|  |
| --- |
| * **عنوان پژوهش:**   **برنامۀ عملیاتی حرکت به سوی اجرای پروندۀ الکترونیک سلامت** |
| * **نوع پژوهش :**   **کاربردی \* بنیادی □ توسعه‌ای □** |
| * **نوع خروجی حاصل از انجام پژوهش:**   **طرح پژوهشی✓ گزارش کارشناسی□ سند سیاستگذاری □** |

لازم به ذکر است در چارچوب پژوهشی موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، منظور از طرح پژوهشی، سند سیاستگذاری و گزارش کارشناسی به شرح ذیل است:

**«طرح پژوهشی»**

طرح پژوهشی یکی از انواع قالب‌های تولید علمی محسوب می شود که منطبق با اصول علمی روش تحقیق انجام می‌شود.

**«سند سیاست‌گذاری»**

«سند سیاست‌گذاری»، گزارشی کوتاه، بی‌طرفانه و موجز در پاسخ به یک سؤال مشخص یا راجع به یک مسئله خاص‌‌ است که استاندارد صلاحیت برای تهیه سند سیاست‌گذاری، افراد خبره هستند. این گزارش شامل سه بخش زیر می‌شود: بخش اول که به آن «خلاصه مدیریتی» خواهیم گفت، بر روی جلد گزارش، ضمن بیان مشکل در یک یا دو سطر، به ارائه راهکارهای اجرایی منطقی برای آن در حداکثر نصف صفحه می‌پردازد. بخش دوم که گزارش اصلی را تشکیل می‌دهد و در 3 تا 5 صفحه مطابق چارچوب تعیین‌شده تهیه می‌شود، «پیشنهادات سیاست‎‌گذاری» نامیده می‌شود. بخش سوم که به تحلیل دقیق موضوع و ارائه اسناد پشتیبان آن می‌پردازد، «یادداشت سیاست‌گذاری» نام دارد. هر یک از این سه بخش برای اهداف خاص و مخاطبان ویژه خود تهیه می‌شوند.

**«گزارش کارشناسی»**

شامل ارائه یک گزارش کامل در خصوص یک موضوع خاص موردنظر است که به یک فرد مجری با سطح صلاحیت حداقل «محقق» واگذار می‌شود تا حداکثر طی 3 ماه، گزارش مورد نظر را منطبق با فرمت ارائه‌شده تهیه و ارائه نماید.

**«تعریف سطح خرد/متوسط/کلان»**

طرح خرد- طرحی است که از حیث مبلغ سه برابر حد نصاب معاملات خرد موسسه می باشد.

طرح متوسط- طرحی است که از حیث مبلغ از معاملات خرد فراتر بوده و حداکثر ده برابر سقف حد نصاب معاملات خرد موسسه می باشد.

طرح کلان- طرحی است که از حیث مبلغ از سقف معاملات متوسط فراتر باشد.

|  |
| --- |
| توصیف و بیان مسئله:  در طول چند دهه گذشته تحولات شگرفی در زمینه اطلاعات و فناوری‌های ارتباطی صورت گرفته است که از آن با عنوان عصر دیجیتالی شدن یاد می‌شود. بر اثر این تحولات و پیدایش جامعه دیجیتال، گسترش دسترسی به اینترنت و مقرون به‌صرفه شدن محاسبات مبتنی بر کامپیوتر، گذار از نظام دولت‌داری سنتی مبتنی بر استفاده از کاغذ به سمت منابع الکترونیک (مانند وب‌سایت‌ها و اینترانت ) آغاز شده است. این موضوع سبب پیدایش رویکردهای جدیدی برای دستیابی به حاکمیت خوب با استفاده از ابزارهای دیجیتال شده است که یکی مهمترین آنها حاکمیت الکترونیک می‌باشد. حاکمیت الکترونیک می‌تواند در خدمت اهداف مختلفی باشند از جمله ارائه بهتر خدمات دولتی به شهروندان، بهبود تعاملات با کسب‌وکارها و صنایع یا مدیریت کاراتر دولتی، توانمند ساختن شهروندان از طریق دسترسی به اطلاعات که منجر به کاهش فساد، افزایش شفافیت، سهولت بیشتر فعالیت‌ها، رشد درآمد یا کاهش هزینه‌ها می‌شوند.  نقطه آغاز حکمرانی الکترونیک، الکترونیک‌سازی داده‌های موجود و دسترسی به آنها از طریق بسترهای دیجیتال می‌باشد. بر همین اساس در حوزه بهداشت و درمان نقطه آغاز حکمرانی الکترونیک سلامت را می‌توان به اوایل دهه 1960 منتسب نمود. در این دهه نوعی از سامانه مدیریت داده‌های بالینی که اکنون سامانه اطلاعات بیمارستانی نامیده می‌شود توسعه یافت. از زمان توسعه اولین نسخه‌های ثبت الکترونیک اطلاعات سلامت تا به امروز تعاریف مختفی برای گذار از نظام دستی یا مبتنی بر کاغذ به نظام الکترونیک ثبت اطلاعات بیماران ارائه شده‌ است. برخی از رایج‌ترین اصطلاحات عبارتند از مستندات سلامت مکانیزه شده (Automated Health Records)، پرونده پزشکی الکترونیک (Electronic Medical Records)، پرونده بیمار کامپیوتری‌شده(Computer-based Patient Record) و پرونده الکترونیک سلامت (Electronic Health Record).  پرونده الکترونیک سلامت در کشورهای مختلف به شیوه‌های مختلفی تعریف شده است و دامنه پوشش آن نیز مختلف می‌باشد، اما در یک تعریف کلی پرونده الکترونیک سلامت دارای سه بعد حیطه عملیاتی[[1]](#footnote-1)، مقیاس[[2]](#footnote-2) و میزان کنترل[[3]](#footnote-3) است. حیطه عملیاتی به این موضوع اشاره دارد که داده‌های ثبت شده تا چه سطحی به اشتراک گذاشته خواهند شد (برای مثال در سطح سازمان، استان یا ملی). مورد دوم به سطح انباشت افقی و عمودی اطلاعات گردآوری شده از وضعیت سلامت بیماران مختلف در طول زندگی آنها توسط سازمان‌ها و/یا مراکز بالینی مختلفی اشاره دارد. مورد آخر نیز به این موضوع اشاره دارد که کنترل اعمال شده بر داده‌ها و محتوی پرونده الکترونیک تا چه حد ارائه‌دهنده- محور یا بیمار- مرکز سلامت محور می‌باشد.  به صورت ایده‌آل پرونده الکترونیک سلامت باید شامل تمام تاریخچه سلامت فرد در طول زندگی او بشود (خدمات دریافت شده از ارائه‌دهندگان مختلف در سازمان‌های سلامت مختلف از آغاز بارداری تا مرگ). در مقایسه با سامانه سنتی ثبت اطلاعات سلامت بیماران، پرونده الکترونیک سلامت دارای چندین مزیت می‌باشد، از جمله افزایش دسترسی، بهبود ارتباطات میان ارائه‌دهندگان، ارتباط با بیماران، تجمیع داده‌ها و ادغام ابزارهای حمایت از تصمیم‌گیری. با این وجود، چند مانع نیز در راه استقرار آنها وجود دارد، از جمله موانع مالی، نگرانی‌های فنی، زمان، موضوعات روانشناسانه، اجتماعی و قانونی و موانع مرتبط با تغییر فرایندهای سازمانی.  در اسناد بالادستی کشور بر ضرورت اجرای پرونده الکترونیک سلامت تاکید شده است از جمله قانون برنامه ششم توسعه که در تاریخ 14 اسفند ماه 1395 توسط مجلس شورای اسلامی مصوب گردید. هرچند نسبت به برنامه پنجم به‌صورت تفصیلی‌تری به بحث e-Health ورود پیدا کرده است، اما در زمینه مفاد اصلی e-Health دارای اشتراکات فراوانی با قانون برنامه‌های چهارم و پنجم می‌باشد. در ماده 74 بند الف این قانون، وزارت بهداشت موظف شده است که ظرف دو سال ابتدایی برنامه (یعنی تا پایان سال 1398) نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و سامانه‌هاي اطلاعاتی مراکز سلامت اقدام نماید و این امر 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 باشد. همچنین در قانون بودجه سال 1399 سازمان‌های بیمه‌گر پایه درمان موظف شدند تا فقط نسخه‌های الکترونیکی را پذیرش نمایند. در این قانون قید شده بود که در صورتی که شورای عالی بیمه ظرف سه‌ ماه اول سال ۱۳۹۹ اقدام به اینکار نکند، سازمان‌های بیمه‌گر پایه درمان مکلفند حداکثر ظرف مدت یک ‌ماه نسخه الکترونیک را بر اساس ضوابط مذکور طراحی و اجرا نمایند. در این راستا سازمان تامین اجتماعی با استفاده از تجربیات پیشین خود در زمینه نسخه‌نویسی الکترونیک در مراکز ملکی سازمان اقدام به استقرار نسخه‌نویسی الکترونیک در بخش درمان غیرمستقیم (مراکز دانشگاهی، خصوصی و ...) برای اولین بار در کشور نمود. الان که حدود 2 سال از اجرای این طرح گذشته است و توسط سازمان‌های بیمه‌گر دیگر نیز اجرا شده است نیازمند تکمیل فرآیند آن به سمت اجرای کامل نسخه الکترونیک است.  بر اساس آنچه که تاکنون مطرح شد، حداقل در طول یک دهه گذشته یک صراحت قانونی برای حرکت به سمت حاکمیت الکترونیک و پرونده الکترونیک سلامت وجود داشته است و دولت‌های گذشته نیز تلاش‌هایی برای استقرار آن داشته‌اند، اما به چند دلیل تلاش‌های آنها با موفقیت همراه نبوده است، از جمله نبود وفاق و اجماع در مورد معماری کلان نظام سلامت الکترونیک و پرونده الکترونیک سلامت، عمدتا به دلیل عدم پیروی از یک مدل استاندارد مورد قبول برای تشکیل هسته اولیه پرونده الکترونیک سلامت و وزن بالای نظرات و سلیقه‌های فردی اعمال شده در طول زمان. دومین عامل مهم نبود ساختار مناسب اداری می‌باشد. به دیگر سخن وزارت بهداشت (به عنوان متولی پرونده الکترونیک سلامت) برای مدیریت موفق استقرار نظام سلامت الکترونیک به‌طور کلی و پرونده الکترونیک سلامت به‌طور خاص باید صرفا نقش تولیت داشته باشد (به معنای، همه‌کاره بدون مالکیت)، این در حالی است که به علت نقش پرنگ این وزارتخانه در ارائه خدمات سلامت در حال حاضر این نهاد در زمینه اجرای پرونده الکترونیک سلامت دارای تعارض منافع می‌باشد. بنابراین، یکی از اولین پیش‌نیازها برای موفقیت برنامه‌های اصلاحی مختلف، طراحی یک سند سیاستی برای اجرای آن توسط یک نهاد پژوهشی مستقل است. به صورت کلی هدف از این پژوهش طراحی یک سند کامل عملیاتی جهت حرکت از نسخه الکترونیک به پرونده الکترونیک (که نسخه الکترونیک سلامت بخشی مهمی از آن می‌باشد) در سطح ملی است. امید است نتایج این پژوهش گام مهمی در راستای تحقق پرونده الکترونیک سلامت و مثمرثمر برای نظام سلامت و کشور عزیزمان باشد. |
| **اهداف مورد نظر برای تحقیق:**   * **هدف اصلی**   **تدوین برنامۀ عملیاتی برای اجرای پروندۀ الکترونیک سلامت در کشور**   * **اهداف فرعی**   بررسی تجارب کشورهای موفق در زمینه استقرار پرونده الکترونیک  آسیب شناسی نظام سلامت کشور جهت اجرای کامل پرونده الکترونیک  شناسایی نیازها و ساختارهای نیازمند اجرای پرونده الکترونیک  شناسایی مراحل لازم جهت حرکت از نسخه الکترونیک به پرونده الکترونیک  شناسایی نهادها و سازمانهای متولی اجرای پرونده الکترونیک و تعیین نقش هر کدام  تدوین برنامه عملیاتی جامع اجرای پرونده الکترونیک در کشور |
| * **زمینه‌های استفاده و کاربرد نتایج تحقیق (کاربست آن در سازمان تامین اجتماعی یا حوزه رفاه و تامین اجتماعی):**   تدوین سند جامع عملیاتی پرونده الکترونیک و اجرای آن فواید زیادی برای نظام سلامت کشور از جمله سازمانهای بیمه‌گر خواهد داشت. اجرای پرونده الکترونیک می‌تواند منجر به افزایش دسترسی، بهبود ارتباطات میان ارائه‌دهندگان، بهبود ارتباط با بیماران و ارتقاء کیفیت خدمات درمانی، تجمیع داده‌ها و ابزاری برای نظارت دقیق‌تر متولیان نظام سلامت شود. |
| * **محدوده مکانی و محدوده زمانی** * سازمان تامین اجتماعی * سال 1401 |
| * **شرح خدمات مورد انتظار:** * مطالعه تجارب کشورهای موفق در زمینه استقرار پرونده الکترونیک سلامت از جنبه های، نقاط قوت و ضعف، مراحل و اقدامات لازم جهت اجرای آن، نهادهای متولی، حیطه عملیاتی، مقیاس و میزان کنترل * مطالعه آسیب شناسی نظام سلامت کشور جهت اجرای کامل پرونده الکترونیک * شناسایی ساختارهای مورد نیاز، مراحل لازم جهت حرکت از نسخه الکترونیک به پرونده الکترونیک و شناسایی نهادها و سازمانهای متولی * تدوین برنامه عملیاتی جامع اجرای پرونده الکترونیک در کشور |
| * **خروجی‌های موردانتظار:** * گزارش کارشناسی * سند سیاستی |
| * **محدودیت ها و موانع احتمالی پیش رو:** |
| * **مدت زمان حدودی اجرای پروژه (ماه):** 12 ماه |
| * **سطح مورد نظر برای اجرای طرح: خرد □ متوسط ✓ کلان □** |

1. Scope [↑](#footnote-ref-1)
2. Scale [↑](#footnote-ref-2)
3. Control [↑](#footnote-ref-3)