                                   |      |
|--------------------------------|-------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| واحد کنترل عفونت               | ۰-۲۵  | ۱ | بکار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) و واکسیناسیون هپاتیت B | ۱۵-. |
|                                |       | ۲ | نحوه پیاده‌سازی برنامه کنترل عفونت در قالب دستورالعمل‌های ابلاغی                                                                  | ۵-.  |
|                                |       | ۴ | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                             | ۵-.  |
|                                |       | ۱ | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی                                                                        | ۵-.  |
| واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت | ۰-۱۸۰ | ۲ | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                     | ۵-.  |
|                                |       | ۳ | میزان استمرار در گزارش‌دهی خطاهای بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آن                                                   | ۱۰-. |
|                                |       | ۴ | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                 | ۱۵-. |
|                                |       | ۵ | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در واحد                                                                 | ۱۰-. |
|                                |       | ۶ | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                              | ۱۵-. |
|                                |       | ۷ | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                                                           | ۵۰-. |
|                                |       | ۸ | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده    | ۱۰-. |
|                                |       | ۹ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک واحد                                                                                | ۶۰-. |
|                                |       | ۱ | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک پسماندهای پزشکی از مبدا، جمع‌آوری و امحاء بر اساس دستورالعمل کشوری                               | ۲۰-. |
| واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای     | ۰-۴۰  | ۲ | رعایت بهداشت، تمیزی محیط و تجهیزات با بکارگیری صحیح و بهینه مواد ضدعفونی‌کننده در بخش‌ها                                          | ۱۵-. |
|                                |       | ۳ | آگاهی و رعایت اصول Material Safety Data Sheet (MSDS) در واحد                                                                      | ۵-.  |
|                                |       | ۱ | میزان رعایت اصول نگهداشت، تنظیمات و کالیبراسیون دوره‌ای تجهیزات پزشکی در سطح واحد                                                 | ۱۵-. |
| واحد مهندسی تجهیزات پزشکی      | ۰-۶۰  | ۲ | میزان دانش و مهارت به‌کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                           | ۱۰-. |
|                                |       | ۳ | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                                                                       | ۱۰-. |
|                                |       | ۴ | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در احد                                                                        | ۲۵-. |
|                                |       | ۱ | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به‌طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد                                                   | ۱۰-. |
| واحد درآمد و بیمه‌گری          | ۰-۴۰  | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                           | ۱۵-. |
|                                |       | ۳ | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                                                                      | ۱۵-. |

|       |                     |   |                                                                  |      |
|-------|---------------------|---|------------------------------------------------------------------|------|
| ۴۰-۰  | واحد ترخیص          | ۱ | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                   | ۲۵-۰ |
|       |                     | ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران          | ۱۵-۰ |
| ۲۰-۰  | واحد فناوری اطلاعات | ۱ | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت افزارهای IT بخش   | ۵-۰  |
|       |                     | ۲ | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                           | ۵-۰  |
|       |                     | ۳ | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS | ۱۰-۰ |
| مجموع |                     |   |                                                                  | ۵۵-۰ |

جدول (۱۰): فرم سنجش ضریب کیفی عملکرد واحدهای پیرایشی

| ارزیابی کننده               | امتیاز کل | ردیف | ملاک ارزیابی                                                                                                                        | امتیاز |
|-----------------------------|-----------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| واحد آموزش                  | ۴۰-۰      | ۱    | میزان و کیفیت آموزش‌های ارائه شده به بیمار، ارائه پمفلت‌های آموزشی به بیمار                                                         | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان مشارکت کارکنان بخش در دوره‌های آموزشی و بازآموزی برگزار شده در سطح بخش یا بیمارستان یا خارج از بیمارستان                      | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۳    | میزان مشارکت بخش در اجرای دوره‌های آموزشی جهت مراجعین بیمارستان                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۴    | دارا بودن شاخص سطح ۱ و ۲ در آموزش‌های درون بخشی                                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی برای کارکنان بخش براساس جدول زمان بندی برنامه ریزی شده                                                      | ۵-۰    |
|                             |           | ۶    | میزان دقت در ثبت و مستندسازی دوره‌های آموزشی و ارسال آن به سوپروایزر آموزشی                                                         | ۵-۰    |
| واحد معاونت درمان بیمارستان | ۸۰-۰      | ۱    | اجرای برنامه ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان                        | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های تخصصی                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۳    | چیدمان مناسب کارکنان در نوبت‌های کاری مختلف در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر                                      | ۱۵-۰   |
|                             |           | ۴    | میزان دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت عملکردی کادر پرستاری بخش و تلاش برای ارتقا عملکرد فنی کارکنان بخش                               | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۵    | میزان نظارت بر مدیریت تجهیزات و پیگیری در جهت رفع نواقص و تامین کمبودهای بخش                                                        | ۱۰-۰   |
|                             |           | ۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                          | ۵-۰    |
|                             |           | ۷    | حفظ شئونات اسلامی و پوشش حرفه‌ای توسط کارکنان بخش                                                                                   | ۵-۰    |
|                             |           | ۸    | میزان رعایت راهنماهای طبابت بالینی (guidelines)                                                                                     | ۵-۰    |
|                             |           | ۹    | میزان توجه به کار تیمی در انجام فعالیت‌های بخش                                                                                      | ۵-۰    |
|                             |           | ۱۰   | رعایت نظم و انضباط در چیدمان و طراحی بخش                                                                                            | ۱۰-۰   |
| واحد کنترل عفونت            | ۵۰-۰      | ۱    | به کار بستن احتیاطات استاندارد و در صورت لزوم احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی، تنفسی و قطره‌ای) و واکسیناسیون هپاتیت B | ۲۰-۰   |
|                             |           | ۲    | نحوه پیاده سازی برنامه کنترل عفونت (مانند Needle Stick Safety Box و سایر                                                            | ۱۰-۰   |

|   |                                                                                                                                      |       |       |                                |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------------------------------|
|   | موارد مشابه) در بخش در قالب دستورالعمل‌های ابلاغی                                                                                    |       |       |                                |
| ۳ | جمع‌آوری و بررسی منظم داده‌ها جهت گزارش‌دهی روند شاخص‌های مربوط به کنترل عفونت در بخش و گزارش‌دهی به موقع موارد عفونت‌های بیمارستانی | ۵-۵-  |       |                                |
| ۴ | رعایت نکات آسپتیک حین انجام اقدامات تشخیصی و درمانی                                                                                  | ۱۰-۱- |       |                                |
| ۵ | استفاده بهینه از وسایل و اقلام یکبار مصرف جهت بیماران                                                                                | ۵-۵-  |       |                                |
| ۱ | میزان مشارکت در اجرای استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی                                                                           | ۵-۵-  |       |                                |
| ۲ | میزان انجام و استمرار ممیزی بالینی و رعایت استانداردهای ممیزی                                                                        | ۵-۵-  |       |                                |
| ۳ | میزان استمرار در گزارش‌دهی خطاهای بالینی و ارائه راهکارهای عملیاتی برای کاهش آن                                                      | ۱۰-۱- |       |                                |
| ۴ | مشارکت بخش در فرایندهای FMEA شده و خطاهای RCA شده                                                                                    | ۱۵-۱- |       |                                |
| ۵ | میزان مشارکت در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های بهبود کیفیت در بخش                                                                     | ۱۰-۱- | ۱۸۰-۰ | واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت |
| ۶ | میزان مشارکت در جمع‌آوری داده‌ها و تحویل به موقع و با دقت مستندات مرتبط با اعتبار بخشی و بهبود کیفیت                                 | ۱۵-۱- |       |                                |
| ۷ | میزان موفقیت بخش در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                                                              | ۵-۵-  |       |                                |
| ۸ | میزان آگاهی بخش از مصوبه‌های کمیته‌های بیمارستانی و همکاری جهت پیاده‌سازی آن‌ها و موفقیت در دستیابی به اهداف مداخلات تعیین شده       | ۱۰-۱- |       |                                |
| ۹ | میزان رضایت بیماران از عملکرد کارکنان غیرپزشک بخش                                                                                    | ۶۰-۱- |       |                                |
| ۱ | رعایت موازین کدبندی رنگی و تفکیک پسماندهای پزشکی از مبدا، جمع‌آوری و امحاء براساس دستورالعمل کشوری                                   | ۲۰-۱- |       |                                |
| ۲ | رعایت بهداشت، تمیزی محیط و تجهیزات با بکارگیری صحیح و بهینه مواد ضدعفونی‌کننده در بخش‌ها                                             | ۱۵-۱- | ۴۰-۰  | واحد بهداشت محیط و حرفه‌ای     |
| ۳ | آگاهی و رعایت اصول Material Safety Data Sheet (MSDS) در بخش                                                                          | ۵-۱-  |       |                                |
| ۱ | میزان رعایت اصول نگهداشت تجهیزات پزشکی در سطح بخش                                                                                    | ۱۵-۱- |       |                                |
| ۲ | میزان دانش و مهارت به‌کارگیری دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی                                                                              | ۱۰-۱- |       |                                |
| ۳ | گزارش‌دهی به موقع موارد بروز مشکل براساس چک‌لیست‌های روزانه                                                                          | ۱۰-۱- | ۶۰-۰  | واحد مهندسی تجهیزات پزشکی      |
| ۴ | مدیریت و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات موجود در بخش                                                                           | ۲۵-۱- |       |                                |
| ۱ | پیگیری فعال جهت کاهش کسورات بخش به‌طوری که روند نزولی در کسورات بخش مشاهده گردد                                                      | ۱۰-۱- |       |                                |
| ۲ | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران                                                                              | ۱۵-۱- | ۴۰-۰  | واحد درآمد و بیمه‌گری          |
| ۳ | میزان بهبود در روند افزایش درآمد ماهیانه بخش                                                                                         | ۱۵-۱- |       |                                |

|      |                           |       |                                                                  |     |
|------|---------------------------|-------|------------------------------------------------------------------|-----|
| ۰-۴۰ | واحد<br>ترخیص             | ۱     | تکمیل و تحویل به موقع پرونده جهت ترخیص بیماران                   | ۲۵- |
|      |                           | ۲     | میزان دقت در ثبت و مستندسازی خدمات ارائه شده به بیماران          | ۱۵- |
| ۰-۲۰ | واحد<br>فناوری<br>اطلاعات | ۱     | مشارکت فعال در حفظ و نگهداری نرم‌افزارها و سخت‌افزارهای IT بخش   | ۵-  |
|      |                           | ۲     | سطح دانش و مهارت رایانه‌ای کارکنان بخش                           | ۵-  |
|      |                           | ۳     | میزان صحت، دقت و به‌روز بودن ثبت فرایند مراقبت از بیماران در HIS | ۱۰- |
|      |                           | مجموع |                                                                  | ۵۵- |

## **پیوست شماره ۳: نحوه محاسبه و اعمال ضریب کیفی عملکرد واحدهای پشتیبان**

(موضوع ماده ۲۸ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان  
غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های  
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی)

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**زمستان ۱۳۹۳**

## نکات مهم در سنجش کیفیت عملکرد واحدهای پشتیبان

۱- ارزشیابی کیفی عملکرد واحدهای پشتیبان، امتیازی بین ۰ تا ۱۱۰ است.

۲- ضریب ارزشیابی کیفی عملکرد واحد، حداقل هر ۳ ماه یکبار، تعیین می‌گردد.

۳- برای ارزشیابی کلیه واحدهای پشتیبان از دو دسته شاخص استفاده شده است:

- شاخص‌های عمومی:

شاخص‌هایی هستند که با اندکی تفاوت در همه واحدها مصداق دارند. برای این منظور از دو شاخص «اعتباربخشی» و «رضایتمندی» استفاده شده است. در صورتی که شاخص‌های اعتباربخشی مجموعه‌ای از واحدها با هم ارزیابی گردد، شاخص «میزان موفقیت در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی» برای چنین واحدهایی مشابه در نظر گرفته می‌شود.

- شاخص‌های اختصاصی:

شاخص‌هایی هستند که بسته به وظایف و انتظارات اختصاصی از هر واحد تعریف می‌شوند. برای ارزیابی دقیق ضریب کیفی عملکرد هر واحد بهتر است «سطح مورد انتظار» با توجه به شرایط و ویژگی‌های منحصربه‌فرد هر بیمارستان، توسط هیات تعیین و میزان موفقیت در دستیابی به آنها ملاک ارزشیابی هر واحد قرار گیرد. سطح مورد انتظار در واقع نشان‌دهنده سطح انتظارات هر بیمارستان از واحد مربوطه می‌باشد.

۴- در شروع طرح، عمده ارزشیابی واحدهای پشتیبان توسط حوزه مدیریت صورت می‌گیرد. از سال دوم، بهتر است ارزشیابی، براساس ماهیت هر شاخص، توسط ارزیابی کننده/ارزیابی کنندگان مرتبط صورت گیرد. به عنوان مثال درخصوص شاخص «میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی از عملکرد واحد» بهتر است میانگین امتیاز داده شده توسط مسئولین این بخش‌ها ملاک محاسبه قرار گیرد.

۵- مسئول هر یک از واحدهای ارزیابی کننده پس از تعیین امتیاز هر یک از واحدها، امتیازات را به‌طور مکتوب به هیات اعلام می‌نماید. مدیر یا معاون پشتیبانی بیمارستان مکلف است مجموع امتیازات کسب شده هر واحد و ضریب حاصل از آن را هر سه ماه یکبار به منظور آگاهی واحد از عملکرد خود و تلاش در راستای ارتقا عملکرد، به واحد مربوطه اعلام نماید.

۶- میزان امتیاز داده شده توسط هر ارزیابی کننده محرمانه تلقی می گردد، اما واحد ارزیابی کننده مکلف است به تفکیک هر یک از بخش های ارزشیابی شده، فهرست مشکلات و اولویت مداخلات جهت اصلاح روند فعلی را به هیات و مدیران واحد مجری گزارش نماید.

۷- در کلیه مواردی که جهت ارزشیابی واحدهای پشتیبان به «حوزه مدیریت بیمارستان» اشاره شده است، ارزشیابی توسط کمیته ای مرکب از مدیر یا معاون پشتیبانی، مدیر پرستاری (مترون) و مدیر مالی انجام و نتایج این ارزشیابی به تائید هیات خواهد رسید. سرپرستی این کمیته بر عهده مدیر بیمارستان خواهد بود.

۸- در واحدهای پشتیبانی که فقط یک نفر در واحد وجود دارد (واحدهای پشتیبانی تک نفره)، موثرترین عامل تعیین کننده میزان پرداخت، ضریب کیفی عملکرد واحد است و امتیاز حاصل از شاخص های بازتوزیع درآمد در سطح افراد واحد، به علت تک نفره بودن واحد و به تبع آن عدم امکان بازتوزیع درآمد بین افراد واحد، بی تاثیر خواهد بود. بنابراین، کنترل امتیاز حضور در این واحدها از اهمیت بیشتری برخوردار است.

۹- واحدهای ارزیابی کننده، براساس عملکرد هر واحد، امتیاز هر واحد را تعیین می کنند. در این ابزار منظور از امتیاز حداکثر این است که واحد مربوطه تمام معیارهای تعیین شده را به بهترین کیفیت انجام داده و می تواند به عنوان یک الگو مطرح باشد. کسب امتیاز خوب (کسب ۹۰-۸۰ درصد از مجموع امتیاز) یعنی آنکه واحد، ۸۰-۷۰ درصد معیارهای عملکرد عالی را دارا می باشد و امتیاز متوسط یعنی واحد مربوطه ۵۰ درصد معیارهای عملکرد عالی را دارا می باشد و در نهایت کسب حداقل امتیاز به معنی این است که واحد فاقد معیارهای عملکرد عالی می باشد و یا عملکرد آن از این منظر، غیرقابل توجه می باشد.

۱۰- در خصوص واحد کنترل عفونت؛ در صورتی که واحد کنترل عفونت بیمارستان مستقل از دفتر پرستاری باشد، سهم جداگانه ای برای این واحد تعیین و ارزشیابی جداگانه ای نیز (براساس فرم های ذیل) صورت می گیرد. در صورتی که این واحد مستقل نبوده و زیرمجموعه دفتر پرستاری بیمارستان باشد، سهم واحد و ارزشیابی آن، در قالب دفتر پرستاری پیش بینی می گردد.

۱۱- ملاک های سنجش کیفیت عملکرد برای واحدهای مختلف پشتیبان در ادامه آمده است.

## ۷ نام واحد: حوزه مدیریت

| شاخص های اختصاصی |                                                                                          |                 |                      |        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده        | امتیاز |
| ۱                | میزان موفقیت بیمارستان در اجرای برنامه های طرح تحول نظام سلامت                           |                 | معاون درمان<br>موسسه | ۰-۲۵   |
| ۲                | وضعیت ضریب اشغال تخت بیمارستان در دوره زمانی سه ماهه                                     |                 | معاون درمان<br>موسسه | ۰-۵    |
| ۳                | وضعیت بهره وری اتاق های عمل در دوره زمانی سه ماهه                                        |                 | معاون درمان<br>موسسه | ۰-۵    |
| ۴                | وضعیت بازدهی تخت (گردش تخت) در دوره زمانی سه ماهه (با در نظر گرفتن نوع تخت هر بیمارستان) |                 | معاون درمان<br>موسسه | ۰-۱۰   |
| ۵                | نسبت درآمد به هزینه بیمارستان در دوره زمانی سه ماهه                                      |                 | معاون توسعه<br>موسسه | ۰-۱۰   |
| ۶                | میزان رضایت کارکنان پزشک و غیرپزشک بیمارستان از عملکرد حوزه مدیریت بیمارستان             |                 | معاون درمان<br>موسسه | ۰-۵    |
| شاخص های عمومی   |                                                                                          |                 |                      |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده        | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت بیماران از عملکرد بیمارستان                                                  |                 | معاون درمان<br>موسسه | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت بیمارستان در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                             |                 | معاون درمان<br>موسسه | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                          |                 |                      | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: دفتر پرستاری

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                                                                                 |                 |                 |        |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده   | امتیاز |
| ۱                | نظارت و رسیدگی به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس                                                                                                           |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۴    |
| ۲                | به روز نگهداشتن اطلاعات کامل کارکنان پرستاری در زمینه فردی و خانوادگی، شغلی، تحصیلی، آموزشی، مرخصی و...                                                         |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۳    |
| ۳                | نیازسنجی آموزشی پرستاران، طراحی، اجرا و ارزشیابی دوره های آموزشی تخصصی برای بخش های عمومی و ویژه و تشویق آنان برای شرکت در برنامه های آموزشی و طرح های تحقیقاتی |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۵    |
| ۴                | نظارت و همکاری در زمینه فعالیت های مربوط به کمیته کنترل عفونت                                                                                                   |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۴    |
| ۵                | آماده سازی کارکنان گروه پرستاری برای مواجهه با بحران ها و برگزاری مانورهای لازم                                                                                 |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۴    |
| ۶                | رسیدگی و توجه به خواسته های پرستاران و اطلاع رسانی مناسب و به موقع به مقام بالاتر                                                                               |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۴    |
| ۷                | نظارت بر رعایت دقیق مقررات و دستورالعمل های پرستاری در بخش های درمانی و همچنین اجرای استانداردهای مراقبت های پرستاری                                            |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۸                | کنترل و نظارت بر عملکرد کمی و کیفی پرستاران                                                                                                                     |                 | ریاست بیمارستان | ۰-۱۰   |

|                |                                                                                        |                 |                               |        |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ۹              | بازدید و نظارت روزانه از بخش‌های درمانی و حل مشکلات آنان                               |                 | ریاست بیمارستان               | ۰-۵    |
| ۱۰             | نظارت بر تنظیم عادلانه و منصفانه برنامه نوبت‌کاری گروه پرستاری در بخش‌های مختلف        |                 | ریاست بیمارستان               | ۰-۴    |
| ۱۱             | نظارت و مدیریت در استفاده بهینه و مناسب از لوازم و تجهیزات پزشکی در بخش‌ها             |                 | ریاست بیمارستان               | ۰-۴    |
| ۱۲             | ارائه گزارشات دقیق و به‌روز از حوزه عملکرد پرستاری به سطوح مدیریتی بیمارستان و دانشگاه |                 | ریاست بیمارستان               | ۰-۳    |
| شاخص‌های عمومی |                                                                                        |                 |                               |        |
| ردیف           | عنوان شاخص                                                                             | سطح مورد انتظار | ارزیابی‌کننده                 | امتیاز |
| ۱              | میزان افزایش رضایت سرپرستاران از عملکرد دفتر پرستاری                                   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲              | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات   |                                                                                        |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: تأسیسات

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                                              |                 |                               |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                   | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان انجام اقدامات و تعمیرات پیشگیرانه به کل تعمیرات صورت گرفته در بیمارستان                                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| ۲                | میزان رضایت از اقدامات صورت گرفته جهت کاهش و مدیریت مصرف انرژی (مصرف آب، برق، گاز و مواد سوختی) در بیمارستان |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان رضایت از سیستم سرمایش و گرمایش بیمارستان                                                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۴                | میزان خرابی مجدد تجهیزات تأسیساتی                                                                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | کوتاه بودن فاصله زمانی میان اطلاع از خرابی تأسیسات تا برطرف شدن مشکل (انجام به موقع تعمیرات)                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | بازدید منظم و روزانه از بخش‌ها و واحدها                                                                      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                                              |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                   | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                      |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                                                 |                 |                               |        |

## ۷ نام واحد: آمار و مدارک پزشکی

| شاخص های اختصاصی |                                                                              |                 |                               |        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                   | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان صحت درج کدهای تشخیصی در پرونده بیماران و کامل بودن مدارک پزشکی بیماران |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | کوتاه بودن فاصله زمانی میان درخواست مستندات پرونده بیماران تا تحویل آن       |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان به روز بودن آمار شاخص های عملکردی بیمارستان و بخش های تشخیصی و درمانی  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | میزان دقت و صحت آمارهای گزارش شده                                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان صدور کارنامه عملکردی برای پزشکان و بخش های بیمارستان در پایان هر ماه   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | میزان تنوع شاخص هایی که به طور ماهانه جمع آوری و گزارش می شود                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۷                | استفاده از روش بایگانی استاندارد در بایگانی پرونده بیماران                   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| شاخص های عمومی   |                                                                              |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                   | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                      |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                              |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: کارگزینی و امور اداری

| شاخص های اختصاصی |                                                               |                 |                               |        |
|------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                    | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان صحت و سرعت صدور احکام کارگزینی                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | میزان به روز بودن احکام صادره                                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان سرعت و دقت در ارسال مکاتبات                             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | میزان تفاهم نامه های منعقد شده برای خدمات رفاهی کارکنان       |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان تنوع برنامه های رفاهی کارکنان در طول زمان               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | میزان گسترش و توسعه اتوماسیون اداری در سایر بخش های بیمارستان |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                               |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                    | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت کارکنان از عملکرد واحد                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی       |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                               |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: کارپردازی و تدارکات

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                 |                 |                               |        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت از کیفیت کالاهای خریداری شده (کاهش کالاهای مرجوعی)                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | میزان ثبات در قیمت کالاهای خریداری شده در سه ماه گذشته                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۳                | میزان انطباق شاخص قیمت کالاها و لوازم خریداری شده با شاخص قیمت مصرف کننده (CPI) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | میزان تکمیل فرم‌های ارزیابی تامین کنندگان کالاها و لوازم مورد نیاز بیمارستان    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۵                | طولانی بودن متوسط زمان انقضای کالا و لوازم خریداری شده                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | کوتاه بودن فاصله زمانی بین درخواست خرید تا تحویل کالا به انبار                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۷                | کوتاه بودن فاصله زمانی بین تهیه کالا تا تنظیم سند مالی                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                 |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                         |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                    |                 |                               |        |

۷ نام واحد: رختشویخانه (لندری)

| شاخص های اختصاصی |                                                                          |                 |                               |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رعایت استانداردهای کیفی / ایمنی در شستشوی البسه                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | میزان خرابی مجدد تجهیزات واحد لندری                                      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان کاهش عفونت بیمارستانی در بخش لندری                                 |                 | واحد کنترل عفونت              | ۰-۱۰   |
| ۴                | میزان رضایت بیماران از کیفیت شستشوی البسه                                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان رضایت کارکنان از کیفیت شستشو و اتوی البسه                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | کوتاه بودن فاصله زمانی بین تحویل البسه غیربهداشتی و عفونی تا شستشوی مجدد |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                          |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                  |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                             |                 |                               |        |

✓ نام واحد: کنترل عفونت (به صورت واحد مستقل از دفتر پرستاری)

| شاخص های اختصاصی |                                                                                             |                 |                               |        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                  | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | کمیت و کیفیت آموزش های ارائه شده به کارکنان شاغل در بخش ها/واحدها در زمینه اصول کنترل عفونت |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | کاهش میزان بروز عفونت بیمارستانی به کل بیماران ترخیص و فوت شده                              |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | میزان عملیاتی شدن برنامه ها و دستورالعمل های کنترل عفونت در سطح بیمارستان                   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | تشکیل پرونده بهداشتی برای کارکنان                                                           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۶                | تکمیل فرم بیماریابی روزانه و ثبت دقیق آمار سالیانه                                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۷                | میزان نظارت بر رعایت احتیاطات کنترل عفونت در اتاق های ایزوله                                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                             |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                  | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                     |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                                |                 |                               |        |

✓ نام واحد: صندوق

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                                    |                 |                               |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                         | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان اخذ درآمدهای بیمارستان از طریق سیستم پرداخت الکترونیک (POS) (روند کاهش اخذ دریافت های نقدی صورتحساب بیماران) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۳۰   |
| ۲                | میزان رضایت از نحوه برخورد کارکنان واحد صندوق                                                                      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۳                | عملکرد واحد برای کاهش صف انتظار مراجعه کننده به صندوق                                                              |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                                                    |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                         | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                            |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۰۰              | جمع امتیازات                                                                                                       |                 |                               |        |

## ۷ نام واحد: پذیرش

| شاخص های اختصاصی |                                                                                   |                 |                               |        |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                        | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | کوتاه بودن میانگین زمان صرف شده برای پذیرش (از زمان مراجعه بیمار تا تشکیل پرونده) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | میزان رضایت بیماران از نحوه برخورد کارکنان واحد پذیرش                             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان صحت اطلاعات ثبت شده بیماران (کم بودن میزان خطا در ثبت)                      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | کاهش فاصله زمانی پذیرش تا بستری بیماران در بخش به ویژه در خصوص بیماران اورژانسی   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۵                | کامل نمودن مستندات هنگام پذیرش بیمار                                              |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                   |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                        | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                           |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                      |                 |                               |        |

## ۷ نام واحد: فناوری اطلاعات

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                                 |                 |                               |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت از پاسخگویی به موقع جهت رفع نواقص HIS (کم بودن فاصله زمانی اعلام مشکل تا برطرف شدن) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | کیفیت استقرار سیستم مکانیزاسیون بالینی در سطح بیمارستان                                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | بازدید منظم و روزانه از بخش‌ها و واحدها                                                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۴                | میزان انطباق HIS با نیازهای حوزه مدیریت                                                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | کمیت و کیفیت دستورالعمل‌های تدوین شده جهت کار با رایانه                                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                                 |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                         |                 | مدیر پرستاری (مترون)          | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                         |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                                 |                 |                               | ۱۱۰    |

۷ نام واحد: ارزشیابی عملکرد (اعتباربخشی و بهبود کیفیت)

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                                             |                 |                       |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                  | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده         | امتیاز |
| ۱                | کمیت و کیفیت برنامه‌های در حال اجرا در زمینه بهبود کیفیت                                                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۲                | درصد اهداف تحقق‌یافته بیمارستان در زمینه کیفیت                                                              |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان موفقیت بیمارستان در زمینه درجه اعتباربخشی                                                             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۲۰   |
| ۴                | برگزاری جلسات منظم جهت تحقق برنامه اجرایی بخش‌ها/واحدها                                                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان استفاده از نتایج تحقیقات HSR و پژوهش‌های کاربردی در پیشبرد و بهبود کیفیت و کمیت ارائه خدمات بیمارستان |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                                             |                 |                       |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                  | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده         | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                     |                 | رئیس بیمارستان        | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                                             |                 |                       | ۸۰     |

## نام واحد: تجهیزات پزشکی

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                |                 |                               |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                     | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان کاهش هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات بیمارستان                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | کاهش میزان خواب دستگاه‌های حساس                                                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۳                | میزان تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی                                             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۴                | کاهش فاصله زمانی اعلام خرابی تا تعمیر و تحویل به بخش                           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | نسبت تعمیرات پیشگیرانه تجهیزات به کل تعمیرات و تحقق به موقع برنامه کالیبراسیون |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | بازدید منظم و روزانه از بخش‌ها و واحدها                                        |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۷                | میزان نظارت بر خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای و لوازم مصرفی پزشکی                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۸                | کیفیت و کمیت آموزش ارائه شده به کارکنان در خصوص حفظ و نگهداری تجهیزات پزشکی    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                     | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد        |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                        |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: حسابداری

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                                                                         |                 |                               |        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | پرداخت به موقع مطالبات بستنکاران جاری بیمارستان و تهیه و تنظیم اسناد مربوطه (آماده سازی اسناد مطالبات و آمادگی سند پرداخت جهت تسویه در حداقل زمان ممکن) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | تلاش جهت اخذ مطالبات بیمارستان به منظور پرداخت به موقع پرداخت عملکردی پزشکان و کارکنان بالینی غیرپزشک و تهیه اسناد مربوطه                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان موفقیت در کنترل هزینه های جاری بیمارستان                                                                                                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | میزان دقت و سرعت در ثبت درآمد و هزینه های بیمارستان                                                                                                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | ارائه تراز مالی بیمارستان به تفکیک بخش های تشخیصی و درمانی                                                                                              |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | اخذ به موقع مطالبات بیمارستان از سازمان های بیمه ای طرف قرارداد و یا اداره درآمد موسسه                                                                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                                                                                         |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                                                                                           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                                                                 |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                                                                                         |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: درآمد و بیمه‌گری

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                          |                 |                               |        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان موفقیت در کاهش کسورات بیمه‌ای بیمارستان                                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۲                | کاهش فاصله زمانی ترخیص بیمار تا تحویل پرونده به سازمان‌های بیمه‌ای طرف قرارداد           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۳                | کمیت و کیفیت جلسات برگزار شده با بخش‌ها جهت کاهش کسورات                                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | بررسی و کنترل دقیق ثبت خدمات در پرونده بیماران قبل از ارسال به سازمان‌های بیمه‌گر مربوطه |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                          |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                  |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۹۰               | جمع امتیازات                                                                             |                 |                               |        |

## ۷ نام واحد: تریخیص

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                                            |                 |                               |        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                 | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | کاهش میانگین زمان صرف شده برای تریخیص بیمار (میزان سرعت در انجام امور تریخیص از زمان صدور دستور پزشک تا تریخیص کامل بیمار) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۳۰   |
| ۲                | کاهش فاصله زمانی تحویل پرونده بیماران به واحد درآمد و بیمه گری                                                             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان رضایت بیماران از نحوه برخورد کارکنان واحد تریخیص                                                                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۴                | میزان کامل بودن پرونده در هنگام تریخیص بیمار                                                                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۵                | ایجاد شرایط تریخیص بیماران در ساعات غیراداری                                                                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                                                            |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                 | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                                    |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                                                               |                 |                               |        |

## ۷ نام واحد: روابط عمومی

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                                                 |                 |                               |        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | رضایت از کمیت و کیفیت برگزاری مراسم و مناسبت های برگزار شده در طول سال                                                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | میزان و سرعت انعکاس اخبار بیمارستان در رسانه های عمومی استانی و ملی                                                             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۳                | به روز بودن سایت روابط عمومی بیمارستان                                                                                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | میزان آشنایی مردم از توانمندی ها و نوع خدمات تخصصی ارائه شده توسط بیمارستان (تخصص های مختلف پزشکی و تجهیزات پزشکی و تعرفه آنها) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان تسهیل ارتباط مردم با بیمارستان جهت انعکاس نظرات و پیشنهادات                                                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                                                                 |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت حوزه مدیریت بیمارستان از عملکرد واحد                                                                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                                         |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                                                                    |                 |                               |        |

✓ نام واحد: دبیرخانه

| شاخص های اختصاصی |                                                                         |                 |                               |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | به روز بودن مکاتبات وارده و پیگیری تهیه و ارسال پاسخ آنها               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۲                | کیفیت تایپ و آماده سازی و به روز بودن نامه های صادره بیمارستان          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۳                | امکان بازیابی مکاتبات و پیگیری مکاتبات صورت گرفته                       |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                         |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                 |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                         |                 |                               | ۱۱۰    |

۷ نام واحد: کتابخانه

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                          |                 |                               |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت دانشجویان و اساتید از عملکرد واحد کتابخانه                   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| ۲                | میزان رضایت دانشجویان از سکوت سالن مطالعه                                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان انطباق کتب موجود در کتابخانه با نیازهای آموزشی دانشجویان و کارکنان |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | کیفیت میزان کنترل بازگشت کتاب‌ها در زمان تعیین شده                       |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان رضایت از کیفیت اینترنت کتابخانه                                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                          |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                  |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                             |                 |                               |        |

## ۷ نام واحد: مخابرات

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                                 |                 |                               |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت تماس گیرندگان از کیفیت پاسخگویی (به موقع بودن، برخورد مناسب و برقراری درست تماس‌ها) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۳۰   |
| ۲                | کیفیت ثبت و نگهداری اطلاعات تماس ذینفعان                                                        |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | تلاش در زمینه کاهش هزینه ارتباطات بیمارستان                                                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | رعایت اصل محرمانه بودن مکالمات                                                                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                                 |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                         |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                                 |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: حراست

| شاخص های اختصاصی |                                                                                          |                 |                               |        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | شناسایی به موقع عوامل فساد اداری-مالی و سایر تهدیدات و آسیب ها و اعلام به رئیس بیمارستان |                 | رئیس بیمارستان                | ۵-۰    |
| ۲                | نظارت بر تردها و ورود و خروج اموال و کالاها                                              |                 | رئیس بیمارستان                | ۵-۰    |
| ۳                | کیفیت فرایند ثبت و مستندسازی دبیرخانه محرمانه اسناد                                      |                 | رئیس بیمارستان                | ۵-۰    |
| ۴                | نظارت بر نحوه عملکرد افراد و شرکت های همکار در حوزه IT                                   |                 | رئیس بیمارستان                | ۵-۰    |
| ۵                | تهیه و اجرای برنامه های آموزشی برای کارکنان بیمارستان                                    |                 | رئیس بیمارستان                | ۵-۰    |
| ۶                | به کارگیری وسایل حفاظت الکترونیک                                                         |                 | رئیس بیمارستان                | ۵-۰    |
| شاخص های عمومی   |                                                                                          |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                  |                 | رئیس بیمارستان                | ۲۵-۰   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                  |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۲۵-۰   |
| ۸۰               | جمع امتیازات                                                                             |                 |                               |        |

\* ۳۰ امتیاز باقی مانده توسط حراست مرکزی هر موسسه براساس معیارهای ابلاغی مرکز حراست وزارت متبوع تعیین می شود.

## ✓ نام واحد: نگهبانی و انتظامات

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                         |                 |                               |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت مراجعین از برخورد نگهبانان، هنگام ورود و خروج از بیمارستان  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | کاهش موارد سرقت گزارش شده بیمارستان                                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | کاهش فاصله زمانی گزارش به واحد انتظامات تا رسیدگی به آن                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۴                | نظارت دقیق بر نحوه ترخیص بیماران و جلوگیری از فرار بیماران              |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | نحوه کنترل تردد خودروها و افراد به محیط بیمارستان و احراز هویت اشخاص    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۶                | نحوه کنترل حضور همراهان بیمار در بخش‌ها                                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| ۷                | انجام پیش‌بینی لازم به منظور پیشگیری از آتش‌سوزی، خرابی و سرقت          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۸                | در دسترس بودن ابزار و لوازم حفاظتی مورد نیاز                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                         |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                 |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                         |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: امور انبارها (انبارداری)

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                                              |                 |                               |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                   | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان کاهش فاصله زمانی تحویل کالا و لوازم به انبار تا تحویل به بخش‌ها (تحویل با فاصله زمانی کمتر از ۲۴ ساعت) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | کاهش مستمر میزان ضایعات ایجاد شده در انبار و جلوگیری از منقضی شدن کالاهای موجود در انبار                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۳                | میزان مطابقت گردش انبار انتهای دوره                                                                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | اعلام به موقع کالاها و لوازم مورد نیاز بیمارستان براساس نقطه سفارش                                           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                                              |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                   | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                      |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                                              |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: جمع‌داری اموال (امین اموال)

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                     |                 |                               |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                          | سطح مورد انتظار | ارزیابی‌کننده                 | امتیاز |
| ۱                | حضور فعال در بخش‌ها و واحدها به منظور کنترل تصادفی وسایل و تجهیزات دارای پلاک اموال |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| ۲                | کم بودن تعداد تجهیزات فاقد پلاک و شناسنامه اموال                                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| ۳                | کوتاه بودن فاصله زمانی تحویل اموال به بخش/واحدها تا صدور پلاک اموال برای آن         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| ۴                | جمع‌آوری به موقع اموال اسقاط و فروشی و مستندسازی دقیق فرایند مربوطه                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                     |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                          | سطح مورد انتظار | ارزیابی‌کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                             |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                     |                 |                               | ۱۱۰    |

۷ نام واحد: آشپزخانه

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                         |                 |                               |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت بیماران از کمیت (میزان و تنوع) و کیفیت غذای سرو شده         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۲                | میزان رعایت موازین بهداشتی در واحد                                      |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان انطباق غذای دریافتی بیمار با رژیم استاندارد مورد نیاز             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | نظارت بر کیفیت مواد غذایی اولیه                                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان رضایت بیماران از زمان سرو غذا                                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                         |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                 |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                         |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: خدمات آموزشی

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                 |                 |                               |        |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان دقت واحد در نگهداری صحیح از وسایل و تجهیزات سمعی و بصری   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۲                | میزان رضایت دانشجویان از کمیت و کیفیت تجهیزات سمعی و بصری       |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۳                | میزان استفاده از تجهیزات سمعی و بصری در جلسات و کلاس‌های آموزشی |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                 |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                      | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت معاونت آموزشی و پژوهشی از خدمات واحد سمعی و بصری    |                 | معاون آموزشی/پژوهشی بیمارستان | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی         |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                 |                 |                               | ۱۱۰    |

## ۷ نام واحد: مددکاری اجتماعی

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                         |                 |                               |        |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | بررسی منظم وضعیت بیماران در طول دوره بستری                              |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | میزان مشارکت واحد در فرآیند ترخیص بیماران                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| ۳                | کمیت و کیفیت تفاهمنامه‌های موجود با سازمان‌های خیریه و نهادهای کمک‌رسان |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | کوتاه بودن فاصله زمانی تشکیل پرونده در واحد تا رسیدگی به آن             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان رضایت بیماران و مراجعه‌کنندگان از عملکرد واحد                     |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                         |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                              | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                 |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                         |                 |                               | ۱۱۰    |

۷ نام واحد: بهداشت محیط

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                                                                                          |                 |                       |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده         | امتیاز |
| ۱                | کیفیت سیستم دفع و بی خطر سازی پسماندهای بیمارستانی                                                                                                                       |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۲                | کیفیت سیستم جمع آوری، تفکیک، حمل و نقل و دفع بهداشتی زباله های بیمارستانی و فرایند استریل در امحاء زباله                                                                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۳                | عملکرد واحد در خصوص نحوه نگهداری پسماندهای پزشکی در جایگاه موقت                                                                                                          |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۵    |
| ۴                | کیفیت و کمیت آموزش کارکنان جهت تفکیک زباله های عفونی، غیر عفونی و شمیایی و بهداشت محیط بیمارستان                                                                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۵                | میزان بازدیدهای روزانه از بخش های تشخیصی و درمانی بیمارستان و به ویژه نظارت بر ضوابط بهداشت محیط در اتاق عمل و همچنین واحدهای پشتیبانی براساس چک لیست بهداشت محیط        |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۱۰   |
| ۶                | عملکرد واحد در زمینه بهداشت آب بیمارستان (کلر سنجی، آزمایشات میکروبی، شمیایی و...) و سمپاشی فضاهای بیمارستان                                                             |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۵    |
| ۷                | عملکرد واحد در زمینه نظارت بر رعایت اصول بهداشت محیط در لندری و بهداشت مواد غذایی، آشپزخانه و فضاهای پشتیبانی آن، آبدارخانه ها، بوفه ها و رعایت بهداشت فردی توسط کارکنان |                 | حوزه مدیریت بیمارستان | ۰-۵    |

|                |                                  |                 |                                                                                                                   |      |
|----------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ۵-۰            | حوزه مدیریت<br>بیمارستان         |                 | عملکرد واحد در زمینه مبارزه با حشرات<br>و جوندگان (با تاکید بر بهسازی محیط و<br>استفاده از روش های تلفیقی مبارزه) | ۸    |
| شاخص های عمومی |                                  |                 |                                                                                                                   |      |
| امتیاز         | ارزیابی کننده                    | سطح مورد انتظار | عنوان شاخص                                                                                                        | ردیف |
| ۲۵-۰           | حوزه مدیریت<br>بیمارستان         |                 | میزان افزایش رضایت بخش های<br>تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از<br>عملکرد واحد                                     | ۱    |
| ۲۵-۰           | واحد اعتباربخشی و<br>بهبود کیفیت |                 | میزان موفقیت واحد در دستیابی به<br>استانداردهای اعتباربخشی                                                        | ۲    |
| ۱۱۰            | جمع امتیازات                     |                 |                                                                                                                   |      |

## ۷ نام واحد: بهداشت حرفه‌ای و طب کار

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                                          |                 |                               |        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | ارائه جدول زمان‌بندی انجام معاینات سلامت شغلی                                                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۰   |
| ۲                | پیگیری انجام معاینات سلامت شغلی بدو استخدام و دوره‌ای کارکنان                                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۵   |
| ۳                | اعلام نتایج معاینات به پرسنل و پیگیری انجام توصیه‌ها و ارجاعات تخصصی معاینات سلامت شغلی                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | تعیین نوع وسایل حفاظت فردی مناسب هر شغل براساس ارزیابی ریسک و نظارت بر استفاده مستمر و نگهداری صحیح آنها |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | انجام برنامه آموزشی و ارزشیابی مستمر و مصوب برای کلیه شاغلین بیمارستان                                   |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۵    |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                                          |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                               | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                  |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                  |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                                             |                 |                               |        |

## ۷ نام واحد: نقلیه و آمبولانس

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                               |                 |                               |        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                    | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | کاهش میزان خرابی های مجدد خودرو                                                                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | میزان انطباق وضعیت خودرو با چک لیست                                                                           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان تسلط راننده بر مسیر، قوانین راهنمایی و رانندگی و همچنین خودرو (مانند کم بودن میزان جریمه رانندگی خودرو) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | کوتاه بودن فاصله زمانی درخواست از واحد نقلیه تا زمان حرکت خودرو                                               |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۵                | مستندسازی دقیق سرویس های ارائه شده                                                                            |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | میزان رضایت مشتریان از نحوه برخورد واحد نقلیه                                                                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                                               |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                                    | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                       |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                       |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                                                  |                 |                               |        |

۷ نام واحد: امحاء زباله

| شاخص های اختصاصی |                                                                                                   |                 |                                |        |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                        | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                  | امتیاز |
| ۱                | کیفیت دفع بهداشتی زباله های بیمارستانی (طراحی فرایند بهداشتی برای تفکیک، بی خطر سازی و دفع زباله) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان          | ۰-۲۰   |
| ۲                | کوتاه بودن مدت زمان تحویل زباله های عفونی و غیر عفونی تا زمان دفع بهداشتی                         |                 | حوزه مدیریت بیمارستان          | ۰-۲۰   |
| ۳                | کیفیت نگهداری تجهیزات امحاء زباله                                                                 |                 | حوزه مدیریت بیمارستان          | ۰-۲۰   |
| شاخص های عمومی   |                                                                                                   |                 |                                |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                        | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                  | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                           |                 | حوزه مدیریت بیمارستان          | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتبار بخشی                                          |                 | واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| جمع امتیازات     |                                                                                                   |                 |                                | ۱۱۰    |

۷ نام واحد: استریلیزاسیون مرکزی (CSR)

| شاخص‌های اختصاصی |                                                                                                        |                 |                               |        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------|
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                             | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان رضایت از کیفیت پگ‌های استریل شده (کم بودن تعداد پگ‌های استریل که به علت عدم کیفیت مرجوع می‌گردد) |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۲                | کاهش میزان خرابی دستگاه‌های اتوکلاو                                                                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۳                | میزان رعایت اصول ایمنی در استفاده از دستگاه اتوکلاو                                                    |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۴                | کاهش میزان عفونت بیمارستانی در بخش CSR                                                                 |                 | واحد کنترل عفونت              | ۰-۱۰   |
| ۵                | کوتاه بودن فاصله زمانی میان دریافت پگ‌های غیراستریل تا استریلیزاسیون مجدد پگ‌ها                        |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۱۰   |
| ۶                | چیدمان صحیح ست‌های جراحی                                                                               |                 | سرپرستار اتاق عمل             | ۰-۱۰   |
| شاخص‌های عمومی   |                                                                                                        |                 |                               |        |
| ردیف             | عنوان شاخص                                                                                             | سطح مورد انتظار | ارزیابی کننده                 | امتیاز |
| ۱                | میزان افزایش رضایت بخش‌های تشخیصی و درمانی و حوزه مدیریت از عملکرد واحد                                |                 | حوزه مدیریت بیمارستان         | ۰-۲۵   |
| ۲                | میزان موفقیت واحد در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی                                                |                 | واحد اعتباربخشی و بهبود کیفیت | ۰-۲۵   |
| ۱۱۰              | جمع امتیازات                                                                                           |                 |                               |        |

**پیوست شماره ۴: نحوه محاسبه و اعمال ضریب کیفی عملکرد  
فرد در بخش‌های تشخیصی و درمانی و واحدهای پشتیبان**

**(موضوع بند (ج) ماده ۲۹ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد  
کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به  
دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)**

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**زمستان ۱۳۹۳**

### نکات مهم در سنجش کیفیت عملکرد فرد در بخش‌های تشخیصی و درمانی و واحدهای پشتیبان

- ۱- امتیاز کیفی عملکرد برای کلیه کارکنان غیرپزشک، امتیازی بین ۰ تا ۱۱۰ است.
- ۲- ضریب ارزشیابی کیفی عملکرد فرد، هر سه ماه یک بار تعیین می‌گردد.
- ۳- امتیاز کیفی عملکرد برای کلیه کارکنان غیرپزشک، توسط مسئول بلافصل داده می‌شود.
- ۴- ارزیابی‌کننده، براساس عملکرد هر فرد، امتیاز هر فرد را تعیین می‌کند. در این ابزار، منظور از امتیاز حداکثر یعنی فرد مذکور تمام معیارهای تعیین شده را به بهترین کیفیت دارا بوده و می‌تواند به عنوان یک الگو باشد. کسب امتیاز خوب (کسب ۹۰-۸۰ درصد از مجموع امتیاز) یعنی آنکه فرد، ۸۰-۷۰ درصد معیارهای عملکرد عالی را دارا می‌باشد و امتیاز متوسط یعنی فرد مربوطه ۵۰ درصد معیارهای عملکرد عالی را دارا می‌باشد و در نهایت کسب حداقل امتیاز به معنی این است که فرد فاقد معیارهای عملکرد عالی می‌باشد و یا عملکرد وی از این منظر، مناسب نمی‌باشد.
- ۵- در واحدهایی همچون آزمایشگاه، رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای و رادیوتراپی فرم ارزشیابی کارکنان غیرپزشک بخش توسط مسئول بخش تکمیل می‌گردد و عیناً همین فرم توسط رئیس بخش برای مسئول بخش تکمیل می‌گردد.
- ۶- فرم‌های سنجش کیفیت عملکرد فرد در بخش‌های تشخیصی و درمانی و واحدهای پشتیبان، برای کارکنان مربوطه در ادامه آمده است.

### جدول ۱. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد سرپرستار

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                                             | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | برنامه‌ریزی دقیق جهت تحویل بالینی بیمار، تجهیزات بخش، داروها و ... در هر نوبت کاری                                                                                                   | مدیر پرستاری  | ۸- - |
| ۲    | تقسیم بیماران براساس Case Method بین کادر پرستاری بخش                                                                                                                                | مدیر پرستاری  | ۶- - |
| ۳    | برنامه‌ریزی و نظارت بر اجرای استانداردهای مراقبتی بخش و برنامه‌ریزی جهت ارتقاء مستمر آن                                                                                              | مدیر پرستاری  | ۷- - |
| ۴    | نظارت بر رعایت اصول احتیاطات استاندارد کنترل عفونت                                                                                                                                   | مدیر پرستاری  | ۷- - |
| ۵    | تهیه و تنظیم برنامه ماهیانه کادر پرستاری بخش و رعایت چیدمان مناسب براساس توانمندی کارکنان به صورت منطقی و عادلانه                                                                    | مدیر پرستاری  | ۵- - |
| ۶    | آموزش القایی و آشناسازی افراد جدیدالورود با قوانین و مقررات و استانداردهای حرفه‌ای بخش با همکاری سوپروایزرهای آموزشی و کنترل عفونت                                                   | مدیر پرستاری  | ۴- - |
| ۷    | نیازسنجی آموزشی کارکنان بخش و ارائه گزارش به سوپروایزر آموزشی                                                                                                                        | مدیر پرستاری  | ۴- - |
| ۸    | بررسی گزارشات ۲۴ ساعته پرونده بیمار (چارت راند) و استخراج نقاط قوت و ضعف مسئول نوبت کاری و برنامه‌ریزی اصلاحی جهت ارتقاء مستمر                                                       | مدیر پرستاری  | ۶- - |
| ۹    | نظارت بر آموزش به بیمار/مددجو/همراهان بر اساس نیاز                                                                                                                                   | مدیر پرستاری  | ۶- - |
| ۱۰   | کنترل و نظارت بر سالم و آماده به کار بودن وسایل و تجهیزات بخش و در صورت هر گونه اختلال ارائه گزارش کتبی به مسئول مربوطه و پیگیری جهت اصلاح آن و بررسی کمبودهای تجهیزاتی و دارویی بخش | مدیر پرستاری  | ۷- - |
| ۱۱   | ارزشیابی کارکنان پرستاری بخش                                                                                                                                                         | مدیر پرستاری  | ۵- - |
| ۱۲   | برگزاری کنفرانس‌های هفتگی مورد نیاز کارکنان پرستاری در هر بخش                                                                                                                        | مدیر پرستاری  | ۶- - |

|       |                                                                                       |              |      |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| ۱۳    | همکاری و مشارکت در برنامه‌های آموزشی دانشجویان، کارآموزان و کادر پرستاری بخش          | مدیر پرستاری | ۵-۰  |
| ۱۴    | میزان ارائه بازخوردهای به موقع و دقیق به نیروهای زیرمجموعه و سایر همکاران تیم درمان   | مدیر پرستاری | ۷-۰  |
| ۱۵    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                            | مدیر پرستاری | ۴-۰  |
| ۱۶    | مستندسازی دقیق از فرایندهای مراقبت و عملکردهای بخش مربوطه                             | رئیس بخش     | ۵-۰  |
| ۱۷    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                        | مدیر پرستاری | ۴-۰  |
| ۱۸    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی | مدیر پرستاری | ۴-۰  |
| ۱۹    | میزان رضایت از عملکرد کلی سرپرستار                                                    | رئیس بخش     | ۱۰-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                |              |      |

## جدول ۲. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد پرستار

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                     | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با بیمار و همراهان و پاسخگو بودن و رضایتمندی بیمار از پرستار                                                     | سر پرستار     | ۱-۱- |
| ۲    | تکمیل فرم ارزیابی اولیه بیمار                                                                                                                | سر پرستار     | ۴--  |
| ۳    | ثبت تشخیص پرستاری بر اساس مشکلات و نیازهای بیمار مبتنی بر شواهد علمی                                                                         | سر پرستار     | ۴--  |
| ۴    | مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات و پروسیجرهای درمانی (طبی و جراحی)                                                                   | سر پرستار     | ۴--  |
| ۵    | کنترل و پیشگیری از عفونت در بیمار                                                                                                            | سر پرستار     | ۵--  |
| ۶    | ثبت و گزارش اقدامات انجام شده پرستاری                                                                                                        | سر پرستار     | ۵--  |
| ۷    | انجام اقدامات تامین ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث احتمالی                                                                                   | سر پرستار     | ۶--  |
| ۸    | تامین نیازهای عمومی بیمار (بهداشت فردی، تغذیه، اکسیژن تراپی، خواب و استراحت، جذب و دفع مایعات و...)                                          | سر پرستار     | ۴--  |
| ۹    | کنترل و پایش علائم حیاتی                                                                                                                     | سر پرستار     | ۴--  |
| ۱۰   | برقراری خط وریدی و پایش انفوزیون مایعات وریدی                                                                                                | سر پرستار     | ۴--  |
| ۱۱   | انجام دستورات دارویی و توجه به عوارض جانبی و گزارش آن                                                                                        | سر پرستار     | ۴--  |
| ۱۲   | اجرای درمان‌های خاص ( دیالیز، وصل کردن به ونتیلاتور، جدا کردن از ونتیلاتور، تزریق خون و فراورده‌های آن، شیمی درمانی، تغذیه کامل وریدی و ...) | سر پرستار     | ۵--  |
| ۱۳   | انجام پروسیجرهای تشخیصی و درمانی (ECG، EEG، سند فولی، لوله معده و ...)                                                                       | سر پرستار     | ۵--  |
| ۱۴   | مشارکت مسئولانه و همکاری در تیم احیا                                                                                                         | سر پرستار     | ۵--  |
| ۱۵   | انجام فرایند پذیرش، ترخیص، ارجاع و انتقال بیمار                                                                                              | سر پرستار     | ۴--  |
| ۱۶   | اقدامات پرستاری جهت کنترل درد                                                                                                                | سر پرستار     | ۴--  |
| ۱۷   | آموزش بیمار و خانواده (از زمان پذیرش تا بعد از ترخیص)                                                                                        | سر پرستار     | ۴--  |
| ۱۸   | ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل                                                                                                       | سر پرستار     | ۴--  |

|      |                                                                                       |           |      |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| ۱۹   | بررسی نیازهای توان بخشی و ارجاع به مبادی ذیربط                                        | سر پرستار | ۳-۳- |
| ۲۰   | مراقبت از بیمار در مراحل انتهایی زندگی و مراقبت از جسد                                | سر پرستار | ۳-۳- |
| ۲۱   | گزارش دهی در مورد بیمار در زمان تحویل و تحول بر بالین بیمار                           | سر پرستار | ۴-۳- |
| ۲۲   | انجام مراقبت‌های معنوی (مانند کمک در انجام فرائض دینی و...)                           | سر پرستار | ۵-۳- |
| ۲۳   | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                        | سر پرستار | ۵-۳- |
| ۲۴   | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی | سر پرستار | ۵-۳- |
| ۱۱۰+ | جمع کل                                                                                |           |      |

### جدول ۳. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد بهیار

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                  | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با بیمار و همراهان و پاسخ به آن‌ها                            | سرپرستار      | ۸-۱  |
| ۲    | اعلام تغییرات حال بیماران و گزارش به سرپرستار                                             | سرپرستار      | ۵-۱  |
| ۳    | ارائه آموزش‌های لازم به بیمار و همکاران زیر گروه                                          | سرپرستار      | ۳-۱  |
| ۴    | کنترل علائم حیاتی، جذب و دفع مایعات                                                       | سرپرستار      | ۳-۱  |
| ۵    | تامین نیازهای دفعی مددجو (استفاده از لوله، لگن، انما، تعویض کیسه کلتومی و ...)            | سرپرستار      | ۵-۱  |
| ۶    | کمک در حفظ درجه حرارت طبیعی بدن (استفاده از کیف آب گرم، یخ، پاشویه و ...)                 | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۷    | کمک در امر پذیرش، ترخیص و انتقال بیماران                                                  | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۸    | کمک در غذا دادن به بیمارانی که نمی‌توانند به تنهایی غذا بخورند و تغذیه به وسیله لوله معده | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۹    | کمک به تامین بهداشت پوست، مو و تامین بهداشت دهان و دندان                                  | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۰   | آماده نمودن تخت‌ها (با بیمار و بدون بیمار) و برانکارد                                     | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۱   | کمک به بیمار برای خروج از تخت و راه رفتن                                                  | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۲   | گرفتن نمونه‌های آزمایشگاهی شامل مدفوع، ادرار و خلط                                        | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۳   | حضور در زمان تحویل نوبت‌کاری با حضور پرسنل و گزارش اقدامات انجام شده                      | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۴   | انجام آمادگی‌های قبل و پس از عمل جراحی بر اساس استانداردها                                | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۵   | آماده کردن بیمار جهت انجام معاینات پزشکی با رعایت منشور حقوق بیمار                        | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۶   | آماده کردن وسایل جهت استریلیزاسیون                                                        | سرپرستار      | ۴-۱  |
| ۱۷   | دقت در نگهداری، حفظ و استفاده صحیح از تجهیزات و لوازم پزشکی                               | سرپرستار      | ۴-۱  |

|       |                                                                                                                               |          |     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|
| ۱۸    | انجام پروسیجرهایی مانند تعویض پانسمان، ECG، کشیدن بخیه، تزریقات (عضلانی، زیرپوستی، داخل پوستی و تزریق واکسن) زیر نظر سرپرستار | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۱۹    | انجام و مشارکت در امور مراقبت از جسد طبق موازین شرعی                                                                          | سرپرستار | ۴-۰ |
| ۲۰    | حفظ امنیت بیمار در رابطه با پیشگیری و بروز حوادث احتمالی                                                                      | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۲۱    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم پرستاری و رعایت اخلاق حرفه‌ای                                                              | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۲۲    | رعایت استانداردهای کنترل و پیشگیری از عفونت در بیمار                                                                          | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۲۳    | انجام سایر امور حرفه‌ای طبق دستور سرپرستار و سرپرستار                                                                         | سرپرستار | ۴-۰ |
| ۲۴    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته براساس دستورالعمل‌های ابلاغی                                         | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۲۵    | انجام مراقبت‌های معنوی (مانند کمک در انجام فرائض دینی و...)                                                                   | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                                                        |          |     |

#### جدول ۴. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کمک‌بہیار

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                                                            | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با بیمار و همراهان و پاسخ به آن‌ها                                                                                                                                      | سرپرستار      | ۸-۰  |
| ۲    | تحويل ملحفه و البسه از رختشویخانه و شمارش دقیق آن                                                                                                                                                   | سرپرستار      | ۴-۰  |
| ۳    | تامین نیازهای بهداشتی اولیه بیمار مانند حمام دادن یا کمک در حمام دادن، دهان‌شویه، شستن دست و صورت، کوتاه کردن ناخن‌ها، تعویض لباس، لوله و لگن، مرتب کردن تخت، ماساژ و... طبق اصول صحیح و آموخته شده | سرپرستار      | ۸-۰  |
| ۴    | کمک در غذا دادن به بیماران ناتوان                                                                                                                                                                   | سرپرستار      | ۶-۰  |
| ۵    | کمک به بیمار در خروج از تخت، راه رفتن، انتقال به تخت، برانکارد، صندلی چرخدار و ...                                                                                                                  | سرپرستار      | ۶-۰  |
| ۶    | آماده نمودن وسایل لازم جهت ارایه خدمات پرستاری مثل وسایل پانسمان و جمع‌آوری، شستشو و انتقال به بخش استریلیزاسیون                                                                                    | سرپرستار      | ۶-۰  |
| ۷    | تعویض ملحفه تخت بیماران اشغال شده یا اشغال نشده و شستشو و ضد عفونی تخت بیمار                                                                                                                        | سرپرستار      | ۷-۰  |
| ۸    | تحويل نمونه‌های آزمایشگاهی شامل مدفوع، ادرار و خلط                                                                                                                                                  | سرپرستار      | ۴-۰  |
| ۹    | انجام آمادگی‌های قبل و پس از عمل جراحی بر اساس استانداردها                                                                                                                                          | سرپرستار      | ۶-۰  |
| ۱۰   | دقت در نگهداری، حفظ و استفاده صحیح از تجهیزات و لوازم پزشکی                                                                                                                                         | سرپرستار      | ۵-۰  |
| ۱۱   | انجام و مشارکت در امور مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و انتقال جسد                                                                                                                                   | سرپرستار      | ۳-۰  |
| ۱۲   | حفظ امنیت بیمار در رابطه با پیشگیری و بروز حوادث احتمالی                                                                                                                                            | سرپرستار      | ۶-۰  |
| ۱۳   | حفظ و نگهداری وسایل و اموال شخصی بیمار بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی بیمارستان                                                                                                                      | سرپرستار      | ۶-۰  |
| ۱۴   | تخلیه ترشحات تمامی کیسه‌ها و ظرف‌هایی که نیاز به تخلیه دارند و ضد عفونی آن‌ها                                                                                                                       | سرپرستار      | ۵-۰  |
| ۱۵   | مراقبت در حفظ، نظم و نظافت بخش و پاکیزگی و شستشوی لوازم بخش                                                                                                                                         | سرپرستار      | ۵-۰  |

|       |                                                                                        |          |     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|
| ۱۶    | انجام مراقبت‌های معنوی (مانند کمک در انجام فرائض دینی و...)                            | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۱۷    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم پرستاری و رعایت اخلاق حرفه‌ای                       | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۱۸    | رعایت استانداردهای کنترل و پیشگیری از عفونت در بیمار                                   | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۱۹    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۲۰    | انجام سایر امور حرفه‌ای طبق دستور سرپرستار و سرپرستار                                  | سرپرستار | ۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                 |          |     |

**جدول ۵. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کاردان/کارشناس اتاق عمل/پرستار اتاق عمل**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                                                | ارزیابی‌کننده | نمره  |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| ۱    | برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراهان وی و ارائه آموزش‌های لازم                                                                                                                        | سر پرستار     | ۴- -  |
| ۲    | آماده نمودن اتاق عمل طبق لیست عمل جراحی از نظر وسایل و لوازم مورد نیاز                                                                                                                  | سر پرستار     | ۹- -  |
| ۳    | کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن پرونده بیمار                                                                                                                  | سر پرستار     | ۶- -  |
| ۴    | مشارکت و همکاری با پزشک در انجام پروسیجرهای جراحی                                                                                                                                       | سر پرستار     | ۶- -  |
| ۵    | کنترل و اطمینان از استریل بودن لوازم و بسته‌های اتاق عمل                                                                                                                                | سر پرستار     | ۶- -  |
| ۶    | اطمینان از سلامت و کارایی دستگاه‌ها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع عمل                                                                                                   | سر پرستار     | ۶- -  |
| ۷    | انجام اقدامات تامین ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث احتمالی                                                                                                                              | سر پرستار     | ۵- -  |
| ۸    | مشارکت مسئولانه و همکاری در انجام عملیات احیا در اتاق عمل                                                                                                                               | سر پرستار     | ۴- -  |
| ۹    | نگهداری و جمع‌آوری نمونه براساس سیاست بیمارستان جهت ارسال به آزمایشگاه                                                                                                                  | سر پرستار     | ۴- -  |
| ۱۰   | شمارش، ثبت، کنترل و جمع‌آوری تمامی وسایل و لوازم مصرف شده (گاز، نخ، لنگاز، درن، قیچی، پنس، سوزن و غیره) در شروع/طول عمل و قبل از اتمام عمل، به همراه تیم جراحی و پس از استفاده از آن‌ها | سر پرستار     | ۱۰- - |
| ۱۱   | ایفای نقش سیار قبل/حین و پس از پایان عمل براساس استانداردهای موجود                                                                                                                      | سر پرستار     | ۱۰- - |
| ۱۲   | ایفای نقش سیرکولار قبل/حین و پس از پایان عمل براساس استانداردهای موجود                                                                                                                  | سر پرستار     | ۱۰- - |
| ۱۳   | رعایت پوشش بیمار با موازین شرعی و حریم بیمار، قبل/حین و هنگام انتقال به ریکاوری                                                                                                         | سر پرستار     | ۴- -  |
| ۱۴   | نظارت بر رعایت اصول استریل توسط تیم جراحی قبل/حین و                                                                                                                                     | سر پرستار     | ۴- -  |

|       |                                                                                        | بعد از عمل |      |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| ۱۵    | مشارکت در برنامه شستشو و ضد عفونی اتاق عمل                                             | سر پرستار  | ۴-۰۰ |
| ۱۶    | تحويل و تحول وسایل، تجهیزات و لوازم مصرفی و غیرمصرفی در هنگام تغییر نوبت کاری          | سر پرستار  | ۵-۰۰ |
| ۱۷    | مراقبت از بیمار در مراحل انتهای زندگی و مراقبت از جسد                                  | سر پرستار  | ۳-۰۰ |
| ۱۸    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                         | سر پرستار  | ۵-۰۰ |
| ۱۹    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی | سر پرستار  | ۵-۰۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                 |            |      |

**جدول ۶. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کاردان/کارشناس بیهوشی/پرستار بیهوشی (ریکاوری)**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                          | ارزیابی‌کننده     | نمره |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|
| ۱    | برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراهی بیمار از ابتدا تا انتهای عمل                | سرپرستار اتاق عمل | ۴- - |
| ۲    | آماده نمودن اتاق عمل طبق لیست عمل جراحی از نظر وسایل و لوازم مورد نیاز جهت بیهوشی | سرپرستار اتاق عمل | ۸- - |
| ۳    | کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن پرونده بیمار            | سرپرستار اتاق عمل | ۵- - |
| ۴    | مشارکت و همکاری با پزشک در انجام پروسیجرهای بیهوشی و با سایر اعضای تیم جراحی      | سرپرستار اتاق عمل | ۵- - |
| ۵    | بررسی و پایش علائم حیاتی و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک حین عمل و ریکاوری        | سرپرستار اتاق عمل | ۵- - |
| ۶    | برقراری راه وریدی مطمئن جهت بیمار                                                 | سرپرستار اتاق عمل | ۵- - |
| ۷    | تامین و پیش بینی دارو، خون و ... مورد نیاز و امکانات بیهوشی                       | سرپرستار اتاق عمل | ۵- - |
| ۸    | اطمینان از سلامت و کارایی دستگاه‌ها و تجهیزات مورد نیاز بیهوشی قبل از شروع عمل    | سرپرستار اتاق عمل | ۵- - |
| ۹    | انجام اقدامات تامین ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث احتمالی                        | سرپرستار اتاق عمل | ۴- - |
| ۱۰   | مشارکت مسئولانه و همکاری در انجام عملیات احیا در اتاق عمل                         | سرپرستار اتاق عمل | ۴- - |
| ۱۱   | ثبت دقیق تمام دستورات شفاهی پزشک بیهوشی در فرم مربوطه                             | سرپرستار اتاق عمل | ۴- - |
| ۱۲   | کنترل گازهای بیهوشی جهت جلوگیری از استفاده آن‌ها به جای یکدیگر                    | سرپرستار اتاق عمل | ۴- - |
| ۱۳   | رعایت پروسیجرهای استاندارد بیهوشی در قبل/حین و بعد از بیهوشی                      | سرپرستار اتاق عمل | ۸- - |
| ۱۴   | رعایت پوشش بیمار با موازین شرعی و حریم بیمار،                                     | سرپرستار اتاق عمل | ۴- - |

| قبل/حین و هنگام انتقال به ریکاوری |                                                                                                                |                           |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ۱۵                                | رعایت اصول استریل در قبل/حین و بعد از عمل، ضدعفونی و آماده نمودن وسایل برای عمل بعدی                           | سر پرستار اتاق عمل<br>۵-- |
| ۱۶                                | کنترل بیمار از نظر بازگشت عکس‌العمل‌ها و رفلکس‌ها و ورود به مرحله هوشیاری                                      | سر پرستار اتاق عمل<br>۴-- |
| ۱۷                                | تکمیل و تحویل فرم‌های مربوط به گزارشات، دارو و موارد کتبی لازم در مراحل قبل/حین و بعد از بیهوشی به مسئول ذیربط | سر پرستار اتاق عمل<br>۴-- |
| ۱۸                                | مشارکت در برنامه شستشو و ضدعفونی اتاق عمل                                                                      | سر پرستار اتاق عمل<br>۴-- |
| ۱۹                                | تحویل و تحول دارو، وسایل، تجهیزات و لوازم مصرفی و غیر مصرفی در هنگام تغییر نوبت کاری                           | سر پرستار اتاق عمل<br>۴-- |
| ۲۰                                | محافظت از سر و اندام و تنفس فوقانی حین انتقال از تخت عمل به برانکارد و کمک به حفظ پوزیشن در ریکاوری            | سر پرستار اتاق عمل<br>۴-- |
| ۲۱                                | کنترل سطح هوشیاری بیمار، کنترل راه هوایی و جذب و دفع در ریکاوری و ثبت کلیه موارد در پرونده بیمار               | سر پرستار اتاق عمل<br>۶-- |
| ۲۲                                | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                                                 | سر پرستار اتاق عمل<br>۴-- |
| ۲۳                                | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی                         | سر پرستار اتاق عمل<br>۵-- |
| جمع کل                            |                                                                                                                | ۱۱۰--                     |

**جدول ۲. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد سوپروایزر بالینی/گردشی**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                           | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | بازدید و بررسی وضعیت بخش‌های بیمارستان در نوبت‌کاری با اولویت بخش اورژانس                                          | مدیر پرستاری  | ۸-۰  |
| ۲    | نظارت دقیق بر حضور و غیاب کارکنان بیمارستان، پزشکان مقیم و آنکال و ارائه گزارش به مافوق                            | مدیر پرستاری  | ۶-۰  |
| ۳    | نظارت و کنترل بر نحوه ارائه خدمات پرستاری مبتنی بر شواهد                                                           | مدیر پرستاری  | ۸-۰  |
| ۴    | برقراری ارتباط مناسب با همکاران در حوزه پرستاری                                                                    | مدیر پرستاری  | ۵-۰  |
| ۵    | هماهنگی با سایر مراکز درمانی یا مرکز مقصد جهت اعزام و ارجاع بیماران                                                | مدیر پرستاری  | ۵-۰  |
| ۶    | توزیع کارکنان گروه پرستاری براساس توانایی و نیاز بخش‌ها در نوبت‌کاری‌های مختلف بر حسب مورد                         | مدیر پرستاری  | ۶-۰  |
| ۷    | ارائه گزارشات مکتوب در خصوص ارزیابی عملکرد کارکنان پرستاری، مسائل و مشکلات بخش‌ها و بیمارستان به مدیر پرستاری      | مدیر پرستاری  | ۶-۰  |
| ۸    | کنترل و نظارت آمبولانس‌ها از نظر سالم بودن، داشتن لاستیک اضافی و سالم و موجود بودن امکانات داخل آن در هر نوبت‌کاری | مدیر پرستاری  | ۵-۰  |
| ۹    | نظارت بر فرایند پذیرش، ترخیص و انتقال بیماران                                                                      | مدیر پرستاری  | ۶-۰  |
| ۱۰   | هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی واحدهای مختلف بیمارستان                                                               | مدیر پرستاری  | ۴-۰  |
| ۱۱   | همکاری و مشارکت در ارزشیابی کارکنان پرستاری                                                                        | مدیر پرستاری  | ۴-۰  |
| ۱۲   | تامین نیروی انسانی و تجهیزات و امکانات و ... در زمان بروز حادثه و فوریت‌ها                                         | مدیر پرستاری  | ۵-۰  |
| ۱۳   | بکارگیری تدابیر لازم در مواجهه با بیماران اورژانس                                                                  | مدیر پرستاری  | ۵-۰  |
| ۱۴   | ارزیابی کیفیت ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی به منظور جلب رضایت بیماران و همراهان                            | مدیر پرستاری  | ۵-۰  |

|       |                                                                                                  |              |     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| ۱۵    | ارزیابی ثبت و گزارش‌نویسی صحیح اقدامات پرستاری انجام شده در پرونده بیمار در بخش‌ها به صورت موردی | مدیر پرستاری | ۸-۰ |
| ۱۶    | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                       | مدیر پرستاری | ۵-۰ |
| ۱۷    | مستندسازی دقیق از فرایندهای مراقبت و عملکردهای بخش مربوطه                                        | مدیر پرستاری | ۴-۰ |
| ۱۸    | مشارکت و ارزیابی عملکرد تیم احیاء و ارائه گزارش به مدیر پرستاری                                  | مدیر پرستاری | ۵-۰ |
| ۱۹    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                                   | مدیر پرستاری | ۵-۰ |
| ۲۰    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی           | مدیر پرستاری | ۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                           |              |     |

### جدول ۸. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد سوپروایزر آموزشی

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                      | ارزیابی‌کننده | نمره  |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| ۱    | نیازسنجی آموزشی کارکنان پرستاری براساس ارزیابی عملکرد آنان                                                                                                    | مدیر پرستاری  | ۹- -  |
| ۲    | همکاری در انجام طرح‌های پژوهشی                                                                                                                                | مدیر پرستاری  | ۶- -  |
| ۳    | ارتباط مناسب با کادر آموزشی دانشکده و دانشجویان به‌منظور حل مشکلات آموزشی دانشجویان                                                                           | مدیر پرستاری  | ۸- -  |
| ۴    | برقراری ارتباط مناسب با همکاران در حوزه پرستاری                                                                                                               | مدیر پرستاری  | ۷- -  |
| ۵    | برگزاری دوره‌های آموزشی در خصوص فرایندهای کلیدی (ثبت و گزارش نویسی، آموزش به بیمار، قوانین و مقررات پرستاری، CPR و...) جهت ارتقاء مستمر عملکرد بالینی پرستاری | مدیر پرستاری  | ۱۰- - |
| ۶    | آشناسازی افراد جدیدالورود پرستاری با قوانین و مقررات بیمارستان                                                                                                | مدیر پرستاری  | ۱۰- - |
| ۷    | برگزاری دوره‌های آموزشی مورد نیاز کمک بهیاران                                                                                                                 | مدیر پرستاری  | ۴- -  |
| ۸    | تشکیل کمیته‌های راهبردی آموزش و پژوهش طبق نیاز                                                                                                                | مدیر پرستاری  | ۶- -  |
| ۹    | هماهنگی در برگزاری کنفرانس‌های هفتگی مورد نیاز کارکنان پرستاری در هر بخش                                                                                      | مدیر پرستاری  | ۸- -  |
| ۱۰   | ارائه گزارشات مکتوب در خصوص اثربخشی و ارزشیابی آموزشی کارکنان پرستاری به مدیر پرستاری                                                                         | مدیر پرستاری  | ۸- -  |
| ۱۱   | ارزشیابی عملکرد کارکنان در ارائه آموزش به مددجو                                                                                                               | مدیر پرستاری  | ۸- -  |
| ۱۲   | کنترل و نظارت بر وجود امکانات و شرایط آموزشی بیمارستان                                                                                                        | مدیر پرستاری  | ۸- -  |
| ۱۳   | هدایت و آموزش در تهیه جزوات، پوسترها، فیلم‌ها و پمفلت‌های آموزشی جهت کارکنان و مددجویان                                                                       | مدیر پرستاری  | ۸- -  |
| ۱۴   | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم آموزش و درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                                                                                        | مدیر پرستاری  | ۵- -  |

|       |                                                                                        |              |     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| ۱۵    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب<br>و آراسته براساس استانداردهای ابلاغی | مدیر پرستاری | ۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                 |              |     |

**جدول ۹. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد سوپروایزر کنترل عفونت**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                     | ارزیابی‌کننده* | نمره  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|
| ۱    | تدوین دستورالعمل‌های کنترل عفونت بر طبق نیاز                                                                                                                 | مدیر پرستاری   | ۹- -  |
| ۲    | بررسی و تشخیص منابع عفونت‌های بیمارستانی                                                                                                                     | مدیر پرستاری   | ۶- -  |
| ۳    | برگزاری دوره‌های آموزشی در ارتباط با عفونت‌های بیمارستانی و حمایت در انجام پژوهش‌های مرتبط، با همکاری سوپروایزر آموزشی                                       | مدیر پرستاری   | ۸- -  |
| ۴    | تشکیل پرونده بهداشتی برای کارکنان بیمارستان و نظارت بر واکسیناسیون کارکنان                                                                                   | مدیر پرستاری   | ۹- -  |
| ۵    | نظارت بر نحوه اجرای روش‌های ضدعفونی و بهداشت بخش‌های بیمارستان طبق استانداردهای موجود                                                                        | مدیر پرستاری   | ۷- -  |
| ۶    | شرکت فعال در جلسات کمیته کنترل عفونت و نظارت بر اجرای دقیق پیشنهادات کمیته کنترل عفونت و ارائه گزارش مکتوب نتایج به مدیر پرستاری                             | مدیر پرستاری   | ۵- -  |
| ۷    | درخواست انجام نمونه‌برداری از افراد و مکان‌ها در موارد مشکوک و آسیب‌های ناشی از سوزن (Needle Stick)                                                          | مدیر پرستاری   | ۶- -  |
| ۸    | بازدید روزانه از بخش‌ها برای کشف موارد جدید احتمالی و پیگیری موارد گذشته از طریق نتایج آزمایشات و علائم بالینی و ثبت و ارائه گزارش لازم به کمیته کنترل عفونت | مدیر پرستاری   | ۱۰- - |
| ۹    | بررسی پرونده‌های بیماران عفونی و مشکوک از نظر وجود عفونت                                                                                                     | مدیر پرستاری   | ۸- -  |
| ۱۰   | نظارت در زمینه جدا سازی بیماران عفونی                                                                                                                        | مدیر پرستاری   | ۸- -  |
| ۱۱   | ارائه گزارش به موقع در زمینه نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی و ...                                                                                          | مدیر پرستاری   | ۸- -  |
| ۱۲   | مشارکت در تدوین دستورالعمل‌های مراقبتی بیماری‌های عفونی نوپدید و بازپدید                                                                                     | مدیر پرستاری   | ۸- -  |
| ۱۳   | نظارت بر نحوه اجرای روش‌های کنترل عفونت طبق استانداردهای موجود در بخش‌های مختلف                                                                              | مدیر پرستاری   | ۸- -  |

|       |                                                                                      |              |     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| ۱۴    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم آموزش و درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای               | مدیر پرستاری | ۵-. |
| ۱۵    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته بر اساس استانداردهای ابلاغی | مدیر پرستاری | ۵-. |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                               |              |     |

\* در صورتی که واحد کنترل عفونت مستقل باشد، این فرم توسط معاون درمان بیمارستان تکمیل می‌گردد.

### جدول ۱۰. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد مدیر پرستاری

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                        | ارزیابی‌کننده  | نمره |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|
| ۱    | بازدید روزانه از تعدادی از بخش‌های بیمارستان و بررسی وضعیت بخش‌ها                                               | رئیس بیمارستان | ۶-۰  |
| ۲    | برقراری ارتباط موثر با کارکنان پرستاری بیمارستان                                                                | رئیس بیمارستان | ۶-۰  |
| ۳    | ارزیابی کیفیت برقراری ارتباط مناسب پرستاران با بیماران و همراهان                                                | رئیس بیمارستان | ۸-۰  |
| ۴    | ارزیابی کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری به منظور جلب رضایت بیماران و همراهان                                     | رئیس بیمارستان | ۷-۰  |
| ۵    | ارزشیابی اثربخشی مراقبت‌های پرستاری به صورت موردی                                                               | رئیس بیمارستان | ۵-۰  |
| ۶    | نظارت بر اطمینان از تطبیق مراقبت‌های پرستاری انجام شده با برنامه‌های مراقبت‌های پرستاری طراحی شده به صورت موردی | رئیس بیمارستان | ۷-۰  |
| ۷    | ارزیابی ثبت و گزارش‌نویسی صحیح اقدامات پرستاری انجام شده در پرونده بیمار در بخش‌ها به صورت موردی                | رئیس بیمارستان | ۷-۰  |
| ۸    | پایش برنامه بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی در بخش‌ها                                                              | رئیس بیمارستان | ۶-۰  |
| ۹    | پایش شاخص‌های عملکردی اختصاصی قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی به ویژه شاخص‌های ایمنی بیمار      | رئیس بیمارستان | ۸-۰  |
| ۱۰   | نظارت بر عملکرد سوپروایزرها و سرپرستاران بیمارستان                                                              | رئیس بیمارستان | ۴-۰  |
| ۱۱   | برگزاری جلسات ماهیانه با رده‌های مختلف پرستاری به منظور حل مشکلات آنان                                          | رئیس بیمارستان | ۴-۰  |
| ۱۲   | ارتباط مناسب با کادر آموزشی دانشکده و دانشجویان به منظور حل مشکلات آموزشی دانشجویان                             | رئیس بیمارستان | ۴-۰  |
| ۱۳   | نظارت بر برنامه‌های توانمند سازی کارکنان پرستاری                                                                | رئیس بیمارستان | ۴-۰  |
| ۱۴   | نظارت بر چیدمان مناسب نیروی انسانی در بخش‌های بیمارستان                                                         | رئیس بیمارستان | ۴-۰  |

|       |                                                                                    |                |     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|
| ۱۵    | هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی واحدهای مختلف بیمارستان                               | رئیس بیمارستان | ۵-۰ |
| ۱۶    | اتخاذ تصمیمات مناسب در زمینه تشویق و تنبیه کارکنان با توجه به عملکرد آنان          | رئیس بیمارستان | ۴-۰ |
| ۱۷    | اطلاع‌رسانی و تاکید بر اجرای بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های جدید در خصوص حوزه پرستاری | رئیس بیمارستان | ۴-۰ |
| ۱۸    | نظارت و تاکید بر برنامه‌های آموزش به بیمار                                         | رئیس بیمارستان | ۴-۰ |
| ۱۹    | گزارش مکتوب وضعیت نیروی انسانی گروه پرستاری به ریاست بیمارستان                     | رئیس بیمارستان | ۴-۰ |
| ۲۰    | اتخاذ تصمیمات عادلانه و منطقی در انتخاب، انتصاب، جابجایی و مرخصی کارکنان پرستاری   | رئیس بیمارستان | ۴-۰ |
| ۲۱    | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم آموزش و درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای             | رئیس بیمارستان | ۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                             |                |     |

### جدول ۱۱. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد ماما مسئول در بلوک زایمان

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                                             | ارزیابی‌کننده | نمره  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| ۱    | تهیه و تنظیم برنامه ماهیانه پرسنل مامائی بخش با رعایت توزیع مناسب کارکنان با سابقه و جدید در هر شیفت و رعایت عدالت در توزیع شیفت‌ها بین کارکنان                                      | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۲    | برنامه ریزی و نظارت بر تقسیم کار در شیفت‌ها                                                                                                                                          | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۳    | نظارت بر تحویل بالینی مددجو، تجهیزات بخش، داروها و... در هر شیفت                                                                                                                     | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۴    | کنترل و نظارت بر سالم و آماده به کار بودن وسایل و تجهیزات بخش و ارائه گزارش کتبی به مسئول مربوطه در صورت هر گونه اختلال و پیگیری جهت اصلاح آن و بررسی کمبودهای تجهیزاتی و دارویی بخش | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۵    | نظارت بر رعایت اصول احتیاطات استاندارد کنترل عفونت                                                                                                                                   | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۶    | نظارت بر تکریم مادر باردار و حمایت عاطفی او در مراحل مختلف زایمان با استفاده از ابزار بررسی کیفیت ارائه خدمت در بلوک زایمان و ارائه بازخورد به ارائه‌دهندگان خدمت                    | مدیر پرستاری  | ۱۵- - |
| ۷    | نظارت بر انجام مراقبت‌های مراحل مختلف لیبر و زایمان با استفاده از ابزار بررسی کیفیت ارائه خدمت در بلوک زایمان و برنامه‌ریزی جهت ارتقاء مستمر آن                                      | مدیر پرستاری  | ۲۰- - |
| ۸    | نظارت بر انجام مراقبت‌های ساعت اول تولد                                                                                                                                              | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۹    | بررسی گزارشات ۲۴ ساعته پرونده بیمار (چارت راند) و استخراج نقاط قوت و ضعف مسئول شیفت و برنامه‌ریزی اصلاحی جهت ارتقاء مستمر                                                            | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۱۰   | نظارت بر ثبت اطلاعات زایمان در دفتر زایمان و سامانه مادر و نوزاد ایرانیان                                                                                                            | مدیر پرستاری  | ۵- -  |
| ۱۱   | گردآوری آمار سزارین و زایمان طبیعی و مداخلات زایمانی                                                                                                                                 | مدیر پرستاری  | ۵- -  |

|       |              |              |                                                                                                                                                                            |
|-------|--------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱۲    | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری | نیازسنجی آموزشی کارکنان بلوک زایمان و ارائه گزارش به سوپروایزر آموزشی، مشارکت در برگزاری دوره‌های آموزشی مورد نیاز برای کارکنان بلوک، نظارت بر آموزش دانشجویان و کارآموزان |
| ۱۳    | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری | نظارت بر آموزش مددجو                                                                                                                                                       |
| ۱۴    | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری | آموزش القایی و آشنا سازی افراد جدید الورد با قوانین و مقررات و استانداردهای حرفه‌ای بخش با همکاری سوپروایزرهای آموزشی و کنترل عفونت                                        |
| ۱۵    | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری | ارزشیابی کارکنان مامائی بخش و ارائه بازخورد بر مبنای نتایج ارزشیابی                                                                                                        |
| ۱۶    | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری | برقراری ارتباط موثر و مداوم با سایر کارکنان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                                                                                                          |
| ۱۷    | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی                                                                                      |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل       |              |                                                                                                                                                                            |

### جدول ۱۲. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد ماما در بلوک زایمان

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                         | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | تکریم مادر باردار، انجام مراقبت‌های معنوی و حمایت عاطفی او در مراحل مختلف زایمان                 | ماما مسئول    | ۱-۰  |
| ۲    | انجام مراقبت‌های مراحل مختلف زایمان براساس دستورالعمل کشوری                                      | ماما مسئول    | ۲-۰  |
| ۳    | رعایت احتیاطات همه جانبه در پیشگیری از عفونت                                                     | ماما مسئول    | ۲-۰  |
| ۴    | انجام اقدامات تامین ایمنی مادر و نوزاد و پیشگیری از حوادث احتمالی                                | ماما مسئول    | ۴-۰  |
| ۵    | انجام دستورات دارویی و توجه به عوارض جانبی و گزارش آن                                            | ماما مسئول    | ۳-۰  |
| ۶    | اجرای پروسیجرهای خاص (وصل کردن به مانیتورینگ، انجام OCT، NST، تزریق خون و فراورده‌های آن و ...)  | ماما مسئول    | ۴-۰  |
| ۷    | ثبت و گزارش اقدامات انجام شده و ثبت اطلاعات زایمان در دفتر زایمان و سامانه مادر و نوزاد ایرانیان | ماما مسئول    | ۵-۰  |
| ۸    | انجام معاینات مهبل، کنترل علائم حیاتی، انقباضات رحمی و سمع قلب جنین بر اساس دستورالعمل کشوری     | ماما مسئول    | ۴-۰  |
| ۹    | برقراری امکان استفاده از روش‌های دارویی و غیردارویی کاهش درد زایمان                              | ماما مسئول    | ۵-۰  |
| ۱۰   | انجام زایمان به روش فیزیولوژیک با حداقل مداخلات                                                  | ماما مسئول    | ۵-۰  |
| ۱۱   | کنترل و اطمینان از استریل بودن لوازم و بسته‌های زایمان                                           | ماما مسئول    | ۲-۰  |
| ۱۲   | مشارکت و همکاری با پزشک در زمان ویزیت و موارد زایمان پرخطر                                       | ماما مسئول    | ۵-۰  |
| ۱۳   | مشارکت مسئولانه و همکاری در احیای مادر و نوزاد                                                   | ماما مسئول    | ۳-۰  |
| ۱۴   | اقدامات مربوط به تعیین هویت نوزاد                                                                | ماما مسئول    | ۳-۰  |
| ۱۵   | مراقبت‌های ساعت اول تولد نوزاد                                                                   | ماما مسئول    | ۵-۰  |
| ۱۶   | انجام فرایند پذیرش، ارجاع و انتقال مادر                                                          | ماما مسئول    | ۵-۰  |
| ۱۷   | آموزش پس از زایمان به مادر                                                                       | ماما مسئول    | ۳-۰  |

|        |                                                                                       |            |       |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|
| ۱۸     | انجام مراقبت‌های قبل از عمل                                                           | ماما مسئول | ۲-۰   |
| ۱۹     | گزارش‌دهی در زمان تحویل و تحول بر بالین مادر                                          | ماما مسئول | ۵-۰   |
| ۲۰     | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق حرفه‌ای                        | ماما مسئول | ۱۰-۰  |
| ۲۱     | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی | ماما مسئول | ۵-۰   |
| جمع کل |                                                                                       |            | ۱۱۰-۰ |

### جدول ۱۳. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد منشی

| ردیف   | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                               | ارزیابی‌کننده | نمره  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| ۱      | مشارکت فعال در جهت کاهش کسورات بیمه‌ای بخش                                                                                                             | سرپرستار      | ۴-۰   |
| ۲      | حضور به موقع در محل کار                                                                                                                                | سرپرستار      | ۵-۰   |
| ۳      | مدیریت (تکمیل و تنظیم مرتب و منظم) امور اداری و دفتری مربوط به پذیرش، بستری و ترخیص بیماران بخش                                                        | سرپرستار      | ۵-۰   |
| ۴      | پذیرش انتقادات و پیشنهادات دیگران                                                                                                                      | سرپرستار      | ۳-۰   |
| ۵      | احترام به حقوق همکاران                                                                                                                                 | سرپرستار      | ۳-۰   |
| ۶      | برخورد احترام‌آمیز و رعایت حقوق بیماران و همراهان آن‌ها                                                                                                | سرپرستار      | ۱۲-۰  |
| ۷      | نحوه تکمیل و الصاق روزانه گزارشات بخش‌های آزمایشگاهی، رادیولوژی، پاتولوژی و خدمات تشخیصی تخصصی بیماران (EKG، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری و ...)         | سرپرستار      | ۱۲-۰  |
| ۸      | مشارکت فعال در هماهنگی جهت اخذ نوبت برای بیماران بستری جهت انجام خدمات پاراکلینیکی تشخیصی-تصویری                                                       | سرپرستار      | ۸-۰   |
| ۹      | مشارکت فعال در پیگیری و تسهیل فرایند ترخیص بیماران بخش                                                                                                 | سرپرستار      | ۱۲-۰  |
| ۱۰     | داشتن روحیه کار تیمی و انجام کار به صورت مشارکتی                                                                                                       | سرپرستار      | ۴-۰   |
| ۱۱     | پاسخگویی به تماس‌های تلفنی بخش و انجام راهنمایی‌های مرتبط                                                                                              | سرپرستار      | ۵-۰   |
| ۱۲     | همکاری و مشارکت فعال تهیه و تنظیم آمار روزانه بیماران شامل تعداد بیماران بستری، پذیرش، ترخیص، فوتی، اعزامی یا انتقالی (به بخش‌ها یا به بیمارستان دیگر) | سرپرستار      | ۹-۰   |
| ۱۳     | میزان مسئولیت‌پذیری در انجام وظایف                                                                                                                     | سرپرستار      | ۵-۰   |
| ۱۴     | میزان دقت در انجام وظایف                                                                                                                               | سرپرستار      | ۴-۰   |
| ۱۵     | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی                                                                  | سرپرستار      | ۵-۰   |
| ۱۶     | میزان رضایت کلی از عملکرد فرد                                                                                                                          | سرپرستار      | ۱۴-۰  |
| جمع کل |                                                                                                                                                        |               | ۱۱۰-۰ |

### جدول ۱۴. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد نیروهای خدماتی

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                           | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | مشارکت فعال و همکاری در برنامه کنترل عفونت (مانند شرکت در کلاس‌های آموزشی و سایر موارد مشابه)                                                                      | سرپرستار      | ۵-   |
| ۲    | حضور به موقع در محل کار و رعایت نظم و انضباط اداری                                                                                                                 | سرپرستار      | ۳-   |
| ۳    | انجام منظم واکسیناسیون ضروری و داشتن کارت بهداشت                                                                                                                   | سرپرستار      | ۵-   |
| ۴    | پذیرش انتقادات و پیشنهادات دیگران                                                                                                                                  | سرپرستار      | ۳-   |
| ۵    | مشارکت فعال در جمع‌آوری بهداشتی البسه بیماران آغشته به مواد عفونی و آلوده                                                                                          | سرپرستار      | ۶-   |
| ۶    | حسن همکاری، انجام کار گروهی و احترام به حقوق همکاران                                                                                                               | سرپرستار      | ۳-   |
| ۷    | احترام به حقوق بیماران و ارباب رجوع                                                                                                                                | سرپرستار      | ۴-   |
| ۸    | شستشو و تمیز نمودن منظم درب‌ها و پنجره‌ها، کف و دیوارهای بخش و اتاق‌های بیماران                                                                                    | سرپرستار      | ۱۰-  |
| ۹    | همکاری همه جانبه با بخش در حیطه وظایف شغلی به منظور حل مشکلات                                                                                                      | سرپرستار      | ۴-   |
| ۱۰   | شستشو و تمیز نمودن منظم سرویس بهداشتی و حمام بیماران                                                                                                               | سرپرستار      | ۱۰-  |
| ۱۱   | داشتن روحیه کار تیمی و انجام کار به صورت مشارکتی                                                                                                                   | سرپرستار      | ۴-   |
| ۱۲   | آشنایی با مخاطرات شغلی و میزان اطلاعات فنی در زمینه پیشگیری از آسیب رساندن به خود (مانند NEEDLE STICK، SAFTY BOX، رعایت بهداشت فردی استفاده از چکمه، دستکش و غیره) | سرپرستار      | ۴-   |
| ۱۳   | میزان دقت و مشارکت در جمع‌آوری و تفکیک زباله‌های عفونی و غیرعفونی از محل تولید                                                                                     | سرپرستار      | ۷-   |
| ۱۴   | میزان مسئولیت‌پذیری در انجام وظایف                                                                                                                                 | سرپرستار      | ۴-   |
| ۱۵   | میزان دقت در انجام وظایف                                                                                                                                           | سرپرستار      | ۴-   |
| ۱۶   | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و                                                                                                                  | سرپرستار      | ۴-   |

|       |                                                |                                     |      |
|-------|------------------------------------------------|-------------------------------------|------|
|       |                                                | آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی |      |
| ۱۷    | حضور فعال در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل | سرپرستار                            | ۱۵-۰ |
| ۱۸    | میزان رضایت کلی از عملکرد فرد                  | سرپرستار                            | ۱۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                         |                                     |      |

**جدول ۱۵. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد تکنسین/ کاردان/ کارشناس آزمایشگاه**

| ردیف  | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                                                          | ارزیابی‌کننده          | نمره |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|
| ۱     | آشنایی کامل با اصول تضمین کیفیت در آزمایشگاه، اجرای کامل برنامه‌های کنترل کیفیت داخلی و شرکت در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت و توانایی تفسیر و استفاده از نتایج این برنامه در جهت برطرف کردن مشکلات | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۳-۰ |
| ۲     | آشنایی کامل با اصول مستندسازی و اجرای الزامات مربوط به تهیه و کنترل مدارک و سوابق آزمایشگاه                                                                                                       | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۳-۰ |
| ۳     | به اجرا درآوردن الزامات استاندارد تخصصی آزمایشگاهی در کلیه فرآیندهای آزمایشگاهی مطابق با شرح وظایف و مسئولیت‌های محوله                                                                            | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۳-۰ |
| ۴     | مشارکت فعال در برنامه مدیریت عدم انطباق شامل شناسایی، ریشه‌یابی، ثبت، برطرف نمودن خطاهای آزمایشگاهی و ارائه راهکار مناسب به منظور جلوگیری از تکرار خطاها                                          | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۳-۰ |
| ۵     | انجام خدمات برجسته در جهت بهبود سیستم مدیریت کیفیت و افزایش رضایتمندی مراجعین آزمایشگاه                                                                                                           | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۳-۰ |
| ۶     | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی                                                                                                             | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۵-۰  |
| ۷     | انجام به موقع امور آزمایشگاهی (تخصصی) و آماده‌سازی نتایج با سرعت و دقت بالا                                                                                                                       | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۳-۰ |
| ۸     | حضور فعال در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل                                                                                                                                                    | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۳-۰ |
| ۹     | رضایت کلی از عملکرد فرد                                                                                                                                                                           | سوپروایزر<br>آزمایشگاه | ۱۴-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                                                                                                                            |                        |      |

**جدول ۱۶. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کارکنان پزشکی هسته‌ای (تکنولوژیست‌ها و تکنسین‌های پرتوکار)**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                         | ارزیابی‌کننده                   | نمره  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------|
| ۱    | رفتار مودبانه و پاسخگویی سریع و دقیق به نیازها و خواسته‌های مراجعان/بیماران و کوشش و پیگیری در جهت رفع مشکلاتشان | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۸-۰۰  |
| ۲    | ارائه راهکارهای مناسب، کاربردی و قانونی در مسائل مربوط به محیط کار                                               | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰۰  |
| ۳    | حضور به موقع در محل کار و رعایت نظم و انضباط اداری                                                               | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰۰  |
| ۴    | دقت در انجام وظایف (تلاش در جهت کاهش خطا)                                                                        | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۱۰-۰۰ |
| ۵    | برقراری ارتباط مؤثر با همکاران و کمک به ایجاد فضای اعتماد و تفاهم متقابل بین همکاران                             | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۶-۰۰  |
| ۶    | مشارکت مؤثر در اجرای برنامه‌های تحول شغلی یا اداری                                                               | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰۰  |
| ۷    | مشارکت مؤثر در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی واحد مربوطه                                                                | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰۰  |
| ۸    | داشتن روحیه انتقادپذیری و گوش دادن دقیق به سخنان دیگران                                                          | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۳-۰۰  |
| ۹    | داشتن تعهد اخلاقی و رعایت شئون اسلامی در محیط کار                                                                | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۳-۰۰  |
| ۱۰   | سرعت در پاسخگویی و احساس مسئولیت و تعهد در انجام امور محوله                                                      | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۸-۰۰  |

|     |                                                                 |                                 |       |
|-----|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------|
| ۱۱  | جدیت و پیگیری یادگیری مداوم در موارد وجود نقص دانش و مهارت      | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۶-۰۰  |
| ۱۲  | مشارکت فعال در کاهش کسورات بیمه‌ای بخش                          | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰۰  |
| ۱۳  | مراقبت و استفاده بهینه از تجهیزات سرمایه‌ای بخش                 | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰۰  |
| ۱۴  | مشارکت فعال در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی در بخش مربوطه | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۷-۰۰  |
| ۱۵  | مشارکت فعال در برنامه کنترل عفونت                               | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۷-۰۰  |
| ۱۶  | حضور فعال در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل                  | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۱۴-۰۰ |
| ۱۷  | میزان رضایت کلی از عملکرد فرد                                   | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۱۴-۰۰ |
| ۱۱۰ | جمع کل                                                          |                                 |       |

**جدول ۱۲. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کارکنان شاغل در آزمایشگاه‌های تولید، کنترل کیفی و توزیع پرتوداروها (سیکلوترون، آزمایشگاه رادیوشیمی و Hot Lab) در پزشکی هسته‌ای**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                  | ارزیابی‌کننده                   | نمره |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|
| ۱    | ارائه خدمات ایمن و استاندارد در چارچوب شرح وظایف                                          | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۸-۰  |
| ۲    | حضور به موقع در محل کار و رعایت نظم و انضباط اداری                                        | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰  |
| ۳    | استفاده از وسایل حفاظت فردی و رعایت اصول ایمنی در برابر اشعه                              | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۵-۰  |
| ۴    | مشارکت فعال در روند مدیریت و دفع ایمن پسماندهای رادیواکتیو                                | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۷-۰  |
| ۵    | حسن همکاری و انجام کار گروهی و احترام به حقوق همکاران                                     | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰  |
| ۶    | ثبت خطا و گزارش خطاهای آزمایشگاهی                                                         | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۶-۰  |
| ۷    | مراقبت و استفاده بهینه از تجهیزات سرمایه‌ای بخش                                           | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۳-۰  |
| ۸    | تناسب دانش فنی با وظایف محوله و تلاش مداوم در جهت کسب و به‌روزرسانی دانش و مهارت‌های لازم | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۵-۰  |
| ۹    | میزان مسئولیت‌پذیری در امور محوله                                                         | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۴-۰  |
| ۱۰   | دقت در انجام وظایف محوله (کاهش خطاهای فنی)                                                | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۵-۰  |
| ۱۱   | مشارکت فعال در روند پیشگیری از آسیب به بیماران در حوزه‌های مرتبط آزمایشگاهی               | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۵-۰  |
| ۱۲   | گزارش فوری نتایج بحرانی، توجه ویژه به کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاهی                        | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۵-۰  |

|       |                                                                                       |                                    |      |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|
| ۱۳    | همکاری و حضور فعال در مواقع اضطرار و آماده باش                                        | سوپروایزر کارکنان<br>پزشکی هسته‌ای | ۴-۰  |
| ۱۴    | رفتار مودبانه و پاسخگویی سریع به نیازها و خواسته‌های مراجعان/بیماران                  | سوپروایزر کارکنان<br>پزشکی هسته‌ای | ۵-۰  |
| ۱۵    | مشارکت فعال در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی در بخش مربوطه                       | سوپروایزر کارکنان<br>پزشکی هسته‌ای | ۷-۰  |
| ۱۶    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی | سوپروایزر کارکنان<br>پزشکی هسته‌ای | ۳-۰  |
| ۱۷    | مشارکت و حضور در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل                                    | سوپروایزر کارکنان<br>پزشکی هسته‌ای | ۱۵-۰ |
| ۱۸    | میزان رضایت کلی از عملکرد فرد                                                         | سوپروایزر کارکنان<br>پزشکی هسته‌ای | ۱۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                |                                    |      |

**جدول ۱۸. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد تکنسین‌های رادیولوژی**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                             | ارزیابی‌کننده               | نمره |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|
| ۱    | ارائه راهنمایی لازم، پاسخگویی سریع و رفتار مودبانه با بیماران                        | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۶-۰  |
| ۲    | ارائه راهکارهای مناسب، کاربردی و قانونی در مسائل مربوط به محیط کار                   | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۴-۰  |
| ۳    | حضور به موقع در محل کار و رعایت نظم و انضباط اداری                                   | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۵-۰  |
| ۴    | ارائه خدمات ایمن و استاندارد در چارچوب شرح وظایف                                     | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۱۰-۰ |
| ۵    | برقراری ارتباط مؤثر با سایر همکاران                                                  | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۵-۰  |
| ۶    | استفاده بهینه از تجهیزات و مشارکت فعال در روند کنترل و نگهداری پیشگیرانه تجهیزات بخش | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۵-۰  |
| ۷    | مشارکت مؤثر در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی واحد مربوطه                                    | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۴-۰  |
| ۸    | داشتن روحیه انتقادپذیری                                                              | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۴-۰  |
| ۹    | همکاری و حضور فعال در مواقع اضطرار و آماده باش                                       | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۴-۰  |
| ۱۰   | کوشش و پیگیری در جهت رفع مشکلات بیماران                                              | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۵-۰  |
| ۱۱   | جدیت و پیگیری یادگیری مداوم در موارد وجود نقص دانش و مهارت                           | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۵-۰  |
| ۱۲   | مشارکت فعال در کاهش کسورات بیمه‌ای بخش                                               | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی | ۴-۰  |

|       | رادیولوژی                                                                             |                                 |       |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------|
| ۱۳    | مشارکت فعال در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی در بخش مربوطه                       | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی     | ۸-۰۰  |
| ۱۴    | مشارکت فعال در برنامه کنترل عفونت                                                     | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی     | ۶-۰۰  |
| ۱۵    | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی | سوپروایزر کارکنان پزشکی هسته‌ای | ۵-۰۰  |
| ۱۶    | مشارکت و حضور در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل                                    | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی     | ۱۵-۰۰ |
| ۱۷    | میزان رضایت کلی از عملکرد فرد                                                         | سوپروایزر کارکنان رادیولوژی     | ۱۵-۰۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                                                |                                 |       |

**جدول ۱۹. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد تکنسین‌های رادیوتراپی و سایر کارکنان فنی غیرفیزیسیست**

| ردیف | حیطه   | ملاک                                                                   | ارزیابی‌کننده                | نمره |
|------|--------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| ۱    | رفتاری | پاسخگویی سریع و دقیق به نیازهای بخش و بیماران                          | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۲    |        | حضور به موقع در محیط کار و رعایت نظم و انضباط اداری                    | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۳    |        | دقت و احساس مسئولیت در اجرای هر چه دقیق‌تر درمان طراحی شده برای بیمار  | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۵-۰  |
| ۴    |        | برقراری ارتباط موثر با سایر همکاران                                    | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۵    |        | مشارکت فعال و مسئولانه در اجرای طرح‌های ارتقای کیفیت درمان             | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۵-۰  |
| ۶    |        | توجه به خواسته‌ها و جلب رضایت سرپرست و پزشک مربوطه در جهت ارتقاء درمان | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۰  |
| ۷    |        | رعایت شئون اسلامی و پوشش حرفه‌ای در محیط کار                           | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۸    |        | رفتار مودبانه با مراجعان و بیماران و همراهان و ارائه راهنمایی‌های لازم | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۹    | اخلاقی | داشتن روحیه انتقادپذیری و توجه به راهنمایی کادر پزشکی و فیزیک پزشکی    | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۱۰   |        | داشتن تعهد اخلاقی و حفظ اسرار بیمار                                    | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۱۱   |        | صداقت در گزارش درمان انجام شده و خطاهای احتمالی به پزشک مسئول درمان    | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۱۲   |        | استفاده درست و مستمر از وسایل دوزیمتری شخصی و                          | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۶-۰  |

| عمومی بخش | رادیوتراپی                                                                                           |                                      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| ۱۳        | مراقبت پیشگیرانه و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات جانبی برای درمان                             | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۷-۰  |
| ۱۴        | آشنایی با مخاطرات شغلی و پیشگیری از آسیب دیدن بیمار                                                  | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۶-۰  |
| ۱۵        | گزارش به موقع عوارض و خطاهای به وجود آمده در درمان بیماران به پزشک مسئول درمان                       | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۸-۰  |
| ۱۶        | تلاش در جهت افزایش اطلاعات مربوط به دستگاه‌های مختلف و تجهیزات جانبی و محدودیت‌ها و توانایی‌های آنان | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۳-۰  |
| ۱۷        | ارائه راهکارهای ابتکاری و ایده‌های عملیاتی در جهت ارتقاء کیفیت اجرای درمان بیمار                     | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۳-۰  |
| ۱۸        | مشارکت فعال در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی در بخش مربوطه                                      | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۷-۰  |
| ۱۹        | مشارکت فعال در کاهش کسورات بیمه‌ای بخش                                                               | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۳-۰  |
| ۲۰        | توانایی کار با سیستم‌های مختلف درمانی                                                                | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۴-۰  |
| ۲۱        | مشارکت و حضور در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل                                                   | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۱۲-۰ |
| ۲۲        | رضایت کلی از عملکرد فرد                                                                              | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی<br>۱۳-۰ |
| ۱۱۰-۰     | جمع کل                                                                                               |                                      |

**جدول ۴۰: ملاک‌های ارزشیابی عملکرد فیزیست رادیوتراپی**

| ردیف | بیطه            | ملاک                                                                         | ارزیابی‌کننده                | نمره |
|------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| ۱    | رفتاری و اخلاقی | پاسخگویی سریع و دقیق به نیازهای فنی بخش و نیازهای تکنولوژیک پزشکان           | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۲    |                 | حضور به موقع در محیط کار و رعایت نظم و انضباط اداری                          | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۳    |                 | دقت و احساس مسئولیت در انجام هر چه دقیق امور مربوط به دوزیمتری و طراحی درمان | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۰  |
| ۴    |                 | برقراری ارتباط موثر با سایر همکاران                                          | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۵    |                 | مشارکت فعال و مسئولانه در اجرای طرح‌های ارتقای بخش                           | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۶    |                 | توجه به خواسته‌ها و جلب رضایت سرپرست و پزشکان مسئول                          | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۷    |                 | رعایت پوشش مناسب فردی و رعایت شئونات اسلامی در محیط کار                      | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۸    |                 | حفظ حریم خصوصی بیماران                                                       | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |
| ۹    |                 | داشتن روحیه انتقادپذیری و توجه به راهنمایی کادر پزشکی و گزارشات تکنسین‌ها    | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۲-۰  |
| ۱۰   |                 | صداقت در گزارش محاسبات انجام شده و خطاهای احتمالی به پزشک مسئول              | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۰  |

|    |         |                                                                                                                                                                                            |                              |     |
|----|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|
| ۱۱ | عملکردی | استفاده درست و مستمر از وسایل دوزیمتری شخصی و عمومی بخش و کنترل کیفی آن‌ها                                                                                                                 | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۲-۲ |
| ۱۲ |         | مراقبت پیشگیرانه و استفاده بهینه از دستگاه‌ها و تجهیزات جانبی دوزیمتری و طراحی درمان                                                                                                       | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۳ |
| ۱۳ |         | مهارت کافی در استفاده از سیستم‌های طراحی درمان و شناخت کافی از محدودیت‌ها و توانایی‌های آن‌ها در جهت تامین نیازهای تکنولوژیک پزشکان مسئول                                                  | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۶-۶ |
| ۱۴ |         | گزارش به موقع خطاهای به وجود آمده در محاسبات فیزیکی و طراحی درمان به پزشک مسئول                                                                                                            | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۵-۵ |
| ۱۵ |         | تلاش در جهت به روزرسانی اطلاعات مربوط به دستگاه‌های مختلف و تجهیزات جانبی و محدودیت‌ها و توانایی‌های هر یک از این دستگاه‌ها                                                                | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۳ |
| ۱۶ |         | ارائه راهکارهای ابتکاری و ایده‌های عملیاتی در جهت ارتقاء کیفیت دستگاه‌های طراحی درمان و محاسبات فیزیکی                                                                                     | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۳-۳ |
| ۱۷ |         | توانایی و انجام تست قبولی و کنترل کیفی دستگاه‌های مختلف رادیوتراپی و تجهیزات جانبی                                                                                                         | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۴ |
| ۱۸ |         | توانایی و انجام محاسبات فیزیکی برای طراحی بونکرهای رادیوتراپی                                                                                                                              | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۴ |
| ۱۹ |         | دانش و آگاهی در زمینه استانداردهای کشوری و بین‌المللی حفاظت در برابر اشعه، توانایی و انجام اقدامات حفاظتی صحیح در مواردی که احتمال نشت اشعه و یا آلودگی محیطی با مواد رادیواکتیو وجود دارد | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۴ |
| ۲۰ |         | توانایی و انجام محاسبات فیزیکی پیشرفته کانفرمال                                                                                                                                            | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۵-۵ |
| ۲۱ |         | انجام دقیق و به موقع دوزیمتری دستگاه‌های رادیوتراپی و                                                                                                                                      | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۴ |

|    | انتقال آن به سیستم‌های طراحی درمان                                                                     | رادیوتراپی                   |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| ۲۲ | مراقبت از میزان تشعشع موجود در بخش و تنظیم گزارشات لازم و ارائه آن به رئیس بخش و مراجع ذیصلاح          | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۰۰   |
| ۲۳ | مشارکت فعال در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی در بخش مربوطه                                        | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۵-۰۰   |
| ۲۴ | مشارکت فعال در کاهش کسورات بیمه‌ای بخش                                                                 | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۲-۰۰   |
| ۲۵ | توانایی و انجام دوزیمتری‌های in vivo برای تعیین میزان خطر آفرین بودن بیماران درمان شده با رادیوایزوتوپ | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۴-۰۰   |
| ۲۶ | مشارکت و حضور در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل                                                     | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۱۰-۰۰  |
| ۲۷ | رضایت کلی از عملکرد فرد                                                                                | سوپروایزر کارکنان رادیوتراپی | ۱۲-۰۰  |
|    | جمع کل                                                                                                 |                              | ۱۱۰-۰۰ |

**جدول ۲۱. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کارکنان واحدهای پشتیبان (کارکنان واحدهای اداری، مالی و پشتیبانی)**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                   | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | رفتار مودبانه و پاسخگویی مناسب به نیازها و خواسته‌های مراجعان و کوشش و پیگیری در جهت رفع مشکلاتشان         | مسئول واحد    | ۷-۰  |
| ۲    | حضور به موقع در محیط کار و رعایت نظم و انضباط اداری                                                        | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۳    | آشناسازی افراد جدیدالورود با محیط کار (کارکنان و دانشجویان)                                                | مسئول واحد    | ۳-۰  |
| ۴    | برقراری ارتباط مؤثر با همکاران و احترام به حقوق آنان و کمک به ایجاد فضای اعتماد و تفاهم متقابل بین همکاران | مسئول واحد    | ۷-۰  |
| ۵    | داشتن روحیه انتقادپذیری و گوش دادن دقیق به سخنان دیگران                                                    | مسئول واحد    | ۴-۰  |
| ۶    | داشتن روحیه کار تیمی و انجام کار به صورت مشارکتی                                                           | مسئول واحد    | ۳-۰  |
| ۷    | میزان مسئولیت‌پذیری و تعهد در انجام امور محوله                                                             | مسئول واحد    | ۷-۰  |
| ۸    | مشارکت فعال در کمیته‌های مرتبط و تلاش برای عملیاتی نمودن مصوبات آن‌ها                                      | مسئول واحد    | ۶-۰  |
| ۹    | مشارکت فعال در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی در بخش مربوطه                                            |               | ۷-۰  |
| ۱۰   | همکاری همه‌جانبه با سازمان در حیطه وظایف شغلی به منظور حل مشکلات                                           | مسئول واحد    | ۶-۰  |
| ۱۱   | مراقبت و استفاده بهینه از تجهیزات سرمایه‌ای واحد مربوطه                                                    | مسئول واحد    | ۳-۰  |
| ۱۲   | ثبت و مستندسازی الکترونیکی فرایندهای کاری                                                                  | مسئول واحد    | ۶-۰  |

|       |                                                                  |            |      |
|-------|------------------------------------------------------------------|------------|------|
| ۱۳    | خلاقیت و نوآوری در انجام وظایف محوله                             | مسئول واحد | ۵-۰  |
| ۱۴    | نظم و انضباط در انجام وظایف محوله                                | مسئول واحد | ۴-۰  |
| ۱۵    | تمیزی و آراستگی ظاهر و حفظ شئونات اسلامی و رعایت پوشش اداری      | مسئول واحد | ۴-۰  |
| ۱۶    | جدیت و پیگیری یادگیری مداوم در موارد وجود نقص مهارت و دانش       | مسئول واحد | ۴-۰  |
| ۱۷    | مشارکت و حضور در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل حسب نیاز واحد | مسئول واحد | ۱۴-۰ |
| ۱۸    | میزان رضایت از عملکرد فرد                                        | مسئول واحد | ۱۵-۰ |
| ۱۱۰-۰ | جمع کل                                                           |            |      |

**جدول ۲۲. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد مسئولین واحدهای پشتیبان (شامل کلیه مسئولین واحدهای اداری، مالی و پشتیبانی)**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                     | ارزیابی‌کننده  | نمره |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|
| ۱    | اجرای برنامه‌ریزی عملیاتی سالیانه و ارزیابی برای رسیدن به اهداف در بخش مربوطه در راستای تحقق اهداف بیمارستان | مدیر بیمارستان | ۱۳-. |
| ۲    | میزان رعایت و پایبندی به مقررات، دستورالعمل‌ها و رویه‌های مربوطه در انجام کلیه فعالیت‌های واحد               | مدیر بیمارستان | ۸-.  |
| ۳    | چیدمان مناسب نیروهای تحت نظارت در راستای استفاده اثربخش و کارآمد از کارکنان متبخر                            | مدیر بیمارستان | ۸-.  |
| ۴    | میزان همکاری و حمایت از کادر تحت سرپرستی جهت شرکت در دوره‌های آموزشی                                         | مدیر بیمارستان | ۸-.  |
| ۵    | تلاش در جهت ارتقا دانش، مهارت، کارآمدی و صلاحیت‌های عملکردی نیروهای زیرمجموعه                                | مدیر بیمارستان | ۱۲-. |
| ۶    | میزان دقت و نظارت اثربخش بر عملکرد نیروهای زیرمجموعه و ارائه بازخوردهای اثربخش                               | مدیر بیمارستان | ۸-.  |
| ۷    | میزان دانش تخصصی از واحد تحت سرپرستی                                                                         | مدیر بیمارستان | ۱۰-. |
| ۸    | احترام به حقوق همکاران و پذیرش انتقادات و پیشنهادات آنان                                                     | مدیر بیمارستان | ۸-.  |
| ۹    | مشارکت فعال در کمیته‌های مرکز درمانی و تلاش برای عملیاتی نمودن مصوبات آنها                                   | مدیر بیمارستان | ۱۰-. |
| ۱۰   | خلاقیت و نوآوری در انجام وظایف محوله                                                                         | مدیر بیمارستان | ۱۰-. |
| ۱۱   | میزان رضایت از عملکرد فرد                                                                                    | مدیر بیمارستان | ۱۵-. |
| ۱۱-. | جمع کل                                                                                                       |                |      |

**جدول ۲۳. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کارکنان داروخانه بیمارستان**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                                                      | ارزیابی‌کننده   | نمره |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|
| ۱    | برآورد نیاز دارو و ملزومات مصرفی بیمارستان (منطبق با فارماکوپه و پروتکل‌های درمانی بخش‌ها) جهت خرید از شرکت‌ها و جلوگیری از بروز کمبود دارویی (به شرط آنکه کمبود کشوری نباشد) | مدیر بخش دارویی | ۸-۱  |
| ۲    | انطباق درخواست دارویی بخش‌ها با فارماکوپه بخش                                                                                                                                 | مدیر بخش دارویی | ۵-۱  |
| ۳    | کنترل نحوه و شرایط توزیع دارو و ملزومات به بخش‌ها و استوک آن‌ها                                                                                                               | مدیر بخش دارویی | ۵-۱  |
| ۴    | کنترل شرایط زنجیره سرد (باتکمیل فرم کنترل روزانه و ادواری دما و رطوبت یخچال و سردخانه با (Data Logger) در داروخانه، انبار و محل نگهداری دارو در بخش‌ها)                       | مدیر بخش دارویی | ۵-۱  |
| ۵    | پیگیری و اعلام نیاز دارو و ملزومات از طریق مراجع ذیربط استانی، کشوری و منطقه‌ای (به‌منظور رفع کمبودها)                                                                        | مدیر بخش دارویی | ۵-۱  |
| ۶    | اقدامات اجرائی مربوط به تبادل داروهای تاریخ نزدیک و تاریخ کوتاه با بخش‌های بستری و سایر بخش‌ها (Changing)                                                                     | مدیر بخش دارویی | ۵-۱  |
| ۷    | اقدامات اجرائی درخصوص جمع‌آوری داروهای تاریخ گذشته و برنامه ریزی برای امحاء آنها (Recalling) و مشارکت در کاهش میزان اqlام دارو و ملزومات تاریخ گذشته                          | مدیر بخش دارویی | ۲-۱  |
| ۸    | جمع‌آوری داروهای غیر قابل مصرف از بخش‌ها و عودت به مراکز مربوطه (Recall Drug)                                                                                                 | مدیر بخش دارویی | ۳-۱  |
| ۹    | برچسب‌گذاری، ثبت مشخصات بخش، تاریخ یا مشخصات بیمار، روشن مصرف                                                                                                                 | مدیر بخش دارویی | ۵-۱  |
| ۱۰   | انجام بسته بندی دارو به ازاء هر بیمار (Packing)                                                                                                                               | مدیر بخش دارویی | ۴-۱  |

|       |                                                                                                |                 |      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|
| ۱۱    | پذیرش و ثبت الکترونیکی اطلاعات داروی نسخه بیمار و اطلاعات ریالی و بیمه‌ای دارو و ملزومات مصرفی | مدیر بخش دارویی | ۰-۴  |
| ۱۲    | مشارکت در کاهش کسورات و مستندسازی کسورات پرونده‌ای دارو و ملزومات مصرفی                        | مدیر بخش دارویی | ۰-۳  |
| ۱۳    | ثبت اطلاعات نسخ مخدر در دفاتر، کنترل و ممیزی و انطباق صحت تجویز و .... در سیستم                | مدیر بخش دارویی | ۰-۴  |
| ۱۴    | ثبت اطلاعات مربوط به اسناد داروهای خریداری شده شامل فاکتورهای ورودی، حواله‌های خروجی           | مدیر بخش دارویی | ۰-۴  |
| ۱۵    | انجام انبارداری داروها و ملزومات مصرفی مطابق با مقررات جاری و اصول فنی سازمان غذا و دارو       | مدیر بخش دارویی | ۰-۵  |
| ۱۶    | نسخه‌پیچی صحیح با رعایت اصول فنی و مشارکت برای جلوگیری از اشتباهات دارویی                      | مدیر بخش دارویی | ۰-۱۰ |
| ۱۷    | برخورد صحیح و پاسخگوئی مناسب و رفتار درست با مراجعین و همکاران                                 | مدیر بخش دارویی | ۰-۳  |
| ۱۸    | چیدمان صحیح داروها در قفسه‌ها با رعایت اصول فنی                                                | مدیر بخش دارویی | ۰-۲  |
| ۱۹    | مشارکت فعال در دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی در بخش دارویی                                | مدیر بخش دارویی | ۰-۴  |
| ۲۰    | مشارکت و حضور در نوبت کاری عصر و شب و روزهای تعطیل حسب نیاز واحد                               | مدیر بخش دارویی | ۰-۱۲ |
| ۲۱    | رضایت کلی از عملکرد فرد                                                                        | مدیر بخش دارویی | ۰-۱۲ |
| ۰-۱۱۰ | جمع کل                                                                                         |                 |      |

**جدول ۲۴. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد کارکنان شاغل در مرکز دندانپزشکی**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                         | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | آماده سازی مناسب شرایط بخش، یونیت و بیمار جهت ارائه خدمات باکیفیت دندانپزشکی     | مسئول واحد    | ۸-۰  |
| ۲    | ارائه راهنمایی لازم، پاسخگویی سریع و رفتار مودبانه با مراجعین                    | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۳    | ارائه مراقبت ایمن و استاندارد به بیمار در چارچوب شرح وظایف به بیمار              | مسئول واحد    | ۷-۰  |
| ۴    | برقراری ارتباط حرفه ای با بیماران، همراهان و سایر همکاران                        | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۵    | تعهد و رعایت شئونات اسلامی، اخلاق و پوشش حرفه‌ای                                 | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۶    | حضور به موقع در محل کار و رعایت نظم و انضباط اداری                               | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۷    | کاربرد اصول و شواهد معتبر علمی در کلیه مراحل کار                                 | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۸    | کوشش و پیگیری در جهت رفع مشکلات بیماران و تکریم ارباب رجوع                       | مسئول واحد    | ۶-۰  |
| ۹    | مراقبت و استفاده بهینه از تجهیزات دندانپزشکی و مشارکت در نگهداری پیشگیرانه آن‌ها | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۱۰   | مشارکت در طراحی، استقرار و کاربرد مناسب فناوری‌های نوین در مرکز                  | مسئول واحد    | ۶-۰  |
| ۱۱   | مشارکت در فرایند ممیزی در مرکز                                                   | مسئول واحد    | ۵-۰  |
| ۱۲   | مشارکت فعال در زمینه استفاده بهینه از مواد مصرفی (کاهش دندانپزشکی دور ریخته شده) | مسئول واحد    | ۱۲-۰ |

|        |                                                                                                                |            |       |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|
| ۱۳     | مشارکت مؤثر در بهبود کیفیت واحد مربوطه                                                                         | مسئول واحد | ۶-۰   |
| ۱۴     | مهارت در اجرا اصول و مبانی ایمنی بیمار (Patient Safety) در مرکز (مانند رعایت استریلیزاسیون تجهیزات دندانپزشکی) | مسئول واحد | ۱۰-۰  |
| ۱۵     | همکاری همه جانبه با سازمان در حیطه وظایف شغلی به منظور حل مشکلات                                               | مسئول واحد | ۵-۰   |
| ۱۶     | میزان رضایت کلی از عملکرد فرد                                                                                  | مسئول واحد | ۱۵-۰  |
| جمع کل |                                                                                                                |            | ۱۱۰-۰ |

**جدول ۲۵: ملاک‌های ارزشیابی عملکرد سوپروایزر اورژانس**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                               | ارزیابی‌کننده   | نمره |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|
| ۱    | نظارت و کنترل مستمر بخش اورژانس                                                                        | مدیر<br>پرستاری | ۱-۱۰ |
| ۲    | هماهنگی با سایر مراکز درمانی یا مراکز مقصد جهت اعزام و ارجاع بیماران                                   | مدیر<br>پرستاری | ۱-۱۰ |
| ۳    | استخراج مسائل و مشکلات بخش اورژانس و ارائه گزارشات مكتوب به مسئولین                                    | مدیر<br>پرستاری | ۶-۱۰ |
| ۴    | نیاز سنجی و برنامه ریزی آموزشی جهت توانمند سازی کارکنان بخش اورژانس                                    | مدیر<br>پرستاری | ۶-۱۰ |
| ۵    | بررسی وضعیت آمبولانسها از نظر سالم و آماده به کار بودن در هر شیفت                                      | مدیر<br>پرستاری | ۱-۱۰ |
| ۶    | نظارت بر فرایند پذیرش، ترخیص، انتقال و اعزام بیماران                                                   | مدیر<br>پرستاری | ۸-۱۰ |
| ۷    | هماهنگی درون بخشی و بین بخشی واحد های مختلف بیمارستان                                                  | مدیر<br>پرستاری | ۵-۱۰ |
| ۸    | همکاری و مشارکت در ارزشیابی کارکنان پرستاری بخش اورژانس                                                | مدیر<br>پرستاری | ۵-۱۰ |
| ۹    | همکاری در تامین و توزیع نیروی انسانی و تجهیزات و امکانات و ... در زمان بروز حادثه و فوریت ها           | مدیر<br>پرستاری | ۵-۱۰ |
| ۱۰   | ارزیابی کیفیت ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی به منظور جلب رضایت بیماران و همراهان در بخش اورژانس | مدیر<br>پرستاری | ۸-۱۰ |
| ۱۱   | ارزیابی ثبت و گزارش نویسی صحیح اقدامات پرستاری انجام شده در پرونده بیمار در بخش اورژانس به صورت موردی  | مدیر<br>پرستاری | ۸-۱۰ |
| ۱۲   | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                             | مدیر<br>پرستاری | ۵-۱۰ |

|           |                                                                                        |                     |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| ۱۳        | مشارکت و ارزیابی عملکرد تیم احیاء و ارائه گزارش به مدیر پرستاری                        | مدیر پرستاری<br>۵-۵ |
| ۱۴        | مشارکت فعال در تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس                                         | مدیر پرستاری<br>۵-۵ |
| ۱۵        | همکاری و تسهیل پروژه های تحقیقاتی مرتبط با اورژانس                                     | مدیر پرستاری<br>۴-۵ |
| ۱۶        | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق حرفه ای                         | مدیر پرستاری<br>۵-۵ |
| ۱۷        | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته بر اساس دستورالعمل های ابلاغی | مدیر پرستاری<br>۵-۵ |
| ۱۱۰<br>۰- | جمع کل                                                                                 |                     |

**جدول ۲۶. ملاک‌های ارزشیابی عملکرد سوپروایزر اتاق عمل**

| ردیف | ملاک‌های ارزشیابی عملکرد                                                                                                                | ارزیابی‌کننده | نمره |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|
| ۱    | بازدید مستمر اتاق‌های عمل                                                                                                               | مدیر پرستاری  | ۸-۱  |
| ۲    | نظارت جدی بر رعایت حریم شخصی بیماران در اتاق‌های عمل                                                                                    | مدیر پرستاری  | ۱۰-۱ |
| ۳    | نظارت بر نحوه تحویل بالینی بیمار، تجهیزات بخش، داروها و ...                                                                             | مدیر پرستاری  | ۸-۱  |
| ۴    | نظارت بر اجرای استانداردهای مراقبتی اتاق عمل و برنامه ریزی جهت ارتقاء مستمر آن                                                          | مدیر پرستاری  | ۸-۱  |
| ۵    | نظارت بر رعایت اصول احتیاطات استاندارد کنترل عفونت                                                                                      | مدیر پرستاری  | ۸-۱  |
| ۶    | نظارت بر توزیع و چیدمان کارکنان اتاق عمل از نظر تناسب توانمندی آنان با نوع اعمال جراحی به صورت منطقی و عادلانه                          | مدیر پرستاری  | ۸-۱  |
| ۷    | نیازسنجی و برنامه ریزی آموزشی جهت توانمندسازی کارکنان اتاق عمل                                                                          | مدیر پرستاری  | ۵-۱  |
| ۸    | بررسی گزارشات ۲۴ ساعته پرونده بیمار (چارت راند) و استخراج نقاط قوت و ضعف مسئول شیفت و برنامه ریزی اصلاحی جهت ارتقاء مستمر به صورت موردی | مدیر پرستاری  | ۶-۱  |
| ۹    | کنترل و نظارت بر سالم و آماده به کار بودن وسایل و تجهیزات اتاق‌های عمل، ریکآوری و CSR، ارائه گزارش نواقص به مسوولین و پیگیری رفع آنها   | مدیر پرستاری  | ۷-۱  |
| ۱۰   | همکاری در ارزشیابی کارکنان اتاق عمل                                                                                                     | مدیر پرستاری  | ۶-۱  |
| ۱۱   | نظارت بر برنامه‌های آموزشی دانشجویان، کارآموزان و کادر پرستاری اتاق عمل                                                                 | مدیر پرستاری  | ۵-۱  |
| ۱۲   | ارائه بازخوردهای به موقع و دقیق به تیم درمانی و سایر کارکنان اتاق‌های عمل / CSR                                                         | مدیر پرستاری  | ۸-۱  |
| ۱۳   | آمادگی جهت ارائه خدمات مناسب در زمان بحران                                                                                              | مدیر پرستاری  | ۵-۱  |
| ۱۴   | مستندسازی و نظارت بر مستندسازی دقیق از فرایندهای عملکردی و مدیریتی اتاق‌های عمل                                                         | مدیر پرستاری  | ۸-۱  |
| ۱۵   | برقراری ارتباط موثر و مداوم با تیم درمان و رعایت اخلاق                                                                                  | سرپرستار      | ۵-۱  |

| حرفه‌ای |                                                                                       |           |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ۱۶      | رعایت شئونات و موازین اسلامی و پوشش ظاهری مناسب و آراسته مطابق با استانداردهای ابلاغی | سر پرستار |
|         |                                                                                       | ۵-۰       |
|         |                                                                                       | ۱۱۰-۰     |

## پیوست شماره ۵: نحوه محاسبه امتیاز خدمت در بخش‌های تشخیصی و درمانی

(موضوع تبصره (۱) ماده ۳۰ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان  
غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زمستان ۱۳۹۳

در راستای پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان شاغل در بخش‌های تشخیصی و درمانی علاوه بر امتیاز حضور، امتیاز نوع شغل و ضریب کیفی عملکرد، امتیاز خدمت نیز جهت تعیین و افتراق عملکرد کارکنان شاغل در هر بخش محاسبه خواهد شد.

محاسبه امتیاز خدمت براساس این پیوست، در صورت تصویب هیات، از تیر ماه ۱۳۹۴ قابل اجرا می‌باشد و در پرداخت عملکردی ساعات موظف و غیرموظف فرد اعمال می‌گردد.

#### **الف) نحوه محاسبه امتیاز خدمت**

امتیاز خدمت برای سرپرستار/ماما مسئول، پرستار/ماما، بهیار، کاردان/کارشناس اتاق عمل و هوشبری، مسئول نوبت کاری، منشی، کمک بهیار، نیروی خدماتی و سایر کارکنان غیر پزشک شاغل در بخش براساس حجم خدمات ارائه شده (جداول ۸ تا ۱۷) و ضریب ارزش خدمت (جدول ۱۸) و براساس فرمول زیر محاسبه می‌شود:

ضریب ارزش خدمت  $\times$  امتیاز حجم خدمت = امتیاز خدمت

جهت اجرای بهینه این دستورالعمل و سهولت در محاسبات مربوط به امتیاز خدمت، ذکر نام پرستار/مامای مراقب هر بیمار بالای تخت وی الزامی است.

#### **ب) نحوه محاسبه حجم خدمت**

حجم خدمت نشان‌دهنده تعداد بیماران دریافت‌کننده خدمت توسط هر فرد است. حجم خدمت به دو روش محاسبه می‌شود. برای برخی از موارد، تعداد بیماران دریافت‌کننده خدمت مستقیماً معادل حجم خدمت می‌باشد و در برخی دیگر از موارد، برای محاسبه حجم خدمت تعداد بیماران براساس بندهای (۱) تا (۱۴) تعدیل می‌گردد:

۱- حجم خدمت در نوبت‌های کاری شب، به روش زیر محاسبه خواهد شد:

۲  $\times$  تعداد بیماران فرد = حجم خدمت در نوبت کاری شب

به منظور رعایت عدالت در پرداخت مبتنی بر عملکرد ضروری است از تنظیم نوبت‌کاری ثابت شب برای مشمولین اجتناب گردد.

۲- حجم خدمت برای مسئول نوبت‌کاری، به روش زیر محاسبه خواهد شد:

۱/۲۵  $\times$  تعداد بیماران فرد = حجم خدمت مسئول نوبت‌کاری

۳- حجم خدمت برای پرستار/کاردان/کارشناس بیهوشی در ریکاوری، به روش زیر محاسبه خواهد شد:

$$\frac{۰}{۳} \times \text{تعداد بیماران فرد} = \text{حجم خدمت پرستار ریکاوری}$$

۴- حجم خدمت برای پرستار/ماما مشارکت‌کننده در اعزام، به روش زیر محاسبه خواهد شد:

$$۱,۵ \times \text{متوسط ماهیانه بیماران پرستار در هر نوبت کاری} = \text{حجم خدمت پرستار/ماما مشارکت‌کننده در اعزام در همان شیفت}$$

در صورتی می‌توان از فرمول فوق استفاده نمود که مدت زمان اعزام معادل یک نوبت کاری به طول انجامد.

۵- حجم خدمت برای پرفیوژنیست، کاردان/کارشناس هوشبری و پرستار سرکولار در حالت Stand by، به روش زیر محاسبه خواهد شد:

$$\frac{۰}{۵} \times \text{تعداد بیماران فرد} = \text{حجم خدمت}$$

۶- در بخش‌های تشخیصی تخصصی (شامل اسکوپ‌ها، اکوکاردیوگرافی، EEG، ECG و...)، تعداد خدمات ارائه شده ملاک محاسبه حجم خدمت می‌باشد. به عنوان مثال در بخش آندوسکوپ، تعداد آندوسکوپ‌های ارائه شده، مبنای محاسبه براساس جدول شماره (۱۶) می‌باشد.

۷- برای سر پرستار/ماما مسئول، منشی، کمک بهیار و نیروهای خدماتی، حجم خدمت به روش زیر محاسبه می‌شود:

۱. سرپرستار و منشی بخش

تعداد بیماران پذیرش شده در بخش در ماه = حجم خدمت سر پرستار / ماما مسئول

۲. نیروی خدماتی و کمک بهیار

تعداد بیماران در نوبت‌های کاری خود = حجم خدمت کمک بهیار و نیروی خدماتی

۸- برای تکنسین/کاردان/کارشناس رادیولوژی حجم خدمت با استفاده جدول شماره (۱) محاسبه می‌گردد:

جدول (۱): محاسبه حجم خدمت در گروه رادیولوژی

| ردیف | نوع خدمت رادیولوژی                  | ضریب خدمت |
|------|-------------------------------------|-----------|
| ۱    | سونوگرافی                           | ۰/۲       |
| ۲    | سنگش تراکم استخوان به ازای هر بیمار | ۰/۵       |
| ۳    | رادیوگرافی به ازای هر بیمار         | ۰/۶       |
| ۴    | CT به ازای هر بیمار                 | ۰/۸       |
| ۵    | MRI به ازای هر بیمار                | ۱         |
| ۶    | فلورسکوپی به ازای هر بیمار          | ۱/۵       |
| ۷    | آنژیوگرافی به ازای هر بیمار         | ۲         |

(ضریب خدمت × تعداد خدمات رادیولوژی) = حجم خدمت هر تکنسین رادیولوژی

۰/۳ × (ضریب خدمت × تعداد خدمات رادیولوژی) = حجم خدمت مسئول تکنسین‌های رادیولوژی

۹- برای کارکنان شاغل در بخش سرپایی پزشکی هسته‌ای، حجم خدمت با استفاده جدول شماره (۲)

محاسبه می‌گردد:

جدول (۲): محاسبه حجم خدمت در بخش پزشکی هسته‌ای

| ردیف | نوع خدمت پزشکی هسته‌ای                       | ضریب خدمت |
|------|----------------------------------------------|-----------|
| ۱    | SPECT سه مرحله‌ای به ازای هر بیمار           | ۳         |
| ۲    | SPECT دو مرحله‌ای به ازای هر بیمار           | ۲         |
| ۳    | PET/PET-CT به ازای هر بیمار                  | ۲         |
| ۴    | SPECT یک مرحله‌ای به ازای هر بیمار           | ۱         |
| ۵    | تست‌های تنفسی به ازای هر بیمار               | ۰/۵       |
| ۶    | دانسیتومتری به ازای هر بیمار                 | ۰/۵       |
| ۷    | آماده‌سازی پرتو دارو به ازای هر بیمار        | ۰/۳       |
| ۸    | تولید و کنترل کیفی پرتودارو به ازای هر بیمار | ۰/۵       |
| ۹    | محاسبه فیزیک پزشکی به ازای هر بیمار          | ۰/۵       |
| ۱۰   | آزمایشات In Vitro به ازای هر بیمار           | ۰/۳       |

|    |                                                                             |      |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|------|
| ۱۱ | آماده سازی بیمار جهت انجام پروسیجرهای تشخیصی پزشکی هسته‌ای به ازای هر بیمار | ۰/۲  |
| ۱۲ | نمونه‌گیری از بیماران به ازای هر بیمار                                      | ۰/۲  |
| ۱۳ | پذیرش بیماران به ازای هر بیمار                                              | ۰/۱۵ |

(ضریب خدمت  $\times$  تعداد خدمات پزشکی هسته‌ای) = حجم خدمت هر یک از کارکنان

۰/۳  $\times$  (ضریب خدمت  $\times$  تعداد خدمات پزشکی هسته‌ای) = حجم خدمت مسئول تکنسین‌های پزشکی هسته‌ای

۱۰- برای کارشناس، کارشناس ارشد و Ph.D فیزیوتراپی و کاردرمانی، حجم خدمت با استفاده جدول

شماره (۳) محاسبه می‌گردد:

جدول (۳): محاسبه حجم خدمت در واحد فیزیوتراپی و کاردرمانی

| ردیف | انواع خدمات فیزیوتراپی و کاردرمانی | ضریب خدمت |
|------|------------------------------------|-----------|
| ۱    | یک اندام در واحد مربوطه            | ۱         |
| ۲    | دو اندام در واحد مربوطه            | ۱/۵       |
| ۳    | یک اندام در بخش‌های عادی           | ۱/۲۵      |
| ۴    | دو اندام در بخش‌های عادی           | ۱/۵       |
| ۵    | یک اندام در بخش‌های ویژه           | ۲         |
| ۶    | دو اندام در بخش‌های ویژه           | ۲/۵       |

(ضریب خدمت  $\times$  تعداد خدمات) = حجم خدمت هر یک از کارکنان واحد فیزیوتراپی/کاردرمانی

۱/۳  $\times$  (ضریب خدمت  $\times$  تعداد خدمات) = حجم خدمت کارشناس مسئول واحد فیزیوتراپی/کاردرمانی

در صورتی که فیزیوتراپی/کاردرمانی برای بیماران دارای سطح هوشیاری پایین، سکتة مغزی و یا ضایعات نخاعی انجام شود، حجم خدمات حاصل شده از جدول شماره (۳) در عدد ۲ ضرب می‌گردد. همچنین در شرایطی که خدمت در نوبت کاری شب یا روزهای تعطیل ارائه گردد، حجم خدمت در عدد ۲ ضرب می‌گردد.

۱۱- برای فیزیست، تکنولوژیست و پرستار رادیوتراپی، حجم خدمت با استفاده جداول شماره (۴)

و (۵) محاسبه می‌گردد:

جدول (۴): محاسبه حجم خدمت فیزیست رادیوتراپی به ازای هر فاز درمانی

| ردیف | انواع خدمات رادیوتراپی  | ضریب خدمت |
|------|-------------------------|-----------|
| ۱    | رادیوتراپی Conventional | ۰/۵       |
| ۲    | ۳D Conformal            | ۱         |
| ۳    | IORT                    | ۵         |
| ۴    | IMRI                    | ۳         |
| ۵    | هایپرترمی عمقی          | ۳         |

جدول (۵): محاسبه حجم خدمت تکنولوژیست رادیوتراپی

| ردیف | انواع خدمات رادیوتراپی                  | ضریب خدمت |
|------|-----------------------------------------|-----------|
| ۱    | رادیوتراپی Conventional به ازای هر فیلد | ۰/۳       |
| ۲    | ۳D Conformal به ازای هر فیلد            | ۰/۵       |
| ۳    | IORT                                    | ۴         |
| ۴    | IMRI به ازای هر جلسه                    | ۲         |
| ۵    | براکی تراپی به ازای هر جلسه             | ۲         |
| ۶    | هایپرترمی عمقی به ازای هر جلسه          | ۲         |
| ۷    | هایپرترمی سطحی به ازای هر جلسه          | ۰/۵       |
| ۸    | آماده سازی به ازای هر بیمار             | ۰/۵       |
| ۹    | پذیرش به ازای هر بیمار                  | ۰/۳       |

(ضریب خدمت × تعداد خدمات) = حجم خدمت هر یک از کارشناسان بخش رادیوتراپی

$\frac{1}{3} \times (\text{ضریب خدمت} \times \text{تعداد خدمات}) = \text{حجم خدمت کارشناس مسئول بخش رادیوتراپی}$

۱۲- برای محاسبه حجم خدمت سرپرستار، سوپروایزر اورژانس و پرستاران شاغل در بخش

اورژانس، براساس جدول شماره (۶) متناسب سازی تعداد بیماران برای هر یک از افراد

مذکور صورت گرفته و سپس با توجه به حجم خدمت حاصل شده، براساس جدول شماره

(۱۶) امتیاز حجم خدمت محاسبه می گردد:

جدول (۶): محاسبه حجم خدمت در بخش اورژانس

| ردیف | مدت بستری بیمار در بخش   | حجم خدمت<br>(متناسب سازی تعداد بیماران) |
|------|--------------------------|-----------------------------------------|
| ۱    | زیر یک ساعت (بستری موقت) | تعداد بیمار مراقبت شده $\times 1/1$     |
| ۲    | بین ۱ تا ۲ ساعت          | تعداد بیمار مراقبت شده $\times 2/5$     |
| ۳    | بین ۲ تا ۴ ساعت          | تعداد بیمار مراقبت شده $\times 5/1$     |
| ۴    | بین ۴ تا ۶ ساعت          | تعداد بیمار مراقبت شده $\times 1$       |
| ۵    | بالای ۶ ساعت             | تعداد بیمار مراقبت شده $\times 1/1$     |

۱۳- در بیمارستان‌های تک تخصصی حجم خدمت پرستاران شاغل در بخش اورژانس بدون توجه به متناسب‌سازی حاصل از جدول شماره (۶)، مطابق بخش‌های بستری مرتبط (جدول ۸ تا ۱۷) امتیاز حجم خدمت محاسبه خواهد شد.

۱۴- نحوه محاسبه حجم خدمت برای مسئولین واحدهای پیراپزشکی به روش زیر خواهد بود:  
 $1/25 \times \text{تعداد بیماران فرد} = \text{حجم خدمت مسئول واحد}$

#### ج) نحوه محاسبه امتیاز حجم خدمت

محاسبه امتیاز حجم خدمت براساس شیوه مراقبت موردی<sup>۱</sup> (Case Method) خواهد بود. بدین صورت که با توجه به حجم خدمت (تعداد بیماران) و بخش محل فعالیت، امتیاز حجم خدمت براساس جداول شماره (۸) تا (۱۷) محاسبه خواهد شد:

۱- در صورتی که در یک بخش تنوع تخت‌های بستری وجود داشته باشد؛ مثلاً بیماران بخش چشم پزشکی و جراحی عمومی در یک بخش بستری شده باشند، امتیاز حجم خدمت در پایان هر ماه براساس تعداد بیمارانی که به نام پرستار مراقب ثبت شده به تفکیک هر جدول، محاسبه خواهد شد.

۱- در این روش سرپرستار/ماما مسئول/مسئول نوبت‌کاری، بیماران بخش را به تناسب بین پرستاران/ماماهای حاضر در هر نوبت کاری تقسیم می‌کند و کلیه مراقبت‌ها و فعالیت‌های مورد نیاز هر بیمار با مسئولیت و توسط پرستار/مامای تعیین شده، ارائه می‌شود.

۲- امتیاز حجم خدمت مربوط به سرپرستار، سورپروایزر اتاق عمل، کاردان/کارشناس اتاق عمل و کاردان/کارشناس هوشبری، پرفیوژنیست و پرستاران شاغل در اتاق‌های عمل و بخش آنژیوگرافی با استفاده از جدول شماره (۷) محاسبه می‌گردد:

جدول (۷): محاسبه امتیاز حجم خدمت در اتاق‌های عمل و بخش آنژیوگرافی

| ردیف | نوع عمل    | زمان عمل        | ضریب | امتیاز حجم خدمت  |
|------|------------|-----------------|------|------------------|
| ۱    | کوچک       | زیر ۱ ساعت      | ۰.۵  | تعداد عمل × ضریب |
| ۲    | متوسط      | ۱ الی ۲ ساعت    | ۱    | تعداد عمل × ضریب |
| ۳    | بزرگ       | بین ۲ تا ۴ ساعت | ۳    | تعداد عمل × ضریب |
| ۴    | بسیار بزرگ | بالای ۴ ساعت    | ۵    | تعداد عمل × ضریب |

۳- با اتمام ساعت کاری موظف هر فرد، امتیاز حجم خدمت برای نوبت‌های کاری غیرموظف، مجدداً از ردیف یک جداول مربوطه، محاسبه خواهد شد.

۴- در بخش‌هایی که خدمات تشخیصی تخصصی (مانند EEG, EMG, اکوکاردیوگرافی و ...) ارائه می‌کنند، در صورتی که بخش علاوه بر سرپرستار درمانگاه، دارای مسئول جداگانه‌ای در زیرمجموعه همان بخش باشد (مانند مسئول واحد اکوکاردیوگرافی)، نحوه محاسبه امتیاز حجم خدمت این مسئولین همانند مسئول نوبت کاری محاسبه می‌شود و در صورتی که بخش دارای سرپرستار جداگانه‌ای باشد، محاسبات همانند سایر بخش‌های مستقل صورت می‌گیرد.

جدول (۸): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های ICU جراحی قلب اطفال، ICU پیوند کبد، ICU پیوند ریه، ICU پیوند قلب، ICU پیوند روده، ICU پیوند پانکراس و ICU سوختگی (BICU)

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۲                 | ۱۰                 |
| ۲    | ۳-۴                       | ۲۰                 |
| ۳    | ۵-۶                       | ۳۰                 |
| ۴    | ۷-۱۰                      | ۴۰                 |
| ۵    | ۱۱-۱۴                     | ۵۰                 |
| ۶    | ۱۵-۱۸                     | ۶۰                 |
| ۷    | ۱۹-۲۲                     | ۶۵                 |
| ۸    | ۲۳-۲۶                     | ۷۰                 |
| ۹    | ۲۷-۳۰                     | ۷۵                 |
| ۱۰   | ۳۱-۳۴                     | ۸۰                 |
| ۱۱   | ۳۵-۳۸                     | ۸۵                 |
| ۱۲   | ۳۹-۴۲                     | ۹۰                 |
| ۱۳   | ۴۳-۴۵                     | ۹۵                 |
| ۱۴   | بالای ۴۵                  | ۱۰۰                |

جدول (۹): امتیاز حجم خدمت در سایر بخش‌های ICU بزرگسالان، کودکان و اطفال به جز موارد مندرج در بند الف

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۳                 | ۵                  |
| ۲    | ۳-۵                       | ۱۰                 |
| ۳    | ۶-۹                       | ۲۰                 |
| ۴    | ۱۰-۱۵                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۱۶-۲۰                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۲۱-۲۵                     | ۵۰                 |
| ۷    | ۲۶-۳۰                     | ۵۵                 |
| ۸    | ۳۱-۳۵                     | ۶۰                 |
| ۹    | ۳۶-۴۵                     | ۶۵                 |
| ۱۰   | ۴۶-۵۵                     | ۷۰                 |
| ۱۱   | ۵۶-۶۵                     | ۷۵                 |
| ۱۲   | ۶۶-۷۵                     | ۸۰                 |
| ۱۳   | ۷۶-۸۵                     | ۸۵                 |
| ۱۴   | ۸۶-۹۵                     | ۹۰                 |
| ۱۵   | ۹۶-۱۰۵                    | ۹۵                 |
| ۱۶   | بالای ۱۰۵                 | ۱۰۰                |

جدول (۱۰): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های CCU، BMT، بلوک زایمان، لیر و دیالیز

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۵                 | ۵                  |
| ۲    | ۵-۱۰                      | ۱۰                 |
| ۳    | ۱۱-۱۵                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۱۶-۲۰                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۲۱-۲۵                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۲۶-۳۰                     | ۴۵                 |
| ۷    | ۳۱-۴۰                     | ۵۰                 |
| ۸    | ۴۱-۵۰                     | ۵۵                 |
| ۹    | ۵۱-۶۰                     | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۶۱-۷۰                     | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۷۱-۸۰                     | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۸۱-۹۰                     | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۹۱-۱۰۰                    | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۱۰۱-۱۱۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۱۱۱-۱۲۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۱۲۱-۱۳۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالای ۱۳۰                 | ۱۰۰                |

جدول (۱۱): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های بستری سوختگی و مسمومیت

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۵                 | ۵                  |
| ۲    | ۵-۱۰                      | ۱۰                 |
| ۳    | ۱۱-۲۰                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۲۱-۳۰                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۳۱-۴۰                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۴۱-۵۰                     | ۴۵                 |
| ۷    | ۵۱-۶۰                     | ۵۰                 |
| ۸    | ۶۱-۷۰                     | ۵۵                 |
| ۹    | ۷۱-۸۰                     | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۸۱-۹۰                     | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۹۱-۱۰۰                    | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۱۰۱-۱۱۰                   | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۱۱۱-۱۲۰                   | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۱۲۱-۱۳۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۱۳۱-۱۴۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۱۴۱-۱۵۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالای ۱۵۰                 | ۱۰۰                |

جدول (۱۲): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های Intermediate ICU و نوزادان پرخطر

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۶                 | ۵                  |
| ۲    | ۶-۱۲                      | ۱۰                 |
| ۳    | ۱۳-۲۳                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۲۴-۳۵                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۳۶-۴۵                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۴۶-۵۵                     | ۴۵                 |
| ۷    | ۵۶-۶۵                     | ۵۰                 |
| ۸    | ۶۶-۸۰                     | ۵۵                 |
| ۹    | ۸۱-۹۵                     | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۹۶-۱۱۰                    | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۱۱۱-۱۳۰                   | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۱۳۱-۱۵۰                   | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۱۵۱-۱۷۰                   | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۱۷۱-۱۹۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۱۹۱-۲۱۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۲۱۱-۲۳۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالاتر از ۲۳۰             | ۱۰۰                |

جدول (۱۳): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های بستری Post-Partum، پزشکی هسته‌ای، Post CCU، بخش پیوند کلیه، مراقبت

مادر و کودک، کودکان، خون و هماتولوژی، شیمی درمانی و آنکولوژی، جراحی مغز و اعصاب، عفونی و سل

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۸                 | ۵                  |
| ۲    | ۸-۱۵                      | ۱۰                 |
| ۳    | ۱۶-۳۰                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۳۱-۴۵                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۴۶-۶۰                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۶۱-۷۵                     | ۴۵                 |
| ۷    | ۷۶-۹۰                     | ۵۰                 |
| ۸    | ۹۱-۱۰۵                    | ۵۵                 |
| ۹    | ۱۰۶-۱۲۰                   | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۱۲۱-۱۳۵                   | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۱۳۶-۱۵۰                   | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۱۵۱-۱۷۰                   | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۱۷۱-۱۹۰                   | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۱۹۱-۲۱۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۲۱۱-۲۳۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۲۳۱-۲۵۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالای ۲۵۰                 | ۱۰۰                |

جدول (۱۴): امتیاز حجم خدمت در انواع بخش‌های بستری داخلی و جراحی (بزرگسالان، کودکان و اطفال)، Post Cath،

بارداری پرخطر و بستری اعتیاد

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۱۲                | ۵                  |
| ۲    | ۱۲-۲۵                     | ۱۰                 |
| ۳    | ۲۶-۴۰                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۴۱-۵۵                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۵۶-۸۰                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۸۱-۹۵                     | ۴۵                 |
| ۷    | ۹۶-۱۱۰                    | ۵۰                 |
| ۸    | ۱۱۱-۱۳۰                   | ۵۵                 |
| ۹    | ۱۳۱-۱۵۵                   | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۱۵۶-۱۸۰                   | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۱۸۱-۲۱۰                   | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۲۱۱-۲۴۰                   | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۲۴۱-۲۷۰                   | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۲۷۱-۳۰۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۳۰۱-۳۳۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۳۳۱-۳۶۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالاتر از ۳۶۰             | ۱۰۰                |

جدول (۱۵): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های بستری شامل اعصاب و روان و پوست

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۱۵                | ۵                  |
| ۲    | ۱۵-۳۰                     | ۱۰                 |
| ۳    | ۳۱-۵۰                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۵۱-۷۰                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۷۱-۹۰                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۹۱-۱۱۰                    | ۴۵                 |
| ۷    | ۱۱۱-۱۴۰                   | ۵۰                 |
| ۸    | ۱۴۱-۱۷۰                   | ۵۵                 |
| ۹    | ۱۷۱-۲۰۰                   | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۲۰۱-۲۳۰                   | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۲۳۱-۲۶۰                   | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۲۶۱-۲۹۰                   | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۲۹۱-۳۲۰                   | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۳۲۱-۳۵۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۳۵۱-۳۸۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۳۸۱-۴۱۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالاتر از ۴۱۰             | ۱۰۰                |

جدول (۱۶): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های بستری چشم پزشکی، هموفیلی، سرپایی اعتیاد، بخش‌های تشخیصی تخصصی (شامل

اسکوپ‌ها، اکوکاردیوگرافی، EEG، ECG و ...)، بخش اورژانس، بخش رادیولوژی، شیمی درمانی سرپایی، رادیوتراپی و

پزشکی هسته‌ای سرپایی

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۱۵                | ۵                  |
| ۲    | ۱۵-۳۰                     | ۱۰                 |
| ۳    | ۳۱-۶۰                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۶۱-۹۰                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۹۱-۱۲۰                    | ۴۰                 |
| ۶    | ۱۲۱-۱۵۰                   | ۴۵                 |
| ۷    | ۱۵۱-۱۸۰                   | ۵۰                 |
| ۸    | ۱۸۱-۲۱۰                   | ۵۵                 |
| ۹    | ۲۱۱-۲۴۰                   | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۲۴۱-۲۷۰                   | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۲۷۱-۳۰۰                   | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۳۰۱-۳۳۰                   | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۳۳۱-۳۶۰                   | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۳۶۱-۳۹۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۳۹۱-۴۲۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۴۲۱-۴۵۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالاتر از ۴۵۰             | ۱۰۰                |

جدول (۱۷): امتیاز حجم خدمت در بخش‌های پیراپزشکی (تغذیه، روانشناسی بالینی و سایر موارد مشابه)

| ردیف | حجم خدمت<br>(تعداد بیمار) | امتیاز حجم<br>خدمت |
|------|---------------------------|--------------------|
| ۱    | کمتر از ۵                 | ۵                  |
| ۲    | ۵-۱۰                      | ۱۰                 |
| ۳    | ۱۱-۲۰                     | ۲۰                 |
| ۴    | ۲۱-۳۰                     | ۳۰                 |
| ۵    | ۳۱-۴۰                     | ۴۰                 |
| ۶    | ۴۱-۵۰                     | ۴۵                 |
| ۷    | ۵۱-۶۰                     | ۵۰                 |
| ۸    | ۶۱-۷۰                     | ۵۵                 |
| ۹    | ۷۱-۸۰                     | ۶۰                 |
| ۱۰   | ۸۱-۹۰                     | ۶۵                 |
| ۱۱   | ۹۱-۱۰۰                    | ۷۰                 |
| ۱۲   | ۱۰۱-۱۱۰                   | ۷۵                 |
| ۱۳   | ۱۱۱-۱۲۰                   | ۸۰                 |
| ۱۴   | ۱۲۱-۱۳۰                   | ۸۵                 |
| ۱۵   | ۱۳۱-۱۴۰                   | ۹۰                 |
| ۱۶   | ۱۴۱-۱۵۰                   | ۹۵                 |
| ۱۷   | بالای ۱۵۰                 | ۱۰۰                |

### د) نحوه محاسبه ضریب ارزش خدمت

ضریب ارزش خدمت با توجه به دو شاخص مراقبت مستقیم و مراقبت غیرمستقیم برای مشمولین براساس جدول شماره (۱۸) محاسبه خواهد شد.

جدول (۱۸): ضریب ارزش خدمت مشمولین

| نوع شغل           | مسئول شیفت<br>(مسئول نوبت کاری)                                                                                                                  | پرستار/<br>ماما | کاردان / کارشناس<br>اتاق<br>عمل/پرفیوژیست | تکنسین/کاردان/<br>کارشناس<br>رادیولوژی،<br>پزشکی هسته‌ای<br>و رادیوتراپی | کاردان/کارشناس<br>هوشبری |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ضریب ارزش<br>خدمت | ۱                                                                                                                                                | ۱               | ۱                                         | ۱                                                                        | ۱                        |
| نوع شغل           | سرپرستار/ماما مسوول/مسئول<br>تکنسین‌های پزشکی هسته‌ای یا<br>رادیوتراپی/مسئول واحدهای<br>مرتبط با علوم<br>توانبخشی/سوپروایزراتاق عمل و<br>اورژانس | بیمار           | نیروی خدماتی                              | منشی                                                                     | کمک بیمار                |
| ضریب ارزش<br>خدمت | ۰/۵                                                                                                                                              | ۰/۵             | ۰/۲                                       | ۰/۴                                                                      | ۰/۲                      |

امتیاز خدمت هر یک از کارکنان شاغل در بخش‌های تشخیصی درمانی به روش زیر محاسبه می‌شود:

ضریب ارزش خدمت × امتیاز حجم خدمت = امتیاز خدمت

### ه) سایر موارد

در بخش‌های درمانگاه، داروخانه و آزمایشگاه با توجه به زیرساخت‌های موجود در بیمارستان‌های مشمول، در شروع طرح به صورت Case Method محاسبه نمی‌شود. به هیأت اجازه داده می‌شود براساس بارکاری همان مرکز، جدول محاسبه امتیاز خدمت تدوین و پرداخت را به روش Case Method انجام دهد.