

معاونت امور اجتماعی

اداره کل خیرین و موسسات خیریه سلامت

چک لیست پایش وارزیابی مراکز خیریه حوزه سلامت



**مقدمه:**

باعنایت به آیین نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه حوزه سلامت ابلاغی با شماره ۹۷۶/۱۱۴/د مورخ 1۸/07/96 و همچنین با توجه به ضرورت نظارت منسجم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر مراکز درمانی خیریه، چک لیست پایش و ارزیابی مراکز خیریه حوزه سلامت بر اساس موارد ابلاغی وشرح وظایف کارشناسان معاونت اجتماعی در راستای بهبود عملکرد مراکز خیریه حوزه سلامت به شرح ذیل ابلاغ می گردد.

**ماده 1- اهداف پایش و ارزشیابی**

الف: بستر سازی ایجاد فرهنگ خود نظارتی وخود اظهاری در موسسات خیریه

ب: ارشاد ، راهنمایی و آگاه سازی به منظور نظام مند نمودن و ساماندهی اقدامات و فعالیتهای خیرخواهانه در راستای برنامه واهداف نظام سلامت

ج: ارتقای مستمر کیفیت ارائه خدمات خیرخواهانه

د: افزایش اعتماد و رضایت مندی خیرین سلامت از طریق ارائه خدمات بهتر به مشتریان و دادن آگاهی های لازم به آنان

ه: ایجاد انگیزه بیشتر در خیرین حوزه سلامت و توجه به حضور آنان در همراهی و نظارت مستمر در برنامه های نظام سلامت

**ماده ۲- مدت زمان پایش:**

دوره زمانی ارزیابی و پایش عملکرد مرکز خیریه حوزه سلامت حداقل یکبار و سالانه می باشد.

**چک لیست پایش وارزیابی مرکز خیریه حوزه سلامت**

به منظور اجرایی کردن و بستر سازی برای جلب مشارکت و همکاری حداکثری و فعالانه خیرین و ایجاد وحدت رویه بین همکاران مراکز در نظارت مراکز خیریه حوزه سلامت ،چک لیست ذیل ارایه می گردد :

**جدول ۱ اطلاعات موسسه**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | نام کامل مؤسسه : | |
|  | استان |  |
|  | شهرستان |  |
|  | مرجع صدور مجوز( مراجع سه گانه)\* |  |
|  | حوزه فعالیت مؤسسه\*\* |  |
|  | شماره پروانه فعالیت |  |
|  | تاریخ صدور پروانه |  |
|  | چنانچه مجوز ندارد،آیا مراحل تطبیق را انجام داده است؟ |  |
|  | محدوده فعالیت موسسسه: |  |
|  | شماره ثبت مؤسسه\*\*\* |  |
|  | شناسه ملی(از اداره ثبت) |  |
|  | تعدادشعب: اگر شعبه ای وجوددارد(نام استان ،نام موسسه، نام مدیر عامل ذکر گردد) |  |
|  | مدت زمان باقی مانده از اعتبارمجوز فعالیت : ................ ماه |  |
|  | فعالیتهای جاری موسسه: بهداشتی، درمانی حمایتی اموزشی پژوهش | |
|  | نشانی مؤسسه با آدرس مندرج در پروانه تأسیس مطابقت دارد؟ بلی خیر | |
|  | پروانه تأسیس در معرض دید مراجعان در محل مؤسسه نصب شده است ؟ بلی خیر | |
|  | درصورت داشتن آدرس اینترنتی وایمیل قید شود |  |

\*مراجع ذیصلاح شامل: وزارت کشور، نیروی انتظامی، سازمان بهزیستی می باشد.

\*\*نوع خدمتی که در مرکز درمانی ارائه می گردد. شامل: درمانگاه عمومی، درمانگاه تخصصی،دی کلینیک، بیمارستان تخصصی و...

\*\*\* شماره ثبت مؤسسه مراکز خیریه حوزه سلامت که از وزارت کشور و واحد های تابعه آن مجوز فعالیت خود را دریافت نموده اند.

|  |
| --- |
| ثبت عملکرد صورتحسابهای مالی مؤسسه در دفتر روزنامه و دفتر کل انجام می پذیرد؟  بلی خیر |
| مستندات مدارک مربوط به مشارکتهای نقدی و غیرنقدی در مؤسسه موجود می باشد؟  بلی خیر |
| موسسه کد اقتصادی دارد ؟ بلی خیر |
| موسسه دارای شماره حساب حقوقی برای جلب مشارکتهای مردمی است؟ با ذکر نام بانک افتتاح کننده حساب |
| آیا عنوان خیریه در تابلوی مرکز ذکر شده است؟ بلی خیر |
| آیا موسسه ناظر مالیاتی دارد ؟ بلی خیر |
| نوع مالکیت ساختمان مؤسسه چگونه است؟  شخصی استیجاری و قفی سایر |
| مؤسسه با سازمانها و یا خیّرین خارج از کشور ارتباط دارد؟ بلی خیر |
| زمان حضور هیأت مدیره درمؤسسه چگونه است:  حضور ثابت مستمر گردشی |
| میزان حمایت مالی موسسه از جامعه هدف چقدر بوده است؟ میزان (میزان مساعدت در طی سال منتهی به نظارت) |
| آیا موسسه دارای تعامل مناسب با مسئولین دانشگاه ها وستاد وزارت بهداشت دارد؟ بلی خیر |
| مؤسسه واحد مددکاری فعال دارد؟ بلی خیر |
| حسابرسی سالیانه توسط موسسات حقوقی و حسابرسی انجام می شود ؟ بلی خیر |
| همکاری لازم با کارشناسان معاونت اجتماعی بمنظور بازدید از مؤسسه صورت می پذیرد؟ بلی خیر |

جدول ۲ **محورفعالیت ها عملکرد مالی موسسه**

|  |
| --- |
|  |

سایر توضیحات لازم :

نام و نام خانوادگی و امضاء پایش کننده :

تاریخ پایش :

نام و نام خانوادگی و امضاء معاون اجتماعی دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی: