

## چشم انداز در عمل: خط مشی و رویه های کدگذاری بالینی

چکیده \_\_\_\_\_ ساناز سادات محمودیان<sup>۱</sup> / مریم احمدی<sup>۲</sup> / فاطمه حسینی<sup>۳</sup>

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

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

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

**کلید واژه ها:** خط مشی، رویه، کدگذاری بالینی

◇ وصول مقاله: ۸۶/۸/۱۶، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۱/۲۲، پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۲۰

۱- مربی گروه مدارک پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، نویسنده مسؤل (Email: Sanazmahmoodian@yahoo.com)  
 ۲- استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
 ۳- مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

## مقدمه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### روش پژوهش

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

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

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

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

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

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

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



۳. تمام رویه‌های تضمین کیفیت واحد کدگذاری بالینی شامل بازرسی و پایش کیفیت کدگذاری و مقیاس‌های داده‌های کیفی، کاملاً شرح داده شوند.

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

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

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

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

۸. مسئول بخش مدارک پزشکی می‌بایست بر اجرای خط‌مشی‌ها و رویه‌های کدگذاری نظارت داشته باشد.

۹. مسئول بخش مدارک پزشکی هر سه سال راهنمای خط‌مشی‌ها و رویه‌ها را روزآمد کند.

جدول ۱ نشان می‌دهد که میزان موافقت متخصصان با تعیین مهلت زمان کدگذاری ۱۰۰ درصد (۴۳ نفر)، اصول مستندسازی، فرایند کدگذاری بالینی، جزئیات منابع کدگذاری و اسناد منبع کدگذاری ۳۹۵ درصد (۴۱ نفر) به دست آمده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که ۳۹۵ درصد (۴۱ نفر) متخصصان با تعیین جزئیات برنامه بازرسی داخلی، ۹۳ درصد (۴۰ نفر) متخصصان با تعیین انواع بررسی خطاهای کدگذاری، مقیاس‌های تضمین کیفیت، ۹۰/۷ درصد (۳۹ نفر) متخصصان با تعیین پیامدهای بازرسی، جزئیات صلاحیت‌های بازرسان و اجزاء چارچوب بازرسی موافق بوده‌اند.

بر اساس جدول ۳ همه متخصصان با تعیین ساختار

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

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که تمام خط‌مشی‌های کدگذاری بالینی مورد موافقت متخصصین قرار گرفته است. این خط‌مشی‌ها عبارتند از:

۱. تمام رویه‌های مستندسازی جهت اهداف کدگذاری برای تمام کارمندان مرکز مراقبت بهداشتی شرح داده شود.

۲. پس از ترخیص، تشخیص‌ها و اقدامات مندرج در پرونده بیمار با استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، آخرین ویرایش و سایر ابزارهای کدگذاری بر اساس دستورالعمل‌ها کدگذاری شوند.



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

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

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

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

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

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



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

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

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

واحد و تعداد کدگذار مورد نیاز موافق بوده اند. میزان موافقت متخصصان با تعیین وضعیت کارمندان مثل بار کاری، شرح شغل و معیار پرداخت دستمزد کارمندان، تعیین ساختار واحد کدگذاری بالینی و تعداد کدگذار مورد نیاز با حداکثر آرا ۹۵/۳ درصد (۴۱ نفر) به دست آمد. ۸۸/۴ درصد (۳۸ نفر) از متخصصان با تعیین جزئیات برنامه آموزشی کدگذاران بالینی، ارزشیابی های سالانه و تعیین مواد آموزشی موافق بوده اند. میزان موافقت متخصصان با تعیین جزئیات سوابق آموزشی ۸۶ درصد (۳۷ نفر)، تعیین جزئیات برنامه های آشنایی برای پرسنل جدید ۸۳/۷ درصد (۳۶ نفر)، تعیین انواع آموزش ها و مقتضیات آموزشی کدگذاران بستری ۸۱/۴ درصد (۳۵ نفر) به دست آمد.

میزان موافقت متخصصان با مکانیسم پرسش ۸۳/۷ درصد (۳۶ نفر) و نحوه بازرسی، پایش و اقدامات اصلاحی با حداکثر آرا ۸۱/۴ درصد (۳۵ نفر) به دست آمد. میزان موافقت متخصصان با تعیین رویه های امنیت و محرمانگی ۹۵/۳ درصد (۴۱ نفر)، شرایط مؤثر بر کیفیت کار ۹۰/۷ درصد (۳۹ نفر) و اسناد محرمانگی و امنیت ۸۶ درصد (۳۷ نفر) به دست آمد.

## بحث

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

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

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

### نتیجه گیری

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

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

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

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

### فهرست منابع

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

4. Page S. 7 Step to better written policies and procedures.

Westerville: Process Improvement Publishing, 1998.

گرفت. نتایج پژوهش خرمندار (۱۳۷۷) در بررسی وضعیت واحدهای کدگذاری در بیمارستان های شیراز نشان داد که میزان صحت کدگذاری تشخیص اصلی ۹۱/۴۹ درصد، سایر تشخیص ها ۹۶/۸۳ درصد می باشد. [۱۸]

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

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

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



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





## Vision in Practice: Clinical Coding Policies and Procedures

Mahmoodian S S.<sup>3</sup> / Ahmadi M.<sup>2</sup> / Hosseini F.<sup>3</sup>

### Abstract

**Introduction:** Every health organization life depends on its correct coding system. One of the best tools in collecting correct and valid data is to make a clinical coding and procedures. Clinical Coding policy and procedures, in face of personals changes causes stability, and continues the clinical coding and provide a frame for decision making and doing duties.

**Methods:** This research was carried out as a descriptive-comparative study. Information has taken from books, papers, internet, and health care institutes. The coding policies and procedures from United State, England, Canada, and Iran; have been reviewed in this research. Due to similarity or differences in specifications, the suggested paradigm for Iran has been prepared. Then the model has been tested by Delphi method in two phases. And after evaluating it, the final model is presented.

**Results:** Data showed that procedures and coding policies have been presented in main six methods including: documentation and coding principles, coding information validating, coding unit structure, coding training, coding communication, and security and privacy of coding. Fourteen methods related to coding policy are covered by clinical coding unit for these six axis. In each of these axis. Certain procedures have been achieved in each mentioned axis. Documentation principle, coding procedures, time frame coding, summarized coding presentations, documentations and coding error investigations, errors corrections and educational sections, employees job situations and numbers of employee that needed, employees evaluations, in-services training, conditions that effected job, and tracking reviewing of recording data systems are some important procedures for these six axis.

**Conclusions:** In total the final model for the clinical coding policies and procedures in Iran have more similarities by United State and England; and less by Canada. It have been suggested that coding procedure would be evaluated and upgraded annually and have will be published in special magazine. To evaluate the coding information and coding procedures, an investigation committee have been suggested, in which based on their results, some workshops to be settled. Also for collection information from physicians about important cases, a special questioner form would be designed.

**Keywords:** *Policies, Procedure, Clinical coding.*

1. M.S. In Medical Record, School of Health, Zabbol University of Medical Sciences

2. Assistant Prossore, School of Manahgimnt and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences

3. M.S, School of Manahgimnt and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences