

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دستور العمل تعالی خدمات بخش اورژانس بیمارستانی

بهار ۱۴۰۳

دستورالعمل تعالی خدمات بخش اورژانس بیمارستانی

در بیمارستان های کشور

مقدمه

در نظام سلامت تاکید بر نیازهای اساسی مردم به ویژه در زمینه فوریت های پزشکی و گسترش خدمات پزشکی غیر بستری و ایمن، همواره از اهمیت خاصی برخوردار بوده است. این امر با بروز مشکلات جدید و تهدیدات نوین در عرصه سلامت، نظیر تغییرات اقلیمی، بیماری های نوپدید، مشکلات مالی در تامین هزینه های تجهیزات و نیروی انسانی و نقایص جدی در یکپارچگی سیستم بهداشتی درمان در هر سه حوزه پیشگیری، درمان و پیگیری بیماران، اکنون به عنوان یکی از مطالبات اصلی مطرح شده و نقش آن در کلیه امور فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور بیش از پیش مشخص شده است.

از سوی دیگر ارائه خدمات در بخش اورژانس به عنوان خط اول مواجهه بیمارستانهای کشور با مردم، پیچیدگی های خاص خود را داشته و مدیریت ویژه ای را می طلبد که می بایست منطبق با ساختار و نوع خدمات سطح بندی شده بیمارستانی باشد. به همین منظور و در راستای اصل ۱۳۸ قانون اساسی، اهداف ماده ۳۲ برنامه پنجم و بند ۶۹ و ۷۰ قانون برنامه هفتم توسعه کشور، بند ۲ سیاست های کلی نظام، محور اول منشور حقوق بیمار و ماده ۲۴ آیین نامه اجرایی ماده ۸ تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با توجه به اهمیت دسترسی عادلانه، سریع و به موقع آحاد جامعه به خدمات سلامت مورد نیاز و همچنین ایجاد بستر های اجرایی با هدف بهبود، ارتقاء و تعالی بخشی به مدیریت اورژانس های بیمارستانی کشور و تقویت تاب آوری آنها دستورالعمل ارتقا و تعالی اورژانس های بیمارستانی تدوین گردیده است.

فصل اول: اهداف، اختصارات و تعاریف

ماده ۱- اهداف

- ۱-۱- دسترسی عادلانه و سریع و به موقع آحاد جامعه به خدمات درمانی اورژانسی و فوریتی
- ۱-۲- ارائه خدمات استاندارد اورژانس بیمارستانی در کوتاه ترین فاصله و سریعترین زمان
- ۱-۳- پاسخ موثر و به هنگام بخش های اورژانس بیمارستانی در شرایط عادی و بحرانی
- ۱-۴- تسهیل در فرآیند تصمیم گیری و شفافیت در گردش کار
- ۱-۵- بهبود، ارتقاء و تعالی مدیریت و کیفیت خدمات بخش اورژانس های بیمارستانی
- ۱-۶- افزایش بهره وری منابع، تسهیلات، تجهیزات و امکانات بخش اورژانس بیمارستانی

ماده ۲- اختصارات؛ در این دستورالعمل، اختصارات به شرح زیر به کار برده شده اند:

- ۲-۱- وزارت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲-۲- دانشگاه: دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
- ۲-۳- بیمارستان: تمام بیمارستان های کشور اعم از دولتی، خصوصی، خیریه و عمومی غیردولتی (وابسته به سایر سازمان ها)
- ۲-۴- برنامه ۷۲۴: برنامه مدیریت درمان بیماران سکتة حاد ایسکمیک مغزی
- ۲-۵- برنامه ۲۴۷: برنامه مدیریت درمان بیماران سکتة حاد قلبی (STEMI)
- ۲-۶- HIS: سیستم های الکترونیک اطلاعاتی بیمارستانی



ماده ۳- تعاریف؛ در این دستورالعمل، تعاریف در معانی مشروح زیر کاربرد دارند:

۳-۱- کمیته عالی خدمات بخش اورژانس بیمارستان: این کمیته در سه سطح کشوری، دانشگاهی و بیمارستانی به شرح ذیل

می باشد:

۳-۱-۱. کمیته کشوری عالی خدمات بخش اورژانس بیمارستان: کمیته ای متشکل از معاونین وزارت، انجمن های علمی مرتبط که به ریاست معاون درمان و دبیری رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و عالی خدمات بالینی، به منظور تصویب دستورالعمل های مرتبط با بخش اورژانس بیمارستانی و تصمیم گیری در زمینه ارتقاء کیفیت فرآیندهای مدیریتی، اجرایی و نظارتی اورژانس بیمارستانی مطابق با ضوابط و مقررات در محورهای نیروی انسانی، دارو، تجهیزات پزشکی و فضای فیزیکی به صورت شش ماهه برگزار می شود.

۳-۱-۲. کمیته دانشگاهی عالی خدمات بخش اورژانس بیمارستان: کمیته ای متشکل از معاونین دانشگاه، رؤسای بیمارستان ها، رییس اداره اورژانس بیمارستانی دانشگاه و به ریاست رئیس دانشگاه می باشد که به منظور دریافت، گردآوری و تحلیل اطلاعات از محیط های اجرایی و ارائه برنامه جامع اصلاح فرآیندها در بخش اورژانس بیمارستان به صورت فصلی و همچنین در مناسبت ها و تعطیلات سراسری برگزار می شود.

۳-۱-۳. کمیته بیمارستانی عالی خدمات بخش اورژانس بیمارستان: کمیته ای متشکل از تیم مدیریتی بیمارستان به ریاست رئیس بیمارستان و دبیری رئیس بخش اورژانس می باشد که در راستای ارائه برنامه اصلاحی فرآیندها در بخش اورژانس بیمارستان به صورت حداقل ماهانه برگزار می شود.

۳-۲- تعیین تکلیف بیمار: مشخص شدن وضعیت بیمار توسط پزشک اورژانس به یکی از حالات ترخیص، ارجاع/ اعزام به سایر مراکز، دستور انتقال به سرویس بستری تخصصی، ترک بیمار با میل شخصی و اعلام فوت می باشد.

۳-۳- بیمارستان جنرال: بیمارستان هایی که حداقل چهار تخصص اصلی در رشته های جراحی، داخلی، زنان و اطفال را پوشش دهند.

۳-۴- مراکز ریفرال: بیمارستان هایی که سطح بالاتری از خدمات تشخیصی درمانی را ارائه می کنند و به عنوان مراکز معین بیمارستان های سطوح پایین تر را تحت پوشش زنجیره خدمات درمانی قرار می دهند.

۳-۵- مدیریت هوشمند پایش بیمارستانی (Intelligent Hospital Monitoring Center): فرآیند هماهنگی اعزام و انتقال بین بیمارستانی و نیز پایش برخط بیمارستان ها و پیگیری بیماران، در سطح معاونت درمان دانشگاه می باشد.

۳-۶- کمیته مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری (Morbidity & Mortality): کمیته ای متشکل از متخصصین و ذینفعان مرتبط در سطح بیمارستان/ دانشگاه/ ستاد وزارت است که به بررسی مرگ و میر، خطاها، عوارض و مغایرت ها در روند درمانی بیماران در قالب تحلیل علل ریشه ای (Root Cause Analysis) و با رویکرد لوپ بسته (Closed-loop) می پردازد.

۳-۷- کمیته مدیریت درمان بیماران ترومایی: کمیته ای متشکل از معاونین وزارت، انجمن های علمی و صاحب نظران مرتبط است که به ریاست معاون درمان و دبیری رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و عالی خدمات بالینی و حضور ثابت رییس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز فوق، به منظور تدوین و تصویب دستورالعمل های مرتبط با درمان بیماران ترومایی و حوادث ترافیکی در بیمارستان و تصمیم گیری در زمینه ارتقاء کیفیت فرآیندهای درمانی، مدیریتی، اجرایی و نظارتی مطابق با ضوابط و مقررات بالادستی به صورت فصلی برگزار می شود.

۳-۸- تیم تروما: تیمی متشکل از چندین رشته تخصصی مرتبط با درمان بیمار ترومایی است که تحت نظارت و رهبری متخصص مقیم بخش اورژانس و با ابلاغ رئیس بیمارستان در مراکز ریفرال تروما جهت مدیریت زمان و بهبود گردش کار مصدومین ترومایی و حوادث ترافیکی تشکیل می گردد.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان

- ۳-۹- مدیر تخت: مسئولیتی در بیمارستان می باشد که جهت پایش مستمر تخت های بستری و بخش اورژانس، نظارت بر جریان بستری بیماران (Patient Flow) و تخصیص تخت های بخش بستری به بیماران اورژانس و الکتیو در هر شیفت کاری، توسط رئیس بیمارستان تعیین می گردد.
- ۳-۱۰- پرستار راهنما: یک پرستار مشخص که وظیفه دارد بیماران بدحال و نیازمند پیگیری را کشف کرده و تا تعیین تکلیف نهایی در بخش اورژانس آنها را پیگیری نماید.
- ۳-۱۱- برنامه مقیمی: برنامه شیفت تنظیمی بیمارستان ها جهت اقامت و حضور فعال پزشک مقیم در ساعات مقیمی در بیمارستان های مشمول برنامه می باشد.
- ۳-۱۲- پزشک مقیم: پزشک متخصص، فوق تخصص/فلوشیپ و دستیار فوق تخصصی/فلوشیپ می باشد که در ساعات مقیمی در بیمارستان اقامت و حضور فعال داشته و ارائه خدمت می نماید.
- ۳-۱۳- پزشک مقیم اورژانس: پزشک عمومی، متخصص/فوق تخصصی است که برابر برنامه شیفت تنظیمی ماهانه در بخش اورژانس بیمارستان جهت تامین زنجیره خدمات اورژانسی فعالیت می نماید.
- ۳-۱۴- مشاوره پزشکی: استفاده و بهره گیری پزشک از نظرات، توانایی ها و توصیه های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص و درمان بیمار می باشد. انواع مشاوره ها به سه صورت آنی (Emergent)، فوریتی (Urgent) و غیر فوریتی (Non Urgent) تقسیم می گردد که پزشک متخصص مقیم و یا آنکال مطابق مدت زمان تعیین شده برای هر مشاوره می بایست بر بالین بیمار حضور یابد.
- ۳-۱۴-۱ مشاوره آنی: مشاوره ای که در مدت زمان ۱۰ دقیقه توسط پزشک مقیم و ۳۰ دقیقه توسط آنکال صورت می پذیرد.
- ۳-۱۴-۲ مشاوره فوریتی: مشاوره ای که در مدت زمان حداکثر ۳۰ دقیقه توسط پزشک مقیم و ۲ ساعت توسط پزشک آنکال صورت می پذیرد.
- ۳-۱۴-۳ مشاوره غیر فوریتی: مشاوره ای که تا پایان شیفت توسط پزشک مقیم یا آنکال صورت می پذیرد.

فصل دوم: الزامات مدیریتی

ماده ۴- امور مدیریتی

- ۴-۱- کمیته عالی خدمات اورژانس بیمارستانی در سطح وزارت و همچنین ساختار متناظر آن در سطح دانشگاه و بیمارستانها تشکیل می گردد.
- ۴-۱-۱ ترکیب اعضا و شرح وظایف هر یک از کمیته ها بر اساس دستورالعمل های اجرایی معاونت درمان تعیین می شود.
- ۴-۱-۲ گزارش اقدامات و مصوبات دانشگاهی جهت بررسی و پایش در کمیته عالی خدمات اورژانس بیمارستانی وزارت به معاونت درمان ارائه شده و در صورت تصویب، در شورای عالی درمان وزارت طرح و برای ابلاغ تصویب می گردد.
- ۴-۱-۳ دستورالعمل های اجرایی بخش اورژانس بیمارستانی توسط معاونت درمان ابلاغ می گردد.
- ۴-۱-۴ پایش و نظارت بر کیفیت خدمات بخش اورژانس بیمارستان های کشور و بررسی و تصویب راهکارهای رفع چالش های ارائه خدمت موثر و به هنگام در این کمیته انجام می شود.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان

۴-۲- در سطح وزارت **کمیته مدیریت درمان بیماران ترومایی** به منظور تدوین سیاست های کشوری مدیریت درمان بیماران ترومایی و حوادث ترافیکی تشکیل می گردد.

۴-۳- در مراکز ریفرال تروما **تیم تروما با رهبری متخصص مقیم بخش اورژانس** جهت مدیریت زمان و بهبود گردش کار مصدومین ترومایی و همچنین **کمیته مورثالیتی و موربیدیتی بیماران ترومایی** براساس دستورالعمل های مراقبت بیماران ترومایی در بیمارستان و پیش بیمارستان، توسط رئیس بیمارستان تشکیل شده و شاخص های مربوطه از طریق داشبوردهای مدیریتی برخط، پایش می گردد.

۴-۴- به منظور ایجاد هماهنگی و اجرای سیاست ها و راهبردهای ابلاغی وزارت در حوزه اورژانس بیمارستانی، در تشکیلات معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور واحدی متناظر با اداره اورژانس بیمارستانی معاونت درمان جانمایی و تقویت گردد.

۴-۵- معاونت درمان دانشگاه از طریق **مدیریت هوشمند پایش بیمارستانی** و با استفاده از امکانات داشبورد HIS Live وظیفه هماهنگی اعزام و انتقال بین بیمارستانی و نیز پایش برخط بیمارستان ها و پیگیری بیماران را منطبق بر نیازهای بالادستی و محلی و متناسب با سطح بندی خدمات درمانی بر عهده دارد.

۴-۶- در هر بیمارستان علاوه بر **مدیر تخت بستری** که جزو وظایف رییس / معاون درمان بیمارستان است باید فردی تحت عنوان **مدیر تخت اورژانس** با ابلاغ رئیس بیمارستان تعیین شود. نظارت و پیگیری سیر درمان بیماران (Patient Flow) در بخش اورژانس و بخش های بستری، تعیین تکلیف بیماران با اقامت بیش از ۱۲ ساعت در بخش اورژانس به ویژه بیماران نیازمند بستری در بخش های مراقبت ویژه، رفع موانع موجود در بستری بیماران و انجام اقدامات اضطراری برای تخلیه اورژانس در موارد ازدحام بیش از حد منجر به بروز بحران، از وظایف مدیر تخت اورژانس است.

فصل سوم: الزامات فرآیندی

ماده ۵- ارائه خدمات

۵-۱- بخش های اورژانس بیمارستانی کلیه بیمارستان های سطح کشور موظف به پذیرش بی قید و شرط تمامی بیماران مراجعه کننده و ارائه خدمات مطابق با دستورالعمل های ابلاغی معاونت درمان می باشند و مسئولیت نظارت بر حسن اجرای آن به عهده رئیس بیمارستان و معاون درمان دانشگاه است.

۵-۲- به منظور خدمت رسانی مناسب و با کیفیت در زمان طلایی، تمامی بیماران باید در بدو ورود به بیمارستان تریاژ شده و علائم حیاتی و مخاطرات فوری بررسی و سپس به واحدهای مورد نظر ارجاع گردند.

۵-۳- پس از تعیین تکلیف بیمار در بخش اورژانس مسئولیت ادامه درمان بیمار با سرویس تخصصی مربوطه بوده و بیمار حداکثر ظرف مدت ۱۲ ساعت توسط سوپروایزر و با هماهنگی مدیر تخت بستری به بخش مربوطه انتقال می یابد. بدیهی است متخصص مقیم بخش اورژانس رهبر تیم احیا و مسئول مدیریت اولیه راه هوایی برای تمام بیماران حاضر در بخش اورژانس می باشد.

۵-۴- همواره اولویت بستری در بخش های بیمارستان با بیماران ماندگار در بخش اورژانس است؛ بنابراین تقسیم ظرفیت پذیرش روزانه بیماران باید به گونه ای باشد که ماندگاری بیماران در بخش اورژانس بیمارستان بیشتر از ۱۲ ساعت نشود.

۵-۵- در صورت لزوم به انتقال بیمار، اقدامات اولیه برای پایدارسازی بیمار باید در بیمارستان مبدا انجام شده، سپس با هماهنگی مدیریت هوشمند پایش بیمارستانی (IHMC) و پایش بر خط اطلاعات داشبورد مدیریت تخت (HIS Live)، بیمار به مرکز درمانی مقصد اعزام می شود. مسئولیت بیمار تا زمان پذیرش وی در مقصد، برعهده بیمارستان مبدا است.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان

۵-۶- با توجه به ضرورت ارائه خدمت مناسب و ایمن به بیماران نیازمند بستری در بخش های مراقبت قلبی (CCU) و بخش های مراقبت ویژه (ICU) در صورت عدم امکان تامین تخت ظرف مدت ۲۴ ساعت پس از تعیین تکلیف بیمار در همان بیمارستان یا سایر بیمارستان ها، این بیماران با تامین تمهیدات اولیه و تجهیزات مراقبت ویژه به بخش های بستری عادی منتقل می شوند. در این شرایط همزمان با پیگیری مستمر مدیر تخت بستری بیمارستان جهت انتقال بیمار به بخش ویژه، این بیماران توسط سرویس تخصصی مربوطه ویزیت و بیماران نیازمند مراقبت ویژه (ICU) توسط سرویس بیهوشی/مراقبت ویژه بصورت روزانه نیز ویزیت یا مشاوره می شوند.

۵-۷- مشاوره های پزشکی درخواست شده در بخش اورژانس بیمارستان باید توسط بالاترین سطح علمی (متخصص و فوق تخصص/دستیاران ارشد) به موقع و متناسب با نوع مشاوره صورت پذیرد.

۵-۸- ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش اورژانس های بیمارستانی جهت دریافت خدمات آزمایشگاهی و پاراکلینیکی و پاسخ دهی و اطلاع رسانی نتایج این خدمات در اولویت می باشد.

۵-۹- درصدی از ویزیت های روزانه درمانگاه های تخصصی/فوق تخصصی بیمارستان ها جهت انجام ویزیت برنامه ریزی شده حین ترخیص و پیگیری روند درمان بیماران ترخیص شده از بخش اورژانس در اختیار بیماران این بخش قرار گرفته و این بیماران باید در اولویت نوبت دهی الکترونیک قرار گیرند.

فصل چهارم: الزامات نیروی انسانی

ماده ۶- نیروی انسانی

۶-۱- با توجه به اهمیت تعالی خدمات اورژانس بیمارستانی در انتخاب رئیس بیمارستان، مدیران گروه و روسای بخش های بیمارستانی، میزان شناخت، همکاری و تعهد آن ها نسبت به بخش اورژانس در نظر گرفته شود.

۶-۲- انتخاب رئیس بخش اورژانس در بیمارستان های جنرال از بین متخصصین طب اورژانس و در صورت عدم استقرار این گروه تخصصی از بین سایر متخصصین تمام وقت جغرافیایی با اولویت رشته های جراحی و یا داخلی و در بیمارستان های جنرال با گرایش تک تخصصی با پزشک متخصص مربوطه انجام پذیرد.

۶-۳- اولویت بیمارستان برای تخصیص نیرو و امکانات باید برای بخش اورژانس در نظر گرفته شود. به گونه ای که تکمیل نیروی مورد نیاز اورژانس در اولویت چیدمان پرسنلی بیمارستان قرار داشته و هرگونه افتتاح بخش های جدید و یا توسعه بخش های قدیمی منوط به تکمیل نیروی انسانی بخش اورژانس باشد. به علاوه استقرار پزشک مقیم در سایر بخش های بیمارستان، زمانی امکان پذیر باشد که بیمارستان، پزشک مقیم مورد نیاز بخش اورژانس را تأمین کرده باشد.

۶-۴- در بیمارستان های جنرال با گرایش تک تخصصی، حضور بی وقفه و شبانه روزی متخصص مقیم رشته مربوطه به عنوان پزشک مقیم اورژانس ضروری است.

۶-۵- در اورژانس بیمارستان های جنرال با ورودی سالانه بیش از ۳۰ هزار بیمار بستری (واجد پرونده اورژانس)، در هر شیفت کاری علاوه بر استانداردهای موجود، نیروی انسانی با مشخصات زیر تأمین گردد:

- ترجیحا دو پزشک متخصص طب اورژانس بصورت مقیم همزمان در بخش اورژانس،
- یک پرستار راهنما (Tracer Nurse) در تمامی ساعات شبانه روز برای هماهنگی بین واحدهای اورژانس، کشف و پیگیری بیماران بدحال و ایجاد نظم در ارائه خدمات درمانی.
- یک مددکار اجتماعی بصورت مقیم در بخش اورژانس.
- یک کمک بهیار مستقر در تمامی ساعات شبانه روز در واحدهای اورژانس.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان

یک - ماما جهت ارائه خدمت به مادران باردار مراجعه کننده با حفظ وظایف پرستاری تحت نظر سرپرستار بخش اورژانس.

فصل پنجم: الزامات آموزشی

ماده ۷- امور آموزشی

- ۷-۱- معاون درمان با همکاری معاون آموزشی دانشگاه، برگزاری مستمر دوره های آموزشی توانمند سازی و بازآموزی را برای کارکنان شاغل در بخش اورژانس بیمارستان (با محوریت خدمات فوریتهای بیماری های شایع اورژانس، تریاژ، احیا، تروما، مسمومیت ها، برنامه های مدیریت سکته قلبی (کد ۲۴۷) و سکته مغزی (کد ۷۲۴)، بیماری های منطقه ای و بومی، مهارت های ارتباطی و مدیریت بحران) با صدور گواهی معتبر برنامه ریزی می نماید.
- ۷-۲- ارتقاء اعضای هیأت علمی و اساتید بالینی بیمارستان های آموزشی با تایید معاون درمان دانشگاه و منوط به گزارش های مستند رؤسای بیمارستان ها مبنی بر همکاری آنها در ارائه خدمات بخش اورژانس بیمارستان می باشد.
- ۷-۳- ارتقاء سالانه دستیاران و معرفی آن ها به آزمون گواهینامه و دانشنامه منوط به حضور فعال در بخش اورژانس بیمارستان و با تایید رئیس بخش اورژانس و براساس مستندات مرتبط می باشد.

فصل ششم: اصلاح نظام پرداخت

ماده ۸- نظام پرداخت

- ۸-۱- کلیه پرداخت های کارکنان بخش اورژانس بیمارستان براساس دستورالعمل های ابلاغی (مقیمی، ماندگاری و توزیع کارانه پزشکان اعضای هیأت علمی و کارکنان غیر پزشک شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی) در اولویت پرداخت قرار گرفته و ظرف مدت حداکثر یک ماه پس از وصول مطالبات از سازمان های بیمه گر و اعتبارات ابلاغی وزارت انجام می شود.
- ۸-۲- با توجه به پیچیدگی های ارائه خدمات در بخش های اورژانس بیمارستانی و بر اساس مصوبات و دستورالعمل های ابلاغی، امتیاز سختی و صعوبت کار متناسب با این بخش برای کلیه شاغلین در بخش های اورژانس بیمارستانی لحاظ می گردد.
- ۸-۳- به منظور جبران سختی ارائه خدمات اورژانسی و جذب پرسنل باتجربه و توانمند و مدیریت مناسب تخت در بخش اورژانس بیمارستان، یک درصد از درآمد حاصل از جز حرفه ای بیمارستان «مطابق با ماده ۲۱ دستورالعمل تعاریف، کلیات و ساختار اجرایی دستورالعمل های توزیع کارانه پزشکان اعضای هیأت علمی و کارکنان غیر پزشک شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی» بر اساس سامانه کارآمد توزیع گردد؛ بطوریکه پرداخت عملکردی پرسنل این بخش، افزایش قابل توجه نسبت به سایر بخش ها داشته باشد. لیست افراد مشمول با پیشنهاد رییس بخش اورژانس و تایید ریاست بیمارستان می باشد.
- ۸-۴- دانشگاه موظف است مطابق با آخرین دستورالعمل های ابلاغی نسبت به احصا کامل درآمدهای بخش اورژانس و ثبت کامل، دقیق و به موقع خدمات ارائه شده در بخش مربوطه و پیگیری موارد منجر به کسورات و رفع آنها اقدام نماید.

فصل هفتم: توسعه و بهبود زیرساخت ها

ماده ۹- فضای فیزیکی و تجهیزات

- ۹-۱- کلیه منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی هر بیمارستان مطابق با استانداردهای مربوطه و با اولویت بخش اورژانس بیمارستان تخصیص داده می شوند.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان

- ۹-۲- جهت تامین منابع پایدار برای هزینه کرد در راستای تامین و بروزرسانی ساختار، تجهیزات و فرآیندها بر اساس شاخص های عملکردی بیمارستان (مانند تعداد، تنوع و وخامت بالینی مراجعین، شاخص تعیین تکلیف و خروج ۱۲ ساعت) از محل ردیف منابع برنامه های معاونت درمان، برنامه ویژه ای با عنوان «تعالی خدمات بخش اورژانس بیمارستانی» اختصاص می یابد.
- ۹-۳- جهت ساخت بخش های جدید و یا بازپیرایی و استاندارد سازی اورژانس هایی که نیازمند بازسازی هستند، منابع و ردیف های اعتباری مشخص توسط معاونت توسعه و مدیریت منابع تعیین می گردد.
- ۹-۴- فضای فیزیکی بخش اورژانس در کلیه بیمارستان های کشور باید مطابق دستورالعمل های مرتبط با آن طراحی و استانداردسازی شده و تجهیزات اختصاصی و نوین مطابق با سطح بندی اورژانس های بیمارستانی تامین می گردد.
- ۹-۵- بخش های اورژانس بیمارستانی که نیازمند استانداردسازی، تجهیز و یا توسعه فضای فیزیکی هستند توسط دانشگاه شناسایی شده و ظرف مدت ۳ ماه از ابلاغ این دستورالعمل و سپس بصورت سالیانه اولویت بندی و جهت بررسی و طرح در کمیته مشترک معاونت درمان و معاونت توسعه و مدیریت منابع، کتباً به معاونت درمان وزارت گزارش گردد.
- ۹-۶- در بیمارستان های با ورودی سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر بستری اورژانس؛ واحدهای پاراکلینیک آزمایشگاه و تصویربرداری، واحدهای پذیرش، ثبت خدمات، صندوق، ترخیص، رسیدگی به شکایات، پلیس و انتظامات بصورت شبانه روزی و اختصاصی در بخش اورژانس تجهیز و فعال گردد.
- ۹-۷- در مراکز ریفرال؛ واحدهای درمان سرپایی (Fast Track) به منظور ارائه خدمات توسط متخصص مقیم اورژانس به بیماران بستری که دارای علائم حیاتی پایدار هستند، تجهیز و تقویت شوند.
- ۹-۸- مطابق با جلد ششم کتاب استاندارد برنامه ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، مسیر درمانی بیماران ترومایی (Trauma Resuscitation Bay) به همراه تجهیزات مرتبط با آن در بخش اورژانس بیمارستان های ریفرال مراکز استان تامین و راه اندازی گردد.
- ۹-۹- جهت حفظ و صیانت از بیماران، پرسنل و مراجعین و مدیریت ازدحام، نیروی انتظامات آموزش دیده، توانمند و متناسب با تعداد مراجعین در هر شیفت در بخش اورژانس بیمارستان ها مستقر گردد.

ماده ۱۰: هوشمند سازی اورژانس ها

- ۱۰-۱- به منظور حفظ آمادگی و یکپارچگی خدمات و لزوم اطلاع رسانی فوری به بخش اورژانس بیمارستانی، اتصال عملیاتی اورژانس پیش بیمارستانی و سایر سازمان های امدادی به HIS با رعایت ضوابط ابلاغی مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت، ضروری است.
- ۱۰-۲- پرونده الکترونیک سلامت در بخش اورژانس با رعایت مقررات ابلاغی مرکز مدیریت و فناوری اطلاعات وزارت، به صورت یک پارچه، واحد و دارای داشبوردهای مدیریتی برخط (HIS Live)، طراحی و اجرا شود.
- ۱۰-۳- شاخص های عملکردی بخش اورژانس بر اساس گزارش گیری از داشبورد مدیریتی بخش اورژانس در HIS Live در بازه های زمانی ماهانه در بیمارستان و ستاد معاونت درمان دانشگاه پایش و در سامانه های معاونت درمان وزارت، جهت پایش و بررسی روند بهبود عملکرد، ثبت گردد.
- ۱۰-۴- هیچ گونه اوراق غیر ضروری و برگه ها و فرم های خارج از مستندات ابلاغی معاونت درمان وزارت نباید به پرونده بستری بیماران اضافه گردد.

فصل هشتم: تکریم و رضایت مندی گیرندگان خدمت

ماده ۱۱- گیرندگان خدمت



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان

۱۱-۱- میزان و سطح رضایتمندی تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش های اورژانس بیمارستانی باید از طریق ابزار های رضایت سنجی مانند سامانه های پیامکی و برخط بیمارستان/ابلاغی وزارت و براساس ارزیابی های درونی و بیرونی توسط رییس بیمارستان پایش و نظارت گردد. گزارش های رضایت سنجی باید در کمیته های بیمارستانی و دانشگاهی مطرح و راهکارهای اصلاحی جهت افزایش رضایتمندی بیماران برنامه ریزی و اجرا شود.

۱۱-۲- دلایل نارضایتی بیماران از خدمات بخش اورژانس و تعداد و دلایل اصلی ترک با مسئولیت شخصی بیماران از بخش اورژانس بصورت برخط در داشبورد سامانه HIS Live ثبت گردد.

۱۱-۳- خلاصه پرونده بستری بخش اورژانس، نتایج پاراکلینیک ها، همچنین آموزش های بدو بستری و حین ترخیص به بیماران باید از طریق سامانه HIS بصورت لینک یا محتوای چندرسانه ای طراحی و به بیمار یا مراجع درخواست کننده با رعایت اصول محرمانگی، ارسال می گردد.

۱۱-۴- به منظور حفظ و صیانت از حریم خصوصی مراجعه کنندگان، جدا سازی فیزیکی بیماران از یکدیگر و از سایر همراهان با سازه ثابت یا موقت در همه فضاهای مشترک و فرآیند های بخش اورژانس ضروری است.

۱۱-۵- آموزش برقراری ارتباط صحیح بین حرفه ای و ارتباط مناسب با بیمار و همراهان در شرایط اورژانسی، توسط دانشگاه تدوین و بصورت منظم برای بیمارستان های تحت پوشش اجرا گردد.

۱۱-۶- ایمنی بیمار در بخش اورژانس (جمع آوری مناسب اشیا تیز و برنده، در دسترس بودن وسایل حفاظت فردی مناسب، جلوگیری از سقوط بیمار، کنترل عفونت های بیمارستانی، ایمنی دارویی و تزریق خون، شناسایی صحیح بیمار، تفکیک، کد بندی، بی خطر سازی و تصفیه پسماندها از مبدا، و رضایت آگاهانه در مداخلات غیر فوری) تامین و بصورت منظم پایش گردد.

فصل نهم: نظارت و پایش عملکرد

ماده ۱۲- امور نظارتی

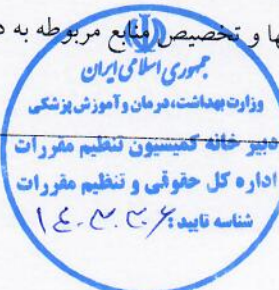
۱۲-۱- جهت پایش و نظارت مناسب بر فرآیند تریاژ بیمارستانی، تمامی بیمارانی که وارد فضای پیش ورودی بخش اورژانس می شوند، بدون هیچ قید و شرطی در سامانه الکترونیک تریاژ پذیرش شده و این فضا با رعایت حریم شخصی بیماران توسط دوربین مداربسته پایش گردد.

۱۲-۲- رییس بیمارستان باید روند بستری، تعیین تکلیف و ترخیص بیماران و سایر شاخص های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان را به طور روزانه بررسی نماید و با استفاده از تمام ظرفیت های موجود و جهت رفع مشکلات اقدامات اصلاحی مناسب را برنامه ریزی و اجرا نماید.

۱۲-۳- مشارکت و حضور پزشکان متخصص و فوق تخصصی هیات علمی و غیرهیات علمی در بخش اورژانس بیمارستان در ارزیابی سالانه و ارتقا پایه/رتبه شغلی ایشان با نظر رئیس بیمارستان و معاون درمان دانشگاه موثر خواهد بود و لازم است قبل از هرگونه اقدام، استعلام های لازم در این زمینه توسط معاونت های آموزشی و توسعه و مدیریت منابع دانشگاه انجام شود.

۱۲-۴- تیم نظارتی در سطح دانشگاه با حضور اعضای ستادی معاونت درمان، آموزش، توسعه و مدیریت منابع جهت نظارت بر عملکرد بخش اورژانس بیمارستان ها با ابلاغ رییس دانشگاه تشکیل شود. نتایج گزارش بازدیدها و پیشنهاد برنامه های اصلاحی براساس شاخص های احصا شده، جهت طرح و تصویب در جلسات کمیته تعالی خدمات بخش اورژانس بیمارستانی در سطح بیمارستان و دانشگاه ارائه می گردد.

۱۲-۵- نظارت بر حسن اجرای این دستورالعمل بر عهده رئیس دانشگاه می باشد و پیاده سازی مفاد آن، در شاخص نمره دهی عملکرد رئیس و معاون درمان دانشگاه، اعتبار بخشی بیمارستانها و تخصیص منابع مربوطه به دانشگاه لحاظ می گردد.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان

۱۲-۶- با توجه به اهمیت ارتقا و بهبود شاخص تعیین تکلیف بیمار کمتر از ۶ ساعت و خروج بیمار ظرف مدت ۱۲ ساعت از بخش اورژانس بیمارستانی، نمودار ماهانه این شاخص ها برای هر بیمارستان توسط معاونت درمان وزارت بررسی شده و بعنوان شاخص اصلی در حسن اجرای مفاد دستورالعمل به حوزه وزارتی و دانشگاه مربوطه بازخورد داده شود.

۱۲-۷- انجام بازدیدهای کشوری با هماهنگی معاونت درمان و مشارکت دانشگاه های مرکز قطب های آمایشی بصورت مداوم و دوره ای برنامه ریزی و اجرا شده و نتایج آن به حوزه وزارتی ارسال گردد.

این دستورالعمل در ۹ فصل، ۱۲ ماده و ۷۹ بند به تصویب رسیده و از تاریخ یکم تیر ماه یک هزار و چهارصد و سه در کلیه بیمارستان های کشور لازم الاجرا می باشد و کلیه دستورالعمل ها و آیین نامه های قبلی مغایر با آن لغو می گردد.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / معاونت درمان