



کد سند: MH-Ins-ED-۰۳	عنوان: دستورالعمل الزامات نظام بیمه ای	دفتر آموزش
شماره صفحه: 4/1	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۱۴۰۵/۰۲/۱۵	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۶/۰۲/۱۵

دستورالعمل الزامات نظام بیمه ای

در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین و غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار مهم ترین ابزار ذخیره و ابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی استبازی پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخ گوی تمامی های درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی کاربرد باشد که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند. یکی از مشکلات در خصوص مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی ثبت ناقص اطلاعات است. ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، از کارافتادگی ایجاد می کند همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها مثل افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان ایجاد می کند.

سالیانه مبالغ زیادی از هزینه های پرداختی بیمارستانها توسط بیمه های درمانی تحت عنوان کسورات بازپرداخت نمی شود که خسارات مالی جبران ناپذیری را به بیمارستانها وارد مینماید.

آنچه مسلم است اساس بازپرداخت هزینه های درمانی، پرونده های پزشکی بیماران بوده و محاسبه هزینه خدمات ارائه شده در دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمانهای بیمه، منوط به مستندسازی کامل، صحیح، دقیق و به موقع اطلاعات مربوطه در پرونده ها می باشد. هر گونه نقص در پرونده علاوه بر تبعات قانونی مربوطه منجر به کسورات بیمه ای و تبعات مالی نیز می گردد.

الزامات نظام درمانی و بیمه ای در پذیرش سرپایی

- ❖ با توجه به وجود نسخ الکترونیک و ثبت نسخه ها توسط پزشکان و فراگیران در سامانه ی بیمه ها هماهنگی لازم با کارشناسان بیمه جهت آموزش و ایجاد نام کاربری و رمز عبور انجام گردد. و مابقی بیمه ها که به صورت الکترونیک نیستند به شرح ذیل می باشد:
- ❖ اعتبار دفترچه بیمه بررسی شود.
- ❖ صفحه نسخه خط خوردگی نداشته باشد
- ❖ تاریخ پذیرش و تاریخ اعتبار دقیقا وارد شود
- ❖ نسخه بدون خط خوردگی نوشته شود، باید خوانا، کامل، و صحیح باشد (میزان دارو و نام دارو خوانا و دقیق نوشته شود)
- ❖ در صورت هر گونه خط خوردگی، پشت نسخه صحیح آن با مهر و امضاء نوشته شود
- ❖ مهر و درخواست مشاوره سی تی و رادیولوژی و کلیه اقدامات پاراکلینیک بایستی توسط دستیار سال ۳ و ۴ باشد.
- ❖ برگه بستری بیمار بایستی ممهور به مهر سال ۴۳ باشد

❖ در صورت انجام مشاوره تلفنی توسط دستیار، حق مشاوره به اتند مشاور تعلق نمی گیرد.

الزامات نظام درمانی و بیمه ای در بیماران بستری

❖ اطلاعات سر برگ فرم ها شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و... بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.

❖ کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تائید و تصدیق گردد.

❖ در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ثبت ساعت به صورت ساعت نظامی الزامی است.

❖ مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند. بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد، خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود

❖ (جوهر ها باید دارای ثبات باشند) پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند.

❖ صفحه شرح حال به صورت کامل توسط اینترن-دستیار نوشته شده و مهر و امضاء شود

❖ هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد. و مهر و امضاء شود (فرمت SOAP شامل: نوشتار مختصری از شرح حال (Subjective) -معاینه مجدد بیمار، ارزیابی تغییرات، نتایج آزمایشات درخواستی (Objective) -ارزیابی وضعیت کلی بیمار بر اساس یافته ها و اظهار نظر در خصوص سیر بیماری (Assessment) - ذکر برنامه جامع درمانی با توجه به ارزیابی های انجام شده و نیاز و عدم نیاز به تغییر روند درمان، آزمایشات و داروها (Plan)

❖ صفحه Order بدون خط خوردگی نوشته شود، میزان دارو و نام دارو خوانا و دقیق نوشته شود و هر Order جداگانه تاریخ و ساعت و مهر و امضاء داشته باشد

❖ اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی گردد. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد

❖ برگه جراحی ایمن توسط دستیار ارشد و جراح کامل گردد

❖ برگه شرح عمل باید از مشخصات بیمار کامل گردد و شرح عمل نوشته شده و تشخیصهای قبل و بعد از عمل دقیق باشد توسط دستیار ارشد و جراح مهر و امضاء گردد.

❖ کد عمل و K مربوطه به اسکراب و سیرکولر دقیقا کامل گردد.

❖ ساعت عمل دقیقا ثبت گردد.

❖ خلاصه پرونده باید به صورت کامل نوشته شده و آموزش به بیمار داده شود

❖ رضایت عمل و رضایت آگاهانه توسط دستیار ارشد و جراح بعد از توضیح کامل به بیمار از بیمار یا همراه قانونی وی گرفته شود.

- ❖ در زمان پذیرش بیمار تلفیق دارویی بیمار بررسی شود (عدم تداخل داروی دریافتی در منزل و داروی جدید دستور داده شده)
- ❖ دارو و سرم دریافتی بیمار و اقدامات انجام شده برای بیمار کامل ثبت گردد
- ❖ نتایج معوقه ضمیمه پرونده شود
- ❖ کلیه مستندات باید واضح ، مداوم و پیوسته باشد و هیچ فضای خالی یا قابل استفاده در بین نوشته ها نباشد . رعایت مرتب بودن ، املا صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است
- ❖ فرم آموزش به بیمار باید توسط پزشک بطور دقیق و کامل تکمیل شود
- ❖ با توجه به تذکرات مکرر سازمانهای بیمه گر و کسر ویزیت با RPO حتی الامکان از نوشتن کلمه مذکور در چند ویزیت خودداری شود
- ❖ درخصوص فراگیران پیراپزشکی ثبت دقیق اقدامات انجام شده و ثبت داروها مطابق دستورالعمل گزارش نویسی زیرمربی مربوطه انجام گردد.

علتهای کسورات بیمه ای در مرکز

۱. مشاوره ها	فاقد مهر و امضاء ، و بعضی مواقع تک برگ
۲. فیزیو تراپی	اشتباه در درخواست تعداد فیزیو تراپی
۳. ۳۰٪ تخت NICU, ICU	نداشتن پزشک مقیم طبق چارچوب بیمه
۴. LP	ثبت نشدن در اقدامات بیمار (در صورتی که در گزارش پرستاری ثبت شده است)
۵. NST, ECG	فاقد ریپورت دو برگی در پرونده
۶. تجهیزات پزشکی	درخواست اضافی از سوی بخش
۷. تزریق خون	درخواست در بخش ویژه که جزء ۶٪ تخت بوده و در تعهدات بیمه نمی باشد
۸. طب تصویری	فاقد مهر و امضاء و ریپورت پزشکان - تک برگ بودن ریپورت - خوانا نبودن ریپورت - درخواست اضافی از بخش

تهیه کننده:	تایید کننده:
مسئول واحد توسعه آموزش بالینی دانشکده پزشکی EDO تاریخ: امضاء:	تاریخ: امضاء:

تصویب کننده:	ابلاغ کننده:
معاون آموزشی و پژوهشی تاریخ: امضاء:	ریاست بیمارستان تاریخ: امضاء: