

خلاصه سی و سومین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۴)

🏠 مکان: تالار شهید حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۱۰/۲۶

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸

رئیس جلسه: دکتر محمدرضا رضایتمند، رئیس مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت

سخنرانان:

دکتر سید محمود تارا، دانشیار انفورماتیک پزشکی مرکز قلب و عروق شهید رجایی تهران

نقش نظام های سلامت دیجیتال در شکل دهی نظام پزشکی خانواده و ارجاع

دکتر مجید جنگی، استادیار انفورماتیک پزشکی گروه مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت و مدیریت فاوای دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان

پیش نیازهای زیرساختی نظام ارجاع

در این نشست مجازی-حضورى از ساعت ۱۵ تا ۱۹ در تالار شهید حریرچیان دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد. در ابتدای این نشست، جناب آقای دکتر محمدرضا رضایتمند، رئیس مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت با ارائه خلاصه ای از جلسات گذشته، موضوع جلسه را مطرح نمودند

به عنوان اولین سخنران نشست، جناب آقای دکتر سید محمود تارا، دانشیار انفورماتیک پزشکی مرکز قلب و عروق شهید رجایی تهران درخصوص نقش نظام های سلامت دیجیتال در شکل دهی نظام سلامت همگانی، پنج رکن نظام سلامت همگانی را به شرح زیر بیان کردند:

✓ یک شبکه سطح بندی شده مراکز سلامت با توزیع عادلانه در کشور

✓ نظام مراقبت همگانی منطبق بر مراکز سلامت

✓ نظام هدایت یا ارجاع خدمات سلامت شهروندان

✓ وجود پرونده الکترونیکی یکپارچه و پیوسته

✓ پوشش هزینه دهی بیمه خدمات همگانی

ایشان خاطر نشان کردند یک اشتباه رایج در کشور ما این است که نظام های سلامت همگانی را مبتنی بر سه سطح می دانند از جمله مراقبت های بهداشتی و پزشک عمومی را سطح یک، خدمات بستری و سرپایی تخصصی را سطح دو و خدمات بستری سرپایی فوق تخصصی را در سطح سه طبقه بندی می کنند.

اصل موضوعات در نظام سلامت همگانی در سخنرانی ایشان به شرح زیر می باشد:

۱. سطح یک نگذاریم فرد بیمار شود.

۲. سطح دو بیماریابی و درمان زودرس

۳. سطح سه درمان فردی که بیمار شده و برگرداندن او به جامعه

نقش سلامت دیجیتال در شکل گیری نظام سلامت همگانی این است که چگونه در یک شبکه سطح بندی شده نظام سلامت، توزیع عادلانه داشته باشیم. پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه شامل کل خدماتی است که فرد در کشور در طول عمرش دریافت کرده است. ایشان همچنین در خصوص نمای پرونده الکترونیک سلامت مطالبی را بیان کردند. ایشان خاطر نشان کردند که شخص باید همه ی سوابق و همه ی علائم خود، خلاصه و وضعیت سلامت را ببیند. درگاه الکترونیک نظام سلامت همگانی درگاهی است که وقتی شخصی به آن مراجعه می کند تشخیص می دهد که به چه خدمتی نیاز دارد و پس از تشخیص نهایی، مرکزی که خدمت را ارائه می دهد معرفی می شود. سامانه خدمات ارزش افزوده در سال های اخیر رشد پیدا کرده است که به منزله اسنپ سلامت برشمرده می شود و هنگامی که مرکز خدمت رسانی از بیمار دور باشد، در رفت و آمد به بیمار کمک می کند. سامانه های آموزش و پیگیری، زمانی که بیمار خدمات را دریافت کرد، وظیفه انتقال آموزش های بعد از آن را برعهده دارند که همه این عوامل مبتنی بر بانک های خدمات سلامت و در بحث پرونده جامع بیمه سلامت هستند.

نظام بیمه سلامت همگانی یعنی همه جمعیت یک کشور تحت پوشش هستند و کسی در خارج از این روال نمیتواند از هزینه بیمه و بیت المال استفاده کند. داخل این نظام، خدمات رایگان است و در این نظام پرداخت از جیب بیمار حداقل است. بیمه تامین اجتماعی وظیفه دارد دهک های پایین را حمایت کند و در کنار آنها باشد. شورای عالی بیمه سلامت باید همه بیمه ها را طوری هماهنگ کند که قبل، حین و بعد از خدمت هزینه ای که می شود در راستای نظام پیشگیری سه سطحی باشد. بیمه های خدمات سلامت و بیمه های تکمیلی سلامت همه باید در راستای همگانی و نظام پیشگیرانه باشد. سازمان نظام سلامت باید هزینه های نظام ارجاع و فرآیندش را ساپورت کند. برنامه کشوری استحقاق سنجی خدمات نظام سلامت کشور در راستای بحث سلامت همگانی بوده و خدمت دهنده و کسی که خدمت را دریافت می کند همگی باید در راستای سلامت همگانی باشند. سامانه استحقاق سنجی توسط بیمه سلامت مدیریت می شود. با استفاده از پرونده جامع بیمه شده یا پرونده الکترونیک سلامت می توان فهمید که یک بیمار چه خدماتی دریافت کرده است اما متأسفانه اکنون در مجموع نمی توانیم متوجه شویم که هر فرد چقدر هزینه کرده است.

سامانه کشوری نظام ارجاع و پس خوراند به طور آزمایشی ابتدا در استان گلستان اجرا شد. در این سامانه مشخص می شد که چه بیماری از کدام مرکز و به چه منظوری ارجاع شده است. لازمه بهبود و کارایی بهتر شبکه این است که همه سامانه ها به یکدیگر و همگی به پرونده الکترونیک سلامت متصل شوند و همگی در سامانه رصد کشوری نمایش داده شوند. در نظام سلامت دیجیتال مثل نظام سلامت همگانی که یکپارچه هست راه حل های آنها نیز یکپارچه هست و اگر بخواهیم نظام سلامت الکترونیک طراحی شده درست کار کند باید همه ارکان در کنار هم قرار بگیرند و به یکدیگر متصل شوند و نکته مهم این است که نظام سلامت دیجیتال

باید نظام سلامت همگانی را ساپورت کند. نظام سلامت همگانی از اساس یک نظام سلامت یکپارچه و مبتنی بر ۵ رکن متصل است. تمام یا بخشی از نظام سلامت همگانی وابسته یا از پایه بوسیله نظام سلامت دیجیتال تامین می‌شود و نقشه راه دقیق و در سطح ملی می‌خواهند.

سوال جناب آقای دکتر اکبری ساری: آیا یک نظام فناوری اطلاعات با کمترین میزان امکانات و منابع می‌تواند مشکل پزشکی خانواده و نظام ارجاع را حل کند؟

نسل یک تا سه برای شروع نظام است و نسل های چهار و پنج نسل های پیشرفته آن هستند. در مقام مثال یک پزشک خانواده باید بتواند ۴ اقدام اولیه برای بیمار در جهت کاهش هزینه انجام دهد و نیازمند این است که سابقه یا پرونده بیمار را بداند و چون سابقه ای در حال حاضر وجود ندارد نه می توان سابقه را دید و نه پزشک می داند که چه خدماتی قبلا به بیمار ارائه شده است. حتی سامانه های بهداشتی ما به یکدیگر متصل نیستند. نکته بعدی این است که ۶۰ درصد کارها غیر از کار بودجه ای هست و به قدرت تفکر افراد آن سازمان یا نظام برمی گردد. هنوز مطالعه مدل محرومیت سنجی و تخصیص عدالت در کشور ما وجود ندارد. جناب آقای دکتر تارا خاطر نشان کردند کشوری هایی بخش هایی از نظام را به طور کامل در کشور خود پیاده کرده اند، برای مثال کشور ترکیه در بحث نظام های رهگیری و ردگیری خریدهای راهبردی مرتبط با سلامت همگانی در جهان اول است و این نظام را از ۱۰ یا ۱۲ سال پیش در کشور خود پیاده کرده و کشورهای اروپایی از بعد از آن شروع به پیاده سازی این برنامه کرده اند. در کشورهای دیگری مانند انگلستان، استرالیا و کانادا، بخش های دیگری از این نظام به شکل های مختلف پیاده سازی شده است. همچنین بسیاری از کشورها هم هستند که پرونده الکترونیکی یکپارچه سلامت را به دلایل بسیار زیادی اجرا نکرده اند. اما این کشورها به عنوان جایگزین، یک سری راه حل های دیگری گذاشتند که این راه حل ها بسیار هم کارآمد است. کره جنوبی در کنار چندین کشور دیگر یکی از بهترین نظام های دولت الکترونیک را در دنیا دارد.

در ادامه جناب آقای دکتر مجید جنگی درباره زیرساخت های نظام ارجاع و پزشک خانواده صحبت کردند. ایشان فرمودند بر اساس همان تعریف سنتی که در وزارت بهداشت وجود دارد، بحث از خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت شروع می شود فرد به پزشک خانواده ارجاع داده می شود و پس از ویزیت اگر پزشک خانواده تشخیص داد که باید فرد به پزشک متخصص ارجاع داده شود، دوباره فرایند ارجاع به پزشک متخصص اتفاق می افتد و پس از انجام کارهای لازم، اگر لازم باشد فرد به پزشک فوق تخصص ارجاع داده می شود.

فرایند کلی نظام ارجاع الکترونیک از منظر اجرایی شامل سه سطح است: سطح اول مرکز بهداشت در نظر گرفته می شود. سطح دوم مراکز درمانی در نظر گرفته می شوند و سطح سوم مراکز فوق تخصصی هستند. از منظر فنی مراحل زیر انجام می شود:

۱. مراجعه به واحد پذیرش
۲. استعلام بیمه و استحقاق سنجی
۳. ارجاع به پزشک خانواده
۴. در صورت نیاز ارجاع به سطح دو
۵. در صورت نیاز ارجاع به سطح سوم

همچنین ممکن است فرایند ارجاع افقی هم اتفاق بیفتد. یکی از اصلی‌ترین موضوعات در این بحث الزام به تعامل و ارتباط بین سطوح مختلف می باشد. دکتر جنگی در ادامه درباره انواع استانداردها صحبت کردند که یکی از آنها سایت Regulatory می باشد. ایشان در ادامه بحث اضافه کردند که یکسری نیازهای میان افزاری هم وجود دارند که ما بتوانیم بین نرم افزارها زبان مشترک داشته باشیم. این میان افزارها عبارت است از دیتاس، سپاس، شمس، سیاب و سنا. یکی از کارهای بسیار مهمی که قرار است در سامانه سنا اتفاق بیفتد بحث نوبت دهی می باشد. یعنی نوبت دهی های مستقل اما هماهنگ در سطوح یک دو و سه. میان افزارهایی مانند دیتاس، سپاس و سنا نیاز است که در تمام سطوح برقرار باشند. اما شمس و سیاب را فقط در سطح اول داریم. ایشان در ادامه به چالش های اجرای نظام ارجاع پرداختند که این چالش ها عبارت از چالش های مدیریتی، سیاست گذاری و چالش های فنی می باشد. بحث منطقه بندی (Zoning)، ناکافی بودن SLA بین دینفعان، مشارکت وزارتخانه های مختلف در نظام ارجاع و تصمیمات مدیریت در چالش های مدیریتی مطرح می شوند. چالش های فنی شامل مشکلات سخت افزاری، مشکلات فنی اتصال به سپاس، پشتیبانی و موارد دیگری مانند نبود نوبت دهی الکترونیک در همه جا، چالش فرایندی نوبت دهی ها و ساعت هماهنگی، عدم وجود استاندارد در سامانه های بخش خصوصی برای اتصال به دیتاس، سرعت کند برخی سامانه های بزرگ کشوری و غیره می باشد.

جناب آقای **دکتر بکتاشیان** در ادامه به بحث ورود کردند و سوالاتی در مورد انواع سامانه های متعدد و مجزا از هم و چالش های مربوط به آن داشتند. دکتر جنگی در پاسخ به سوال ایشان خاطر بیان کردند به دلیل اختلاف کدینگ هایی که بین سامانه ها وجود دارد ممکن است ارتباط بین سامانه ها با کیفیت نباشد و با اختلالاتی مواجه باشد که به مرور باید اصلاح شوند. ایشان درباره بهترین راه حل در خصوص سامانه های مجزا فرمودند بهترین راه حل این است که سامانه های مجزا کار خودشان را به صورت مجزا انجام دهند و آن قسمت هایی که نیاز است با هم ارتباط بگیرند و توسط یک نهاد حاکمیتی الزام شود که با همدیگر از طریق وب سرویس یا میان افزار ارتباط بگیرند.

گردآورندگان: فریبا رنجبر، غزاله سوسنی، فاطمه ظهیری، مبینا خلیل اللهی، امیر اخوان

دانشجویان کتابداری و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی