

رویکرد سنجه ها توانمندی مدارک پزشکی همراه با فناوری اطلاعات است .

ارزیابی سنجه های مدیریت اطلاعات سلامت از فناوری (IT) جداست .

در محور فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت ۶ استاندارد و ۲۸ سنجه وجود دارد.

۱۷ سنجه مدیریت اطلاعات سلامت است و ۱۱ سنجه فناوری است.

برای واحد مدیریت اطلاعات سلامت ۹ سنجه سطح یک وجود دارد که برای همه مراکز الزامی است

۵ سنجه سطح دو و ۳ سنجه سطح سه وجود دارد .

سنجه های مربوط به مدیریت اطلاعات سلامت (مدارک پزشکی) شامل:

الف-۱-۲: سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان پشتیبانی و ارائه اقلام اطلاعاتی مطابق ضوابط مربوط را برای بیماران فراهم می کند.

در این سنجه هدف ارزیابی قابلیت های HIS است . همانگونه که در سنجه گفته شده حداقل ها مورد ارزیابی قرار می گیرد.

در پرونده بستری : رعایت اقلام اطلاعاتی هم در فرم و هم در HIS (بند ۱ تا ۳ الزامی است) و در همه HIS ها قرار دارد و بندهای بعدی اگر ۵۰ درصد

آن رعایت شده باشد نمره کامل دریافت می شود.

در پرونده اورژانس : رعایت همه بند های گفته شده در راهنما الزامی است. ( رعایت اقلام اطلاعاتی فقط در HIS )

تریاز سطح ۴ و ۵ اگر هر گونه اقدامی داشته باشد به تناسب آن اقلام باید چک شود.

در پرونده سرپایی (منظور پرونده درمانگاهی است) رعایت همه بند ها الزامی است. (رعایت اقلام اطلاعاتی فقط در HIS)

در مورد اسکن اجازه نامه ها چنانچه پرونده الکترونیک است باید اجازه نامه ها اسکن شده و در فولدر پرونده الکترونیک در HIS گذاشته شود .

بزودی فرم کشوری رضایت آگاهانه همراه با دستورالعمل آن ابلاغ خواهد شد.

الف-۱-۵: سامانه اطلاعات بیمارستان امکان بازیابی اطلاعات بیماران را فراهم می کند.

فرایند بازیابی اطلاعات و دسترسی ۲۴ ساعته به پرونده بیماران حتی در ایام تعطیل به دو صورت دستی و یا الکترونیکی باید تدوین شود.

سیستم دستی : برای شیفت ها و ساعات غیر اداری لیست افراد مجاز مشخص شود و به آنها آموزش داده شود .

نحوه دسترسی به کلید بایگانی مشخص شود و مصوبه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت شود.

سیستم الکترونیکی : هر کاربری که به اطلاعات سامانه دسترسی دارد باید لاگ آن مشخص باشد .

در مورد دسترسی به اسکن پرونده های جاری (ویژه سوپروایزر ها) باید سطح دسترسی بصورت فقط خواندنی ایجاد شود.

شیوه نامه و دستورالعمل سطح دسترسی افراد به پرونده بیماران به زودی ابلاغ خواهد شد.

الف-۱-۷: سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش گیری و گزارش سازی از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیماران را فراهم می کند.

الزام به طراحی فرم ها به صورت الکترونیکی در سامانه HIS و گرفتن خروجی PDF از آن (حداقل فرم تریاز و نتایج آزمایشات مورد قبول است)

حداقل های مورد قبول در این سنجه گرفتن خروجی pdf از فرم اورژانس و در پرونده های بستری حداقل ۴ فرم است. (خروجی نتایج آزمایشات قابل

قبول است)

الف-۱-۸: سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش گیری و گزارش سازی از انواع اطلاعات مدیریتی را فراهم می کند.

قابلیت گزارش گیری و گزارش سازی HIS از آمار های گفته شده در راهنما

هدف نهایی این سنجه وجود زیر سیستم گزارش ساز پویا در HIS است.

بهتر است دسترسی گزارش ساز به واحد مدیریت اطلاعات سلامت داده شود.

الف-۱-۲: بر اساس شیوه ای مدون ، ورود صحیح داده ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی نظارت و کنترل شود.

این سنجه مختص مدارک پزشکی و یا IT نیست و کلیه واحد ها باید همکاری لازم را انجام دهند.

روش اجرایی تدوین شود که در آن برای هر بخش یک نفر مسئول کنترل صحت ورود داده ها معرفی شود (هر بخش چک لیست مربوط به خود را

داشته باشد).

توجه : چک لیست ها هیچ قالب خاصی ندارد و می تواند بصورت گزارش نویسی هم باشد.

چک لیست (روش نظارت ) مصوبه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت تنظیم شود.

نظارت ها بصورت حداقل هفتگی انجام شود .

هدف چک کردن داده ها در HIS است و نه پرونده ها

هر واحد فیله‌های مخصوص به خود دارد و بنابر نیاز خود داده وارد HIS می کند . در نظارت از صحت ورود داده ها منشا خطاها مشخص می شود .  
مثال: در داده های مربوط به پذیرش در هفته اخیر بیشترین خطا مربوط به پر کردن فیلد کد ملی است - بررسی خطا  
چه ابزاری برای کنترل ورود شماره موبایل بیمار وجود دارد؟

الف-۵-۲: داده های مرتبط با فقره های اطلاعاتی سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی ، بر اساس ضوابط مربوط ثبت و به روزرسانی می شود.  
ورود و تکمیل اطلاعات از فروردین ۱۳۹۸ طبق فرمت جدید سامانه آواب  
تکمیل شدن کلیه اطلاعات تا ۲۵ ام هر ماه

از آنجائیکه نقش سوپروایزی سامانه بر عهده واحد مدیریت اطلاعات سلامت می باشد لذا برای اطمینان از ورود و بروزرسانی قسمت تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی فرایند مدونی تدوین شود که آیا اطمینان دارید کلیه نیروها ورود اطلاعات می شود؟  
پروانه بیمارستان باید با اطلاعات سامانه آواب مطابقت داشته باشد.

الف-۵-۴: سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران با شرایط و معیارهای معین و مبتنی بر اصل محرمانگی برنامه ریزی و رعایت می شود.  
نحوه درخواست پرونده ها (دستی / الکترونیکی ) مشخص باشد . واحد فرم درخواست پرونده طراحی و همچنین نحوه دسترسی به اطلاعات بیماران در بخش ها مشخص باشد.

برای مثال دادن فرم خلاصه پرونده به همراه بیمار اشتباه است . ارائه اطلاعات هویتی و آمار بیمار به هر کسی ممنوع است.  
در مورد بیماران شکایتی و موارد قانونی پرونده در مکان امن قرار گیرد و تحویل هیچ کس نشود همچنین گرفتن نسخه ایمن از پرونده رعایت شود.  
سیستم مدت زمان لاگ داشته باشد . مثلا اگر کاربر در حال ثبت اطلاعات بیمار است و برای مدتی از سیستم خود دور شد سیستم لاگ شود.

الف-۵-۵: پذیرش تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک و با قابلیت بازبایی در مراجعه های بعدی صورت پذیرد.  
پرونده بیمار در هر سه نوع (بستری- اورژانس - سرپایی) هر کدام با شماره منحصر بفرد باشد .

اختصاص شماره های متعدد به یک بیمار ممنوع است و همه اطلاعات بیمار باید به یک کد واحد (اکثرا کد ملی است) لینک باشد و سیستم HIS قابلیت یادآور مبنی بر سابقه بیمار را داشته باشد و شماره پرونده و تاریخ مراجعه بیمار را عنوان کند.

الف-۵-۵: ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت پذیرد.

کلیه فرم های استفاده شده در پرونده ها باید دارای ابلاغ کشوری همراه با شناسه کشوری باشد. کد کشوری در پایین صفحه باید چاپ شده باشد.  
هر گونه اختصاصی سازی و تغییر در فرمت فرم های کشوری ممنوع است.

طراحی فرم های جدید باید در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت مرکز مصوب و به تایید کمیته معاونت درمان برسد .

فرم هایی که به صورت کشوری ابلاغ نشده مثل تلفیق دارویی الزامی به اجرا و گذاشتن روی پرونده نیست.

به شرط حفظ فرمت ابلاغی فرم ها اگر کد شناسه در پای فرم نیست تا اتمام فرم ها و چاپ جدید مورد قبول است ولی در چاپ جدید کد شناسه چاپ  
شود.

در اعتباربخشی امسال کالردینگ الزامی نیست.

الف-۵-۳: محل نگهداری سوابق پرونده های پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.

رعایت فضا و مکان بایگانی طبق دستور العمل های در راهنما

فضاهای دور از دسترس، در محل عبور لوله های آب و فاضلاب، فضاها تاریک و نمور هیچ نمره ای نمی گیرد.

فرآیندی برای رعایت استاندارد ها مشخص باشد . مثلا آیا ارزیابی دوره ای از نظر مهندسی سازه و چک فضا انجام می شود؟

الف-۵-۴: خلاصه برداری و امحا پرونده های پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است.

کلیه فرایندها طبق دستور العمل ها و مجوزهای امحا و مصوب کمیته مدیریت اطلاعات سلامت

کم کاری مرکز در امحا کردن به موقع پرونده ها به هیچ عنوان دلیل بر داشتن فضای کافی نیست . و این شرط برای مراکز است که فضا برای چند  
سال آینده دارند و نه برای ماه

الف-۵-۵: پرونده های پزشکی حین فرآیند تریخیص و در بخش های بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی موثر به عمل آید.

در ابتدا باید چک لیست تنظیم و تایید کمیته مدیریت اطلاعات سلامت شود و برای کلیه بیماران در بخش و در حال تریخیص تکمیل شود. موارد نقص  
توسط منشی بخش شناسایی و به فرد مسئول (مستندساز) برگشت شود.

در حالت ایده آل منشی بخش باید قبل از تریخیص نواقص را به صفر برساند.

پس از تریخیص مجددا در واحد مدیریت اطلاعات سلامت بازبینی شود .

هدف از این سنجه گزارش نواقص بر اساس علت، فرد مستند ساز و بخش است.

الزامی به الصاق چک لیست به همه پرونده ها نیست و چنانچه پرونده ای چک لیست کنترل کمی ندارد به معنی کامل بودن پرونده است. و باید پرونده چک شود.

الف-۵-۵-۶: بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پرونده های پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی موثر به عمل آید. این سنجه مکمل سنجه قبلی است. با تمامی گروه های بالینی که در جلسات ماهیانه شرکت کرده و در هر ماه یک پرونده های یک گروه چک شود در صورتجلسه شماره پرونده ها ذکر شود. (هیچ دستکاری و اصلاحی در پرونده انجام نشود و فقط اشکالات عنوان شود) و اقدامات اصلاحی به صورت مکتوب به گروه ها ابلاغ شود.

الف-۵-۵-۷: فرایندی معین برای کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها/ واحد ها برنامه ریزی و براساس آن اقدام می شود.

خط مشی تدوین که در آن کنترل و صیانت از پرونده ها در نقل و انتقالات مشخص باشد.

انطباق پرونده های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با بیماران پذیرش شده (دستی / الکترونیکی)

گزارش پرونده های تحویل داده نشده به واحد و لیست پرونده های مفقودی مشخص شود. ردیابی و ثبت درخواست پرونده به صورت دستی و یا الکترونیکی مشخص باشد. (در ثبت درخواست ها موارد مورد نظر طبق راهنما مشخص باشد)

در پرونده های مفقودی: دو حالت است - بیمار در بخش است و هنوز مرخص نشده و یا بیمار ترخیص شده است.

در روش بازیابی پرونده ها: از نسخه های ارسالی به بیمه ها - مستندات HIS پرینت گرفته شود و یا پزشک هرچه یادش هست و حضور ذهن دارد طبق دستورالعمل مستند سازی به صورت یادداشت بنویسد.

گزارش های تاخیری مثل جواب پاتولوژی حتما باید روی پرونده قرار گیرد.

الف-۵-۵-۸: کدگذاری پرونده های بالینی بر اساس طبقه بندی بین المللی بیماری ها و ضوابط مربوط انجام شود.

ICD-10 ورژن 2016

ICD-9-cm ورژن 2015

الف-۵-۵-۹: قابلیت ردیابی مراجعته های قبلی بیماران بر اساس کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخش / واحد ها فراهم است.

ثبت کد ملی در هر سه سطح (بستری، اورژانس، سرپایی) برای همه مراجعین

درمورد بیماران اورژانسی که کد ملی ندارد فرایندی مدون برای دسترسی به کد ملی تا پایان ترخیص وجود داشته باشد.

الف-۵-۶-۵: فرایند تکمیل نمودن فرم ها، ثبت و بایگانی خدمات در بیمارستان برنامه ریزی و اجرا می شود. (سطح سه و الزام به اجرا نیست)

اگر بیمارستان حداقل ۴ فرم و یا ۳ خدمت را الکترونیکی کرده باشد نمره کامل میگیرد.

برنامه های ملی مانند نظام ارجاع یا نسخه نویسی الکترونیکی مد نظر نیست.

فرم ها باید دیجیتال باشد یعنی فیلدها مشخص باشد و قابلیت واكشی اطلاعات را داشته باشد. خدمت نوبت دهی جز موارد خدمت الکترونیک است.

موفق و پیروز باشید

وحد مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان

