

اداره­کل سازمان های مردم نهاد و خیرین سلامت

**کد فرم :۰14 - خ**

فرم ارزیابی مؤسسات خیریه بیمارستانی

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شرح دلایل عدم اجرای کار** | **هیچگونه اقدامی در این خصوص صورت نگرفته** | **ارزیابی عملکرد** | | | | | **عنوان سنجه** | **ردیف** |
| **نحوه اجرا** | | | | |
| **خیلی ضعیف** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **خیلی خوب** |
|  |  |  |  |  |  |  | **دریافت مجوز فعالیت مؤسسه خیریه بیمارستانی/انجمن حمایت از بیماران و بیمارستان ها از استانداری/فرمانداری** | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  | **انعقاد تفاهم نامه تشکیل مؤسسه خیریه بیمارستانی با موسسه خیریه فعال و یا مجمع خیرین فعال (فقط در شهرستان های تک بیمارستانی)\*\*\*** | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  | **حضور مستمرنماینده موسسه خیریه فعال و یا مجمع خیرین فعال مورد تفاهم ، در دفتر موسسه خیریه راه اندازی شده در بیمارستان (فقط در شهرستان های تک بیمارستانی)\*\*\*** | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  | **تشکیل منظم جلسات هیأت مدیره( حداقل فصلی یک بار)** | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  | **راه اندازی دفتر موسسه خیریه مستقر در بیمارستان و نصب تابلوی دفتر مؤسسه خیریه/ انجمن حامی بیمارستان** | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  | **تبلیغات و اطلاع رسانی و برگزاری همایش ها و نشست هایی با حضور مردم، خیرین و گروه های داوطلب به منظور معرفی نیازهای بیماران، برنامه های توسعه بیمارستان و اهداف مؤسسه/انجمن** | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  | **شناسایی نیاز های اصلی با الویت تأمین یا تجهیز منابع از طریق روش های نوین کسب منابع** | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  | **تهیه فهرست هزینه های انجام شده و گزارش نهایی در خصوص ترخیص بیمار که ممهور به مهر حسابداری بیمارستان می باشد و درج در پرونده** | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  | **همکاری با واحد مددکاری بیمارستان جهت کمک به حوزه مددکاری به منظور شناسایی نیاز های بیماران و اولویت های توسعه بهسازی و خدمات بیمارستانی** | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  | **پرداخت هزینه دارو و درمان و تجهیزات پزشکی و بهداشتی بیماران بستری در بیمارستان براساس اسناد هزینه یا صورتحساب صادره از سوی امور مالی یا حسابداری بیمارستان با هماهنگی مددکاری بیمارستان** | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  | **تأیید هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاههای تخصصی و خرید تجهیزات و همچنین بازسازی و تعمیر بیمارستان توسط رئیس وقت بیمارستان** | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  | **تشکیل پرونده مخصوصی به نام بیمار برای پرداخت هزینه بیماران وتکمیل فرم درخواست خدمات توسط بیمار یا همراهان وی** | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  | **پرداخت هزینه های مددکاری و وجوه پرداخت شده به خانواده بیماران وتامین نیازهای دارویی ودرمانی ،بهداشتی،تغذیه وسایر هزینه هایی که در راستای حمایت از بیماران وخانواده آنها پرداخت شده است از طریق واریز به حساب بانکی بیمار یا وابستگان ویا همراه بیمار ودرج اسناد آن در پرونده** | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  | **افتتاح یک حساب اختصاصی در یکی از بانک­های رسمی مربوط به جمع­آوری مشارکت­ها، خاص بیمارستان توسط موسسه خیریه و یا مجمع خیرین فعال مورد تفاهم با بیمارستان، و هزینه تمامی وجوه جمع­آوری شده ، پس از واریز به این حساب، منحصرا خاص بیمارستان، تا صرف اهداف و وظایف مندرج در تفاهم نامه گردد و وجوه مازاد بر هزینه را نیز در همان حساب نگهداری نماید.\*\*\*** | 14 |

**\*\*\* بند های 2 و 3 و 14 به موسسات خیریه فعال و یا مجمع خیرین فعال که در قالب عقد تفاهم نامه در شهرستان های تک بیمارستانی فعالند اختصاص دارد و سایر موارد مشترک بین موسسات خیریه ثبت شده و عقد تفاهم نامه شده با موسسه خیریه فعال و یا مجمع خیرین فعال می باشد.**

نام و نام خانوادگی و امضای ارزیاب نام و نام خانوادگی و امضای نماینده موسسه خیریه/مجمع خیرین