

بسمہ تعالیٰ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

استقرار سیستم ارجاع الکترونیک در نظام سلامت

مبتنی بر پزشکی خانواده

((ده گام اجرایی))

پدیدآورندگان:

معصومه غلامی

دکتر محمدجواد کبیر

دکتر محمدرضا هنرور

دکتر محمد دادجو

دکتر عبدالرضا فاضل

دکتر سید محمد حسینی

عنوان و نام پدیدآور	: استقرار سیستم ارجاع الکترونیک در نظام سلامت ((ده گام اجرایی)) پدیدآورندگان معصومه غلامی... (و دیگران).
مشخصات نشر	: گرگان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، انتشارات، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۱۰۶ ص: جدول (رنگی).
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: پدیدآورندگان معصومه غلامی، محمدجواد کبیر، محمدرضا هنرور، محمد دادجو، عبدالرضا فاضل، سیدمحمد حسینی.
موضوع	: ذخیره و بازیابی اطلاعات -- بیمارستان‌ها
موضوع	: Information storage and retrieval systems -- Hospitals
موضوع	: نظام‌های اطلاعاتی مدیریت -- ایران
موضوع	: -- IranManagement information systems
موضوع	: مدار پزشکی -- ایران -- داده‌پردازی
موضوع	: Medical records -- Data processing -- Iran
شناسه افزوده	: می. موسوم، ۱۳۵۵ -
شناسه افزوده	: دانش علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان
شناسه افزوده	: Golestan University of Medical Sciences
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۷/ص ۸۵۸
رده بندی دیویی	: ۲۶۲/۱۱۰۲۸۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۵۷۶۲۰۲

عنوان:استقرار سیستم ارجاع الکترونیک در نظام سلامت (ده گام اجرایی)

پدیدآورندگان: معصومه غلامی- دکتر محمد جواد کبیر - دکتر محمدرضا هنرور- دکتر محمد

دادجو- دکتر عبدالرضا فاضل- دکتر سیدمحمد حسینی

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

سال انتشار: ۱۳۹۷، چاپ اول

قیمت: ۳۰۰۰۰۰ ریال

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

چاپخانه: نوروزی ۰۱۷-۳۲۲۴۲۲۵۸

شابک: ۹۸۷-۶۰۰-۹۵۴۷۳-۷-۱

"مسئولیت صحت مطالب مندرج در این کتاب به عهده نویسنده است."

"کلیه حقوق معنوی کتاب متعلق به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان است."

پیشگفتار

براساس اسناد بالادستی، اصل دسترسی یکسان و بهره مندی عادلانه از خدمات سلامت از مهمترین تکالیف پیش بینی شده نظام سلامت، و از مهمترین مؤلفه های حوزه حکمرانی می باشد. بطوریکه در سرفصل تمام برنامه ها و فعالیت های بخش های مرتبط با حوزه سلامت مورد تاکید قرار گرفته است، همچنین از دیگر امور مهم برنامه می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- توجه به سهولت دسترسی و تضمین فراهمی آن
- ضرورت و اهمیت بهره مندی و برخورداری عادلانه از خدمات سلامت
- روش های استمرار بخشیدن به خدمات سلامت پایه
- روش های استمرار تامین منابع و یار در بخش سلامت
- روش های بهینه در مدیریت هزینه های سلامت
- رفع همپوشانی و منطقی نمودن بخش بیمه سلامت با تاکید بر بیمه رایگان افراد نیازمند و محروم
- توسعه مراقبت های سلامت با اجرای برنامه های بهداشتی خانواده و الزام در پیاده سازی نظام ارجاع

بدون شک محقق شدن امور فوق در نظام ارائه خدمات سلامت ایران مستلزم اتخاذ روش های تصمیم گیری مبتنی بر شواهد است، گستره نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور با حدود ۱۸۰۰۰ خانه بهداشت و دارا بودن حدود ۳۳۰۰۰ بهورز، ۶۲۰۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، ۳۸۰۰ پایگاه بهداشت شهری و روستایی، ۴۰۰ مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی با ظرفیت بالقوه حدود ۲۰۰۰۰۰۰ کاردان و کارشناس، ۶۰۹ بیمارستان

در بخش دولتی با حدود ۲۵۰۰۰۰ پرسنل پرستار و غیره، و بیش از ۴۰۰۰۰ هزار مؤسسه ارائه خدمت در بخش غیردولتی و خصوصی، نیازمند سازوکار مناسب برای بازنگری نظام ارائه خدمات می باشد.

مشکلات امروز نظام ارائه خدمات سلامت و محدودیت شدید منابع از یک سو و ضرورت حفاظت و حمایت از گروه های آسیب پذیر از سوی دیگر، ایجاب می کند تا با استفاده از تجارب کشورهای موفق در حوزه سلامت، و آرام قوانین بالادستی، با هدف صیانت از حقوق سلامت مردم و ارائه کنندگان خدمات، بر اساس مدل علمی اجرایی قابل قبول، شرایط نظام ارائه خدمات را ساماندهی نمود.

تکالیف مندرج در سیاست های ابلاغی سلامت و اقتصاد مقاومتی همگی تاکید بر مدیریت بهینه منابع دارند. در این خصوص کنترل تقاضا اساسی ترین مداخله برای تعادل بین منابع و مصارف است. رویکرد کلی در کنترل تقاضا همواره تلاش دارد تا با حفاظت از است و حقوق سلامت مردم، نوعی متناسب سازی در پاسخگویی و نگاه مناسبی در بهره وری و کارایی مدیریت منابع ایجاد نماید. نماد کنترل تقاضا در نظام ارائه خدمات سلامت، سیستم ارجاع است و سازمان بهداشت جهانی در از ده سال گذشته، پیش از آن بعنوان شریان حیاتی نظام سلامت نام می برد.

نظام ارجاع سیستم تعریف شده ای است مطابق با نظام سطح بندی خدمات، که در آن با اطمینان از پوشش خدمات برای جمعیت تعریف شده، از برقراری فرآیندی روشن در دسترسی و برخورداری خدمات به افراد تحت پوشش حکایت دارد. در این فرآیند بر اساس ضوابط خاص حسب تعداد جمعیت، میزان محرومیت، شرایط جغرافیایی و فرهنگی، میزان بروز، شیوع و بار بیماریها، واحد خدمتی تعریف میگردد، قابل ذکر است در فرآیند نظام

ارجاع، اساس مطلوب بودن در هر سطح یک الزام بوده و مداخلات در سطوح مختلف، بصورت یک سیستم بهم پیوسته مبتنی بر فناوری اطلاعات استوار می باشد بطوریکه بین سطوح مختلف خدمات، فرآیند دوسویه با بازخورد برقرار است، که از محیطی ترین سطح خانه بهداشت آغاز و تا بیمارستان عمومی و فوق تخصصی ادامه می یابد.

عام ارجاع در برگیرنده نتایجی ذیل می باشد، و به دلیل نظم و چارچوب خاصی که ایجاد می کند، امکان رصد و کنترل خدمات و منابع را دارا است:

۱. انضباط دهی به بار مراجعه

۲. منطقی نمودن بار ویریت

۳. استاندارد سازی خدمات ویریت

۴. اصلاح و اعتبار بخشی سالم اطلاعات

۵. اعتبار بخشی علمی و فرهنگی اجتماعی خدمات پیشگیری

۶. جهت گیری و اصلاح نظام پرداخت

۷. بستری سازی و پیاده کردن پروتکل های ابلاغ شده حاصل از راهنمای بالینی

۸. بهینه سازی مدیریت منابع

نظام سلامت ایران برای برون رفت از شرایط کنونی و فائق آمدن به مشکلات پیش رو، راهی بجز قبول و پیاده سازی نظام ارجاع از طریق عملیاتی نمودن برنامه پزشکی خانواده ندارد. بدون شک اجرای هر چه موفق برنامه، عزم و ممارست مدیران را طلب می کند و تجارب کشورهای موفق در اجرای نظام

ارجاع، بیانگر از حمایت همه جانبه دولت ها از سیاست ها و برنامه های اجرایی می باشد.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان با توجه به اهمیت و توجه به موقعیت حساس کشور، ضمن تاکید بر صیانت حقوق سلامت مردم و بهره گیری از تجارب موفق سایر کشورها، تمام توان خویش را برای پیاده ساز، نظام ارجاع بکار گرفت. در گام نخست با طراحی سامانه "ناب" (نرم افزار اطلاعات بهداشتی) امکان ثبت داده های جمعیت تحت پوشش را بر مبنای نظام اقامت میسر نمود و با انجام ویزیت پایه، سیمای نیازهای سلامت برای حمایت تحت پوشش بر اساس گروه های سنی و جنسی را ترسیم نمود. این اقدام در ابتدا برای مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و سپس برای سایر مناطق صورت پذیرفت. در واقع این نرم افزار بستر بسیار مناسبی را برای پیاده سازی نظام ارجاع فراهم نمود، این دانشگاه اهتمام خویش را بطور جدی بکار گرفته است تا از طریق جلب مشارکت مردم و بهره گیری از ظرفیت های اجتماعی و بین بخشی، این استراتژی ارزشمند را با بهترین شیوه ممکن و با به حداقل رسانیدن مشکلات، اجرایی نماید. اطمینان داریم در آغازین ایام اجرای برنامه بهره گیری از نظرات اندیشمندان و صاحب نظران برای اصلاح و ادامه مسیر بسیار مفید و تعیین کننده خواهد بود بدون شک ارائه نظرات شما عزیزان گرانمایه و بزرگوار برای تقویت و توسعه برنامه بسیار ضروری، کاربردی و مزید است. ان شاء الله خواهد بود.

زمستان ۱۳۹۷

فهرست مطالب

۱۵	مقدمه
۱۵	نظام ارجاع در ایران
۱۷	مفاهیم و تعاریف کلیدی
۱۷	پوشش همگانی سلامت
۱۷	Family Physician بنایک خانواده
۱۷	نظام ارجاع
۲۱	انحطاط در باز بیمه
۲۲	نظام های پرداخت
۲۲	پرداخت خدمات
۲۳	Fee For Service پرداخت کارانه
۲۴	ضرورت پیاده سازی نظام ارجاع
۲۵	نتیجه ارزیابی نظام ارجاع مرحله
۲۶	نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت در سند بالا دستی
۳۰	وضعیت حوزه سلامت در قانون بودجه سال ۱۳۹۷ کشور
۳۲	دورنمای اجرای برنامه
۳۲	ذینفعان یا گروه های تحت تأثیر برنامه (Stakeholders)
۳۳	هدف از تدوین این Toolkit چیست؟
۳۵	ده گام اجرایی استقرار نظام ارجاع الکترونیک
۳۸	گام اول تشکیل تیم پروژه
۳۸	مفهوم تیم پروژه
۳۹	ساختارهای پیشنهادی
۳۹	کمیته دانشگاهی نظام ارجاع الکترونیک
۴۰	کمیته فنی مشترک
۴۰	فرایندهای مرتبط با تشکیل تیم پروژه

- تجربیات: ۴۱
- همکاری های درون بخشی و بین بخشی مورد نیاز: ۴۱
- اداره آمار و فناوری اطلاعات: ۴۱
- بیمه ها: ۴۲
- بخش خصوصی: ۴۳
- گام دوم: تبیین مفاهیم کلیدی و ایجاد زبان مشترک در خصوص نظام ارجاع: ۴۵
- گام سوم: تحلیل وضع موجود و تعیین ضوابط برای پیاده سازی در شهرستان نمونه
ارژان با سیستم HIS: ۴۷
- مفهوم تبادل: ۴۷
- فرایند تحلیل وضع موجود: ۴۷
- الزامات مورد نیاز برای تحلیل وضع موجود: ۴۸
- ساختار و فرایند تحلیل وضع موجود: ۴۸
- تحلیل سطح ۱: ۴۹
- تحلیل سطح ۲: ۵۰
- همکاری درون و بین بخشی در تحلیل وضع موجود: ۵۱
- بخش خصوصی: ۵۱
- بیمه شهرستان: ۵۳
- گام چهارم: تبیین مدل تبادل داده و نهایی سازی فاز اول: سام ارجاع الکترونیک
مبتنی بر نظام اطلاعات: ۵۸
- مفهوم مدل تبادل داده: ۵۸
- الزامات: ۵۸
- الزامات اجرایی سطح ۱: ۵۸
- خانه بهداشت/پایگاه بهداشت: ۶۰
- ثبت اطلاعات پایه شامل: ۶۰
- تأمین زیرساخت و سخت افزار واحدهای ارائه دهنده خدمت: ۶۰
- مرکز خدمات جامع سلامت: ۶۱

۶۳	الزامات اجرایی سطح ۲
۶۳	بیمارستان شهرستان یا درمانگاه تخصصی
۶۳	HIS بیمارستانی
۶۴	آموزش و توجیه پرسنل و متخصصین سطح ۲
۶۵	جریان تبادل اطلاعات
۶۵	طراحی داشبورد نظام ارجاع الکترونیک
۶۸	گام پنجم: برقراری سیستم نوبت گیری
۶۸	هدف از استقرار سیستم نوبت گیری
۶۸	ساختار و فرآیندهای سیستم نوبت گیری
۷۴	گام ششم: پیاده سازی و استقرار بر اساس نظام سطح بندی ارائه خدمات
۷۴	راهکار اجرایی
۷۴	آزمودن مدل در مقیاس کوچک و رفع نواقص احتمالی
	گام هفتم: آموزش و توجیه نیروی انسانی - اجرای آموزش های عمومی و پایش
۷۷	برنامه
۷۸	فرایندهای اجرایی مرتبط با آموزش نیروی انسانی
۷۸	تدوین برنامه های آموزشی
۷۹	چالش ها و مشکلات پیش رو
۸۰	راهکارهای مقابله با چالش های نظام ارجاع
۸۰	حمایت طلبی
۸۱	فرهنگسازی عمومی
۸۱	فضای مجازی
۸۲	پوشش رسانه ای
۸۲	پایش و نظارت برنامه
۸۳	ایجاد تیم های نظارتی
۸۳	اعضاء تیم پایش شهرستانی عبارتند از
۸۴	تدوین چک لیست استاندارد

- ۸۵.....ارائه بازخورد مناسب و پیگیری مصوبات:
- ۸۵.....تداوم پایش و نظارت:
- گام هشتم: ارزیابی اقتصادی فرایند ارجاع به منظور برآورد و تامین منابع مورد نیاز
- ۸۸.....و ارائه پیشنهاد در جهت اصلاح نظام پرداخت سرپایی:
- ۸۹.....اصلاح نظام پرداخت:
- گام نهم: اجرای برنامه در مقیاس شهرستانی و انعکاس چالشها و مشکلات اجرایی..
- ۹۴.....گام دهم: استقرار نظام ارجاع در کل استان (دانشگاه):
- ۹۷.....مختار حر:
- ۱۰۰.....نمودار گانت استقرار نظام ارجاع الکترونیک:
- ۱۰۱.....منابع:
- ۱۰۳.....

www.ketabon.ir

موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی و در حال حاضر با رویکرد پوشش جامع و همگانی سلامت (UHC)، موجب به کارگیری چهار اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی، استفاده از تکنولوژی مناسب، در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی شد. پزشک خانواده زیربنای راه اندازی نظام ارجاع در راستای توسعه عدالت اجتماعی و ارائه خدمات درمانی بهنگام، با کیفیت و با کارایی مناسب است.

نظام ارجاع در ایران

سازمان جهانی بهداشت اجرای نسیم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده را نکته کلیدی و اقدام اساسی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه ها، اثربخشی و برقراری برابری در سیستم های مراقبت های سلامتی می داند. طبق گزارش سازمان جهانی پزشک خانواده (WONCA) در حال حاضر برنامه پزشک خانواده در ۱۳۰ کشور و قلمرو اجرا می شود (۱). در کشور ما نیز با تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴ زمزمه های اجرای نظام ارجاع در کشور شنیده شد اما تا سال ۱۳۸۴ هیچگاه جنبه اجرایی پیدا نکرد. در سال ۱۳۸۴ در هنگام بررسی لایحه بودجه ای مستقل، دولت را موظف کردند تصویب یک تبصره به همراه ردیف بودجه ای مستقل، دولت را موظف کردند تا پایان سال تمام روستائیان را تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد. تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲ و بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ برنامه پنجم، نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع هستند (۲، ۳). بر اساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام جامع فراهم آورد (۴). بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تأمین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمد. بر اساس بند ۸ سیاست کلی سلامت، ابلاغ شده توسط رهبر معظم انقلاب، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره وری، باید در قالب شبکه بهداشت و درمان و منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع صورت گیرد. در تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۱۴۲۴۳۵/ت ۴۹۸۶۳ مورخ ۱۳۹۲/۸/۱ با هدف بهره مندی و برخورداری مردم از خدمات پایه سلامت کاهش پرداخت هزینه های سلامت از جیب مردم، کارگروه بررسی طرح جامع سلامت و هماهنگی دستگاه های اجرایی به منظور استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تشکیل شد. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم سلامت مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز بعهده دارند.