



دانشگاه علوم پزشکی نیشابور

معاونت آموزشی

گروه فناوری اطلاعات سلامت (HIT)

عنوان دوره :

نظام ارجاع الکترونیک سلامت

گروه هدف : کلیه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی نیشابور

روش برگزاری : غیر حضوری

تدوین : رضا درودی ، عضو هیات علمی و مدیر گروه HIT

حق تکثیر برای دانشگاه علوم پزشکی نیشابور محفوظ است

فهرست:

- ۱- تعریف دولت الکترونیکی
- ۲- نقشه راه دولت الکترونیک در نظام سلامت
- ۳- وظایف وزارت بهداشت در استقرار نظام سلامت الکترونیک و سیستم ارجاع در برنامه ششم توسعه
- ۴- سیاستهای اجرایی نظام سلامت در سال ۱۳۹۸
- ۵- شیوه های مدیریتی نظام سلامت
- ۶- مقدمه ای بر سپاسی (سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان)
- ۷- دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع، گام اول سال ۱۳۹۶
- ۸- دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع، گام دوم سال ۱۳۹۷
- ۹- نمودار های آموزشی نظام ارجاع الکترونیک سلامت
- ۱۰- نقشه ارجاع نظام سلامت شهرستان نیشابور
- ۱۱- اقدامات انجام شده دانشگاه علوم پزشکی نیشابور در راستای استقرار نظام ارجاع الکترونیک

۱- تعریف دولت الکترونیکی

اصطلاح دولت الکترونیکی به طور جدی از دهه ۱۹۹۰ مطرح گردیده است و به عقیده صاحب‌نظران می‌تواند مدل‌های جدید حکومت را تکامل بخشد.

مفهوم دولت الکترونیکی یک تعریف پذیرفته شده جهانی ندارد. برخی از این تعاریف به شرح زیر هستند: اصطلاح "دولت الکترونیکی" بر استفاده از فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات توسط دولت و به صورت گسترده‌ای در فرآیندهای دولتی تمرکز دارد. شبکه اینترنت و فناوری‌های مرتبط با آن می‌تواند کلیه ساختار و عملیات دولت را متحول سازد.

استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارائه خدمات عمومی، به منظور بهبود اثربخشی مدیریتی و ارتقای ارزش‌های دموکراتیک به مانند یک چارچوب قانونی است که منجر به بهبود و تقویت دانش جمعی و ابتکارات نوین در زمینه فناوری اطلاعات می‌شود.

دولت الکترونیکی شامل تبادلات الکترونیکی (مبادله اطلاعات و تراکنش‌ها) ما بین دولت، بخش عمومی (شهروندان و کسب و کارها) و کارمندان است.

دولت الکترونیکی عبارتست از استفاده از ICT توسط دولت برای ارائه اطلاعات و خدمات عمومی به مردم، بنابراین هدف از دولت الکترونیکی بهبود کارایی دولت، مدیریت اطلاعات ارائه شده به شهروندان، ارائه خدمات بهتر به شهروندان و دادن اختیار بیشتر به مردم از طریق در دسترس قراردادن اطلاعات و مشارکت آنها در تصمیم‌گیری‌های عمومی.

دولت الکترونیکی عبارتست از استفاده سازمان‌های دولتی از فناوری اطلاعات (مانند شبکه‌های گسترده، اینترنت و رایانش سیار) که توانایی متحول کردن ارتباط با شهروندان، کسب و کارها و ساختار دولت را دارند. این فناوری‌ها می‌توانند گستره وسیعی از امکانات را فراهم آورند. ارائه خدمات دولتی بهتر به شهروندان، بهبود تعامل با کسب و کار و صنعت، توانمندسازی شهروندان از طریق دسترسی به اطلاعات و مدیریت کارآمدتر بخشی از این قابلیت‌ها است. برخی از مزایای آن می‌تواند کاهش فساد، افزایش شفافیت، رفاه بیشتر، رشد درآمدی و کاهش هزینه باشد.

دولت الکترونیکی عبارتست از استفاده از ابزارها و سیستم‌هایی ایجاد شده توسط فناوری اطلاعات و ارتباطات، به منظور ارائه خدمات عمومی بهتر به شهروندان و کسب و کارها.

دولت الکترونیکی به وضعیتی اطلاق می‌شود که سازمان‌های قانون‌گذاری، مجری و قضائی عملیات

داخلی و خارجی خود را الکترونیکی کنند و از سیستم های شبکه ای به منظور ارائه خدمات عمومی به شهروندان با کیفیت بهتر، به طور موثری استفاده کنند.

دولت الکترونیک عبارتست از بهینه سازی مستمر ارائه خدمات، مشارکت عمومی و حکمرانی از طریق تحول ارتباطات داخلی و خارجی بر پایه فناوری، اینترنت و رسانه.

دولت الکترونیک عبارت است از استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات به منظور پیشرفت کار و موثر دولت، تسهیل دسترس پذیری خدمات دولت، اجازه دسترسی بیشتر عموم به اطلاعات و افزایش میزان پاسخگویی دولت به شهروندان. دولت الکترونیک شامل ارائه خدمات از طریق اینترنت، تلفن، مراکز ارتباطی مکانیزه، سیستم های ارتباطی بی سیم و غیره می باشد. در شکل ۱ واژه ها و پارامترهای کلیدی مستخرج از تعاریف مورد بررسی نمایش داده شده است.

این موضوع که سیستم ارائه خدمت بصورت شبانه روزی و با کمترین هزینه در دسترس می باشد و کاربران فرصت کافی جهت دسترسی و ارائه اطلاعات خود را دارا می باشند، موجب افزایش سطح رضایتمندی و رفاه شهروندان شده و در بلند مدت به بهبود رابطه بین دولت، شهروندان و کسب و کار منجر خواهد شد.

کاهش ترافیک شهری و آلودگی هوا، افزایش سرعت کارها، صرفه جویی در انرژی مفید شهروندان، ارتقای روحیه مثبت و رفاه و اسایش شهروندان، افزایش سرعت توسعه و پیشرفت کشور، ارتقای متوسط سطح فرهنگی و علمی کشور به واسطه تبدیل شهروندان به شهروندان الکترونیک، توسعه اقتصاد پایدار و قابل رقابت، زمینه ساز جامعه دانش محور بخشی از کارکردهای دولت الکترونیک است.



شکل ۱: پارامترهای کلیدی مورد توجه در تعریف دولت الکترونیک

۲- نقشه راه دولت الکترونیک در نظام سلامت

اقدامات وزارت بهداشت در زمینه توسعه دولت الکترونیک و هوشمند سازی

در راستای تسهیل و تسریع دسترسی مردم به خدمات در بخش بهداشت و درمان به عنوان مسئول تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت عمومی آحاد جامعه و نیز افزایش اثربخشی و کارایی فرآیندها و روش های ارائه خدمات و توسعه از طریق به کارگیری نظام های دولت الکترونیک و هوشمندسازی، با استناد به بخشنامه شماره ۱۳۴۷۲/۹۳/۲۰ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۰۷ سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، کمیته توسعه دولت الکترونیک و هوشمندسازی ایجاد شد.

*ایجاد کمیته توسعه دولت الکترونیک و هوشمندسازی در ستاد وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی

*تهیه برنامه عملیاتی توسعه خدمات الکترونیک دستگاه

*برنامه ریزی برای مستندسازی و تهیه شناسنامه خدمات الکترونیک دستگاه و راهبری اجرای برنامه

*همفکری در تعیین اولویت های اصلاحی فرآیندهای سرویس گرای سازمان به منظور ترسیم نقشه راه دولت الکترونیک

*مشارکت در تصویب راهبردها و برنامه توسعه دسترسی مردم به ارائه خدمات از طریق دفاتر پیشخوان، و میزهای الکترونیک ارائه خدمات سازمان

* نظارت راهبردی بر روند الکترونیک سازی فرآیندها، و کیفیت خدمات در درگاه های خدمات رسانی دستگاه و ارزیابی و رتبه های آن ها

همفکری در تدوین و تصویب سیاست های راهبردی کارآمد در آموزش مدیران، کارکنان و کارشناسان واحدهای فناوری اطلاعات دستگاه و کارگزاران ارائه خدمات دولتی

۳- وظایف وزارت بهداشت در استقرار نظام سلامت الکترونیک و سیستم ارجاع در برنامه ششم توسعه

قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب ۱۳۹۵/۱۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی) نامه شماره ۱۰۴۲ مورخ ۱۳۹۶/۱/۱۶- بخش ۱۴ و ماده ۷۴ برنامه ششم توجه به استقرار سامانه سپاس (سامانه پرونده الکترونیک سلامت و نظام ارجاع بر بستر الکترونیک اشاره دارد.

بخش ۱۴- سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده

ماده ۷۴-

الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

تبصره- کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی‌ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

ب- کلیه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاههای اجرائی موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در سایر مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی با رعایت تبصره (۱) ماده‌واحد قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۳۷۳/۱۰/۱۱ و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرائی خود نیستند. مسؤولیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانه‌های مربوطه و معاونان آنها و مسؤولان مالی دستگاههای مذکور است. دولت مکلف است در اجرای این حکم با جبران خدمات ذی‌نفعان از

طریق اعمال تعرفه خاص در چهارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی، پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجه‌های سنواتی است.

تبصره ۱- مصادیق نقاط محروم موضوع این ماده و نام فرد و علت آن به‌عنوان موارد استثناء به پیشنهاد دستگاه اجرائی مربوطه و تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد.

تبصره ۲- مطب پزشکان و دندانپزشکان متخصص در نقاط محروم در صورت نیاز و ضرورت به تشخیص رئیس دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی آن نقطه تعیین می‌شود و مطب پزشکان و دندانپزشکان عمومی از شمول این بند مستثنی است.

پ- دولت موظف است از بخشهای خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرکهای دانش سلامت، حمایت به عمل آورد. آیین‌نامه اجرائی این بند در چهارچوب قوانین و بودجه سنواتی طی سال اول اجرای قانون برنامه تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ت- به منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور تعیین نموده و اقدامات لازم را به‌عمل آورد.

ث- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبتهای پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.

تبصره- در چهارچوب قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۴/۶ دولت مکلف است در قالب قوانین بودجه سالانه در سقف کارانه پرستاری و در چهارچوب بسته‌های خدمات تشخیصی درمانی موضوع قانون مذکور اعتبارات مورد نیاز را از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین نماید.

ج- سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرائی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند (الف) این ماده هستند.

چ- به منظور تحقق بند (۱۲) سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی- اسلامی و مکمل موظف است نسبت به ادغام خدمات تأییدشده طب سنتی ایرانی- اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید.

ح- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است تقاضای تخصیص نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی مورد نیاز سازمان تأمین اجتماعی را براساس تفاهم و همکاری متقابل با اولویت مناطق محروم بررسی و تأمین نماید.

خ- کلیه اعضای سازمان‌های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی ملزم به تهیه بیمه مسؤولیت حرفه‌ای بوده و دستگاه قضائی آن را به‌عنوان وثیقه قرار تأمین بپذیرد به‌جز در مواردی که خسارات عمدی است و امکان استیفای حق وجود نداشته باشد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص لوایح حوزه وظایف و اختیارات این سازمان‌ها، نظر مشورتی آنها را أخذ نماید.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حمایت از تولید و عرضه و تجویز داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) حمایت بیمه‌ای را فقط به داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) اختصاص دهد و با همکاری وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران و اتاق تعاون مرکزی ایران حسب مورد تمهیدات لازم را در جهت صادرات محصولات سلامت‌محور به عمل آورد و برنامه ایمن‌سازی کودکان (واکسیناسیون) را تا حد و تراز کشورهای توسعه‌یافته ارتقاء دهد.

ذ- وزارت نفت در مناطق نفت‌خیز و گازخیز و شرکتهای معدنی بزرگ دولتی در مناطق معدنی محل استقرار خود در راستای مسؤولیت اجتماعی خود و جبران پیامدهای تهدیدکننده سلامت در آن مناطق نسبت به تکمیل، تجهیز، ارتقاء خدمات مراکز بهداشتی و درمانی خود اقدام نمایند و به خدمت‌رسانی به عموم مردم منطقه در چهارچوب نظام سطح‌بندی خدمات با رعایت احکام ماده (۷۰) این قانون بر مبنای تعرفه‌های مصوب دولت در مراکز دولتی اقدام کنند.

ر- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پدافند غیرعامل کشور در جهت مصون‌سازی و افزایش توان بازدارندگی کشور موظف است انواع تهدیدات حوزه سلامت را بررسی و اقدام لازم جهت خنثی‌سازی و مقابله با آن را مطابق قوانین مربوطه به انجام رساند.

تبصره- رعایت جهات شرعی از جمله محرم و نامحرم در اجرای این ماده ضروری است.

۴- سیاستهای اجرایی نظام سلامت در سال ۱۳۹۸

با توجه به ابلاغ سیاستهای وزارت بهداشت در سال جاری اولویت اقدامات ستاد وزارتخانه و دانشگاههای علوم پزشکی به شرح ذیل لحاظ شده است.

۱- استقرار نظام سلامت الکترونیک

براین اساس پیاده سازی کامل و توسعه Electronic Health Record (EHR) واستقرار سامانه سپاس (سامانه پرونده الکترونیک سلامت) ، تبادل الکترونیک اسناد بیمه ای ، نسخه نویسی الکترونیکی انجام می شود

۲- استقرار کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و شهری با اولویت توسعه نظام سطح بندی ارایه خدمات بهداشتی بر بستر الکترونیک (نظام ارجاع الکترونیک)

۳- ادامه برنامه تحول نظام سلامت براساس اعتبارات پیش بینی شده

۵- شیوه های مدیریتی نظام سلامت (سیستم تعاون همگانی ، سیستم ارجاع)

دو شیوه مدیریت در نظام سلامت در دنیا وجود دارد:

۱. در اولین شیوه مدیریتی که به آن سیستم تعاون همگانی گفته می شود همه عناصر کشور به نحوی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی شرکت دارند و همچنین بیمار این حق را دارد که به هر مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نماید.

۲. شیوه دوم، خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت و حرکت بیمار برای دریافت این خدمات را در سطوح مختلفی تعریف نموده و نظام مند ساخته است. به این سازوکار نظام مند، نظام ارجاع گفته می شود.

مدیریت با شیوه اول نتایجی همچون عدم دریافت پاسخ لازم به دلیل عدم شناخت بیمار و پزشک، ارائه خدمات تکراری و بی اثر، عدم ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری، اتلاف امکانات پیچیده برای امراض ساده یا بالعکس، عدم امکان پیگیری بیمار توسط تیم سلامت، مصرف بی رویه و خودسرانه دارو به دلیل تکرار درمان از سوی پزشکان و خستگی بیمار از عدم دریافت پاسخ صحیح و همچنین اتلاف خدمات پاراکلینیکی و افزایش هزینه وارد شده به اقتصاد خانواده و دولت به دلیل عدم دریافت درمان مناسب را به دنبال دارد. از محسنات این شیوه مدیریتی می توان به آزاد بودن بیمار برای مراجعه به پزشک دلخواه،

انتخاب آزادانه شغل و فعالیت توسط تیم سلامت، عدم نیاز به فرهنگ‌سازی در بطن جامعه و تیم سلامت و عدم فعالیت سلیقه‌ای بیمه‌ها اشاره نمود.

اما در شیوه مدیریت دوم، حرکت بیمار جهت دریافت خدمات سلامت را "پزشک خانواده" تعیین می‌کند. پزشک خانواده، پزشکی عمومی است که خدمات سلامت را بدون در نظر گرفتن شرایط جنسیتی، اقتصادی، اجتماعی و میزان ریسک بیماری در اختیار افراد تحت پوشش و مدیریت خود قرار می‌دهد و در صورت نیاز، بیمار را به پزشک متخصص ارجاع می‌دهد. پزشک خانواده جمعیتی مشخص و تعریف‌شده توسط وزارت بهداشت و درمان را تحت پوشش خود دارد. بدین منظور در این شیوه مدیریتی بیمار به پزشک خانواده مراجعه می‌کند و در صورت نیاز به پزشک متخصص ارجاع داده می‌شود و بیمارستان و مراجع درمانی نیز موظف هستند پیرامون اقدامات انجام‌شده و خدمات ارائه‌شده به بیمار، پزشک خانواده را مطلع سازند.

۶- مقدمه ای بر سپاس (سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان)

پرونده الکترونیک سلامت (Electronic Health Record) یک مجموعه جامع و سازماندهی شده الکترونیکی داده‌ها و اطلاعات بالینی، دموگرافیکی، اجتماعی و مالی است که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، آرایه شده به یک فرد را مستند می‌کند.

EHR، مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان، از پیش از تولد(شامل اطلاعات دوران جنینی و ماقبل آن) تا پس از مرگ است که به صورت مداوم و با گذشت زمان به شکل الکترونیک ذخیره می‌شود و در صورت نیاز، بدون محدودیت مکانی یا زمانی، تمام یا بخشی از آن در دسترس افراد مجاز (مانند پزشک معالج) قرار می‌گیرد.

سهولت دسترسی به اطلاعات سلامت، صرفه جویی در زمان، کاهش خطاهای پزشکی و صرفه جویی در هزینه‌ها، ارتقا کیفیت درمان بیماران از طریق ارتقا کیفیت اطلاعات سلامت، سهولت انجام فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی، مدیریت و نظارت و بهبود مدیریت منابع انسانی و فیزیکی در حوزه سلامت، بهبود مدیریت بیماری‌های مسری، مزمن وحاد، بهبود نظارت بر خدمات بهداشتی و درمانی از مزایای پرونده سلامت الکترونیک است.

ارائه خدمات نوین الکترونیکی به مردم و ایجاد ابزار مناسب برای مدیران شبکه‌های بهداشتی و درمانی، بیمارستانها و مراکز ارائه خدمات درمانی غیردولتی، ایجاد بستر اطلاعاتی مناسب برای تجمیع داده‌های خدمات

و مراقبت‌های بهداشتی، نظارت بر کیفیت ارائه خدمات در حوزه بهداشت و نهایتاً در حوزه درمان و ایجاد داشبوردهای گزارشگیری در سطوح مختلف نظام سطح بندی ارائه خدمات سلامت از ویژگیهای EHR می باشد.

پرونده الکترونیک سلامت، پایگاه دسترسی به داده‌ها و اطلاعات بیماران است. همین سهولت دسترسی به نوعی خطر نقض حقوق بیمار در خصوص محرمانگی اطلاعات را افزایش می‌دهد که بر این اساس نیاز به تدوین و اجرای دقیق استانداردهای تبادل الکترونیک اطلاعات سلامت در بستری امن می باشد. پرونده سلامت الکترونیک، علاوه بر اینکه سبب کاهش هزینه و زمان می‌شود، فشارهای روانی بیماران را هم کاهش می‌دهد.

در برخی از کشورهای پیشرفته مانند آمریکا، کانادا و انگلیس، هر فرد دارای یک پرونده الکترونیکی است که در این پرونده تمام سوابق پزشکی بیمار ذکر شده است. در این کشورها، راه اندازی پرونده سلامت الکترونیک سبب شده تا بیماران برای تهیه دارو هم با مشکل مواجه نشوند و الکترونیکی داروی خود را تهیه می نمایند.

وقتی کسی پرونده الکترونیک سلامت دارد، دیگر نیاز نیست چند بار آزمایش دهد یا برای گرفتن آزمایش‌های خود به بیمارستان مراجعه کند چرا که با رعایت الزامات امنیتی و تعیین دسترسی های مجاز به داده و اطلاعات، جواب آزمایش یا عکس‌ها به صورت اسکن به پست الکترونیکی بیمار و پزشک فرد ارسال می‌شود.

الکترونیکی کردن پرونده سلامت ایرانیان، علاوه بر اینکه نیاز به زیر ساخت‌های مخابراتی، ارتباطاتی و اطلاعاتی دارد، نیازمند همکاری همه وزارت‌خانه‌ها، سازمان‌ها و مراکزی است که به نوعی با حوزه سلامت مرتبط هستند.

۷- دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع، گام اول سال ۱۳۹۶

دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع-گام اول

(مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری)

این دستورالعمل در راستای اجرای مفاد ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران در جهت ارتقا بسته خدمات روستاییان، عشایر و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر با رعایت نظام سطح بندی و ارجاع و در اجرای برنامه هزینه کرد منابع حاصل از ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده در حوزه درمان در سال ۱۳۹۶ برای تامین هزینه های اجرای برنامه نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ بیمه شدگان روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تنظیم شده است.

واژه نامه

به منظور برداشت یکسان از واژه ها و اصطلاحات به کار رفته در این سند، تعاریف و مفاهیم کلیدی به شرح زیر بیان می شوند:

❖ وزارت بهداشت:

منظور از وزارت بهداشت در این دستورالعمل، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که تولید نظام سلامت کشور را به عهده دارد.

❖ دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی:

منظور از دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی در این دستورالعمل، دانشگاه ها/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی می باشند که بر اساس تقسیمات جغرافیایی، مسئولیت ساماندهی بهداشت و درمان و نظام ارجاع را بر عهده دارند.

❖ سازمان بیمه:

منظور از سازمان بیمه در این مستند، سازمان بیمه سلامت ایران می باشد. سایر سازمان هایی که به موجب قانون مجاز به ارائه بیمه پایه می باشند در شمول بهره مندی از این برنامه در فاز یک گام اول قرار نمی گیرند. سایر سازمان های بیمه ای پایه در صورت ایجاد زیرساخت های نظام ارجاع و تطبیق فنی سامانه های خود با اسناد فنی نظام ارجاع (سیاب و سنا) در فازهای بعدی مشمول برنامه خواهند شد.

❖ نظام ارجاع و مراحل اجرای آن:

منظور از نظام ارجاع در این مستند، برنامه نظام ارجاع مبتنی بر برنامه پزشک خانواده، به ترتیب اولویت در گام اول مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری، گام دوم - جمعیت شهری در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر و گام سوم - جمعیت شهری کل کشور می باشد.

❖ تعرفه مصوب:

منظور از تعرفه مصوب، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی است که به طور سالانه مورد تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی قرار گرفته و توسط هیات محترم وزیران ابلاغ می شود.

❖ سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع سطح یک مراکز بهداشتی (سیاب):

منظور از سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع سطح یک بهداشتی (سیاب)، سندی است که توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، معاونت بهداشت، و معاونت درمان وزارت بهداشت و با همکاری سازمان بیمه سلامت ایران جهت ثبت مراقبت های بهداشتی، و تولید درخواست ارجاع در سامانه های سطح یک و دریافت بازخوراند از سامانه های سطوح دو و سه ارائه خدمات تنظیم گردیده است.

❖ سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع سطح دو و سه مراکز درمانی (سنا):

منظور از سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع (سنا) ، سندی است که توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، معاونت بهداشت و معاونت درمان وزارت بهداشت با همکاری سازمان بیمه سلامت ایران جهت دریافت اطلاعات ارجاع و ثبت و ارسال اطلاعات بازخوراند در سامانه های سطوح دو و سه ارائه خدمات تنظیم گردیده است.

❖ گواهی قابلیت فنی برقراری سرویس های نظام ارجاع:

این گواهی توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت صادر می گردد و به شرکت های تولید کننده نرم افزار در سطح یک، دو و سه به صورت مجزا داده می شود.

❖ سامانه های سطح ۱، ۲ و ۳ وزارت بهداشت:

منظور از سامانه های سطح ۱، ۲ و ۳، سامانه های کاربردی و عملیاتی در سطح یک (بهداشت) و سطح ۲ و ۳ (بستری و سرپایی درمان) می باشند که بر اساس سند های تبادل الکترونیک اطلاعات نظام ارجاع، قابلیت ثبت و دریافت ارجاع و بازخوراند مورد نیاز را دارا باشند.

❖ سامانه سمد:

منظور از سامانه سمد، "سامانه مدیریت ارجاعات درمان بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران" می باشد که وظیفه صدور شناسه یکتای ارجاع و صحت سنجی آن را بر عهده دارد.

❖ داشبورد مدیریتی نظام ارجاع:

داشبورد مدیریتی نظام ارجاع عبارت است از سامانه ای مدیریتی که با تجمیع و یکپارچه سازی تراکنش های اطلاعاتی دریافتی از سامانه های سطح یک، دو، سه و سامانه سمد سازمان بیمه سلامت، امکان مدیریت اطلاعاتی نظام ارجاع را از طریق پایش و تحلیل شاخص های عملکردی خدمات ارجاع برای مدیران حوزه سلامت، با تعریف سطوح دسترسی مشخص فراهم می نماید.

ماده ۱: کلیات

این دستورالعمل در برگیرنده ضوابط و مقررات مربوط به برنامه "استقرار نظام ارجاع-گام اول (مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری)" می باشد .

معاونین درمان و بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی کشور موظفند با هماهنگی مدیران کل بیمه های سلامت استان اطلاع رسانی لازم در خصوص استقرار نظام ارجاع و کلیه مراکز مجاز ارائه کننده خدمات در سطوح ۲ و ۳ را برای استفاده از خدمات تخصصی سرپایی (ویزیت، کلیه خدمات تشخیصی و درمانی تحت پوشش بیمه پایه سلامت) و بستری بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر انجام دهند.

ماده ۲: هدف کلی

تکمیل نظام ارجاع برای افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری با فوریت ارائه خدمات سرپایی و بستری سطح ۲ و ۳ به عنوان گام اول استقرار کامل نظام ارجاع مد نظر می باشد.

الف- در این راستا فاز یک گام اول مربوط به بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای دفترچه بیمه روستایی سازمان بیمه سلامت می باشد.

ب- روستاییان بیمه شده سایر سازمان های بیمه ای پایه در صورت ایجاد زیرساخت های نظام ارجاع و تطبیق فنی سامانه های خود با اسناد فنی نظام ارجاع (سیاب و سنا) در فازهای بعدی مشمول برنامه خواهند شد.

گام دوم در استقرار کامل نظام ارجاع مربوط به جمعیت شهری در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر و گام سوم با لحاظ نمودن جمعیت شهری کل کشور خواهد بود.

ماده ۳: اهداف اختصاصی

۱. استقرار فرایند ارجاع الکترونیک در ارائه خدمات به بیمه شدگان روستایی و عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر
۲. استقرار نظام ارجاع در بستر فناوری اطلاعات با قابلیت ثبت و دریافت ارجاع و بازخورد در کل فرایند ارجاع از سطح ۱ تا ۳
۳. اجرای فرایند پرداخت هزینه بازخورد ارجاع خدمات بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر توسط سازمان بیمه سلامت
۴. سیاستگزاری، مدیریت اطلاعات و گزارش گیری مرتبط با مراحل ارجاع در سطوح مختلف بخش دولتی و خصوصی، خیریه و عمومی غیر دولتی و با تمرکز بر ثبت ارجاع و بازخورد اقدامات در کل سطوح
۵. امکان سنجی بهره برداری از نرم افزار های مرتبط در واحد های تشخیصی و درمانی بخش خصوصی، خیریه و عمومی غیر دولتی طرف قرارداد سازمان بیمه و ایجاد شرایط دسترسی برای آن ها
۶. ایجاد امکان کنترل ارجاع توسط پزشکان خانواده و جلوگیری از ارجاع بیماران توسط سایر پزشکان فاقد صلاحیت (به جز پزشک جایگزین)
۷. مدیریت هزینه ارائه خدمات به بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر بیست هزار نفر

ماده ۴: جمعیت هدف:

افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری، با تمرکز بر بیمه شدگان روستایی، عشایر و جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دارای دفترچه بیمه روستایی سازمان بیمه سلامت در فاز یک گام اول و روستاییان بیمه شده سایر سازمان های بیمه ای پایه، در صورت ایجاد ساختار نظام ارجاع در فازهای بعدی، مشمول برنامه خواهند شد.

ماده ۵: واحدهای مجری:

تمامی خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت شهری و روستایی، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری، کلینیک های ویژه، بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش وزارت بهداشت مشمول این برنامه می باشند.

تبصره: واحدهای تشخیصی و درمانی عمومی غیر دولتی، بخش خصوصی و خیریه طرف قرارداد سازمان بیمه نیز با فراهم نمودن شرایط و زیر ساخت های لازم اطلاعاتی و بیمه ای امکان شمول دارند.

ماده ۶: نظام هزینه کرد منابع:

الف) تامین منابع این دستورالعمل، پس از ابلاغ، در سال اول اجرای برنامه، به شرح مفاد بندهای زیر می باشد که با بررسی روند استقرار برنامه و سایر شرایط، در صورت لزوم بطور سالانه بازنگری و ابلاغ خواهد شد.

ب) در صورت مراجعه بیماران (سرپایی و بستری) غیر اورژانسی خارج از مسیر ارجاع به سطوح ۲ و ۳ ارائه خدمات، هرگونه ویزیت، خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی و داروی تجویز شده توسط پزشک متخصص با هزینه آزاد و پرداخت ۱۰٪ تعرفه مصوب توسط بیمار، ارائه خواهد شد.

۱. نحوه محاسبه پرداخت هزینه های تکمیل فرآیند ارجاع سرپایی:

الف) به ازای ثبت و ارائه بازخوراند ارجاع در بخش دولتی (اعم از ارائه آن توسط متخصص، فوق تخصص، فلوشیپ، روانپزشک و اعضای هیئت علمی و یا تمام وقت درمان) معادل ۵۰ درصد تعرفه ویزیت متخصص در بخش دولتی بدون احتساب ضریب تمام وقت جغرافیایی توسط سازمان بیمه به کلینیک های ویژه و بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش وزارت بهداشت پرداخت می شود.

ب) مراکز طرف قرارداد سرپایی سطوح ۲ و ۳ موضوع تبصره ماده ۵ این دستورالعمل، در صورت تکمیل دقیق فرم بازخوراند ارجاع و ثبت در سامانه نظام ارجاع، به ازای هر بازخوراند، ۵۰ درصد تعرفه ویزیت متخصص در بخش دولتی بدون احتساب ضریب تمام وقت جغرافیایی را از سازمان بیمه دریافت خواهند نمود.

ج) دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مکلف است این مبلغ را حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از پرداخت سازمان بیمه در اختیار مدیران کلینیک های ویژه و بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی قرار دهد تا جهت موارد ذیل صرف گردد:

- تشویق پزشکان موثر در استقرار نظام ارجاع و ثبت بازخوراند با کیفیت،
- ارتقای تکریم بیماران ارجاعی از سطح یک،
- بهینه سازی نوبت دهی برای بیماران ارجاعی از سطح یک،

- اطمینان از تکمیل دقیق بازخوراند ارجاع،
- ارتقا فرایند های مدیریتی لازم برای حفظ کیفیت ارائه خدمات در نظام ارجاع،
- ایجاد فرآیند های مورد نیاز برای ثبت الکترونیکی دقیق و به موقع اطلاعات بازخوراند،
- خرید و ارتقاء نرم افزارهای لازم دارای گواهی فنی نظام ارجاع به منظور برقراری و بهینه سازی زیرساخت اطلاعاتی نظام ارجاع در مراکز ارایه کننده خدمات.

د) مسئولیت حسن اجرا و نظارت بر نحوه هزینه کرد مبلغ مذکور به عهده مدیریت کلینیک های ویژه و بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی می باشد.

ه) برای هر شناسه ارجاع جهت یک پزشک از زمان صدور به مدت یک ماه برای مراجعات بیمار به همان پزشک دارای اعتبار می باشد و پرداخت بازخوراند ارجاع بر اساس آن انجام می گیرد. پرداخت بازخوراند ارجاع افقی (متخصص به متخصص رشته دیگر یا فوق تخصص) نیز حداکثر تا یکماه از ارجاع اولیه امکان پذیر است. رعایت فرایند ارجاع براساس ضوابط و مقررات و دستورالعمل های موجود معاونت های بهداشت و درمان، الزامی می باشد.

۲. نحوه محاسبه پرداخت هزینه های تکمیل فرآیند ارجاع بستری:

الف) در ارائه خدمات بستری برای هر بیمار بستری که از مسیر ارجاع در بیمارستان پذیرش شده باشد در صورت تکمیل دقیق فرم بازخوراند ارجاع با تایید مرکز ارجاع دهنده و ثبت در سامانه مرتبط (پانصد هزار ریال) بابت هر پرونده بستری از طرف سازمان به بیمارستان پرداخت خواهد شد که ۵۰٪ از این مبلغ سهم بیمارستان و ۵۰٪ نیز سهم پزشک معالج می باشد.

ب) دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مکلف است این مبلغ را در اختیار مدیران بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی قرار دهد تا جهت اطمینان از تکمیل دقیق بازخوراند ارجاع الکترونیکی، ایجاد و ارتقا فرایند های مدیریتی لازم برای حفظ کیفیت ارائه خدمات در نظام ارجاع صرف گردد.

ج) مسئولیت حسن اجرا و نظارت بر نحوه هزینه کرد مبلغ مذکور به عهده مدیریت بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی می باشد.

۳. نحوه تخصیص اعتبارات نظام ارجاع توسط وزارت بهداشت به سازمان:

منابع لازم برای پرداخت بازخوراند ارجاع بیمه شدگان روستایی از محل اعتبارات ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده سهم معاونت درمان وزارت بهداشت تامین شده و تخصیص اعتبار مربوطه طی تفاهم نامه سالانه، به سازمان بیمه بر اساس گزارش مندرج در داشبورد مدیریتی مشترک پرداخت می گردد.

پرداخت سازمان بیمه به مراکز درمانی براساس گزارش عملکرد ماهانه به تفکیک بیمارستان و مراکز ارائه دهنده خدمات سرپایی تسویه می گردد و می بایست عملکرد مرتبط در داشبورد مدیریتی قابل مشاهده و گزارشگیری باشد.

- تبصره: دو درصد اعتبارات تخصیص یافته به سازمان بیمه سلامت از طرف وزارت بهداشت، صرف هزینه های عملیاتی طرح شامل تجهیز سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری سازمان جهت تقویت پایش و نظارت در اجرای این تفاهم نامه خواهد شد. این هزینه کرد، شامل موارد زیر خواهد بود:
- به روز رسانی و نگهداری سامانه سمد، به منظور صدور برخط شناسه یکتای درخواست و تایید بازخوراند نظام ارجاع
- طراحی و نگهداری داشبورد های مدیریتی نظام ارجاع حوزه بیمه

• طراحی، به روزرسانی، و نگهداری سامانه رسیدگی الکترونیک اسناد نظام ارجاع

۴. نحوه تامین اعتبارات لازم برای راه اندازی و نگهداری زیرساخت سامانه ای و داشبوردی نظام ارجاع وزارت بهداشت:

پنج درصد از اعتبارات سالانه برنامه بر اساس این دستورالعمل، در اختیار دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، صرف هزینه های عملیاتی زیرساخت سامانه ای و داشبوردی نظام ارجاع وزارت بهداشت در طی سال های اجرای برنامه خواهد شد. این موارد شامل:

- آماده سازی زیرساخت مراکز داده ابری برای مدیریت برخط نظام ارجاع کشور (حداقل سه مرکز برخط متصل)
- طراحی، پیاده سازی و به روز رسانی وب سرویس های فنی نظام ارجاع
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری مرکز تبادل داده اطلاعات نظام ارجاع کشور
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری سامانه امضاء الکترونیک و گواهی میانی اسناد الکترونیک نظام ارجاع
- طراحی، پیاده سازی و به روز رسانی و نگهداری سامانه رسیدگی پیش بیمه اسناد الکترونیک نظام ارجاع
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری داشبورد های مدیریتی نظام ارجاع وزارت بهداشت
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری نظام نوبت دهی یکپارچه نظام ارجاع کشور
- طراحی، پیاده سازی و نگهداری سامانه یکپارچه پیام رسان نظام ارجاع به مراکز و شهروندان

۵. نحوه پرداخت اعتبارات نظام ارجاع توسط سازمان به مراکز درمانی تحت پوشش برنامه:

پرداخت سازمان بیمه به کلینیک های ویژه، بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش وزارت بهداشت (بیمارستان، درمانگاه و مطب) حداکثر ۳۰ روز بعد از دریافت هر فرم الکترونیک بازخوراند صورت می پذیرد. کارشناسان سازمان پس از رسیدگی در مدت زمان مذکور نسبت به تایید مبلغ و ثبت پرداخت در سامانه مرتبط اقدام می نمایند.

شایان ذکر است پرداخت هزینه ها توسط سازمان منوط به تامین و ابلاغ اعتبارات ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده توسط وزارت بهداشت می باشد.

تبصره ۱: پرداخت مبلغ مرتبط با بازخوراند ارجاع بر اساس گزارشات سامانه مرتبط خواهد بود.

تبصره ۲: پرداخت مبلغ مرتبط با بازخوراند ارجاع می بایست از سایر پرداخت های سازمان جدا گردد.

ماده ۷: ساختار مدیریت برنامه :

الف) هماهنگی های مدیریتی فرایند ارجاع بعهدہ کمیته مشترک کشوری نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ شامل معاونین درمان، بهداشت و مدیرکل آمار و فناوری اطلاعات وزارت، مدیرعامل سازمان بیمه، معاون بیمه خدمات سلامت و مدیر فناوری اطلاعات سازمان بیمه می باشد.

ب) هماهنگی های اجرایی این دستورالعمل به عهده کمیته دانشگاهی نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ مرکز استان شامل معاونین درمان و بهداشت و مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی، مدیرکل بیمه سلامت استان، معاون بیمه خدمات سلامت و رییس اداره فناوری اطلاعات بیمه سلامت استان بوده و ریاست این کمیته با رییس دانشگاه/دانشکده می باشد.

تبصره ۱: در استانهایی که دارای بیش از یک دانشگاه/دانشکده می باشند، معاون درمان و بهداشت دانشگاه/دانشکده شهرستان عضو کمیته دانشگاهی مرکز استان خواهند بود.

تبصره ۲: دانشکده های مستقل در کشور نیز مانند دانشگاهها متعهد به انجام وظایف مذکور خواهند بود.

تبصره ۳: کمیته دانشگاهی مرکز استان موظف است گزارشات اقدامات انجام شده را ماهیانه بصورت رسمی به کمیته کشوری سطح ۲ و ۳ اعلام نماید

ماده ۸: فرایند ارجاع:

پزشکان خانواده موظفند تا در صورت تشخیص و لزوم ادامه درمان در سطوح بالاتر، در صورتیکه بیمار نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی داشته باشد با تکمیل فرم الکترونیک ارجاع، بیمار را به سطح تخصصی طرف قرارداد در مسیر ارجاع آموزش و هدایت نمایند. لازم به ذکر است در صورت تامین بستر الکترونیک لازم، اخذ نوبت برای ویزیت سرپایی تخصصی سطح ۲ و ۳ در مراکز دولتی بایستی توسط تیم سلامت پزشک خانواده انجام گیرد.

تبصره ۱: معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی موظف است اسناد مرتبط با خدمات ارجاع در شهرستان ها را طی مجموعه ای الکترونیک و قابل اشتراک با اداره بیمه سلامت استان تهیه و ارائه نماید.

تبصره ۲: مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است در شروع برنامه، اطلاعات مرتبط با ارجاع بیمار از سطح اول به سطوح بالاتر خدمات تخصصی و فوق تخصصی (سرپایی و بستری) را به ستاد هماهنگی دانشگاهی اعلام دارد.

تبصره ۳: اداره کل بیمه سلامت استان موظف است در آغاز، فهرست و مشخصات کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات سرپایی تخصصی و بستری سطوح دوم و بالاتر و محل آنها را که طرف قرارداد با بیمه هستند، حداکثر تا یک ماه پس از انعقاد قرارداد به مرکز بهداشت شهرستان و واحد پزشک خانواده ارائه دهد. لیست نهایی تغییرات پیش آمده حداکثر در فواصل ۳ ماهه باید به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد و شناسه یکتای مراکز می بایست منطبق بر پایگاه مرجع مراکز وزارت بهداشت باشد.

تبصره ۴: خدمات سرپایی در مسیر ارجاع با اولویت استفاده از ظرفیت موجود کلینیک های دولتی دانشگاهی و سپس سایر مراکز طرف قرارداد سازمان (مطبها، آزمایشگاهها، مراکز تصویربرداری خصوصی، خیریه و عمومی غیر دولتی) ارائه می گردد.

تبصره ۵: خدمات بستری در نظام ارجاع با استفاده از ظرفیت موجود بیمارستانهای دولتی ارائه می گردد.

تبصره ۶: مسئولین بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی مکلفند تمهیداتی را فراهم نمایند که بیماران ارجاعی از مناطق روستایی از نظر نوبت دهی جهت دریافت خدمات تخصصی در اولویت قرار گیرند، به این شکل که لیست نوبت دهی بیماران سرپایی ابتدا با بیماران نظام ارجاع تکمیل شود، سپس سایر بیماران در لیست پذیرش قرار گیرند.

تبصره ۷: در صورت عدم کفایت خدمات بستری در بخش دولتی دانشگاهی محدوده شهرستان با اعلام کتبی معاون درمان دانشگاه، ادارات کل بیمه سلامت استانها مجاز به عقد قرارداد با بخش عمومی غیر دولتی، خصوصی و خیریه می باشند.

تبصره ۸: با توجه به صدور شناسه ارجاع توسط سازمان بیمه به استناد سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع (سنا)، مراکز ارائه دهنده خدمات سطح ۲ و ۳ ملزم به ارائه خدمات به کلیه موارد دارای شناسه ارجاع با رعایت قوانین و مقررات مربوطه می باشند.

تبصره ۹: مراکز ارائه دهنده خدمات در سطح ۲ و ۳ می بایست اطلاعات بازخوراند ارجاع را در سامانه های پذیرش درمانگاهی/بیمارستانی خود ثبت و داده های مربوطه را به مرکز تبادل داده نظام ارجاع ارسال نمایند.

ماده ۹: فرایند تنظیم، ارسال اسناد و مدیریت اطلاعات:

اطلاعات ثبت شده در فرم بازخواند ارجاع بر اساس سند تبادل اطلاعات الکترونیک نظام ارجاع (سنا) می باشد. بعد از ویزیت یا ترخیص بیمار، باید اطلاعات باز خواند در نرم افزار پذیرش درمانگاهی/بیمارستانی توسط کلینیک های ویژه، بیمارستان های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش وزارت بهداشت و طرف قرارداد سازمان بیمه ثبت و به مرکز تبادل داده نظام ارجاع ارسال گردد.

تبصره ۱: پزشک خانواده موظف است بیماران ارجاع شده به سطح ۲ و ۳ تحت پوشش خود را پیگیری و باز خواند ارجاع را در سامانه مرتبط مشاهده و تایید نماید.

ماده ۱۰ - پایش و نظارت بر کیفیت اجرای برنامه:

پایش و نظارت بر کیفیت اجرای این برنامه در سه حوزه سازمان بیمه، وزارت بهداشت و دانشگاه ها/ دانشکده های علوم پزشکی به دو روش مکانیزه و غیر مکانیزه صورت می گیرد.

الف - روش مکانیزه پایش و نظارت: در سازمان بیمه و وزارت بهداشت با استفاده از ابزارهای مدیریت اطلاعات نظیر داشبورد مدیریتی نظام ارجاع و هشداردهنده های سیستمی، تراکنش های اطلاعاتی و کیفیت داده ها توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت و واحد متناظر در سازمان بیمه مورد پایش قرار گرفته و گزارشات ناشی از پایش جهت بررسی به دبیرخانه کمیته مشترک نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ ارائه می شوند تا مورد بررسی و ارزیابی از لحاظ شرایط استقرار برنامه و کیفیت عملکرد با شاخص هایی نظیر وجود اسناد مثبت لازم، تطابق اطلاعات، نحوه ثبت اطلاعات بیماران و بازخواند، نحوه عملکرد بیمه با توجه به زمان و میزان پرداخت ها و ... قرار گیرند. علاوه بر پایش پیوسته و لحظه ای و گزارشات روزانه سیستمی، گزارشات دوره ای از عملکرد برنامه، در فواصل زمانی سه و شش ماهه در کمیته مشترک نظام ارجاع مطرح می گردند.

تبصره ۱: با توجه به تعریف سطوح دسترسی در داشبورد مدیریتی نظام ارجاع برای دانشگاه های علوم پزشکی، متناظر این فرایند توسط کمیته دانشگاهی نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی انجام می گیرد.

ب - روش غیر مکانیزه پایش و نظارت: با تنظیم و تصویب استاندارد نظارتی در کمیته مشترک نظام ارجاع، پایش و نظارت بر کیفیت اجرای برنامه و مدیریت هزینه های آن، توسط گروه های کارشناسی نظارتی در دفاتر تخصصی مربوطه در سطوح مختلف ستادی و محیطی انجام می گیرد.

دکتر سید محمود تارا
رییس دفتر مدیریت آمار و
فناوری اطلاعات
وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

دکتر محمد جواد کبیر
مدیر عامل
سازمان بیمه سلامت ایران

دکتر محمد آقاجانی
معاون درمان
وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت
وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع، گام دوم سال ۱۳۹۷



برنامه استقرار نظام ارجاع

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت، معاونت درمان،
معاونت برنامه ریزی و هماهنگی، دفتر آمار و فناوری اطلاعات
با همکاری سازمان های بیمه





فهرست مطالب

۲.....	اهمیت و بیان مساله.....
۳.....	سوابق اجرایی نظام ارجاع در ایران.....
۴.....	اسناد بالادستی.....
۵.....	ارکان سیاستگزاری و اجرایی.....
۵.....	هدف کلی.....
۵.....	اهداف اختصاصی.....
۶.....	راهبردها.....
۶.....	شمول برنامه.....
۷.....	فرآیند اجرایی.....
۸.....	جدول زمان بندی.....
۱۰.....	شاخص های پایش و ارزیابی.....

اهمیت و بیان مساله

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، نظام سلامت شامل تمام سازمانها، افراد و اقدامات است که باهدف ارتقاء، بازگرداندن یا حفظ سلامتی فعالیت می کنند و شامل شش جزء خدمات بهداشتی مناسب: نیروی کار حوزه سلامت: سیستم اطلاعات موثر: تکنولوژی و ابزار سلامت: سیستم تامین مالی سلامت و تولید و رهبری است. به طور کلی دو شیوه مدیریت در نظام سلامت در دنیا وجود دارد:

۱. در اولین شیوه مدیریتی که به آن سیستم تعاون همگانی گفته می شود همه عناصر کشور به نحوی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی شرکت دارند و همچنین بیمار این حق را دارد که به هر مرکز درمانی مراجعه نماید. این روش نتایجی همچون عدم دریافت پاسخ لازم به دلیل عدم شناخت بیمار و پزشک، ارائه خدمات تکراری و بی اثر، عدم ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری، اتلاف امکانات پیچیده برای امراض ساده یا بالعکس، عدم امکان پیگیری بیمار توسط تیم سلامت، مصرف بی رویه و خودسرانه دارو به دلیل تکرار درمان از سوی پزشکان و خستگی بیمار از عدم دریافت پاسخ صحیح و همچنین اتلاف خدمات پاراکلینیکی و افزایش هزینه وارد شده به اقتصاد خانواده و دولت به دلیل عدم دریافت درمان مناسب را به دنبال دارد.

۲. شیوه دوم، خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت و حرکت بیمار برای دریافت این خدمات را در سطوح مختلفی تعریف نموده و نظام مند ساخته است. به این سازوکار نظام مند، نظام ارجاع گفته می شود که حرکت بیمار جهت دریافت خدمات سلامت را "پزشک خانواده یا پزشک نظام ارجاع" تعیین می کند. خدمات در سه سطح داده می شود:

- سطح اول: در این سطح بیمار به پزشک عمومی مراجعه و تمام خدمات لازم در این سطح را دریافت می کند. اما چنانچه خدمات در این سطح پاسخگوی نیاز درمانی مراجعه کننده نباشد، پزشک خانواده بیمار را به سطح دوم ارجاع می دهد. همچنین پزشکان علاوه بر ارائه خدمات درمانی، وظایف کلیدی دیگری نظیر ترویج سلامت محوری و اندیشه خودمراقبتی، جلب حمایت سازمانها و نهادهای خصوصی برای ارتقای سلامت و برنامه های سلامت و اجرای برنامه های حفظ سلامت (health maintenance) را نیز به عهده دارند.
- سطح دوم: در این سطح پزشکان متخصص، بیماران ارجاعی از پزشک عمومی را می پذیرند و تمام اقدامات لازم را برای ارجاع شدگان به عمل می آورند و در نهایت نتیجه اقدامات و خدمات ارائه شده و وضعیت بیمار را به پزشک عمومی سطح اول اطلاع می دهند.
- سطح سوم: در این سطح پزشکان فوق تخصص در رشته های مختلف، خدماتی را به ارجاع شوندگان از سطح دوم ارائه می دهند.

نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع تعاون همگانی می باشد. این نظام در طی سالیان اخیر تحولات بسیاری را به خود دیده است، ولی همواره وسعت

^۱ http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/

کشور، پراکندگی جمعیت و وجود شرایط اقلیمی متفاوت از عوامل مؤثر در نابرابری و دسترسی افراد مختلف به خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. استقرار نظام ارجاع از مهم‌ترین برنامه‌های راهبردی برای نظام سلامت کشور به شمار می‌آید که نتایج زیر را به دنبال خواهد داشت:

۱- اولویت بهداشت بر درمان و ارتقای سطح کیفی سلامت در جامعه با ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیرانه

۲- استقرار گایدلاین‌های درمانی استاندارد و ارتقای کیفی خدمات بهداشتی درمانی

۳- کنترل هزینه‌های درمانی با توجه به محدودیت منابع

۴- پیشگیری از تقاضای القایی در بخش درمان

۵- جلوگیری از مراجعات متعدد بیماران به مراکز درمانی مختلف و درمان‌های تکراری

۶- مدیریت دسترسی مردم به منابع محدود درمانی

دلیل اصلی سطوح بندی خدمات در نظام ارجاع، افزایش کیفیت سلامت و بهبود دریافت درمان و صرفه‌جویی در زمان دریافت درمان مناسب است. اجرای مناسب این سطوح می‌تواند از هزینه‌های وارد شده به بیمار و هم‌چنین دولت بکاهد و مانع اتلاف امکانات کلینیکی و پاراکلینیکی به دلیل کاهش درمان‌های تکراری گردد.

سوابق اجرایی نظام ارجاع در ایران

طرح نظام ارجاع در ایران از ابتدای سال ۸۴ فعالیت خود را در مناطق روستایی و شهری زیر ۲۰,۰۰۰ نفر آغاز نمود. دستورالعمل اجرایی آن تحت عنوان نسخه ۰۲ در سال ۱۳۹۱ بازنگری و به صورت پایلوت در مناطق شهری استان فارس و مازندران اجرا شد. مطالعات مختلفی در خصوص نحوه اجرای این برنامه انجام شده است که در یک مطالعه، موانع اجرایی تعمیم این طرح به کل کشور موارد زیر عنوان شده است^۲:

- عدم فرهنگ‌سازی مناسب در بطن جامعه پیش از اجرای طرح پزشک خانواده
- عدم رضایت تیم درمان از پرداختی‌های صورت گرفته
- عدم شرکت جمعیت قابل‌توجهی از پزشکان عمومی در این طرح و ناهماهنگی در اجرای خدمات

همگام با اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ در وزارت بهداشت، گام‌های اجرایی توسعه نظام ارجاع نیز بازنگری و به منظور امکان‌پذیری ارزیابی و تحلیل نظام ارجاع و نیاز به نظام ثبت اطلاعات، دستورالعمل گام اول (مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری تدوین و در خرداد ماه ۱۳۹۶ به ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی مشهد، گلستان، زنجان، اردبیل، کرمان، یزد، خراسان شمالی، قم، مراغه، بوشهر، کرمانشاه ابلاغ شد^۳.

^۲ سهیلا رجایی. «نظام ارجاع و پزشک خانواده: آری یا نه؟!». «شبکه مطالعات سیاست‌گذاری عمومی». ۱۹ دی ۱۳۹۵

^۳ بخشنامه ۱۰۰/۲۵۳ مورخ ۱۳۹۶/۳/۳۰

در این دستورالعمل موانعی نظیر نظام ثبت اطلاعات، نقش بیمه ها و منابع مالی مورد نیاز مورد تاکید قرار گرفت. بر همین اساس دوازده گام اجرایی برای استقرار نظام ارجاع به شرح زیر پیش بینی شد:

۱. تبیین الزامات قانونی، برنامه ریزی برای تأمین منابع و تصویب برنامه اجرایی
۲. برقراری نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با سقف بسته و نظام پرداخت
۳. کاربرد پرونده الکترونیک سلامت (مراقبین سلامت، پزشکان و)
۴. تعیین مراقب سلامت هر فرد و برقراری خدمات مراقب سلامت برای همه شهرنشینان با نظام پرداخت سرانه‌ای تعدیل شده با خدمات ارائه شده
۵. فراهم کردن اینترفیس خود مراقبتی الکترونیک
۶. اجبار کاربرد پرونده الکترونیک سلامت همه ارائه دهندگان سطح یک با اهرم قانون
۷. انتخاب پزشک عمومی یا سایر پزشکان مجاز و برقراری ارجاع مراقب به پزشک عمومی
۸. استقرار پرونده الکترونیک سطح ۲ و ۳ و ارجاع الکترونیک به متخصص بدون حذف مراجعه مستقیم
۹. تهیه گایدلاین خدمات گران و استقرار آن اعمال سیاست در اجرای گایدلاین ها با ابزار نظام پرداخت
۱۰. تغییر نظام پرداخت پزشک عمومی به *capitation adjusted by service* و مراجعه انحصاری به مراقب و پزشک عمومی خود با اجازه مراجعه به متخصص با یا بدون ارجاع
۱۱. الزامی کردن ارجاع الکترونیک از سطح یک به دو و سه
۱۲. اصلاح نظام پرداخت سطح دو و سه و مشارکت پزشک عمومی و متخصص در ریسک مالی تحمیلی

اسناد بالادستی

✓ بند ۷ ماده ۷۴ برنامه ششم توسعه:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

✓ اولویت سوم اولویت های ابلاغی ریاست جمهوری

ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت و سطح‌بندی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع

✓ بند ۴ برنامه های پیشنهادی مقام محترم وزارت برای دولت دوازدهم

توسعه و ارتقا زیر ساخت های حوزه درمان و افزایش دسترسی عادلانه خدمات به ویژه توسعه سطح دو خدمات در جهت اجرای نظام ارجاع

✓ بند الف تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۹۷ کشور

الف- به منظور رعایت عدالت در سلامت و پایداری منابع، در سال ۱۳۹۷ ارائه بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده برای کلیه اقشار که براساس آزمون وسع بهصورت رایگان تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار می گیرند، حتی الامکان از طریق نظام ارجاع، پزشک خانواده و در مراکز دانشگاهی خواهد بود. بهره‌مندی از سطح خدمات بالاتر اعم از خدمات ارائه شده در مراکز غیردولتی و بیشتر از بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده فوق‌الذکر، مستلزم مشارکت مالی بیمه‌شدگان در پرداخت حق سرانه بیمه خواهد بود.

ارکان سیاست‌گذاری و اجرایی

مطابق ماده ۷ دستورالعمل ابلاغی مورخ ۹۶/۳/۳۰ به شرح زیر می باشد:

الف) هماهنگی های مدیریتی فرایند ارجاع به عهده کمیته مشترک کشوری نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ شامل معاونین درمان، بهداشت و مدیرکل آمار و فناوری اطلاعات وزارت، مدیرعامل سازمان بیمه، معاون بیمه خدمات سلامت و مدیر فناوری اطلاعات سازمان بیمه می باشد.

ب) هماهنگی های اجرایی این دستورالعمل به عهده کمیته دانشگاهی نظام ارجاع سطح ۲ و ۳ مرکز استان شامل معاونین درمان و بهداشت و مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی، مدیرکل بیمه سلامت استان، معاون بیمه خدمات سلامت و رییس اداره فناوری اطلاعات بیمه سلامت استان بوده و ریاست این کمیته با رییس دانشگاه/دانشکده می باشد.

تبصره ۱: در استان هایی که دارای بیش از یک دانشگاه/دانشکده می باشند، معاون درمان و بهداشت

دانشگاه/دانشکده شهرستان عضو کمیته دانشگاهی مرکز استان خواهند بود.

تبصره ۲: دانشکده های مستقل در کشور نیز مانند دانشگاهها متعهد به انجام وظایف مذکور خواهند بود.

تبصره ۳: کمیته دانشگاهی مرکز استان موظف است گزارشات اقدامات انجام شده را ماهیانه

بصورت رسمی به کمیته کشوری سطح ۲ و ۳ اعلام نماید

هدف کلی

پیاده سازی نظام ارجاع ارائه خدمات بهداشتی درمانی سطح یک و دو در کشور تا پایان سال ۱۳۹۷

اهداف اختصاصی

✓ تدوین مقرر دستور عمل برای گسترش برنامه تا گام دوم تا نیمه اول خرداد ۱۳۹۷

- ✓ تدوین برنامه عملیاتی و تکمیل مرحله اجرای آزمایشی گام اول و دوم براساس ابلاغ متمم دستورعمل اجرایی در دانشگاه های منتخب تا پایان شهریور ماه ۱۳۹۷
- ✓ تهیه محتواهای اطلاع رسانی و جلب مشارکت مردمی تا پایان خرداد ماه ۱۳۹۷
- ✓ تامین زیرساخت های اطلاعاتی نظام ارجاع تا پایان تیر ماه ۱۳۹۷
- ✓ تهیه محتواهای جلب حمایت انجمن های صنفی پزشکان تا پایان تیرماه ۱۳۹۷
- ✓ تحلیل عملکرد دانشگاههای مجری گام اول و دوم تا پایان مهرماه ۱۳۹۷
- ✓ گسترش برنامه به حداقل ۲۰ دانشگاه داوطلب تا پایان سه ماهه سوم ۱۳۹۷
- ✓ تحلیل عملکرد و گزارش پیشرفت دانشگاههای مجری گام های اول و دوم و بازنگری برنامه در صورت نیاز
- ✓ گسترش برنامه به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی تا پایان سال ۱۳۹۷

راهبردها

- ✓ هماهنگی سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در وزارت بهداشت، دانشگاه ها و سازمان های بیمه گر
- ✓ تامین زیرساخت های مالی، اطلاعاتی و مدیریتی استقرار برنامه از منابع موجود
- ✓ فرهنگ سازی استقرار برنامه نظام ارجاع در سطح جامعه از طریق اطلاع رسانی عمومی و تولید برنامه های فرهنگی
- ✓ استقرار نظام ثبت اطلاعات الکترونیکی به منظور امکان تحلیل اطلاعات و ردیابی مسیر ارجاع بیمار
- ✓ توانمندسازی پزشکان عمومی سطح اول ارائه خدمات برای ارائه خدمات درمانی پایه و جلوگیری از ارجاع غیرضروری
- ✓ جلب همکاری پزشکان متخصص برای ارائه خدمات مناسب و متناسب با مقطع درمانی خود از طریق تدوین نظام های انگیزشی

شمول برنامه

- گام ۱- ارجاع بیمار از پزشکان عمومی شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و جمعیت عشایری به کلینیک ویژه (سطح دوم خدمات سرپایی)
- گام ۲- ارجاع بیمار از پزشکان عمومی تمامی مراکز خدمات جامع سلامت (روستایی، شهری) به کلینیک ویژه (سطح دوم خدمات سرپایی) و پزشکان متخصص طرف قرارداد نظام ارجاع در مناطقی که کلینیک ویژه راه اندازی نشده است.
- گام ۳- ارجاع بیمار از پزشکان خانواده و پزشکان عمومی (دولتی و خصوصی) طرف قرارداد نظام ارجاع^۴ به کلینیک ویژه و پزشکان متخصص طرف قرارداد نظام ارجاع

^۴قرارداد نظام ارجاع شامل بیمه پایه، دانشگاه علوم پزشکی و فرد طرف قرارداد می شود

فرآیند اجرایی

مرحله اول - ارزیابی وضعیت موجود:

ارزیابی وضعیت موجود پزشک خانواده شهری استان های فارس و مازندران ، نظام ارجاع الکترونیک دانشگاه گلستان

مرحله دوم - تدوین متمم دستور عمل

- ✓ تشکیل جلسات کارشناسی با حضور نمایندگان معاونت بهداشتی، دفتر آمار و فناوری اطلاعات، بیمه سلامت
- ✓ تشکیل جلسات تصمیم گیری در سطح معاونین بهداشت، درمان و برنامه ریزی
- ✓ تدوین پیش نویس متمم دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برنامه استقرار نظام ارجاع - گام اول مقام محترم وزارت به شماره ۱۰۰/۲۵۳ مورخ ۳۰/۳/۹۶ براساس مصوبات جلسات فوق الذکر
- ✓ برنامه ریزی جلسات تکمیلی برای تکمیل دستورعمل و ابلاغ به دانشگاه ها برای اجرا در ۱۲ دانشگاه تا پایان شهریور ۹۷

مرحله سوم - اجرای گام اول و دوم در کلیه دانشگاههای علوم پزشکی کشور

- ✓ تدوین برنامه عملیاتی و تکمیل مرحله اجرای آزمایشی گام اول و دوم براساس ابلاغ متمم دستورعمل اجرایی در دانشگاه های منتخب
- ✓ تحلیل عملکرد دانشگاههای مجری گام اول و دوم
- ✓ گسترش برنامه به حداقل ۲۰ دانشگاه داوطلب تا پایان سه ماهه سوم ۱۳۹۷
- ✓ تحلیل عملکرد و گزارش پیشرفت دانشگاههای مجری گام های اول و دوم و بازنگری برنامه در صورت نیاز
- ✓ گسترش برنامه به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی تا پایان سال ۱۳۹۷



جدول زمان بندی														
ردیف	عنوان فعالیت	مسوول اجرا	فروردین ۹۷	اردیبهشت ۹۷	خرداد ۹۷	تیر ۹۷	مرداد ۹۷	شهریور ۹۷	مهر ۹۷	آبان ۹۷	آذر ۹۷	دی ۹۷	بهمن ۹۷	اسفند ۹۷
۱.	تشکیل کمیته کشوری مدیریت برنامه و تبیین سیاست های استقرار نظام ارجاع	معاونت بهداشت و درمان												
۲.	ارزیابی وضعیت موجود پزشک خانواده شهری استان های فارس و مازندران ، نظام ارجاع الکترونیک دانشگاه گلستان	معاونت بهداشت و درمان												
۳.	تدوین متمم دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع	معاونت بهداشت و درمان												
۴.	ابلاغ متمم دستور العمل به کلیه دانشگاه ها	معاونت بهداشت و درمان												
۵.	تشکیل تیم نظارتی ستاد وزارت بهداشت برای ارزیابی پیشرفت برنامه در دانشگاه های مجری	معاونت بهداشت و درمان، دفتر آمار و فناوری اطلاعات، سازمان های بیمه												
۶.	تهیه محتواهای اطلاع رسانی و جلب مشارکت مردمی	معاونت بهداشتی												
۷.	اطلاع رسانی و فرهنگ سازی در سطح جامعه	معاونت بهداشتی												
۸.	تامین زیرساخت های اطلاعاتی نظام ارجاع	معاونت بهداشتی، دفتر آمار و فناوری اطلاعات،												

جدول زمان بندی

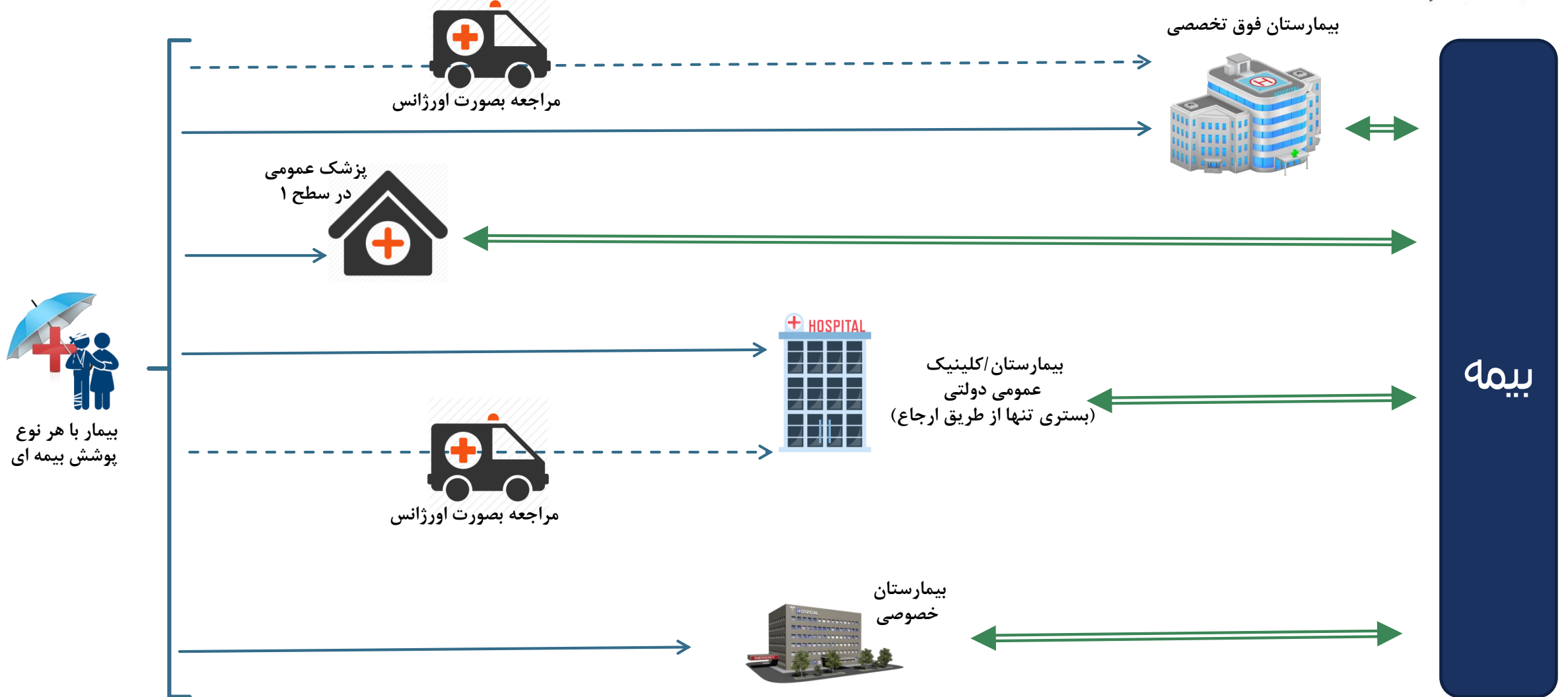
ردیف	عنوان فعالیت	مسوول اجرا	فروردین ۹۷	اردیبهشت ۹۷	خرداد ۹۷	تیر ۹۷	مرداد ۹۷	شهریور ۹۷	مهر ۹۷	آبان ۹۷	آذر ۹۷	دی ۹۷	بهمن ۹۷	اسفند ۹۷
۹	تدوین و ابلاغ بسته خدمتی انگیزشی پزشکان سطح اول	معاونت بهداشتی سازمان های بیمه												
۱۰	تهیه محتواهای جلب حمایت انجمن های صنفی پزشکان	معاونت درمان سازمان های بیمه												
۱۱	تدوین و ابلاغ بسته خدمتی انگیزشی سطح دوم و سوم	معاونت درمان سازمان های بیمه												
۱۲	تدوین و ارسال برنامه عملیاتی	کلیه دانشگاه ها												
۱۳	تکمیل مرحله اجرای آزمایشی گام اول و دوم براساس ابلاغ متمام دستورعمل اجرایی	۱۶ دانشگاه منتخب												
۱۴	تحلیل عملکرد دانشگاه های مجری گام اول و دوم	کمیته کشوری												
۱۵	گسترش برنامه به حداقل ۲۰ دانشگاه داوطلب	معاونت بهداشت و درمان												
۱۶	تحلیل عملکرد و گزارش پیشرفت دانشگاههای مجری گام های اول و دوم و بازنگری برنامه در صورت نیاز	کمیته کشوری												
۱۷	گسترش برنامه به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی	معاونت بهداشت و درمان												

شاخص های پایش و ارزیابی

شاخص نظارت میدانی	شاخص نظارت محیطی	شاخص نظارت ستادی برنامه عملیاتی
<ul style="list-style-type: none"> • درصد بیماران ارجاعی در بیمارستان دانشگاهی • درصد ارسال پسخورانده بیماران ارجاعی در بیمارستان دانشگاهی 	<ul style="list-style-type: none"> • تدوین و ارسال نقشه ارجاع دانشگاه • میانگین نسبت بیماران ارجاعی به کل بیماران براساس نقشه ارجاع • میانگین نسبت ارسال پسخورانده به کل بیماران ارجاعی 	<ul style="list-style-type: none"> • ابلاغ دستورالعمل • پیگیری مصوبات جلسات کمیته کشوری • گزارش پیشرفت برنامه (تعداد دانشگاه های مجری برنامه نظام ارجاع سطح دوم و سوم)

نمودار های آموزشی نظام ارجاع الکترونیک سلامت

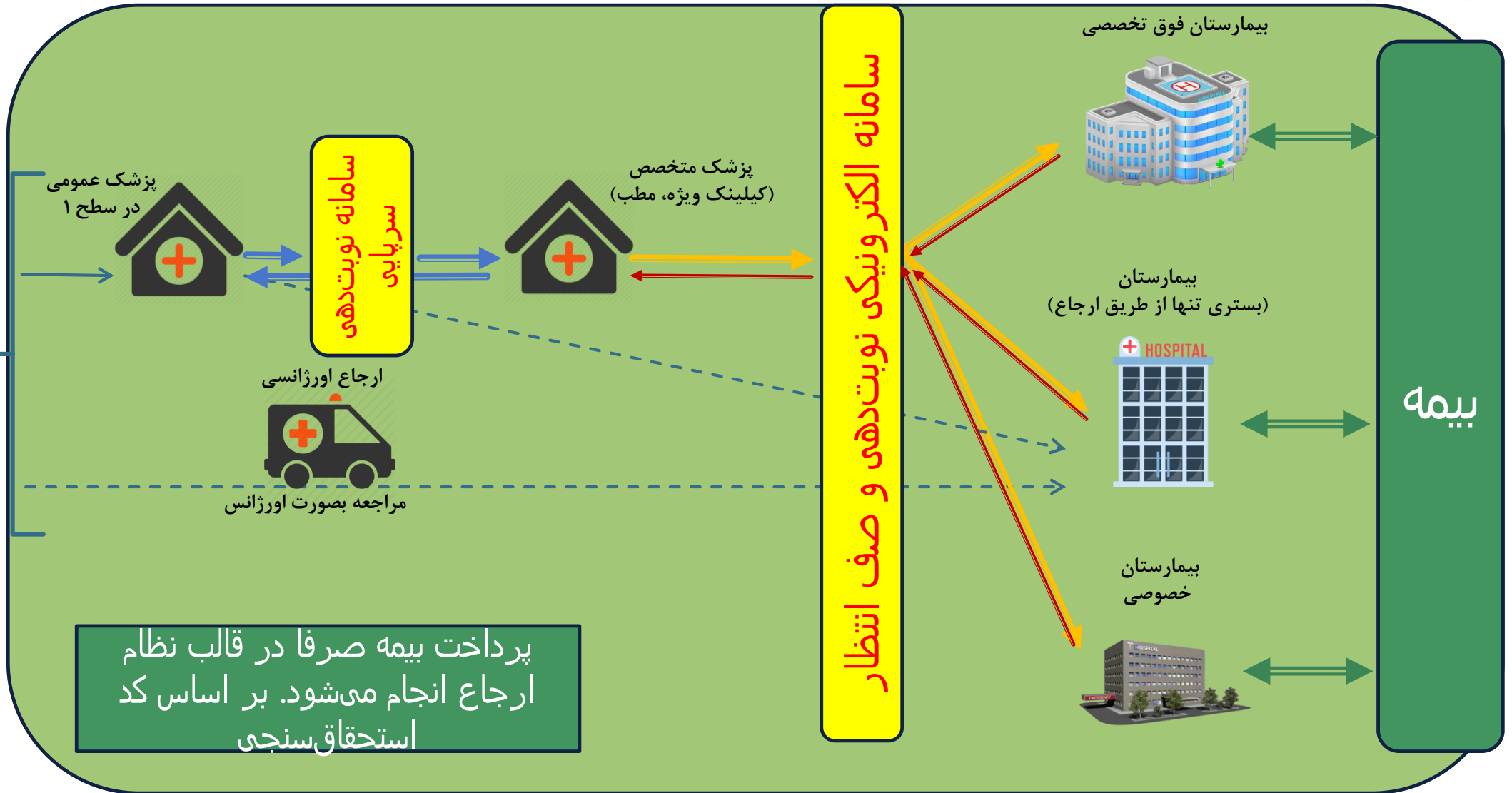
ساختار ارائه خدمات درمانی (نظام سنتی و دستی)



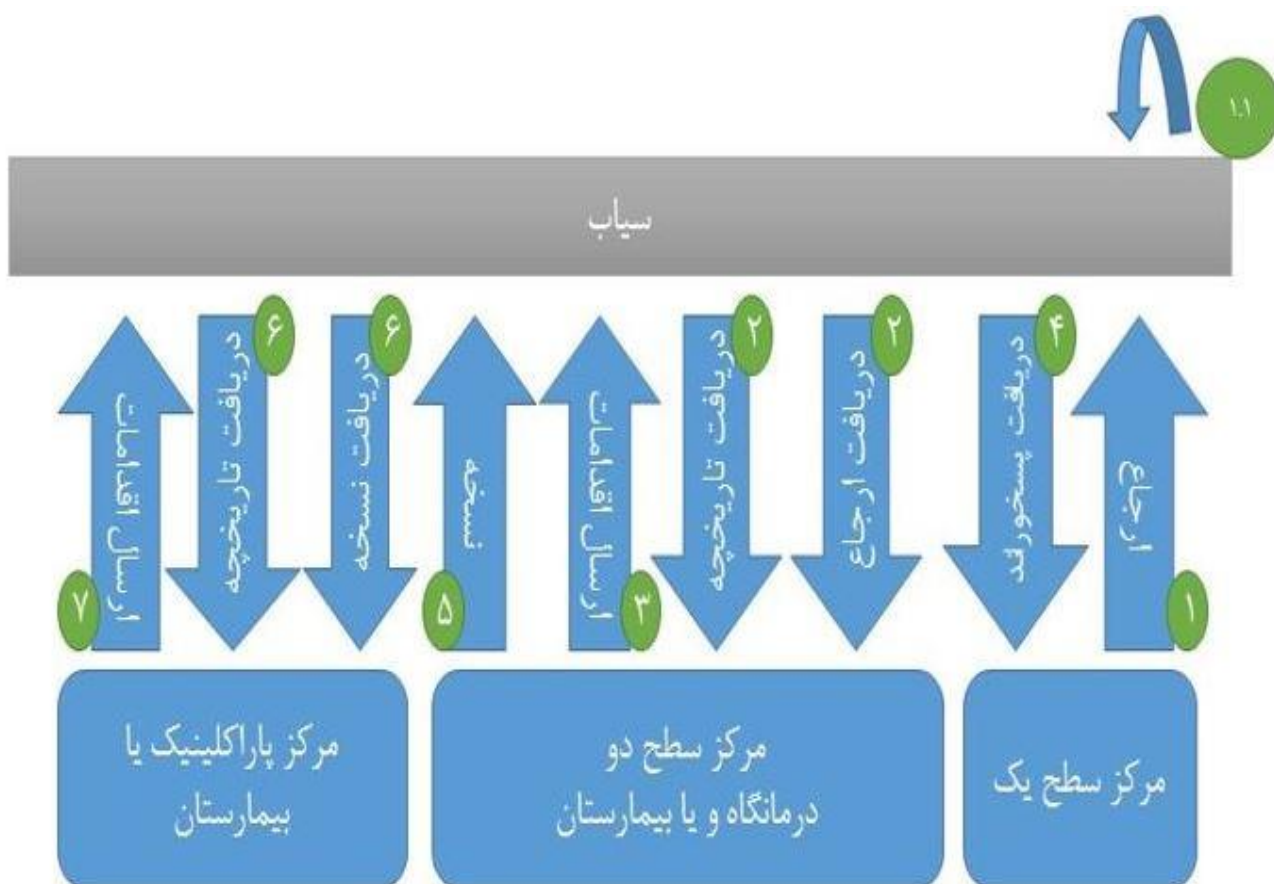
ساختار ارائه خدمات درمانی (با نظام ارجاع الکترونیک)



بیمار با هر نوع پوشش بیمه ای

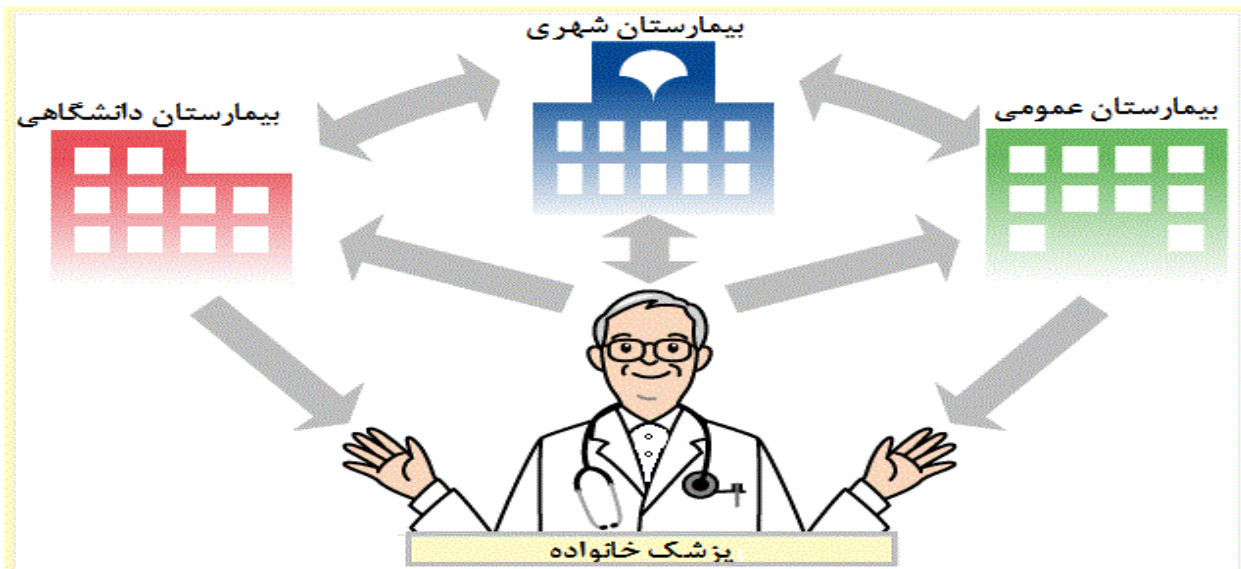


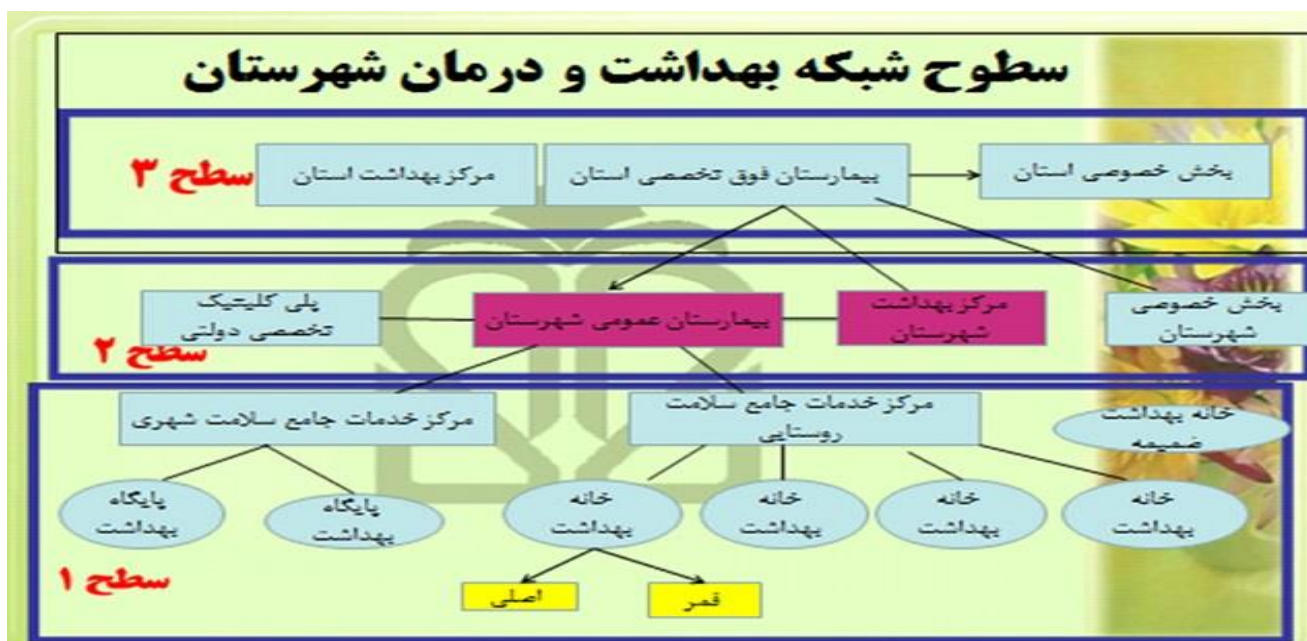
سامانه سیاب (سامانه یکپارچه ارجاع بهداشت)



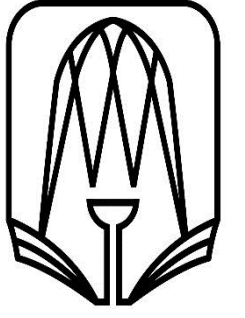


همکاری بین بخشی سازمانها وسیع
امکانات شهرستان در راه اندازی
و اجرای برنامه نظام ارجاع الکترونیک









دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

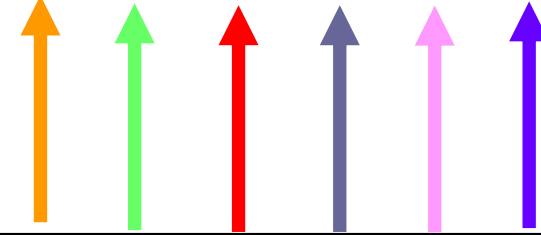
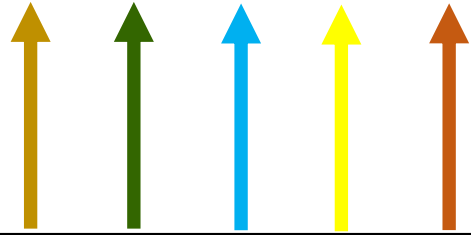
نقشه ارجاع دانشکده علوم پزشکی شهرستان نیشابور

بخش زبرخان
جمعیت ۶۰۲۱۲ نفر



- متخصص اطفال
- متخصص داخلی
- متخصص داخلی مغزو اعصاب
- متخصص چشم
- متخصص زنان
- متخصص قلب و عروق
- جراحی مغز و اعصاب
- متخصص ارتوپدی
- متخصص اورولوژی
- متخصص عفونی
- متخصص پوست
- متخصص جراحی عمومی
- متخصص گوش، حلق و بینی

- فوق تخصص گوارش بالغین
- فوق تخصص قلب و عروق
- فوق تخصص ریه
- فوق تخصص هماتولوژی
- فوق تخصص غدد داخلی و متابولیسم
- فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی
- فوق تخصص غدد اطفال
- فوق تخصص چشم
- فوق تخصص خون و سرطان اطفال
- فوق تخصص نوزادان
- فوق تخصص مغزو اعصاب



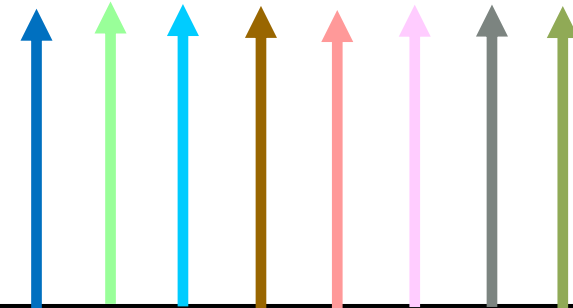
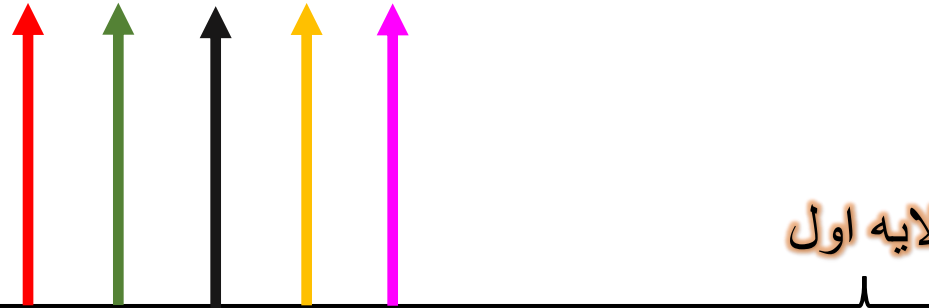
لایه سوم

کلینیک خیام

کلینیک عطار



لایه دوم



لایه اول



درود

باغشن

خروین

قدمگاه

اسحاق آباد

حاجی آباد

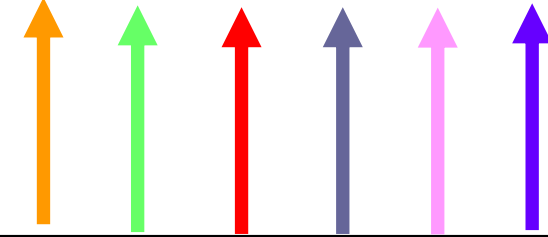
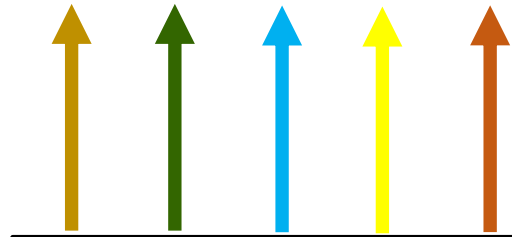
بوژمهران

بخش سرولایت
جمعیت ۱۳۶۹۶ نفر



- متخصص اطفال
- متخصص داخلی
- متخصص داخلی مغزو اعصاب
- متخصص چشم
- متخصص زنان
- متخصص قلب و عروق
- جراحی مغز و اعصاب
- متخصص ارتوپدی
- متخصص اورولوژی
- متخصص عفونی
- متخصص پوست
- متخصص جراحی عمومی
- متخصص گوش، حلق و بینی

- فوق تخصص گوارش بالین
- فوق تخصص قلب و عروق
- فوق تخصص ریه
- فوق تخصص هماتولوژی
- فوق تخصص غدد داخلی و متابولیسم
- فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی
- فوق تخصص غدد اطفال
- فوق تخصص چشم
- فوق تخصص خون و سرطان اطفال
- فوق تخصص نوزادان
- فوق تخصص مغزو اعصاب



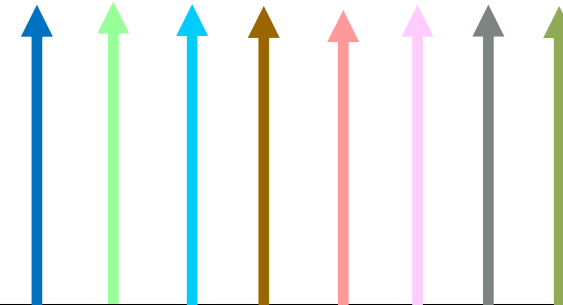
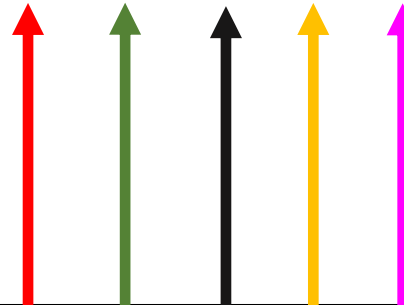
لایه سوم

کلینیک خیام

کلینیک عطار



لایه دوم



لایه اول



برزنون





عبداله گیو



خواجه آباد

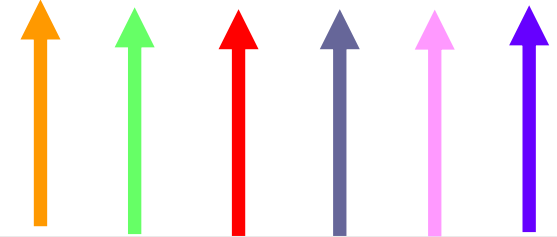
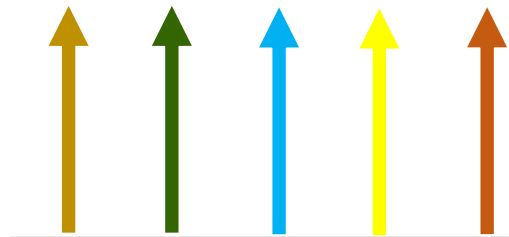


چکنه

-  متخصص اطفال
-  متخصص داخلی
-  متخصص داخلی مغزو اعصاب
-  متخصص چشم
-  متخصص زنان
-  متخصص قلب و عروق
-  جراحی مغز و اعصاب
-  متخصص ارتوپدی
-  متخصص اورولوژی
-  متخصص عفونی
-  متخصص پوست
-  متخصص جراحی عمومی
-  متخصص گوش، حلق و بینی

-  فوق تخصص گوارش بالغین
-  فوق تخصص قلب و عروق
-  فوق تخصص ریه
-  فوق تخصص هماتولوژی
-  فوق تخصص غدد داخلی و متابولیسم
-  فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی
-  فوق تخصص غدد اطفال
-  فوق تخصص چشم
-  فوق تخصص خون و سرطان اطفال
-  فوق تخصص نوزادان
-  فوق تخصص مغزو اعصاب

بخش میان جلگه
جمعیت ۳۸۶۳۹ نفر



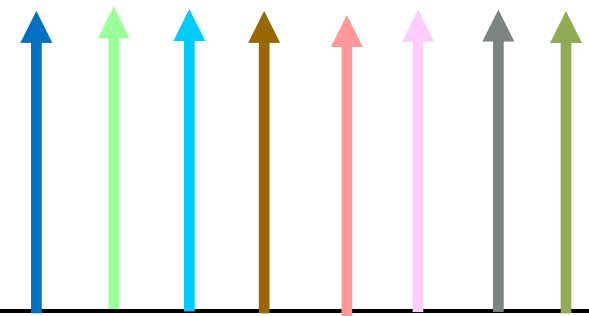
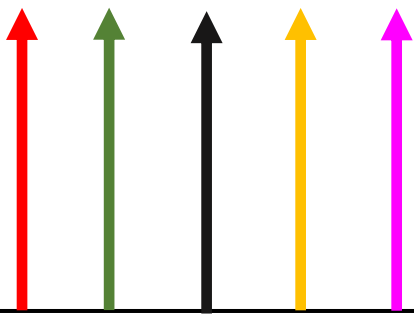
لایه سوم

کلینیک خیام

کلینیک عطار



لایه دوم



لایه اول



سالاری

ریگی

گلبو

فدیشه

اردمه

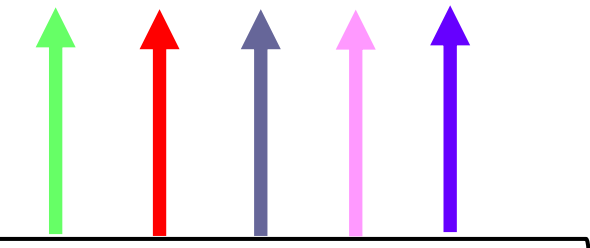
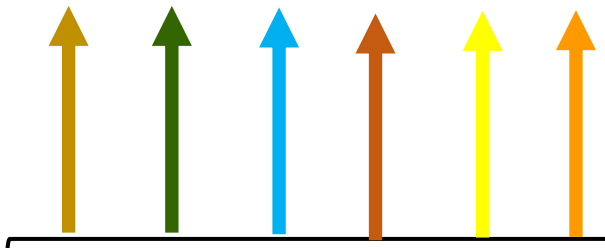
رئیزی

عشق آباد

- متخصص اطفال
- متخصص داخلی
- متخصص داخلی مغزو اعصاب
- متخصص چشم
- متخصص زنان
- متخصص قلب و عروق
- جراحی مغز و اعصاب
- متخصص ارتوپدی
- متخصص اورولوژی
- متخصص عفونی
- متخصص پوست
- متخصص جراحی عمومی
- متخصص گوش، حلق و بینی

- فوق تخصص گوارش بالین
- فوق تخصص قلب و عروق
- فوق تخصص ریه
- فوق تخصص هماتولوژی
- فوق تخصص غدد داخلی و متابولیزم
- فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی
- فوق تخصص غدد اطفال
- فوق تخصص چشم
- فوق تخصص خون و سرطان اطفال
- فوق تخصص نوزادان
- فوق تخصص مغزو اعصاب

بخش مرکزی
جمعیت ۸۹۲۲۸ نفر



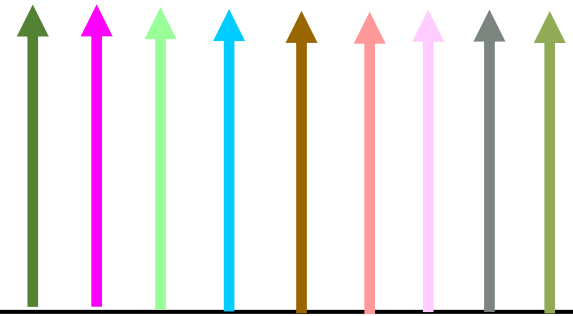
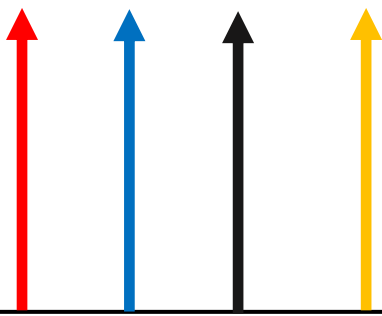
لایه سوم

کلینیک خیام

کلینیک عطارد



لایه دوم



لایه اول



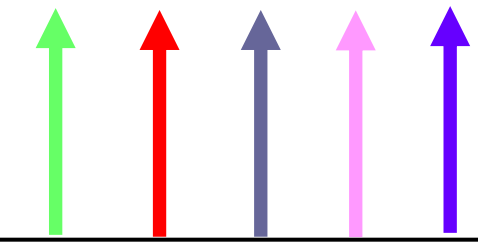
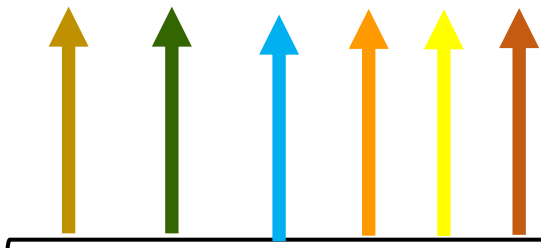
حمید آباد آزادگان اسلام آباد جیلو خیام مبارکه فرخک محیط آباد قطن آباد سه چوب باغشن گچ فیض آباد زرنده دهنو خالصه ماروسک بار قلعه نو جمشید

شهر نیشابور
نفر ۲۶۳۱۰۲ جمعیت



- ← متخصص اطفال
- ← متخصص داخلی
- ← متخصص داخلی مغزو اعصاب
- ← متخصص چشم
- ← متخصص زنان
- ← متخصص قلب و عروق
- ← جراحی مغز و اعصاب
- ← متخصص ارتوپدی
- ← متخصص اورولوژی
- ← متخصص عفونی
- ← متخصص پوست
- ← متخصص جراحی عمومی
- ← متخصص گوش، حلق و بینی

- ← فوق تخصص گوارش بالغین
- ← فوق تخصص قلب و عروق
- ← فوق تخصص ریه
- ← فوق تخصص هماتولوژی
- ← فوق تخصص غدد داخلی و متابولیسیم
- ← فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی
- ← فوق تخصص غدد اطفال
- ← فوق تخصص چشم
- ← فوق تخصص خون و سرطان اطفال
- ← فوق تخصص نوزادان
- ← فوق تخصص مغزو اعصاب



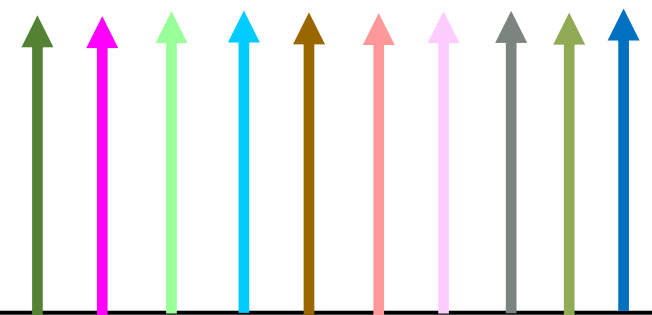
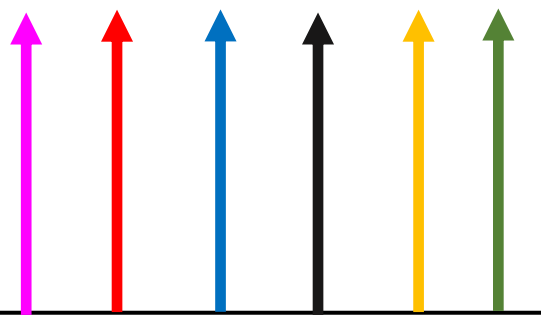
لایه سوم

کلینیک خیام

کلینیک عطار






لایه دوم



لایه اول

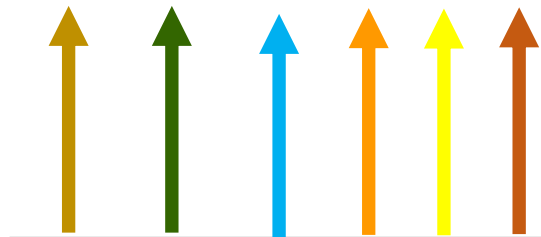


شماره ۱ شماره ۲ شماره ۳ شماره ۴ شماره ۵ شماره ۶ شماره ۷ شماره ۸ شماره ۹ شماره ۱۰ شماره ۱۱

-  متخصص اطفال
-  متخصص داخلی
-  متخصص داخلی مغزو اعصاب
-  متخصص چشم
-  متخصص زنان
-  متخصص قلب و عروق
-  جراحی مغز و اعصاب
-  متخصص ارتوپدی
-  متخصص اورولوژی
-  متخصص عفونی
-  متخصص پوست
-  متخصص جراحی عمومی
-  متخصص گوش، حلق و بینی

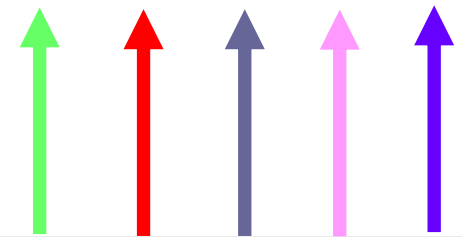
-  فوق تخصص گوارش بالین
-  فوق تخصص قلب و عروق
-  فوق تخصص ریه
-  فوق تخصص هماتولوژی
-  فوق تخصص غدد داخلی و متابولیسم
-  فوق تخصص آلرژی و ایمونولوژی
-  فوق تخصص غدد اطفال
-  فوق تخصص چشم
-  فوق تخصص خون و سرطان اطفال
-  فوق تخصص نوزادان
-  فوق تخصص مغزو اعصاب

شهرستان فیروزه
جمعیت ۴۳۰۲۸ نفر



کلینیک خیام

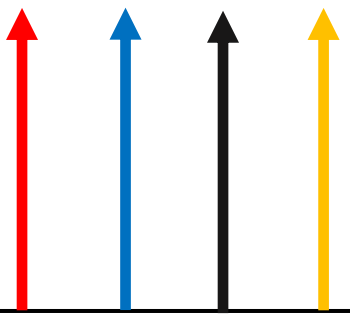
لایه سوم



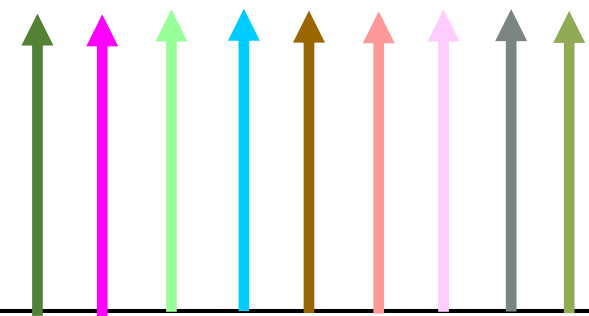
کلینیک عطارد



لایه دوم



لایه اول



فیروزه



همت آباد زمانی



تقی آباد



معدن



همت آباد شهرکهنه



گرما ب



شوراب



مرزان

اقدامات انجام شده دانشگاه علوم پزشکی نیشابور در راستای

استقرار نظام ارجاع الکترونیک سلامت

- ۱- تشکیل دبیرخانه نظام ارجاع الکترونیک و جلسات مرتبط از تابستان ۱۳۹۷ در معاونتهای بهداشتی و درمان
- ۲- معاونت بهداشتی (استقرار کامل سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشت در کلیه خانه های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی نیشابور و فیرزوه بالغ بر ۲۶۰ نقطه - تهیه نقشه ارجاع شهرستان با همکاری معاونت درمان - آموزش اهمیت و جایگاه نظام ارجاع الکترونیک به گروههای هدف در سطح شهر و بخشهای تابعه شهرستان
- ۳- معاونت درمان (راه اندازی کامل سیستم HIS در کلیه بخشهای درمانی بیمارستانها - راه اندازی سامانه نوبت دهی کلینیکی پذیرش ۲۴ - برگزاری جلسات با سازمان نظام پزشکی، اداره بیمه شهرستان - برگزاری جلسات آموزشی نظام ارجاع ویژه کارکنان و پزشکان - اختصاص ۴۰٪ از ظرفیت پذیرش بیمارانی که دریافت خدمات ویزیت متخصص دارند به نظام ارجاع از سطح یک به دو)
- ۴- فناوری اطلاعات IT
استقرار سرور سامانه سپاس جهت ارسال اطلاعات سطح ۱ و ۲ به ستاد دانشگاه ، راه اندازی سرویسهای استعلام هویت و استحقاق سنجی درمان سامانه های HIS و سیب - برقراری ارتباط سرور سپاس و سامانه های دانشگاه با سامانه های سنا ، سیاب ، پشتیبانی شبکه و نگهداشت سرورهای مرتبط
- ۵- اجرای فاز آزمایشی و انتقال به NOD آزمایشی نظام ارجاع الکترونیک ، آذر ماه ۱۳۹۷

برنامه های در دست اقدام دانشگاه در سال ۱۳۹۸

- الف: تداوم فرایندهای کاری در معاونت های بهداشتی ، درمان و IT در زمینه استقرار نظام ارجاع الکترونیک
- ب: مکاتبه با وزارتخانه و درخواست انتقال از NOD آزمایشی به NOD اصلی تا پایان خرداد ماه ۱۳۹۸

ومن ... التوفیق

باتشکر از همکاری معاونت های بهداشتی و درمان ، مدیریت فناوری اطلاعات و اداره آموزش کارکنان

حق تکثیر برای دانشگاه علوم پزشکی نیشابور محفوظ است