

مرکز آموزشی درمانی شفا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی استان کرمان

عنوان سند: الزامات نظام بیمه ای

کد سند: ۴۶-LG_BK

تهیه و تنظیم:
معاونت آموزشی بیمارستان شفا

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 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. 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 بیمه ای که فراگیران پزشکی باید آنها را رعایت کنند:

۱. اطلاعات سربرگ فرم های پر شده در پرونده بیمار باید بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود

۲. در تمامی گزارش های موجود در پرونده های بستری درج تاریخ و ساعت در محل مربوطه خود الزامی است.

۳. اطلاعات در پرونده کاغذی باید با خودکار آبی یا مشکی ثبت شود.

۴. کلیه مستندات باید واضح، مداوم و پیوسته باشد و هیچ فضای خالی یا قابل استفاده در بین نوشته ها نباشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است

۵. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید تاریخ و ساعت داشته باشند و توسط شخصی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. (در مشاوره ها نوع مشاوره باید دقیقاً ذکر و درخواست و انجام مشاوره باید در دو پاراگراف متفاوت آورده شوند)

۶- برگه های مشاوره بایستی توسط رزیدنت سال ۳ به بالا مهر و امضا گردد همراه با ذکر تاریخ و ساعت انجام مشاوره در غیر اینصورت کل مشاوره کسر می گردد. چنانچه پزشک ۲K باشد توسط خود پزشک مهر و امضا گردد. در قسمت درخواست مشاوره مواردی مانند سابقه بیماری بیمار و علت انجام درخواست مشاوره ذکر گردد و "از نوشتن بیمار را ویزیت کنید" خودداری شود.

۷. اخذ رضایت نامه در اجازه درمان و رضایت آگاهانه از بیمار و با ولی و قیم یا سرپرست قانونی ولی الزامی است و باید مهر و امضاء پزشک معالج و رزیدنت مربوطه هر دو وجود داشته باشد

۸. پزشک معالج مکلف است که تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و بطور کامل ثبت کند. تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماری های همراه و سایر عوارض می باشد.

۹. فرم پذیرش و خلاصه ترخیص باید امضاء مسئول پذیرش و مهر و امضاء رزیدنت را داشته و پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده، مهر و امضای پزشک معالج و امضای سرپرستار بخش نیز الزامی است. تاریخ مراجعه بعدی نیز باید حتماً ذکر گردد.

۱۰. تکمیل کلیه مندرجات خواسته شده در فرم خلاصه پرونده و شرح عمل و سیر بیماری، مشاوره پزشکی و بقیه اوراق پرونده به طور کامل و در محل مربوطه الزامی است.

۱۱. فرم گزارش عمل جراحی باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد و مهر و امضاء پزشک جراح و اتند و پرستار اتاق عمل الزامی است ۱۲- برگ بیهوشی باید حتماً دارای مهر و امضاء پزشک مربوطه بوده و پشت آنها به طور کامل پر شود ۱۳- فرم چک لیست جراحی ایمن پس از تکمیل، توسط پزشک مهر و امضاء شود ۱۴- فرم آموزش به بیمار توسط پزشک باید به طور دقیق و کامل تکمیل شود.

۱۵. تایید اتند روی دستور رزیدنتها باید حتما وجود داشته باشد .
 ۱۶. چک لیست بیهوشی ایمن باید به طور کامل توسط پزشک بیهوشی تکمیل و مهر و امضاء گردد ۱۷- . فرم رضایت خون باید حتما توسط پزشک معالج مهر و امضاء شود ۱۸- . برگ شرح حال و معاینه بدنی ، با بد به طور صحیح و مناسب تکمیل گردد ۱۹- . تمامی درخواست های پزشک (به عنوان نمونه گرافی ، CT ، ECG و ...) که به صورت شفاها و ملفنی جهت بیمار ان انجام می شود در اولین فرصت و به محض ورود پزشک معالج به بخش باید به صورت یک order جداگانه ثبت گردد و در پایان order قبلی اضافه نشود ۲۰- . ویزیت روزانه متخصص عفونی عتماً با order پزشک ثبت گردد و بایستی در قالب برگه مشاوره انجام شود تمامی دستورات پزشک K ۲ در پرونده های درمان طبی (بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار نگرفته اند) بایستی توسط خود پزشک مهر امضاء و در ستون های مربوط به خود ثبت گردند و چنانچه توسط رزیدنت انجام می شوند ، K دوم کسر می گردد الزم به یادآور یست مهر امضاء اینترن به هیچ وجه قابل قبول نمی باشد ۲۲- . از برگه های کاربن بر رنگ استفاده شود چنانچه نسخه دوم شرح عمل و برگه بیهوشی کم رنگ باشد همگی کسر می گردد ۲۳- . برگه های مشاوره و شرح عمل خوانا ، دقیق و کامل نوشته شوند ۲۴- . ساعت شروع و پایان عمل در شرح عمل قید شود و نام پزشک بیهوشی و نام جراح حتماً در قسمت بالای شرح عمل نوشته شود ۲۵- . در صورت استفاده از وسیله تهاجمی فقط به استناد کد ۸۵ طبق کتاب ارزش نسبی قابل پرداخت نمی باشد بایستی حتماً نوع وسیله تهاجمی مانند ARM-C در شرح عمل قید گردد ۲۶- . در صورت انجام اعمال دوطرفه حتماً در متن شرح عمل سمت راست و چپ یا اندام فوقانی – تحتانی مشخص گردد ۲۷- . نوع بیهوشی در شرح عمل ذکر شده و حتماً با برگه بیهوشی از نظر نوع بیهوشی هماهنگ باشد و در صورتی که از پوزیشن خاصی در عمل استفاده می گردد نوع پوزیشن نیز قید گردد ۲۸- . اعمال جراحی با انسیزیون جداگانه حتما در متن شرح عمل ذکر گردد ۲۹- . تمامی پروتزه های مصرفی برای عمل بیمار بایستی حتماً به ریز از نظر نوع و تعداد در شرح عمل ذکر گردد در صورتیکه خط خوردگی ایجاد شد شرح عمل مجدداً نوشته شود و نوشتن پروتزه ها به صورت یکجا در انتهای شرح عمل قابل

قبول بیمه نمی باشد ۳۰- . تمامی شرح عمل و پروتزه های مصرفی بایستی با هم همخوانی داشته باشد در غیر اینصورت شرح عمل باید مجدداً نوشته شود یا برگ پروتز اصلاح گردد و توسط پزشک و مسئول اتاق عمل تایید شود ۳۱- . تمامی پروتزه های که در عمل استفاده می شود بایستی لیبل مربوط به آن وسیله حتماً در پشت شرح عمل چسبانده شود ۳۲- . تمامی وسایل گران قیمت مصرفی در اتاق عمل مانند (ژل فوم- سرچیس- و غیره) بایستی حتماً توسط پزشک معالج در متن شرح عمل قید گردد، در غیر اینصورت کسورات اعمال شده از واحد مربوطه کسر می گردد.

۳۳. در مورد اعمال جراحی ارولوژی در صورتیکه از وسایل از قبیل (گاید وایر بالن دی التور – آمپالترشیت- سوزن شیب – سوزن بیوبسی- دبل جی استنت- سرم گالیسین) استفاده می شود حتماً در متن شرح عمل قید گردد. تعداد سرم گالیسین نیز مشخص شود، در غیر اینصورت کسورات اعمال شده از واحد مربوطه کسر می گردد ۳۴- . در اعمال جراحی مخصوصاً جراحی عروق و جراحی ترمیمی تعداد کدهای درخواست ی با متن شرح عمل همخوانی داشته باشد و بایستی به ریز و کامل تمام کدهای درخواست ی در متن شرح عمل توضیح داده شود . ۳۵- در صورت ی که چندین تاندون و عصب با هم در یک عمل ترمیم می گردد نام هر تاندون و عصب در شرح عمل جدا نوشته شود ۳۶- . در اعمال جراحی مغز و اعصاب در مورد تومورها اگر تومور به ناحیه ای چسبندگی داشته باشد حتماً در شرح عمل قید شود و همچنین در مورد ترمیم دورا ذکر گردد. دورا قبل از عمل جراحی پارگی داشته یا جهت دسترسی به عمل توسط جراح برش داده شده است ۳۷- . کدهایی که در شرح عمل درج می گردد با متن شرح همخوانی داشته باشد- ۳۸ . در مورد کدهای جراحی مستقل طبق کتاب ارزش نسبی فقط در صورتیکه کد مستقل به تنهایی استفاده شود قابل پرداخت می باشد در غیر این صورت درخواست کد عمل مستقل به همراه کدهای دیگر قابل پرداخت نمی باشد

۳۹. درمورد کدهای ستاره دار که طبق کتاب ارزش نسبی مورد تأیید بیمه نمی باشد و پرونده بیمار بایستی به صورت آزاد محاسبه شود قبل از

اعمال جراحی الکتیو در صورتی که کد مد نظر پزشک ستاره دار باشد، حتماً به بیمار و همراه آن این آگاهی داده شود که پرونده بیمار آزاد محاسبه می شود و قابل قبول بیمه نمی باشد ۴۰- . مواردی مانند BMA ، BMB و Tap که توسط پزشک معالج انجام می شود، حتماً بایستی در شرح عمل مربوطه موجود باشد و در سیستم ثبت گردد در غیر اینصورت علاوه بر کد مربوطه خدمت آسیب شناسی آن نیز کسر می گردد ۴۱- . در اتاق عملها دقت شود که نام پزشک معالج و بیهوشی حتماً با برگه بیهوشی و شرح عمل مطابقت داشته باشد.

۴۲- در اتاق عملها دقت شود که داروهای بیهوشی درخواستی در برگه دارو و لوازم اتاق عمل با داروهای مصرفی موجود در برگه بیهوشی همخوانی داشته باشد و داروهایی که بطور پروفیلکسی قبل از عمل استفاده می گردد، در برگه دارو و لوازم لحاظ شود که حتماً توسط پزشک در برگه بیهوشی نام داروها ذکر شود ۴۳- . از قید کردن دارو در منزل توسط پزشکان خودداری شود در غیر اینصورت کسر می گردد . ۴۴- چنانچه بیمار جهت پورت گذاری مراجعه و در اتاق عمل جراحی انجام می شود در همان بخش جراحی بستری و از همان طریق ترخیص صورت پذیرد ۴۵- . تعداد جلسات شیمی درمانی با تایید پزشک و با گزارش پرستاری همخوانی داشته باشد.



