نسخه‌نویسی الکترونیک

دکتر ضیاءالدین عالم‌زاده
دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

■ مقدمه

در جهان امروز با سرعت غیرقابل تصوری روابط انسان‌ها در فضای پهناورمجازی و به کمک گستره الکترونیک درحال گذار اســت و در این رابطه هیچ شغل و حرفه‌ای مستثنی نخواهد بود. در کنار برخی معایب این زندگی نوین محاسن فراوان و غیرقابل انکاری وجود دارد. زبان و ادبیات محاوره‌ای جهانی با گسترش فضای الکترونیک درحال دگرگونی است. بدیهی است کشــورهایی که در امر انطباق با این شــرایط تلاش نکنند، بدون شک به بن بست‌های علمی و اجتماعی در روابط خود برخواهند خورد.

■ موضوع

نظام ســلامت جهانی یکی از پیچیده‌ترین و با ارزش‌ترین و الزامی‌ترین بخش ضرورت حضور در گستره الکترونیک جهانی است.

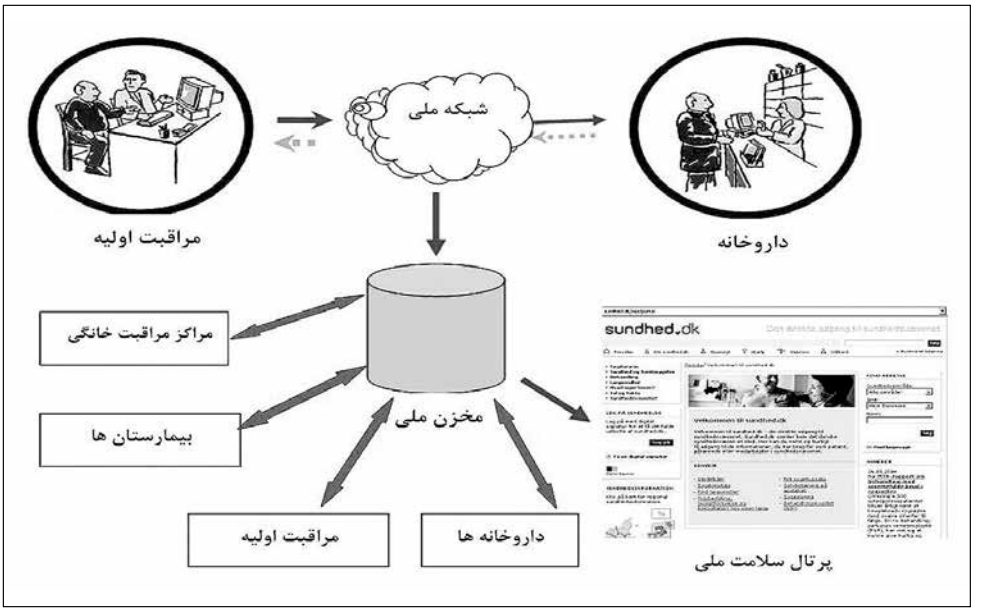
قدمت ورود بخش درمان و داروی کشــورهای پیشــرو از حدود ۲۰ ســال قبــل و عمدتاً در ۲۷ کشور اروپایی کلید خورد و در حال حاضر ۵ کشور اسکاندیناوی (دانمارک، فنلاند، سوئد، نروژ، بلژیک) و انگلیس و آمریکا در حال پیاده‌ســازی و تکمیل مراحل اجرایی آن هستند.

بدون شک هر طرح ملی، تا رسیدن به جامعیت فراگیر و به منظور دستیابی به تکمیل داده‌ها ورفع نواقص نیاز به زمان خواهد داشــت و از سال‌های ۱۹۹۵ تاکنون طرح نسخه‌نویســی الکترونیک در این کشورها همچنان در حال سپری کردن مراحل تکمیلی و تدوینی خود می‌باشد و شاید دانمارک تنها کشوری باشد که در سال ۲۰۱۵ توانسته است. این طرح را با جامعیت در کل نظام سلامت خود محقق و پیاده‌سازی نماید و در حال حاضر میزان پیشرفت و تحقق این طرح درکشورهای متفاوت نیز متغیر

است اما ظاهراً همگی مصمم به تکمیل و ارتقای آن و اجرای در کشور خود هستند.

از آن‌جایی که اخیراً شـــروع این طرح ولو ناقص و محدود در کشـــور ما توسط سازمان‌های بیمه‌گر کلید خورده اســـت و ضمن وجود ایراد و اشکالات فراوانـــی که به این طرح وارد اســـت، اما امیدوار هستیم مراحل تصحیح و تکمیلی خود را با کمک وزارت به بهداشت درمان و سازمان نظام پزشکی به سرعت سپری کند.

بدون شک مهم‌ترین مشکل تحقق این طرح در ایران در مقایسه با سایر کشورها تحمیل هزینه‌های انجام طرح (که کم هم نیســـتند) به حرف پزشکی و عمدتاً همکاران داروســـاز است. در صورتی که در کشـــورهای پیشرو هزینه‌های تحقق این طرح



شبکه نسخه‌نویسی الکترونیک در دانمارک (EPS)

روند جهانی نسخه نویسی الکترونیک	
PM = Electronic Prescription Medication E	نسخه نویسی الکترونیک دارویی
EPS = Electronic Prescription System	سیستم نسخه نویسی الکترونیک
ETP =Electronic Transmission Prescription	انتقال الکترونیکی نسخه

ملی را دولت تقبل می‌نماید و در صورتی که برای تأمین هزینه‌های طرح راه حل منطقی ارایه نگردد، مراحل تحقق آن به کندی و با نارضایتی مجموعه حوزه سلامت سپری خواهد شد.

در این مقاله بنا بر آن اســت که به اختصار و با اســتفاده از منابع موجود در کشورهای مذکور، به بررســی و نگاه اجمالی به مــوارد بالقوه مثبت و وسیع این طرح در کشورهای پیشرو و مقایسه آن با روند اجرایی این طرح در ایران پرداخته شــود و نگاه مثبت همکاران عزیز را به منافع تحقق کامل آن هم برای بیماران و هم مجموعه حرف پزشکی و هم کل نظام ناظر بر سلامت جامعه جلب کرد.

دانمارک نخستین کشوری است که سیستم EPS در آن از ســال ۲۰۰۱ شروع و از سال ۲۰۱۵ پس از طی مراحل تکمیلی خود، به‌طور کامل در کشور اجرا می‌گردد.

■ تعریف

سیســتم نســخه الکترونیک (EPS) عبارت از مجموعه‌ای از ســازمان‌ها و مؤسسات و نهادهای درمانی اعم از بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، درمانگاه‌ها و ســازمان‌های بیمه‌گر و مراکــز کنترل وزارت بهداشــت و درمان و داروی هرکشــور به‌صورت (web operating system) است که با یکدیگر مرتبط می‌باشند و کلیه اطلاعات و سوابق درمانی بیمار در کلیه این مراکز در هر زمان و هر نقطه‌ای از کشور به اشتراک (share) گذاشته و بایگانی گردد.

■ بخش سلامت دانمارک

بخش‌های ســلامت مرتبط در دانمارک تا سال ۲۰۱۵ (۵/۷۷ میلیون نفر جمعیت) شامل:

- ✧ ۶۳ بیمارستان دولتی
- ✧ ۱۰ بیمارستان خصوصی
- ✧ ۳۴۰۰ پزشک در ۲۰۰۰ کلینیک
- ✧ ۸۰۰ مرکز خصوصی ویژه و ۳۰۰ نیمه وقت
- ✧ ۳۳۱ داروخانه
- ✧ ۲۷۰۰ دندانپزشک
- ✧ ۱۷۰۰ فیزیوتراپیست
- ✧ ۲۵۰ متخصص زنان زایمان
- ✧ ۱۵ استان و مناطق (دولتی)
- ✧ ۲۷۱ شهرداری‌ها
- ✧ یک بیمه سلامت خصوصی

می باشد.

■ وسعت منافع (EPS)

✧ مهم‌ترین کارآیی EPS در دانمارک:

۱ ـ ایجــاد و برقــراری ارتباط بین کلیه مراکز درمانی در سراسر کشور، به‌گونه‌ای که در هر زمان و هر مکان از کشــور کلیه اطلاعات درمانی بیمار اعم از ســوابق بیماری، اعمال جراحی، داروهای مصرفی، هزینه‌های درمانی، قابل روئیت برای همه مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، پزشکان، داروخانه‌ها به‌صورت Online می‌باشد.

۲ ـ جمــع‌آوری کلیه اطلاعات یــک بیمار در مرکزیت تحلیل داده‌ها، مستقر در وزارت بهداشت، درمان، دارو جهت استخراج آمارهای ارزشمندی از شیوع انواع بیماری‌ها، میزان مصرف تک‌تک اقلام دارویی و پیشگیری از انبارش دارو و برآورد دقیق هزینه‌های درمانی یک کشوردر جهت بودجه‌بندی سالانه توسط دولت.

۳ ـ تسلط کامل سازمان‌های بیمه‌گر بر صحت

عملکرد درمانی در کلیه زمینه‌ها و پیشگیری از سوء استفاده و صرفه‌جویی فراوان در هزینه‌ها و پیش‌بینی هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان تحت پوشش که برای سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی بسیار حایز اهمیت است.

۴ ـ داشتن اطلاعات کافی از میزان و نوع داروهای مصرفی توسط بخش‌های تولیددارو، واردات دارو و داروخانه‌ها در تأمین داروی مورد نیاز بیماران

۵ ـ در مجموع تسلط کامل دولت بر عملکرد علمی و اجرایی مجموعه‌های درمانی در سراسر کشور از محاسن ارزشمند EPS می‌باشد.

■ ایجاد تسهیلات برای بیمار در EPS در دانمارک

۱ ـ دسترسی بیمار از کلیه مراحل درمانی خود و دستورات دارویی و مراقبتی

۲ ـ ثبت آدرس دقیق محل سکونت و نوع شغل بیمار در سامانه EPS

۳ ـ ایجاد پل ارتباطی بین نزدیک‌ترین مراکز درمانی و داروخانه به محل زندگی بیمار و صدور کارت اشتراک عضویت مشتریان نزدیک‌ترین داروخانه و درمانگاه

۴ ـ هر بیمار فقط می‌تواند یک پزشک GP و یک داروخانه را به انتخاب خود جهت امور درمانی خود معرفی نماید. در صورت تشخیص GP بیمار به مراکز درمانی و بیمارستان‌ها معرفی و تحت درمان قرار می‌گیرد.

۵ ـ بیمار پس از مراجعه به پزشک کلیه اطلاعات و داروهای مورد نیاز وی از طریق داروخانه مشترک عضویت و تحت سامانه EPS تأمین و در کمترین زمان درب منزل تحویل وی می‌گردد.

هزینه‌های درمانی و سیستم نظارت سازمان‌های بیمه‌گر در دانمارک با ۵/۷۷ میلیون نفر جمعیت

۱ ـ کلیه شهروندان و هم‌چنین مهاجران و مسافران قانونی در دانمارک دارای دفترچه (کارت) هویت درمانی هستند که از شهرداری‌های محل دریافت می‌کنند و در کلیه مراجعات به مراکز درمانی و دارویی ملزم به ارایه کارت هویت می‌باشد.

۲ ـ کلیه هزینه‌های درمانی بیماران رایگان و توسط دولت و سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی پرداخت می‌شود.

۳ ـ کلیه اطلاعات بیماری هر فرد کاملاً محرمانه می‌باشد و هیچ فردی به استثنا کادر درمانی، بدون رضایت بیمار حق بازبینی اطلاعات وی را ندارد.

■ مقاومت وممانعت دراجرای EPS به صلاح توسعه و ارتقای سلامت نیست.

بدون شک کشور عزیزمان ایران در شاخه علوم پزشکی و نظام تشخیص و درمان، به پیشرفت‌های شگرفی دست یافته است و همواره در زمره کشورهای پیشرو مطرح است. بنابراین، اکنون زمان آن رسیده است که نظام و سیستم ارجاع در بخش درمان و دارو از شکل و شیوه سنتی خود خارج و به روش‌های نوین جهانی استحاله گردد. البته، بدون شک از آن‌جایی‌که این تحول نیاز به دانش نوین و صرف هزینه خواهد بود، به‌طور طبیعی مورد مخالفت گروه پزشکی خصوصاً پزشکان به‌عنوان نقطه شروع این سیستم قرار خواهدگرفت.

اما بدون شک در صورت موفقیت مجموعه

درمانی کشـــور در تحقق کامل ابعاد متنوع طرح EPS موجبات رضایت و تحســـین گروه پزشکی از نظـــام نوین ارجـــاع EPS را به‌دنبال خواهد داشـــت. بنابراین، شاید بهتر باشد که قبل از این کـــه انرژی خود را صرف مقاومت و مخالفت در تحقق این طرح پیشـــرفته و مؤثر کنیم، تلاش نماییم مســـیرتحقق آن را در کشـــور عزیزمان ایـــران هموار ســـازیم، تا همه گروه پزشـــکی (پزشـــکان، داروخانه‌ها، کلنیک‌ها، بیمارستان‌ها و ...) در بخش تشـــخیصی و درمانی تخصصی خـــود موفق‌تر و از برکت این روش نوین مردم عزیز و بیماران بهره کافی را ببرند. بنابراین، به نظرمی‌رســـد آگاهی از ابعاد و شـــیوه تحقق این طرح در کشـــورهای پیشـــرفته می‌تواند ما را با ابعاد آن آشنا کند.

در بخش قبل از جامعیت EPS در کشور دانمارک به اختصار پرداختم که مهم‌ترین نکات آن به شرح زیر می‌باشد.

۱ ـ پیشگیری از نسخه‌نویسی کتبی و بنابراین، رفع معضل ناخوانایی نســـخ پزشـــکان و بنابراین، پیشگیری بسیاری از اشتباهات پزشکی ـ درمانی

۲ ـ انتقال مطلق تشـــخیص، درمان، در فضای مطمئن الکترونیک تحت وب و بنابراین، افزایش وسیع قابلیت دسترسی

۳ ـ کاهش شـــدید خطاهای تشخیصی به‌دلیل دسترسی سهل و ممکن پزشک از جامعیت پروسه درمانی بیمار در هر زمان و مکان

۴ ـ تســـلط کلیه مراکز خدمات درمانی از قبیل داروخانه‌ها و آزمایشـــگاه‌ها و سایر حرف مرتبط با درمان بیمار، بنابراین، با گسترش این هم‌پوشانی به‌طور طبیعی بسیاری از خطاها در مراکز فوق به صفر نزدیک خواهد شد.

۵ ـ جامعیت دسترســـی ســـریع مراکز کنترل علمی و اداری و دولتی به آمار و اطلاعات اپیدمی بیماری‌های واگیـــردار و غیر واگیـــردار و اعمال روش‌های پیشـــگیری در راستای تحقق سلامت جامعه

۶ ـ دسترســـی به نوع و میـــزان داروهای مورد نیاز کشور و انتقال این اطلاعات بسیار ارزشمند به بخش‌های تولید، واردات و توزیع دارو و پیشگیری از انباشـــت بی‌رویه دارو و افزایش صرفه‌جویی در این بخش

۷ ـ تســـلط و آگاهی ســـازمان‌های بیمه‌گر از مسیر تشخیص و درمان بیماران تحت پوشش و پیشگیری از سوء استفاده از خدمات بیمه‌ای توسط افرادی که حق بیمـــه پرداخت نمی‌کنند (امروزه بیش از ۳۰ درصد سوء اســـتفاده از دفترچه‌های بیمه‌های درمانی در بخش ســـرپایی تقریباً محرز است) و بنابراین، واقعی شدن هزینه‌های درمانی بیمـــه شـــدگان و قرابت هزینه‌ها بـــا درآمدهای ســـازمان‌های بیمه‌گـــر منجر بـــه کاهش زمان پرداخت‌های معوقه مطالبات به زیرمجموعه‌های پزشـــکی خواهد شد. هم‌چنین کاهش قابل توجه هزینه‌هـــای چاپ و تکثیـــر دفترچه‌های درمانی مشاهده می‌گردد.

۸ ـ گســـترش و توســـعه عدالـــت در توزیـــع ثـــروت بیـــن افـــراد و واحدهای گروه پزشـــکی (پزشکان، دندانپزشکان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌های خصوصی) از طریق اصلاح مدیریتی نظام ارجاع بیماران به مراکز درمانی

۹ ـ آگاهـــی به موقع مدیریت‌هـــای درمان در ســـطح وزارت از خلاءهای واحدهـــای درمانی با توجه به توزیع و تمرکز جمعیتی در کشـــور و اقدام به اصلاح شرایط

۱۰ ـ ایجاد شرایط سهل و ممکن برای دسترسی سریع بیمار و بستگان مجاز وی با جزییات پروتکل درمانی و دارویی خود در فضای وسیع الکترونیک

✧ بدون شک یکی از پیشرفته‌ترین مفیدترین سیستم دارو درمانی در کشورهای مذکور می‌باشد (ناگفته نماند که همچنـــان پروپوزال‌های زیادی توسط PLOS medicin در دست تحقیق و بررسی جهت کاهش خطاهای این سیستم وجود دارد). به اختصار منافع این گستره web under به شرح زیر است:

الف ـ در بخش علمی وامنیت بیمار

۱ ـ دسترسی کامل و online پزشک و داروساز و بیمار به روند دارو و درمان بیماران

۲ ـ نسخه‌نویســـی الکترونیـــک بیانگر کاهش خطاهای نسخه‌نویســـی در بیمارستان‌های آمریکا بوده است.

۳ ـ ارایـــه مـــوارد زیادی از کاهـــش خطاهای پزشکی و افزایش کیفیت درمان توسط داروسازان در بیمارستان‌های انگلیس

۴ ـ تسهیل در امر دارورسانی به بیمار (از طریق تأمین و ارســـال دارو از داروخانه تحت پوشش به خانه بیمار به کمک ورود سیستم پیک در بخشی از این سامانه)

۵ ـ انجام مشاوره‌های مستقیم درمانی بیمار در منزل با پزشک و بیمارستان

۶ ـ تسهیل در تمدید و تکرار نسخه بیمار توسط پزشـــک و ارســـال به PORTAL-WEB بیمار در داروخانه و pc بیمار

۷ ـ نسخه‌نویســـی الکترونیـــک بیانگر بهبود معنی‌دار کیفیت نسخه‌نویســـی در بیمارستان‌های انگلیـــس با اشـــتباه های کمتر نسخه‌نویســـی و خطاهای داروسازان می‌باشد.

✧ در بررسی خطاهای تجویز دارو و هم‌چنین خطاهای مداخلات داروسازان در ارایه نسخه دارو به بیمار در قبل و بعد از راه‌اندازی سیستم EPS در بیمارستانی در لندن این نتایج به‌دست آمد.

✧ خطاهای پزشکان در تشخیص از ۹۴ مورد خطا به ۴۸ مورد و خطای داروســـازان در تحویل علمی دارو از ۷۳ مورد به ۴۵ مورد تقلیل یافت.

۸ ـ بنابراین، مهم‌ترین بخش اســـتقرار سیستم EPS در بخش‌های درمانی کاهش معنادار خطاهای پزشکی ـ دارویی است.

ب ـ منافع اقتصادی EPS

۱ ـ کاهش معنادار هزینه‌های بیمار در پیشگیری از مراجعات مکرر به بیمارستان و مراکز درمانی

۲ ـ کاهـــش هزینه‌های ســـربار مصرف دارو از طریق بهینه‌سازی پروتکل‌های درمان مستقیم

۳ ـ کاهش هزینه‌هـــای ملی در تأمین و تولید بی‌رویـــه و بدون مطالعه آمـــاری نیازهای دارویی کشـــور، از طریق اتصال مستقیم به پورتال میزان مصرف دارو در کشور

۴ ـ کاهش هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر در مقایسه با نسخه‌نویســـی نوشتاری و حذف هزینه تهیه و تأمین دفترچه درمانی

۵ ـ کاهـــش معنـــادار هزینه‌هـــای درمانـــی بیمه‌شوندگان از طریق کاهش خطاهای تشخیصی

و بنابراین، کاهش مصرف بی‌رویه دارو و سرانجام کاهش مراجعات مکرر بیمار به مراکز درمانی

■ اجرای EPS (نسخه‌نویسی الکترونیک) در ایران

در حال حاضر این طرح به شـــکلی کپی‌برداری شده و با وجود نواقص فراوان ساختاری و اجرایی و نرم‌افزاری و سخت‌افزاری توسط سازمان تأمین اجتماعی در ایران در برخی اســـتان‌ها در حال اجرا می‌باشد. در این بخش ضمن مقایسه ابعاد مختلف EPS در ایران با کشورهای پیشرو به دلایل ناکامی این طرح ابتر در ایران خواهم پرداخت.

■ نواقص

الف ـ بخش نخست: نواقص ساختاری

۱ ـ همان‌گونه کـــه در بخش‌های قبل عرض شد این طرح در سایر کشورها به‌عنوان یک طرح ســـلامت ملی تلقی می‌گردد. متولی و پشـــتوانه اجرایی و مالی این طرح دولت است و سازمان‌های بیمه‌گر یکی از ۱۰ مرکز مرتبط و منتفع در اجرای این طرح می‌باشـــند. اما متأسفانه متولی این طرح ملی در ایران سازمان‌های بیمه‌گر و صرفاً به قصد کاهش هزینه‌های خود می‌باشد.

۲ ـ اصـــولاً ســـرمایه‌گذار و ناظر این طرح باید دولت باشد و مهم‌ترین انگیزه دولت در اجرای این طرح، دغدغه ســـلامت شهروندان، ارتقای کیفیت درمان، ایجاد فضای گسترده ارتباطی (WEB) بین کلیه مراکز درمانی و بیمار و در گام بعدی کاهش بسیاری از هزینه‌های سربار است.

۳ ـ مهم‌ترین بخش این طرح، گســـتره آن در فضای امن WEB با پیش‌بینی پشتوانه یک شبکه داخلی مناســـب است. زیرا با وجود مشترکان زیاد و قطعی اینترنت امکان طراحی و اجرای سیســـتم در خارج از فضای شـــبکه داخلی جهت دسترسی خیل عظیم کاربران در اقصی نقاط کشـــور تقریباً غیرممکن است.

ب ـ نواقص اجرایی

۱ ـ اجرای دســـتوری یک طرح ملی با گستره کشوری توسط یک سازمان بیمه‌گر نقض غرض است.

۲ ـ بـــا توجه به عدم انعقـــاد قرارداد و رابطه مالی بسیاری از پزشـــکان در سطح کشور با سازمان‌های بیمه‌گر و بنابراین، عدم همکاری و تمایل آن‌ها در نصب و راه‌اندازی سیستم ناقص EPS توسط سازمان‌های بیمه‌گر موجبات بروز مشکلات پیچیده‌ای برای بیماران و داروخانه‌ها فراهم خواهد شد.

۳ ـ امکان اجرای این طرح در روستاها و مراکز درمانی حاشیه شهری در شرایطی که فاقد هرگونه زیرساخت مناسب تکنولوژی هستند، امری تخیلی است.

۴ ـ بنابراین، در شـــرایط و شـــیوه فعلی اجرای طرح توســـط مؤسسات انتفاعی بیمه هیچ پشتوانه قانونی برای تحقق کامل این طرح حتی در برخی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی وجود ندارد و بیمار ســـرگردان از اجرای این طرح (شـــتر گاو پلنگ) خواهد شد.

ج ـ نواقص نرم‌افزاری و سخت‌افزاری

۱ ـ بدون شـــک هر برنامـــه نرم‌افزاری با این وســـعت عاری از اشـــکال و ایراد نیست اما تجربه نشان داده که ســـاز وکار اصلاح امور از سرعت و

دقت و صحت کافی برخوردار نیست و در عمل با مشکل برخواهیم خورد.

۲ ـ عدم اجرای این طرح در شبکه داخلی متکی به web می‌تواند منجر به بروز مشکلات فراوان ناشی از عدم دسترسی و قطع مکرر اینترنت در کشور شود و به‌طور قطع نارضایتی حاصل از این نقصان نزد مجموعه پزشک، داروساز و بیمار به‌وقوع خواهد پیوست.

۳ ـ شیوه عملیاتی این طرح پس از تایپ نسخه توسط پزشک به داروخانه منتقل می‌شود. نسخه در صفحه مانیتور اپراتور ظاهر می‌شود. داروخانه برای تهیه و جمع‌آوری دارو و هم‌چنین داروساز جهت ارایه دارو به بیمار نیاز به مشاهده مداوم مانیتوری که در فضای فیزیکی کاملاً مجزا مستقر است، دارند. بنابراین، تنها راه حل ممکن پرینت نسخه در داروخانه است.

۴ ـ بدون شک در داروخانه‌های شبانه‌روزی یا شلوغ با مراجعان زیاد امکان انجام امور توسط یک و یا دو سیستم مانیتورینگ و پرینت نسخه وجود ندارد. بنابراین، نیاز به استقرار امکانات شبکه در داروخانه خواهیم داشت.

د ـ برآورد هزینه‌ها

۱ ـ اختصاص یک پرسنل و اپراتور تخصص یافته در مطب و داروخانه

۲ ـ تأمین یک یا بیشتر سخت‌افزار مناسب

۳ ـ هزینه پرداخت اینترنت در مطب و داروخانه

۴ ـ تهیه چاپگر و چاپ کلیه نسخ و تحویل به بیمار جهت اخذ مبلغ از بیمه‌های تکمیلی

۵ ـ به نظر می‌رسد با توجه به هزینه‌های تحمیلی سازمان‌های بیمه‌گر و دولت باید این هزینه‌ها را متقبل شوند.

در حالی که سازمان‌های بیمه‌گر با تأخیر چندماهه به طرف‌های قرارداد در پرداخت‌ها و عدم تقبل خسارت تأخیر، با کدام منطق و استدلال حقوقی هزینه‌های متعلق به خود را از سرخود باز و به طرف‌های قرارداد تحمیل می‌نماید؟

بنابراین، اعمال این دستورالعمل بدون پرداخت هزینه‌های آن از سوی این مؤسسات صاحب نفع، ظلم آشکار به مجموعه پزشکی و داروخانه‌ها است و تقبل این دستورالعمل به معنای استقبال و پذیرش ظلم است.

و ـ آماده‌سازی زمینه‌های فرهنگی در جامعه

بدون شک با اجرای این طرح در شرایطی که زیرساخت‌های لازمه فراهم نیست، بنابراین، در مرحله عمل و تحویل دارو به بیمار با تأخیرهای ناخواسته مواجه خواهیم شد که برای بیماران قابل تحمل و توجیه نیست. بنابراین، آماده‌سازی فرهنگی جامعه بیمه شده در تحمل شرایط سخت احتمالی از لوازم اجرای این طرح است که متأسفانه در این رابطه تاکنون هیچ برنامه آموزشی در رسانه‌های جمعی اجرا نگردیده است.

■ نتیجه

ضمن درک شرایط و قبول لزوم‌گذار از شیوه‌های سنتی در بخش دارو و درمان کشور به سیستم‌های پیشرفته در جهت افزایش کیفیت علمی خدمات درمانی و کاهش معنادار خطاهای درمانی اما در قالب اعمال شرایط زیر ممکن است:

۱ ـ اجرای طرح جامع و مترقی Eps با محوریت و نظارت وزارت بهداشت درمان و سازمان نظام پزشکی

۲ ـ تعیین محل پرداخت هزینه‌های سربار و عدم

تحمیل آن به طرف‌های قرارداد (داروخانه و مطب)

در انتها، از عزیزان زحمتکش هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران تقاضا می‌کنم در راستای دفاع از حقوق صنفی مجدانه در جهت ممانعت از اجرای این طرح ناکارآمد و ابتر پیشنهادی توسط سازمان‌های بیمه‌گر تا حصول تقبل پرداخت هزینه‌های این طرح رایزنی‌های لازمه را مبذول بفرمایند.

منابع

1. Johansen I. e-prescriptions ETP-Denmark Danish centre for health tele matics. www.medcom.dk

2. Suomi R. electronic prescriptions as a part of national ICT-infrastructucturo for the health care industry. available from: http://www.Ismict2001.org/pdp/2Do2.pdf

3. Kazeml A. Computerized provider order entry and patient safety: Experiences from an Iranian teaching hospital. PhD, Karolinska Institute; 2009, Availabe from: http://publications. kl.se/Jspui/bitstream/10616/38076/1/thesis.pdf

۴. صمدبیک م. احمدی م. صدوقی ف. مروری کاربردی بر سیستم نسخه‌نویسی الکترونیک در کشورهای توسعه‌یافته. مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی ۱۳۹۵؛ (۵)۲: ۱۰۳ ـ ۹۰.