

دکتر آموزش	عنوان: دستورالعمل الزامات نظام بیمه ای	کد: ATW 1-10/0/98.06
تاریخ آخرین ویرایش: 98/01/05	تاریخ تصویب و ابلاغ: 98/01/05	شماره صفحه: 1 از 3

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

- ❖ تاریخ اعتبار دفترچه بیمار به روز باشد
- ❖ عکس بیمار با بیمار مقایسه گردد
- ❖ صفحه دفترچه خط خوردگی نداشته باشد
- ❖ تاریخ پذیرش و تاریخ اعتبار دقیقاً وارد شود
- ❖ نسخه بدون خط خوردگی نوشته شود اساسی ترین نکته این است که این بخش نسخه 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

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 ساعت 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.و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد. و مهر و امضاء شود
- ❖ 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 Kمربوطه 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 ، مدوام و پیوسته باشد و هیچ فضای خالی یا قابل استفاده در بین نوشته ها نباشد .رعایت ن مرتب بودن ، املا صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است

❖

❖ فرم تلفیق دارویی باید توسط پزشکان کامل و تایید شود .

❖

❖ 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

علتهای کسورات بیمه ای در مرکز

1. مشاوره ها	فاقد مهر و امضاء ، و بعضی مواقع تک برگ
2. شرح عمل	نوشته نشدن شرح عمل و یا فاقد مهر و امضاء
3. فیزیو تراپی	اشتباه در درخواست تعداد فیزیو تراپی
4. 30% تخت NICU, ICU	نداشتن پزشک مقیم طبق چارچوب بیمه
5. LP	ثبت نشدن در اقدامات بیمار (در صورتی که در گزارش پرستاری ثبت شده است)
6. NST, ECG	فاقد ریپورت دو برگی در پرونده
7. تجهیزات پزشکی	درخواست اضافی از سوی بخش
8. تزریق خون	درخواست در بخش ویژه که جزء 6% تخت بوده و در تعهدات بیمه نمی باشد
9. طب تصویری	فاقد مهر و امضاء و ریپورت پزشکان - تک برگ بودن ریپورت - خوانا نبودن

ریپورت- درخواست اضافی از بخش		
		10

تهیه کنندگان: سوپروایزر آموزشی، معاون آموزشی-مسئول بهبود کیفیت

تصویب کننده: معاون آموزشی

تأیید کننده: رئیس بیمارستان