نفس و درد قفسه سینه را نشان داد و بعد در همان روز فوت نمود. در هنگام فوت، مستندات نشان داد که بیمار راش‌های قرمز تیره‌ای بر روی سینه خود داشت.

بررسی بر روی علل مرگ شروع شد و تمام پرستارانی که در مدت سه روز، مراقبت را برای بیمار ارائه داده بودند مورد مصاحبه قرار گرفته و از آنها پرسیده شد که آیا آنها قبل از مرگ بیمار، راش‌های روی سینه وی را دیده بودند. هیچ کدام از پرستاران، وجود راش‌ها را به خاطر نیاوردند. پرستاری که با تأخیر، اتفاقات دو روز اول بیمار را که آنتی بیوتیک دریافت کرده، ثبت نموده بود بیان کرد که در دو روز اول، این راش‌ها وجود نداشتند. این، یک مورد از تأخیر در وارد کردن داده‌ها همراه با اشتباه است. بیانات پرستار قسمتی از بررسی تدارک دیده شده بعد از حقیقت واقعه بود و هیچ قلم افتادگی در مطالب اصلی وجود نداشت (اسکات، ۲۰۰۳).

فصل سوم

قوانین، مقررات و استانداردها

در زمینه اطلاعات مراقبت سلامت

مقدمه

فصول یک و دو بر روی داده‌ها و اطلاعاتی تمرکز داشت که در دسترس سازمان‌های مراقبت بهداشتی بوده و توسط آنها مورد استفاده و مدیریت قرار گرفته است. ما ذکر کردیم که محرک‌های بیرونی وجود دارند که بر روی انواع اطلاعات مراقبتی موجود در سازمان‌های مراقبت بهداشتی تأثیر گذاشته و در برخی موارد ایجاد این اطلاعات را ملزم کرده‌اند و حتی در یک وسعت خاص بر روی روش‌های نگهداری انواع اطلاعات اثر می‌گذارند. این فشارهای بیرونی به صورت قوانین، مقررات و دستورالعمل‌هایی درآمدند که در سطوح ایالتی و فدرال، اجرای آنها اجباری گردید. استانداردهای اعتبارسنجی داوطلبانه از دیگر فشارهای بیرونی هستند. در این فصل، ما به صورت دقیق‌تر اهم این قوانین، مقررات و استانداردها و همچنین سازمان‌های بیرونی انتشار دهنده آنها را مورد بررسی قرار می‌دهیم. این بررسی تحت دو سرعنوان اصلی صورت می‌گیرد.

در این بخش با عنوان «**اعتبارسنجی، اخذ پروانه کار و گواهی**» ما این فرآیندها را تعریف کرده و برخی از مأموریت‌ها و عملکردهای عمومی دو تا از سازمان‌های اعتبارسنجی در ایالت متحده – کمیسیون مشترک اعتبارسنجی سازمان‌های مراقبت بهداشتی[1] و کمیته ملی تضمین کیفیت[2] – را مورد بررسی قرار می‌دهیم. همچنین ساختار چندین سازمان اعتبارسنجی دیگر را معرفی می‌کنیم. تمرکز این بحث بر روی این موضوع می‌باشد که چگونه فرآیندهای اعتبارسنجی، ارائه پروانه و گواهی بر روی اطلاعات مراقبتی و به دنبال آن بر سیستم‌های اطلاعاتی مراقبت بهداشتی تأثیر می‌گذارد.

1- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)
2- National Committee for Quality Assurance (NCQA)

سپس در بخشی با عنوان «جنبه‌های قانونی مدیریت اطلاعات مراقبت بهداشتی» به قوانین ایالتی و فدرال اشاره می‌کنیم که استفاده از پرونده پزشکی بیمار را به عنوان یک سند قانونی معرفی کرده است. همچنین به قوانین و مقررات جاری که امنیت و محرمانگی بیمار را معین کرده، توجه می‌کنیم. این الزامات قانونی، تأثیر مشخصی بر روی چگونگی نگهداری اطلاعات مراقبتی یک بیمار خاص و ذخیره امن این اطلاعات در سیستم‌های اطلاعاتی دارد.

اعتبارسنجی، اخذ پروانه کار و گواهی

سازمان‌های مراقبت بهداشتی از قبیل بیمارستان‌ها، خانه‌های پرستاری، آژانس‌های مراقبت در منزل و مشابه اینها باید برای فعالیت، پروانه کار داشته باشند. اگر تمایل به پرداخت درخواست‌های مدیکر و مدیکید دارند باید اعتبارسنجی شوند و اگر آنها انتظار نمایش عالی‌ترین سطح عملکرد را دارند باید تحت یک فرآیند اعتبارسنجی قرار گیرند. این فرآیندها چه چیزهایی هستند و چگونه با یکدیگر مرتبط هستند؟ اگر یک سازمان مراقبت بهداشتی دارای پروانه کار، گواهی و اعتبارسنجی شد چگونه این موارد بر روی اطلاعات مراقبت بهداشتی ایجاد شده، استفاده شده و نگه داشته شده توسط آنها تأثیر می‌گذارد؟ در این بخش، ما هر یک از این فرآیندها و تأثیر آنها را بر روی سازمان‌های مراقبت بهداشتی مورد بررسی قرار می‌دهیم. همچنین درباره ارتباط آنها با یکدیگر بحث می‌کنیم.

اخذ پروانه کار برای مؤسسه

پروانه کار فرآیندی است که تأیید قانونی برای فعالیت را به مؤسسه می‌دهد. به عنوان یک قانون، دولت‌های ایالتی بر پروانه کار مؤسسات مراقبت بهداشتی نظارت می‌کنند و هر ایالتی قوانین و مقررات خود را در این زمینه اعمال می‌کند. همه مؤسسات باید پروانه کار برای فعالیّت داشته باشند و به طور کلّی این وظیفه بخش‌های ایالتی یا آژانس‌های مشابه می‌باشد که فعالیّت اعطای پروانه کار را انجام دهند. قوانین مربوط به اخذ پروانه کار بیشتر بر حوزه‌هایی همچون استانداردهای تعداد تجهیزات فیزیکی، امنیت در برابر آتش سوزی، اختصاص فضای مناسب و زهکشی فاضلاب تأکید دارد. همچنین ممکن است دارای حداقل استانداردها در زمینه تجهیزات و پرسنل باشد. تعداد کمی از ایالت‌ها اعطای پروانه کار را منوط به استانداردهای تخصصی و کیفیت مراقبت نموده‌اند. در سایر قوانین مربوط به اعطای پروانه کار، بسیاری از ایالت‌ها حداقل استانداردها را در زمینه محتوا، نگهداری و تأیید پرونده پزشکی بیمار ایجاد کرده‌اند. شکل ۱-۳ نمونه‌ای از قوانین اعطای پروانه کار برای بیمارستان‌ها در

کارولینای جنوبی می‌باشد. در این نمونه، محتوای پرونده پزشکی بیماران بجز پرونده پزشکی نوزادان که قوانین آن به صورت مجزا آورده شده است مدیریت می‌شود. گرچه هر ایالتی مجموعه قواعد مربوط به خود را دارد اما موارد ذکر شده در حوزه و محتوای خود نسبتاً جنبه عمومی دارند.

قبل از این که یک مؤسسه بتواند شروع به کار بکند باید مجوز اولیه را اخذ کرده باشد و برای ادامه فعالیت، این مجوز باید سالانه تمدید شود. برخی از ایالت‌ها از اعمال برنامه اعطای پروانه کار برای سازمان‌های اعتبارسنجی شده توسط JCAHO صرف نظر می‌کنند و برخی دیگر بدون توجه به اعتبارسنجی انجام شده، برنامه اعطای پروانه کار اختصاصی مربوط به ایالت خود را به کار می‌گیرند. همان گونه که در بخش مربوط به اعتبارسنجی مشاهده خواهد شد، استانداردهای JCAHO دارای جزئیات بیشتر و عموماً سخت‌گیرانه‌تر از قوانین ایالتی در زمینه اعطای پروانه کار می‌باشد. همچنین، استانداردهای JCAHO به طور سالانه به روز می‌شوند در صورتی که بیشتر قوانین در زمینه اعطای پروانه کار این گونه نیستند.

شکل ۱-۳: محتوای پرونده پزشکی: مشتق شده از استانداردهای کارولینای جنوبی در زمینه اعطای پروانه کار به بیمارستان‌ها و درمانگاه های عمومی

محتوای 601.5

a . باید برای کلیه افراد پذیرش شده در بیمارستان و نوزادانی که در بیمارستان به دنیا آمده اند، پرونده پزشکی کامل و مناسب تشکیل شود. کلیه یادداشت ها باید خوانا بوده یا تایپ شده باشند. همچنین همه آنها باید دارای امضا باشند. گرچه استفاده از پاراف به جای امضای پرستار دارای مجوز توصیه نمی شود اما پاراف هایی که به صورت مشخص، قابل شناسایی هستند در پرونده پزشکی بیماران پذیرفته می شوند. یک پرونده پزشکی باید به طور حداقل دارای موارد زیر باشد:

۱- مدارک پذیرش: بایستی برای کلیه بیماران در زمان پذیرش، مدارک پذیرش پر شده و دارای اطلاعات اسم، آدرس (شامل شهر)، شغل، سن، تاریخ تولد، جنس، وضعیت تأهل، مذهب، محل تولد، نام پدر، نام مادر، نام همسر، تاریخ های مربوط به سربازی، شماره بیمه بهداشتی، تشخیص موقت، شماره پرونده قبلی، روزهای مراقبت، شماره تأمین اجتماعی، نام شخص ارائه دهنده اطلاعات، نام؛ آدرس و شماره تلفن فرد یا افرادی که در مواقع اورژانسی همراه بیمار بودند، نام و آدرس پزشک ارجاع دهنده، نام؛ آدرس و شماره تلفن پزشک معالج، تاریخ و ساعت پذیرش باشد.

۲- اطلاعات مربوط به تاریخچه و معاینات فیزیکی در طول ۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار

۳- تشخیص موقت یا در حال بررسی

۴- تشخیص قبل از عمل

۵- درمان های پزشکی

۶- مدارک کامل جراحی، در صورت وجود، شامل تکنیک جراحی و یافته ها، وضعیت بافت و اعضای برداشته شده از بدن و تشخیص بعد از عمل

۷- گزارش بی‌هوشی

۸- یادداشت های پرستاری

۹- گزارش پیشرفت سلامتی

۱۰- یافته های ماکروسکوپی پاتولوژیکی و میکروسکوپی

۱۱- جارت دمایی، شامل نبض و تنفس

۱۲- مدارک مربوط به مدیریت دارویی یا مدارک مشابهی که جهت ثبت داروها، درمان و سایر داده‌های مرتبط مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرستاران باید کلیه این مدارک را پس از هر بار مدیریت دارویی یا ارائه درمان امضاء کنند.

۱۳- تشخیص نهایی و خلاصه ترخیص

۱۴- تاریخ و ساعت ثبت خلاصه ترخیص

۱۵- در موارد وقوع مرگ، علت مرگ و یافته های اتوپسی (اگر اتوپسی انجام شده باشد)

۱۶- معاینات خاص، در صورت وجود، از قبیل مشاوره ها، آزمایش های بالینی، رادیوگرافی ها و سایر معاینات

Source: South Carolina Department of Health and Invironmental Control, Standards for Licensing Hospitals and Institutional General Infirmaries, Regulation 61-16 § 601.5 (2003).

ارائه گواهی

ارائه گواهی به سازمان‌های مراقبت بهداشتی این صلاحیت را می‌دهد که بتوانند در برنامه‌های مدیکیر و مدیکید دولت فدرال شرکت نمایند. به عبارت دیگر، یک سازمان به منظور دریافت بازپرداخت CMS باید دارای گواهی باشد. طبق قانون وضع شده در سال ۱۹۷۲ بیمارستان‌ها به منظور شرکت در برنامه‌های مدیکیر و مدیکید باید بررسی و گواهی نامه اخذ نمایند. در همان موقع، اداره مالی مراقبت بهداشتی[1] که اکنون مرکز خدمات مدیکیر و مدیکید[2] نامیده می‌شود حداقل استانداردهایی را به عنوان شرایط مشارکت[3] ایجاد نمود. دولت فدرال نیاز به بازدید از مؤسسات برای اطمینان از برآورده شدن حداقل استانداردها دارد؛ بنابراین فرآیند بررسی عموماً به خود ایالت‌ها واگذار می‌شود. بیمارستان‌هایی که توسط JCAHO اعتبارسنجی شده‌اند به شکل فرضی در نظر گرفته می‌شوند که آنها استانداردهای اعتبارسنجی دولت فدرال را هم رعایت کرده‌اند. یک واقعیت تاریخی جالب در مورد برنامه اولیه شرایط مشارکت CoPs این است که این برنامه اساساً کپی از استانداردهای موجود JCAHO بوده است. به هرحال استانداردهای JCAHO دستخوش تغییرات زیادی در طول پنجاه سال گذشته شده است در صورتی که CoPs اینگونه نبوده است. شکل ۲-۳ قسمتی از شرایط مشارکت کنونی مدیکیر و مدیکید را برای بیمارستان‌هایی که محتوای پرونده پزشکی بیماران خود را مدیریت می‌کنند نشان می‌دهد.

اعتبارسنجی

اعتبارسنجی، فرآیند بررسی بیرونی است که یک سازمان خود را در معرض آن قرار می‌دهد. آژانس‌های اعتبارسنجی، سازمان‌هایی که استانداردهای تعیین شده آنها را در زمینه عملکرد و پیامد رعایت کنند به رسمیت می‌شناسند. بررسی فرآیند و استانداردهای مورد بررسی توسط آژانس‌های اعتبارسنجی ایجاد و سامان دهی می‌شوند. به طور مشخص، بهترین و شناخته شده‌ترین آژانس اعتبارسنجی در ایالت متحده، کمیسیون مشترک اعتبارسنجی سازمان‌های مراقبت بهداشتی JCAHO می‌باشد. سایر آژانس‌های اعتبارسنجی قابل ملاحظه، شامل کمیته ملّی تضمین کیفیت NCQA، انجمن بیماری‌های استخوان آمریکا AOA، کمیسیون اعتبارسنجی مؤسسات بازتوانی CARF، و انجمن اعتبارسنجی مراقبت های بهداشتی سرپایی AAAHC می‌باشد.

1- Health Care Financing Administration HCFA
2- Centers for Medicare and Medicaid Services CMS
3- Conditions of Participation CoPs

شکل ۲-۳: محتوای پرونده پزشکی: مشتق شده از شرایط مشارکت برای بیمارستان ها

بخش 482.24 شرایط مشارکت: خدمات پرونده پزشکی

c- استاندارد: محتوای پرونده پزشکی. پرونده های پزشکی باید شامل اطلاعاتی جهت توجیه پذیرش و ادامه بستری، حمایت از تشخیص و توصیف پیشرفت وضعیت بیمار و پاسخ به درمان ها و خدمات ارائه شده باشد.

۱- کلیه مستندات باید خوانا و کامل باشند. همچنین همه آنها باید فورا توسط شخص (اسم و تخصص) درخواست کننده، ارائه دهنده یا ارزیابی کننده خدمات ارائه شده تأیید گردیده و تاریخ آنها ثبت شود.

i. هویت نویسنده هر نوشته ای در پرونده بیمار باید مشخص باشد و این افراد باید مستندات خود را تأیید نمایند.

ii. تأیید یا تصدیق مستندات ممکن است از طریق امضاء، پاراف کتبی یا امضای الکترونیکی باشد.

۲- کلیه پرونده باید در صورت لزوم موارد زیر را مستند نمایند:

i. مدارکی دال بر معاینات فیزیکی شامل تاریخچه سلامتی که در مدت زمان ۷ روز قبل از پذیرش یا ۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار انجام شده باشد.

ii. تشخیص حین پذیرش

iii. نتایج کلیه ارزیابی‌های مشاوره‌ای بیمار و یافته های مناسب از طریق بالینی یا افرادی که در مراقبت از بیمار دخیل می باشند.

iv. ثبت عوارض، عفونت‌های بیمارستانی و واکنش سوء داروها و مواد بی‌هوشی

v. انجام قانونی اخذ رضایت نامه آگاهانه جهت اقدامات و درمان های مشخص شده توسط کادر پزشکی، یا در صورت وجود؛ قوانین فدرال یا ایالتی، که نیاز به رضایت کتبی بیمار دارد.

vi. وجود کلیه دستورات پزشکی، یادداشت های پرستاری، گزارش درمان، مدارک دارویی، گزارشات رادیولوژی و آزمایشگاهی، علایم حیاتی و سایر اطلاعات ضروری جهت پایش وضعیت بیمار.

vii. خلاصه ترخیص همراه با پیامدهای بستری، وضعیت بیمار و اقدامات لازم جهت پیگیری وی.

viii. تشخیص نهایی همراه با تکمیل پرونده پزشکی در طول ۳۰ روز پس از ترخیص بیمار.

Source: Conditions of Participations: Medical Record Services, 42 C.F.R. §§ 482.24c et seq. (2004).

بیماران را تحت تأثیر قرار داده است. برنامه اعتبارسنجی JCAHO تأکید زیادی بر روی اطلاعات مراقبت بهداشتی و پرونده پزشکی بیماران دارد به طوری که ۱۵۰ مورد از استانداردهای JCAHO به صورت اختصاصی به پرونده پزشکی بیماران اختصاص داده شده است (JCAHO, 2004a, 2004c).

استانداردهای JCAHO در زمینه مدیریت اطلاعات

استانداردهای JCAHO در زمینه اعتبارسنجی بیمارستان‌ها شامل یک بخش کامل در ارتباط با مدیریت اطلاعات[1] می‌باشد. این استانداردها بر اساس این فرض ایجاد شده است که فراهم کردن مراقبت، درمان و خدمات مربوطه به شدت وابسته به اطلاعات بوده و این اطلاعات باید مانند سایر منابع داخل مؤسسات مراقبت بهداشتی مدیریت شود. هدف از مدیریت اطلاعات «حمایت از تصمیم‌گیری در جهت ارتقای پیامدهای درمان بیماران، بهبود مستندسازی مراقبت بهداشتی، تضمین امنیت بیمار و ارتقای عملکرد در ارتباط با مراقبت ارائه شده به بیمار، درمان وی، خدمات ارائه شده، اداره امور، مدیریت و فرآیندهای حمایتی» می‌باشد (JCAHO, 2004a). گرچه JCAHO اذعان می‌کند که «کارایی، مؤثر بودن، امنیت بیمار و کیفیت مراقبت، درمان و خدمات ارائه شده توسط کامپیوتری کردن و سایر تکنولوژی‌ها» ارتقاء پیدا می‌کند اما استانداردهای ایجاد شده برای هر دو نوع سیستم دستی و الکترونیکی می‌باشد. آخرین بخش IM اعتقاد قوی JCAHO را در زمینه این که کیفیت مدیریت اطلاعات بر روی کیفیت مراقبت تأثیر می‌گذارد، نشان می‌دهد که موجب حرکت از سیستم‌های دستی مبتنی بر کاغذ به سوی سیستم‌های الکترونیکی گردیده است. کیفیت مراقبت، درمان و خدمات ارائه شده تحت تأثیر بسیاری از تغییرات در مدیریت اطلاعات قرار گرفته که اخیراً باعث پیشرفت در مراکز مراقبت بهداشتی به صورت انتقال از مستندسازی دستی و سنتی به مدیریت اطلاعات الکترونیکی گردیده همچنین باعث انتقال از متن های باز به سوی متن‌های ساختمند و تعاملی شده است (JCAHO, 2004a).

شکل ۳-۳ اجزای فرآیندی را نشان می‌دهد که بیمارستان‌ها انتظار دارند بر اساس آن در راستای استانداردهای JCAHO در زمینه IM قرار گیرند. بنابراین بیمارستانها باید:

- نیازهای اطلاعاتی خود را تعیین نمایند.
- ساختار سیستم مدیریت اطلاعات خود را طراحی کنند.
- داده‌ها و اطلاعات را جمع آوری، سازماندهی، ذخیره، بازیابی، پردازش و تجزیه و تحلیل نمایند.
- داده‌ها و اطلاعات را توزیع، گزارش، نمایش، یکپارچه و قابل استفاده نمایند.

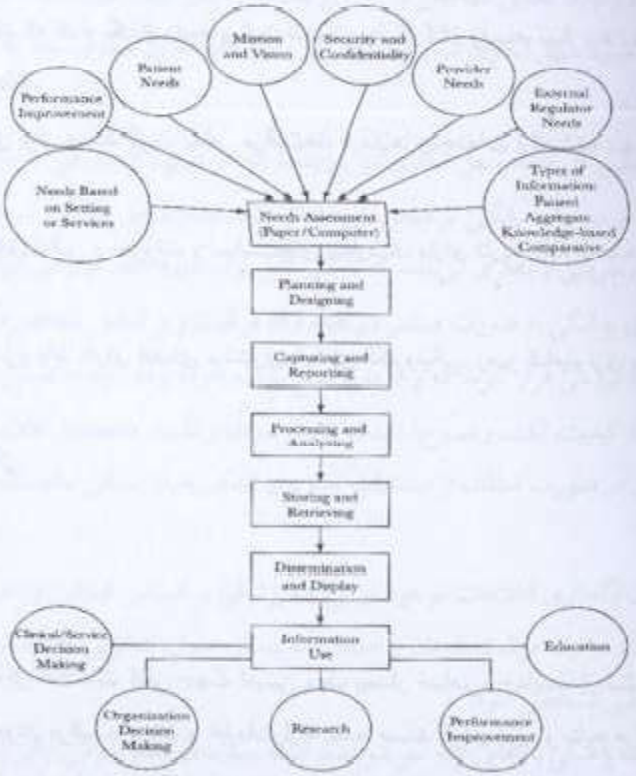
1- Information Management (IM)

- از داده‌ها و اطلاعات حفاظت کنند.

شکل ۳-۴ استانداردهای JCAHO را در زمینه محتوا و نگهداری پرونده پزشکی بیماران نشان می‌دهد. این مطالب در بخش اختصاصی مربوط به اطلاعات بیماران در استانداردهای JCAHO در زمینه مدیریت اطلاعات بیمارستان‌ها آورده شده است (JCAHO, 2004a). سایر بخش‌های استانداردهای IM در قسمت های زیر آمده است:

- برنامه‌ریزی برای مدیریت اطلاعات
- محرمانگی و امنیت اطلاعات
- تصمیم‌گیری بر اساس اطلاعات

FIGURE 3.3. JCAHO OVERVIEW OF MANAGEMENT OF INFORMATION.



Source: © Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: *CAMH: 2004 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2003. Reprinted with permission.

شکل ٤-۳: استانداردهای JCAHO در زمینه محتوا و نگهداری پرونده پزشکی بیماران

اطلاعات خاص بیماران

استاندارد IM.6.10:

بیمارستان باید پرونده پزشکی کامل و دقیق برای هر بیمار ارزیابی شده یا درمان شده داشته باشد.

عناصر عملکردی IM.6.10:

۱- فقط افراد مجاز می‌توانند داده‌ها را در پرونده پزشکی وارد نمایند.

۲- بیمارستان باید تعیین کند که داده‌های وارد شده توسط پزشکان غیر وابسته به سازمان در پرونده پزشکی باید مطابق قوانین و مقررات به طور مداوم، تأیید امضا شوند.

۳- فقط افراد صلاحیت‌دار داده‌ها را در پرونده پزشکی بیماران ثبت نمایند.

٤- بیمارستان تعیین می‌کند که کدام یک از داده‌های ثبت شده توسط کارکنان وابسته، نیاز به تصدیق امضای مطابق با قوانین و مقررات دارد.

۵- چارچوب استانداردی برای مستند کردن تمامی مراقبت‌ها، درمان‌ها و خدمات ارائه شده به بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

٦- هر کدام از ثبتیات مطابق قوانین و مقررات و سیاست‌های بیمارستان دارای تاریخ، اطلاعات هویتی نویسنده و تأیید وی باشد.

۷- به طور حداقل، موارد زیر باید دارای امضای نوشتاری، امضای الکترونیکی، رمز کامپیوتری یا مهر تأیید باشد:

- تاریخچه و معاینات فیزیکی
- گزارش عمل جراحی
- مشاوره‌ها
- خلاصه ترخیص

۸- پرونده پزشکی باید دارای اطلاعات کافی جهت تعیین یک بیمار خاص، حمایت از تشخیص‌ها یا وضعیت‌های بیمار، موجه نمودن مراقبت، درمان و خدمات ارائه شده، مستند کردن دوره و نتایج مراقبت، درمان و خدمات و ارتقای تداوم مراقبت بین ارائه دهندگان باشد.

۹- یک خلاصه ترخیص موجز که فراهم کننده اطلاعات برای سایر ارائه دهندگان مراقبت بوده و تداوم مراقبت را تسهیل نماید و باید شامل موارد زیر باشد:

- دلیل بستری
- یافته‌های مشخص
- اقدامات انجام شده و مراقبت، درمان و خدمات ارائه شده
- وضعیت بیمار هنگام ترخیص
- در صورت لزوم، دستورات و توصیه های لازم برای بیمار و خانواده وی

۱۰- بیمارستان در زمینه ثبت به موقع تمام اطلاعات در پرونده پزشکی بیمار، سیاست و مراحل کاری مشخصی داشته باشد.

۱۱- بیمارستان تعیین کننده کامل بودن یک پرونده و چارچوب زمانی آن می‌باشد. مدارک باید بعد از ترخیص بیمار کامل گردیده و نباید تکمیل آنها بیش از ۳۰ روز بعد از ترخیص بیمار طول بکشد.

۱۲- بیمارستان موارد سهل انگاری در پرونده پزشکی را در فاصله‌های منظم بسنجد که این فاصله زمانی نباید بیش از سه ماه باشد.

نکته: اگر میانگین کل تعداد سهل انگاری در پرونده‌ها (به هر دلیلی) که در طی سه ماهه آخر سال محاسبه شده برابر یا بیش از دو برابر میانگین ترخیص‌های ماهانه باشد، اعتبارسنجی مشروط توصیه می‌شود. این مورد شامل پرونده های سرپایی و بستری می‌باشد که از نظر کامل بودن مورد آنالیز قرار می‌گیرند.

۱۳- پرونده های پزشکی به صورت مستمر در نقطه ارائه مراقبت و بر اساس شاخص‌های تعیین شده توسط خود سازمان مورد بررسی قرار گیرند که وجود، به موقع بودن، خوانا بودن (چه به صورت دست نوشته و چه به صورت چاپی)، کیفیت، ثبات، وضوح، دقت، کامل بودن و تأیید داده‌ها و اطلاعات موجود در پرونده پزشکی، همچنین در صورت استفاده از مستندات تصویری (عکس‌ها) اسکن مناسب و اندیکس‌گذاری آنها مشخص شود.

۱٤- مدت زمان نگه‌داری اطلاعات موجود در پرونده پزشکی بر اساس قوانین و مقررات خود بیمارستان، استفاده این مدارک در ارائه مراقبت، درمان و خدمات به بیمار، موارد قانونی، تحقیقات، اهداف عملکردی و فعالیت‌های آموزشی مشخص شود.

۱۵- اصل پرونده پزشکی به جایی ارائه نمی‌شود مگر اینکه بیمارستان مطابق قوانین ایالتی یا دولت فدرال در این زمینه مسئولیت داشته، دستوری دریافت کند و یا احضاریه‌ای از دادگاه دریافت کرده باشد.

۱٦- پرونده بیمارانی که مراقبت، درمان و خدمات اورژانسی دریافت کرده اند باید شامل اطلاعات زیر باشد:

- زمان و وسیله انتقال بیمار به بیمارستان
- ترخیص شخصی بیمار بدون توجه به توصیه پزشک
- مشاوره‌های ارائه شده در خاتمه درمان شامل وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و دستورات و توصیه‌های لازم برای پیگیری مراقبت، درمان و خدمات
- توجه به این نکته که یک کپی از مدارک در دسترس ارائه دهندگان مراقبت یا سازمان‌های فراهم کننده مراقبت، درمان و خدمات پیگیری قرار گیرد.

استاندارد IM.6.20:

پرونده پزشکی شامل اطلاعات اختصاصی بیمار در ارتباط با مراقبت، درمان و خدمات ارائه شده به وی باشد.

عناصر عملکردی IM.6.20:

۱- هر پرونده پزشکی، در صورت داشتن کاربرد، باید دارای اطلاعات زیر باشد:

- نام بیمار، جنس، آدرس، تاریخ تولد و در صورت لزوم وکیل صلاحیت‌دار
- مدارکی دال بر مشخص بودن وضعیت قانونی بیمارانی که خدمات مراقبتی رفتاری دریافت می‌کنند.
- مراقبت، درمان یا خدمات اورژانسی ارائه شده به بیمار قبل از رسیدن وی به بیمارستان در صورت لزوم
- مستندات و یافته‌های مربوط به ارزیابی‌های انجام شده
- نتایج یا برداشت‌های کلی حاصل از تاریخچه پزشکی و معاینات فیزیکی
- تشخیص‌ها، تشخیص‌های اولیه یا وضعیت‌های بیمار
- دلیل پذیرش یا ارائه مراقبت، درمان یا خدمات
- اهداف درمان و طرح درمانی
- مدرکی از توصیه‌ها و راهنمایی‌های پیشنهاد شده
- مدرکی از اخذ رضایت آگاهانه بر اساس سیاست بیمارستان
- تشخیص ها و دستورات درمانی
- تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی، تست‌ها و نتایج آنها
- یادداشت پیشرفت معالجات ثبت شده توسط افراد صلاحیت‌دار
- همه ارزیابی‌های مجدد و اصلاح طرح مراقبتی در صورت لزوم
- مشاهدات مرتبط

- پاسخ به مراقبت، درمان و خدمات ارائه شده
- گزارش مشاوره‌ها
- حساسیت به غذا و داروها
- هر نوع داروی دستور داده شده یا تجویز شده
- دوز داروهای استفاده شده (شامل قدرت، دوز یا میزان استفاده شده، توصیه‌های انجام شده برای مصرف داروها، مکان یا مسیر دسترسی، حساسیت‌های شناخته شده دارویی و هر نوع واکنش سوء داروها)
- هر نوع داروی تجویز شده در هنگام ترخیص
- کلیه تشخیص‌ها یا شرایط ایجاد شده در طول دوره مراقبت، درمان و خدمات
- مدارک مربوط به مکاتبات بیمار در زمینه مراقبت، درمان و خدمات ارائه شده مانند تماس‌های تلفنی یا ایمیل، در صورت وجود
- اطلاعات ایجاد شده توسط بیمار (مانند اطلاعات وارد شده به پرونده از طریق شبکه اینترنتی یا سیستم‌های کامپیوتری پیش بینی شده) در صورت وجود

استاندارد IM.6.50:

کارکنان خاص واجد شرایط، دستورات شفاهی را از افراد دارای صلاحیت دریافت و یادداشت کنند.

عناصر عملکردی IM.6.50:

۱- کارکنان واجد شرایط براساس سیاست بیمارستان و در صورت لزوم مطابق با قوانین ایالتی و فدرال مشخص شده و به منظور دریافت دستورات شفاهی تأیید گردند.

۲- تاریخ دستورات شفاهی ثبت شده و اسامی افرادی که این دستورات را صادر کرده و دریافت نموده‌اند مشخص گردد. همچنین فرد اجرا کننده این دستورات نیز مطابق ثبتیات معلوم باشد.

۳- در صورتی که برطبق قوانین و مقررات ایالتی یا فدرال ضرورت داشته باشد، دستورات شفاهی در قالب زمانی مشخصی تأیید شوند.

۴- بیمارستان، فرآیند خاصی را برای دریافت دستورات تلفنی یا نتایج تست‌های مهم که نیاز به تأیید از طریق بازخوانی کل دستور یا نتیجه تست توسط شخص دریافت کننده دارند به کار گیرد.

Source: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organozations: CAMH: 2004 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2003.

کمیته ملی تضمین کیفیت

کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA[1]) سه فعالیت زیر را انجام می‌دهد:

۱- اعتبارسنجی سازمان‌های مراقبت مدیریت شده (MCOs)

۲- بهبود بخشی و به کارگیری مجموعه داده‌ها و اطلاعات کارفرمایان برنامه‌های بهداشتی (HEDIS)

۳- دستیابی به کیفیت[2]

HEDIS و دستیابی به کیفیت در فصل یک مورد بحث قرار گرفته‌اند. در این فصل، ما به طور مختصر فرآیند اعتبارسنجی سازمان های مراقبت مدیریت شده را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

رسالت و دورنمای NCQA ترجیحاً به شکل زیر می‌باشد:

-ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی ارائه شده به افراد در هر مکانی.

-تبدیل شدن به منبع بسیار معتبر و قابل اطمینان در زمینه اطلاعات حاصل از بهبود کیفیت مراقبت بهداشتی [NCQA, 2004]

NCQA شروع به انجام اعتبارسنجی MCOs در سال ۱۹۹۱ در پاسخ به نیاز برای ایجاد «اطلاعات استاندارد و عینی درباره کیفیت این سازمان‌ها» نمود (NCQA, 2004). گرچه فرآیند اعتبارسنجی NCQA به صورت داوطلبانه است اما سه چهارم از کلیه مؤسسات ثبت نام کننده در سازمان‌های حفظ سلامت (HMO) توسط NCQA مورد بررسی قرار می‌گیرند. بسیاری از کارفرمایان بزرگ شامل سازمان هواپیمایی آمریکا، IBM، AT&T، فدرال اکسپرس و سایرین با برنامه های بهداشتی که توسط NCQA اعتبارسنجی باشند فعالیت تجاری انجام نمی دهند. بیش از نیمی از ایالت‌ها، اعتبارسنجی NCQA را پذیرفته‌اند و این نیاز برای اعتبارسنجی توسط خود ایالت‌ها را کاهش داده است. فرآیند اعتبارسنجی NCQA شامل بررسی به منظور اطمینان از رعایت استانداردهای مشخص شده از جانب NCQA از طرف سازمان‌ها می‌باشد. بیش از شصت استاندارد خاص وجود دارد که در پنج رده گروه‌بندی شده‌اند:

- **دسترسی و خدمات:** آیا اعضای طرح سلامت به مراقبت و خدمات مورد نیاز دسترسی دارند؟ آیا طرح سلامت به سرعت و به طور نسبی نارضایتی‌ها را برطرف کرده است؟

- **واجد شرایط بودن ارائه دهندگان:** آیا طرح سلامت به طور دقیق مدارک کارکنان خود را از نظر اعتبار چک می‌کند؟

- **سالم ماندن:** آیا طرح سلامت به مردم در سالم نگه داشتن خود و جلوگیری از بیماری کمک می‌کند؟

1- National Committee for Quality Assurance
2- Quality Compass

- **بهتر و سالم‌تر شدن:** در صورت بیمار شدن افراد، طرح سلامت برای آنها چه فعالیتی انجام می‌دهد؟

- **کنارآمدن با بیماری:** طرح سلامت چه کمکی به‌مردم در مدیریت بیماری‌های مزمن آنها می‌کند؟[NCQA, 2004, p.3]

برنامه اعتبارسنجی NCQA توسط تیمی از پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی هدایت می‌شود. این بررسی‌ها کاملاً وابسته به داده‌ها و اطلاعات مراقبت بهداشتی بوده که شامل انواع بررسی‌ها بر اساس معیارهای HEDIS می باشد. نتایج بررسی‌ها توسط کمیته ملی اشتباهات مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که بر اساس آن یکی از پنج سطح اعتباربخشی به سازمان‌ها اختصاص داده می‌شود:

- عالی
- قابل تقدیر (ستودنی)
- معتبر
- موقتی
- رد شده

فرآیند اعتبارسنجی NCQA به نظر سخت‌گیرانه می‌آید. یک طرح سلامتی باید به شکل فعال، کیفیت مراقبت را مدیریت نماید تا بتواند سطح عالی اعتبارسنجی را به دست آورد. NCQA گزارش طرح سلامت را به شکل آزاد و آنلاین ارائه می‌دهد که نشان دهنده وضعیت اعتبارسنجی کلیه طرح‌های بررسی شده می‌باشد.

سایر سازمان‌های اعتبارسنجی

گرچه JCAHO و NCQA از ساختارهای شناخته شده و مشهور در زمینه اعتبارسنجی در سیستم مراقبت بهداشتی ایالت متحده می‌باشند اما سازمان‌های دیگری غیر از این‌ها نیز وجود دارند. انجمن بیماری‌های استخوان آمریکا (AOA) سازمان‌ها و آزمایشگاه‌های ارائه دهنده مراقبت بهداشتی در زمینه بیماری‌های استخوان را مورد اعتبارسنجی قرار می‌دهد. AOA مانند JCAHO، صلاحیت مفروض توسط CMS دریافت کرده است به طوری که اعتبارسنجی انجام گرفته توسط وی ممکن است به جای بررسی‌های CoPs قرار بگیرد (AOA, 2004). کمیسیون اعتبارسنجی مؤسسات توانبخشی (CARF) خدمات و برنامه‌های توانبخشی را اعتبارسنجی می‌کند (CARG, 2004). انجمن اعتبارسنجی مراکز مراقبت‌های بهداشتی سرپایی (AAAHC) سازمان‌های مراقبت سرپایی و HMOs را مورد اعتبارسنجی قرار می‌دهد (AAAHC, 2003). این برنامه‌های اعتبارسنجی به طور معمول، جنبه‌های مختلفی دارند که بر اساس استانداردهای از پیش تعیین شده به منظور بهبود کیفیت مراقبت بهداشتی بوده، به بررسی‌های مستمر نیاز دارند، اطلاعات مراقبت بهداشتی و مستندسازی را از اجزای مهم فرآیند بررسی می‌دانند و سطحی از اعتبارسنجی یا موافقت را به خود اختصاص می‌دهند. این سازمان‌ها، استانداردهایی دارند که بر روی اطلاعات سازمان‌های مراقبت بهداشتی و

و سیستم‌های اطلاعاتی در این حوزه تأثیر می‌گذارد.

در ابتدای این فصل، ما به طور مختصر به فرآیندهای اعتبارسنجی، ارائه پروانه کار و گواهی نامه و همچنین به استانداردها و قوانینی که بر روی اطلاعات مراقبت بهداشتی و سیستم‌های اطلاعاتی تأثیر می‌گذارد پرداختیم. این فرآیندها، استانداردها و قوانین، اصول راهنمایی را برای سازمان‌ها به منظور بهبود برنامه‌های اطلاعاتی، نگهداری و بازیابی اطلاعات فراهم می‌کند، همچنین در سطح وسیع تر محتوای پرونده پزشکی بیماران را مشخص می کند. مدیران اجرایی مراکز مراقبت بهداشتی باید با استانداردها، قوانین و مقررات سازمان‌های خود آشنا باشند تا اطمینان حاصل کنند که برنامه‌های مدیریت اطلاعات و سیستم‌های اطلاعاتی بکار گرفته شده در سازمان، رعایت این استانداردها را تسهیل خواهد کرد.

جنبه‌های قانونی مدیریت اطلاعات مراقبت بهداشتی

اطلاعات مراقبت بهداشتی مخصوصاً اطلاعات خاص بیماران از طریق قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، همچنین برنامه‌های ارائه پروانه کار و اعتبارسنجی مدیریت می‌شود. قوانین و مقررات مرتبط با محدوده امنیتی و محرمانگی اطلاعات بیمار و نیز نگهداری و تأیید مدارک از سالیان پیش وجود داشته است. زمانی که کلیه مدارک بیمار به شکل کاغذی بود تعیین ساختار پرونده پزشکی آسان بود. تأیید مدارک فقط شامل امضاء بر روی موارد ثبت شده و امحای مدارک نیز فقط شامل سوزاندن یا ریز ریز کردن اوراق بود. از زمانی که پرونده بیماران به طور فزآینده به شکل الکترونیکی ذخیره می‌شود و شامل انواع مختلف رسانه‌ها از کاغذ گرفته تا تصاویر دیجیتالی می‌باشد ایجاد و به‌کارگیری قوانین مدیریت اطلاعات بهداشتی دچار تغییر شده است. در برخی موارد قوانین و مقررات اصلاح و بازنویسی شده‌اند.

در این مقطع زمانی، جای تأکید دارد که قوانین اداره کننده اطلاعات بیمار و پرونده‌های پزشکی از یک ایالت به ایالت دیگر فرق می‌کند و بحث زیاد در مورد آنها خارج از محدوده این مبحث می‌باشد. پیچیدگی سیستم‌های قانونی ایالت متحده، اهمیّت این موضوع را برای سازمان‌های مراقبت بهداشتی افزایش داده است که پرسنلی را به کار بگیرند که با قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، همچنین مقررات مرتبط با مدیریت اطلاعات بیمار آشنا باشند و مشاور قانونی در دسترس داشته باشند که در زمان نیاز می‌تواند راهنمایی‌های لازم را ارائه دهد. با ذکر این موضوع، در این بخش ما نگاهی به جنبه‌های قانونی مدیریت اطلاعات بهداشتی می‌اندازیم که شامل بحث مختصر پیرامون برخی از قوانین و مقررات مشخص در ارتباط با هر موضوع و پیروی از قوانین در یک محیط چند رسانه‌ای در حال پیشرفت می‌باشد. به طور اختصاصی، ما پرونده پزشکی را به عنوان یک سند قانونی معرفی

خواهیم کرد که شامل موضوعاتی در ارتباط با نگهداری و تأیید اطلاعات مراقبت بهداشتی و محدوده ایمنی و محرمانگی اطلاعات بیمار با نگاهی به HIPPA و قوانین محرمانگی HIPPA می‌باشد.

پرونده پزشکی به عنوان یک سند قانونی

زمانی که پرونده پزشکی بیمار شامل پوشه‌ای پر از کاغذ باشد که در بخش مدیریت اطلاعات بهداشتی یک بیمارستان سازماندهی و ذخیره شده باشد، مشخص کردن یک مدرک قانونی کار ساده‌ای است. پرونده‌ای که برای یک دوره معین نگهداری می‌شود (در اینجا تا زمان ارائه مراقبت به بیمار) و یک استثنایی را در زمینه قوانین شایع نشان می‌دهد عموماً در دادگاه قابل پذیرش بوده بنابراین در هنگام احضار دادگاه می توان این مدارک را فرستاد و این مدارک به عنوان یک سند قانونی از مراقبت ارائه شده به بیمار می‌باشند. سازمان‌های مراقبت بهداشتی در مورد این که چه مدارکی را در پرونده بیمار نگهداری کنند باید تصمیم بگیرند، زیرا قوانین و مقررات ایالتی و فدرال در حال تغییر بوده و با یکدیگر تفاوت دارند. اما وقتی تصمیمی در این زمینه گرفته شد پرونده بیمار به عنوان یک سند قانونی از قفسه پرونده‌ها بیرون کشیده شده و به بیمار ارائه می‌شود. فقط یک کپی رسمی و اصلی از مدارک وجود دارد.

زمانی که پرونده بیمار، ترکیبی از مستندات کاغذی و الکترونیکی باشد یا زمانی که به شکل کامل کامپیوتری شده باشد مفهوم مدرک قانونی چگونه تغییر پیدا می‌کند؟ این موضوع ساده‌ای نیست، جواب یک پاراگرافی به این سؤال، این است که دولت‌های ایالتی و دولت فدرال، قوانین و مقررات خود را اصلاح کرده‌اند تا منعکس کننده تغییرات از مستندات کاغذی به دیجیتال باشند. بنابراین برخی از اصول راهنماهای عمومی پیشنهاد و به وجود آمد. (Amatayakul et al., 2001). شکل ۵-۳ اصول راهنمای انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی آمریکا[1] در زمینه «تعریف پرونده سلامت برای اهداف قانونی» را نشان می دهد. در این اصول راهنما، تعریف پرونده سلامت قانونی (LHR) [2] به عنوان مستندسازی از خدمات ارائه شده به هر فرد در هر حوزه از ارائه خدمات بهداشتی توسط سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت بهداشتی» آمده است. همچنین آنها توصیه کرده‌اند که منبع داده‌های معرفی کننده بیمار مانند عکس‌ها، تصاویر تشخیصی، ترسیمات و نوارهای مونیتورینگ باید به عنوان قسمتی از LHR در نظر گرفته شود. داده‌های اداری و داده‌های مشتق شده به عنوان قسمتی از LHR محسوب نمی‌شوند.

هر سازمان مراقبت بهداشتی باید یک بررسی و ارزیابی کلی از اینکه اطلاعات معرفی کننده بیمار چگونه و کجا ذخیره می‌شوند، انجام دهد. داده‌ها و اطلاعاتی که به عنوان قسمتی از LHR طبقه‌بندی می‌شوند باید

1- American Health Information Management Association (AHIMA)
2- Legal Medical Record

مشخص شده و در هر تعریفی از LHR آورده شوند. سازمان باید تعاریف خود از محتوای LHR را مستند کرده و به طور روشن بیان نماید که محتوای LHR در چه فرم‌هایی ایجاد و ذخیره شده‌اند.

شکل ۵-۳. اصول راهنمای AHIMA در زمینه مشخص کردن پرونده سلامت برای اهداف قانونی

پرونده سلامت قانونی

مدارک قانونی شغلی در یا برای سازمان‌های مراقبت بهداشتی ایجاد می شود. این مدارک باید در برابر ارائه درخواست داده شود.

LHR مستندسازی خدمات ارائه شده به هر فردی در هر حوزه از ارائه مراقبت‌های بهداشتی توسط سازمان های فراهم کننده مراقبت بهداشتی می‌باشد. LHR داده‌های معرفی کننده هر فردی است که به هر شکلی جمع‌آوری شده باشد و به طور مستقیم در مستندسازی مراقبت بهداشتی یا وضعیت سلامتی مورد استفاده قرار گیرد. LHR شامل مدارک مراقبتی در هر مؤسسه بهداشتی می‌باشد که توسط متخصصان مراقبت بهداشتی در حین ارائه خدمات مراقبتی به منظور بررسی داده های بیمار یا مستندسازی مشاهدات، فعالیت‌ها یا دستورالعمل‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. بسیاری از انواع مستندات که شامل پرونده سلامت قانونی می‌باشد ممکن است به طور فیزیکی در پایگاه داده‌های کاغذی مجزا یا الکترونیکی مبتنی بر کامپیوتر وجود داشته باشد (مثال‌های لیست شده زیر را مشاهده کنید).

LHR شامل پرونده سلامتی نمی‌باشد که این مدارک، مدارک رسمی شغلی یک سازمان ارائه دهنده مراقبت بهداشتی نباشد (گرچه کپی‌هایی از مستندات خدمات ارائه شده به هر فرد توسط سازمان‌های فراهم کننده مراقبت بهداشتی ایجاد و به هر فردی داده می‌شود). بنابراین، مدارکی مانند پرونده شخصی بیمار (PHRs[1]) که توسط خود بیمار کنترل، مدیریت و جمع‌آوری می‌گردد به عنوان قسمتی از LHR محسوب نمی‌شود.

کپی‌های PHRs که دست خود بیمار بوده و توسط وی مدیریت و جمع‌آوری شده اما برای یک سازمان مراقبت بهداشتی ارائه خواهد شد می‌تواند قسمتی از LHR باشد. البته اگر این کپی‌ها توسط سازمان برای ارائه مراقبت به بیمار، بررسی داده‌های بیمار یا مستندسازی مشاهدات، فعالیت‌ها یا دستورالعمل‌ها مورد استفاده قرار گیرد. این پرونده ها می‌تواند شامل مدارک پیگیری مدیریت شده و جمع‌آوری شده توسط خود بیمار باشد مانند مدارک پیگیری مصرف داروها یا مدارک پیگیری گلوکز/ انسولین.

مثال‌هایی از مستندات موجود در LHR:

- راهنمایی‌های پیشنهادی
- مدارک بیهوشی

1- Personal Health Records (PHRs)

- طرح مراقبتی
- رضایت‌نامه جهت انواع درمان
- گزارشات مشاوره‌ای
- توصیه‌های پس از ترخیص
- خلاصه ترخیص
- پست الکترونیکی ارتباط دهنده بین بیمار و ارائه دهنده مراقبت یا بین ارائه دهندگان
- پرونده بخش اورژانس
- ارزیابی وضعیت عملکردی
- مدارک تصویری
- مدارک مربوط به ایمنی سازی
- مدارک مواد ورودی و خروجی بدن
- دستورات دارویی
- لیست دارویی
- حداقل مجموعه داده‌ها (MDS, OASIS, etc.)
- مستندات یا یادداشت‌های پیشرفت معالجات توسط متخصصان مختلف
- ارزیابی پرستار
- گزارشات اقدامات و اعمال جراحی
- دستور انجام تست‌های تشخیصی و نتایج بررسی‌های تشخیصی (مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و ...)
- مستندات ارائه شده توسط خود بیمار
- گزارشات آسیب شناسی
- پروتکل یا اصول راهنمای عملیاتی/ روش‌های بالینی که جایگزین داده‌های بیمار می‌شود.
- لیست مشکلات بیمار
- مدارک مربوط به تاریخچه و معاینات فیزیکی
- مدارک مربوط به تنفس درمانی، فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی
- انواع روش‌های انتخابی به منظور اهداف مستندسازی خاص
- مشاورات تلفنی
- دستورات تلفنی

داده‌های اصلی معرفی کننده بیمار

یک جزء الحاقی از مدارک قانونی شغلی است که توسط خود سازمان مشخص می‌شود. این مدارک اغلب در یک مکان یا پایگاه داده‌های مجزا نگهداری می‌شوند و مانند مدارک قانونی شغلی، همان سطح محرمانگی را دارند. اطلاعات از طریق ارائه درخواست قابل بازیابی است. در نبود مستندات (مانند تفاسیر، خلاصه‌ها و ...) داده‌های منبع باید به عنوان قسمتی از LHR در نظر گرفته شوند. داده‌های اصلی معرفی کننده بیمار، داده‌هایی هستند که از تفاسیر، خلاصه‌ها، یادداشت‌ها و ... استخراج می‌شوند. داده‌های اصلی باید در همان سطح محرمانگی داده‌های LHR باشند. این داده‌ها به طور فزآینده در اشکال چند رسانه‌ای جمع‌آوری می‌شوند. برای مثال، در پذیرش از راه دور (سلامت از راه دور[1])، نوار ویدئویی ضبط شده این پذیرش نمی‌تواند بیانگر LHR باشد اما می‌توان آن را به عنوان داده اصلی در نظر گرفت.

مثال‌هایی از داده‌های اصلی معرفی کننده بیمار

- عکس‌های آنالوگ و دیجیتالی بیمار صرفاً برای اهداف شناسایی هویت بیمار
- شنیدن مطالب دیکته شده برای ثبت
- شنیدن مکالمات تلفنی بیمار
- فیلم‌ها و سایر تصاویر تشخیصی مشتق شده از تفاسیر
- ترسیمات الکتروکاردیوگرام مشتق شده از تفاسیر
- نوار پایش جنین مشتق شده از تفاسیر
- نمایش ویزیت‌های انجام شده در مطب
- نمایش انجام عمل
- نمایش مشاورات پزشکی از راه دور

داده‌های اداری

گرچه این داده‌ها همان سطح محرمانگی LHR را دارند اما به عنوان قسمتی از LHR در نظر گرفته نمی‌شوند (مثلاً در پاسخ به احضاریه دادگاه برای پرونده پزشکی).

داده‌های اداری، داده‌های معرفی کننده بیمار می‌باشد که برای اهداف مدیریتی، نظارتی، عملیات مراقبت بهداشتی و امور مالی به کار می‌روند.

1- Telehealth

مثال‌هایی از داده‌های اداری:

- فرم اجازه برای ارائه اطلاعات
- گواهی تولد و مرگ
- مطابقت درخواست مدارک
- تاریخچه وقایع/ پیگیری های ممیزی (حسابرسی)
- درخواست های معرفی کننده بیمار
- داده‌های معرفی کننده بیمار که به منظور تضمین کیفیت یا مدیریت بهره‌وری مورد بررسی قرار می‌گیرد
- شناسگرهای بیمار (مانند شماره پرونده بیمار، بیومتریک)
- پروتکل‌ها/ روش‌های بالینی، راهنماهای عملیاتی و سایرمنابع دانش که‌جایگزین داده‌های بیمار نمی‌شوند.

داده‌های مشتق شده

گرچه این داده‌ها همان سطح محرمانگی LHR را دارند اما به عنوان قسمتی از LHR در نظر گرفته نمی‌شوند (مثلاً در پاسخ به احضاریه دادگاه برای پرونده پزشکی).

داده‌های مشتق شده شامل اطلاعات جمع‌آوری شده یا خلاصه شده از پرونده بیمار می‌باشند بنابراین وسیله‌ای برای معرفی بیمار نمی‌باشند.

مثال‌هایی از داده‌های مشتق شده:

- گزارشات اعتبارسنجی
- داده‌های بیمار ناشناس برای اهداف تحقیقی
- بهترین اصول راهنمای ایجاد شده از داده های جمع آوری شده بیمار
- گزارش MDS
- گزارش OASIS
- گزارش ORYX
- پرونده سلامت عمومی
- گزارشات آماری

Source: Amatayakul et al., 2001.

- له کردن دیسک‌های لیزری با قابلیت نوشتن برای یک بار و خواندن برای چندین بار[1]
- DeGAUSS کردن داده‌های ذخیره شده بر روی رسانه‌های مغناطیسی داخلی و خارجی (که باعث تغییر در ترتیب قرارگیری رسانه‌های ذخیره شده گشته و پوشش داده‌های از قبل ذخیره شده را غیرممکن می‌سازد).

● عملیات انجام شده برای امحاء را مستند کنید.

- تاریخ امحاء
- روش امحاء
- توصیف پرونده‌های امحاء شده
- محاسبه تاریخ پرونده‌های امحاء شده
- بیان این نکته که پرونده‌ها در زمان مقرر امحاء شده‌اند.
- امضای افراد نظارت کننده و شاهد امحاء

● مستندات عملیات امحاء را برای مدت زمان نامحدود نگه دارید.

تأیید اطلاعات پرونده‌های بهداشتی

JCAHO در اصول راهنمای اعتبارسنجی بیمارستان ها در سال ۲۰۰٤، تأیید پرونده ها را اینگونه تعریف می کند که: **«اثبات درستی اطلاعات و افرادی که امضاء کننده یا کاربر اطلاعات بودند»** (JCAHO, 2004a). قوانین ایالتی و فدرال همچنین استانداردهای اعتبارسنجی نیاز به اطلاعات تأیید شده پرونده پزشکی دارند. این امر بدین منظور می‌باشد که سند قانونی نشانگر فرد یا افراد مسئول در زمینه مراقبت ارائه شده می‌باشد. عموماً، تأیید هر داده ورودی LHR زمانی انجام می‌گیرد که پزشک یا سایر متخصصان مراقبت بهداشتی آن را امضاء کنند چه به صورت امضای دستی یا امضای الکترونیکی.

امضای الکترونیکی زمانی ایجاد می‌شود که ارائه دهنده مراقبت یک کد واحد، بیومتریک یا رمز عبوری را وارد سیستم می‌کند و بدین طریق هویت وی تأیید می شود. اغلب امضاهای الکترونیکی بر روی صفحه کامپیوتر نشان داده شده یا بر روی فرم چاپ می‌شوند: توسط Jane H. Doe, M.D. به شکل الکترونیکی تأیید شد (AHIMA, 2003b). امضای الکترونیکی اکنون توسط JCAHO و CMS پذیرفته شده است. قوانین و مقررات ایالتی در مورد پذیرش امضای الکترونیکی با یکدیگر تفاوت دارند بنابراین حائز اهمیّت است که سازمان‌های مراقبت بهداشتی در مورد قوانین خاص ایالت خود قبل از به کارگیری امضای الکترونیکی آگاهی پیدا بکنند. بسیاری از ایالت‌ها در برخی موارد، امضای اکترونیکی را به کار می‌گیرند یا در مورد آن سکوت اختیار می‌کنند.

1- Write – once Read- many (WORM)

نگهداری پرونده سلامت

اغلب ایالت‌ها نیازمندی‌های خاصی برای نگهداری مدارک مربوط به اطلاعات مراقبت بهداشتی دارند. این نیازمندی‌ها باید اساسی برای سازمان های مراقبت بهداشتی در زمینه سیاست‌های رسمی نگهداری مدارک باشد. JCAHO و سایر آژانس‌های اعتبارسنجی، قوانین نگهداری را مشخص می‌کنند ولی سازمان‌ها را به قوانین اختصاصی ایالتی خودشان ارجاع می‌دهند. زمانی که ایالت‌ها، نیازمندی خاص خودشان را تعیین نکرده باشند کلیه اطلاعات بیمار که قسمتی از LHR می‌باشد حداقل باید برای مدت زمان تعیین شده از طرف ایالت برای قانون مرور زمان یا سایر نیازهای قانونی نگه‌داری شود. در مورد کودکان خردسال، LHR باید تا زمان رسیدن کودک به سن قانونی تعیین شده بر اساس قوانین ایالتی نگهداری شود که معمولاً سن قانونی بین هجده تا بیست و یک سال می‌باشد. مدیران مراقبت بهداشتی باید آگاه باشند که ممکن است بیماری با آگاهی از قانون مرور زمان، پس از ده سال از دریافت مراقبت متوجه شود که مراقبت ارائه شده در ده سال پیش باعث ایجاد صدمه به وی شده است (AHIMA, 2002b). در سال ۲۰۰۲، AHIMA «استانداردهای پیشنهادی خود را در زمینه نگه‌داری اطلاعات» منتشر کرد که بیان می‌کند که پرونده‌های پزشکی افراد بزرگسال باید به مدت ده سال پس از آخرین پذیرش بیمار و پرونده‌های پزشکی کودکان باید تا زمان رسیدن وی به سن قانونی به اضافه زمان تعیین شده برای قانون مرور زمان نگه‌داری شود.

گرچه برخی ملزومات خاص و بعضی راهنماهای عمومی در زمینه نگهداری پرونده‌ها وجود دارد، اما به طور فزآینده در سازمان‌های مراقبت بهداشتی این موضوع عمومیت پیدا کرده است که کلیه اطلاعات LHR را باید به طور نامحدود نگهداری کرد. مخصوصاً زمانی که اطلاعات بیمار به شکل الکترونیکی ذخیره شده باشد. اگر سازمانی قصد از بین بردن اطلاعات LHR را داشته باشد باید مطابق با کلیه قوانین و مقررات کاربردی اقدام نماید. در برخی از ایالت‌ها قبل از امحای پرونده‌ها باید خلاصه‌ای از پرونده بیمار نوشته شود. سایر ایالت‌ها نیز روش‌هایی از امحاء را به کار می‌گیرند که برای آنها قابل اجرا باشد. اگر روش خاصی برای امحای مدارک مشخص نشده باشد سازمان مراقبت بهداشتی می‌تواند از راهنماهای عمومی پیروی کند مانند آنچه که در لیست زیر آورده شده است (AHIMA, 2002a). اصول راهنماهای امحاء برای هر نوع اطلاعات مراقبت بهداشتی خاص هر بیمار به کار می‌رود که ممکن است جزئی از LHR باشد یا نباشد.

● پرونده‌ها را به گونه‌ای امحاء کنید که امکان بازساخت آنها وجود نداشته باشد.

- سوزاندن، ریز ریز کردن، خمیر کردن یا له کردن کاغذها
- بازیافت یا له کردن میکروفیلم یا میکروفیش‌ها

بدون در نظر گرفتن قوانین و مقررات ایالتی، سیاست‌ها و اقدامات باید توسط خود سازمان‌های مراقبت بهداشتی مورد پذیرش قرار گیرد تا از عدم تسهیم کدها یا رمز عبوری به کار گرفته شده در ایجاد امضای الکترونیکی توسط ارائه دهندگان مراقبت مطمئن شوند. عموماً، یک ارائه دهنده مراقبت برای امضای وضعیت ثبت شده مورد نیاز می‌باشد و او تنها فردی است که کلید امضای خود را دارد و فقط وی می‌تواند از آن استفاده کند.

محدوده ایمنی و محرمانگی

محدوده ایمنی، حق قانونی هر فردی برای تنها ماندن، آزاد بودن از شناسایی بی‌دلیل و هدایت زندگی خود بدون علنی کردن آن است. در محیط مراکز مراقبت بهداشتی، محدوده ایمنی، حق هر فردی برای محدود کردن دسترسی به اطلاعات مراقبت بهداشتی وی می‌باشد. در محرمانگی انتظار می‌رود که اطلاعات تسهیم شده بین ارائه‌دهندگان مراقبت در طول درمان فقط برای اهداف مشخص به کار رود و جای دیگر افشاء نشود. محرمانگی بر اطمینان تکیه دارد.

مطالعات اخیر نشان می‌دهد که بیماران اطمینان کامل ندارند که اطلاعات مراقبت بهداشتی شخصی آنها محرمانه بماند. تنها یک سوم افراد بزرگسال بررسی شده در نظرسنجی ملی تأسیس مراکز مراقبت بهداشتی کالیفرنیا اعلام کردند (۱۹۹۹) که آنها همیشه یا در اغلب اوقات به طرح‌های سلامت و برنامه‌های دولت برای حفظ محرمانگی اعتماد کرده‌اند. در همان نظرسنجی، یک ششم افراد بیان کردند که آنها یک کار غیرعادی برای محرمانه نگه داشتن اطلاعات پزشکی خود انجام داده‌اند. پروژه محرمانگی سلامت (۱۹۹۹) گزارش کرد که یک پنجم افراد بزرگسال در آمریکا اعتقاد دارند که ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی، طرح‌های بیمه‌ای، آژانس‌های دولتی یا کارفرمایان به طور ناشایست اطلاعات پزشکی شخصی آنها را افشاء کرده‌اند. همچنین نیمی از این افراد گزارش کردند که افشای اطلاعات منجر به شرمندگی یا صدمه به آنها شده است. فقدان اعتماد برخلاف قوانین و مقررات ایالتی و فدرال می‌باشد که برای حمایت از محدوده شخصی و محرمانگی بیماران طراحی شده است و به رغم اصل اخلاقی است که بر اساس آن ارائه دهندگان مراقبت فعالیت می‌کنند.

منابع زیادی برای الزامات قانونی و اخلاقی وجود دارد که متخصصان مراقبت بهداشتی، بایستی محرمانگی اطلاعات بیمار را حفظ کرده و از حدود ایمنی بیمار حمایت کنند. استانداردهای حرفه‌ای و اخلاقی، مانند آن‌چه که توسط انجمن پزشکی آمریکا و سایر سازمان‌ها منتشر شده، راهنمایی‌های حرفه‌ای و نیاز برای محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار را ارائه می‌دهند. ساختارهای اعتبارسنجی مانند موارد ذکر شده در بخش قبلی (JCAHO, NCQA, ...) و CMS CoPs مشخص کرده که سازمان‌های مراقبت بهداشتی از عملیات استاندارد، قوانین و مقررات ایالتی و فدرال برای تضمین محرمانگی اطلاعات بیمار پیروی نمایند. قوانین ایالتی به عنوان جزئی از مجوز مؤسسات ایالتی یا سایر آئین نامه‌ها، حدود ایمنی و محرمانگی را معین کرده‌اند. بنابراین قوانین و

آئین نامه‌ها به طور وسیعی از یک ایالت به ایالت دیگر فرق می‌کند. حمایت‌های اعمال شده از طرف ایالت‌ها نیز بر اساس مالک اطلاعات و نوع اطلاعات فرق می‌کند. برای مثال، قوانین ایالتی ممکن است محرمانگی اطلاعات مربوط به ایدز یا بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی را مشخص کند اما درباره انواع دیگر اطلاعات مراقبت بهداشتی سکوت اختیار نماید. برخی از ایالت‌ها به طور اختصاصی، افشای دوباره اطلاعات را مشخص می‌کنند ولی به دلیل فقدان یکسانی در بین ایالت‌ها در هنگام ضروری بودن تبادلات بین ایالتی دچار مشکل می‌شوند. در محیط امروزی، ارائه دهندگان برتر مراقبت که اقدامات پزشکی تخصصی را انجام می‌دهند همیشه در داخل یک ایالت نیستند و جا به جا می‌شوند. همچنین، پزشکی از راه دور نیز به ارتباطات بین ایالتی در مورد اطلاعات بیمار نیاز دارد.

به رغم حمایت‌های موجود، نمونه‌هایی از نقض حدود ایمنی محرمانگی مستند شده است. تعدادی از تخلفات اخیر که توسط پروژه محرمانگی سلامت (۲۰۰۳) گزارش شده در شکل ۶-۳ لیست شده است. بخشی از مشکلات ناشی از این است که تا این اواخر هیچ موردی در قوانین فدرال در رابطه با محرمانگی وجود نداشت. فقط در چند مورد از قوانین، برخی از حوزه‌های محرمانه نگه داشتن اطلاعات ذکر شده بود و هیچ قانون مشخصی که به عنوان راهنما برای سازمان‌های مراقبت بهداشتی و ارائه دهندگان مراقبت باشد وجود نداشت. بنابراین فقدان یک قانون مشخص فدرال به این مفهوم بود که اطلاعات بهداشتی باید به دلایل غیر مرتبط با درمان و بازپرداخت هزینه‌های بیمار افشاء شود. برای مثال، یک مؤسسه سلامتی می‌توانست اطلاعات را به یک وام دهنده یا کارفرما ارائه دهد (استانداردهای محرمانگی...، ۲۰۰۱).

این وضعیت با عبور از HIPPA و اختصاصاً قوانین HIPPA در زمینه محرمانگی که برای اولین بار در سال ۲۰۰۲ توسط بخش سلامت خدمات انسانی منتشر شد تغییر پیدا کرد و در سال ۲۰۰۳ در نوع خود مؤثر واقع شد. قوانین محرمانگی یک «سقفی از امنیت» را به منظور حمایت از محرمانگی و حدود ایمنی ایجاد کرد. در بخش‌های زیر ما قوانین و مقررات کنونی دولت فدرال را که در ارتباط با محرمانگی و حدود ایمنی و بخصوص قوانین HIPPA است ذکر می‌کنیم.

شکل ۶-۳: تخلفات اخیر در زمینه رعایت محرمانگی اطلاعات مراقبت بهداشتی

- یک شهروند مقیم کارولینای شمالی پس از فاش شدن اختلالات ژنتیکی که نیاز به درمان داشت از کارش برکنار شد (۲۰۰۰).
- پرونده پزشکی یک زن در ایلینویز[1] پس از درمان عوارض سقط در اینترنت منتشر شد (۲۰۰۱).
- یک راننده کامیون در آتلانتا[2] پس از اطلاع یافتن کارفرمایش توسط شرکت بیمه مبنی بر جستجوی درمان سوء مصرف الکل، کارش را از دست داد (۲۰۰۰).
- یک منشی بیمارستان در فلوریدا، شماره تامین اجتماعی بیماران ثبت نام شده را دزدید که این شماره برای باز کردن حساب و شماره کارت اعتباری نیز مورد استفاده قرار می گرفت (۲۰۰۲).
- در ایالت کنتاکی، کامپیوتری که حاوی اطلاعات بیماران ایدزی و بیماری های منتقله از راه جنسی بود در معرض فروش قرار گرفت (۲۰۰۳).
- به دلیل نقص نرم افزاری، اطلاعات (نام و آدرس) افرادی که متقاضی دارو و درمان اعتیاد الکل بودند از طریق وب سایت دولتی در معرض دید عموم قرار گرفت (۲۰۰۱).
- دو سازمان مراقبین بهداشتی ایالت واشینگتن، پرونده های پزشکی بیماران خود را در ظرف آشغال های بدون نقل دور ریختند (۲۰۰۰).

Source: Health Privacy Project, 2003.

قوانین فدرال پیش از قوانین HIPPA بر روی محدوده ایمنی و محرمانگی اطلاعات تأثیر می‌گذارد.

در سال ۱۹٦٦ آزادی فعالیت اطلاعاتی (FOIA) به تصویب رسید. این قانون برای عموم مردم آمریکا حقی را در زمینه به دست آوردن اطلاعات از آژانس‌های فدرال ایجاد کرد. این فعالیت کلیه مدارک ایجاد شده توسط دولت فدرال را با در نظر گرفتن ۹ استثناء در بر می گرفت. ششمین استثناء برای پرسنل و اطلاعات پزشکی «افشاء» شامل حمله غیرموجه به حریم شخصی» است. بنابراین این موضوع به وجود آمد که این استثناء برای FOIA به حد کافی برای حمایت از پرونده‌های پزشکی و سایر اطلاعات بهداشتی ایجاد شده بر اساس قوانین دولت فدرال قوی نبود. بدنبال آن، کنگره فعالیت محرمانگی سال ۱۹۷٤ را تصویب نمود. این فعالیت به طور

1- Illinois
2- Atlanta

اختصاصی برای این به وجود آمد که از محرمانگی اطلاعات بیمار فقط در مؤسسات مراقبت بهداشتی که بر اساس قوانین دولت فدرال فعالیت می‌کنند، حمایت کند مانند بیمارستان سربازان، مؤسسات خدمات بهداشتی سرخپوستان و سازمان‌های مراقبت بهداشتی نظامی. به دلیل محدود شدن حمایت‌ها به چنین مؤسساتی که فقط تحت دولت فدرال فعالیت می‌کنند، بیشتر بیمارستان‌های عمومی و دیگر سازمان‌های[1] مراقبت بهداشتی غیردولتی از قوانین دولت فدرال در این زمینه پیروی نمی‌کنند. با این وجود، فعالیت محرمانگی سال ۱۹۷٤ یک قسمت مهم از قانون‌گذاری در این زمینه بود آن هم نه بدلیل این که این فعالیت، استثنای FIOA را برای اطلاعات بیمار مشخص کرده بود، بلکه همچنین به دلیل این که به طور صریح بیان کرده که بیماران حق دسترسی و اصلاح پرونده پزشکی خودشان را دارند. همچنین این فعالیت، مؤسسات را مجبور به نگهداری مستندات مربوط به افشای کلیه اطلاعات نموده است. هیچ یک از این موارد در آن زمان یک فعالیت استاندارد نبود.

در طول دهه ۱۹۷۰، مردم بیش از پیش به حساسیت ماهیت مدارک مربوط به داروها و درمان الکل آگاه شدند. این مورد منجر به ایجاد قوانینی شد که اخیراً در C.F.R. 42 (کد قوانین فدرال) قسمت ۲، در ارتباط با محرمانگی پرونده پزشکی مربوط به سوء استعمال دارویی و الکل به وجود آمده است. این قوانین دو بار اصلاح شدند و آخرین ویرایش آنها در سال ۱۹۹۹ منتشر شد. همچنین، این قوانین آنها راهنمایی‌های خاصی را به سازمان‌های مراقبت بهداشتی درمان کننده بیماران با مشکلات دارویی و الکل ارائه دادند. نه به طور تعجب‌آور، آنها استانداردهای سخت‌گیرانه‌ای را در زمینه افشای اطلاعات ایجاد کردند که برای حمایت از محرمانگی اطلاعات مربوط به درمان بیماران سوء استعمال کننده داروئی و الکل بود.

HIPPA قوانین محرمانگی HIPPA یکی از مهم‌ترین قوانین فدرال می‌باشد. این قوانین، اولین قوانین جامع فدرال می‌باشد که حمایت اختصاصی از محرمانه ماندن اطلاعات بیمار را ارائه می‌دهد. همان طور که بحث شد، قبل از قوانین محرمانگی HIPPA، هیچ قانون مجردی در زمینه حدود ایمنی و محرمانگی اطلاعات بیماران وجود نداشت. با ذکر اهمیت قوانین مربوط به محرمانگی، ما بحث خود را به طور خلاصه در زمینه محتوای کلی فعالیتی که این قانون را تأیید می‌کند آغاز می‌نماییم. سپس ویژگی‌های اختصاصی قوانین محرمانگی را ذکر کرده و تأثیر آن را در زمینه حفظ، استفاده و افشای اطلاعات مراقبت بهداشتی بیان می‌کنیم.

1- Code of Federal Regulations

HIPPA (۱۹۹۶) دارای دو بخش اصلی است:

- **عنوان اول** دسترسی، قابلیت انتقال، قابلیت تجدید و قابلیت دفاع و حمایت از فردی که شغلش را تغییر داده یا سیاست‌های بیمه سلامت را نشان می‌دهد. گرچه عنوان اول یک بخش مهمی از قانون می‌باشد اما به طور اختصاصی، اطلاعات مراقبت بهداشتی را مشخص نمی‌کند بنابراین در این فصل به آن اشاره نمی‌شود.
- **عنوان دوم** شامل بخشی با عنوان ساده سازی مدیریتی است و یک بخش کوچکی از این فصل می‌باشد که در آن نیاز برای ایجاد قوانین محرمانگی برای اطلاعات شخصی ذکر شده است. دو بخش کوچک دیگر از موضوع ساده سازی مدیریتی به طور اختصاصی در ارتباط با اطلاعات مراقبت بهداشتی می‌باشد که شامل تبادلات و مجموعه کدها که استانداردهای آن در سال ۲۰۰۰ نهایی شده و امنیت که استانداردهای آن در سال ۲۰۰۲ نهایی شده است. (قوانین HIPPA در زمینه امنیت به تفصیل در فصل ده بحث شده است.)

قانون HIPPA در زمینه محرمانگی: گر چه قانون محرمانگی HIPPA یک مجموعه جامع از استانداردهای فدرال می‌باشد اما این قانون، از قوانین موجود ایالتی که از امنیت افراد، بیشتر حمایت می کند نیزاستفاده می کند. ایالت ها، به خود اجازه ایجاد قوانین سخت گیرانه را در آینده می دهند. بنابراین سازمان‌های مراقبت بهداشتی باید با قوانین و مقررات ایالت‌های خود در زمینه حدود ایمنی و محرمانگی آشنا باشند. قانون محرمانگی HIPPA موجودیت‌های پوشش داده شده را مشخص می‌کند که شامل افراد و سازمان‌های پیروی کننده از قوانین هستند. این تعریف وسیع بوده و شامل:

- طرح‌های بهداشتی که در قبال دریافت هزینه‌های مراقبت پزشکی فراهم (ارائه) می‌شود.
- اداره مرکزی مراقبت بهداشتی که اطلاعات بهداشتی را پردازش می‌کند (برای مثال، خدمات ارائه صورت حساب و پرداخت هزینه‌ها)
- فراهم کنندگان مراقبت بهداشتی که تبادلات مالی و مدیریتی خاص را به شکل الکترونیکی هدایت می‌کنند. (این تبادلات به طور وسیعی تعیین شده‌اند. بنابراین واقعیت قانون محرمانگی HIPPA این است که تقریباً کلیه ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی را که هر نوع بازپرداخت شخص ثالث را دریافت می‌کنند، مدیریت می‌کند.)

اگر هر کدام از این موجودیت‌های تحت پوشش، اطلاعات خود را با دیگران به اشتراک بگذارند باید قراردادی برای حمایت از اطلاعات به اشتراک گذاشته شده را ایجاد نمایند.

همچنین اطلاعات حمایت شده HIPPA به شکل وسیعی تحت قانون محرمانگی تعیین شده است. اطلاعات حمایت شده[1] (PHI) اطلاعاتی هستند که:

1- Protected Health Information

- مرتبط با سلامت فیزیکی یا روحی فرد، فراهم کردن مراقبت یا پرداخت هزینه‌های مراقبت بهداشتی می‌باشد.
- فردی را که موضوعیت اطلاعات با وی می باشد، مشخص می‌کنند.
- توسط موجودیت‌های تحت پوشش ایجاد یا دریافت شده باشند.
- در هر شکلی قابل انتقال یا نگهداری هستند (کاغذی، الکترونیکی یا شفاهی)

قانون محرمانگی HIPPA پنج جزء اصلی دارد:

۱- **مرزها:** اطلاعات حمایت‌شده ممکن است فقط برای اهداف سلامتی یا بسیاری از استثناهای محدود شده افشاء شوند.

۲- **امنیت:** اطلاعات حمایت شده نباید بدون اجازه بیمار پخش شوند مگر اینکه دلیل روشنی برای این کار وجود داشته باشد . افراد دریافت کننده این اطلاعات از آنها حفاظت کنند.

۳- **کنترل مشتری:** باید افراد خاصی مشخص شوند که اجازه دسترسی به پرونده پزشکی و کنترل آن را داشته باشند و از اهداف استفاده و افشای اطلاعات آگاهی داشته باشند.

٤- **مسئولیت پذیری:** موجودیت‌هایی که به صورت درست PHI را اداره کنند می‌توانند تحت قانون جزائی، مطالبات یا تنبیهات خود را انجام دهند و موضوعی برای منابع فرهنگی است.

۵- **مسئولیت عمومی:** علایق فردی نباید اولویت‌های ملی را در سلامت عمومی، تحقیقات پزشکی، پیشگیری از تقلب در مراقبت بهداشتی و اجرای قانون به شکل کلی تحت الشعاع قرار دهد (CMS, 2002b).

قانون محرمانگی HIPPA نسبتاً یک قانون جدیدی است و هنوز توسط سیستم قانونی ایالت متحده تست نشده است. همانند آن‌چه که بر روی قوانین فدرال انجام شد، این قانون نیز احتمالاً دستخوش یک سری تغییرات یا اصلاحات خواهد شد. تنشی که آن در داخل سازمان‌های مراقبت بهداشتی ایجاد می‌کند بین نیاز برای حمایت از اطلاعات بیمار و نیاز برای استفاده از اطلاعات بیمار می‌باشد. با نگاهی به فصل یک، اهداف نگه‌داری اطلاعات بهداشتی بیماران را به خاطر آورید. یکی از دلایل آن برای مراقبت بیمار بود و دلایل منطقی دیگری نیز برای تسهیم یا ارائه اطلاعات مشخص شده بیمار است.

افشای اطلاعات

به دلیل وجود قوانین و مقررات متعدد ایالتی و فدرال که برای حمایت از اطلاعات بیمار به وجود آمده‌اند، سازمان‌های مراقبت بهداشتی باید سیاست‌ها و رویه‌های جامعی را در زمینه افشای اطلاعات ایجاد نمایند که پیروی از این سیاست‌ها نیز تضمین شود. تصویر ۱-۳ یک نمونه از فرم افشای اطلاعات یک بیمارستان می‌باشد و عناصری که باید در داخل یک فرم صحیح افشای اطلاعات وجود داشته باشد در این تصویر آورده شده است:

- اطلاعات هویتی بیمار (نام و تاریخ تولد)
- نام شخص یا شخصیتی که اطلاعات به وی ارائه شده است.
- توصیفی از اطلاعات خاص پزشکی که اجازه افشاء دارند.
- بیان دلیل یا هدف از افشای اطلاعات
- تاریخ، واقعه یا وضعیتی که اجازه افشای آنها وجود ندارد مگر اینکه قبلاً این عدم افشاء لغو شده باشد.
- بیان این‌که اجازه افشای اطلاعات موضوعی است که توسط بیمار یا نماینده قانونی وی قابل لغو می‌باشد.
- امضای بیمار یا نماینده قانونی وی
- تاریخ امضاء که باید بعد از تاریخ پذیرشی باشد که اطلاعات خواسته شده ایجاد شده‌اند.

سازمان‌های مراقبت بهداشتی نیاز به سیاست‌ها و رویه‌های روشنی در زمینه افشای اطلاعات بیمار دارند. کنترل مواردی که جزء درخواست‌های غیرمعمول برای دریافت اطلاعات می‌باشند باید در نقطه توجه قرار گیرد و همه این موارد باید مستند شوند. در برخی موارد اطلاعات مراقبت بهداشتی بیمار بدون اجازه بیمار قابل افشاء می‌باشد. برای مثال، بعضی از قوانین ایالتی به یک سری اطلاعات خاص بهداشتی نیاز دارند. بهتر است در صورت امکان، قبل از ارائه اطلاعات به دیگران از بیمار اجازه گرفته شود اما در مواردی که دستور ایالتی وجود دارد کسب اجازه از بیمار ضروری نیست. بعضی از وضعیت‌هایی که نیاز به افشای اطلاعات به افراد مجاز بدون رضایت بیمار دارند شامل:

- وجود بیماری‌های مسری مانند ایدز و بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی که این موارد باید به بخش سلامت ایالت یا کشور گزارش گردند.
- سوءاستفاده‌های مشکوک از کودکان و بزرگسالان که این موارد باید به مراکز تعیین شده گزارش شوند.
- وضعیت‌هایی که یک وظیفه قانونی برای هشدار به اشخاص دیگر درباره وضعیت واضح و حتمی یک بیمار وجود دارد
- اورژانس‌های واقعی پزشکی
- وجود دستور معتبر دادگاه

علاوه بر وضعیت‌های حکم شده توسط قانون، موارد دیگری نیز وجود دارند که اطلاعات بیمار بدون اجازه بیمار قابل ارائه می‌باشد. به طور کلی، اطلاعات بهداشتی بیمار به ارائه دهنده مراقبتی که به طور مستقیم در مراقب بیمار دخیل می‌باشد قابل ارائه است اما قوانین مربوط از یک ایالت به ایالت دیگر فرق می‌کند. همچنین، اطلاعات به افراد مجاز دیگری در سازمان مراقبت بهداشتی که مراقبت بیمار را تسهیل می‌کنند قابل افشاء می‌باشد. اطلاعات بیمار برای امور تهیه صورت حساب و بازپرداخت هزینه‌ها تنها زمانی می‌تواند توسط سازمان مورد استفاده قرار گیرد که بیمار فرم رضایت‌نامه درمان را به شکل صحیح امضاء کرده باشد. همچنین اطلاعات بیمار برای اهداف تحقیقی بدون ارائه اطلاعات هویتی بیمار قابل استفاده می‌باشد.

قانون HIPPA سعی دارد که استفاده‌های معمول و غیر معمول از اطلاعات بهداشتی را با ایجاد تمایز بین رضایت[1] بیمار به استفاده از PHI و مجوز[2] بیمار برای افشای PHI از هم تفکیک نماید. ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سایرین باید قبل از افشای اطلاعات برای استفاده‌های معمول مثلاً برای درمان، پرداخت هزینه‌ها یا انجام اعمال جراحی، رضایت نامه کتبی از بیمار بگیرند. در این مورد چند استثناء در مواقع اورژانسی وجود دارد و بیمار حق دارد که درخواست ایجاد محدودیت در افشای اطلاعات نماید. بنابراین، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی می‌توانند در صورتی که احساس کنند که محدود کردن افشای اطلاعات مضر خواهد بود درمان را تکذیب نمایند. ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سایرین برای استفاده های غیرمعمول یا افشای PHI باید مجوز کتبی از بیمار اخذ نمایند. اخذ مجوز برای افشای اطلاعات، جزئیات بیشتری نسبت به فرم رضایت نامه دارد (تصویر ۱-۳ و لیست عناصر ضروری ذکر شده در قبل را مشاهده نمایید) که تاریخ انقضا را برای مدت مجوز ایجاد می‌کند، به طور اختصاصی بیان می‌کند که چه نوع اطلاعاتی، برای چه کسی و به چه هدفی این اطلاعات ارائه می‌شوند.

EXHIBIT 3.1. SAMPLE RELEASE OF INFORMATION FORM.

MUSC
MEDICAL UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____ Social Security Number: _____

I authorize MUSC Medical Center and/or Charleston Memorial Hospital to disclose/release information on the above named individual.

The type of information to be disclosed is as follows.

- ☐ problem list
- ☐ medication list
- ☐ allergy list
- ☐ immunization record
- ☐ history and physical
- ☐ discharge summary
- ☐ laboratory results
- ☐ radiology reports
- ☐ films / images
- ☐ physician progress note / visit notes
- ☐ tumor conference
- ☐ physician orders
- ☐ consultation reports
- ☐ nurses record
- ☐ other: _____

For dates of service: _____

I understand this information may include reference to (check all that apply):

- ☐ psychiatric/psychological care
- ☐ mental assault
- ☐ alcohol abuse and/or
- ☐ drug abuse and/or
- ☐ results of tests for all infectious diseases including HIV/AIDS.

I authorize the disclosure of this information via (check preferred methods):

☐ mail ☐ fax ☐ e-mail ☐ other: _____

The information is to be disclosed to: Name of individual/organization: _____

Street address: _____ City: _____ State: _____ Zip code: _____

Phone number: _____ Fax number: _____ E-mail address: _____

The purpose of the disclosure is: _____

I understand that I have a right to revoke/withdraw this authorization at any time. I understand that if I revoke/withdraw this authorization I must do so in writing and present my written revocation/withdrawal to the Health Information Services Department (Medical Records). I understand that the revocation/withdrawal will not apply to information, which has already been released in response to this authorization as stated in the Notice of Privacy Practices. Unless otherwise revoked/withdrawn this authorization will expire/end 90 days from this date.

I understand that a reasonable, cost-based fee for copies of protected health information and postage fees will be charged.

I understand that authorizing the disclosure of protected health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form to receive treatment. I understand I may review and/or copy the information to be disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the possibility of unauthorized disclosure by the person/organization receiving the information. If I have questions about the disclosure or use of my protected health information, I may contact the MUSC Patient and Family Liaisons. The number is (843) 792-5555.

I understand I will be given a copy of this authorization.

I understand that if this information is requested in person I will be asked to provide picture identification (e.g. driver's license). A copy of my identification will be made and attached to this authorization.

Signature of Patient or Legal Guardian/Representative _____ Date _____

Printed Name of Patient or Legal Guardian/Representative _____

Relationship to Patient, if signed by legal guardian/legal representative _____ Witness Signature _____

Description of patient representative's authority: _____
(Why patient not signing)
To contact Health Information Services (Medical Records) in writing the address is: 169 Ashley Avenue / PO Box 250349 / Attention: Release of Information / Charleston, South Carolina 29425; the phone number is (843) 792-3661.

1- Consent
2- Authorization

خلاصه

در این فصل، ما به یک تعداد از عوامل بیرونی اشاره کردیم که نه تنها انواع اطلاعات مراقبت بهداشتی موجود در سازمان‌های مرتبط را مشخص می‌کنند بلکه روش نگه‌داری آنها را هم ذکر می‌نمایند. این نیروهای بیرونی شامل قوانین و مقررات فدرال و ایالتی و استانداردهای اعتبارسنجی داوطلبانه می‌باشد. به طور اختصاصی این فصل به دو بخش اصلی تقسیم شد. در بخش اول، ما اعتبارسنجی، پروانه کار و گواهی‌نامه را تعریف کردیم و در مورد برخی از رسالت‌ها و عملکردهای کلی چندین سازمان اعتبارسنجی مهم بحث کردیم. در بخش دوم، ما به جنبه‌های قانونی مدیریت اطلاعات بهداشتی اشاره کردیم که شامل قوانین ایالتی و فدرال بود که استفاده از پرونده پزشکی بیمار را به عنوان یک سند قانونی مشخص کردیم و در انتها به قوانین و مقررات جاری مرتبط با حدود ایمنی و محرمانگی اطلاعات بیمار اشاره نمودیم. این فصل با بحث پیرامون قانون محرمانگی HIPPA و موضوع افشای اطلاعات به پایان رسید.

فصل سوم: فعالیت‌های یادگیری

۱- از یک سازمان مراقبت بهداشتی دیدن نمایید تا در مورد وضعیت پروانه کار، گواهی‌نامه و اعتبارسنجی آن اطلاعاتی به دست آورید. چگونه این فرآیندها در ایالت شما با یکدیگر در ارتباط می‌باشند؟

۲- سایت اینترنتی CMS را با آدرس www.cms.gov مشاهده کنید. وضعیت مشارکت برای انواع خاص مؤسسات مراقبت بهداشتی (بیمارستان‌ها، خانه‌های پرستاری و ...) را در آن جستجو نمایید. این نوشته ها و توصیه‌های همراه استانداردها را مرور کنید. آیا این‌ها حداقل یا حداکثر استانداردها می‌باشند؟ از جواب خودتان دفاع کنید.

۳- سایت اینترنتی JCAHO را با آدرس www.jcaho.org مشاهده کنید. JCAHO چه برنامه‌های اعتبارسنجی دیگری غیر از اعتبارسنجی بیمارستان‌ها دارد؟ برنامه‌ها و مأموریت‌های خاص آنها را لیست کنید.

٤- سایت اینترنتی NCQA را با آدرس www.ncqa.org ببینید. برنامهٔ مراقبت بهداشتی را که شما با آن آشنایی دارید جستجو کنید. کارت گزارش در مورد این برنامه چه اطلاعاتی به شما می‌دهد؟

۵- در مورد اثرات قوانین محرمانگی HIPPA بر روی عملکرد مراکز مراقبت بهداشتی به دنبال مقالاتی از اینترنت یا کتابخانه باشید.

٦- با یک مؤسسه مراقبت بهداشتی (بیمارستان، خانه‌های پرستاری، مطب پزشکان یا سایر سازمان‌ها) تماس بگیرید تا با شخصی که مسئول نگهداری پرونده پزشکی بیماران می‌باشد صحبت نمایید. در مورد سیاست‌های سازمان در زمینه افشای اطلاعات، نگهداری و امحای آنها از وی سؤال کنید.

بخش دوم:

سیستم‌های اطلاعات مراقبت سلامت