



۱-هدف: هدف از تدوین این سند در بیمارستان نیکان غرب به شرح ذیل می باشد:

۱-۱-دستیابی به سطوح اعتباربخشی سنجه ج-۲ احترام به حقوق گیرندگان خدمت

۱-۲-ایجاد فرایندی موثر و کارآمد جهت رسیدگی به امور مددجویان و مراجعین براساس ایده ها، پیشنهادات، انتقادات و شکایات آنها

۱-۳-انجام روند پیگیری امور بیماران به طور مستمر توسط بیمارستان در جهت جلب رضایت مددجو

۱-۴-بهبود و توانایی بیمارستان برای تشخیص عوامل منجر به رضایتمندی مراجعین و رفع دلایل احتمالی بروز عدم انطباق

۱-۵-بررسی و تجزیه تحلیل مستمر نتایج حاصل از نظرسنجی ها در جهت بهبود روند رسیدگی به شکایت

۲-دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش های درمانی، واحدهای غیردرمانی و دفتر رسیدگی به امور بیماران در بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

۳-تعاریف:

۳-۱-**شکایت:** بیان نارضایتی به سازمان در ارتباط با محصول یا خدمات آن و یا خود فرایند رسیدگی به شکایات، جایی که پاسخ یا حل مشکل به صراحت یا به صورت ضمنی مورد انتظار است.

۳-۲-**شکایت کننده:** فرد یا سازمان یا نماینده وی که موضوع یا ارائه خدمتی بر خلاف انتظار وی اتفاق افتاده و منجر به نارضایتی وی گردیده است.

۳-۳-**مشتری:** فرد یا سازمانی که می تواند محصول یا خدماتی را از فرد یا سازمان دریافت کند.

۳-۴-**رسیدگی به شکایت:** فرایندی موثر برای شناسایی و کشف نواقص و استخراج اطلاعات مورد نیاز از شکایات صورت گرفته در جهت ارتقای کیفیت خدمات می باشد. روش های ارائه شکایت به صورت:

*مراجعه تلفنی، مراجعه حضوری، ارسال شکایت به صورت کتبی، الکترونیکی، دریافت نظرات از طریق صندوق رسیدگی به شکایت و همراهان بیمار و دریافت نظرات یک هفته پس از ترخیص توسط گروه نظرسنجی بیمارستان می باشد.

۳-۵-**سطح بندی رسیدگی به شکایات:** منظور از سطح بندی تعیین زمان مناسب جهت رسیدگی به امور بیماران می باشد.

۳-۵-۱-**آنی:** به صورت حضوری و بلافاصله در صحنه با پیگیری میدانی صورت می پذیرد.

۳-۵-۲-**فوری:** به صورت حضوری تلفنی و بلافاصله انجام می شود.

۳-۵-۳-**رسیدگی برحسب اولویت:** ارجاع شکایت به واحد مربوط جهت پاسخدهی و رسیدگی به شکایات پایان روزکاری

۳-۵-۴-**رسیدگی بدون اولویت:** بر حسب حساسیت موضوع و نوبت بندی برای پیگیری در اولین فرصت و ارجاع شکایت به واحد مربوطه جهت پاسخ دهی

۳-۶-**رضایت مددجو:** برداشت مددجو از میزان انتظاراتش که توسط بیمارستان برآورده شده است.



تبصره ۱: شکایات یک شاخص رایج از رضایت بیمار است، اما نبود آن لزوماً به معنای رضایت بیمار نیست حتی زمانی که بر سر نیازها با مددجو توافق شده و برآورده شده باشند، این امر لزوماً رضایت بالای مددجو را تضمین نمی کند.

۷-۳- بازخورد مددجو: منظور از بازخورد مددجو ایده ها، نظرات و بیان علاقه های مددجو به یک محصول، یک سرویس یا فرایند رسیدگی به شکایات، نظرات، انتقادات و پیشنهادات در بیمارستان می باشد.

۸-۳- خدمات مددجو: منظور از خدمات مددجو تمام تعاملاتی است که بیمارستان با مددجو در جهت دریافت سرویس های درمانی و غیردرمانی دارد.

۹-۳- ذینفع: فرد یا سازمانی که میتواند در فرایند رسیدگی به امور بیماران یا مددجویان تاثیر گذار باشد، تحت تاثیر قرار بگیرد یا براین باور است که میتواند تحت تاثیر یک تصمیم یا فعالیت قرار بگیرد.

۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند اطمینان از رعایت حقوق بیماران، تسهیل خدمات برای بیماران و کاهش نارضایتی و موارد عدم انطباق در بیمارستان، مطابق با اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی، ویرایش پنجم، سال ۱۴۰۱ می باشد.

۵- مسئولیت ها و اختیارات:

۱-۵- کارشناس تجارب بیماران مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه ی زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارد.

۲-۵- مدیران ارشد مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند را توسط تمام پرسنل بیمارستان در کلیه بخش های درمانی و واحدهای غیردرمانی بر عهده دارند.

۳-۵- مسئولین واحدهای درمانی و غیر درمانی مسئولیت اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

۶- شیوه انجام کار:

گام	مسئول اجرا
۱-۶- صندوق رسیدگی به شکایات در جایگاه انتظار بیماران طبقه همکف (لابی) نصب می شود و فرم های رسیدگی به شکایت داخل صندوق جمع آوری می گردد.	کارشناس تجارب بیماران
۲-۶- فرم های تکمیل شده پیشنهاد، انتقاد، شکایت و ایده در کلیه بخش های بیمارستان و دفتر پرستاری جمع آوری می شود. تبصره ۲: شیوه های ثبت انتقادات-شکایات و نظرات و پیشنهادات بشرح ذیل است: ۱. صندوق صوتی به شماره ۰۲۱-۲۹۱۲۴۰۵۸ ۲. صندوق فیزیکی مستقر در لابی و محل انتظار مراجعین کلینیک ۳. QR-code نصب شده در آسانسورها جهت ثبت در سایت بیمارستان ۴. سایت بیمارستان تبصره ۳: شماره تلفن ۰۹۹۳۳۲۱۶۲۷۰-۰۹۹۳۳۲۱۶۲۷۱ برای ارسال پیامک و تماس های بیماران و مراجعین جهت انتقال شکایات اختصاص یافته است.	کارشناس تجارب بیماران



کارشناس تجارب بیماران	تبصره ۴: شکایات در ساعات اداری توسط دفتر رسیدگی به امور بیماران و در ساعات غیراداری توسط سوپروایزر بالینی مورد بررسی قرار می گیرد.
فرد متقاضی - کارشناس تجارب بیماران	۳-۶- در صورت طرح پیشنهاد، انتقاد، شکایت و ایده مراجعین به صورت حضوری و غیر حضوری، فرم مخصوص تکمیل می شود.
کارشناس تجارب بیماران	۴-۶- پس از تکمیل فرم رسیدگی به پیشنهاد، انتقاد، شکایت و ایده، اطلاعات مربوط در نرم افزار / اکسل ثبت می شود و در صورت درخواست متقاضی کد رهگیری به هر طرح اختصاص یافته و در اختیار فرد قرار داده می شود.
کارشناس تجارب بیماران	۵-۶- شکایات واصله (اعم از شکایات فوری و غیر فوری و حضوری و غیرحضوری) مورد بررسی اولیه قرار می گیرد.
کارشناس تجارب بیماران	۶-۶- پس از بررسی شکایات واصله، به واحد های مربوطه ارجاع داده می شود.
مسئول بخش	۷-۶- نتیجه بررسی شکایات فوری (پاسخ به شکایت) جهت اعلام به فرد شاکی ظرف همان روز به کارشناس تجارب بیماران اطلاع داده می شود.
مسئول بخش	۸-۶- نتیجه رسیدگی به امور بیماران (پاسخ به شکایت) غیر فوری جهت اعلام به فرد شاکی نهایت تا ۷۲ ساعت به کارشناس تجارب بیماران اطلاع داده می شود.
کارشناس تجارب بیماران	۹-۶- نتایج بررسی شکایات (پاسخ به شکایت) واصله از هر بخش، به صورت تلفنی یا در صورت مراجعه شاکی به صورت حضوری، اعلام می گردد. تبصره ۵: پاسخ به شکایت می تواند شامل: بازپرداخت، جایگزینی، تعمیر و اصلاح، اطلاعات، ارجاع، کمک مالی، جبران خسارت، معذرت خواهی، هدیه و نشانه ای مبنی بر تغییرات در محصولات و خدمات و فرایندها باشد.
کارشناس تجارب بیماران	۱۰-۶- در صورتی که که شاکی پس از اطلاع نتیجه بررسی شکایت متقاعد و راضی شود، نتیجه نهایی در نرم افزار/اکسل ثبت و بایگانی می شود و خاتمه می یابد.
کارشناس تجارب بیماران	۱۱-۶- در صورتی که شاکی متقاعد نشود، مجدداً پروسه رسیدگی به شکایت انجام می شود و در صورت نیاز با کمیته تخصصی اخلاق بالینی مطرح می شود و نتیجه اعلام می گردد.
کارشناس تجارب بیماران	۱۲-۶- در صورت عدم رضایت مجدد شاکی و نیاز به پیگیری شکایت در خارج از بیمارستان شکایت مربوطه به واحدهای مربوطه (معاونت درمان دانشگاه مرجع- مدیر گروه ها) ارجاع می گردد.
کارشناس تجارب بیماران	۱۳-۶- در صورت عدم رضایت شاکی به هیچ طریقی، اقدامات انجام شده به فرد شاکی اعلام می شود و پرونده پایان می یابد و نتیجه نهایی در نرم افزار ثبت می گردد.
کارشناس تجارب بیماران	۱۴-۶- موارد پزشکی قانونی بررسی و نتیجه به کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی نسوج اعلام می گردد.
کارشناس تجارب بیماران	۱۵-۶- مواردی مانند عدم رعایت حریم خصوصی، تعرض به اموال به واحد های بالاتر اعلام می شود.
کارشناس تجارب بیماران	۱۶-۶- به صورت منظم اطلاعات فرایند رسیدگی به شکایت جمع آوری می شود.
دبیر کمیته اخلاق بالینی	۱۷-۶- کمیته اخلاق بالینی جهت بررسی شکایات هر ماه و تحلیل اقدامات انجام شده و بهبود فرایندها و شناسایی علل ایجاد شکایت و برنامه ریزی جهت اقدامات پیشگیری کننده، به صورت ماهیانه برگزار می شود.



تبصره ۶: اقدامات منظم برای تعیین سطوح رضایت شاکیان از روند رسیدگی به شکایات / انتقاد/ پیشنهاد و ایده به صورت نظرسنجی تصادفی از شاکیان یا تماس های تلفنی باید انجام شود.	دبیر کمیته اخلاق بالینی
---	-------------------------

۷- پایش و نظارت:

۷-۱- پایش: فرمت و اجرای چک لیست پایش توسط کارشناس تجارب بیماران با همکاری مسئول بهبود کیفیت به صورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش هر ۳ ماه یکبار توسط کارشناس تجارب بیماران به کمیته اخلاق بالینی مطرح خواهد شد.

۷-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:

۷-۲-۱- نظارت بر عملکرد پرستاران در اجرای در ست خط مشی و فرایند به ترتیب بر عهده سرپرستاران، سوپروایزران و نماینده رسیدگی به امور بیماران می باشد.

۷-۲-۲- نظارت بر عملکرد سایر زیرگروه های درمان در اجرای درست خط مشی و فرایند به ترتیب بر عهده نماینده رسیدگی به امور بیماران و مدیر درمان خواهد بود.

۷-۲-۳- نظارت بر عملکرد زیر گروه پشتیبانی در اجرای در ست ارزیابی اولیه به ترتیب بر عهده نماینده رسیدگی به شکایات و مدیر اجرایی خواهد بود

تبصره ۷: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط کارشناس تجارب بیماران به رییس بیمارستان، به صورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

۸- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۸-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته اخلاق بالینی مرجع تایید این سند خواهد بود.

۸-۲- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

۸-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.

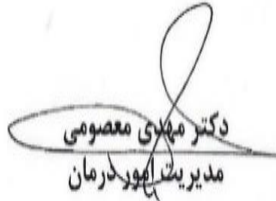
۸-۴- بازنگری: این سند توسط مسئول رسیدگی به امور بیماران و بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر بهبود کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

۹- منابع و مراجع:

۹-۱- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

۹-۲- گواهینامه ایزو ۱۰۰۲، ایزو ۱۰۰۱ و ایزو ۱۰۰۴



فاطمه کریم نژاد نیارق-کارشناس تجارب بیماران		تکتم سبحانی- مسئول بهبود کیفیت		تهیه کنندگان	
					
دکتر مهدی معصومی-مدیر درمان		تایید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته اخلاق بالینی مورخ ۱۴۰۴/۱۲/۰۴	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
					
دفتر سنجش و پایش کیفیت		نسخه کپی		توزیع نسخ	
				تاریخ بازنگری بعدی بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۶/۰۵/۳۱ کنترل شد بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۵/۰۴/۳۱	