

کتابچه عمومی

مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی طالقانی

ویژه نیروهای جدید الورد

دفتر بهبود کیفیت ۱۳۹۱

تهیه کننده: واحد آموزش

فهرست کتابچه

۳	..... معرفی مرکز
۳	..... چشم انداز ، رسالت، خط مشی و ارزشهای حاکم بر مرکز
۳	..... ویژگیهای بومی منطقه
۴	..... منشور اخلاقی بیمارستان
۴	..... معرفی سرویس های درمانی و واحدهای پاراکلینیک مرکز
۴	..... راهنمای طبقات
۵	..... راهنمای بدو ورود
۵	..... استانداردهای ملی پوشش و کارکنان موسسات پزشکی
۵	..... ویژگیهای بومی
۶	..... قوانین و مقررات انضباطی
۶	..... قوانین و مقررات مالی و اداری
۷	..... مسیر ارتقا شغلی
۹	..... مقررات مربوط به تاخیر و تعجیل
۱۱	..... مدیریت خطر
۱۳	..... ایمنی بیمار
۱۴	..... کنترل عفونت
۱۵	..... مدیریت بحران
۱۶	..... منشور حقوق بیمار در ایران

معرفی مرکز

تاریخچه مرکز:

با تاکید مقام معظم رهبری مبنی بر ضرورت وجود بیمارستان های امدادی در میادی ورودی شهر مقدس مشهد طرح بیمارستان امراض پوستی در شورای اداری استان، تصویب و ساخت و بازسازی آن در اواخر سال ۱۳۸۴ توسط رئیس محترم دانشگاه در دستور کار دانشگاه قرار گرفت. این بیمارستان در شهریورماه ۱۳۸۶ بعنوان اولین بیمارستان امداد جاده ای استان، با نام بیمارستان سوانح طالقانی با حضور وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی افتتاح گردید و با توسعه بیمارستان و افتتاح فاز دوم آن، در سال ۹۱ به نام مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی نامگذاری شد. شایان ذکر است در حال حاضر این بیمارستان دارای ۱۶۰ تخت مصوب و ۲۰۶ تخت فعال در بخش های بستری، اورژانس و آی سی یو، ۶ اتاق عمل مجهز، درمانگاه های ارتوپدی، جراحی، جراحی اعصاب، داخلی، قلب، و واحدهای آزمایشگاه، سی تی اسکن و رادیولوژی می باشد.

چشم انداز، رسالت، خط مشی و ارزشهای حاکم بر مرکز

چشم انداز بیمارستان:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی قصد دارد در افق ۱۳۹۴ در راستای سیاست های بخش سلامت کشور و برنامه راهبردی دانشگاه با استفاده از امکانات، توانایی های علمی و فناوری های نوین ضمن تبدیل شدن به مرکز مجهز ترومای شمال شرق کشور به ارائه خدمات درمانی، تخصصی به کلیه زائرین و مجاورین مراجعه کننده بپردازد.

بیانیه مأموریت:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی مشهد متعهد می شود با استناد به ارزشهای متعالی اسلامی به کلیه بیماران ترومایی شمال شرق کشور و مراجعین خدمات درمانی تخصصی ارائه نماید.

اصول و ارزشهای سازمان:

با تکیه بر ارزشهای والای اسلامی و تاکید بر گسترش و نهادینه کردن:

تعهد و وجدان کاری

امانت داری و حفظ حریم شخصی و ایمنی بیماران و کارکنان

رعایت نظم در امور

صداقت و عدالت در ارائه خدمات

احترام و تکریم ارباب رجوع

حفظ و ارتقاء کیفیت خدمات

تأمین کنندگان و خدمت گیرندگان:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی زیر مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد و با سازمان های بیمه نظیر بیمه خدمات درمان، بیمه روستایی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و کمیته امداد قرارداد دارد. همچنین این بیمارستان از تأمین کنندگان لوازم تجهیزات پزشکی و شرکت های توزیع کننده دارو و ملزومات پزشکی مصرفی جهت تأمین اقلام مورد نیاز خود استفاده می نماید.

ویژگیهای بومی منطقه

- گردشگری سلامت و زائرین حرم امام رضا (ع)

- همجواری شهرکهای صنعتی با بیمارستان و جذب مصدومین حوادث حین کار

- حمایت دانشگاه از سیاستهای ارتقاء خدمات درمانی و آموزشی و پژوهشی بیمارستان

- استفاده از امکانات امداد هوایی و انتقال مجروحین توسط مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی دانشگاه

- نبودن بیمارستان ترومای دیگر در محدوده شمال غرب مشهد

- فقدان بیمارستانهای تخصصی و مجهز به متخصصین تروما در شهرستانهای محور شمال غرب مشهد

- استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات تخصصی

- استفاده از اعتبارات آموزشی دانشگاه و وزارتخانه جهت اجرای برنامه های آموزشی و درمانی و پژوهشی بیمارستان

- ضعف فرهنگی مراجعین بومی منطقه

- مخاطره آمیز بودن سفرهای جاده ای محور شمال غرب مشهد

- نوسان شدید مراجعه بیماران در ایام تعطیلات

- دوری بیمارستان از مراکز درمانی و تشخیصی و سایر سازمانهای دولتی

- عدم جذب مناسب مشارکت های مردمی و خیرین

منشور اخلاقی بیمارستان

۱. کارکنان این بیمارستان، خود را متعهد به خدمت صادقانه به مردم دانسته و ایمان دارند که رضای خالق وابسته به رضای مخلوق است.
۲. کوشش در بکارگیری و استفاده بهینه از فن آوریهای جدید و آماده سازی فضای مناسب به منظور ارائه خدمات مطلوب و ارزنده به مشتریان جزء اولویتهای این مرکز است.
۳. داشتن صداقت، صمیمیت و خوشرویی توأم با برخورد مسئولانه نسبت به مراجعین و پاسخگو بودن در مقابل عملکرد وظیفه همه ماست.
۴. تلاش در جهت ارائه خدمت با کیفیت مطلوب، درمان صحیح و به موقع بیماران و تلاش در جهت جلب رضایت آنها هدف ماست.
۵. وقت شناسی، نظم و ترتیب در امور، داشتن جدیت و دلسوزی در ارائه خدمت و تلاش برای درک و پاسخگویی به توقعات مراجعین جزء وظایف کارکنان است.
۶. حفظ نظم و آراستگی ظاهری، رعایت نزاکت و احترام نسبت به بیمار وظیفه دیگر ماست.
۷. موفقیت ما در گرو کار گروهی بوده و ارتقاء مستمر کیفیت، و توسعه همه جانبه هدف ماست.
۸. این مرکز باور دارد که مشتریان داوران نهایی کیفیت خدمات و دلیل بقاء هرسازمانی می باشند بنابراین در جهت حفظ و ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات و در نهایت رضایت بیماران تلاش مستمر خواهیم نمود.

معرفی سرویس های درمانی و واحدهای پاراکلینیک مرکز

واحدهای پاراکلینیکی	سرویس های درمانی
آزمایشگاه تشخیص طبی	بخش اورژانس
رادیولوژی	بخش تروما
سی تی اسکن	بخش سوانح حاد (مولتی تروما)
سونوگرافی	بخش جراحی عمومی
اکو کاردیوگرافی	بخش ای سی یو
	اتاق عمل
	بخش ارتوپدی
	بخش جراحی اعصاب
	بخش داخلی اعصاب و داخلی

راهنمای طبقات

سوانح حاد	طبقه همکف	سالن سمت راست
بخش داخلی و داخلی اعصاب	طبقه اول	
سوانح	طبقه همکف	سالن سمت چپ
بخش جراحی عمومی	طبقه اول	
بخش جراحی ارتوپدی	طبقه دوم	
بخش جراحی اعصاب	طبقه سوم	

راهنمای بدو ورود

۱. نیروی اداری : مراجعه به واحد امور اداری برای معرفی به واحدهای زیربط و کسب اطلاعات در خصوص چگونگی اشتغال و آشنایی با فرایند کاری مرکز و واحد مربوطه.
۲. نیروی درمان : مراجعه به دفتر پرستاری برای معرفی به واحدهای زیربط و کسب اطلاعات در خصوص چگونگی اشتغال و آشنایی با فرایند کاری مرکز و واحد مربوطه.
۳. مراجعه به واحد کارگزینی جهت تشکیل پرونده پرسنلی و صدور حکم کارگزینی به همراه واره مدارک هویتی از جمله شناسنامه به همراه کپی، کارت ملی به همراه کپی، عکس و ...).
۴. مراجعه به واحد کارگزینی به منظور تعریف کدشناسایی در دستگاه تایمکس برای ثبت ورود و خروج .
۵. مراجعه به واحد دریافت و پرداخت جهت معرفی فرد به سازمان تامین اجتماعی برای اخذ شماره بیمه تامین اجتماعی و راهنمایی وی برای افتتاح حساب حقوقی.
۶. مراجعه به واحد دفتر مدیریت کیفیت با به همراه داشتن عکس پرسنلی برای دریافت اتیکت شناسایی.

استاندارهای ملی پوشش و کارکنان موسسات پزشکی

- ۱) لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف ، متحد الشكل باشد .
- ۲) استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس ممنوع است .
- ۳) پوشش افراد باید سالم ، تمیز ، دگمه ها بسته ، اطو کشیده ، گشاد با ضخامت مناسب به نحوی که لباس زیر قابل رویت نباشد . شلوار نباید تنگ ، چسبان ، کشی یا کوتاه (بالاتر از مچ) باشد.
- ۴) کفش باید تمیز ، جلو بسته ، قابل شستشو ، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه ، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد .
- ۵) زیور آلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند .
- ۶) استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد .
- ۷) ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط های ارائه خدمات درمانی ممنوع است .
- ۸) با توجه به قداست محیط کار و سعی در ایجاد محیطی همراه با آرامش برای بیمار ، رعایت شئونات و حجاب اسلامی الزامی بوده و استفاده از هر نوع آرایشی در محیط کار ممنوع می باشد و در صورت هر گونه تخلفی، توبیخ کتبی خواهید داشت .

نقاط قوت و ضعف مرکز

نقاط قوت

- گردشگری سلامت و زائرین حرم امام رضا (ع)
- همجواری شهرکهای صنعتی با بیمارستان و جذب مصدومین حوادث حین کار
- حمایت دانشگاه از سیاستهای ارتقاء خدمات درمانی و آموزشی و پژوهشی بیمارستان
- استفاده از امکانات امداد هوایی و انتقال مجروحین توسط مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی دانشگاه
- نبودن بیمارستان ترومای دیگر در محدوده شمال غرب مشهد
- فقدان بیمارستانهای تخصصی و مجهز به متخصصین تروما در شهرستانهای محور شمال غرب مشهد
- استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات تخصصی
- استفاده از اعتبارات آموزشی دانشگاه و وزارتخانه جهت اجرای برنامه های آموزشی و درمانی و پژوهشی بیمارستان

نقاط ضعف

- ضعف فرهنگی مراجعین بومی منطقه
- مخاطره آمیز بودن سفرهای جاده ای محور شمالغرب مشهد
- نوسان شدید مراجعه بیماران در ایام تعطیلات

- دوری بیمارستان از مراکز درمانی و تشخیصی و سایر سازمانهای دولتی
- عدم جذب مناسب مشارکت های مردمی و خیرین

قوانین و مقررات انضباطی

- در شیفت صبح، ورود ساعت ۷ و خروج ساعت ۱۳:۳۰
- ثبت اثر انگشت شما در هنگام ورود و خروج الزامی است.
- در صورت داشتن هر گونه مشکلی در رابطه با بخش و شیفت های کاری مسئول واحد شما بهترین فردی است که می تواند به شما کمک نماید.
- ورود و خروج به موقع شما اهمیت بسیار در حفظ نظم بیمارستان داشته و بایستی رعایت شود.
- دو ماه پس از شروع کار در واحد مربوطه توسط چک لیستی که بوسیله واحد آموزش تهیه شده است ارزیابی خواهید شد.
- * هر گونه ابتکار و خلاقیت شما در زمینه ارائه بهتر خدمات درمانی و مراقبتی و آموزشی مورد استقبال قرار خواهد گرفت .
- * در صورت تمایل برای استفاده از امکانات کتابخانه بیمارستان می توانید با داشتن فتوکپی حکم کارگزینی و ۲ قطعه عکس جهت عضویت در کتابخانه بیمارستان اقدام نمایید .
- * در صورتی که کار شخصی در داخل بیمارستان دارید (از قبیل رفتن به بانک - رفتن به فروشگاه و ...) بایستی حتماً بامسئول واحد هماهنگی نمایید تا اختلالی در کار بخش ایجاد نشود .
- * جهت انجام امور اداری و شخصی خارج از بیمارستان در ساعت شیفت کاری می توانید از پاس ساعتی استفاده نمایید . میزان پاس ساعتی از مرخصی سالانه شما کسر خواهد شد .
- * برای استفاده از پاس ساعتی بایستی حتماً از مسئول واحد کسب اجازه نموده و با اطلاع مافوق و پس از پر کردن فرم مخصوص پاس ساعتی از آن استفاده نمایید .
- * جهت گرفتن مرخصی استحقاقی بایستی فرم مخصوص مرخصی را پر نموده و پس از تایید مسئول و با هماهنگی استفاده نمایید .
- * در صورت وقوع هر نوع بیماری می توانید به پزشک اورژانس بیمارستان و یا هر پزشک متخصص مراجعه نموده و در صورتی که مرخصی استعلاجی برایتان داده شد، آن را به تایید پزشک معتمد بیمارستان رسانده پس در اسرع وقت آن را به مسئول واحد تحویل نمایید .
- * خوردن و آشامیدن و آدامس جویدن ممنوع است .
- * استعمال دخانیات در فضاهای مسقف بیمارستان اکیداً ممنوع است .
- * استفاده از تلفن همراه بر بالین بیمار ممنوع است.
- * هرگونه تصویر برداری و فیلمبرداری از بیمار با استفاده از تلفن همراه ممنوع می باشد.
- * ارتباط مناسب و محترمانه با تمامی مراجعین سیاست ماست .

قوانین و مقررات مالی و اداری

مرخصی استحقاقی

- ماده ۱- مرخصی استحقاقی مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او تعلق می گیرد و طبق مقررات این آیین نامه جزاً یا کلاً قابل استفاده است.
- تبصره- افرادی که طبق ماده ۶۷ قانون استخدام کشوری مجدداً استخدام می شوند می توانند از مرخصی استحقاقی ذخیره شده قبلی خود طبق مقررات این آیین نامه استفاده نمایند.
- ماده ۲- مرخصی کمتر از یک روز جزو مرخصی استحقاقی منظور می شود و حداکثر مدت مرخصی موضوع این ماده از دوازده روز در یکسال تقویمی تجاوز نخواهد کرد.
- تبصره- بانوانی که فرزند شیرخوار داشته و فرزند آنها از شیر مادر استفاده می نماید، می توانند تا هنگام دو سالگی فرزند شیرخوار خود، از مرخصی ساعتی تا سقف مرخصی استحقاقی (شامل مرخصی استحقاقی سالیانه به اضافه مرخصی ذخیره شده) خود استفاده نمایند.
- ماده ۳- جز در مورد مرخصی موضوع ماده ۲، در اعطای دو مرخصی استحقاقی باید حداقل یک روز غیر تعطیل فاصله باشد.
- ماده ۴- کارگزینی های وزارتخانه ها و موسسات دولتی مکلفند در فروردین ماه هر سال جدول اسامی مستخدمین ادارات را که متضمن مدت مرخصی استحقاقی هر یک از آنان باشد تنظیم کنند و برای روسای ادارات مربوط ارسال دارند.
- ماده ۵- رییس اداره از لحاظ این آیین نامه مدیر هر واحد سازمانی است که بدون در نظر گرفتن موقع و عنوان آن واحد، اختیار اخذ تصمیم دوباره مرخصی های مستخدمین حوزه مدیریت خود را از طرف وزیر یا رییس موسسه دولتی دارا باشد.
- ماده ۶- استفاده از مرخصی استحقاقی موکول به تقاضای کتبی مستخدم و موافقت کتبی رییس واحد مربوط و در غیاب او معاون وی است. هر کارمند موظف است در طول سال مرخصی استحقاقی سالیانه خود را درخواست نماید و رییس یا معاون واحد مربوط نیز موظفند ترتیبی اتخاذ نمایند تا امکان استفاده کارمندان از مرخصی سالیانه «به میزان استحقاق» فراهم گردد و با درخواست ایشان در این زمینه با در نظر گرفتن زمان مناسب، موافقت نمایند.

- ماده ۷- هر گاه رییس اداره بنا به مصالح اداری با تقاضای مرخصی مستخدم از حیث مدت یا موقع استفاده موافقت نکند، اعطای آن را با توافق مستخدم به وقت دیگری که از تاریخ مورد تقاضای اولیه وی بیش از شش ماه فاصله نداشته باشد موکول می‌کند و در صورتی که مستخدم نتواند ضمن مدت شش ماه مذکور از این مرخصی استفاده کند مرخصی مزبور ذخیره خواهد شد.
- ماده ۸- هر مستخدمی که تحصیل مرخصی نموده، باید از تمام آن مرخصی استفاده کند مگر آن که بنا به ضرورت رییس اداره مربوط او را دعوت به کار نماید که در این صورت نسبت به مرخصی استفاده نشده باید طبق ماده ۷ عمل شود.
- ماده ۹- هیچ مستخدمی به اختیار نمی‌تواند در هر سال بیش از پانزده روز از مرخصی استحقاقی سالانه خود را ذخیره نماید و هر گاه از بقیه مرخصی مذکور به اختیار استفاده نکند، مدت زاید بر پانزده روز ذخیره نخواهد شد.
- ماده ۱۰- حداکثر مدتی که مستخدم در یک سال تقویمی می‌تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده نماید جمعاً از چهار ماه تجاوز نخواهد کرد. چنین مستخدمی هر گاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یک سال تمام خدمت کرده باشد.
- ماده ۱۱- مستخدمی که در حال مرخصی استحقاقی است می‌تواند تقاضا کند مرخصی او تمدید شود و در این صورت تاریخ شروع مرخصی اخیر بلافاصله بعد از انقضای مرخصی قبلی خواهد بود.
- ماده ۱۲- در صورتی که تصمیم رییس اداره در مورد تمدید مرخصی به مستخدم ابلاغ نشده باشد، مستخدم مکلف است در پایان مدت مرخصی در پست خود حاضر شود.
- ماده ۱۳- حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی است الزامی می‌باشد و در این مدت رییس اداره وظایف او را به مستخدم یا مستخدمین دیگر محول می‌کند.
- ماده ۱۴- با مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی بیمار شود مطابق مقررات فصل دوم رفتار خواهد شد و مرخصی استحقاقی استفاده نشده وی ذخیره می‌گردد.
- ماده ۱۵- موافقت با تقاضای مرخصی استحقاقی استفاده نشده مستخدمین در هنگام بازنشستگی با رعایت مقررات مربوط الزامی است و در این مورد حفظ پست سازمانی مستخدم ضروری نمی‌باشد.
- تبصره- در مورد مشمولین ماده ۷۷ قانون استخدام کشوری اعطای مرخصی موکول به آن است که مستخدم در مهلت مناسبی قبل از رسیدن به سن شصت و پنج سالگی تقاضای مرخصی کرده باشد.
- ماده ۱۶- حداکثر مدت مرخصی موضوع ماده ۱۵ این آیین‌نامه و تبصره آن از چهار ماه تجاوز نخواهد کرد و محدودیت مندرج در ماده ۱۰ این آیین‌نامه شامل مستخدمین موضوع ماده ۱۵ این آیین‌نامه و تبصره آن نیست ولی در این مورد حفظ پست سازمانی این قبیل مستخدمین ضروری نمی‌باشد.
- تبصره- در صورتی که به دلیل حساسیت شغلی با رعایت سایر مواد این آیین‌نامه و به تشخیص دستگاه، موافقت با مرخصی مستخدم امکان پذیر نباشد و میان ذخیره مرخصی مستخدم بیش از چهار ماه گردد، صرفاً آن میزان از مرخصی مذکور که از تاریخ ابلاغ آیین‌نامه (۴/۱۱/۶۸) به بعد مازاد بر چهار ماه شده است از محدودیت چهار ماه مندرج در این ماده مستثنا می‌باشد.
- ماده ۱۷- تعطیلات فصلی مستخدمین رسته آموزشی و دیگر مستخدمینی که از این نوع تعطیلات استفاده می‌کنند تا میزان یک ماه در سال به حساب مرخصی استحقاقی آنان در همان سال منظور می‌شود.
- این قبیل مستخدمین چنانچه در طول سال به عللی به میزان کمتر از تعطیلات فصلی استفاده نمایند ملزم می‌باشند با درخواست مرخصی، مازاد مدت تا یک ماه را در طول سال تحصیلی از مرخصی، مازاد مدت تا یک ماه را در طول سال تحصیلی از مرخصی استحقاقی با رعایت مقررات این آیین‌نامه استفاده نمایند و چنانچه رییس اداره یا معاون اداری و مالی وی بنا به مصالح اداری با درخواست مرخصی مزبور موافقت ننماید و بدین وسیله امکان استفاده از این مرخصی تا پایان سال تحصیلی برای فرد فراهم نگردد، این مرخصی برای سال بعد ذخیره خواهد شد. اجرای مفاد این ماده از تاریخ ابلاغ می‌باشد (۴/۱۱/۶۸).
- تبصره- اعطای مرخصی استحقاقی به میزان حداکثر یک ماه به مشمولین طرح طبقه‌بندی مشاغل معلمان برای یک بار در طول مدت خدمت فقط به منظور انجام مناسک حج تمتع (حج واجب) در ایام تشریف به مکه مکرمه و مدینه منوره با رعایت سایر مقررات این فصل امکان پذیر خواهد بود و مدت مرخصی استفاده شده موضوع این تبصره از تعطیلات فصلی آنان در همان سال تحصیلی کسر می‌گردد.
- ماده ۱۸- حقوق و فوق‌العاده‌های ایام مرخصی استحقاقی مستخدم که به مدت خدمت خارج از کشور وی تعلق می‌گیرد در صورتی که آن مرخصی در خارج از کشور مورد استفاده واقع شود به ارز قابل پرداخت است.
- ماده ۱۹- به مرخصی استعلاجی که از چهار ماه تجاوز نماید نسبت به مدت زاید بر چهار ماه و به دوران مرخصی بدون حقوق و آمادگی به خدمت و تعلیق و برکناری از خدمت و انفسال و خدمت زیر پرچم و غیبت موجه، استحقاقی تعلق نمی‌گیرد.
- معدوریت بانوان باردار که وضع حمل آنان دوقلو به بالا باشد مشمول محدودیت چهارماه موضوع این ماده نمی‌باشد.
- ماده ۲۰- مرخصی استحقاقی که مستخدمین تا تاریخ تصویب این آیین‌نامه ذخیره کرده‌اند محفوظ است ولی ترتیب استفاده از آن تابع مقررات این آیین‌نامه خواهد بود.
- تبصره- کارکنان غیررسمی دستگاههای دولتی که طبق مقررات قانونی به استخدام رسمی پذیرفته می‌شوند، چنانچه قبل از پذیرفته شدن به استخدام رسمی، حسب مقررات یا مفاد قرارداد استخدامی حاکم بر وضعیت خود حق استفاده از مرخصی استحقاقی را داشته و این مرخصی طبق همان مقررات قابل ذخیره شدن بوده و ذخیره شده باشد، پس از تبدیل وضع می‌توانند با رعایت مقررات این فصل از مرخصی ذخیره شده مذکور استفاده نمایند.

مرخصی استعلاجی

- ماده ۲۱- هر گاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاه‌ترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد و در موارد کمتر از دو روز گواهی پزشک را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت و در موارد ده روز و بیشتر، در پایان روز دهم به رییس یا معاون واحد مربوطه جهت ارجاع به کارگزینی ارسال دارد.
- ماده ۲۲- کارگزینی مکلف است گواهی پزشک معالج مستخدم را برای اظهار نظر نزد پزشک معتمد وزارتخانه یا موسسه دولتی متبوع ارسال دارد و در صورتی که مفاد گواهی مورد تایید قرار گیرد حکم مرخصی استعلاجی را صادر نماید.
- تبصره ۱- در صورتی که دستگاه ذی ربط پزشک معتمد در اختیار نداشته باشد، سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان استان مکلف به همکاری و معرفی پزشک معتمد از میان پزشکان سازمان خواهند بود.
- تبصره ۲- اگر مستخدم به نظر دستگاه ذی ربط معترض باشد موضوع به کمیسیون پزشکی ارجاع می‌شود و نظر این کمیسیون قطعی خواهد بود.
- ماده ۲۳- کمیسیون پزشکی حداقل مرکب از سه نفر پزشک خواهد بود که بنا به درخواست دستگاه متبوع مستخدم و با توجه به نوع بیماری توسط سازمانهای منطقه‌ای بهداشت، درمان و آموزش و پزشکی تعیین خواهد شد. سازمانهای مذکور مکلفند در اسرع وقت کمیسیون را تشکیل و نتیجه را به دستگاه ذی ربط اعلام نمایند.
- ماده ۲۴- تشخیص ابتلای مستخدم به بیماری صعب‌العلاج و تعیین مدت معذوریت وی به عهده کمیسیون پزشکی است. حداکثر مدت این معذوریت در هر نوبت شش ماه است و قابل تمدید خواهد بود.
- ماده ۲۵- در هر مورد که موضوع به کمیسیون پزشکی ارجاع می‌شود نظر کمیسیون که به اتفاق یا به اکثریت اتخاذ شود قاطع خواهد بود.
- ماده ۲۶- به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل تا سه فرزند، سه ماه معذوریت و برای فرزند چهارم به بعد دو ماه معذوریت و برای وضع حمل دو قلو چهارماه و برای وضع حمل دو قلو به بالا یک سال معذوریت با استفاده از حقوق و فوق‌العاده‌های مربوط داده می‌شود. معذوریت وضع حمل جزو مرخصی استعلاجی محسوب می‌شود و تشخیص تاریخ شروع آن بر عهده پزشک معالج است.
- ماده ۲۷- به مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌نماید تا چهار ماه و در صورتی که به علت ابتلای به بیماری صعب‌العلاج یا زایمان فرزندان توامان (وفق ماده ۲۶ اصلاحی آیین‌نامه مرخصی‌ها) مرخصی استعلاجی وی بیش از چهار ماه باشد، تا حداکثر یک سال حقوق و فوق‌العاده‌های مربوط و در مورد بیماریهای صعب‌العلاج در مدت زاید بر یک سال تا هنگامی که مشمول ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری قرار نگرفته است فقط حقوق پرداخت می‌گردد.
- ماده ۲۸- حقوق و فوق‌العاده‌های مستخدمینی که در خارج از کشور به حالت اشتغال یا ماموریت خدمت می‌کنند در مدت مرخصی استعلاجی تا دو ماه به ارز و در مدت زاید بر آن با رعایت ماده ۲۷ به ریال پرداخت خواهد شد.
- ماده ۲۹- گواهی‌نامه‌ای که در مورد بیماری مستخدم در خارج از کشور صادر شده باشد از حیث صحت صدور به تصدیق سفارتخانه و یا کنسولگری ایران در محل برسد. در مورد مستخدمین شاغل یا مامور در خارج از کشور تصدیق سفارتخانه یا کنسولگری ایران در محل از حیث صحت صدور کافی خواهد بود و در سایر موارد هر گاه مفاد چنین گواهی‌نامه‌ای مورد تایید پزشک معتمد قرار نگیرد موضوع در کمیسیون پزشکی برای اظهار نظر قطعی مطرح خواهد شد.
- ماده ۳۰- مرخصی استعلاجی مستخدم در صورتی که بیماری او ادامه یابد با رعایت مقررات این فصل قابل تمدید است.
- ماده ۳۱- به جز مستخدمان موضوع ماده ۲۶ این آیین‌نامه، حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کند بیش از چهارماه الزامی نیست.

مرخصی بدون حقوق

- ماده ۳۲- استفاده از مرخصی بدون حقوق موقوف به اختتام دوره آزمایشی است و فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود:
- ۱- مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد و احتیاجش به استفاده از مرخصی مسلم شود.
 - ۲- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارایه نماید.
 - ۳- مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.
 - ۴- مستخدم پس از استفاده از چهارماه مرخصی استعلاجی سالانه به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلای به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او صعب‌العلاج تشخیص داده نشود.
- تبصره- اعطای مرخصی بدون حقوق به مستخدمین آزمایشی که در طول خدمت آزمایشی با ارایه مدارک و به تشخیص موسسه متبوع خود نیاز به استفاده از مرخصی بدون حقوق داشته باشند حداکثر تا دو ماه متوالی با رعایت سایر مقررات این فصل امکان‌پذیر خواهد بود.
- ماده ۳۳- مستخدم باید تقاضانامه استفاده از مرخصی بدون حقوق را با ذکر علت و مدت آن توسط رییس اداره خود به وزارتخانه یا موسسه دولتی متبوع ارسال نماید. وزارتخانه یا موسسه دولتی تصمیم لازم را در این باره اتخاذ و در صورت موافقت، حکم مرخصی بدون استفاده از حقوق را با رعایت تبصره ۲ ماده ۴۹ قانون استخدام کشوری صادر خواهد کرد.
- در مورد مستخدمین موضوع بند «۴» ماده ۳۲ این آیین‌نامه چنانچه بیماری به تایید پزشک معتمد برسد موافقت با مرخصی بدون حقوق الزامی خواهد بود.

مقررات مختلف

- ماده ۳۴- در احتساب مرخصی روز و ماه و سال مطابق تقویم رسمی کشوری است و در مرخصی روزانه ماه سی روز حساب می‌شود. مرخصی‌های کمتر از یک روز با توجه به ساعات کار روزانه وزارتخانه یا موسسه دولتی مربوط محاسبه خواهد شد.
- ماده ۳۵- روزهای تعطیل که طی مدت مرخصی واقع است جزو مدت مرخصی محسوب می‌شود.
- ماده ۳۶- پرداخت حقوق و فوق‌العاده‌های مدت مرخصی قبل از صدور حکم مرخصی ممنوع است.

تبصره ۱- فوق العاده‌هایی که در ایام مرخصی استعلاجی که از چهارماه در یک سال تجاوز نکند و همچنین در ایام مرخصی استحقاقی حسب مورد قابل پرداخت است به شرح زیر است :

فوق العاده شغل موضوع ماده ۳۸ قانون استخدام کشوری ضمن رعایت مقررات مربوط.

فوق العاده‌های موضوع بندهای «ب، پ، ت، ج، چ، ح، خ، و د» ماده ۳۹ قانون استخدام کشوری.

مستخدمن موضوع ماده ۲۶، مشمول محدودیت چهارماه موضوع این تبصره نمی‌باشند.

تبصره ۲- در مورد مستخدمین مبتلا به بیماری سل، مقررات قانون حمایت کارمندان مسلول و پیشگیری سل مصوب ۱۸/۱۱/۱۳۳۳ از لحاظ پرداخت حقوق،

فوق العاده‌ها و مزایای مستمر مذکور در تبصره یک این ماده و با رعایت تبصره ۴ ماده ۳۸ قانون استخدام کشوری لازم‌الاجرا می‌باشد.

ماده ۳۷- عدم حضور مستخدم در پست خود که مدت آن از سه روز تجاوز ننماید و مستند به علیی از قبیل آنچه که ذیلاً درج می‌شود باشد موجه شناخته خواهد شد:

۱- بیماری او

۲- صدمات ناشی از حوادث که به او یا پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان او وارد آمده باشد.

۳- بیماری شدید پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان.

۴- فوت همسر یا اقربای نسبی و سببی تا طبقه سوم.

۵- دارا شدن فرزند.

۶- ازدواج او و فرزندان.

۷- احضار مستخدم توسط مراجع قضایی برای ادای شهادت و انجام تحقیقات

تشخیص صحت و سقم جهات ادعایی مستخدم به عهده رییس اداره است. در صورتی که صحت ادعا تصدیق شود، غیبت مستخدم بر حسب علت جزو مرخصی استحقاقی یا استعلاجی وی محسوب و حکم لازم در این مورد صادر خواهد شد.

ماده ۳۸- هر گونه تغییری در این آیین‌نامه منوط به پیشنهاد سازمان امور اداری و استخدامی کشور و تصویب هیات وزیران خواهد بود.

ماده ۳۹- از تاریخ تصویب این آیین‌نامه مقررات قبلی راجع به مرخصی مستخدمین رسمی مشمول قانون استخدام کشوری ملغی است.

قوانین حضور و غیاب و تاخیر و تعجیل کارکنان

ماده ۱- کلیه کارکنان دستگاههای اجرائی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده ، ساعات ورود و خروج خود را در کارت یا دفتر حضور و غیاب ثبت نمایند مگر آنکه از سوی مقام صلاحیتدار دستگاه مربوط برای ورود و خروج هریک از آنان کتبا ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده ۲- ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تاخیر ورود محسوب گردیده و با مستخدمی که تاخیر ورود داشته باشد به شرح زیر رفتار می شود :

الف- تاخیر ورود تا ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می گردد .

ب- تاخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت و اجرت و فوق العاده مخصوص و سایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعات تاخیر خواهد بود .

ماده ۳- خروج از محل خدمت زودتر از ساعات مقرر نیز تعجیل خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمتهای الف و ب ماده ۲ خواهد بود.

ماده ۴- تاخیر ورود در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تاخیر در هر صورت جزء مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد

الف - وقوع حوادث و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم ، همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز سایر افراد خانواده در صورتی تحت تکفل وی باشند .

ب - احضار مستخدم توسط مراجع قضائی و انتظامی با گواهی مرجع احضار کننده .

تبصره : تشخیص موارد مذکور در این ماده با مدیر واحد ذیربط خواهد بود.

ماده ۵- به مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تاخیر ورود یا تعجیل خروج غیرموجه داشته باشد و جمع مدت تاخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تاخیر برای ماه اول و دوم کتبا اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدم خاطی به میزان ۳۰٪ و برای ماه چهارم به میزان ۵۰٪ و برای ماه پنجم به میزان صددرصد و به مدت یک ماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار، پرونده مستخدم جهت رسیدگی به هیات رسیدگی تخلفات اداری ارجاع خواهد گردید .

تبصره ۱: تاخیر ورود یا تعجیل خروج بیش از ۸ ساعت در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود .

تبصره ۲: درباره مستخدمینی که قبلاً با علل دیگری به جزء موارد فوق الذکر ، فوق العاده شغل آنان قطع گردیده از سومین ماهی که تاخیر ورود یا تعجیل خروج آنان به حد نصاب فوق برسد پرونده امر به هیات رسیدگی تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

نکات لازم :

۱- کارکنان پس از اخذ موافقت مقام مافوق و وصول مرخصی ساعتی روزانه (حداکثر ۳ ساعت) در قالب برگه مخصوص ، بایستی زمان خروج از اداره و زمان

برگشت از مرخصی (در صورتی که خاتمه مرخصی تا پایان وقت مقرر اداری نباشد) را در سیستم کنترل الکترونیکی حضور و غیاب ، ثبت نماید به نحوی که مدت

مرخصی ثبت شده در سیستم با مدت مرخصی موافقت شده در برگه مربوط ، کاملاً یکسان باشند.

۲- برگ مخصوص مرخصی ساعتی بایستی قبل از خروج فرد ذینفع از اداره محل خدمت، تهیه و توسط مقام مافوق امضاء گردد.

۳- مرخصی کمتر از یکروز جزو مرخصی استحقاقی منظور و حداکثر مدت آن در طول سال نباید بیشتر از ۱۲ روز باشد.

مسیر ارتقا شغلی کارشناسان، مدیران و مشاوران شاغل در حوزه های ستادی وزارتخانه ها و موسسات دولتی

شورای امور اداری و استخدامی کشور، به منظور افزایش انگیزه و کارایی و اثربخشی بیشتر و بهتر کارشناسان متخصص، مدیران و مشاوران و نیز برقراری مکانیزم های مناسب جبران خدمات، طرح مسیر ارتقاء شغلی کارکنان مزبور در دستگاه های اجرایی را که در امر برنامه ریزی در سطح بخشی و فراجبشی در وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی اشتغال دارند به شرح ذیل مورد تصویب قرار داد:

۱. مدیران و مشاوران و کارشناسان موضوع این طرح به شرط کسب حداقل امتیازات تعیین شده در بند ۳ حسب مورد می توانند از عناوین ارشد، خبره و عالی بهره مند گردند.

۲. کارکنان یاد شده علاوه بر وظایف و مسؤولیت های ناشی از پست مورد تصدی عهده دار وظایف ذیل نیز خواهند بود:

- مطالعه و تحقیق در زمینه ستادی و برنامه ریزی و وظایف اصلی وزارتخانه ها و مؤسسه متبوع و شرکت در پروژه های تحقیقاتی و مطالعاتی که به منظور اصلاح ساختارها و تسهیل در انجام امور جاری اجرا می شود.
- ارزیابی تحولات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، صنعتی، فنی و تکنولوژیکی در ارتباط با وظایف محوله.
- تلاش برای ارتقاء سطح علمی از طریق مطالعه و ارتباط با دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی در داخل و خارج از کشور و تهیه مقالات لازم.
- تلاش برای دستیابی به آخرین اطلاعات علمی و تجربی در زمینه وظایف دستگاه متبوع در ایران و جهان.
- ارائه ابتکارات و خلاقیت در مسیر شغلی و وظایف دستگاه که موجب کاهش هزینه ها، ارتقاء کیفیت و سرعت ارائه خدمات می شود.
- هدایت برنامه های مربوط به استفاده از فن آوری های نوین در ارتباط با وظایف وزارتخانه و مؤسسه متبوع.
- ارائه پیشنهادها برای ارتقاء سطح کیفی خدمات دستگاه به منظور استفاده در تنظیم لوایح، مصوبات و برنامه های کوتاه مدت و بلند مدت.
- انجام سایر امور مربوط.

۳. احراز عناوین ارشد، خبره و عالی به ترتیب مشروط به کسب حداقل ۶۰۰ و ۱۱۰۰ و ۱۶۰۰ امتیاز از عوامل مذکور در این طرح می باشد.

۴. در صورت کسب امتیاز و تعیین عناوین ارشد، خبره و عالی برای افراد (به استثنای متصدیان مشاغل مدیریت) این عناوین در احکام کارگزینی آنان بعد از عنوان پست سازمانی در داخل پرنانتر درج می گردد و در مکاتبات آتی از همین عناوین استفاده می شود.

تبصره - مدیران و مشاوران در صورت کسب امتیاز از عوامل مربوطه و احراز عناوین ارشد، خبره و عالی پس از تغییر سمت و انتصاب در پست های کارشناسی مشمول این طرح بوده و می توانند از عناوین مزبور در پست های کارشناسی استفاده نمایند.

۵. عوامل امتیازآور موضوع این طرح به دو دسته تقسیم می شود:

الف- عوامل عمومی

الف- مدرک تحصیلی: متناسب با رشته تحصیلی مرتبط با شغل و اعتبار دانشگاه و معدل افراد براساس ضوابطی که توسط کمیته موضوع بند «۶» تعیین و

ملاک عمل قرار می گیرد برای دارندگان مدارک تحصیلی لیسانس،

فوق لیسانس و دکترا به ترتیب ۲۰۰، ۲۵۰ و ۳۰۰ امتیاز منظور می گردد.

تبصره - میزان ارتباط مدرک تحصیلی مستخدم با شغل مورد تصدی تا ۴۰٪ و معدل وی تا ۲۰٪ امتیازات موضوع این بند خواهد بود.

الف- سوابق تجربی: مشمولین دارای مدرک لیسانس به ازاء هر سال خدمت مربوط ۶ امتیاز تا حداکثر ۱۸۰ امتیاز، مشمولین دارای مدرک فوق لیسانس به ازاء هر سال خدمت مربوط ۸ امتیاز تا حداکثر ۲۴۰ امتیاز و مشمولین دارای مدرک دکترا به ازاء هر سال خدمت مربوط ۱۰ امتیاز تا حداکثر ۳۰۰ امتیاز.

الف- آموزش همکاران: به ازاء آموزش هر یک از همکاران ۳۰ امتیاز و حداکثر ۹۰ امتیاز با تأیید همکار، مدیریت و معاونت ذی ربط.

تبصره - مراد از آموزش موضوع این بند انتقال مهارت های شغلی و تخصصی به سبک استاد و شاگردی است.

الف- دوره های آموزشی شغلی: به ازاء هر ۱۰۰ ساعت دوره (در چارچوب نظام آموزش کارکنان دولت و سمینارهای علمی و آموزشی با تأیید واحد آموزش) متناوب و یا متوالی ۳۰ امتیاز و حداکثر ۱۵۰ امتیاز.

تبصره ۱- اگر مدت دوره از ۱۰۰ ساعت کمتر باشد میزان امتیازات به نسبت طول دوره محاسبه خواهد شد.

تبصره ۲- به دوره هایی که منجر به اخذ مدرک معادل شده است امتیازی تعلق نخواهد گرفت.

الف- استفاده از نرم افزار: حداکثر تا ۱۰۰ امتیاز با تأیید واحد انفورماتیک و با عناوین مشابه در دستگاه.

تبصره - نرم افزار موضوع این بند متناسب با آموزش های عمومی و تخصصی کارکنان در اجرای مصوبه شماره ۱۳/۷۲۲. ط مورخ ۸۱/۴/۲۲ شورای عالی اداری و طرح توسعه کاربری فناوری اطلاعات و ارتباطات (تکفا) موضوع تصویب نامه هیأت وزیران و بر حسب نیازهای آموزشی اعلام شده در سطوح سازمانی مربوط (کارشناسان و مدیران) خواهد بود.

الف- تسلط به زبان خارجی: حداکثر تا ۷۰ امتیاز براساس امتیاز مکتسبه در آزمون مربوط (عالی ۷۰، خوب ۵۰ و متوسط ۳۰)

الف- ارائه پیشنهادهای نو و ابتکاری: به ازاء هر پیشنهاد مناسب که با ارائه مستندات کافی و مورد تأیید مرجع ذی ربط منجر به کاهش هزینه ها و ارتقاء

کیفیت و سرعت خدمات (براساس دستورالعمل نظام پذیرش موضوع بندهای ۳ و ۸ مصوبه شماره ۱۴/۴۳۰. ط مورخ ۷۹/۱۲/۱۵ شورای عالی اداری) تا ۵۰ امتیاز و حداکثر ۲۵۰ امتیاز.

پیشنهاداتی که منجر به اتخاذ تصمیم و اجرا شده است با حفظ سقف تا دو برابر امتیاز هر پیشنهاد قابل احتساب است (متناسب با سطح اثربخشی در یک منطقه یا استان یا کشور)

۸الف- اکتشافات و اختراع: متناسب با اهمیت موضوع اکتشاف و اختراع و با تأیید مراجع ذی ربط با ۱۰۰ امتیاز.

۹الف- ارائه مقالات: به ازاء هر مقاله چاپ شده در نشریات تخصصی داخلی و خارجی تا ۳۰ امتیاز حداکثر ۱۲۰ امتیاز.

۱۰الف- طرح های ارزنده تحقیقاتی: برای هر طرح، متناسب با اهمیت و اثرگذاری آن در جهت ارتقاء کیفیت، کاهش هزینه و سرعت ارائه خدمات ۵۰ امتیاز حداکثر ۲۵۰ امتیاز.

طرح هایی که نتایج آن به صورت قانون، مصوبه، بخشنامه تصویب شده است و یا در دستگاه ذی ربط به مورد اجرا گذاشته شده است به ازاء هر طرح تا دو برابر امتیاز مربوط قابل احتساب است.

۱۱الف- کارایی: چنانچه امور ارجاعی به مستخدم با سرعت و دقت و کیفیت مورد انتظار انجام شود حداکثر ۱۰۰ امتیاز (عالی تا ۱۰۰ امتیاز، خوب تا ۷۰ امتیاز، متوسط تا ۵۰ امتیاز) با پیشنهاد مدیر ذی ربط و تأیید مقام بالاتر با ذکر دلایل.

۱۲الف- رضایت ارباب رجوع: در دستگاه هایی که براساس طرح تکریم مردم و جلب رضایت ارباب رجوع موضوع مصوبه شماره ۱۳/۱۸۵۴۰. ط مورخ ۸۱/۲/۱۰ شورای عالی اداری نسبت به نظرسنجی از ارباب رجوع اقدام

می نماید در صورتی که کارشناسان ذی ربط براساس نظرسنجی های مربوط نمره عالی، خیلی خوب، و یا خوب اخذ نموده اند می توان به ترتیب تا ۱۰۰، تا ۷۰ و یا تا ۵۰ امتیاز منظور نمود.

ب- عوامل خاص:

عوامل خاص با توجه به وظایف و مسؤولیت های مشاغل اختصاصی هر وزارتخانه یا سازمان های مستقل محل خدمت مستخدم حسب مورد احصاء و جهت تصویب شورای امور اداری و استخدای کشور به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور ارسال می گردد، حداکثر امتیاز این عوامل ۲۵۰ می باشد.

در تعریف عوامل خاص، دستگاه های اجرایی موضوع این طرح مکلفند نسبت به طراحی و ارائه جداول عوامل امتیازآور با جهت گیری گزارش های نظارتی و تخصصی متناسب با ویژگی های مشاغل ستادی و مورد تصدی، ارائه طرح های ملی برای واگذاری امور به بخش غیر دولتی و کاهش حجم و اندازه دولت، ایجاد رضایت مردم در ارائه خدمات و بهره گیری از تکنولوژی جدید و ... اقدام و مراتب را به سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور ارسال دارند.

دستگاه ها می توانند در موارد خاص متناسب با مشاغل خود برخی از عوامل عمومی که در این مصوبه ذکر شده است را به عنوان عوامل خاص خود پیشنهاد نمایند.

۶. هیأت ممیزه:

- به منظور اجرای این طرح در هر یک از وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی مستقل یک هیأت ممیزه با ترکیب زیر تشکیل خواهد شد.

- معاون پشتیبانی یا اداری و مالی

- معاون یا مدیر تخصصی ذی ربط (حسب مورد)

یک نفر از اعضاء هیأت علمی دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی در رشته تخصصی مورد بحث به انتخاب بالاترین مقام دستگاه.

- یک نفر از کارشناسان صاحب نظر شاغل در رشته شغلی مورد نظر که از شهرت حرفه ای بالایی برخوردار باشد به پیشنهاد معاون پشتیبانی و تأیید هیأت ممیزه

- نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در کمیته موضوع بند ۳ دستورالعمل شماره ۲۸۸۰ / د مورخ ۶۵/۷/۵

- هیأت ممیزی برای اعطاء امتیازاتی که جنبه سنجش کیفیت دارد به صورت رقابتی در ارزیابی کارشناسان و تعیین امتیاز اقدام می نماید به نحوی که جمع عناوین کارشناسی ارشد و خیره و عالی در هر دستگاه اجرایی از ۶۵ درصد مجموع کارشناسان مشمول طرح تجاوز ننماید.

۷. فرآیند اجرایی:

الف) داوطلبین استفاده از این طرح می بایستی با مراجعه به واحد متبوع خویش فرم ارزشیابی ارتقاء شغلی را دریافت نموده پس از تکمیل مندرجات آن را اعاده نمایند.

ب) جهت بررسی مفاد فرمهای یاد شده کمیته ای با حضور مدیر واحد متبوع وی و دو نفر از کارشناسان متخصص همان واحد (به انتخاب مدیر واحد) تشکیل در صورت تأیید مراتب به هیأت ممیزه ارائه می گردد.

ج) پس از بررسی درخواست متقاضیان و بررسی فرم ها و مدارک افراد برای احراز عناوین کارشناس ارشد، کارشناس خبره و یا کارشناس عالی و تأیید و تصویب توسط هیأت ممیزه، مراتب به امور اداری یا واحد مشابه اعلام خواهد شد تا نسبت به اصلاح حکم کارگزینی اقدام نماید.

۸. سایر موارد:

۱- هیأت ممیزه موظف است با بررسی دقیق محتوای موضوع و متناسب با کیفیت پیشنهاد یا تحقیق و یا میزان تسلط و یا ... میزان اثربخشی نتایج پیشنهاد یا تحقیق طبق ضوابطی که تعیین می نمایند امتیاز مناسب را حداکثر تا رقم تعیین شده به فرد اعطاء نمایند.

۲- اگر هر پیشنهاد یا طرح در زمینه واحدی باشند فقط به یکی از آنها امتیاز مربوط اعطاء می گردد.

۳- چنانچه پیشنهاد یا طراحی به صورت گروهی ارائه شود امتیاز مربوط بین افراد ذی ربط براساس میزان نقش هر یک تقسیم می گردد.

وجود خطر یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمیتوان آن را حذف کرد ولی میتوان آنرا به حداقل رساند. همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است.

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه reactive یا واکنشی، بررسی می شد یعنی این که پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون تأکید بر شیوه پیشگیرانه یا proactive بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود.

در واقع خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و و ما پیوسته تلاش میکنیم که از آنها اجتناب کرده و یا به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی در مورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه است که شناسایی، ارزیابی و نهایتاً کنترل خطر را شامل می شود.

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می توانند با یکدیگر هم پوشانی داشته باشند و معمولاً یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد.

مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب

برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند. برای مدیریت خطر باید مسایل اقتصادی، سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود. معمولاً ذینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند. پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود.

مرحله دوم: شناسایی ریسک

متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد و این متدها بصورت ترکیبی وجود دارد. در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آن ها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد، مبادرت به شناسایی خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آن ها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم. منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آنرا بطور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته، توجه به حوادث بعد از وقوع است. به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها، بعد از وقوع آن ها، توسط پرسنل درمانی و یا براساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است، فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند. بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا را به تنهایی در نظر بگیریم، احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد، خواهیم شد.

مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر، به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن، آنالیز صورت گیرد. ایده ال این است خطرات بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاشها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد. احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت. خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی داروها رخ میدهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی، در نظر گرفت. به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد، فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد، را شناسایی کرد. پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت. گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطرهای عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شوند. در نتیجه گفته می شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر اینکه استفاده از آنها اجباری باشد.

پس فاکتورهایی را که باید در آنالیز خطر در نظر داشت عبارتند از:

۱. احتمال رخداد حادثه
۲. هزینه حادثه در صورت وقوع (چه مادی و چه غیر مادی)
۳. در دسترس بودن روشها برای کاهش احتمال رخداد یک حادثه
۴. هزینه راه حل های موجود کاهش خطر (مادی و غیره)

مرحله چهارم: برخورد با خطر:

دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید براساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر، استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر:

الف- کنترل خطر:

در مورد خطرهای غیر قابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل ها و سیر مراقبت (care pathways) برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

ب- پذیرش خطر:

در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ج- اجتناب از خطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۰٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د- کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

درمواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان .

ه- انتقال خطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه ، می توان آنها را پوشش داد.

مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثربخشی رویکردهایی که برای شناسایی، آنالیز و مدیریت خطر به کاررفته است، مرور و ارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استانداردهای مدیریت درمان، تعیین و پایش می شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش "low blame" ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهادهای را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند.

در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان های مرتبط، اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس های گرفته شده، شود. نیازهای اساسی برای یک مدیریت خطر بالینی موفق:

۱. رهبری همراه با التزام به ارتقا ایمنی بیمار
۲. خط مشی و استراتژی واضح
۳. محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون سرزنش
۴. منابع کافی برای حمایت فرایندها و پاسخگویی به فرایندها
۵. ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر

ایمنی بیمار

تعریف ایمنی بیمار

سازمان جهانی بهداشت معتقد است که میلیون ها بیمار در سرتاسر جهان سالانه از ناتوانی، آسیب یا مرگ ناشی از مراقبت غیر ایمن رنج می برند. عفونت های مرتبط با مراقبت بهداشتی، تشخیص های اشتباه، تأخیر در درمان، آسیب ناشی از استفاده نامناسب وسایل پزشکی و حوادث ناخواسته در نتیجه خطاهای دارویی از علل شایع آسیب های قابل پیشگیری به بیماران هستند، لذا می توان گفت که تامین ایمنی بیمار یک استراتژی مهم در حوزه ی سلامت است که با بکارگیری دانش و روش های علمی به روز برای دستیابی به سیستم ارائه مراقبتهای درمانی قابل اعتماد و صحیح تلاش می کند.

پس ایمنی بیمار همان اجتناب، پیشگیری و بهتر شدن نتایج نامطلوب یا آسیب ناشی از فرآیند مراقبت سلامت است و در این میان ایمنی، فرهنگ، کیفیت و مدیریت در کنار هم تأثیر گذار می باشند. انجمن پزشکی آمریکا شش هدف را برای افزایش کیفیت در سیستم های بهداشتی درمانی در نظر گرفته است که شامل ایمنی بیمار، محور قرار دادن بیمار، اثربخشی، سودمندی، به موقع بودن و عدالت در ارائه ی خدمات می باشد. در همین راستا نیز مراکز بهداشتی درمانی باید برای حاکم کردن ایمنی بیمار در سیستم های خود گام های موثرتری بردارند.

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد

پس به عبارتی ، ایمنی بیمار ، حفظ بیمار از آسیب تصادفی به دلیل مراقبت های پزشکی و یا ناشی از خطاهای پزشکی می باشد .

اژانس ایمنی بیمار (۲۰۰۳)، ایمنی بیمار را به عنوان فرایندی می داند که در طی آن یک سازمان مراقبت از بیمار را امن تر می کند و باید شامل بررسی خطر

تعیین و مدیریت خطر مربوط به بیمار

گزارش و تجزیه و تحلیل حوادث

و فراهم کردن فرصت برای یادگیری به دنبال حوادث و پیاده سازی راه حل برای به حداقل رساندن خطر تکرار آنها دانست.

تاریخچه ایمنی بیمار

از یک قرن پیش فلورانس نایتینگل بر اهمیت حفظ ایمنی بیمار تاکید کرده است:

" محیط مناسب در بهبود بیماران نقش مهمی دارد."

امروزه طراحان ساختمان بیمارستان و مدیرانی که راهبری ساختمان را در دست دارند، کوشش زیادی در ایجاد محیط مناسب برای بیماران دارند.

چرا ایمنی بیمار مهم است؟

رسالت و مأموریت بیمارستان ها ارایه خدمات پزشکی ایمن (safe) و اثر بخش (effective) به مراجعین می باشد. شواهد معتبر بین المللی نشان می دهد که ایمنی بیماران در مراکز بهداشتی و درمانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. مرگ و میر ناشی از عوارض جانبی شایع تر است از:

کanser Breast

حوادث رانندگی

ایدز

۱۶-۱۰ درصد از بیماران بستری در بیمارستان دچار خطا یا عوارض ناخواسته می شوند.

نیمی از این موارد قابل مدیریت و پیشگیری هستند.

دو سوم مرگ و میرهای جراحی ۳ روز یا بیشتر پس از عمل جراحی روی می دهد زمانی که بیمار به بخش منتقل شده است (آیا قابل پیشگیری است؟)

تحقیق و بررسی بر روی موضوع ایمنی مانند پوست کندن پیاز است، هر چه بیشتر بررسی کنید، یافته های بیشتری خواهید یافت و هرچه بیشتر می یابید، بیشتر شگفت زده خواهید شد و نگرانی شما بیشتر خواهد شد.

آمار خطاهای پزشکی Medical Errors statistics

انجمن پزشکی آمریکا (IOM (Institute of medicine):

مرگ سالانه ۲۲۵۰۰۰ هزار نفر و آسیب جدی ۵۰۰ هزار نفر و خسارت ۶۳/۷ میلیون دلار که ۱۷ میلیون آن قابل پیشگیری است

تعداد کل مرگ ناشی از خطاهای پزشکی برابر سقوط ۶ جت جنگی در روز است

۱۰٪ موارد بستری منجر به رویدادهای نامطلوب خواهد شد که نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند.

۱۳٪ از ویزیت پزشکان نتایج تست های آزمایشگاهی نادیده گرفته می شود.

۵۹٪ از بیماران خدمات مشابه تکراری می گیرند که باعث هزینه اضافی می شود.

۷۰٪ از Adverse Events ها قابل پیشگیری است.

۶٪ از Adverse Events ها بشکل بالقوه قابل پیشگیری است.

۲۴٪ از Adverse Events ها غیر قابل پیشگیری است.

هرسال ۱۶۰ هزار خطای اشتباهات اطلاعات شخصی در آزمایشگاهها اتفاق می افتد

خطاهای پزشکان سومین تا هشتمین علت مرگ و میر در کشور آمریکا است.

سالانه بیش از ۲۲۵ هزار مرگ به علت اشتباهات پزشکان تنها در کشور آمریکا رخ می دهد. از این تعداد مرگ و میر، ۱۲ هزار مورد فقط بدلیل انجام جراحی های غیر ضروری اتفاق می افتد.

۷ هزار مورد از این مرگ و میرها ناشی از تجویز اشتباه دارو است. بیش از ۸۰ هزار مورد از این مرگ و میرها بدلیل بروز عفونت هایی است که پزشکان توسط درمان ها یا مداخلات خود در بیمار ایجاد کرده اند.

بالغ بر ۱۰۶ هزار مورد از این مرگ و میرها ناشی از عوارض جانبی دارو است، به عبارتی حتی زمانی که پزشک داروی مناسب را تجویز می کند در بسیاری از موارد به علت عوارض جانبی داروها بیمار فوت می کند.

در همه جای دنیا مردم بطور روز افزونی نگران اتفاقات و خطاهای پزشکی هستند.

۴۷٪ مردم نگران خطاهای پزشکی در بیمارستانها هستند.

یک پزشک در اراک به جای بیرون کشیدن سوزن خیاطی از مچ دست بیمار، آپاندیس وی را جراحی کرد!

یک پزشک دیگر دو بیمار را یکی برای جراحی لوزه و دیگری برای عمل بینی به اتاق عمل برد، اما بعد از عمل فهمید جراحی ها را جابجا انجام داده است! قطع پای سالم!

بیرون آوردن کلیه سالم!

کشیدن دندان سالم!

انجام ختنه بدون بی حسی!

شاید کمتر روزی است که در روزنامه ای خبری در باره این اتفاقات ناگوار چاپ نگردد!

همه این موارد نشان دهنده نگرانی روز افزون مردم از اتفاقات و خطاهای پزشکی است. آیا این نگرانی واقعا بر حق است؟ اگر این طور است راه حل آن چیست؟ اخیرا کتابی نوشته شده با مضمون چگونه از بیمارستان زنده خارج شویم...

آمار ایران

متأسفانه در ایران آمار مدونی در دست نیست اما به نظر می رسد که میزان خطاهای پزشکی بسیار بالا باشد؛ به دلایل:

بدخطی نسخه‌های پزشکی و خوانا نبودن آنها،

شلوغی داروخانه‌ها،

عدم دقت مردم برای درک اهمیت این داروها و شناخت خطرات آنها و شاید توضیح ناکافی پزشک و داروخانه‌داران برای مصرف دارو به خانواده‌ها

افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان به نظام پزشکی نشان دهنده این ادعاست

وضعیت کشورهای در حال توسعه

برآوردها نشان می‌دهند که در کشورهای توسعه یافته به ازای هر ده بیمار، یک بیمار در طول دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان صدمه دیده است. طیف

وسعی از خطاها یا حوادث شدید ممکن است مسبب بروز صدمه شده باشد.

در کشورهای در حال توسعه، احتمال اینکه بیماران در بیمارستان‌ها صدمه ببینند بسیار بیشتر از احتمال آن در کشورهای صنعتی است. خطر احتمالی عفونت

های اکتسابی در بیمارستان در برخی کشورهای در حال توسعه حدود ۲۰ برابر بیشتر از آمار این عفونت‌ها در کشورهای توسعه یافته می‌باشد.

فراوانی و شیوع خطاهای پزشکی

شرایط مناسب محیط بیمار

طراحان در برنامه ریزی و طراحی بخش‌های بستری داخلی / جراحی لازم است توجه خاصی به ایجاد محیط مناسب برای بیماران داشته باشند. بعد از اجرای

طرح ساختمان بیمارستان، در زمان بهره برداری نیز، سیاست‌های راهبری بخش‌های بستری توسط هیئت مدیره بیمارستان، مدیریت پرستاری و گروه پرستاری

، نقش اساسی در ایجاد محیط مناسب برای بیماران دارند.

مواردی که در برنامه ریزی طراحی و اجرای بخش‌های بستری داخلی / جراحی برای ایجاد محیط مناسب برای بیماران مورد ملاحظه قرار می‌گیرد عبارت است

از:

• نور طبیعی، منظره و تهویه طبیعی

• نور مصنوعی

• دما، رطوبت و تهویه

• ایمنی

• صدای مطلوب و نا مطلوب

• تسهیلات آسایش و ایمنی بیماران

• رنگ فضای معماری

• امکانات مناسب برای معلولان

• حمام‌ها و سرویس‌های بهداشتی

اهداف ایمنی بیمار

هدف اصلی

حفظ و ارتقاء امنیت بیمار (patient safety)

اهداف ایمنی بیمار

شناسایی درست و صحیح بیماران

ارتقاء ارتباط موثر

افزایش ایمنی بیماران در داروهای با هشدار زیاد

اطمینان از محل صحیح، روش صحیح و عمل جراحی صحیح در بیمار

کاهش خطر عفونت‌های همراه با مراقبت‌های بهداشتی

کاهش خطر آسیب به بیمار در نتیجه سقوط

کنترل عفونت

واحد کنترل عفونت

کنترل عفونت (IC)، یک استاندارد کیفی است و برای سلامت و ایمنی بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان، ضروری می‌باشد. این مساله بر روی بیشتر بخش‌های

بیمارستان اثر گذاشته و مقولات کیفیت، مدیریت خطر و اداره بالینی و سلامت و ایمنی را دربرمی‌گیرد.

توصیه‌های واحد کنترل عفونت به همکاران و پرسنل جدیدالورود:

۱- هنگام شروع به کار جهت تشکیل پرونده بهداشتی و انجام واکسیناسیون هیپاتیت B و... به واحد کنترل عفونت مراجعه نمایید.

۲- باتوجه به اینکه عفونت بیمارستانی، عفونتی است که بعد از ۴۸ ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می‌افتد موارد مشکوک را طبق خط مشی

گزارش‌دهی عفونت‌های بیمارستانی به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.

۳- جهت افزایش سطح ایمنی در حین کار با وسایل تیز و برنده به دستورالعمل تزریقات ایمنی توجه نمایید و در صورت تماس با ترشحات آلوده با بریدگی‌های

باز و ملتحمه و گازگرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم می‌شود و فرو رفتن سرسوزن به دست اقدامات ذیل را انجام دهید.

- الف) شستشوی اولیه فوری با آب و صابون
 ب) کمک به خون‌روی در محل اولیه زخم
 پ) خودداری از مالش موضعی چشم
 ت) شستشوی چشم‌ها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
 ج) گزارش فوری سانحه و تکمیل فرم تماس با موارد عفونی یا اشیاء تیز آلوده و پیگیری مورد جهت مشاوره و راهنمایی
 د) گرفتن ۱۰-۵ میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هیپاتیت C/B و HIV و CC5 از فرد مورد تماس گرفته جهت تعیین HbsAb
- ۴- با توجه به اینکه انتقال از طریق دست یکی از شایعترین روش‌های انتشار عوامل عفونی در واحدهای مراقبت سلامت است و شستن دست‌ها نقش مهمی در کاهش ریت عفونت‌های بیمارستانی دارد لذا خواهشمند است همیشه شستن دست‌ها را در اولویت قرار دهید، ضمناً در صورتیکه دست‌ها آلودگی واضح نداشته باشند می‌توان جهت ضدعفونی آنها از محلول ضدعفونی دست استفاده نمود به این ترتیب که اولاً دست‌ها خشک باشند، ثانیاً ۳-CC5 از محلول فوق را در کف دست‌ها ریخته و به مدت ۱۵ الی ۳۰ ثانیه مالش دهید.
- ۵- برای حفظ بهداشت فردی خود و همچنین کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی همیشه ناخن‌ها را کوتاه نگهدارید و حتی‌المقدور زیورآلات و لاک ناخن و ... نداشته باشید.
- ۶- موارد بیماری‌های واگیردار قابل گزارش فوری و غیرفوری را طبق فرم ثبت بیماری‌های واگیردار به کد ۰۱۰۰۵۳۰۲ را به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
- ۷- اگر در مورد نحوه انتقال بیماری‌های عفونی و ایزولاسیون آنها سوالی دارید با واحد کنترل عفونت تماس بگیرید.
- ۸- در هنگام مراقبت از بیمار، احتیاطات استاندارد را رعایت و در صورت نیاز از عینک، ماسک، گان و دستکش استفاده نمایید.
- ۹- تفکیک زباله‌های عفونی و غیرعفونی را مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت رعایت نمایید.
- ۱۰- در صورت بستری بیمار عفونی در بخش بعد از ترخیص بیمار باید کلیه وسایل داخل اتاق (تخت و کمد و دیوار و ...) با محلولهای ضدعفونی سطوح رایج در بیمارستان ضدعفونی و از دستگاه تهویه هوا و سطوح (Nocospray) با هماهنگی با واحد کنترل عفونت برای اتاق استفاده نمایید.
- ۱۱- از مخلوط کردن مواد شوینده مثل جرم‌گیر و پودرلباسشویی با وایتکس و سایر محلولهای ضدعفونی و ... توسط خود و نیروی خدماتی جداً خودداری نمایید.
- ۱۲- جهت جلوگیری از نیدل استیک شدن خود و نیروی خدماتی از انداختن اشیاء نوک‌تیز (مثل سرسوزن، آنژیوکت، لانتست، تیغ بیستوری و ویالهای شکسته و ...) در داخل سطل‌های زباله خودداری نمائید و آنها را داخل سفتی‌باکس ببندازید و از سرپوش‌گذاری سرسوزن‌های آلوده جداً خودداری نمایید.
- ۱۳- به هیچ عنوان از آنژیوکت بیمارانی خونگیری انجام نشود زیرا محل کلونیزاسیون باکتریهای فلورنرمال پوست است.
- ۱۴- به بیمارانی توضیح دهید که جهت گرفتن نمونه ادرار، نمونه باید بعد از شستشوی پرینه با آب و صابون و از وسط ادرار گرفته شود.
- ۱۵- شستشوی پرینه جهت بیمارانی که سوند فولی دارند در هر شیفت انجام شود و در محل دوشاخه شدن سوند فولی تاریخ نصب آن درج شود.

مدیریت بحران

بحران در حقیقت یک فشار زایی روانی - اجتماعی بزرگ و ویژه است که باعث در هم شکسته شدن انگاره‌های متعارف زندگی و واکنش‌های اجتماعی می‌شود و با آسیب‌های جانی و مالی، تهدیدها، خطرهای و نیازهای تازه‌ای که به وجود می‌آورد.

در نتیجه می‌توان بحران را اینگونه تعریف کرد:

- حادثه‌ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود می‌آید و سختی و به مشقتی به جامعه انسانی به گونه‌ای تحمیل نماید که جهت بر طرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق‌العاده باشد.

انواع حوادث و بحرانها:

- ۱- ناگهانی: مثل سوانح ساختمانی - تصادفات - انفجارات - آتش‌سوزی
- ۲- درازمدت: مثل درگیری‌های داخلی و اغتشاشات اجتماعی - جنگ

ویژگی‌های بحران:

- ۱- بحران عموماً غیر قابل پیش‌بینی است (یعنی نمی‌توان پیش‌بینی کرد که کی و در کجا اتفاق می‌افتد).
- ۲- بحران‌ها آثار مخربی دارند و مردمی که تا قبل از بحران نیازمند کمک نبودند به محض وقوع بحران نیازمند کمک می‌شوند.
- ۳- ماهیت و آثاری طولانی و استهلاکی دارند.
- ۴- در وضعیت بحرانی معمولاً تصمیم‌گیری تحت شرایط وخیم و در زمان محدود و اطلاعات مورد نیاز تصمیم‌گیرندگان ناقص است.
- ۵- زمان موجود برای پاسخ‌دهی پیش از انتقال تصمیم را محدود کرده و اعضای واحد تصمیم‌گیری را به تعجب و حیرت وا می‌دارد.
- ۶- محدودیت و فشردگی زمان، غافلگیری، استرس و مخدوش شدن اطلاعات.

مدیریت بحران

- فرآیند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند .
- مدیریت بحران علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحرانها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که بوسیله آنها بتوان از بروز بحران ها ، پیشگیری نمود و یا در صورت بروز آن در خصوص کاهش اثرات آن آمادگی لازم امداد رسانی سریع و بهبودی اوضاع اقدام نمود .
امروزه عمده ترین نقاط ضعف مدیریت بحران عدم هماهنگی و همکاری سازمانها ، کمیود ضوابط و مقررات جامع و مانع و پراکندگی و نا کافی بودن قوانین و مقررات موجود ، محدودیت منابع مالی است، اما خوشبختانه نقاط قوت بسیاری نیز وجود دارد که خود شامل تجارب مفید در مدیریت ها بحران و روحیه تعاون و نودوستی در جامعه و مشارکت خوب و ارزشمند مردم و سازمانهای NGO همچون جمعیت هلال احمر است که می توان با مرتفع نمودن نقاط ضعف و توجه بیشتر به نقاط قوت راه را برای عملکرد هر چه بهتر و قویتر در امر مدیریت بحران هموار نمود . باید تهدیدها و فرصت ها را به خوبی شناخت و خود را برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصتها آماده ساخت .

تهدیدها

تهدیدها عبارتند از : کاهش انگیزه و علاقه نیروهای داوطلب و مردمی در همکاری لازم وارد به خدمات ، ادامه یافتن مشکلات هایی و کمیودها در زمینه امکانات و تجهیزات تأخیر در روند افزایش عمومی جامعه .

فرصت ها

فرصت ها عبارتند از : روند رو به توسعه اطلاعات رسانی و فن آوری ارتباط مانند اینترنت و سیستمهای ماهواره ای، تکنولوژی جهانی در حیطه تجهیزات امداد، افزایش باور عمومی در خصوص آسیب پذیری و خطر خیزی کشور و جریان جهانی موجود که مایه افزایش توجه و اعتماد مردم به سازمانهای NGO گردیده است . در حقیقت مدیر بحران یک هماهنگ کننده بین ارگانهای سرویس دهنده و تعیین کننده خط مشی فعالیت ها است و باید حداقل در سازمان خود آمادگی لازم را بوجود بیاورد ، سیستمهای اداری را بهبود بخشد و با تاکتیک مدیریتی ، کارایی و اثر بخشی افراد را بیشتر و به عوامل اجتماعی ، سیاسی و فرهنگی بحران توجه کند . مدیر بحران باید تفویض اختیارات را در نظر بگیرد یعنی سطح اختیار هر شخصی را با توجه به نیازهای مشخص کند تا از تداخل اختیارات جلوگیری کند. در مدیریت بحران معمولاً چندین سازمان مختلف درگیر انجام وظایفی می شوند که باید با هماهنگی کامل نسبت به پیشگیری از بحران کاهش اثرات آن و آمادگی لازم اقدام نمایند و همچنین سازمانهای مربوط باید بنحو مطلوبی نسبت به انجام تمهیدات لازم و ضروری و همچنین بهبود امور و اوضاع بعد از بروز بحران اقدام بعمل آورند .

مدیر بحران کیست ؟

کسی که تهدید کننده ها را بشناسد و از فرصتها خوب استفاده کند .
در فرهنگ ما ضرب المثلی است که می گوید « علاج واقعه قبل از وقوع باید کرد ». متأسفانه در کشور ما زنگ خطرها نادیده و نا شنیده گرفته می شوند و بعد از وقوع بحران تازه به فکر می افتیم و راه حلی جستجو می نمائیم . متأسفانه مدیر بحران یا علائم را نمی شناسد و یا به اهمیت این علائم واقف نیست .
مدیر بحران باید به دنبال راه کارهایی جهت کاستن ابعاد بحران باشد . به عبارت دیگر آثار هر عامل را با پارامترهای دیگر سنجد و پس از تحلیل نسبت به رفع آن بکوشد مدیر بحران باید تفکر استراتژیک را یاد بگیرد یعنی بتواند به آشفتگی ذهنی خویش در کوتاهترین مدت نظم بخشد این امر امکان ندارد مگر با حضور مداوم در بحران ها نهایت پایداری مدیریت این سازمان را می طلبد .

خصوصیات فرآیند تصمیم گیری را به شرح زیر می توان بیان کرد :

- ۱- پرهیز از جزئی نگری
- ۲- انجام به موقع و درست کار
- ۳- نظر خواهی برای انتخاب راه حل
- ۴- انتخاب بهترین راه حل و تصویب و اجرای به موقع آن
- ۵- اتخاذ تصمیمات مؤثر بر اساس اطلاعات صحیح در جهت کاهش خسارات و کنترل سریع بحران

وظایف و ویژگیهای مدیر بحران :

- ۱- آمادگی کامل برای هر گونه پیشامد .
- ۲- پی ریزی دفاتر مطالعاتی ملی، منطقه ای و هماهنگ سازی آنها به نحوی که از دوباره کاری پرهیز شود.
- ۳- تهیه بانک اطلاعاتی روز آمد برای استفاده هر چه بهتر آن .
- ۴- استفاده از سیستم هشدار دهنده خطر گرچه هزینه بالایی را می طلبد .
- ۵- تفکیک وظایف واحدهای امداد رسانی و انجام رزمایش های عملیاتی سالانه .
- ۶- ایمن سازی شبکه ها و شریانهای حیاتی که شامل آب ، برق، سوخت ، ارتباطات جاده ای مخابراتی برج کنترل فرودگاهها و سدها و... به دلیل اینکه شرایط منطقه پس از بحران نابسامان است در کوتاهترین زمان نمی توان به ترمیم این شبکه پرداخت . زیرا این کار خود خسارات زیادی را به بار می آورد و از سرعت عمل امداد می کاهد .

- ۷- تقویت بیمه در مناطق حادثه خیز حتی به صورت اجباری می توان ابعاد بحران را کاهش دهد، چرا که با توجه به ابعاد حادثه، پرداخت خسارت خود عامل بزرگی در رفع بحران است.
- ۸- آگاهی افکار عمومی یکی دیگر از وظایف مدیر بحران است تا وقتی مردم قدم در این راه نگذارند تلاش دولتها بی فایده است.
- ۹- شناسایی انواع بحرانها، ارزیابی ریسک و الویت بندی آنها.
- ۱۰- تعیین ارتباطات بحرانی.
- ۱۱- تعیین راهبردهای برخورد با رسانه ها.
- ۱۲- تشکیل گروه مدیریت بحران و تهیه برنامه مدیریت بحران.
- ۱۳- پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران.
- ۱۴- تعیین روشهای مداخله در بحران.
- ۱۵- تعیین روشهای سالم سازی.
- ۱۶- برنامه ریزی، سازماندهی و کوشش در جهت استفاده بهینه از منابع

منشور حقوق بیمار در ایران

در دهه های اخیر، متناسب با پیشرفت خیره کننده علوم خصوصاً پزشکی و پیدایش روش های روزآمد درمانی و پیشرفت فناوری های علوم پزشکی، حوزه تعامل و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده است و این خود چالش های اخلاقی زیادی را به دنبال داشته است. از سوی دیگر، نهضت جهانی دفاع از حقوق بشر در دهه های اخیر توجه مجامع علمی جهانی را به حقوق گروه های اجتماعی خاص از جمله بیماران جلب نموده است. بیماران به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی چه به لحاظ فیزیکی (جسمی) و چه به لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی در معرض خطر قرار داشته و این عامل توجه خاص مجامع بین المللی حقوق بشر به مفهوم حقوق بیمار می باشد.

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه گیرندگان و ارایه کنندگان خدمات سلامت است. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش های شخصی و حرفه ای و حساسیت نسبت به تفاوت های موجود، لازمه مراقبت مطلوب از بیمار است.

به عنوان یکی از مهم ترین ارکان ارایه خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده آنان، پزشکان و سایر مراقبت کنندگان باشند. بیمارستان ها و کلیه مراکز ارایه خدمات سلامت باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند. در سایه تعامل مناسب ارایه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگران، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن قابل دستیابی خواهد بود.

در تجربه نخستین منشور حقوق بیمار در ایران در سال ۱۳۸۱ تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمستان ۱۳۸۱ ابلاغ گردید. مراکز بهداشتی - درمانی براساس این دستورالعمل موظف بودند که مفاد منشور حقوق بیمار را در مکان مناسب و قابل رؤیت نصب نمایند. با وجود ارزشمندی این اقدام در طرح موضوع حقوق بیمار در نظام سلامت، با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع تر در مورد حقوق بیمار این مهم در دستور کار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. بر این اساس، منشور حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و ارتقای رعایت موازین اخلاقی در عرصه درمان طی مراحل ذیل تدوین گردید.

به عنوان گام اول، در تدوین منشور حقوق بیمار اهم متون اخلاقی و حقوق بیمار در مقاطع تاریخی مختلف (پیش از اسلام، دوران اسلامی و پس از آن، همچنین در دوران معاصر در مجامع اسلامی و غیر اسلامی) مورد بررسی قرار گرفت. پس از بررسی متون فوق و جمع بندی مطالب مرتبط با حقوق بیمار منعکس شده در آن، متن اولیه منشور تحت عنوان پیش نویس اول منشور حقوق بیمار تدوین گردید.

در گام بعد، برای بررسی مقبولیت مفاد حقوق گردآوری شده برای بیمار، مطالعه ای درخصوص نگرش پزشکان، بیماران و پرستاران در مورد ضرورت رعایت محورهایی از حقوق فوق صورت پذیرفت که نشانگر اتفاق نظر جامعه مورد پژوهش در رابطه با ضرورت رعایت قریب به اتفاق موارد مورد پرسش بود. مرحله بعد، پیش نویس منشور طی مکاتبه ای برای ۴۸ نفر از صاحب نظران در حوزه پزشکی، اخلاق پزشکی، حقوق، فقه و فلسفه ارسال شد و از ایشان درخصوص محتوای آن نظرسنجی گردید. ۲۱ نفر پاسخ دادند و نظرات دریافت شده بررسی شد و اصلاحات لازم در متن پیش نویس اعمال گردید و نتیجه آن تدوین پیش نویس شماره دو بود.

در این مرحله پیش نویس دوم به انضمام نظراتی از صاحب نظران که اعمال نشده بود برای گروهی از منتخبان ارسال شد و درخواست مصاحبه گردید. مبنای انتخاب این گروه براساس حوزه تخصصی و حوزه فعالیت حرفه ای بود. گروه مصاحبه شونده در این مرحله شامل یک استاد حوزه و دانشگاه در رشته حقوق و فقه اسلامی، یکی از اساتید دانشگاهی پیشکسوت پزشکی و شاغل در بخش آموزشی و خصوصی، سه نفر از اساتید پزشکی با سابقه مدیریت کلان نظام سلامت و فعالیت در مراکز آموزشی و درمانی خصوصی، یک نفر از مدیران بخش خصوصی و هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی و دو نفر از رؤسای بیمارستان های خصوصی بودند. نظرات گردآوری شده از این گروه پس از بررسی و اعمال، منتج به تهیه پیش نویس سوم گردید.

ضرورت بررسی گروهی متن تهیه شده با حضور ذی نفعان مختلف برای مذاقه بیشتر در متن منشور و بررسی همه جانبه منشور احساس می شد. بر این اساس، در تاریخ سی ام مهر ماه ۸۸، کارگاه مزبور در محل موزه ملی تاریخ علوم پزشکی برگزار گردید. در این کارگاه نمایندگان انجمن های حمایت از بیماران (بیماران روانی

مزمّن، تالاسمی، هموفیلی)، سازمان نظام پزشکی، برخی از سازمان‌های بیمه‌گر و گروهی از صاحب‌نظران در حوزه حقوق و اخلاق پزشکی حضور داشتند. متن پیشنهادی منشور حقوق بیمار در ایران در تاریخ چهارم آبان‌ماه به تصویب شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید و در تاریخ دهم آبان‌ماه از سوی وزیر به مراکز ذی ربط ابلاغ گردید. متن این منشور به قرار ذیل است.

بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد. این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛

۱-۲) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛

۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛

۱-۴) بر اساس دانش روز باشد؛

۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛

۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد؛

۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد؛

۱-۸) به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد؛

۱-۹) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛

۱-۱۰) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد؛

۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛

۱-۱۲) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛

۱-۱۳) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیماردر حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

۲-۲) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛

۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛

۲-۱-۳) نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛

۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛

۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛

۲-۱-۶) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۲-۱-۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛

۲-۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛
- ۲-۲ (۲) بیمار می‌تواند به کلیه اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.
- ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ۳-۱ (۳) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:
- ۳-۱-۱ (۳) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛
- ۳-۱-۲ (۳) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛
- ۳-۱-۳ (۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛
- ۳-۱-۴ (۳) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛
- ۳-۱-۵ (۳) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.
- ۳-۲ (۳) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:
- ۳-۲-۱ (۳) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛
- ۳-۲-۲ (۳) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.
- ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.
- ۴-۱ (۴) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛
- ۴-۲ (۴) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛
- ۴-۳ (۴) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛
- ۴-۴ (۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.
- ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.
- ۵-۱ (۵) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛
- ۵-۲ (۵) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛
- ۵-۳ (۵) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.
- در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار - مذکور در این منشور - بر عهده تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید.
- چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.