**هدف برنامه عملياتي : ارتقا فرایند رسیدگی به شکایات در بخشهای اورژانس**

| **رديف** | **نام فعاليت** | **مسوول اصلي**  | **همكاران**  | **از تاريخ** | **لغايت تاريخ** | **توضيحات** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **رویکرد مثبت در خصوص رسیدگی به شکایات**  | **ریاست بیمارستان** |  **مدیر بیمارستان****مترون بیمارستان****سرپرستار اورژانس** |  |  |  |
| **2** | **دریافت، بررسی، ثبت و رفع شکایت**  | **ریاست ، مدیریت** | **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |
| **3** | **سامانه پیگیری وگزارش دهی شکایات** | **معاونت درمان دانشگاه****اداره اورژانسها در وزارت بهداشت ودرمان........** | **ریاست ، مدیریت،** **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

جدول گانت فعالیتها

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هدف کلي** | **هدف اختصاصی** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمانبندی** | **هزینه** |
| **فروردین** | **اردیبهشت** | **خرداد** | **تیر** | **مرداد** | **شهریور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دی** | **بهمن** | **اسفند** |  |
| **رتقا فرایند رسیدگی به شکایات در بخشهای اورژانس** | **ایجاد رویکرد مثبت در مدیران و کارکنان نسبه به رسیدگی به شکایات** | **برآورد نوع و میزان انتظارات دریافت کنندگان و ارائه دهندگان خدمت در بخش اورژانس** | **بیماران ، همراهان وکلیه کارکنان اورژانس (پزشک،پرستار، دانشجویان، بیماربر وخدمات )و نیروهای اورژانس 115** | **مدیریت،مترون، سرپرست علمی اورژانس، سرپرستارو کارشناس امور بیمارستانی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **شناسائی نیاز های اصلی و فرعی دریافت کنندگان و ارائه دهندگان خدمت در بخش اورژانس** | **" "** | **" "** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **شناسائی ریشه های اصلی شکایات در بخش اورژانس و از بین بردن آنها** | **" "** | **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول گانت فعالیتها

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هدف کلي** | **هدف اختصاصی** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمانبندی** | **هزینه** |
| **فروردین** | **اردیبهشت** | **خرداد** | **تیر** | **مرداد** | **شهریور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دی** | **بهمن** | **اسفند** |  |
| **رتقا فرایند رسیدگی به شکایات در بخشهای اورژانس** | **برنامه ریزی برای دریافت ، بررسی،ثبت و رفع شکا یا ت** | **تعیین و توجیه مسئول رسیدگی به شکایات** | **ریاست مرکز** | **مدیریت، کارشناس امور بیمارستان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعیین روشهای جمع آوری شکایات از طریق صندوق، خط تلفن داخلی، خط تلفن خارجی و گویا و مراجعات حضوری** | **کارکنان ،مراجعین** | **ریاست، مدیریت ومترون** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعیین فرم و فرایند جمع آوری شکایات****(ضمیمه می باشد)** | **" "** | **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نصب تابلو راهنمای در خصوص نحوه رسیدگی به شکایات****(ضمیمه میباشد)** | **" "** | **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول گانت فعالیتها

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هف کلي** | **هدف اختصاصی** | **عنوان فعالیت** | **گروه هدف** | **مسئول اجرا** | **زمانبندی** | **هزینه** |
| **فروردین** | **اردیبهشت** | **خرداد** | **تیر** | **مرداد** | **شهریور** | **مهر** | **آبان** | **آذر** | **دی** | **بهمن** | **اسفند** |  |
| **ارتقا فرایند رسیدگی به شکایات در بخشهای اورژانس** | **راه اندازی سامانه پیگری و گزارش دهی شکایات** | **تهیه گزارش و ثبت روند عملکردها در دفتر مربوطه**  | **افراد شاکی ،مسئولین بیمارستان و معاونت درمان**  | **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اطلاع رسانی به شاکی در خصوص نتیجه رسیدگی و یا ادامه روند رسیدگی در صورت عدم حصول نتیجه** | **افراد شاکی** | **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تهیه لیست شکایات** **(تکمیل فرم شماره 1)** | **مسئولین بیمارستان، معاونت درمان و اداره اورژانسها در وزارت** | **مسئول رسیدگی به شکایات** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

دانشگاه علوم پزشکي ......... استان.......... شهرستان..........

فرم ارزيابي وضعيت – رسيدگي به شکايات

بخش اورژانس بيمارستان..................

**نام و نام خانوادگي بيمار:.............. تاريخ دريافت شکايت:.....................**

**کد کامپيوتري بيمار:................... تاريخ ارائه شکايت:..........................**

**شماره پرونده:.......................... تاريخ بررسي و حل و فصل:...............**

**نوع شکايت: ○** برخورد نامناسب کارکنان بخش ○ مدت اقامت در اورژانس

 ○ کيفيت ارائه مراقبتها ○هزينه ها

 ○ ساير موارد (لطفا" قيد شود):..................................................................................................................................................................

**منبع شکايت:** ○خود بيمار ○ خانواده بيمار يا نماينده او

 ○پرستار ○ پزشک

 ○پذيرش بيمارستان / حسابداري ○ سر پرستاري

 ○ساير موارد (لطفا" قيدشود):..................................................................................................................................................................

**نحوه ارائه شکایت:** ○کتبی(صندوق شکایت و ...) ○ تلفنی ○ حضوری ○ سایر

**موضوع شکايت:** .

**بررسي**:

**نتيجه**:.

**مسئول رسيدگي** :

**رونوشت**:

**محل امضاي فرد شکايت کننده: محل امضاي فرد مورد شکايت:**

***فرم شماره 1 - ليست شكايات بيمارستان........................... در ماه......***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***رديف*** | ***شماره سريال شكايت*** | ***نحوه دریافت شکایت (تلفنی، صندوق شکایات، سایر موارد)***  | ***تاريخ ارسال شكايت*** | ***تاريخ پايان رسيدگي به شكايت*** | ***فرد مورد شكايت*** | ***نوع شكايت*** | ***منبع شكايت*** | ***نتيجه بررسي*** | ***مسئول رسيدگي*** |
| **برخورد نامناسب كاركنان بخش** | **كيفيت ارائة‌مراقتبها** | **مدت زمان اقامت** | **هزينه ها** | **ساير موارد** | **خود بيمار** | **خانوادة بيمار و نمايندة‌او** | **پرسنل** | **ساير موارد** | **حل شكايت** | **ارجاع به سطح بالاتر** |
| **در بخش اورژانس** | **در بيمارستان** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***فرم شماره 2 - فرم جمع بندی شکایات بیمارستان .........***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***شکایات صندوق*** | ***شکایات تلفنی*** | ***ساير موارد*** | ***جمع كل*** |
|  | تعداد کل شکایات بخش (های ) اورژانس بیمارستان در ماه |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نوع شكايات** | کل شکایاتی که به خاطر برخورد نامناسب کارکنان بخش (های) اورژانس بیمارستان صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطر کیفیت ارائه مراقبت ها در بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطرمدت زمان اقامت در بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطر هزینه ها در بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطر سایرموارد از بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **منبع شكايات** | کل شکایاتی که توسط بیماریا خانواده بیمار صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که توسط پرسنل بیمارستان صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که توسط سایر موارد صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فرد مورد شکایت** | پزشک |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پرستار |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پرسنل اداری |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پرسنل خدماتی |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه شكايات** | کل شکایاتی که در بخش اورژانس حل شده است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که درسطح بیمارستان حل شده است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به مراکز بالاتر ارجاع شده است |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | متوسط طول مدت زمان رسبدگی به شکایات(بر حسب روز) |  |  |  |  |  |  |  |  |

***فرم شماره 3 - فرم جمع بندی شکایات دانشگاه/دانشکده ...........***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***شکایات صندوق*** | ***شکایات تلفنی*** | ***ساير موارد*** | ***جمع كل*** |
|  | تعداد کل شکایات بخش های اورژانس بیمارستان های دانشگاهی در ماه |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نوع شكايات** | کل شکایاتی که به خاطر برخورد نامناسب کارکنان بخش های اورژانس بیمارستانی ، صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطر کیفیت ارائه مراقبت ها در بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطرمدت زمان اقامت در بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطر هزینه ها در بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به خاطر سایرموارد از بخش اورژانس صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **منبع شكايات** | کل شکایاتی که توسط بیماریا خانواده بیمار صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که توسط پرسنل بیمارستان صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که توسط سایر موارد صورت گرفته است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **فرد مورد شکایت** | پزشک |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پرستار |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پرسنل اداری |  |  |  |  |  |  |  |  |
| پرسنل خدماتی |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نتيجه شكايات** | کل شکایاتی که در بخش اورژانس حل شده است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که درسطح بیمارستان حل شده است |  |  |  |  |  |  |  |  |
| کل شکایاتی که به مراکز بالاتر ارجاع شده است |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | متوسط طول مدت زمان رسبدگی به شکایات(بر حسب روز) |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\*منظور کلیه بیمارستان های دانشگاهی است وبیمارستان های خصوصی،تأمین اجتماعی،سپاه،ارتش،خیریه و ....محسوب نمی شود.*

***شکایت خود را در فرم مربوطه ثبت و در صندوق شکایات بیندارید.***

**اگر از خدمات ارائه شده در این اورژانس شکایتی دارید،**

***به مسئول رسیدگی به شکایات (........................) مراجعه نمایید.***

***با شماره تلفن .......................... تماس بگیرید.***

**به این ترتیب، شکایت شما مورد بررسی قرار گرفته و پس از حصول نتیجه، به شما اطلاع داده خواهد شد.**

**لطفا" به نکات زیر توجه فرمایید:**

1. ***نظرات خود را حتی الامکان کوتاه و روشن بیان نمایید.***
2. ***چنانچه از فرد خاصی شکایت دارید نام و مشخصات وی را ذکر نمایید.***
3. ***شماره تماس خود را جهت اطلاع نتیجه نهایی، قید نمایید.***