

نقش مستندسازی در کسورات بیمارستانی

مهتاب کریمی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۵/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۳۱

دانشجوی دکتری مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه آشنایی با اصول مستندسازی صحیح و چگونگی ثبت اطلاعات آموزش لازم را ببینند چرا که تمام این مستندات به وسیله شرکت‌های بیمه مورد بررسی قرار گرفته و اطلاعاتی را که بازرسان بیمه جهت تایید بازپرداخت هزینه‌ها نیاز دارند را فراهم می‌کند.^۲ از سوی دیگر با کمک یک نظام باز پرداخت کارآمد نظیر DRG، موسسات درمانی می‌توانند با کسب اطلاعات کاملتر در زمینه‌ی نتایج درمان و هزینه‌های درمان هم باعث بهبود عملکرد مالی و اقتصادی موسسات گردند و هم جهت تحقق طرح‌های بیمه درمانی همکاری نمایند. هم‌چنین به منظور حفظ حقوق بیماران لازم است، بیمارستان برای جلوگیری یا کاهش خطاهای مربوط به درخواست اضافه و اضافه قیمت که منجر به زیان مالی به بیماران می‌گردد بر عملکرد پزشکان نظارت نماید تا به این ترتیب زیان مالی بیماران را حد اقل سازد.^{۲،۳} [م ت ع پ ز، ۱۲(۵):۹۵]

References

1. Pourreza A. [Analyze of hospital costs: guidelines for managers] Persian. Tehran: Research Center of Social Security Organization; 2003.
2. Karami M, Shokrizadeh-Arani L. [Related factors in medical records documentation quality and presenting solutions from managers' and physicians' viewpoints occupied in hospitals affiliated to Kashan university of medical sciences] Persian. Iranian J Med Edu 2010; 9(4): 357-365.
3. Abdolhak M. Health information of a strategic resource. USA. W. B Saunders Company; 2008.

از مهم‌ترین مسائلی که همواره توجه، دقت و کوشش مدیران بیمارستان‌ها را به خود معطوف داشته تسلط و کنترل بر وضعیت مالی بیمارستان و تامین منابع مورد نیاز برای اداره آن می‌باشد. با توجه به اجرای قانون بیمه همگانی، سازمان‌های بیمه‌گر مسئولیت پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی را بر عهده دارند.^۱ از آنجایی که بازپرداخت هزینه‌های درمانی توسط ادارات بیمه به مستندسازی دقیق پرونده‌های پزشکی بستگی دارد، لذا پژوهشی با هدف بررسی میزان و علل کسورات اعمال شده از سوی سازمان بیمه تامین اجتماعی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان بر روی ۷۹۰۷ فقره پرونده مربوط به این سازمان در نیمه اول سال ۱۳۸۷ انجام گردید که تعداد ۷۱۱۶ پرونده دارای کسورات از دیدگاه مستندسازی به قرار زیر بودند: در فرم دارو: نداشتن دستور پزشک ۴۲۷ مورد (۴/۱٪)؛ در فرم آزمایشگاه: نداشتن جواب آزمایش ۲۱۹۵ مورد (۷۴/۱٪)، نداشتن دستور پزشک ۲۳۰ مورد (۷/۷٪)؛ در فرم مشاوره: نداشتن دستور مشاوره از سوی پزشک ۲۲۶ مورد (۲۹/۷٪)؛ در فرم رادیولوژی: نداشتن جواب رادیولوژی ۱۰۸۶ مورد (۶۶/۶٪)، نداشتن دستور پزشک ۲۱۳ مورد (۱۳/۱٪) نبود مهر و امضای مسئول رادیولوژی ۱۰۵ مورد (۶/۴٪)؛ در فرم گزارش عمل: نقص در گزارش عمل ۴۲۹ مورد (۹/۴٪)، نبود مشخصات بیمار در برگه شرح عمل ۳۱۸ مورد (۷/۱٪)، نبود مهر و امضای جراح ۲۱۳ مورد (۴/۷٪)؛ در فرم بیهوشی: نبود مهر و امضای متخصص بیهوشی ۳۲۲ مورد (۹/۱٪)، نبود مشخصات بیمار در برگه بیهوشی ۲۱۳ مورد (۶٪).

با توجه به این که بیشترین علل کسورات پرونده‌های بستری مربوط به نقص در مستندسازی می‌باشد لازم است افراد مسئول تکمیل پرونده‌ها، در