



چشم انداز در عمل:

خط مشی و رویه های کدگذاری بالینی

ساناز سادات محمودیان^۱ / مریم احمدی^۲ / فاطمه حسینی^۳

چکیده

مقدمه: حیات هر مؤسسه بهداشتی به داده های صحیح کدگذاری بستگی دارد. یکی از بهترین ابزارهای کسب داده های صحیح و معتبر ایجاد راهنمای خط مشی و رویه ها است. خط مشی و رویه های کدگذاری بالینی، در مواجهه با تغییرات پرسنل باعث ثبات و استمرار کار کدگذاری بالینی می شود و چارچوبی برای تصمیم گیری و انجام وظایف ارائه می کنند.

روش بررسی: این تحقیق به صورت یک مطالعه ی توصیفی- مقایسه ای انجام شد. اطلاعات از طریق مرور کتاب ها، مقالات، اینترنت و اطلاعات مؤسسات بهداشتی و درمانی به دست آمد. در این پژوهش خط مشی ها و رویه های کدگذاری کشورهای آمریکا، انگلیس، کانادا و ایران بررسی و مقایسه شده اند. با توجه به ویژگی های مشابه و متفاوت آنها، الگوی پیشنهادی برای ایران مطرح شد. سپس این الگو در دو مرحله به شیوه ی دلفی آزمون؛ و در پایان پس از تحلیل نتایج، الگوی نهایی برای ایران ارائه شد. **یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که خط مشی ها و رویه های کدگذاری بالینی در شش محور اصلی مستندسازی و کدگذاری، اعتبار بخشی اطلاعات کدگذاری، ساختار واحد کدگذاری، آموزش کدگذاری، ارتباطات در کدگذاری و امنیت و محرمانگی مطرح هستند. چهارده خط مشی مربوط به واحد کدگذاری بالینی این شش محور را پوشش می دهند. در هر کدام از محورهای فوق، رویه های معینی به دست آمده است. اصول مستندسازی، فرایند کدگذاری، چارچوب زمانی کدگذاری، ارائه خلاصه کدگذاری، بازرسی خطاهای مستندسازی و کدگذاری، اصلاح خطاها و برگزاری جلسات آموزشی، وضعیت شغلی کدگذاران و تعداد کدگذاران مورد نیاز، ارزشیابی کدگذاران، آموزش حین کار، شرایط مؤثر بر کار و ردیابی ممیزی سیستم های ثبت داده ها برخی از مهم ترین رویه های این شش محور هستند.

نتیجه گیری: به طور کلی ساختار الگوی نهایی خط مشی ها و رویه های کدگذاری بالینی ایران بیشترین شباهت را با الگوی کشور انگلیس، سپس آمریکا و کمترین شباهت را با الگوی کشور کانادا داشته است. پیشنهاد می شود دستورالعمل های کدگذاری به طور سالانه تدوین و روزآمد شود و در نشریه ای مختص به کدگذاری منتشر شود. جهت بررسی اطلاعات کدگذاری و نیز کار کدگذاران هیأت بازرسی کدگذاری تشکیل و بر اساس نتایج آن دوره های آموزشی برگزار شود. همچنین جهت پرسش از پزشک درباره بیماری های مهم، فرم خاصی طراحی شود.

کلید واژه ها: خط مشی، رویه، کدگذاری بالینی

◊ وصول مقاله: ۸۶/۸۱۶، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۷۲، پذیرش مقاله: ۸۷/۷۲۰

مقدمه

انسان ها با حرکت در مسیر تکامل و رشد عقلانی خود، به تدریج بر ضرورت «برنامه ریزی» در زندگی واقف شدند و آن را به منزله ی ابزاری در خدمت مدیریت و رهبری نظام های اجتماعی، مورد توجه قرار دادند. امروزه سازمان ها و مؤسسه های اداری به حدی پیچیده شده اند که بدون برنامه ریزی های دقیق، امکان ادامه حیات ندارند. برنامه ریزی مستلزم آگاهی از فرصت ها و تهدیدهای آتی و پیش بینی شیوه مواجهه با آن هاست. [۱]

برنامه ریزی از وظایف بسیار مهم مدیران است و با سایر وظایف آن ها نیز ارتباط دارد. اگر نگرش مبتنی بر برنامه ریزی در سراسر زندگی افراد تسری یابد، نوعی تعهد به عمل بر مبنای تعقل و تفکر آینده نگر و عزم راسخ بر استمرار آن، برایشان ایجاد می شود. به علاوه، تحقق اهداف فردی و سازمانی نیز مستلزم برنامه ریزی است؛ به طوری که حتی برای نیل به اهدافی بسیار جزئی و زود گذر- نظیر رفتن به یک مهمانی یا فروش یک محصول نیز باید برنامه ریزی شود. در واقع نیاز به برنامه ریزی از این مسئله ناشی می شود که همه ی سازمان ها با فعالیت در محیطی پویا، مترصد آن هستند که منابع محدود خود را برای رفع نیازهای متنوع و روزافزون خود صرف کنند. پویایی محیط و وجود تلاطم در آن و عدم اطمینان ناشی از تغییرات محیطی، بر ضرورت انکار ناپذیر برنامه ریزی می افزاید. [۲]

برنامه ریزی که همواره در مدیریت قبل از سازماندهی انجام می شود، شامل تعیین چشم انداز، رسالت، شناخت و تعیین هدف ها به منابع و پیش داشته های محیطی و همچنین تعیین خط مشی ها، رویه ها و روش ها می باشد. [۳]

خط مشی ها و رویه ها ابزار عملی کردن چشم انداز سازمانی محسوب می شوند. [۴] می توان گفت خط مشی ها و رویه ها همانند نقشه جاده های کشور است. نقشه در یک نگاه مکان های جذاب و راهنمایی کلی برای رسیدن به مقصد دلخواه را نشان می دهد.

جاده ها روی نقشه، راه های (گزینه های) دستیابی به یک مقصد خاص را نشان می دهند. اگر راه درست را دنبال کنید، به مقصد خواهید رسید. در مقایسه، خط مشی راهنمایی کلی (مقاصد) را برای دستیابی به مقصد (هدف) خاطر نشان می کند. در حالی که رویه ها راه های دستیابی به مقاصد و اهداف ارائه می کند. رویه گام های معمول اجرای انواع کارهای تکراری را به ترتیب بیان می کند. [۵]

خط مشی ممکن است کتبی باشد و رسماً به مسئولین ابلاغ شود یا شفاهی باشد یا تلویحاً و به مرور زمان مدیران و کارمندان در جریان خط مشی ها قرار گیرند. بنابراین در صورتی که برای برخی از وظایف خط مشی های مدون و نوشته شده وجود نداشته باشد، به این معنی نخواهد بود که برای آن کار خط مشی وجود ندارد. [۶]

راهنمای خط مشی ها و رویه ها ارزش زیادی در امر مدیریت دارد، زیرا طرحی است که برای بررسی و تحلیل و ارزیابی انجام کار در بخش و برای آموزش کارمندان جدید نیز مورداستفاده واقع می شود و در نهایت باعث ایجاد گروه های کاری با کفایت تری می شود. [۷] هر سازمان مراقبت بهداشتی، خط مشی ها و رویه هایی دارد که بر تمام افراد مؤسسه تأثیر می گذارند. هر بخش از سازمان مراقبت بهداشتی نیز باید خط مشی و رویه های خاصی داشته باشد که فرایندهای خود را شرح دهد. [۸]

واحد کدگذاری بالینی نیز باید خط مشی ها و رویه های کتبی را ایجاد کند و نحوه اجرای تمام فرایندهای کدگذاری را راهنمایی کند. [۹] این خط مشی ها و رویه ها باید اهداف و برنامه های واحد کدگذاری بالینی را نشان دهد؛ با سایر خط مشی های بخش مدارک پزشکی هماهنگ باشد و از قابلیت انعطاف برخوردار باشد. [۲]

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) در راهنمای مدارک پزشکی - دستورالعملی برای کشورهای در حال توسعه اظهار داشته است که هر کشور باید از

ناهماهنگی و بی‌نظمی در کار، تقسیم بندی نادرست وظایف، کاهش سرعت و سهولت کار و همچنین کاهش کیفیت عملکرد کارمندان و نهایتاً کل سیستم خواهد شد. [۱۶]

با توجه به مطالب یاد شده نیاز به وجود یک سیستم استاندارد در زمینه مدیریت مدارک پزشکی در سراسر کشور احساس می‌شود. در این مطالعه تلاش شده است با مقایسه خط‌مشی‌ها و رویه‌های کدگذاری بالینی کشورهای امریکا، انگلیس و کانادا الگویی جهت خط‌مشی و رویه‌های کدگذاری بالینی برای کشور ایران ارائه شود.

هدف از این مطالعه همسان‌سازی فرایند کدگذاری بالینی در سطح ملی بر اساس خط‌مشی‌ها و رویه‌های تدوین شده و افزایش کارایی و اثربخشی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی و ارائه معیارهایی جهت سنجش کیفیت کدگذاری بالینی اطلاعات بهداشتی می‌باشد.

روش پژوهش

در این پژوهش جهت بیان ادبیات تحقیق، روش کتابخانه‌ای و برای بررسی سوالات پژوهش از روش میدانی بهره گرفته شده است. روش مورد استفاده در این پژوهش، روش توصیفی-پژوهشی است. در این پژوهش خط‌مشی‌ها و رویه‌های کدگذاری بالینی مؤسسات بهداشتی و درمانی و مؤسسات وابسته در کشورهای امریکا، انگلیس، کانادا و ایران توصیف و مقایسه شده‌اند. انتخاب کشورهای مورد مطالعه به دلیل وجود کمیته استراتژی و خط‌مشی‌گذاری درانجمن مدارک پزشکی امریکا، هیأت بررسی کدگذاری در انگلیس (ارائه‌کننده توصیه‌های مربوط به خط‌مشی‌ها و فعالیت‌های کدگذاری بالینی) و مؤسسه اطلاعات بهداشتی کانادا منتشرکننده راهنمای استانداردهای کدگذاری است. سپس با توجه به ویژگی‌های مشابه و متفاوت آنها، الگوی خط‌مشی‌ها و رویه‌های کدگذاری بالینی در ایران طراحی و با روش دلفی در دو مرحله آزمون گردید.

خط‌مشی‌ها و رویه‌های ملی مدارک پزشکی برخوردار باشند. بسیاری از رویه‌های بخش مدارک پزشکی مبتنی بر خط‌مشی مدارک پزشکی است. در اکثر کشورها، مسئول بخش مدارک پزشکی مسئول ایجاد رویه‌های بخش و بازبینی آنها هستند. [۱۰]

خط‌مشی‌ها و رویه‌های کدگذاری بالینی، نشان می‌دهد که چگونه، چه زمانی و چرا کارها باید انجام شوند؛ چه فردی وظایف، کارها و عملکردها را انجام دهد؛ مسئول انجام فعالیت و مصوبات کیست؛ کنترل‌های کیفی و بازرسی‌ها چگونه انجام شوند و وضعیت‌های تاریخی، روتین و اورژانسی کدام هستند. [۱۱]

راهنمای خط‌مشی‌ها و رویه‌های کدگذاری بالینی، سندی است برای افزایش ثبات و کیفیت اطلاعات طی فرایند کدگذاری. خط‌مشی‌ها و رویه‌های کدگذاری بالینی، برای تصمیم‌گیری و انجام عملکردهای واحد کدگذاری بالینی دستورالعمل می‌دهد. خط‌مشی‌ها و رویه‌ها مبتنی بر مقتضیات ملی موجود و رویه‌های بیمارستانی مؤثر بر فرایند کدگذاری هستند. [۱۲]

خط‌مشی‌ها و رویه‌ها باید مبتنی بر مقتضیات ملی و رویه‌های بیمارستانی مؤثر بر فرایند کدگذاری باشند و از استانداردهای کدگذاری پشتیبانی کنند. این استانداردها عبارت هستند از مستندسازی و کدگذاری، آموزش کدگذاران بالینی، ارتباطات در کدگذاری بالینی و پرسش از پزشک، اعتباربخشی اطلاعات کدگذاری بالینی و محرمانگی و امنیت. [۱۳ و ۱۴]

در کشور ما اکثر واحدهای کدگذاری مدارک پزشکی به طورسلیقه‌ای تنظیم و اداره می‌شوند و از خط‌مشی‌ها و رویه‌هایی که در سطح جهانی از جایگاه ارزشمندی برخوردارند، تبعیت نمی‌شود. [۱۵]

مسلماً عدم رعایت استانداردها در این بخش باعث افزایش هزینه‌های غیر ضروری و کاهش بهره‌وری خواهد شد. به علاوه، عدم رعایت اصول استاندارد در بخش مدارک پزشکی و بالتبع واحد کدگذاری منجر به

جامعه پژوهش به منظور آزمون الگوی پیشنهادی با روش دلفی شامل کلیه اساتید گروه مدارک پزشکی دانشگاه های علوم پزشکی ایران، بهشتی، تهران، تبریز، اصفهان، کاشان، شیراز، بندرعباس، ساری و کرمان، دارای مقطع کارشناسی مدارک پزشکی (۶۵ نفر) و کلیه مسئولین کدگذاری بیمارستان های آموزشی سه دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهشتی و تهران (۲۷ نفر) است. نتایج به دست آمده از پرسشنامه ها در غالب جداول ارائه شده که جهت تجزیه و تحلیل سوالات پژوهش از آنها استفاده به عمل آمده است. روایی پرسشنامه از طریق نمونه گیری محدود (۱۰ نفر) و پایایی مکرر به کمک صاحب نظران این رشته تأیید شده است. پایایی پرسشنامه بر اساس آزمون ضریب آلفای کرانباخ ۵۸ درصد به دست آمد که پرسشنامه دارای اعتبار است. در تکنیک دلفی مواردی از الگوی پیشنهادی که کمتر از ۵۰ درصد صاحب نظران آن را تأیید کرده بودند از الگو حذف و مواردی که ۷۰ درصد و بیش از آن به دست آمد، مورد قبول قرار گرفت. مواردی از الگو که بین ۵۰ تا ۷۰ درصد قرار گرفته بود، در جلسات دوباره به نظر خواهی گذاشته شد تا اجماع نظر دال بر حذف یا تأیید الگو مورد موافقت صاحب نظران به دست آمد.

یافته ها

یافته های حاصل از پژوهش نشان می دهد که تمام خط مشی های کدگذاری بالینی مورد موافقت متخصصین قرار گرفته است. این خط مشی ها عبارتند از:

۱. تمام رویه های مستندسازی جهت اهداف کدگذاری برای تمام کارمندان مرکز مراقبت بهداشتی شرح داده شود.
۲. پس از تریخیص، تشخیص ها و اقدامات مندرج در پرونده بیمار با استفاده از طبقه بندی بین المللی بیماری ها، آخرین ویرایش و سایر ابزارهای کدگذاری بر اساس دستورالعمل ها کدگذاری شوند.

۳. تمام رویه های تضمین کیفیت واحد کدگذاری بالینی شامل بازرسی و پایش کیفیت کدگذاری و مقیاس های داده های کیفی، کاملاً شرح داده شوند.

۴. کارمندان و مسئولین واجد شرایط، بر حسب ابعاد و حجم فعالیت بیمارستان پیش بینی شوند.

۵. تمام برنامه های آموزشی کدگذاران بالینی و افراد دخیل در فرایند کدگذاری بالینی مانند متخصصان بالینی و تعداد ساعات آموزشی هر کدام در هر سال به وضوح تعیین و مستند شوند.

۶. جزئیات ارتباطات به منظور تضمین توزیع مؤثر اطلاعات کدگذاری، پاسخ به پرسش ها و تغییرات کار کدگذاری بین کدگذاران و کاربران اطلاعات شرح داده شوند.

۷. کارمندان کدگذاری، از اصول محرمانه بودن مدارک پزشکی، مطابق قانون و از استانداردهای حرفه ای و خط مشی های تعیین شده توسط مسئولین بهداشتی و درمانی، در زمینه محرمانگی و امنیت طی فرایند کدگذاری، حمایت و پیروی کنند.

۸. مسئول بخش مدارک پزشکی می بایست بر اجرای خط مشی ها و رویه های کدگذاری نظارت داشته باشد.

۹. مسئول بخش مدارک پزشکی هر سه سال راهنمای خط مشی ها و رویه ها را روزآمد کند.

جدول ۱ نشان می دهد که میزان موافقت متخصصان با تعیین مهلت زمان کدگذاری ۱۰۰ درصد (۴۳ نفر)، اصول مستندسازی، فرایند کدگذاری بالینی، جزئیات منابع کدگذاری و اسناد منبع کدگذاری ۳۰۹۵ درصد (۴۱ نفر) به دست آمده است.

جدول ۲ نشان می دهد که ۳۰۹۵ درصد (۴۱ نفر) متخصصان با تعیین جزئیات برنامه بازرسی داخلی، ۹۳ درصد (۴۰ نفر) متخصصان با تعیین انواع بررسی خطاهای کدگذاری، مقیاس های تضمین کیفیت، ۹۰/۷ درصد (۳۹ نفر) متخصصان با تعیین پیامدهای بازرسی، جزئیات صلاحیت های بازرسان و اجزاء چارچوب بازرسی موافق بوده اند.

بر اساس جدول ۳ همه متخصصان با تعیین ساختار

جدول ۱: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران در مورد رویه های اصول مستندسازی و کدگذاری بالینی

بدون پاسخ		مخالف		موافق		الف. رویه های مستندسازی و کدگذاری بالینی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲	۴/۷	۰	۰	۴۱	۹۵/۳	۱. تعیین اصول مستندسازی
۰	۰	۲	۴/۷	۴۱	۹۵/۳	۲. تعیین فرایند کدگذاری بالینی
۰	۰	۲	۴/۷	۴۱	۹۵/۳	۳. تعیین اسناد منبع کدگذاری
۰	۰	۰	۰	۴۳	۱۰۰	۴. تعیین زمان کدگذاری
۴	۹/۳	۵	۱۱/۶	۳۴	۷۹/۱	۵. نرم افزارهای کدگذاری بالینی
۱	۲/۳	۵	۱۱/۶	۳۷	۸۶	۶. تعاریف UHDDS
۰	۰	۱۰	۲۳/۳	۳۳	۷۶/۷	۷. ارائه خلاصه کدگذاری
۰	۰	۲	۴/۷	۴۱	۹۵/۳	۸. تعیین جزئیات منابع
۱	۲/۳	۱۱	۲۶/۲	۳۰	۷۱/۵	۹. کدگذاری فرضی
۱	۲/۳	۴	۹/۳	۳۸	۸۸/۴	۱۰. تعیین استانداردهای اخلاقی کدگذاری

جدول ۲: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران در مورد رویه های اعتباربخش

بدون پاسخ		مخالف		موافق		ب. رویه های اعتبار بخشی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰	۰	۲	۴/۷	۴۱	۹۵/۳	۱. تعیین جزئیات برنامه بازرسی داخلی
۰	۰	۵	۱۱/۶	۳۸	۸۸/۴	۲. تعیین جزئیات برنامه بازرسی خارجی
۱	۲/۳	۷	۱۶/۳	۳۵	۸۱/۴	۳. متدولوژی بازرسی داخلی
۱	۲/۳	۳	۷	۳۹	۹۰/۷	۴. اجزاء چارچوب بازرسی
۱	۲/۳	۲	۴/۷	۴۰	۹۳	۵. انواع بررسی خطاهای کدگذاری
۱	۲/۳	۳	۷	۳۹	۹۰/۷	۶. تعیین پیامدهای بازرسی
۱	۲/۳	۳	۷	۳۹	۹۰/۷	۷. تعیین جزئیات صلاحیت های بازرسان
۱	۲/۳	۲	۴/۷	۴۰	۹۳	۸. مقیاس های تضمین کیفیت
۳	۷	۷	۱۶/۳	۳۳	۷۶/۷	۹. آگاهی از استانداردهای ملی
۴	۹/۳	۶	۱۴	۳۳	۷۶/۷	۱۰. تعیین نحوه پایش کیفیت کدگذاری

جدول ۳: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران در مورد رویه های ساختار کدگذاری بالینی

بدون پاسخ		مخالف		موافق		پ. رویه های ساختار کدگذاری بالینی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰	۰	۰	۰	۴۳	۱۰۰	۱. ساختار واحد
۱	۲/۳	۱	۲/۳	۴۱	۹۵/۳	۲. وضعیت کارمندان کدگذاری بالینی
۰	۰	۰	۰	۴۳	۱۰۰	۳. تعیین تعداد کدگذار مورد نیاز

متخصصان قرار گرفت. علی پور (۱۳۸۶) در مقایسه میزان رعایت عناصر کیفی کدگذاری تشخیص ها و اقدامات، ضعیف مستند شدن اطلاعات پرونده پزشکی، ناکامل بودن اطلاعات پرونده پزشکی، استفاده از اختصارات تصویب نشده در پرونده، مفقود شدن اطلاعات پرونده پزشکی را به عنوان فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت کدگذاری در پرونده پزشکی بیان کرده است. [۱۶]

سازمان جهانی بهداشت در مقاله ای با عنوان بهبود کیفیت داده - راهنمای کشورهای در حال توسعه بیان کرده است که رویه کدگذاری بالینی تضمین کننده کیفیت است. [۱۷] رویه تعیین زمان کدگذاری با ۱۰۰ درصد آرا (۴۳ نفر) مورد موافقت متخصصان قرار گرفت. علی پور (۱۳۸۶) در مقایسه میزان رعایت عناصر کیفی کدگذاری تشخیص ها و اقدامات نتیجه گرفت که نه تنها بهنگام بودن کدگذاری در سطح تعیین شده استاندارد سازمان بهداشت جهانی رعایت نمی شود، بلکه اختلاف فاحشی در بهنگام بودن کدگذاری بیمارستان های مورد پژوهش با استاندارد سازمان بهداشت جهانی وجود دارد. [۱۶] رویه ارائه خلاصه کدگذاری با ۷۶/۷ درصد (۳۳ نفر) موافقت آرا را کسب کرد.

در ارتباط با سومین خط مشی، رویه بازرسی خطاهای کدگذاری و مستندسازی به ترتیب مورد موافقت ۷۶/۷ درصد و ۹۰/۷ درصد متخصصان قرار

واحد و تعداد کدگذار مورد نیاز موافق بوده اند. میزان موافقت متخصصان با تعیین وضعیت کارمندان مثل بار کاری، شرح شغل و معیار پرداخت دستمزد کارمندان، تعیین ساختار واحد کدگذاری بالینی و تعداد کدگذار مورد نیاز با حداکثر آرا ۹۵/۳ درصد (۴۱ نفر) به دست آمد. ۸۸/۴ درصد (۳۸ نفر) از متخصصان با تعیین جزئیات برنامه آموزشی کدگذاران بالینی، ارزشیابی های سالانه و تعیین مواد آموزشی موافق بوده اند. میزان موافقت متخصصان با تعیین جزئیات سوابق آموزشی ۸۶ درصد (۳۷ نفر)، تعیین جزئیات برنامه های آشنایی برای پرسنل جدید ۸۳/۷ درصد (۳۶ نفر)، تعیین انواع آموزش ها و مقتضیات آموزشی کدگذاران بستری ۸۷/۴ درصد (۳۵ نفر) به دست آمد.

میزان موافقت متخصصان با مکانیسم پرسش ۸۳/۷ درصد (۳۶ نفر) و نحوه بازرسی، پایش و اقدامات اصلاحی با حداکثر آرا ۸۷/۴ درصد (۳۵ نفر) به دست آمد. میزان موافقت متخصصان با تعیین رویه های امنیت و محرمانگی ۹۵/۳ درصد (۴۱ نفر)، شرایط مؤثر بر کیفیت کار ۹۰/۷ درصد (۳۹ نفر) و اسناد محرمانگی و امنیت ۸۶ درصد (۳۷ نفر) به دست آمد.

بحث

یافته های پژوهش در ارتباط با خط مشی های ۱ و ۲ نشان داد که رویه های تعیین اصول مستند سازی و فرایند کدگذاری بالینی مورد موافقت ۹۵/۳ درصد (۴۱ نفر)

جدول ۴: توزیع فراوانی آرای صاحب نظران در مورد رویه های ارتباطات در کدگذاری بالین

ن. رویه های ارتباطات در کدگذاری بالینی	موافق		مخالف		بدون پاسخ	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱. مکانیسم پرسش از پزشک	۳۶	۸۳/۷	۵	۱۱/۶	۲	۴/۷
۲. جزئیات معیار پرسش از پزشک	۳۳	۷۶/۷	۸	۱۸/۶	۲	۴/۷
۳. نحوه ثبت پاسخ ها	۳۳	۷۵/۹	۶	۱۳/۸	۴	۹/۳
۴. تعیین فرد مجاز به ثبت پاسخ های پزشکان	۳۱	۷۱/۳	۳	۷/۸	۹	۲۰/۹
۵. نحوه بازرسی، پایش و اقدامات اصلاحی	۳۵	۸۱/۴	۲	۴/۷	۶	۱۴
۶. منابع پاسخ به سوالات داخلی	۳۳	۷۶	۶	۱۴	۴	۹/۳

نتیجه گیری

یافته ها حاکی از آن است که الگوی نهایی خط مشی های کدگذاری بالینی، رویه های اصول مستند سازی، رویه های فرایند کدگذاری بالینی، اسناد منبع کدگذاری و نرم افزارهای کدگذاری بالینی با الگوی نهایی کشوری انگلیس سازگار است. الگوی نهایی زمان کدگذاری، تعاریف مجموعه داده های همسان ترخیص بیمارستانی، رویه خلاصه کدگذاری، رویه کدگذاری فرضی و رویه استانداردهای ملی در کشور انگلیس منطبق است. نحوه پایش کیفیت کدگذاری الگوی نهایی بر نحوه پایش کیفیت کدگذاری در کشور آمریکا منطبق است.

الگوی نهایی ساختار واحد و وضعیت کارمندان کدگذاری بالینی با الگوی کشوری انگلیس بیشترین سازگاری را دارد. روش تعیین تعداد کدگذار الگوی نهایی منطبق بر روش تعیین تعداد کدگذار کشور آمریکا است.

الگوی نهایی مکانیسم پرسش از پزشک با الگوی کشوری انگلیس سازگار است. الگوی نهایی معیارهای پرسش، نحوه ثبت پاسخ ها و نحوه بازرسی، پایش و اقدامات اصلاحی آمریکا منطبق است. الگوی نهایی منابع پاسخ به سؤالات داخلی بر الگوی کشور کانادا منطبق است.

بر اساس نتایج فوق می توان گفت که به طور کلی ساختار الگوی نهایی خط مشی ها و رویه های کدگذاری بالینی ایران به الگوی کشوری انگلیس گرایش داشته است.

فهرست منابع

۱. رضائیان، علی. مبانی سازمان و مدیریت، سمت، تهران، ۱۳۸۱.
۲. جاسبی، عبدالله. اصول و مبانی مدیریت، دانشگاه آزاد، تهران، ۱۳۷۰.
۳. آصف زاده، سعید. مدیریت بهداشت و درمان، چاپ اول، حدیث امروز، قزوین، ۱۳۸۵.

4. Page S. 7 Step to better written policies and procedures. Westerville: Process Improvement Publishing, 1998.

گرفت. نتایج پژوهش خرمندار (۱۳۷۷) در بررسی وضعیت واحدهای کدگذاری در بیمارستان های شیراز نشان داد که میزان صحت کدگذاری تشخیص اصلی ۹۷/۴۹ درصد، سایر تشخیص ها ۹۶/۸۳ درصد می باشد. [۱۸]

پاک (۱۳۷۸) در بررسی لزوم نظارت و ارزیابی واحدهای مدارک پزشکی از دیدگاه مدیریت بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران به این نتیجه دست یافته است که نظارت و ارزیابی واحدهای مدارک پزشکی خصوصاً جهت بررسی عملکرد کادر پزشکی و پیراپزشکی ضروری است. اهمیت مدارک پزشکی در کیفیت درمان و درگیری مسائل مالی و بودجه بیمارستان با مندرجات پرونده پزشکی از دیگر فاکتورهای مؤثر بر ایجاد الزام برای نظارت بر این واحد است. [۱۹]

در ارتباط با خط مشی چهارم، رویه تعیین وضعیت شغلی کدگذاری بالینی با ۹۵/۳ درصد مورد موافقت آرا قرار گرفت. علی پور (۱۳۸۶) در مقایسه میزان رعایت عناصر کیفی کدگذاری تشخیص ها و اقدامات نتیجه گرفته است که محیط کدگذاری مثل فضای ناکافی برای کار، نور ضعیف و کتاب های کدگذاری ناکافی، تغییرات محلی در حرفه کدگذاری در یک مؤسسه یا سراسر کشور با بر صحت و اعتبار کدگذاری تأثیر گذار است. [۱۶] رویه تعیین تعداد کدگذار مورد نیاز واحد با ۱۰۰ درصد آرا مورد موافقت قرار گرفت. علی پور (۱۳۸۶) در مقایسه میزان رعایت عناصر کیفی کدگذاری تشخیص ها و اقدامات نتیجه گرفت که استخدام پرسنل کافی برای کدگذاری راهکاری مؤثر برای افزایش کیفیت کدگذاری است. [۱۶]

در ارتباط با خط مشی ششم، رویه های تعیین مکانیسم پرسش از پزشک با ۸۳/۷ درصد (۳۶ نفر) و نحوه بازرسی، پایش، اقدامات اصلاحی با ۸۱/۴ درصد (۳۵ نفر) حداکثر آرا را کسب کردند.

۱۵. ابراهیمی، پروین. بررسی میزان رعایت استانداردها در بخش مدارک پزشکی بیمارستان های تابعه سازمان تأمین اجتماعی مستقر در تهران ۱۳۷۶. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، ۱۳۷۷.
۱۶. علی پور، جهانپور. مقایسه میزان رعایت عناصر کیفی کدگذاری تشخیصی ها و اقدامات در بیمارستان های آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی در نیمه اول سال ۱۳۸۵. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، ۱۳۸۶.
۱۸. خرمندار، حمیده. بررسی وضعیت واحدهای کدگذاری در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ۱۳۷۷. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، ۱۳۷۹.
۱۹. پاک، نرگس. گزوم نظارت و ارزیابی واحدهای مدارک پزشکی از دیدگاه مدیریت بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، ۱۳۷۸.
5. Page S. Establishing a system of policies and procedures. Westerville: Process Improvement Publishing, 1998.
6. Copedia. Accounting and Management Template Library. Policies and Procedures Module. Available at: http://www.copedia.com/accounting_management_policies_procedures.htm; 2006.
۷. دانیالی، افسانه؛ کشتکاران، علی. مدیریت بخش مدارک پزشکی: از طراحی تا اقدام. شرکت تعاونی ناشران فارس، شیراز، ۱۳۸۰.
8. Daivis N, Lacour M. Human resource management in Health Information Technology Pennsylvania: W.B. SAUNDERES Company; 2002.
۹. منوریان، عباس. مدیریت استراتژیک. مرکز آموزش مدیریت دولتی، تهران، ۱۳۷۲.
10. World Health Organization .Medical Records Manual: A Guide for Developing Countries Medical Records Manual. Available at: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/7FB74A3F-34F6-4C46-A9F-01F0D52D0/04254/MedicalRecordsManual.pdf>; 2006.
۱۱. طبیبی، سیدجمال الدین؛ ملکی، محمد؛ دلگشایی، بهرام. برنامه ریزی استراتژیک. مؤلفین، تهران، ۱۳۸۲.
12. NHS Information Authority. Clinical Coding Policy and Procedure. Available at: <http://www.nhsia.nhs.uk/clinicalcoding/pages/default.asp>; 2005.
13. Canadian Institute for Health Information. Coding Query Service. Available at: URL:http://cihi.ca/Groups/Classification_CaseMix\Coding_Query/Procedures/Coding%20Query%20Service%20Policies%20%26Procedures.doc; 2004.
14. HCA. Regulatory Compliance Support (COD) Policies & Procedures. Available at: URL: <http://ec.hcahealthcare.com/CustomPage.asp?PageName=Policies-Procedures>; 2004.