

## فصل شانزدهم: درآمدزایی

### واژگان کلیدی

صلیب آبی / سپر آبی	سرانه
گروه‌های تشخیص وابسته <sup>1</sup> (DRGs)	سازمان‌های حفظ تندرستی <sup>2</sup> (HMOs)
مدیکید	بخش A و بخش B مدیکید
سازمان‌های ارایه دهنده ترجیحی <sup>3</sup> (PPOs)	هزینه‌های منطقی
پرداخت شخصی	پرداخت کننده شخص ثالث

### مقدمه

یک تفاوت عمده بین بیمارستان‌ها با کسب و کار خرده فروشی در شیوه است که هر کدام در ازای خدمات خود، کسب درآمد می‌کنند. در حالی که مشتریان در برابر محصولات دریافتی، به طور مستقیم به خرده فروشان پول پرداخت می‌کنند، اما بیمارستان‌ها به طور معمول، در برابر خدمات خود وجهی را به طور مستقیم از بیمار دریافت نمی‌کنند بلکه آن را از پرداخت کننده شخص ثالث از جمله شرکت بیمه یا یک سازمان حفظ تندرستی (HMOs) دریافت می‌کنند.

### انواع پرداخت‌های شخص ثالث

پرداخت‌های بیمه پزشکی و بیمارستان‌ها در طول زمان تکامل یافته‌اند. در گذشته بیمارستان‌ها به بازپرداخت هزینه‌ها و پس از آن، به گروه‌های تشخیصی وابسته (DRGs) متکی بودند و امروزه بسیاری از بیمارستان‌ها، متکی بر قراردادهای حق سرانه هستند. بازپرداخت هزینه<sup>4</sup>، مناقصه‌های فروش<sup>5</sup> و یا ارایه خدمات ویژه<sup>6</sup>، DRG، و حق سرانه<sup>1</sup> در بخش‌های بعدی مورد بحث قرار می‌گیرند.

1. Diagnostic related groups (DRGs)
2. Health maintenance organizations
3. Preferred provider organizations
4. Cost reimbursement
5. Negotiated bids
6. Specific services

## بازپرداخت هزینه

در سیستم بازپرداخت هزینه، به بیمارستان‌ها بر اساس هزینه‌های کلی یا هزینه‌های منطقی آنها پرداخت صورت می‌گرفت. هزینه‌های منطقی از طریق فرآیند پیچیده و مفصل تعیین هزینه که به آن، گزارش هزینه اطلاق شده و توسط بیمارستان و در پایان سال مالی تهیه می‌شد، تعیین می‌گردیدند. بسیاری از پرداخت کنندگان شخص ثالث از قبیل مدیکیر، این فرآیند را با روش‌هایی همچون مناقصات فروش یا گروه‌های تشخیصی وابسته، جایگزین نموده‌اند.

## خدمات ویژه / مناقصه

پرداخت بر اساس روش خدمات ویژه<sup>۲</sup>، بر مبنای هزینه ارایه آن خدمات (از جمله آزمایشگاه، داروخانه، جراحی و خدمات پرستاری) انجام می‌شود. به طور کلی، مدیریت و هیات مدیره بیمارستان، قیمت خدمات سازمان را تعیین می‌کنند. سپس می‌توان این قیمت‌ها را کاهش داده و یا در مورد آنها مذاکره کرد. مناقصات، ایجاد قرارداد بین بیمارستان و پرداخت کننده شخص ثالث را ایجاب می‌کنند. به طور معمول، از طریق قراردادهایی که به دلیل افزایش هزینه بیمارستان‌ها به صورت دوره‌ای مورد مذاکره قرار می‌گیرند، یک قیمت توافقی برای مدتی معین، مشخص می‌گردد. براساس این شیوه پرداخت، بیمارستان باید هزینه‌ها را برنامه ریزی و کنترل نماید. سازمان‌های حفظ تندرستی (HMOs) و سازمان‌های ارایه دهنده ترجیحی (PPOs) از این روش استفاده می‌کنند.

## گروه‌های تشخیصی وابسته (DRGs)<sup>۳</sup>

سیستم پرداخت آینده نگر یا گروه‌های تشخیصی وابسته براساس قیمت‌های تعیین شده به صورت آینده نگر (و نه گذشته نگر) پایه گذاری شدند. این شیوه در راستای تحقیقی که در دانشگاه ییل<sup>۴</sup> انجام شد، شکل گرفت، که در آن، تشخیص‌های وابسته براساس پیش بینی‌هایی در مورد طول مدت بستری، گروه بندی می‌شوند. این شیوه در سال ۱۹۸۳ و در پی تصویب قانون

1. Capitation
2. The specific services method
3. Diagnostic Related Groups
4. Yale University

برابری مالیات و پاسخگویی مالی<sup>۱</sup> در این سال، برای مدیکیر رایج شد. کلیه تشخیص‌های مربوط به بیماران در ۱۰۰ گروه DRG که هر کدام پرداخت ثابت و معینی داشتند، گروه بندی شدند. بیمارستان‌ها بدون توجه به هزینه‌های تحمیل شده برای درمان بیماران، تنها بر مبنای این پرداخت‌ها و قیمت‌های مشخص و ثابت، پول دریافت می‌کردند. این عمل موجب شد تا بسیاری از مراکز از طریق به کارگیری استراتژی‌های ترخیص که مراکز ارایه مراقبت‌های طولانی مدت از آنها استفاده می‌کردند، به دنبال راهی برای ترخیص سریع و زودتر از موعد بیمار و فرستادن او به خانه اش همراه با ویزیت‌ها و معاینات بهداشتی و درمانی برنامه ریزی شده در خانه و یا فرستادن وی به یک آسایشگاه جهت دریافت مراقبت، باشند.

Global

## حق سرانه

مدیریت بیمارستان ممکن است با یک پرداخت کننده شخص ثالث قراردادهای حق سرانه منعقد کند تا مجموعه ثابتی از خدمات را به گروهی ثابت و مشخص از افراد و با پرداخت‌های ثابت به ازای هر بیمار ارایه دهد. به طور مثال، یک بیمارستان روستایی با اداره نظامیان بازنشسته قرارداد می‌بندد و جهت ارایه خدمات مراقبتی به ۸۰ نفر از بازنشستگان نظامی محلی منتخب، به روش زیر توافق می‌نماید:

۸۰ بازنشسته نظامی، مشاوره‌های نامحدودی برای یک سال از دستیار پزشک بیمارستان و نیز در صورت نیاز به عکسبرداری از قفسه سینه تا سقف سالیانه ۵۰۰ دلار به ازای هر نفر بازنشسته، دریافت می‌کنند. بیمارستان، چکی به مبلغ ۴۰۰۰۰ دلار از اداره نظامیان بازنشسته در ابتدای سال دریافت می‌کند و این خطر را که هزینه مراقبت از ۴۰۰۰۰ دلار تجاوز کند را می‌پذیرد. در عوض، بازنشستگان نباید جهت دریافت مراقبت از نزدیک‌ترین بیمارستان اداره نظامیان بازنشسته، بیش از ۲۰۰ مایل رانندگی کنند. اگر فرد بازنشسته نیاز به بستری شدن و دریافت خدمات پیشرفته از جمله سیتی اسکن و MRI داشته باشد، باید ۲۰۰ مایل رانندگی کند اما برای سرماخوردگی‌های ساده، دریافت آسپرین و غیره می‌تواند در سطح محلی معاینه شود. اگر بیمارستان روستایی بتواند تمام مراقبت‌های سالانه را برای ۸۰ نفر با هزینه‌های کم‌تر از ۴۰/۰۰۰ دلار ارایه کند، بیمارستان سود



خواهد برد. اما اگر هزینه مراقبت از هزینه سرانه (۴۰۰۰۰ دلار) بیشتر شود، ریسک و خطر بیمارستان، افزایش می‌یابد. استفاده از این نوع قراردادها در حال افزایش است.

## پرداخت کنندگان اصلی

### مدیکیر

در اول جولای سال ۱۹۶۶، براساس قانون عمومی ۹۷-۸۹، برنامه مدیکیر به صورت کاربردی در سراسر کشور به مرحله اجرا درآمد. برنامه مدیکیر، پیامد طبیعی قانون فدرال جهت رفع مشکلات روزافزون سالمندان و افراد ناتوان در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و قابل پرداخت بود. به عنوان بخشی از اصلاحیه‌های قانون تامین اجتماعی سال ۱۹۶۵ (بیشتر تحت عنوان بند ۱۸<sup>۱</sup> نامیده می‌شود)، خدمات و مزایای مدیکیر به شهروندان مسن (بیش از ۶۵ سال)، به صورت دو برنامه جداگانه اما مرتبط با هم ارائه می‌شوند. این دو برنامه بخشی A از بند ۱۸ که هزینه خدمات بیمارستانی و نیز خدمات مراقبت در منزل (یعنی پس از طی دوره بستری در بیمارستان) و سایر مراقبت‌های بیمارستانی را می‌پردازد و بخش B از بند ۱۸ (که به بیمه مکمل مشهور است) که هزینه پزشک و برخی خدمات تشخیصی را می‌پردازد، می‌باشند. برنامه مکمل یا بخش B، اختیاری است. پس از سن ۶۵ سالگی، افراد ذینفع می‌توانند با هزینه شخصی خود، در این برنامه، نام نویسی کنند.

از زمان تصویب این قانون در سال ۱۹۶۶، مدیکیر در بین مشتریان مورد پذیرش واقع شده است. برای یک بیمار معمولی، چهار امتیاز و مزیت مشخص در برنامه مدیکیر وجود دارد:

- ۱- این برنامه پوشش تقریباً کاملی برای سالمندان فراهم می‌آورد.
- ۲- این برنامه در مقایسه با هر برنامه بیمه بهداشتی خصوصی، به طور معمول، مزایای بهتری به این گروه سنی ارائه می‌دهد.
- ۳- این برنامه برای شهروندان سالمند، یک سطح معینی از دسترسی به سازمان‌های ارائه دهنده خدمات با کیفیت را تضمین می‌کند.

۴- این برنامه، هزینه‌های پرداخت مستقیم نسبتاً کم تری بر سالمندان تحمیل می‌کند.

### مدیکید

به موازات قانون مدیکیر در سال ۱۹۶۶، قانون مدیکید براساس بند ۱۹<sup>۱</sup> قانون تامین اجتماعی به تصویب رسید. هدف اولیه قانون مدیکید، تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی درمانی برای افراد فقیر و دارای وضعیت سلامتی و پزشکی پایین<sup>۲</sup> بود. اما برخلاف مدیکیر که به طور عمومی برای همه شهروندان بالای ۶۵ سال در نظر گرفته شد، قانون فدرال، برخورداری از مدیکید را مستلزم داشتن شرایطی دانست اما تعیین این که چه کسی فقیر بوده و دارای وضعیت سلامتی و پزشکی پایین بوده و در نتیجه، واجد شرایط دریافت مزایای مدیکید است را به هر یک از ۵۰ ایالت واگذار کرد. هر ایالت، برنامه مزایای خدمات بهداشتی درمانی خود را طرح ریزی نموده و برنامه مدیکید را در سطح ایالتی اجرا می‌نماید. از آن جا که مدیکید، هزینه سنگینی برای ایالت محسوب می‌شود، بسیاری از ایالات، شرایط و الزامات را سخت‌تر و جدی‌تر کرده و هزاران نفر از کسانی که پیش از آن، خدمات دریافت می‌کردند را به گروه افراد فاقد شرایط دریافت خدمات، منتقل نموده‌اند.

در کل، هزینه‌های برنامه‌های مدیکید، بین دولت فدرال و ایالت‌های مشخص تقسیم می‌شوند. در برنامه مدیکید، تفاوت و اختلاف بزرگی در خدمات سرپایی و کلینیکی (خدمات پزشکان) رخ می‌دهد. هر ایالت می‌تواند برنامه بازپرداخت مدیکید به بیماران سرپایی و پزشکان را خود طرح ریزی کند.

برخلاف محبوبیت به نسبت فراگیر برنامه مدیکیر، مدیکید از ابتدا با انتقادات فراوانی روبرو بوده است. انتقاد اصلی از برنامه مدیکید در مورد مشکلات مربوط به هزینه‌ها و نحوه تعیین واجد شرایط بودن افراد است. همان گونه که اشاره شد، تعریف فقر پزشکی در ابتدا به ایالات واگذار شد، اما به دلیل آن که برخی از ایالت‌ها از جمله کالیفرنیا و نیویورک، محدوده درآمدی بسیار گسترده‌ای را برای شرکت کنندگان ایجاد کردند، گاهی اوقات دولت فدرال، حدود مشخص کننده حداقل و حداکثری را برای برخی از ابعاد برنامه تعیین کرده است. بر این اساس، بسیاری از افراد، از گروه دارای وضعیت سلامتی پایین و فقر پزشکی حذف شده‌اند.

علاوه بر این، مدیکید در برخی ایالت‌ها، به یک بازی سیاسی تبدیل شده است و براساس این

که چه کسی برنده انتخابات خواهد بود، بحث‌هایی در مورد افزایش یا کاهش مزایا و تامین مالی برنامه وجود خواهد داشت. برخی از ایالت‌ها، پرداخت‌های مدیکید را تا پایان چند سال مشخص، ثابت نگه داشته‌اند و سقف پرداخت را بر خلاف فرمول‌های به نسبت باز و نامحدود تعیین بازپرداخت هزینه‌ها در برنامه مدیکیر، تعیین کرده‌اند.

### صلیب آبی / سپر آبی

صلیب آبی، یک شرکت غیر دولتی و غیر انتفاعی است که یک برنامه بیمه‌ای جهت پوشش برخی خدمات بیمارستانی ارائه می‌نماید و مزایایی را براساس قرارداد بین یک طرح خاص و برنامه بیمه صلیب آبی در یک حوزه خاص، پرداخت می‌نماید. سپر آبی نیز قراردادی مشابه صلیب آبی جهت ارائه خدمات پزشکی است. به عبارت دیگر، شباهت زیادی به بخش B قانون مدیکیر دارد. قراردادهای صلیب آبی، به طور کلی، در زمینه بازپرداخت، متفاوت هستند. این قراردادها برای بیماران بستری شبیه به مدیکیر می‌باشند. پرداخت‌ها به بیمارستان‌ها به وسیله صلیب آبی، درصد زیادی از درآمدهای بیمارستانی را در برخی از بخش‌های این کشور تشکیل می‌دهد.

صلیب آبی، حق بیمه خود را براساس متوسط هزینه مراقبت‌های واقعی یا پیش بینی شده بیمارستانی همه ثبت نام کنندگان در یک منطقه جغرافیایی ویژه یا در یک شرکت یا صنعت خاص، تعیین می‌نماید. این میزان، به طور معمول، برای گروه‌ها یا زیرگروه‌های مختلف از ثبت نام کنندگان صلیب آبی تفاوتی ندارد. به عنوان مثال، این میزان، بر اساس نوع بیماری، سن، جنس و یا وضعیت بهداشتی تفاوتی نمی‌کند. این روش را روش گروه بندی جامعه ای<sup>۱</sup> می‌نامند. طرح‌های بیمه‌ای که از روش گروه بندی جامعه‌ای استفاده نمی‌کنند، ممکن است از طرح گروه بندی مبتنی بر تجربه ابتلا و بیماری<sup>۲</sup> استفاده نمایند.

### بیمه خصوصی

چهارمین نوع عمده بازپرداخت، توسط بیمارانی استفاده می‌شود که از شرکت‌های بیمه تجاری به جای صلیب آبی تحت پوشش قرار دادن خدمات بستری در بیمارستان استفاده می‌کنند. شرکت‌های بیمه‌ای، خدمات بیمارستانی را تحت پوشش قرار می‌دهند و بیشتر آنها جهت پرداخت

1. Community rating
2. Experience-rated plan

مستقیم به بیمارستان‌ها، اغلب به صورت مستقیم با آنها قرارداد می‌بندند.

### طرح‌های مراقبت مدیریت شده

سیستم‌های مراقبت مدیریت شده، سیستم‌های بازپرداختی هستند که به صورت یک مکانیزم کنترل هزینه‌های در حال افزایش مراقبت‌های پزشکی شروع به کار کردند. کشور آمریکا، رشد سریعی را در دو شکل از مراقبت‌های مدیریت شده تجربه کرد. سازمان‌های حفظ تندرستی (HMOs) که کلیه خدمات (پزشکان، تست‌های آزمایشگاهی، تصویر برداری‌ها و...) را به ثبت نام کنندگان خود ارائه می‌دهند و سازمان‌های ارائه دهنده ترجیحی (PPOs) که شامل تعدادی از پزشکان است که به صورت قراردادی موافقت کرده‌اند تا ثبت نام کنندگان را درمان کنند. این برنامه‌ها که از فعالیت‌های بررسی آینده نگر (اخذ رضایت نامه پیش از عمل جراحی) و گذشته نگر (بررسی همه موارد پس از ترخیص آنها) استفاده می‌کنند، تلاش‌هایی در جهت کاهش استفاده از بیمارستان و در نتیجه، کاهش هزینه‌ها انجام می‌دهند. این طرح‌ها از لحاظ شهرت و محبوبیت، حول و حوش سال ۲۰۰۲ وضعیتی ثابت پیدا کردند و هم اکنون از نظر تعداد، در حال کاهش هستند. امروزه طرح‌های مبتنی بر مصدات کننده که در آن، کارمند مشارکت و سهم معینی از سوی کارفرمای خود دریافت کرده و سپس بهترین طرح را براساس وضعیت خود خریداری می‌کند و اغلب برای بخشی از خدمات تحت پوشش، به طور مستقیم پرداخت می‌نماید، در حال جایگزین شدن به جای دو برنامه گفته شده، می‌باشند.

### بیماران خودپرداز

به طور معمول در هر زمان، در ایالات متحده، ۴۰ تا ۴۵ میلیون نفر بدون بیمه بهداشتی وجود دارند. این افراد عبارتند از: افرادی که در حال تغییر شغل بوده و تا به حال تحت پوشش یک برنامه کارفرما محور نبوده‌اند، همچنین کارمندان کارخانه‌های کوچک که تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرند، افرادی که ریسک بیمه نبودن را پذیرفته‌اند و افراد بیکار. براساس قانون فدرالی EMTALA، اگر یک بیمار فاقد بیمه به بخش اورژانس مراجعه نماید، بیمارستان باید حداقل او را معاینه کند، وضعیت او را تثبیت نماید و در صورت نیاز او را به یک مرکز تخصصی‌تر منتقل نماید. افراد بدون پوشش بیمه در گروه افراد خودپرداز طبقه بندی می‌شوند. مدیران باتجربه چنین بیان می‌کنند که گروه خودپرداز، گروهی هستند که وجهی بابت خدمات پرداخت نمی‌کنند. تا



زمانی که این کشور دارای برخی انواع پوشش همگانی، شبیه پوشش‌های بیمه‌ای همگانی سایر کشورهاست، فرد فاقد بیمه، یک فشار مالی بر بسیاری از بیمارستان‌ها محسوب می‌شود.

### سایر منابع درآمد برای بیمارستان‌ها

بسیاری از بیمارستان‌های عمومی، وابسته به درآمدهای خیریه (کمک‌های خیرخواهانه اغلب از فعالیت‌ها و تلاش‌های افراد و گروه‌های پردرآمد حاصل می‌شوند) و یا درآمد بهره و سود ناشی از درآمدها و سودهای سپرده گذاری شده، می‌باشند. دولت‌های ایالتی یا محلی ممکن است به موسسات عمومی، یارانه پرداخت کنند که این یارانه می‌تواند به شکل کاهش دادن مالیات‌های محلی باشد. گاهی اوقات، سهم نامتناسبی از سرمایه‌ها و بودجه‌ها وارد بیمارستان‌هایی می‌شود که به طور معمول، مراقبت‌های جبران نشده و بازپرداخت نشده زیادی ارایه می‌کنند. سایر منابع می‌توانند شامل بازپرداخت‌هایی از بودجه ایالتی باشد که از راه اقامه دعوی بر علیه مصرف تنباکو حاصل شده است.

### مرور فصل

- ۱- سیستم بازپرداخت هزینه چیست؟
- ۲- گروه‌های تشخیصی وابسته کدامند؟
- ۳- حق سرانه چیست؟
- ۴- چه کسانی توسط مدیکیر و مدیکید تحت پوشش قرار می‌گیرند؟
- ۵- طرح‌های مراقبت مدیریت شده چه هستند؟
- ۶- چه خدماتی توسط بخش A و B مدیکیر تحت پوشش قرار می‌گیرند؟
- ۷- علاوه بر بازپرداخت‌های شخص ثالث، تعداد دیگری از سایر انواع درآمدها که بیمارستان‌ها می‌توانند از آنها بهره‌مند شوند را نام ببرید و توضیح دهید.
- ۸- توضیح دهید که طرح مزایای دارویی مدیکیر که ابتدا در نوامبر سال ۲۰۰۵ ارایه شد، چگونه اجرا می‌شود.

## فصل هفدهم: بودجه‌بندی بیمارستان

### واژگان کلیدی

ترازنامه	درآمد معاف از مالیات
آژانس‌های ارزیابی ریسک سرمایه گذاری	بودجه نقدی
بودجه سرمایه ای	بودجه عملیاتی
سرمایه سهامداران	صورت خلاصه در آمد و هزینه
تجزیه و تحلیل نسبت ها	

### مقدمه

بودجه بندی به دلیل تغییرات مستمر در سیستم بازپرداخت، هزینه‌های رو به افزایش و رقابت روز افزون میان بیمارستان‌ها، فعالیتی مهم و حیاتی برای مدیریت بیمارستان تلقی می‌شود. بودجه بندی یک فعالیت مستمر است. بودجه، یک نقشه مالی برای بیمارستان جهت استفاده سالیانه می‌باشد. بودجه، طرحی در قالب دلار و سنت است و برآوردی از فعالیت‌های آینده بیمارستان و یا کنترل آنها می‌باشد.

### انواع بودجه

به طور معمول، سه نوع بودجه وجود دارد: عملیاتی، سرمایه‌ای و جریان نقدی. بودجه عملیاتی، بودجه اصلی بیمارستان است که از بودجه اختصاصی برای هر بخش و واحد از بیمارستان تدوین می‌شود و حاصل یک فرآیند چهار مرحله‌ای است: (۱) طرح ریزی واحدهای خدمت، (۲) تخصیص منابع، (۳) تعیین میزانها و مقدارها، (۴) پایش عملکرد. بودجه سرمایه‌ای، برنامه‌ای است برای خرید تجهیزات سرمایه‌ای و نیز جهت سرمایه گذاری سرمایه ای. بودجه جریان نقدی، یک پیش بینی از دریافت‌ها و پرداخت‌های نقدی مورد انتظار و بر اساس بودجه‌های عملیاتی و سرمایه ای می‌باشد.

## گزارش‌های مالی و آماری

فرآیند بودجه بندی، گزارش‌های مالی و آماری واقعی و برنامه ریزی شده‌ای را ایجاد می‌کند. بیمارستان‌های خصوصی از لحاظ چارچوب و قالب خاص این اسناد و مدارک، متفاوتند اما به طور کلی شامل این موارد می‌شوند: (۱) صورت خلاصه هزینه و درآمد (یا سود و زیان) برای یک دوره که در جدول ۱-۱۷ نشان داده شده است، (۲) ترازنامه، که دارایی‌ها را در یک طرف و بدهی‌ها و سرمایه سهامداران را در طرف دیگر نشان می‌دهد (به همین دلیل آن را ترازنامه می‌نامند)، همان گونه که در جدول ۲-۱۷ نشان داده شده است و (۳) گزارش آماری، همان گونه که در جدول ۳-۱۷ نشان داده شده است. یک روش متداول که جهت ارزیابی وضعیت مالی بیمارستان (نقاط قوت و ضعف) استفاده می‌شود، تجزیه و تحلیل نسبت‌ها می‌باشد. این روش، شامل تاکید و توجه بر روابط مالی کلیدی مقادیر ارایه شده در صورت خلاصه هزینه و درآمد (گزارش درآمد) و ترازنامه می‌باشد. به طور معمول، قیاس‌های تاریخی (روند) و نیز مقایسه‌هایی با استانداردهای صنعت صورت می‌گیرد. جدول ۴-۱۷، چهار گروه نسبت‌های مالی را نشان می‌دهد.

جدول ۱-۱۷: صورت خلاصه هزینه -درآمد (سود و زیان) بیمارستان ABC برای ماه ژوئیه سال \*\*۲۰ (به دلار)

بودجه (به دلار)	واقعی (به دلار)	مابه‌التفاوت (به دلار)	
			درآمد عملیاتی
۵۴۰/۰۰۰	۵۷۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰	- تخت و اتاق
۶۰۰/۰۰۰	۶۵۰/۰۰۰	۵۰۰۰	- خدمات حرفه‌ای و تخصصی
۱۱۰/۰۰۰	۱۰۰/۰۰۰	(۱۰۰۰۰)	- سایر درآمدهای عملیاتی
۱۲۵۰/۰۰۰	۱۲۷۵/۰۰۰	۲۵۰۰۰	- درآمدهای عملیاتی خالص
			منهای پرداخت‌ها
۶۵/۰۰۰	۷۰/۰۰۰	(۵۰۰۰)	- تسویه قراردادها
۲۰/۰۰۰	۲۵/۰۰۰	(۵۰۰۰)	- غیرقابل وصول (صدقه و خیریه و بدهی‌های غیرقابل وصول)
۸۵/۰۰۰	۹۵/۰۰۰	(۱۰/۰۰۰)	- کل پرداخت‌ها
۱/۱۶۵/۰۰۰	۱/۱۸۰/۰۰۰	۱۵۰۰۰	درآمد عملیاتی خالص
			مخارج عملیاتی <sup>۱</sup>
۱۶۰/۰۰۰	۱۸۰/۰۰۰	(۲۰/۰۰۰)	- هزینه‌های عملیاتی (هزینه‌های متغیر) <sup>۲</sup>
۵۵۰/۰۰۰	۵۷۰/۰۰۰	(۲۰/۰۰۰)	- هزینه‌های حقوق و دستمزد
۶۰/۰۰۰	۶۰/۰۰۰	-	- استهلاک
۳۰/۰۰۰	۳۰/۰۰۰	-	- بهره
۸۰۰/۰۰۰	۸۴۰/۰۰۰	(۴۰/۰۰۰)	- کل هزینه عملیاتی
۳۶۵/۰۰۰	۳۴۰/۰۰۰	(۲۵/۰۰۰)	- سود خالص عملیاتی
۱۰/۰۰۰	۱۰/۰۰۰	-	درآمدهای غیر عملیاتی
۳۷۵/۰۰۰	۳۵۰/۰۰۰	(۲۵/۰۰۰)	مازاد درآمد نسبت به مخارج



جدول ۲-۱۷: بودجه عملیاتی بیمارستان ABC - ترازنامه: ۳۰ ژوئیه سال ۲۰\*\* (به دلار)

دارایی ها		بدهی ها	
گروه	مبلغ (دلار)	گروه	مبلغ (دلار)
دارایی های جاری		بدهی های جاری	
صندوق	۴۰۰/۰۰۰	اسناد پرداختی	۲۰۰/۰۰۰
حساب های دریافتی	۵۲۰/۰۰۰	حساب های پرداختی	۳۵۰/۰۰۰
منهای پرداخت های جهت طلب های غیر قابل وصول	(۱۰۰/۰۰۰)	هزینه های معوق	۸۰/۰۰۰
تسویه قراردادها	(۳۰۰/۰۰۰)	پیش پرداخت های شخص ثالث	۲۰۰/۰۰۰
حساب های دریافتی خالص	۲۵۰/۰۰۰	حساب های پرداختی	۳۵۰/۰۰۰
سایر سرمایه ها	۱۰۰/۰۰۰	وام های جاری بلند مدت	۷۶۰/۰۰۰
موجودی کالا	۲۰۰/۰۰۰	کل بدهی های جاری	۱/۵۹۰/۰۰۰
پیش پرداخت هزینه ها	۳۰/۰۰۰	بدهی های بلند مدت	
کل دارایی های دیگر	۳۳۰/۰۰۰	رهن و وام پرداختی	۵/۲۲۰/۰۰۰
کل دارایی های جاری	۲۸۳۰/۰۰۰	قراردادهای اجاره	۸۱۰/۰۰۰
اموال، ساختمان ها و تجهیزات		کل بدهی های بلند مدت	۶۰۳۰/۰۰۰
زمین	۳۰۰/۰۰۰	کل بدهی ها	۷/۶۲۰/۰۰۰
افزایش قیمت زمین	۱۰۰/۰۰۰		
ساختمان ها	۹/۰۰۰/۰۰۰		
تجهیزات ثابت	۵۰۰/۰۰۰		
تجهیزات متحرک	۳۰۰/۰۰۰		
منهای استهلاک انباشته	(۲/۹۳۰/۰۰۰)		
زمین، اموال و تجهیزات خالص	۷/۲۷۰/۰۰۰	تراز سرمایه (سرمایه سهامداران)	۲/۹۹۵/۰۰
سایر دارایی ها			
دارایی های تخصیص یافته توسط هیات مدیره	۵۰۰/۰۰۰		
پیش پرداخت ها	۱۵/۰۰۰		
کل سایر دارایی ها	۵۱۵/۰۰۰		
کل دارایی های مالی بودجه عملیاتی	۱۰/۶۱۵/۰۰۰	کل بدهی ها و تراز سرمایه	۱۰/۶۱۵/۰۰۰

جدول ۳-۱۷: بیمارستان ABC - گزارش آماری برای دو ماه آخر تا ۳۱ آگوست سال ۲۰\*\*

ماه جاری	ماه قبل	آمار عملیاتی
۴۱۰۰	۴۰۰۰	روزهای بستری بیمار
۴۵۰۰	۴۵۰۰	حداکثر روزها به ازای ظرفیت مصوب (۱۵۰ تخت)
۹۱	۸۹	درصد اشغال تخت
۱۳۷	۱۳۴	میانگین سرشماری
۷/۵	۷/۳	متوسط اقامت (برای افراد ترخیص شده)
۵۴۰	۵۴۵	پذیرش ها
۱۲۰۰	۱۱۰۰	معاینات در واحد اورژانس
		معاینات بیماران سرپایی
۹۰۰	۱۰۰۰	به ازای هر بیمار - روز
دولار ۱۲۵۶	دولار ۱۲۵۶	درآمد عملیاتی خالص
دولار ۱۲۱۳	دولار ۱۲۱۰	کل هزینه های عملیاتی

جدول ۴-۱۷: نسبت های مالی

مثال	هدف	گروه
$\frac{\text{دارایی های جاری}}{\text{هزینه های جاری}} = \text{نسبت جاری}$	سنجش توانایی بیمارستان جهت برآورده کردن تعهدهای فرا رسیده کوتاه مدت.	نسبتهای نقدینگی
$\frac{\text{بدهی های بلند مدت}}{\text{تراز دارایی سرمایه به سرمایه سهامداران}} = \text{نسبت بدهی بلند مدت}$	ارزیابی نقدینگی و توانایی پرداخت بدهی بلند مدت و توانایی جهت افزایش تامین مالی بدهی ها.	ساختار سرمایه
$\frac{\text{بدهی های بلند مدت}}{\text{کل دارایی ها}} = \text{کل گردش دارایی}$	سنجش ارتباط بین درآمدها و دارایی های بیمارستانی که کارایی را نشان می دهد.	نسبتهای فعالیت
$\frac{\text{نسبت عملیاتی خالص}}{\text{کل درآمد عملیاتی}} = \text{نسبت های عملیاتی}$	نشان دهنده سطح درآمد خالص بیمارستان	نسبتهای سودآوری

## گزارش آماری

داده‌های یک گزارش آماری ساده (جدول ۳-۱۷)، حجم کل بیماران بستری و سرپایی بیمارستان را نشان می‌دهد. از آن جا که بیمارستان‌ها، ارایه دهنده خدماتی با هزینه ثابت بالا هستند، مدیریت باید نسبت به تغییرات در حجم خدمات، حساس باشد. براین اساس، استفاده از داده‌های آماری جهت تجزیه و تحلیل هزینه‌های عملیاتی و درآمدهای عملیاتی از اهمیت خاصی برخوردار است. نشان دادن میزان هزینه‌ها و در آمد بیمارستان به ازای هر بیمار-روز برای یک دوره زمانی معین، امری رایج می‌باشد.

## تشکیل سرمایه

سه منبع عمده جهت تامین بودجه احداث بیمارستان و تهیه تجهیزات عمده آن وجود دارد: (۱) سرمایه سهامداران: استفاده از سرمایه‌های خود بیمارستان که حاصل از سودهای ذخیره شده و سپرده گذاری شده هستند، (۲) قرض: بیمارستان سرمایه‌ها را قرض می‌گیرد مثلاً از طریق تامین مالی به شکل رهن و وام، (۳) وصول اعانات و کمکها شامل جمع آوری و افزایش سرمایه. با توجه به تامین مالی از طریق قرض، می‌توان عنوان کرد که بیشتر بیمارستان‌ها به طور معمول، دارای یک بانک اصلی هستند که ممکن است از آن وام بگیرند یا اعتبار بانکی دریافت کنند. در شیوه تامین مالی از طریق رهن و وام، وام به وسیله یک بانک یا موسسه وام دهنده دیگر ارایه می‌شود. یک گزینه رایج برای تامین مالی از طریق قرض، چاپ و انتشار اوراق قرضه می‌باشد.

به بیمارستان غیر انتفاعی، اجازه استفاده از اوراق قرضه معاف از مالیات داده می‌شود (اوراق قرضه‌ای که بدون مالیات هستند، توسط بیمارستان‌ها جهت تولید سرمایه و به طور معمول، برای طرح‌های بلند مدت عمرانی و ساختمانی چاپ و منتشر می‌شوند). به بیشتر اوراق قرضه بیمارستان‌ها، رتبه اعتباری داده می‌شود که ریسک نسبی اوراق قرضه را ارزیابی می‌کند. دو موسسه مهم رتبه بندی اوراق قرضه، Moody و standard & Poor می‌باشند که در مورد ارزش اعتباری اوراق قرضه اظهار نظر می‌کنند و به طور معمول، آن را به صورت درجه یک، درجه دو و... که شاخصی است در خصوص میزان احتمال قصور و کوتاهی سازمان یا موسسه در بازپرداخت

تعهدات خود، بیان می‌کنند.

## بودجه‌های سرمایه‌ای

خرید تجهیزات پیشرفته مانند دستگاه‌های سی تی اسکن و ام آر ای، باید به خوبی برنامه ریزی شود. بیمارستان‌ها بودجه‌های ویژه‌ای به نام بودجه‌های سرمایه‌ای را تدارک می‌بینند. این بودجه‌ها، هزینه تجهیزات و اغلب، هزینه قرارداد خدمات پس از فروش را بازگو می‌کنند و نیز درآمد به ازای انجام هر رویه و اقدام و تعداد مورد انتظار این رویه‌ها و اقدامات را مشخص و سپس در مورد دوره بازپرداخت مورد انتظار، تصمیم گیری می‌کنند. بسیاری از بیمارستان‌ها به دلیل هزینه‌های سنگین سرمایه مورد نیاز، اغلب، اجاره کردن تجهیزات را به خرید آن ترجیح می‌دهند. مزیت اصلی این روش آن است که در پایان مدت اجاره، بیمارستان می‌تواند یا با پرداخت مبلغی معین، تجهیزات را خریداری کند و یا آنها را تحویل دهد و به جای آن، تکنولوژی پیشرفته دیگری را اجاره یا خریداری نماید.



## مرور فصل

- ۱- بودجه بندی چیست؟ سه نوع بودجه را نام ببرید؟
- ۲- گام‌های چهارگانه در طراحی یک بودجه عملیاتی کدامند؟
- ۳- ترازنامه چیست؟
- ۴- تفاوت بین تامین مالی از طریق قرض و تامین مالی از طریق سرمایه سهامداران چیست؟
- ۵- بودجه سرمایه‌ای چیست؟
- ۶- چرا بیشتر بیمارستان‌ها اجاره کردن تجهیزات گران قیمت را به خرید آن ترجیح می‌دهند؟
- ۷- چهار نوع نسبت مالی و دلیل استفاده از آنها را تشریح کنید.
- ۸- سرمایه سهامداران چیست؟ چگونه انباشته می‌شود و برای چه کاری مصرف می‌شود؟
- ۹- بچه کسانی باید در فرآیند بودجه بندی مشارکت کنند؟ چرا نباید فقط پرسنل بخش مالی در آن درگیر باشند؟

## فصل هجدهم: فعالیت‌های تجاری

## واژگان کلیدی

حساب‌های دریافتی	حسابداری تعهدی
نمودار حساب‌ها	مدیر ارشد مالی
موسسه جمع‌آوری وجوه	تبعیت گروهی از قوانین
حسابداری صندوق	سیستم اطلاعات مدیریت
گزارش‌های مدیریتی کامپیوتری	ثبت داده‌ها

## مقدمه

در اینجا، از سه نوع فعالیت مهم تجاری در بیمارستان به دو مورد از آن پرداخته ایم. در فصل شانزدهم، دریافتیم که بیمارستان از چه محلی و چگونه درآمد خود را کسب می‌کند. در فصل هفدهم در مورد این که بیمارستان چگونه بودجه‌های خود را برای عملیات، نقدینگی و تجهیزات سرمایه‌ای تنظیم می‌کند، تحلیلی ارائه نمودیم. در این فصل مروری بر فعالیت‌های تجاری داخل بیمارستان خواهیم داشت.

فعالیت‌ها و مسولیت‌های بیمارستان در این زمینه شامل موارد زیر می‌باشند: (۱) حفظ و نگهداری یک سیستم حسابداری مناسب برای تمام درآمدها و هزینه‌ها، (۲) طراحی و هماهنگی مکانیسم کنترل بودجه، (۳) رویه‌های وصول و بستانکاری، (۴) وصول وجوه نقد و رویه‌های بانکداری، (۵) حفظ کنترل‌های داخلی، (۶) گردآوری به موقع و مناسب آمار بخش‌ها در کنار بخش مدارک پزشکی، (۷) تهیه و آماده سازی گزارشات مالی که می‌توانند ابزار گران بهایی برای مدیر ارشد مالی باشند. مدیر ارشد مالی به طور مستقیم به مدیر ارشد سازمان گزارش می‌دهد. مسولیت‌های یک مدیر ارشد مالی، انجام همه مراحل مدیریت مالی بیمارستان شامل حسابداری و دفترداری عمومی، حساب‌های بیماران و جنبه‌های مختلف گزارش دهی مالی را در بر می‌گیرد. یک مدیر دفتر تجاری<sup>۱</sup> و یک مدیر حساب‌های بیماران<sup>۱</sup> و نیز یک حسابدار ارشد<sup>۲</sup> (فردی که

مسول بخش حسابداری است)، زیر نظر مدیر ارشد مالی فعالیت می‌کنند. مدیر ارشد مالی، اغلب به مدیر ارشد سازمان و مسولین بخش‌های مختلف بیمارستان، مشاوره می‌دهد. دانش و آگاهی مدیر ارشد مالی در مورد همه مراحل امور مالی بیمارستان، پایه و اساسی جهت توصیه روش‌های بهبود خدمات بیمارستانی ایجاد می‌کند. به تازگی، مدیران ارشد مالی بر روش‌هایی جهت کاهش هزینه‌ها و بهبود بازپرداخت شخص ثالث تأکید می‌کنند. این متخصصین، در تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی گزارش‌ها، متبحر می‌باشند. بیمارستان از طریق این اسناد حسابداری که از آنها گزارش‌های مالی تهیه می‌شود، می‌تواند صحت و سلامت امور مالی خود را تضمین کند.

### حسابدار

به منظور ایجاد یکنواختی و یکپارچگی در سرتاسر فعالیت‌های تجاری و صنعتی، بیمارستان‌ها به طور معمول، از طبقه بندی یکسان حساب‌ها که در نمودار حساب‌های بیمارستانی انجمن بیمارستان‌های آمریکا آمده است، تبعیت می‌کنند. حسابدار بیمارستان، به طور معمول، فرد اصلی و مسول سیستم حسابداری بیمارستان می‌باشد. حسابدار باید با شیوه‌های موجود حسابداری و تجزیه و تحلیل‌های مالی و آماری که در حوزه بیمارستانی استفاده می‌شود، آشنا باشد. حسابدار به مدیر ارشد مالی گزارش می‌دهد و از نزدیک با حساب‌ها و صدور صورت‌حساب بیماران در بخش سیستم اطلاعات مالی در ارتباط است. حسابدار ارشد بر نحوه ثبت داده‌ها در دفتر کل و ترازهای آزمایشی، جهت کسب اطمینان از درستی اسناد، نظارت دارد. همچنین، این داده‌ها، سالیانه به صورت تصادفی، توسط یک شرکت خارج از سازمان، مورد حسابرسی و ممیزی قرار می‌گیرند. به طور کلی، حسابدار هر نوع گزارش مالیاتی را که بیمارستان باید ارائه نماید، تکمیل نموده و گزارش‌های هزینه‌ای مورد نیاز بیمه‌گران را بایگانی می‌کند.

### حسابداری بیمارستان

اگرچه بیمارستان ممکن است یک موسسه غیرانتفاعی باشد، اما باید از قوانین سخت و غیرمنعطف حسابداری پیروی نماید. در نهایت، اسناد حسابداری در تجزیه و تحلیل نهایی، به

1. Patient account manager
2. Senior accountant

عنوان گزارش‌هایی هستند که وضعیت مالی بیمارستان را به دلار و سنت نشان می‌دهند، تلقی می‌شوند. حسابداری همه بیمارستان‌ها یکسان و مشابه نیست. اما با تصویب مدیکر در سال ۱۹۶۶، امروزه بسیاری از بیمارستان‌ها برای فعالیت‌های حسابداری خود به روش‌های یکسان و مشابه عمل می‌کنند. در واقع، شباهت‌های بین بیمارستان‌ها، بسیار آشکارتر از تفاوت‌ها و ویژگی‌های اختصاصی آنها می‌باشد.

### حسابداری صندوق

گاهی حسابداری بیمارستان، حسابداری صندوق نیز خوانده می‌شود. این نوع از حسابداری به وسیله بیمارستان‌ها پذیرفته شد، چرا که بیمارستان‌ها در بسیاری از تلاش‌های بشر دوستانه در جامعه، سهم و ذینفع هستند. از آن جا که ممکن است بیمارستان‌ها دریافت کننده هدایا و سرمایه‌های وقفی با اهداف گوناگون باشند، ضروری است که بیش از یک صندوق داشته باشند. ایجاد این گونه صندوق‌ها و سرمایه‌ها، بیمارستان‌ها و هیات‌های مدیره آنها را در جایگاهی مورد اعتماد قرار می‌دهد که باید تابع درخواست‌های اهداکنندگان باشند. به منظور انجام این مسولیت، جدا کردن صندوق‌ها و سرمایه‌های وقفی و اهدایی از سایر دارایی‌های بیمارستان، لازم و ضروری بوده است.

در حسابداری صندوق، هر مرحله از فعالیت مالی، به عنوان یک مورد و فقره مستقل و جداگانه حسابداری با هدف ویژه مخصوص به خود، کنترل می‌شود. هر یک از حساب‌ها یا صندوق‌های مجزا، به صورت خودکار تنظیم می‌شوند. حسابداری صندوق، روشی است که پاسخگو و مسول اقلام و موارد جداگانه در یک بیمارستان یا هر سازمان دیگر است. هر صندوق مستقل، یک مرحله مشخص و متمایز از وظایف و عملکردهای مالی بیمارستان را نشان می‌دهد. بیمارستان، به طور قانونی، مسول انجام حسابداری جداگانه برای هر یک از صندوق‌ها می‌باشد.

بیشتر بیمارستان‌های غیرانتفاعی دارای ۴ صندوق مجزا یا مجموعه‌ای از دفاتر حساب می‌باشند که با یکدیگر در ارتباط هستند و عبارتند از: صندوق عمومی، صندوق تجهیزات و ماشین آلات، صندوق هدایا و صندوق ویژه. برای کارمندان و عموم مردم، عملیات بیمارستان از طریق صندوق عمومی منعکس می‌گردد. این صندوق دارای چند طبقه و مقوله از جمله دارایی‌ها، بدهی‌ها، ارزش ناخالص، درآمد، هزینه درآمدی کل (منخرجی که جهت تولید درآمد برای بیمارستان انجام



می‌شوند) و سود و زیان ناخالص می‌باشد. درآمد شامل درآمد خالص (که ناشی از بازپرداخت‌ها و وجوه پرداختی می‌باشد) از جمله تسویه قراردادهای، درآمد ناخالص و سایر درآمدهای حاصل از فروش هدایا و درآمد بهره است. یک بخش اصلی از مصرف درآمد کلی، حقوق‌ها و دستمزدها هستند که در بسیاری از بیمارستان‌ها، نزدیک به نیمی از هزینه‌های عملیاتی کل به حساب آمده و قبلاً در این خصوص بحث شده است. صندوق، سود و زیان ناخالص برای دوره حسابداری را نیز نشان می‌دهد. صندوق عملیاتی بیمارستان، حسابی است برای فعالیت‌های مالی روزانه بیمارستان که لازم نیست پاسخگوی هر کدام از صندوق‌های ویژه یا مستقل یا گروه‌های زیر مجموعه آنها باشد. این صندوق، فعال‌ترین صندوق در بیمارستان می‌باشد.

بیمارستان‌ها به طور معمول، بر اساس اصل حسابداری تعهدی<sup>۱</sup> عمل می‌کنند. بر اساس این اصل، درآمد در همان دوره مالی که کسب می‌شود، ثبت می‌گردد. بر خلاف اصل حسابداری نقدی که درآمد هنگامی ثبت می‌شود که وجه نقد دریافت گردد. به همین شکل، اصل تعهدی برای ثبت هزینه‌ها در دوره سپری شده و ثبت دارایی‌ها در دوره‌ای که هزینه‌ها وصول می‌شوند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در روش نقدی، ثبت هزینه‌ها، دارایی‌های کسب شده در زمانی انجام می‌گیرد که وجه نقد برای هر مورد پرداخت و یا صرف گردد. درک این دو روش حسابداری، بسیار مهم است. روش تعهدی، دقیق‌تر و کامل‌تر است.

### سیستم‌های اطلاعات مدیریت<sup>۲</sup>

عصر کامپیوتر در عرصه بیمارستانی، در اواسط دهه ۱۹۵۰ آغاز شد و از آن موقع، استفاده از کامپیوتر با سرعت زیادی در تمامی بیمارستان‌ها افزایش یافته است. اگرچه پیشرفت‌های زیادی در استفاده از سیستم کامل اطلاعات مدیریت و سایر برنامه‌های کاربردی صورت گرفته است، اما پیچیده‌ترین پیشرفت‌ها، در عرصه مسایل مالی بوده است. به همین دلیل، در بیمارستان‌ها واحد جداگانه‌ای برای اطلاعات مالی، تحت نظر مدیر ارشد مالی ایجاد شده است.

آمارها و اطلاعات تجاری و مالی یا در بخش ثبت می‌شوند و یا از هر بخش به صورت یک لوح فشرده کامپیوتری جهت وارد کردن مستقیم به شبکه کامپیوتری بیمارستان، دریافت می‌شوند.

1. Accrual accounting
2. Management Information Systems (MIS)

از این آمار و اطلاعات و حساب‌های بیماران، صورتحساب‌های مربوط به آنها تهیه و صادر می‌شود. به عنوان یک محصول جانبی، تعداد زیادی گزارش‌های مدیریتی به صورت کامپیوتری و آماری نیز تهیه می‌شوند که می‌توانند شامل درصدی از درآمد کسب شده از بیمه‌های مدیکیر و مدیکید باشد. پس از این که اطلاعات حسابداری بیمار وارد کامپیوتر شد، بقیه اطلاعات حسابداری بیمارستان (که با دفتر حسابداری کل بیمارستان شروع می‌شوند) نیز می‌توانند وارد کامپیوتر شوند. سایر فعالیت‌های مرتبط با امور مالی شامل لیست حقوق کارکنان بیمارستان و سیستم خرید و کنترل موجودی بیمارستان می‌باشد. کامپیوترهای شبکه‌ای شده به معنی کنترل بیشتر بر روی فعالیت‌های جمع‌آوری، کاهش حساب‌های دریافتی بیمار (هرچه تعداد روزها در حساب‌های دریافتی کمتر باشد بهتر است - بیمارستان تمایل دارد هرچه سریع‌تر طلب خود را دریافت کند)، بهبود جریان نقدینگی و بهبود مناسبات و ارتباطات ارایه خدمتی با مشتریان، می‌باشند.

گرایش‌ها در سیستم‌های اطلاعات مدیریت به سوی شبکه‌ای شدن بخش‌ها از طریق حافظه‌ها و انبارهای نوری و بدون استفاده از کاغذ<sup>۱</sup> می‌باشد که سرانجام تبدیل به سیستم‌های بدون سیم<sup>۲</sup> خواهد شد. علاوه بر فعالیت‌های مالی، بیمارستان‌ها به طور روزافزون از سیستم‌های اطلاعاتی و بر اساس با توجه به پرونده‌های پزشکی بیماران، تحقیقات اجرایی و مدیریتی، فعالیت‌های آزمایشگاهی، پرستاری، بازاریابی و فعالیت‌های مربوط به مراقبت از بیماران در برنامه ریزی تصمیمات، استفاده می‌کنند.

### موسسه حسابداری دولتی<sup>۳</sup>

بیمارستان‌ها به طور سنتی، موسسات حسابداری رسمی دولتی را جهت ممیزی سالانه گزارش‌های مالی خود به کار گرفته‌اند. موسسه ممیزی، کنترل‌های داخلی بیمارستان را پایش می‌کند و ارزش و بهای دارایی‌های بیمارستان را کنترل و تایید می‌نماید و فعالیت‌ها و مذاکرات مربوط به حسابداری را پیگیری می‌کند. این موسسه، در مورد وضعیت مالی بیمارستان، یک نظر

1. Paperless
2. Wireless
3. The Public Accounting Firm

کارشناسی ثانویه ارایه می‌کند و گزارش‌های مالی سالیانه خود را نیز تهیه می‌کند که به آنها گزارش‌های مالی ممیزی شده یا گزارش‌های رسمی تایید شده نیز می‌گویند. این موسسه، یک نامه اداری که گزارش‌های مالی ضمیمه آن می‌باشد را منتشر می‌کند. این نامه، حیطه‌های مالی که نیاز به تصحیح دارند را برای مدیر و هیات مدیره مشخص می‌کند. در دوره بازپرداخت‌های سنگین شخص ثالث، ممیزان می‌توانند به بیمارستان‌هایی که در پی به حداکثر رساندن بازپرداخت‌ها هستند، کمک کنند.

### بخش حساب‌های بیماران و صدور صورتحساب

به طور کلی، دفتر تجاری بیمارستان‌های قدیمی تبدیل به بخش حساب‌های بیماران و صدور صورتحساب شده است. وظایف اولیه این بخش، کنترل حساب‌های بیماران، حساب‌ها و اسناد دریافتی بیمارستان و پایش صورتحساب‌های بیماران می‌باشد. مدیریت حساب بیماران شامل مصاحبه با بیماران جهت کسب اطلاعات در مورد اعتبار و توانایی مالی بیمار از جمله سابقه استخدامی، پوشش بیمه‌ای، فرانشیزهای ابتدایی<sup>۱</sup> و پرداخت‌های بابت درصدی از هزینه‌های درمان<sup>۲</sup> می‌باشد. درخواستها و مطالبات بیمه‌ای باید توسط بیمارستان به موقع به پرداخت کنندگان شخص ثالث تحویل شود. بسیاری از بیمارستان‌ها، از سیستم‌های خودکار برای تحویل مطالبات استفاده می‌کنند. این بخش، همچنین، مسول نگهداری اسناد دقیق مربوط به صورتحساب‌ها، چک کردن مبالغ دریافتی بر اساس صورتحساب بیماران، مقایسه صورتحساب‌ها با میزان‌ها و نرخ‌های خدمات بیمارستانی جهت کسب اطمینان از صحت آنها، ارسال گزارش‌های تفصیلی (به صورت لیستی از موارد و آیتمها) برای بیماران و نشان دادن مبالغ دریافتی و موازنه‌ها و ترازها به طور دقیق و صحیح می‌باشد. اغلب، بخشی از وظیفه صندوقدار بیمارستان، فعالیت در بخش حساب‌ها و صورتحساب‌های بیماران می‌باشد.

هنگامی که حساب‌های بیماران مسامحه کار، قابل گردآوری نباشد، این حساب‌ها برای تلاش بیشتر جهت گردآوری به یک موسسه جمع آوری<sup>۳</sup>، ارجاع داده می‌شوند. این موسسه به طور

معمول، تلاش می‌کند تا مبالغ صورتحساب‌هایی را که به بیمارستان پرداخت نشده، جمع آوری کند و در مقابل درصدی از مبالغ جمع آوری شده را اخذ کند. بیمارستان‌ها باید هزینه و منافع استفاده از موسسات جمع آوری برای حساب‌های پرداخت نشده بیماران را ارزیابی کنند. تعجیبی ندارد که بیماران اغلب در مورد صورتحساب‌های خود، سوال یا اعتراضی داشته باشند. یکی از وظایف مهم واحد حساب‌ها و صورتحساب‌های بیماران، حفظ روابط صحیح و مثبت با مشتری است. این بخش، مسول تشریح فرآیندهای صدور صورتحساب‌ها و فرم‌ها، رسیدگی به اعتراضات بیماران و رفع مشکلات مربوط به صورتحساب‌های بیماران می‌باشد.

### برنامه‌های تبعیت گروهی از قوانین<sup>۱</sup>

به دلیل وجود قوانین و مقررات پیچیده و متعدد، بیشتر سازمان‌های ارایه دهنده مراقبت‌های سلامتی، برنامه‌های تبعیت گروهی از قوانین را ایجاد کرده‌اند. این برنامه، جهت ممیزی و بررسی برنامه‌های داخلی، طرح ریزی شده‌اند تا این اطمینان را به وجود آورند که از نقض قانون و سرپیچی از آن جلوگیری می‌شود، چه این سرپیچی‌ها، مجرمانه و خلاف اخلاق باشند و چه نباشند. مسولیت برنامه و برقراری پایش‌ها و ممیزی سیستم‌ها، جهت کسب اطمینان در مورد تبعیت از قوانین و جازگیری از رفتار و کردار مجرمانه و خلاف قانون را بر عهده یک فرد ارشد در سازمان می‌گذارند. خط مشی‌ها و رویه‌ها نوشته می‌شوند و ارسال می‌گردند تا کلیه کارکنان، مرز روشن بین تبعیت و عدم تبعیت از قانون را درک کنند. اگر جرم و خلافی تشخیص داده شود، سازمان و مامور رسیدگی آن باید جهت تصحیح آن عمل و جلوگیری از وقوع موارد مشابه، به طور صحیح واکنش نشان دهند.

1. deductibles
2. Coinsurance
3. Collection agency



### مرور فصل

- ۱- پنج وظیفه مهم تجاری بیمارستان کدامند؟
- ۲- حسابداری صندوق چیست؟
- ۳- برخی روندها و گرایش‌ها در مورد سیستم‌های اطلاعات مدیریت بیمارستان کدامند؟
- ۴- چه چیزی در ممیزی سالیانه مورد بررسی قرار می‌گیرد؟
- ۵- وظیفه بخش حساب‌ها و صورتحساب‌های بیماران چیست؟
- ۶- دلایل یک بیمارستان جهت استفاده از موسسه حسابداری رسمی دولتی چیست؟
- ۷- وظایف و مسولیت‌های مامور رسیدگی به برنامه‌های تبعیت گروهی از قوانین چیست؟ او باید به چه کسی گزارش دهد؟
- ۸- بیماری تقاضای صورتحساب تفصیلی (به تفکیک موارد و آیتمها) از بیمارستان شما دارد و به شما شکایت می‌کند که مبلغ ۱۲۹ دلار برای یک "سیستم و فرآیند جمع آوری مخاط" از وی دریافت شده است. شما چگونه به شکایت او پاسخ می‌دهید؟

### بخش هشتم: ارزیابی مراقبت‌ها

## فصل نوزدهم: مدارک پزشکی

### واژگان کلیدی

خلاصه سازی	چارت یا پرونده بیمار
کدگذاری	مدارک پزشکی ناقص
خلاصه ترخیص	دیسک‌های نوری
قانون پاسخگویی و قابلیت انتقال و جا به جایی بیمه سلامت	اطلاعات سلامتی ثبت شده <sup>۱</sup>
فرم گزارش پیشرفت	نسخه، نسخه برداری
انتشار اطلاعات پزشکی	

### مقدمه (قانون پاسخگویی و قابلیت انتقال و جا به جایی بیمه سلامت)<sup>۲</sup>

اسناد و مدارک پزشکی بیمارستان، دستخوش تغییرات زیادی شده است. این تغییرات به دلیل تقاضا و استفاده بیشتر از اطلاعات موجود در مدارک پزشکی است. افزایش توجه به مدارک پزشکی به دلیل افزایش پیچیدگی مراقبت‌های پزشکی، به وجود آمده و باعث تاکید مجدد بر توجه به اطلاعات موجود در پرونده پزشکی شده است. تقاضاهایی از سوی پرداخت کنندگان شخص ثالث و شرایطی بر اساس قوانین فدرالی و ایالتی وجود دارد که نیاز به دسترسی به مدارک پزشکی بیماران را افزایش داده است.

بیمارستان‌ها می‌بایستی بررسی‌های بهره‌وری و ممیزی پزشکی را با استفاده از پرونده پزشکی، اعمال نمایند. کامپیوتر، به عنوان یک ابزار در سیستم مدیریت و اطلاعات بهداشتی، اغلب با پرونده پزشکی بیمار در ارتباط بوده است.

کامپیوتر، مقررات و روش‌های علمی کاملاً جدیدی در کنترل و استفاده از مدارک ایجاد نموده است. تمام این عوامل به رشد و پیچیدگی بخش مدارک پزشکی افزوده است. علاوه بر این، نگرانی زیادی در مورد محرمانه بودن اسرار بیمار وجود دارد و تصویب قانون پاسخگویی و

1. Protected Health Information (PHI)

2. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)



قابلیت انتقال بیمه بهداشتی در سال ۱۹۹۶ برای تضمین این موضوع بوده است. قانون پاسنگویی و قابلیت انتقال بیمه بهداشتی، قانون عمومی ۱۹۱ - ۱۰۴ می‌باشد که در ۲۱ آگوست سال ۱۹۹۶ توسط بیل کلینتون، رئیس جمهور وقت آمریکا، امضا شد. این قانون دارای چهار هدف عمده است که عبارتند از:

- ۱- تضمین قابلیت انتقال بیمه سلامت از شغلی به شغل دیگر از طریق حذف عدم امکان خروج از یک شغل<sup>۱</sup> که به دلیل بیماری‌ها و شرایطی که از قبل وجود داشته است، می‌باشد.
  - ۲- کاهش سوء استفاده و تقلب در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی.
  - ۳- تضمین امنیت و محرمانه بودن اطلاعات سلامتی افراد.
  - ۴- تقویت و اجرایی کردن استانداردهایی برای اطلاعات سلامتی.
- مورد سوم، بیشترین توجه بیمارستان‌ها و مطب‌های پزشکان را به خود جلب کرده است. دو قانون مهم وجود دارد - قانون ایمنی و امنیت و قانون محرمانه بودن - که حفاظت و حراست از اطلاعات سلامتی ثبت شده را بر عهده دارند.

اطلاعات سلامتی ثبت شده، به عنوان اطلاعاتی تعریف می‌شود که: (۱) هویت یک فرد را مشخص می‌نماید و یا می‌تواند مشخص نماید، (۲) توسط موسسه‌ای ایجاد می‌شوند که به وسیله قانون پاسنگویی و قابلیت انتقال و جابه جایی بیمه سلامت حمایت و حفاظت می‌شود (موسساتی مانند بیمارستان‌ها، مطب‌های پزشکان و شرکای تجاری آنها)، (۳) از طریق هرگونه رسانه الکترونیکی و غیرالکترونیکی، منتقل و یا نگهداری می‌شوند، (۴) مربوط به مراقبت‌های حال، آینده و گذشته یک فرد و نیز پرداخت‌ها جهت مراقبت‌های ارایه شده، می‌باشند.

هدف نهایی از قانون محرمانه بودن، حفاظت صحیح از اطلاعات بهداشتی فرد است، در عین حال این قانون اجازه می‌دهد تا اطلاعات بهداشتی مورد نیاز جهت ارایه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا، جریان یابند. اگرچه قانون ایمنی و امنیت، تنها با اطلاعات بهداشتی فرد در ارتباط است، اما این موضوع، نکته‌ای قابل بحث است، چرا که قانون محرمانه بودن، هنوز هم تامین امنیت

### 1. Job-lock

این واژه، وضعیتی را نشان می‌دهد که در آن، فرد شاغل نمی‌تواند آزادانه شغل خود را ترک کرده و وارد شغل دیگری شود؛ چراکه شغل اول وی بر خلاف شغل دوم، دارای یک سری مزایای بهداشتی و پزشکی مورد نیاز فرد شاغل می‌باشد. در نتیجه، وی مجبور به ماندن در شغلی است که از آن شغل، راضی و خشنود نمی‌باشد.

مناسب برای اطلاعات بهداشتی و سلامتی ثبت شده، بدون توجه به شکل و قالب آن را ایجاد می‌کند. در قانون ایمنی و امنیت، مقررات و الزاماتی در مورد حفاظت فیزیکی از اطلاعات جهت جلوگیری از افشا شدن، تغییر یا معدوم شدن آنها وجود دارد و نیز دربرگیرنده حفاظت‌های فنی و تکنیکی جهت کنترل دسترسی به سیستم‌های دارای اطلاعات بهداشتی و سلامتی ثبت شده، می‌باشد. همچنین، یکسری الزامات و مقررات مورد توافق شرکای سازمان در مورد مسایل مربوط به شراکت و همکاری وجود دارد که می‌تواند اطلاعات بهداشتی و سلامتی ثبت شده را به نفع یک موسسه، ایجاد، دریافت، نگهداری و یا انتقال دهد. اسناد و مدارک باید برای مدت ۶ سال نگهداری شوند. قانون پاسنگویی و قابلیت انتقال و جا به جایی بیمه سلامت، همچنین، نقاط قوتی را به تلاش‌ها و اقدامات دولت جهت مقابله با سوء استفاده و تقلب در مراقبت‌های بهداشتی افزوده است. این قانون، ابزارهای اجرایی جدیدی را برای مسایل مدنی و کیفری ارایه نموده و یک چهارچوب هماهنگ برای انجمن‌های ناحیه‌ای، ایالتی و فدرالی اجرا کننده قانون فراهم می‌آورد. تا این تاریخ، این قانون در افزایش بازرسی‌ها و نیز تعقیب و پیگیری اثر بخش کلاهبرداری‌ها و تقلب‌ها در مراقبت‌های بهداشتی درمانی آمریکا، موفق بوده است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این قانون، لطفاً به آدرس <http://www.cms.hhs.gov/hipaa> مراجعه نمایید.

### هدف مدارک پزشکی

هدف مدارک پزشکی، مستند کردن دوره بیماری و درمان بیمار یک بستری یا سرپایی (مراقبت‌های بالینی) در طول یک دوره خاص و دوره پس از آن می‌باشد. مدارک پزشکی به دو صورت دستی و الکترونیکی وجود دارند:

### مدارک پزشکی دستی<sup>۱</sup>

به طور سنتی، مدارک پزشکی مجموعه یا بسته‌ای از دست نوشته‌ها یا مطالب تایپ شده، فرم‌ها و گزارشات بوده است. فرم‌ها، وسیله‌ای برای پزشکان و ارایه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی (پرستاران، فیزیوتراپ‌ها، متخصصین مسایل تنفسی، متخصصین تغذیه و...) جهت ثبت بیماری و

دوره بهبودی بیمار می‌باشند و شامل فرم پذیرش بیمار، تاریخچه پزشکی، معاینات فیزیکی، فرم‌های آزمایشگاه و رادیولوژی و گزارش‌های تخصصی می‌باشند. اگر یک بیمار مجبور به انجام یک عمل جراحی است، پیش از عمل، فرم اعلام رضایت و اجازه کتبی را امضا می‌کند. مدارک بیهوشی بیمار باید به گزارش عمل تایپ شده جراح، ضمیمه شود. اغلب، دستورات پزشکان، بعد از فرم پذیرش قرار می‌گیرد. این دستورات، به صورت فرم بوده و بر اساس تاریخ و زمان نگهداری می‌شوند و به وسیله آنها، پزشک دستوراتی را برای تعیین و تشخیص بیماری فرد بیمار و انجام اقدامات درمانی لازم به پرستاران و سایر متخصصین مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌دهد. به طور معمول، در کنار فرم‌های دستور پزشک، فرم‌های گزارش پیشرفت وجود دارد. فرم گزارش پیشرفت، اغلب بزرگ‌ترین قسمت از مدارک پزشکی بیمار را شامل می‌شود. یادداشت‌های پرستاران یا مدارک پرستاری، در واقع، همان گزارش‌های پیشرفت از دیدگاه یک پرستار می‌باشند: گزارش‌های پرستاری شامل مشاهدات ۲۴ ساعته از بیمار می‌باشد. در نهایت، یک دستور ترخیص که به وسیله پزشک نوشته می‌شود و نشان می‌دهد که بیمار می‌تواند مرخص شود، در مدارک پزشکی قرار می‌گیرد. یک تا دو روز پس از ترخیص بیمار، پزشک باید خلاصه‌ای از وضعیت بیمار تهیه نماید. این خلاصه به چند دلیل تهیه می‌شود: (۱) واحد صدور صورتحساب بیمار نمی‌تواند تا زمانی که این خلاصه تکمیل گردد، صورتحساب بیمار را صادر و ارسال نماید، (۲) این خلاصه برای ارابه دهندگان مراقبت، در صورت نیاز به پذیرش سریع و مجدد بیمار، مفید است و (۳) کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی آمریکا در بررسی‌های خود، اهمیت زیادی به این خلاصه می‌دهد، زیرا این خلاصه، شاخصی برای مراقبت ارابه شده به بیمار می‌باشد. این خلاصه، تایپ می‌شود و پس از این که بیمار، بیمارستان را ترک نمود، در مدارک پزشکی وی قرار داده می‌شود. اگرچه این خلاصه، آخرین سند و مدرکی است که توسط پزشک تهیه می‌شود، اما به طور معمول، زمانی که در پایان کار، مدارک ذخیره و بایگانی می‌شوند، این خلاصه در ابتدای مدارک پزشکی بیمار قرار داده می‌شود تا بازرسان بتوانند به سرعت، دوره اقامت بیمار در بیمارستان را بررسی نمایند. همه این فرم‌ها و گزارش‌ها در یک پوشه که دارای شماره واحدی می‌باشد و چارت یا پرونده بیمار نامیده می‌شود، نگهداری می‌شوند.

## مدارک پزشکی الکترونیکی

امروزه، بیمارستان‌ها به طور روز افزونی بیشتر و بیشتری، مدارک پزشکی دستی را با مدارک پزشکی الکترونیکی که دیسک‌های نوری شبیه به CD هستند، جایگزین می‌کنند. مدارک پزشکی کاغذی، اسکن شده و در لوح‌های فشرده ذخیره می‌شوند تا موجب بازیابی سریع‌تر و خطاهای کم‌تر شده و نیازمند به فضای کم تری جهت ذخیره سازی باشند. اتوماسیون و کامپیوتری کردن پرونده بیماران، دریافت، ذخیره کردن، بازیابی و ارایه اطلاعات بالینی را ممکن ساخته است. بسیاری از کامپیوترها، سیستم‌های پیوسته و آن لاین<sup>۱</sup> که برای پرسنل بیمارستان، دسترسی مستقیم به پایگاه‌های داده‌ای کامپیوتری را از طریق پایانه‌های ارتباطی غیرمتمرکز امکان پذیر ساخته، فراهم نموده‌اند. برخی بیمارستان‌ها دارای کامپیوترهای شخصی در کنار تخت‌های بیماران هستند، در حالی که برخی از بیمارستان‌ها در ایستگاه‌های پرستاری دارای کامپیوترهای شخصی می‌باشند. به طور ایده آل، سیستم کامپیوتری مدارک پزشکی باید، سیستم اطلاعات بیمارستان ادغام شود. یکی از مزایای مدارک پزشکی الکترونیکی این است که مدارک و اسناد، دارای سازماندهی بوده و خوانا هستند، از این رو، احتمال درک نادرست و خطاهای مرتبط با پرونده بیماران را به حداقل کاهش می‌دهند. اما مزیت عمده کامپیوتری کردن پرونده‌ها، ایجاد امکان دسترسی چندگانه به وسیله استفاده کنندگان متعدد و به طور همزمان می‌باشد. بعبارت دیگر، نیازی نیست که استفاده کنندگان برای تهیه یک نسخه پرینت شده، منتظر بمانند. متخصصین مراقبت‌های بهداشتی درمانی، به ویژه پرستاران، وقتی زمان کم تری را به انجام کارهای دفتری اختصاص دهند، موثرتر و اثربخش‌تر هستند. کامپیوتری کردن مدارک، می‌تواند عملکرد بخش مدارک پزشکی را افزایش دهد. این موضوع، به ویژه در مورد فعالیت‌هایی چون کدگذاری، خلاصه برداری، ثبت نواقص پرونده‌ها و انجام مکاتبات صدق می‌کند.

همچنین، اتوماسیون به تسریع و تسهیل فرآیند تکمیل مدارک پزشکی که تحویل به موقع صورتحساب بیماران را بهبود می‌بخشد، کمک می‌کند. علاوه بر این، کامپیوتری نمودن اطلاعات بالینی منتخب در پرونده پزشکی بیمار، به بیمارستان این امکان را می‌دهد تا به پیگیری و تشریح و



توصیف سریع و موثر آنها بپردازد. یکی از مهم‌ترین جنبه‌هایی که باید در هنگام طراحی و اجرای یک سیستم کامپیوتری به آن توجه شود این است که سیستم مورد نظر، به طور سریع، مورد پذیرش و قبول استفاده کنندگان واقع شود. فرآیند پذیرش باید همواره از مرحله برنامه ریزی شروع شود. پذیرش استفاده کننده، میزان سهولت استفاده از یک سیستم کامپیوتری پیچیده را برای متخصصین بهداشتی و درمانی افزایش می‌دهد. همچنین، سیستم اطلاعات باید ایمن باشد. دسترسی محدود، مانع از استفاده غیرمجاز می‌شود، نرم افزار و سخت افزار مناسب، امکان ایجاد دست کاری‌ها را از بین می‌برد. اگرچه، همواره امکان اضافه شدن تغییرات وجود دارد اما اجازه دستکاری و حذف [به صورت غیرمجاز] به هیچ عنوان وجود ندارد.

### بخش مدارک پزشکی

اسناد و مدارک پزشکی برای صدها سال، حتی پیش از این که مداد و کاغذ اختراع شود، نگهداری می‌شده است. می‌توان این گونه تصور کرد که برخی از خطوط تصویری روی معابد و مقبره‌های مصریان به جنبه‌ها و دلایل پزشکی فوت شدگان بر می‌گردد. در اوایل دهه ۱۹۰۰ جهش جدیدی در بخش مدارک پزشکی و مدیریت مدارک پزشکی به وجود آمد. در سال ۱۹۱۲، کتابداران مدارک پزشکی در بیمارستان ماساچوست، جهت بحث و تبادل نظر در خصوص علایق و مزایای مشترک خود گرد هم آمدند. در سال ۱۹۲۸، انجمن کتابداران مدارک پزشکی آمریکای شمالی<sup>۱</sup> به وجود آمد که بعدها به نام انجمن آمریکائی کتابداران مدارک پزشکی<sup>۲</sup> شهرت یافت.

مسول بخش مدارک پزشکی، یا یک مدیر مدارک پزشکی تحصیل کرده و یا یک تکنسین رسمی مدارک پزشکی و دارای اعتبارنامه اخذ شده از آزمون انجمن پزشکی آمریکا می‌باشد. مدیر بخش، مدیر مدارک پزشکی نامیده می‌شود. بخشی از وظیفه مدیر مدارک پزشکی، سازماندهی و مدیریت سیستم مدارک پزشکی و فراهم آوردن خدمات کارآمد مدارک پزشکی برای بیمارستان می‌باشد. وظایف این فرد، به طور خاص، شامل موارد زیر است: (۱) برنامه ریزی، طراحی و ارزیابی تکنیکی اطلاعات بیمار، (۲) برنامه ریزی، هدایت و کنترل مدیریت بخش مدارک پزشکی و

1. Association of record librarians of north America
2. American Association of medical records librarians

خدمات آن، (۳) کمک به کادر پزشکی در اجرای فعالیت‌های مدارک پزشکی، (۴) تهیه گزارش‌های آماری برای مدیریت و کادر پزشکی، (۵) تجزیه و تحلیل ارزیابی‌های تکنیکی انجام شده از مدارک پزشکی و شاخص‌های بهداشتی و درمانی.

مدارک پزشکی بیمارستان، ابزار مهمی جهت ارزیابی مراقبت ارائه شده به بیمار می‌باشد. از سوی دیگر، مطالعه و بررسی دقیق پرونده‌های پزشکی بیماران توسط پرداخت کنندگان شخص ثالث و به ویژه کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی در طول بررسی‌های سالانه یا سه سالانه آنها، بسیار رایج است.

اگرچه مدارک پزشکی، انبوهی از داده‌ها برای تعداد زیادی از پرداخت کنندگان شخص ثالث، بازرسان ارتقای کیفیت و اشخاص ثالث فراهم می‌کند، اما یکی از مشکلات بسیار رایج، مربوط به مدارک پزشکی ناقص می‌باشد. همه پزشکان، مدارک پزشکی مربوط به خود را به موقع و با شیوه صحیح و مطابق با آیین‌نامه‌های داخلی پرسنل پزشکی تکمیل نمی‌کنند. این امر منجر به ایجاد یک مشکل مزمن می‌شود که مدیران مدارک پزشکی آمریکا در سرتاسر کشور با آن مواجه هستند. در نهایت، موثرترین اقدام بر علیه این نواقص، تعلیق موقتی مجوز پزشک تا زمانی است که وی مدارک پزشکی را تکمیل نماید. این شیوه به طور معمول، به وسیله مدیر ارشد اجرایی یا نماینده او و با تایید و تصویب هیات مدیره انجام می‌شود. در حقیقت اگر مشکلات مدارک پزشکی ناقص، جدی و شدید باشد، می‌تواند اعتباربخشی بیمارستان توسط کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی آمریکا را در معرض خطر قرار دهد.

### سازماندهی بخش

سازماندهی و تامین نیروی انسانی بخش مدارک پزشکی، به طور آشکار، وظایف و عملکردهای این بخش را منعکس می‌نماید. این بخش جهت اجرای امور زیر فعالیت می‌کند:

- (۱) انتشار اطلاعات، (۲) تجزیه و تحلیل‌های مربوط به پذیرش و ترخیص، (۳) نسخه برداری پزشکی، (۴) کدگذاری و خلاصه سازی (به طور معمول، شامل کدگذاری تشخیصی و کدگذاری اقدامات می‌شود)، (۵) ذخیره سازی و بازیابی، (۶) جمع آوری آمار جهت استفاده بیمارستان.
- کدگذاری و خلاصه سازی شامل تخصیص یک عدد به علت و دلیل مراجعه بیمار به بیمارستان می‌باشد. پرداخت کنندگان شخص ثالث از جمله مدیکیر، بر اساس شماره کد اختصاص

یافته به بیمار، پرداخت‌های خود را انجام می‌دهند. به طور مثال، کد ۲۷۳ ممکن است بیماری نقص قلبی احتقانی باشد، کد ۱۱۲ مربوط به بیماری سل باشد و... این عمل، توسط یک تکنسین ماهر مدارک پزشکی انجام می‌گیرد که ابتدا پرونده بیمار را خلاصه نموده و سپس یک شماره کد واحد گروه‌های تشخیص وابسته به علت و دلیل پذیرش بیمار در بیمارستان اختصاص می‌دهد.

در قسمت نگهداری آمار و مدارک، واحد آمار بخش مدارک پزشکی، درون‌داده‌ها و داده‌های بسیاری را برای بیمارستان فراهم می‌کند که از آنها جهت تهیه شرح حال کامپیوتری بیماران استفاده می‌شود. منشأ عمده این داده‌ها، خلاصه ترخیص بیمار است که به موسسات شخص ثالث تحویل داده می‌شود. این داده‌ها، خلاصه شده و به شکل پیوسته و آن لاین، ذخیره می‌شوند. بیمارستان‌ها در موقع نیاز، می‌توانند اطلاعات را بازیابی کنند. نسخه چاپی قدیمی‌تر مدارک پزشکی را می‌توان در بیرون از بخش ذخیره کرد و در موقع نیاز بازیابی کرد. قوانین ایالتی، اغلب یک دوره ۳، ۱۰ یا ۳۰ ساله جهت نگهداری و یا در برخی از ایالات، نگهداری دائم را بر اساس نوع مدرک و سند، پیشنهاد می‌نمایند.

واحد نسخه برداری بخش مدارک پزشکی محیطی است که در آن، نسخه برداران مدارک پزشکی، خلاصه‌ها و گزارش‌های دیکته شده توسط پزشکان را جهت نگهداری در بخش مدارک پزشکی، تایپ می‌کنند. در گذشته، بسیاری از بیمارستان‌ها، نسخه برداران را استخدام می‌کردند. امروزه، استفاده از خدمات نسخه برداری بیرون از بیمارستان می‌تواند روش مناسب و استاندارد باشد. با چنین خدماتی که در بیرون از بیمارستان ارائه می‌شود، نسخه و رونوشت، از طریق تلفن دیکته شده، در یک برنامه کامپیوتری وارد می‌شود و به صورت الکترونیکی به بیمارستان بازگردانده می‌شود. این روش، از مزیت عدم نیاز به استخدام و مدیریت کارکنان مختلف بیمارستانی برخوردار است. بیمارستان، به طور دقیق، در مقابل آنچه به صورت نسخه برداری شده دریافت می‌کند، پرداخت می‌کند و خدمات بیرون از بیمارستان، بیمارستان را از نگهداری انبوهی از تجهیزات پیشرفته نسخه برداری و استخدام نسخه برداران واجد شرایط، خلاص می‌سازد. گرایش جدید در بیمارستان‌های بزرگ تر، استفاده از خدمات بین المللی است. به طور مثال، رونوشت و نسخه می‌تواند به صورت الکترونیکی در آخر هر روز از آمریکا به هند ارسال شود و اختلاف زمانی بین این دو کشور، این امکان را فراهم می‌آورد که رونوشت‌های تکمیل و تایپ شده، در صبح روز بعد در آمریکا آماده باشند.

## کمیته مدارک پزشکی<sup>۱</sup>

کمیته مدارک پزشکی بیمارستان رابطی است بین بخش مدارک پزشکی و پزشکان. این کمیته، مسول بررسی و ارزیابی عملکرد بخش مدارک پزشکی است. این فعالیت‌ها هر سه ماه یک بار انجام می‌گیرد. کمیته مدارک پزشکی، به طور معمول، بر اساس نمونه گیری تصادفی و برخی توصیه‌ها از منابع پزشکی مختلف، برخی از مدارک را به طور منظم از نظر کامل و مناسب بودن، مورد بررسی قرار می‌دهد. با این وجود، مسولیت اصلی جهت بررسی کیفیت عملکرد کارکنان، بر عهده کمیته‌های ممیزی کارکنان پزشکی، بهره برداری، بازرگری و ارتقای کیفیت می‌باشد.

مسولیت اصلی کمیته مدارک پزشکی، نظارت بر سازماندهی مدارک می‌باشد. کمیته باید همه فرم‌های جدید مدارک پزشکی را بررسی و تایید کند. با توجه به این واقعیت که مدارک سنتی و قدیمی، مجموعه‌ای مختلف و متنوع از فرم‌های پزشکی است، انجام این وظیفه می‌تواند بسیار وقت گیر باشد. این کمیته باید صحت نوشته‌های ثبت شده مرتبط با موضوعات اجرایی و مدیریتی را ارزیابی نماید. به عنوان مثال، اگر پزشکان، تشخیص نهایی زمان ترخیص بیمار را در زمان مناسب و مکان صحیحی از مدارک پزشکی نمی‌نویسند، کمیته مدارک پزشکی می‌بایستی اقدام اصلاحی انجام دهد. این وظیفه کمیته است که به مشکل سنتی و مزمن کوتاهی و سهل انگاری پزشکان در تکمیل مدارک پزشکی را پایش و رسیدگی نماید.

کمیته مدارک پزشکی به طور معمول، درگیر ارائه پیشنهاد و توصیه در مورد موضوعات اجرایی و مدیریتی بخش مدارک پزشکی نمی‌شود. به طور مثال، روش‌های بایگانی، کدگذاری مدارک پزشکی، ذخیره سازی، میکروفیلم کردن و حفاظت از بخش‌هایی مشخصی از مدارک، وظیفه مدیر مدارک پزشکی و مدیر بیمارستان می‌باشد.

## الزامات قانونی

مدیر مدارک پزشکی، متولی و حافظ مدارک پزشکی است و باید نسبت به برخی الزامات قانونی در مورد کنترل و انتشار اطلاعات پزشکی آگاه باشد. نگهداری مدارک پزشکی، تحت تاثیر چند قانون ایالتی و فدرالی از جمله قانون پاسخگویی و قابلیت انتقال بیمه‌های بهداشتی (که پیش

1. The medical records committee



از این، در همین فصل در مورد آن توضیح داده شد، می‌باشد. مدارک پزشکی به عنوان بخشی از فعالیت‌های روزمره بیمارستان نگهداری می‌شوند.

قوانین و مقررات مربوط به انتشار و افشای اطلاعات پزشکی، از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است و مدیر مدارک پزشکی باید از اصول و قوانین ویژه هر ایالتی که بیمارستان در آن قرار دارد، آگاه باشد. همچنین از مدیر مدارک پزشکی انتظار می‌رود که با افرادی در دادگاه‌ها و انجمن‌های دولتی گوناگون، تحت خط مشی‌های تعیین شده بیمارستان و در راستای پیگیری قوانین و مصوبات ایالتی و فدرالی، ارتباط برقرار نماید. مدیر مدارک پزشکی، محافظ و مدافع آن دسته از مدارک پزشکی است که مورد شکایت و اقامه دعوی واقع شده‌اند (به عنوان مثال، شکایات مربوط به سوء استفاده و سهل انگاری). در این مواقع، مدیر مدارک پزشکی باید به طور شفاهی یا کتبی در جلسات دادرسی و گاهی اوقات در دادگاه گواهی دهد که مدارک پزشکی، آن طور که ادعا می‌شود و به نظر می‌رسد، مدارکی صحیح و دقیق می‌باشند.

### مدارک پزشکی و ارتقای کیفیت

وظیفه اصلی مدارک پزشکی این است که به عنوان یک رسانه ارتباطی برای کارمندان مراقبت‌های بهداشتی درمانی و پزشکان عمل کند. هدف عمده دیگر مدارک پزشکی، تهیه پایگاه داده‌ای اصلی برای اجرای برنامه ارتقای کیفیت می‌باشد. این نقش کلیدی، مدارک پزشکی بیمارستان را به طور فزاینده‌ای به صورت اسناد و مدارک حیاتی و مهمی درآورده است.

### مرور فصل

- ۱- چرا بخش مدارک پزشکی، به طور قابل توجهی مهم شده است؟
- ۲- قانون قانون پاسخگویی و قابلیت انتقال و جا به جایی بیمه سلامت چیست؟ چهار دلیل اصلی برای تصویب آن کدامند و کدام دلیل بیشترین تاثیر را بر بیمارستان داشته است؟
- ۳- چرا پزشکان باید مدارک پزشکی را به موقع تکمیل نمایند؟
- ۴- واحد مدارک پزشکی چگونه سازماندهی می‌شود؟
- ۵- عملکرد و وظایف کمیته مدارک پزشکی چیست؟
- ۶- اگر اشتباهی در مستندسازی و ورود اطلاعات در یک پرونده پزشکی پیدا شود، آیا می‌توان آن را تغییر داد؟
- ۷- آیا فیلم‌های تصویربرداری با اشعه x و سایر تصویر برداریها و تست‌های آزمایشگاهی بخشی از مدارک پزشکی هستند؟ اگر چنین است آنها را در کجا نگهداری و ذخیره می‌کنند؟

### سوالاتی برای بحث

- ۱- تحقیق کنید که چه کسی مالکیت مدارک پزشکی را در ایالت شما بر عهده دارد و مزایا و معایب این ساز و کار چیست؟
- ۲- تحقیق کنید که مدارک پزشکی برای چه مدتی، باید در بیمارستان ایالت شما نگهداری شوند. بحث کنید که آیا این مدت مناسب است؟

## فصل بیستم: ارتقای کیفیت

### واژگان کلیدی

انجمن جراحان آمریکا <sup>۱</sup>	کارت امتیازدهی متوازن <sup>۲</sup>
شاخص‌های بالینی	ساختار کمیته کادر پزشکی
کمیته بررسی صلاحیت‌ها	کمیته مرگ و میر و بیماری
ORyx	سیستم نتیجه ای
سازمان‌های بررسی همکاران <sup>۳</sup>	سیستم فرآیندی
سیستم ساختاری	کمیته نسج
بررسی بهره برداری	

### تعریف

لغت «کیفیت» در عبارت «ارتقای کیفیت» (که در ابتدا، «تضمین کیفیت» نامیده می‌شد) موضوعی است که در مراقبت‌های بهداشتی، اغلب مورد بحث قرار می‌گیرد. واژه کیفیت دارای یک معنی که مورد قبول همگان باشد، نیست و بر اساس این که چه کسی آن را تعریف می‌کند ممکن است دارای تعاریف متعددی باشد و ممکن است در بیمارستان‌ها و در بین پزشکان نیز معانی متفاوتی داشته باشد. کیفیت یک واژه نسبی بوده و در ارتباط با چیزهای دیگر قرار دارد.

یک دیدگاه قدیمی نزد پزشکان این است که کیفیت مراقبت‌های بهداشتی باید مبتنی بر صلاحیت و سطح آموزش ارایه کنندگان باشد. عقیده‌ای وجود دارد مبنی بر این که پزشکانی که زیاد آموزش دیده‌اند (به طور مثال متخصصان قلب که مشکلات قلبی را مورد بررسی قرار می‌دهند)، بهتر از پزشکانی هستند که آموزش کم تری دیده‌اند (به طور مثال پزشکان عمومی که مشکلات قلبی را معاینه می‌کنند). همچنین، ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، کیفیت را با توجه به جنبه تکنیکی مراقبت و درمان تعریف می‌کنند که شامل جنبه‌های تشخیصی و درمانی مراقبت

1. American College of Surgons
2. Balanced scorecard
3. Peer Review Organizations (PRO)



می‌باشد.

بیماران دیدگاه‌های متفاوتی در مورد کیفیت دارند. بیماران، کیفیت را با تسکین علائم بیماری و یا با وجود مجلات و مبلمان در اتاق انتظار، برابر می‌دانند. چرا که آنها کار درمان را انجام نمی‌دهند. بهتر است قضاوت در مورد کیفیت را به گروه‌های حرفه‌ای همکار واگذار کرد.

ارتقای کیفیت بیمارستان، یک فرآیند مداوم و پیوسته است. اهداف ارتقای کیفیت، سنجش و ارزیابی خدمات ارائه شده به بیماران بیمارستان می‌باشد. خدمات ارائه شده در یک برنامه مناسب ارتقای کیفیت بر اساس یک استاندارد متداول و پذیرفته شده در مراقبت‌های حرفه‌ای سنجیده می‌شود (به خاطر داشته باشید، همان گونه که اشاره شد کیفیت یک واژه متناسب و مرتبط با موضوع است). محصول ارتقای کیفیت، بهبود مراقبت است و هدف از آن تغییر رفتار پزشکان و اعضای تیم بهداشتی، در صورت ضرورت، می‌باشد.

### تاریخچه

برنامه‌های ارتقای کیفیت در آمریکا در اوایل دهه ۱۹۰۰، زمانی که آبراهام فلکسندر<sup>۱</sup> گزارش مهم خود در مورد کیفیت آموزش پزشکی در این کشور را ارائه نمود، رایج گردید و درک بهتری از آن به وجود آمد. در سال ۱۹۱۸، انجمن جراحان آمریکا، اجرای برنامه استاندارد سازی بیمارستان‌ها را جهت ترغیب آنها به استفاده از قالب و چارچوبی یکسان و یکنواخت برای مدارک پزشکی و تسهیل ثبت و ضبط صحیح دوره مراقبت‌های پزشکی بیمار، آغاز نمود. بر اساس این تلاش‌ها، در سال ۱۹۵۱، کمیته مشترک اعتبار بخشی بیمارستان‌ها که بعدها به کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی تغییر نام داد، تاسیس شد. در دهه ۱۹۵۰، کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی، جهت اجرای برخی روش‌های ممیزی، تلاش‌هایی را صورت داد، اما این تلاش‌ها، مفید و موثر واقع نشد. در سال ۱۹۶۶، برنامه‌های مدیکید و مدیکیر، موثر واقع شده و اجرای بررسی بهره‌برداری را برای بیمارستان‌ها اجباری گردید.

بررسی بهره‌مندی<sup>۲</sup>، فرآیندی است که جهت پایش و بررسی نیاز برای پذیرش بیمار در بیمارستان، اقامت طولانی مدت بیمار بستری و نیز برای بررسی نیاز به آزمون‌ها و رویه‌های

مختلف که باید اجرایی شوند، طراحی می‌شود. در سال ۱۹۷۲، کنگره در تلاش برای کنترل هزینه‌های در حال افزایش مراقبت‌های بهداشتی، متمم قانون تامین اجتماعی که قانون عمومی ۶۰۳ - ۹۲ نامیده می‌شود را تصویب نمود. این قانون به سازمان‌های ارزیابی استانداردهای حرفه‌ای<sup>۱</sup> اختیاراتی را تفویض نمود.

بر اساس قانون ارزیابی استانداردهای حرفه‌ای، یک شبکه کشوری از گروه‌های پزشکان محلی جهت بررسی ضرورت، کیفیت و تناسب مراقبت‌های بهداشتی که تحت قانون تامین اجتماعی ارائه می‌شدند، ایجاد شد. همچنین، در سال ۱۹۷۲، انجمن بیمارستان‌های آمریکا، از یک برنامه ارتقای کیفیت، و تحت عنوان برنامه تضمین کیفیت مراقبت‌های پزشکی در بیمارستان، به عنوان چهارچوب اصلی پایش ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها، حمایت کرد. برنامه ارتقای کیفیت، دو کمیته کاری را پیش بینی کرد، یک کمیته بررسی بهره‌برداری و یک کمیته ممیزی پزشکی. کمیته بررسی بهره‌برداری، ۵ رکن و عامل اصلی مستقل داشت: (۱) گواهی پذیرش، (۲) انجام تست‌های پیش از پذیرش، (۳) تاییدیه مدت اقامت، (۴) بررسی مدت اقامت، (۵) برنامه ریزی ترخیص. بخش ممیزی پزشکی این برنامه، بر طراحی معیارهای عینی تاکید داشت و برای این منظور ایجاد شد تا ممیزی‌های مشروح و مفصل پزشکی بر مبنای آن معیارها، انجام گیرد.

### کمیته‌های بیمارستانی مورد نیاز برای ارتقای کیفیت

بیمارستان، استفاده از مکانیسم‌های کنترل کیفیت را ابتدا از طریق ساختار کمیته سازماندهی کادر پزشکی دنبال کرده است. این مکانیسم‌های سنتی و قدیمی کنترل، از آئین نامه‌های داخلی، قوانین و مقررات کادر پزشکی نشأت گرفته و قدرت خود را از هیات مدیره کسب می‌کردند. در میان مکانیسم‌های عمده کنترل کیفیت که باید در هر آیین نامه داخلی کادر پزشکی وجود داشته باشد، یک ساختار کمیته‌ای وجود دارد که شامل این موارد می‌باشد: (۱) یک کمیته مدارک پزشکی جهت بررسی محتوا، تناسب و به موقع بودن مدارک پزشکی، (۲) کمیته ممیزی پزشکی که جهت اجرای مطالعات در خصوص اقدامات و مشکلات بالینی طراحی شده است، (۳) کمیته بررسی بهره‌برداری که مسول پایش مدت اقامت و سایر فعالیت‌های بررسی بهره‌برداری است.

1. Abraham Flexner
2. Utilization review

بعلاوه، کادر پزشکی کمیته مرگ و میر و بیماری، مرگ‌های غیرمعمول و الگوی مرگ و میر را بررسی می‌نمایند. کمیته کنترل عفونت، موارد عفونت‌های اکتسابی بیمارستانی و سایر موارد شیوع عفونت را بررسی و کنترل می‌کند. کمیته نسج، از کمیته‌های مهمی است که کنترل کیفیت را اعمال می‌کند و مسول مطالعه و معاینه بافت‌های خارج شده از بدن بیماران در طول عمل‌های جراحی می‌باشد. این کمیته گزارش‌های خود را به کمیته اجرایی کارمندان پزشکی تحویل می‌دهد.

کمیته بررسی صلاحیت‌ها، مسول مصاحبه با هر یک از نامزدهای جدید کادر پزشکی و و بررسی صلاحیت‌ها و تایید یا رد امتیازهای آنها است. ممکن است بخش مدیریت خطر در بیمارستان وجود داشته باشد. (در ادامه و در فصل ۲۱ در این خصوص بحث می‌شود و با فصل ۲۲ که در خصوص ایمنی بحث می‌کند، متفاوت است). این بخش مسول پایش وقایع و حوادثی است که می‌تواند منجر به ارایه شکایت در خصوص مسولیت و تعهد سازمان شود، همچنین این بخش، مسول تجزیه و تحلیل شکایات و انجام اقدامات پیشگیرانه می‌باشد. بسیاری از بیمارستان‌ها، دارای یک کمیته دارو و درمان جهت پایش تجویزهای دارویی برای ارزیابی تجویزهای سوال برانگیز و مشکوک داروهای جدید و بررسی داروهای جدید جهت عرضه می‌باشد.

### رویکردهای جدیدتر

برای اجرای صحیح برنامه ارتقای کیفیت، این برنامه باید با بررسی بهره برداری ادغام گردد. همان طوری که پیش از این بیان شد، بررسی بهره برداری وسیله‌ای برای بررسی تناسب، ضرورت و کیفیت مراقبت‌های ارایه شده در طول مدت بستری در بیمارستان می‌باشد. بررسی ممکن است قبل و یا پس از درمان، به صورت یک بررسی پیش از پذیرش و یا یک بررسی گذشته نگر انجام شود. عملکرد بررسی بهره برداری به طور عمده، به وسیله گروه‌های تشخیصی وابسته و توافقات مربوط به شیوه سرانه و برنامه‌های مختلف نظارتی، هدایت شده است. به سازمان‌های بررسی حرفه‌ای (بررسی همکاران)<sup>۱</sup> که تحت نظر برنامه مدیکیر بودند، در سال ۱۹۸۶ جانشین سازمان بررسی استانداردهای حرفه‌ای<sup>۲</sup> شد، اختیاراتی داده شد. این سازمان‌ها، تضمین می‌کنند که خدمات ارایه شده به ذینفعان و افراد تحت پوشش مدیکیر، ضروری و مناسب هستند. سازمان‌های بررسی

همکار، پرستارانی را استخدام می‌کنند که در بیمارستان به بررسی‌های بهره مندی مراقبت‌ها و خدماتی که به وسیله دولت فدرال تامین مالی می‌شوند، می‌پردازند. پرستار بررسی کننده، ممکن است به وسیله بیمارستانی که از طرف سازمان‌های بررسی همکار، مسول برنامه ارزیابی می‌باشد، به استخدام در آید. دولت به سازمان‌های بررسی همکار اجازه داده است که رهبری و سرپرستی ارزیابی ارتقای کیفیت را بر عهده گیرند.

نتایج بالینی به ابزار مهمی برای بیمارستان‌ها جهت افزایش کیفیت تبدیل شده‌اند. اندازه گیری نتایج شامل بررسی فرآیند یا آنچه در حال انجام است و نیز بررسی پیامدها یا نتایج مراقبت می‌شود. تاکید زیادی به بیمار و درک این نکته که کدام درمان‌ها در مراقبت از وی موثر می‌باشند یا موثر نمی‌باشند، وجود دارد.

فشارهای خارجی از سوی دولت‌های ایالتی و فدرالی جهت پایش و ارزیابی کیفیت مراقبت بهداشتی وجود دارد. مراکز ارایه خدمات مدیکیر و مدیکید<sup>۱</sup> (که قبلاً مدیریت امور مالی مراقبت‌های بهداشتی نامیده می‌شدند) شروع به انتشار سالانه میزان مرگ و میر و بیماری بیمارستان‌ها نموده‌اند. مراکز ارایه خدمات مدیکیر و مدیکید، همبستگی بالایی بین میزان بالای مرگ و میر و مشکلات مربوط به کیفیت یافته‌اند.

در سال ۱۹۸۷، کمیته مشترک، دستوراتی جهت برداشتن گام‌هایی برای مدرن و به روز کردن اعتباربخشی صادر نمود. یک جزء و مؤلفه اصلی، ادغام سنجش عملکرد در فرآیند اعتباربخشی با استفاده از ابتکار ORYX بود. ORYX یک طرح ارتقای کیفیت است که بیمارستان‌های آمریکا را ملزم می‌نماید تا از یک گروه از ارایه دهندگان تایید شده توسط کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی، دو یا چند معیار و واحد سنجش و اندازه گیری عملکرد بالینی را که با حداقل ۲۰ درصد از جمعیت بیماران مرتبط است، انتخاب نمایند. سپس ارایه دهنده از طرف موسسه، گزارشی ارایه خواهد کرد. بیمارستان، شاخص‌هایی را انتخاب می‌کند که عملکرد را خواهند سنجید (و مواردی چون "چه کاری انجام می‌شود" و "چگونه انجام می‌شود"، را تعیین می‌نمایند). مزایای شاخص‌های گزارش شده عبارتند از: (۱) مقایسه‌ای بین مراقبت‌های یک بیمارستان و بیمارستان دیگر انجام خواهند داد، (۲) این امکان را به بیمارستان‌ها خواهند داد که پایه

1. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

1. Professional (peer) Review Organizations (PROs)  
2. Professional Standards review organization (PSROs)



و اساسی را برای شروع و پیگیری ارتقای کیفیت طرح ریزی کنند، ۳) امکان پاسخگویی به مردم را فراهم خواهد کرد، ۴) به ذینفعان خارجی اجازه خواهد داد تا در مورد این که با کدام بیمارستان برای مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت قرارداد ببندند، تصمیم‌گیری نمایند. کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی از جولای ۲۰۰۴ شروع به انتشار داده‌های مربوط به عملکرد مختص هر سازمان نمود که این عمل به موسسات اجازه می‌داد تا خودشان را در مقابل سایر موسساتی که شاخص‌های مشابهی را انتخاب کرده بودند، ارزیابی کنند. این اقدام برای استفاده عموم در ژانویه سال ۲۰۰۵ بر روی سایت <http://www.medicare.gov> قرار گرفت.

### تعریف اصطلاحات ممیزی

ممیزی پزشکی (بالینی) یکی از ابزارهای اصلی مورد استفاده در ارزیابی کیفیت مراقبت در موسسات می‌باشد. درک روشن از تعاریفی که در فرآیند ممیزی پزشکی استفاده می‌شوند، لازم و ضروری است. حداقل سه سیستم کلی مورد قبول، در اجرای ممیزی پزشکی، مورد استفاده قرار می‌گیرد: سیستم ساختاری، سیستم فرآیندی و سیستم نتیجه‌ای. سیستم ساختاری، سیستمی است که در آن، بیمارستان و کادر پزشکی آن، به ارزیابی مجموعه‌ای که در آن، مراقبت ارائه می‌شود و نیز منابع در اختیار پزشکان می‌پردازد. این سیستم در وهله اول با موضوع کافی بودن تسهیلات و امکانات و نیز نیروهای کار بیمارستانی، سر و کار دارد.

ممیزی فرآیندی به آنچه پزشک در واقع، جهت تشخیص و درمان بیمار انجام می‌دهد، باز می‌گردد و شامل مرجع و منبع مراقبت پزشکی و پذیرش دستورات پزشک از سوی بیمار می‌شود. ممیزی نتیجه با نتایج واقعی مراقبت‌های ارائه شده مرتبط است. سوالات باید نتیجه درمان را مخاطب قرار دهند. به عنوان مثال، آیا بیمار به درمان واکنش صحیح و مناسبی نشان داد؟ میزان مرگ و میر مرتبط با آن درمان چه قدر بود؟ آیا بیمار قادر به انجام فعالیت‌های عادی روزانه بود؟ آیا بیمار هیچ گونه علائم روانشناختی داشت؟

از آن جا که سه نوع ساختار یا سیستم برای ارزیابی وجود دارد، بیمارستان فرصت بررسی کیفیت را در هنگام حضور بیمار در بیمارستان و پس از ترخیص وی بر مبنای مدارک پزشکی به صورت گذشته نگر، خواهد داشت. در ممیزی پزشکی سنتی، بیمارستان‌ها، به طور معمول، یک بررسی گذشته نگر از فرآیند مراقبت پزشکی بر مبنای مدارک پزشکی بیمار انجام می‌دادند. به

تازگی، سوالاتی در مورد نتیجه و رضایت بیمار نیز مورد توجه واقع شده‌اند.

اگر چه عملکرد اصلی ممیزی پزشکی باید در جهت بهبود مراقبت از بیمار باشد، اما دارای پیامدهای جانبی نیز می‌باشد. نواقص مطرح می‌شوند و قابل اصلاح هستند. در نتیجه، مراقبت از بیمار بهبود می‌یابد. یک پیامد جانبی می‌تواند این باشد که روش ممیزی، هماهنگی بین پزشکان و دیگر اعضای تیم بهداشتی و درمانی را در برنامه ریزی مراقبت از بیمار تشویق می‌کند. مستند سازی مراقبت از بیمار از طریق مدارک پزشکی بهبود می‌یابد. همچنین باعث آموزش مداوم پزشکان و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. نیاز به تجهیزات و تسهیلات جدید می‌تواند مورد توجه مدیریت بیمارستان واقع شود. سرانجام اینکه یک ممیزی پزشکی صحیح می‌تواند اسنادی مکتوب برای هیات مدیره فراهم آورد که بیانگر وضعیت مراقبت پزشکی ارائه شده در بیمارستان می‌باشد، همان گونه که در مورد برخی تشخیص‌ها انجام می‌شود.

### مسئولیت هیات مدیره

در مورد شکایت قانونی از طرف آقا یا خانم دارلینگ بر علیه بیمارستان عمومی چارلستون در سال ۱۹۶۵، دادگاه چنین حکم داد که بیمارستان و هیات مدیره آن باید مسئولیت مشترک مراقبت از بیماران در بیمارستان را بر عهده گیرند. سایر تعابیر و تفسیرهای دادگاه بر لزوم نظارت و سرپرستی کادر پزشکی از نظر کیفیت مراقبت به وسیله بیمارستان تأکید نموده‌اند. هیات مدیره باید در سر و سامان دادن به سیستم کنترل کیفیت بیمارستان نقش داشته باشد و باید اطمینان یابد که کادر پزشکی خوب سازماندهی شده و روش‌های ممیزی پزشکی مناسبی در بیمارستان به اجرا در می‌آید.

### ارتقای کیفیت به صورت اتوماتیک

صنعت نرم افزاری کامپیوتری، سیستم‌های اطلاعاتی را جهت پایش شدت بیماری بیماران طراحی کرده است. این سیستم‌ها، قادر به جمع آوری داده‌های مربوط به مراقبت از بیمار، محاسبه و سنجش داده‌ها بر اساس استانداردها و نیز تفسیر نتایج هستند. بیمارستان‌ها، در زمان پذیرش، در اوج بروز علائم بالینی و در زمان ترخیص و با استفاده از اطلاعات کامپیوتری، بهتر قادر به ارزیابی بیمار می‌باشند. مشکلات کیفیتی از قبیل میزان بالای مرگ و میر در سطح معینی از شدت و

و خامت بیماری را می‌توان مشخص نمود. بیمارستان‌ها با استفاده از اطلاعات کامپیوتری ممکن است قادر به پاسخگویی بهتر به تقاضاهای مسولین و ناظرین در زمینه تحویل و ارایه گزارش‌های مرگ و میر، بیماری و شدت بیماری، باشند.

### آینده ارتقای کیفیت

همان گونه که در قسمت رویکردهای جدیدتر بحث شد، بیمارستان‌ها به طور روز افزونی جهت گزارش نتایج و پیامدهای خود، در کانون توجه قرار خواهند گرفت. همراه با افزایش آگاهی مصرف کنندگان، آنها در جستجوی موسساتی برمی‌آیند که بهترین نتایج را ارایه می‌نمایند. بیمارستان‌ها به طور روزافزون از کارت‌های امتیازدهی متوازن (یک روش ساده گزارش شاخص‌های کلیدی) جهت گزارش عملکرد ارتقای کیفیت استفاده می‌کنند. این نتایج ممکن است برای عموم مردم منتشر گردد.

### مرور فصل

- ۱- ارتقای کیفیت چیست و چرا در بیمارستان حایز اهمیت است؟
- ۲- بررسی بهره‌برداری چیست؟
- ۳- وظیفه کمیته مرگ و میر و بیماری چیست؟
- ۴- مراکز ارایه خدمات مدیکیر و مدیکید هستند و جایگزین چه چیزی شده اند؟
- ۵- ORYX چیست؟
- ۶- نقش هیات مدیره در ارتقای کیفیت چیست؟
- ۷- نقش کمیته نسج چیست؟
- ۸- شاخص‌های بالینی و نتایج بالینی را تعریف کنید.
- ۹- وظیفه کمیته رسیدگی به صلاحیت‌ها چیست؟ حداقل ۶ مورد را که ممکن است در یک درخواست دریافت امتیاز نیاز به بررسی داشته باشد، بنویسید.
- ۱۰- در مورد سازمان Leapfrog و آنچه انجام می‌دهد تا کیفیت و نتایج مراقبت‌های بهداشتی ارتقا یابد، بحث کنید.

## فصل بیست و یکم: مدیریت خطر و سهل انگاری و

### طبابت غلط

#### واژگان کلیدی

خسارات	پزشکی تدافعی
گزارش حادثه	پیشگیری از زیان و خسارت
سهل انگاری و طبابت غلط	قصور و غفلت
شاک	مقام ارشد پاسخگو
مدیر خطر	

#### مدیریت خطر<sup>۱</sup>

مدیریت خطر، یک سیستم هشدار دهنده جدید برای شناسایی علل بالقوه حوادث و پیشگیری از حوادث ناشی از آنها می‌باشد. وظیفه اصلی مدیریت خطر، هماهنگی و اجرای فعالیت‌های پیشگیرانه و اصلاحی در کل بیمارستان است. به بیان دیگر، وظیفه اصلی مدیریت خطر، کاهش خطر برای بیماران، ملاقات کنندگان و کارکنان است. وظیفه دیگر مدیریت خطر، دریافت، ارزیابی و نگهداری گزارش‌های محرمانه در مورد حوادث یا سوانحی است که در سازمان رخ می‌دهد. گزارش حادثه، ابزار اصلی برای شناسایی ریشه‌های یک خطر می‌باشد.

#### مدیریت خطر به عنوان یک رویکرد تیمی

اگرچه یک نفر به عنوان مدیر خطر بیمارستان تعیین می‌گردد (شخصی که مسول ارزیابی مناطق و حوزه‌های خطر و سپس تلاش برای به حداقل رساندن این خطر است)، اما رویکرد تیمی جهت اعمال موثر مدیریت خطر، ضروری و لازم می‌باشد. علاوه بر مدیر خطر، اعضای تیم شامل سرپرستان، اعضای هیات مدیره، پزشکان، متخصصین، وکیل مدافع درون سازمانی (در صورتی که



بیمارستان و کیلی را به استخدام درآورده باشد)، سایر کارکنان و حتی مشاوران بیمه، می‌باشند. مدیریت خطر باید با کمیته‌های ستی ارتقای کیفیت بیمارستان، بررسی بهره برداری، ارتقای کیفیت، کنترل ایمنی و کنترل عفونت ادغام شود.

### مدیریت خطر و ارتقای کیفیت

اگرچه مدیریت خطر و ارتقای کیفیت، دارای عملکردهای منحصر به فرد و اقدامات و وظایفی مستقل هستند، اما برخی از این وظایف دارای همپوشانی هستند. به طور مثال، هدف اصلی مدیریت خطر، حفاظت از دارایی‌های بیمارستان است، در حالی که دلیل اصلی ارتقای کیفیت، حفاظت از بیماران است. وظیفه اصلی در مدیریت خطر، تعیین و تشخیص کلیه مواجهه‌ها با خطر است، در حالیکه در ارتقای کیفیت، سنجش مراقبت بر اساس استانداردها صورت می‌گیرد. مدیریت خطر یک فعالیت آینده نگر است اما ارتقای کیفیت، بیشتر یک فعالیت گذشته نگر می‌باشد.

### سهل انگاری و طبابت غلط<sup>۱</sup>

مدیریت خطر نشان داده است که در پیشگیری و جلوگیری از بروز شکایات ناشی از خطاهای پزشکی، ابزار مفیدی برای بیمارستان‌ها می‌باشد. تشخیص فعالیت‌های غیراستاندارد و تصحیح آنها، مانع از شکایات ناشی از سهل انگاری و طبابت غلط می‌شود. گفتگو با بیماران و خانواده آنها در خصوص حوادث می‌تواند مانع طرح شکایت شود. مدیریت خطر، همچنین به تضمین فعالیت پزشکان و متخصصین مراقبت‌های بهداشتی بر طبق استانداردهای قابل پذیرش، کمک می‌کند.

### بررسی سهل انگاری و طبابت غلط (قانون ضرر و زیان)<sup>۲</sup>

پدیده سهل انگاری و طبابت غلط که در اوایل دهه ۱۹۶۰ شروع به رشد نمود، گسترش خود را در عرصه مراقبت‌های بهداشتی تداوم بخشیده است. در سال ۱۹۷۳، وجود سهل انگاری و طبابت غلط در مطالعه کاملی که به وسیله وزارت بهداشت، آموزش و رفاه آمریکا انجام شد،

1. Malpractice  
2. Tort Law

تعریف گردید. گزارش رییس کمیته سهل انگاری و طبابت غلط چنین بیان می‌دارد که:

سهل انگاری و طبابت غلط به عنوان آسیبی که به دلیل قصور و غفلت یک ارایه دهنده خدمت به بیمار وارد می‌آید، تعریف شده است. شکایت از سهل انگاری پزشکی، یک اتهام با یا بدون مینا و اساس در مورد آسیبی است که ایجاد شده است. این آسیب، یک ضرر جسمی یا ذهنی را نشان می‌دهد که در مدت ارایه مراقبت‌های پزشکی رخ داده است، چه به دلیل قصور و غفلت و چه به دلایلی غیر از آن. پرداخت خسارت و غرامت به دلیل و برهان هم در مورد وجود آسیب و هم در مورد وجود قصور و غفلت حرفه‌ای نیاز دارد.

ضرر<sup>۱</sup> یک اصطلاح قانونی است که به مفهوم یک اشتباه یا آسیب اجتماعی و مدنی می‌باشد و چاره آن، پرداخت پول به عنوان غرامت یا تاوان به قربانی در ازای آسیبی است که به او وارد آمده است. پرونده‌های سهل انگاری پزشکی، مدعی نقض قانون ضرر و زیان می‌باشند. برای این که یک شکایت از سهل انگاری پزشکی تایید شود، شاکی (شخصی که از بیمارستان شکایت کرده است) باید ۴ معیار را مدنظر قرار دهد. اول این که، وی باید اثبات کند که ارایه دهنده خدمت (پزشک یا بیمارستان) مسولیتی در قبال بیمار داشته است به عنوان مثال این که وی تعهد داشته تا به وی آسیب نرساند. دوم این که، این تعهد نقض شده است (آسیبی وارد آمده است)، سوم این که، شاکی باید نشان دهد که او متحمل نوعی آسیب شده است و چهارم این که آسیب‌ها به طور مستقیم، از نقض قانون ناشی شده است.

### پزشکی تدافعی

اگرچه برآورد می‌شود تنها ۳ تا ۸ درصد پزشکان، سالیانه به دلیل سهل انگاری پزشکی تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرند، اما یک افزایش هشدار دهنده در پزشکی تدافعی که به وسیله پزشکان انجام می‌شود، وجود داشته است. پزشکی تدافعی، به طور معمول، آزمایشات و رویه‌های غیرضروری گفته می‌شود که جهت پرهیز از طرح شکایات و دادخواهی‌ها انجام می‌شوند. هزینه

1. Tort

آزمایشات اضافی که جهت حفاظت از پزشکان در مقابل شکایات انجام می‌شود، تکان دهنده است.

### مسولیت بیمارستان در مقابل اقدامات پزشکان

تشخیص این که در برخی موارد، بیمارستانی ممکن است در مقابل اقدامات سهل انگارانه پزشکان مسول شناخته شود، امری حائز اهمیت است. اغلب، خطا و سهل انگاری زمانی رخ می‌دهد که بیمارستان به یک پزشک بدون صلاحیت و بی تجربه اجازه می‌دهد که بیماری را درمان نماید. ممکن است بیمارستان، حتی اگر پزشک را در استخدام خود نداشته باشد، مسول شناخته شود. بیمارستان در مقابل اقدام سهل انگارانه که موجب وارد آمدن صدمه و آسیب به بیمار می‌شود، مسول نمی‌باشد، اما در قبال سهل انگاری خود در دادن اجازه به پزشک جهت درمان بیمار مسول است. وکلای مدافع این گونه بحث می‌کنند که بی کفایتی و عدم برخورداری یک پزشک از صلاحیت‌های لازم باید برای مسولین بیمارستان مشخص باشد. این موارد، شامل سهل انگاری در بررسی صلاحیت‌ها می‌باشد که به موجب آن، بیمارستان امتیازاتی به یک پزشک بدون صلاحیت می‌دهد و یا به پزشکی که معتاد به مواد مخدر و الکل می‌باشد، اجازه می‌دهد که در بیمارستان مشغول به فعالیت شود.

### مقام ارشد پاسخگو<sup>۱</sup>

بر اساس نظریه مقام ارشد پاسخگو، یعنی "فرد مافوق، مسول اقدامات فرد زیر دست خود می‌باشد"، تفکری سنتی وجود دارد مبنی بر این که اگر کارمند و پرسنل یک بیمارستان به یک بیمار، ملاقات کننده یا میهمانی صدمه‌ای وارد آورد، کارفرما (بیمارستان) تحت پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت. اما دادگاه این موضوع را تعمیم داده است، به شکلی که شامل کارکنان غیر رسمی نیز می‌شود. به طور مثال، اگر یک پزشک قراردادی که در استخدام بیمارستان نیست، در حال فعالیت در بخش اورژانس بوده و به بیماری صدمه وارد کند، بیمار می‌تواند از پزشک یا بیمارستان شکایت کند حتی اگر چنین به نظر برسد که پزشک، کارمند بیمارستان است. بیمارستان‌ها می‌توانند

این مشکل را با الزام پزشکان غیراستخدامی بخش اورژانس به استفاده از برچسب و اتیکت نام خود و نام شرکت خود (به عنوان مثال، پزشک درجه ۱ اورژانس، دکتر توماس) و چسباندن علامت‌هایی در بخش اورژانس مبنی بر این که پزشکان در حال انجام وظیفه، قراردادی بوده و در استخدام بیمارستان نمی‌باشند، حل کنند.

### نقش مدارک پزشکی

ممکن است تا ۲ سال پس از وقوع حادثه در بیمارستان، مدیر بیمارستان یا پزشک، شکایت را دریافت کنند. وقتی این اتفاق رخ می‌دهد، اولین اقدام برای پزشک یا مدیر، درخواست مدارک پزشکی بیمار است. مدارک پزشکی بیمارستان باید به صورت کتبی، دوره مراقبت‌ها و درمان بیمار در زمان بستری در بیمارستان را تشریح و ترسیم نماید. این مدارک، وسیله ارتباطی و اطلاعاتی میان اعضای تیم بهداشتی بیمارستان هستند. همچنین، این مدارک به طور معمول، عامل و وسیله‌ای هستند برای مشخص کردن این که آیا شاکی در پرونده پیروز می‌شود یا خیر. این امکان وجود ندارد که وکلای شاغل در زمینه سهل انگاری پزشکی، این استدلال ارایه شده برای عدم ثبت واضح و کافی موارد در پرونده بیمار را بپذیرند. مدارک پزشکی باید به طور صحیح، وقایع و مسایل واقعی زمان بستری بیمار در بیمارستان را بازگو مایند. هیچ گونه جایگزینی برای مستند سازی دقیق و صحیح برای پیروز شدن در مقابل شکایت ارایه شده از سهل انگاری پزشکی، وجود ندارد.

هنگامی که مدیری شکایتی بر علیه بیمارستان دریافت می‌کند، نام پزشک مربوطه نیز، اغلب در آن مشخص می‌باشد. کپی کردن از مدارک پزشکی و ارسال آن برای وکیل بیمارستان و نیز وکیل پزشک می‌تواند روش مفیدی باشد. اصل مدارک پزشکی، باید در زمان شکایت، تحت نظارت و مراقبت شدید در بخش مدارک پزشکی نگهداری و حفاظت شود.



## مرور فصل

- ۱- وظیفه مدیر خطر چیست؟
- ۲- چهار عنصر اصلی پرونده سهل انگاری پزشکی کدامند؟
- ۳- نظرات و مفاهیم در خصوص مقام مافوق پاسخگو چیست؟
- ۴- سهل انگاری پزشکی چیست؟
- ۵- تفاوت بین مدیریت خطر و ارتقای کیفیت چیست؟
- ۶- پزشکی تدافعی چیست؟
- ۷- قانون ضرر و زیان چیست؟ آیا این قانون، یک قانون مدنی و اجتماعی است یا یک قانون جزائی و کیفری؟
- ۸- ضرر عمدی را تعریف کنید و چند مثال بزنید. ضرر عمدی چه تفاوتی با سهل انگاری پزشکی دارد؟ آیا ضرر عمدی و اقدامات سهل انگارانه، هر دو در پزشکی وجود دارند؟ اگر چنین است، مثال‌هایی بیاورید.

## فصل بیست و دوم: ایمنی بیمار

### واژگان کلیدی

موارد منع مصرف	سفارش الکترونیکی دارو
تداخلات دارویی	خطاهای پزشکی قابل پیشگیری
هفت هدف ایمنی	آستانه تحمل و خطای مجاز صفر

### مسایل و مشکلات پیرامون خطاهای پزشکی

گزارش یک موسسه پزشکی که یک مرکز مشاوره غیردولتی در واشنگتن دی سی است، برآورد می‌کند که در آمریکا بین ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ نفر در سال به دلیل خطاهای پزشکی قابل پیشگیری از جمله تداخلات دارویی، می‌میرند. این واقعیت، خطاهای پزشکی را به عنوان هشتمین علت مرگ و میر در آمریکا یعنی جلوتر از ایدز، سرطان سینه و تصادفات رانندگی مطرح می‌کند. در زمان ریاست جمهوری بیل کلینتون، کمیته نظارتی حفاظت از مصرف کننده و کیفیت در صنعت مراقبت‌های بهداشتی، مقدار و عدد بیشتری را برای خطای پزشکی گزارش کرد. بر اساس گزارش سال ۱۹۹۸ این کمیته، در حدود ۱۸۰۰۰۰ نفر در اثر خطاها و حوادث ناگوار پزشکی، جان خود را از دست می‌دهند.

خطاهای پزشکی، شامل موارد منع مصرف (دستورات دارویی که نباید به یک گروه خاص از بیماران داد، گاهی اوقات به این دلیل که بیمار، باردار است یا نسبت به دارو حساسیت دارد، یا به برخی از فعالیت‌ها، از جمله به کار با ماشین آلات و دستگاه‌های سنگین اشتغال دارد)، یا تداخلات دارویی (برخی داروها را نباید با یکدیگر یا با برخی غذاها مصرف نمود) می‌باشند و زمانی رخ می‌دهند که داروها تجویز و یا مصرف می‌شوند؛ به طور مثال، زمانی که داروها به اشتباه و در زمان نامناسب و یا به مقدار نامناسب به بیمار داده می‌شوند. موارد دیگری از خطاهای پزشکی زمانی رخ می‌دهند که نام و میزان دوز دارو، اشتباه تجویز می‌شود و این شاید به دلیل آن باشد که دست خط پزشک، درست و به طور صحیح خوانده نمی‌شود. همچنین، برخی خطاهای پزشکی هنگامی که

سرم دارویی به طور غیرصحيح و نادرست تزریق می‌شود، اتفاق می‌افتد.

### پایان دادن به خطاهای پزشکی

خطاهای پزشکی نباید اتفاق بیافتند. اقدامات ساده‌ای از جمله آماده سازی داروها توسط یک پرستار و چک کردن آنها توسط پرستار دیگر، می‌تواند از بسیاری از مشکلات جلوگیری کند. ذخیره سازی و نگهداری هپارین و انسولین (که در ظاهر شبیه هم هستند) در جاهای مختلف، بسیاری از اشتباهات اجرایی را از بین می‌برد.

برآورد شده که استفاده از کامپیوتر در مراقبت‌های بهداشتی، می‌تواند سالانه در حدود دو میلیون تداخل دارویی و یکصد و نود هزار مورد بستری در بیمارستان را کاهش دهد. مطالعه دیگری عنوان می‌کند که ۸۶ درصد از خطاهای دارویی را می‌توان از طریق سفارش الکترونیکی دارو از بین برد. این عمل مشکلات ناشی از بدی دست خط و ناخوانا بودن آن، خطاهای ناشی از قرائت و اشتباه کردن داروها با نام مشابه و اشتباهات زیاد ناشی از عدم فهم و برداشت صحیح از تلفظ‌های دارویی را از بین می‌برد.

برخی خطاهای دارویی، حتی بدون استفاده از کامپیوتر و از طریق آموزش بهتر و بیشتر به ارایه کنندگان خدمت، قابل حذف یا کاهش هستند. به طور مثال، اگر به ارایه کنندگان خدمت آموزش داده شود که پیش از هر عدد کم‌تر از ۱، عدد صفر را بنویسند. (۵/۰ به جای ۱/۵) شانس خطا کم تر می‌شود. حالت مشابهی در مورد عدم استفاده از صفر بعد از عدد بزرگ‌تر از ۱ وجود دارد (۲ و نه ۲/۰). در هنگام نوشتن دستور یا سفارش، استفاده از چاپ و پرینت به جای دست نوشته، می‌تواند احتمال اشتباه و خطر را کم‌تر نماید.

مشکلات دیگر در تجویز و استفاده از دارو، شامل دخالت ارایه کنندگان مختلف و نیز تعداد مراحل و اقداماتی است که در زمان تجویز دارو انجام می‌شوند، است. پزشک دستور دارویی را می‌نویسد، داروخانه نسخه دارویی را می‌پیچد و پرستار دارو را به بیمار می‌دهد. در بسیاری از بیمارستان‌ها، نزدیک به ۲۰ فعالیت در این زمینه صورت می‌گیرد. اگر پزشک، نام دارو، میزان و دوز موثر آن، تعداد دفعات استفاده و طول مدت استفاده را تایپ کند، بسیاری از خطاهای دارویی که ممکن است در طول این فرآیند طولانی اتفاق بیفتد، حذف می‌شوند.

واکنش‌های دارویی نامناسب (که بسیار متفاوت از خطاهای دارویی هستند) می‌توانند ناشی از

خطاهایی از جمله، تجویز مقدار بیش از حد دارو به بیمار یا تداخلات دارویی باشند. واکنش‌های نامطلوب، عوارض جانبی را نیز شامل می‌شوند.

استفاده از نرم افزار کامپیوتری در داروخانه می‌تواند این خطاها را از بین ببرد. به کامپیوتر، طوری برنامه داده می‌شود که داروساز و پزشک را در زمان احتمال واکنش دارویی، آگاه نماید. استفاده از داروهای به تازگی تایید شده و یا استفاده غیرصحيح و نادرست<sup>۱</sup> از داروها (استفاده از داروها به شکلی که در اصل، مورد نظر و هدف تولیدکننده دارو نبوده است)، نیز می‌تواند مشکل ساز شود. بسیاری از داروهای که در بازار به سرعت مشهور می‌شوند، در اولین سال استفاده، حذف می‌گردند. پزشکان باید با داروهای جدید آشنا شوند و به صورت دقیق و سریع، هرگونه عوارض جانبی که به وسیله تولید کنندگان دارویی بیان نشده است را گزارش نمایند. ممکن است، پزشکان یک فرم تکمیل شده در خصوص خطر دارو را به مدیریت دارو و غذا تحویل دهند و یا به طور مستقیم به شرکت‌های دارویی گزارش نمایند.

پرستاران باید در تمام اوقات مراقب باشند. به طور مثال، تصور کنید بیمار A درخواست کند، که به دلیل صدای خرو پف بیمار B، به اتاق دیگری منتقل شود و گاهی در طول شب، بیمار C در اتاق اصلی بیمار A پذیرفته شود. پرستاران در ساعت ۷ صبح، شیفت را تعویض می‌کنند و پرستار مخصوص دارو وارد شده و به بیمار C انسولین تزریق می‌کند بدون این که اطلاع داشته باشد که بیمار A به اتاق دیگری منتقل شده است و بیمار C همان بیمار A نیست. اگر انسولین به بیمار غیردیابتی تزریق شود، می‌تواند برای او کشنده باشد. بسیاری از بیمارستان‌ها در حال آزمایش کردن مچ بندهای بارکد داری هستند که باید به کامپیوتر دستی (لپ تاپی) که پرستار با خود حمل می‌کند، متصل باشند. این وسیله می‌تواند در زمانی که ممکن است بیماری به اشتباه، دارویی غیرمناسب و غیرصحيح دریافت کند، هشدار رسا و محسوس بدهد.

### اتاق‌های عمل ایالات متحده در مقایسه با اتاق‌های عمل کشورهای اروپایی

بخش دیگری که در آن نگرانی در مورد ایمنی وجود دارد، بخش جراحی است. بسیاری از اتاق عمل‌های کشورهای اروپایی، آمادگی و قابلیت آن را دارند که تا ۱۰۰ فوت مربع بزرگ‌تر از



اتاق‌های عمل آمریکا باشند تا فضای بیشتری برای حرکت تیم جراحی فراهم نمایند. این اتاق‌های عمل بزرگ تر، فضایی جهت انجام القای بیهوشی<sup>۱</sup> و ریکاوری اولیه نیز دارند. پیش بینی می‌شود که تمام اتاق‌های عمل در آینده، مجهز به مانیتورها و دوربین‌هایی شوند که توسط تمام اعضای تیم جراحی قابل رؤیت بوده و در صورت نیاز، عمل جراحی از راه دور انجام شود. پیش بینی می‌شود که بسیاری از سیم‌ها و کابل‌هایی که هم اکنون اتاق عمل را به هم ریخته و شلوغ می‌کنند، به وسیله استفاده از تکنولوژی بی سیم، حذف شوند. انتقال‌های سطح به سطح با استفاده از تخت اتاق عمل که به صورت ترکیبی از وسیله حمل و سطح و رویه تخت عمل می‌باشد، کنار گذاشته خواهند شد. این تکنولوژی در ۳۰ سال اخیر در اروپا موجود و مشهود بوده است، اما هنوز در آمریکا وجود ندارد. همزمان با نوسازی و تعمیرات اساسی بیمارستان‌ها، بخش‌های جراحی نیز، به روز می‌شوند. نوآوری دیگر برای حفظ ایمنی بیمار، بازوبند‌های بارکد دار مجهز به فرکانس‌های رادیویی خواهد بود که اجازه می‌دهند در صورتی که بیمار، اشتباهی به اتاق عمل آورده شد، هشدارهای آن شنیده شود. امروزه بسیاری از بیمارستان‌ها، برای جلوگیری از انجام عمل جراحی اشتباه، جراح را ملزم می‌کنند تا نام خود را با یک مازیک بر روی ناحیه واقعی از بدن بیمار که قرار است جراحی شود، امضاء نماید. این عمل، آگاهی را در جراح و کارکنان اتاق عمل بالا می‌برد.

### کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی

این کمیته به موسسات دستور داده است تا قبل از اجرای فرآیند اعتباربخشی آنها، آنچه در جهت بهبود اهداف ۷ گانه ایمنی بیمار انجام می‌دهند را شرح داده و ارسال نمایند؛ این هفت هدف عبارتند از:

- ۱- بهبود اثربخشی ارتباطات میان ارایه کنندگان مراقبت.
- ۲- بهبود ایمنی در استفاده از داروهای حساس.
- ۳- بهبود ایمنی در استفاده از پمپ‌های تزریق<sup>۲</sup>.
- ۴- بهبود اثربخشی سیستم‌های هشدار دهنده بالینی.
- ۵- افزایش دقت در تشخیص هویت و شناسایی بیمار.

1. Induction
2. Infusion pumps

۶- حذف اشتباه و خطا در محل تحت جراحی، بیمار تحت عمل جراحی و نیز روش جراحی.  
 ۷- کاهش خطر عفونت‌های اکتسابی از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی.  
 ما تنها در تعداد کمی از حوزه‌های ایمنی بیمار و کاهش برخی خطاها وارد شده و دخالت کرده ایم. اقدامات ایمنی زیادی که جهت اثبات و نشان دادن ایمنی بیمار انجام می‌شوند، تلاشی تیمی هستند که کل بخش‌های بیمارستان در آن دخیل هستند. این اقدامات شامل بررسی صلاحیت کادر پزشکی جهت اطمینان از واجد شرایط بودن پزشکان برای اخذ امتیاز و مجوز درمان بیماران، به کارگیری منابع انسانی جهت اجرای غربالگری تصادفی داروها و چک کردن سوء پیشینه هر یک از کارکنان و ارایه آموزش به کارکنان جهت کسب اطمینان از این که ارایه کنندگان خدمت در استفاده از آخرین و جدیدترین تکنولوژی‌های بالینی، ماهر و باتجربه هستند، می‌باشند. افزون بر این، بیمارستان‌ها باید اقدامات ایمنی در مورد نوزادان را جهت کاهش خطر دزدیده شدن به انجام برسانند، اقدامات کنترل عفونت جهت کاهش عفونت‌های بیمارستانی را انجام دهند و نیز باید رویه‌ها و پروسه‌های جراحی که شامل تهیه فرم‌های رضایت آگاهانه به بیماران و تایید صحیح بودن بیمار، محل عمل جراحی و روش جراحی می‌باشند و نیز تضمین این که جراح جهت انجام عمل جراحی دارای صلاحیت و مهارت لازم می‌باشد را، انجام دهند.  
 آستانه تحمل و خطای مجاز صفر برای خطاها و اقدامات غیر ایمن، باید هدف کلیه موسسات مراقبت‌های بهداشتی درمانی باشد.