

چک لیست ارزیابی مراکز درمانی

نام دانشگاه:

نام مرکز درمانی:

رئیس مرکز:

مدیر مرکز:

نام مسئول فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی:

نام مسئول فنی داروخانه:

شماره تلفن مرکز درمانی:

۱- آیا مرکز درمانی دارای مسئول فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی دارای شرایط اعلام شده توسط این اداره کل می باشد؟

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

- (الف) مسئول فنی دارای ابلاغ از ریاست مرکز درمانی و مدرک تحصیلی مرتبط بوده و با توجه به گذراندن دوره های آموزشی، آشنایی کامل با نحوه استعلام اصالت کالا، زنجیره توزیع و قیمت از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی دارد. (۲ فاکتور به صورت تصادفی انتخاب و توسط مسئول فنی چک شود)
- (ب) مسئول فنی دارای ابلاغ از ریاست مرکز درمانی و مدرک تحصیلی مرتبط بوده و با نحوه استعلام اصالت کالا، زنجیره توزیع و قیمت از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی آشنایی کامل دارد ولی دوره آموزشی را نگذرانده است.
- (ج) مسئول فنی دارای مدرک تحصیلی مرتبط بوده و با توجه به گذراندن دوره های آموزشی آشنایی کامل با نحوه استعلام اصالت کالا، زنجیره توزیع و قیمت از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی دارد ولی فاقد ابلاغ از ریاست مرکز درمانی می باشد.
- (د) مسئول فنی با توجه به گذراندن دوره های آموزشی آشنایی کامل با نحوه استعلام اصالت کالا، زنجیره توزیع و قیمت از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی دارد ولی فاقد ابلاغ از ریاست مرکز درمانی و مدرک مرتبط می باشد.
- (ه) مرکز درمانی فاقد مسئول فنی می باشد.

۲- آیا زنجیره توزیع کالا توسط مرکز درمانی بررسی می شود و کالا از شبکه قانونی خرید می گردد؟

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

- (الف) جهت ۱۰۰ درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز بررسی گردیده است.
- (ب) فهرست جهت ۸۰ درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز بررسی گردیده است.
- (ج) فهرست جهت ۶۰ درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز بررسی گردیده است.
- (د) فهرست جهت ۴۰ درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز بررسی گردیده است.
- (ه) فهرست جهت کمتر از ۴۰ درصد کالاهای مصرفی مورد نیاز بررسی گردیده است/ فهرست کالاهای مصرفی مشخص نگردیده است.

۳- آیا مرکز درمانی التزام لازم را جهت خرید از فهرست اعلامی اداره کل و کالاهای دارای شناسه گذاری و برچسب اصالت را دارد؟ استعلام اصالت

کالا قبل از استفاده از سامانه مربوطه انجام می گردد؟ (۱۵ فاکتور با حداقل ۳ ردیف کالا شامل مصرفی تخصصی و عمومی بررسی گردد)

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

- (الف) کلیه فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و استعلام اصالت را دارد.

- (ب) ۸۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و استعلام اصالت را دارد.
(ج) ۶۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و استعلام اصالت را دارد.
(د) ۴۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و استعلام اصالت را دارد.
(ه) ۲۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و استعلام اصالت را دارد/ عدم ارائه فاکتور توسط مرکز درمانی.

۴- آیا درج مشخصات کالا (برند، مدل و IRC) و قیمت ابلاغی اداره کل در صورت حساب بیماران رعایت می گردد؟ (۵ صورت حساب شامل اقلام مصرفی تخصصی و عمومی بررسی گردد)

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

- (الف) در کلیه صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
(ب) در ۸۰ درصد صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
(ج) در ۶۰ درصد صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
(د) در ۴۰ درصد صورتحساب های بررسی شده رعایت شده است.
(ه) در هیچکدام از صورتحساب های بررسی شده رعایت نشده است.

۵- آیا مرکز درمانی در خرید های خود بر رعایت ضوابط فاکتور و پیش فاکتور توسط شرکت ها نظارت دارد؟ (۱۵ فاکتور به صورت تصادفی انتخاب و به شرح ذیل بررسی گردد)

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

- (الف) فاکتور ها با رعایت کلیه الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
(ب) فاکتور ها با رعایت ۸۰ درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
(ج) فاکتور ها با رعایت ۶۰ درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
(د) فاکتور ها با رعایت ۴۰ درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است.
(ه) فاکتور ها با رعایت ۲۰ درصد الزامات صدور فاکتور (دستورالعمل فاکتور پیش فاکتور) صادر گردیده است./ عدم ارائه فاکتور توسط مرکز درمانی.

۶- پرداخت صورتحساب ها به شرکت های تامین کننده توسط مراکز درمانی یا دانشگاه به چه صورت انجام می پذیرد؟ (با توجه به شرایط موجود ۵ شرکت که بیشترین فروش را داشته اند انتخاب گردیده و وضعیت فاکتورها بررسی شود)

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

- (الف) ۱۰۰ درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
(ب) ۸۰ درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
(ج) ۶۰ درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
(د) ۴۰ درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.
(ه) کمتر از ۴۰ درصد فاکتورها پرداخت گردیده است.

۷- آیا دستورالعمل های ابلاغی در خصوص هزینه استریل، حضور کارشناس و محاسبه هزینه اجاره اره و دریل و تیغ اره و ... در مرکز درمانی رعایت می گردد؟

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

الف) مرکز درمانی به کلیه دستورالعمل های ابلاغی دسترسی داشته و موارد را رعایت می نماید.

ب) مرکز درمانی نسبت به رعایت موارد اعم از هزینه اجاره اره و دریل ، تیغ اره و هزینه استریل اقدام می نماید ولی کارشناس شرکت در اتاق عمل حضور دارد.

ج) مرکز درمانی نسبت به رعایت موارد اعم از هزینه اجاره اره و دریل و تیغ اره اقدام می نماید ولی نسبت به دریافت هزینه استریل اقدام نموده و همچنین کارشناس شرکت نیز در اتاق عمل حضور دارد.

د) در این مرکز درمانی موارد مربوط به جراحی ارتوپدی صورت نمی گیرد.

ه) مرکز درمانی نسبت به رعایت هیچکدام از دستورالعمل های ابلاغی در این خصوص اقدام نمی نماید.

۸- آیا اطلاعات کالا (شامل اطلاعات UID) در سامانه HIS بیمارستان درج شده است؟

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

الف) در کلیه موارد بررسی شده رعایت شده است.

ب) در ۸۰ درصد موارد بررسی شده رعایت شده است.

ج) در ۶۰ درصد موارد بررسی شده رعایت شده است.

د) در ۴۰ درصد موارد بررسی شده رعایت شده است.

ه) در هیچکدام از موارد بررسی شده رعایت نشده است.

۹- آیا فاکتورهای خرید بارگزاری شده توسط تامین کننده و ... در سامانه انبار مجازی بیمارستان بررسی می گردد؟

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

الف) در کلیه موارد بررسی شده رعایت شده است.

ب) در ۸۰ درصد موارد بررسی شده رعایت شده است.

ج) در ۶۰ درصد موارد بررسی شده رعایت شده است.

د) در ۴۰ درصد موارد بررسی شده رعایت شده است.

ه) در هیچکدام از موارد بررسی شده رعایت نشده است.

۱۰- نحوه پرداختی مرکز درمانی به شرکتها به چه صورت می باشد؟ (مراکز غیر دانشگاهی)

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

الف) مرکز درمانی طی مدت ۴۵ روز (مطابق قانون تحول نظام سلامت) تمام فاکتورها را پرداخت نموده است.

ب) مرکز درمانی بیش از مدت ۴۵ روز (مطابق قانون تحول نظام سلامت) تمام فاکتورها را پرداخت نموده است.

ج) مرکز درمانی طی مدت ۴۵ روز (مطابق قانون تحول نظام سلامت) بیش از ۵۰ درصد فاکتورها را پرداخت نموده است.

د) مرکز درمانی بیش از مدت ۴۵ روز (مطابق قانون تحول نظام سلامت) بیش از ۵۰ درصد فاکتورها را پرداخت نموده است.

ه) مرکز درمانی بیش از یکسال پرداختی نداشته است.

شماره
تاریخ
سمت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان غذا و دارو

اداره کل تجهیزات پزشکی

امتیاز نهایی:

• تذکر ۱: تصویر فاکتورهای سوال ۲ و صورتحساب های اخذ شده در سوال ۵ در سوابق بازرسی بایگانی شود.

• تذکر ۲: در سوال های ۴ و ۷ از تصویر فاکتور های اخذ شده در سوال ۲ بهره برداری شود.

نام کارشناسان بازرسی کننده و نماینده مرکز درمانی با ذکر سمت و امضاء و تاریخ بازدید:

۱- نام و نام خانوادگی سمت شماره تماس امضا و تاریخ بازدید

۲- نام و نام خانوادگی سمت شماره تماس امضا و تاریخ بازدید

خیابان انقلاب - چهار راه کالج - نیش خیابان خارک

کد پستی:

تلفن ۶۶۷۰۰۱۲-۱۵

صفحه الکترونیکی سازمان غذا و دارو:

صفحه الکترونیکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

<http://info@imed.ir>

<http://www.imed.ir>

شماره
تاریخ
موت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان غذا و دارو

اداره کل تجهیزات پزشکی

سازمان غذا و دارو

خیابان انقلاب - چهار راه کالج - نبش خیابان خارک

کد پستی:

تلفن ۶۶۷۰۰۱۲-۱۵

صفحه الکترونیکی سازمان غذا و دارو:

صفحه الکترونیکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

<http://info@imed.ir>

<http://www.imed.ir>