

شماره
تاریخ
سوت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان امور پزشکی



سازمان غذا و دارو

اداره کل تجهیزات پزشکی

پیوست ۱

چک لیست ارزیابی طرح تحول نظام سلامت کشور (مراکز دولتی)

نگارش ۳

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 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 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 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 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- تجهیزات مصرفی مورد نیاز مرکز درمانی به چه صورت انتخاب و تامین میگردد؟ (نقش کمیته فنی در انتخاب کالا)

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

- الف) جلسات کمیته دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی مرکز درمانی به صورت منظم (ماهانه) با اعضاء مرتبط که دارای ابلاغ از ریاست مرکز درمانی می باشند تشکیل (صورت جلسات ۳ ماه اخیر رویت گردد) و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی با مشخص نمودن برند تهیه گردیده است.
- ب) جلسات کمیته فنی به صورت منظم (ماهانه) با اعضاء مرتبط (فاقد ابلاغ) تشکیل و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی با مشخص نمودن برند تهیه گردیده است.
- ج) جلسات کمیته به صورت منظم تشکیل و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی بدون مشخص نمودن برند تهیه گردیده است.
- د) جلسات کمیته به صورت موردی تشکیل و فهرست تجهیزات مورد نیاز مرکز درمانی تهیه نگردیده است.
- ه) مرکز درمانی در ۳ ماه اخیر جلسه ای تشکیل نداده است.

*کمیته دارو و تجهیزات پزشکی مرکز درمانی: کمیته ای ۷ نفره شامل رئیس بیمارستان، مدیر داروخانه و مسئول فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی مرکز درمانی، مسئول امور مالی و ۳ نفر از متخصصان ذیربط می باشد.

شماره
تاریخ
سوت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان غذا و دارو

اداره کل تجهیزات پزشکی

۳- آیا مرکز درمانی نسبت به تهیه فهرست خرید اقدام نموده است؟ (موضوع بر اساس گروههای ۱۲ گانه طرح تحول بررسی گردد)

نحوه بررسی و امتیاز دهی شاخص:

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

۴- آیا مرکز درمانی التزام لازم را جهت خرید از فهرست اعلامی اداره کل و از شبکه توزیع قانونی دارد؟ (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 شبکه دارد.
- ب) ۸۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه دارد.
- ج) ۶۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه دارد.
- د) ۴۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه دارد.
- ه) ۲۰ درصد فاکتورهای بررسی شده انطباق کامل با فهرست اعلامی و شبکه دارد/ عدم ارائه فاکتور توسط مرکز درمانی.

۵- آیا درج مشخصات کالا (برند، مدل و IRC) و قیمت ابلاغی اداره کل در صورتحساب بیماران رعایت می گردد؟ (۵ صورتحساب 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.

شماره
تاریخ
سوت

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان غذا و دارو

اداره کل تجهیزات پزشکی

۶- 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.

۷- آیا پرداخت صورتحساب ها به صورت نقدی (حداکثر ۴۵ روزه) توسط مراکز درمانی یا دانشگاه صورت می پذیرد؟ (با توجه به شرایط موجود ۵

شرکت که بیشترین فروش را داشته اند انتخاب گردیده و وضعیت فاکتورها در ۳ ماه اخیر 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.

۸- 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) مرکز درمانی تنها نسبت به رعایت هزینه تیغ اره یکبار مصرف در صورتحساب بیماران اقدام می نماید.
ه) مرکز درمانی نسبت به رعایت هیچکدام از دستورالعمل های ابلاغی در این خصوص اقدام نمی نماید.

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 صورت حساب 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 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
- ۳- نام و نام خانوادگی سمت شماره تماس امضا و تاریخ بازدید