

استقرار نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان: فرصت‌ها و تهدیدها

محمدجواد کبیر^۱، علیرضا حیدری^{۲*}، محمدرضا هنرور^۳، زهرا خطیرنامنی^۳، عباس بدخشان^۲، نرگس رفیعی^۴، سکینه بیگم کاظمی^۴، منصوره لطفی^۳

• پذیرش مقاله: ۹۹/۶/۳

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۹/۶/۱

• دریافت مقاله: ۹۹/۳/۱۱



چکیده

مقدمه: استقرار نظام ارجاع منجر به بهبود روابط بین پزشکان عمومی و متخصص، بهبود کیفیت خدمات، کاهش زمان انتظار و کاهش هزینه‌ها می‌گردد. هدف این مطالعه، تبیین فرصت‌ها و تهدیدهای برون‌سازمانی در استقرار نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان بود. **روش بررسی:** یک مطالعه کیفی به شیوه پدیدارشناسی در استان گلستان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. مشارکت‌کنندگان، ۴۵ نفر از مدیران، کارشناسان مسئول، پزشکان خانواده، متخصصان و بیماران بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع‌آوری گردید. روش تحلیل محتوا برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** بعد از تحلیل مصاحبه‌ها، ۷ تم اصلی و ۱۸ تم فرعی به دست آمد. اهم فرصت‌های موجود شامل وجود اسناد و قوانین بالادستی، اختصاص یک درصد ارزش افزوده جهت تأمین هزینه‌ها، وجود سامانه مستقل ناب در استان و کاهش پرداخت از جیب مردم بودند. اهم عوامل تهدیدکننده شامل تغییر مسئولین وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت، اصرار بیمار برای ارجاع به متخصص، عدم مراجعه بیمار به پزشک متخصص علیرغم نوبت گرفتن، اطلاع‌رسانی ضعیف، تأخیر در پرداخت‌ها به پزشکان و زیرساخت‌های ارتباطی ضعیف بودند. **بحث و نتیجه‌گیری:** انتخاب استراتژی‌های مناسب با بهره‌گیری از فرصت‌ها می‌تواند منجر به تسهیل فرآیند اجرای نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان و الگوبرداری در سایر استان‌ها گردد. اتخاذ راهکارهایی مانند تدوین سیاست‌های کشوری، اصلاح نظام پرداخت سرپایی و کاهش پرداخت از جیب می‌تواند در بهبود وضعیت موجود کمک‌کننده باشد.

واژگان کلیدی: فرصت‌ها، تهدیدات، نظام ارجاع الکترونیک، مراکز جامع سلامت، بیمارستان

● ارجاع: کبیر محمدجواد، حیدری علیرضا، هنرور محمدرضا، خطیرنامنی زهرا، بدخشان عباس، نرگس رفیعی و دیگران. استقرار نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان: فرصت‌ها و تهدیدها. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۹؛ ۶(۲): ۶۷-۱۵۱.

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۴. دانشجوی دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا حیدری

آدرس: گرگان، بلوار ناهارخوران، عدالت ۷۲

Email: alirezaheidari7@gmail.com

تلفن: ۰۱۷۳۲۵۵۸۲۰۰

مقدمه

نظام ارجاع فرآیندی است که در آن پزشک خانواده به دلیل کمبود مهارت، دانش، دارو و تجهیزات خود، خدمات و ابزارهای تشخیصی و درمانی بیشتر یا متفاوتی از سطوح تخصصی و بالاتر مطالبه می‌کند (۱). در یک نظام ارجاع، مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی به سه سطح تقسیم می‌شوند. سطح اول مراکز بهداشتی-درمانی می‌باشند که محل استقرار پزشک خانواده هستند. سطح دوم، مراکز تخصصی هستند که وظیفه ارائه خدمات تخصصی به بیماران ارجاع شده از سطح اول را دارند. سطح سوم، مراکز فوق تخصصی است که خدمات فوق تخصصی را به بیماران ارجاع شده از سطح دوم ارائه می‌دهند (۲). بنابراین در سطح بندی خدمات، ارائه خدمات در سطوح بالاتر به ارجاع بیماران از سوی پزشک خانواده منوط شده است (۳). بیمارستان دولتی، اولین سطح ارجاع با قلمرو مسئولیت‌های مشخص است (۴،۵) و ارائه خدمات تخصصی توسط پزشک متخصص در بیمارستان در صورتی تأمین خواهد گردید که انجام آن به وسیله پزشک خانواده میسر نبوده و ضرورت واقعی برای ارائه آن‌ها وجود داشته باشد (۳).

پس از استقرار نظام ارجاع، نتایج قابل توجهی در کشورهای پیشرفته به دست آمده است. این نظام‌های ارجاع منجر به بهبود روابط بین پزشکان عمومی و متخصصان، بهبود مستندسازی، کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات تخصصی، بهبود کیفیت خدمات بهداشتی، ایمنی بیمار، مدیریت دانش بهتر و کاهش هزینه‌های اداری شده است (۶) و از آنجا که ارجاعات کاغذی می‌تواند منجر به تأخیر در مراجعه بیماران به دلیل اطلاعات ناقص یا مفقود شده بیماران

گردد (۷) بنابراین سیستم‌های ارجاع الکترونیکی برای بهبود زمان انتظار و کارایی با استانداردسازی الکترونیکی اطلاعات و ارتباطات در فرآیند ارجاع، طراحی شدند (۸).

در کشور ما نیز با تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴، زمره‌های اجرای نظام ارجاع در کشور شنیده شد اما تا سال ۱۳۸۴ جنبه اجرایی پیدا نکرد. در سال ۱۳۸۴ در هنگام بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۸۴ بود که نمایندگان با تصویب یک تبصره به همراه ردیف بودجه‌ای مستقل، دولت را موظف کردند تا پایان سال تمام روستاییان را تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد. تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲ و بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ برنامه پنجم نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع هستند (۹-۱۱).

اگرچه در قوانین بالادستی ایران، دسترسی به خدمات تخصصی در سطوح بالاتر از طریق سیستم ارجاع تأکید شده است (۱) اما بیماران اغلب از دریافت خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی چشم‌پوشی می‌کنند و جهت درمان مستقیماً به بیمارستان مراجعه می‌کنند در حالی که این بیماری‌ها به راحتی در مراکز بهداشتی-درمانی قابل درمان است (۱۲). این دور زدن مراکز بهداشتی-درمانی منجر به استفاده بیش از حد از مراکز تخصصی در سطوح بالاتر نسبت به مراکز بهداشتی در سطوح پایین‌تر ارائه خدمات می‌گردد و در نتیجه منابع مالی سلامت در سطوح بالاتر بیشتر از مراکز بهداشتی هزینه می‌شود. عدم شکل‌گیری مناسب نظام ارجاع به عنوان یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف مراقبت‌های بهداشتی اولیه در

ایران است. با وجود بیش از یک دهه اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، هنوز نتایج قابل قبولی حاصل نشده است (۶). شیروانی و همکاران با مطالعه‌ای در استان‌های شمالی کشور بر روی بیمارانی که با ارجاع پزشک خانواده به سطح دو مراجعه و موفق به دریافت خدمات شدند به این نتیجه رسیدند که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷ درصد موارد نامطلوب بود. ضمن آن که بسیاری از قواعد و الزامات اجرایی طرح نیز مطابق دستورالعمل رعایت نشده بود (۱۳). در مطالعه بیدارپور و همکاران با هدف شناخت علل عدم مراجعه خانوارهای شهری به مراکز خدمات جامع سلامت در شهر سنندج مشخص شد که عدم احساس نیاز به خدمات، شاغل بودن در نوبت صبح، نامناسب بودن مکان ارائه خدمات، اطلاع‌رسانی ناکافی، برخورد نامناسب برخی از کارکنان ارائه دهنده خدمت مهم‌ترین علل عدم مراجعه افراد بودند (۱۴). استان گلستان به‌عنوان پیشرو در راه‌اندازی سامانه اطلاعات بهداشتی از سال ۱۳۹۳ با طراحی و پیاده‌سازی سامانه ناب (نرم‌افزار اطلاعات بهداشتی) اقدام به تکمیل فرآیند پرونده الکترونیک سلامت نمود. نظام ارجاع الکترونیک به صورت پایلوت کشوری در سه شهرستان بندر ترکمن، آق قلا و علی آباد کتول در سال ۱۳۹۶ در استان گلستان، اجرایی شد. با توجه به ضرورت شناسایی فرصت‌ها و تهدیدات برون سازمانی در اجرای برنامه‌ها، این مطالعه با هدف تبیین فرصت‌ها و تهدیدات پیش رو جهت استقرار نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان انجام شد تا یافته‌های حاصل از آن جهت بهره‌گیری از فرصت‌ها و رفع و به حداقل رساندن تهدیدها جهت بهبود شرایط موجود و همراهی بیشتر ذی‌نفعان

خارجی در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران قرار گیرد.

روش بررسی

مطالعه حاضر، پژوهشی کیفی بود که به شیوه پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۸ در استان گلستان انجام شد. جامعه پژوهش شامل پزشکان خانواده، پزشکان متخصص، مدیران و کارشناسان مسئول معاونت بهداشتی، معاونت درمان، اداره آمار و فناوری اطلاعات، اداره کل بیمه سلامت، مدیران شبکه شهرستان و مسئولین درمانگاه‌ها و بیماران سرپایی در این استان بودند. ۴۵ مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۱۲ نفر از مدیران ستادی دانشگاه و اداره کل بیمه سلامت (مشارکت‌کنندگان ۱-۱۲)، ۴ نفر مدیر شبکه (مشارکت‌کنندگان ۱۳-۱۶)، ۱۰ نفر کارشناس مسئول معاونت‌های دانشگاه (مشارکت‌کنندگان ۱۷-۲۶)، ۷ نفر پزشک خانواده (مشارکت‌کنندگان ۲۷-۳۳)، ۴ نفر پزشک متخصص (مشارکت‌کنندگان ۳۴-۳۷)، ۳ نفر مسئول درمانگاه (مشارکت‌کنندگان ۳۸-۴۰) و ۵ نفر بیمار (مشارکت‌کنندگان ۴۱-۴۵) انجام گردید. معیارهای ورود افراد خبره به مطالعه عبارت بودند از: داشتن تجربه تحصیلات حداقل کارشناسی ارشد و آشنایی آن‌ها با برنامه‌های نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان، علاقه به مشارکت در پژوهش و مشارکت فعال در نظام ارجاع الکترونیک استان. معیار ورود بیماران به مطالعه شامل استفاده از خدمات سلامت از طریق نظام ارجاع الکترونیک و تمایل به بیان مشکلات و چالش‌های مواجه شده بود. در مطالعات کیفی نمونه‌گیری تا آنجا ادامه می‌یابد که محقق به اشباع نظری برسد، به این معنا که با ادامه کار، اطلاعات جدیدی به دست نیاید. بنابراین در مطالعه حاضر به دلیل تکرار اطلاعات قبلی یا به

عبارت دیگر تکرار تم‌ها به حجم نمونه ۴۵ نفر بسنده گردید. جهت زمان انجام مصاحبه، پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات گرفته شد. مصاحبه‌ها در مکانی انجام شد که آرام و بدون مراجعه افراد دیگر در حین مصاحبه بود.

پیش از شروع مصاحبه‌ها، هدف از مطالعه برای مشارکت‌کنندگان به طور کامل توضیح داده شد. با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط گردید. در حین ضبط مکالمات از یادداشت‌برداری سرصحنه (Field note) نیز استفاده شد. پس از انجام مصاحبه‌ها، صداهای ضبط شده پیاده‌سازی شد. نوشتن متن نوارها در نزدیک‌ترین فاصله زمانی ممکن انجام پذیرفت. داده‌های به دست آمده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آن‌ها چک شد.

روایی و پایایی داده‌ها بر اساس معیار Guba شامل مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری تعیین شد (۱۵). جهت دستیابی به مقبولیت و به منظور بهبود دقت علمی و صحت اعتبار ثبت شده در مصاحبه‌ها از بازبینی مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در زمینه انتقال‌پذیری از توصیف مشارکت‌کنندگان و متون مرتبط با هر طبقه و ذکر نقل قول‌های مستقیم استفاده گردید. جهت دستیابی به قابلیت اطمینان، کدهای اولیه و مثال‌هایی از چگونگی استخراج کدهای اصلی و فرعی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک

از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار گرفت تا درک مشابه یا مغایر او با پژوهشگر بررسی شود. جهت حصول تأییدپذیری متن تعدادی از مصاحبه‌ها کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیأت علمی که با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی آشنا بودند و در پژوهش شرکت نداشتند، گذاشته شد و از آنان خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده‌ها را مورد بررسی قرار دهند.

رضایت شفاهی افراد شرکت‌کننده در مطالعه اخذ گردید و مصاحبه‌ها پس از کسب اجازه از آن‌ها ضبط گردید. همچنین اطلاعات مشارکت‌کنندگان به صورت محرمانه نزد پژوهشگر مانده و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره‌گیری از مطالعه را داشتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. در تحلیل محتوای کیفی بیشتر به مضامین نهان متن و مصاحبه‌ها توجه می‌شود و استنباط و استخراج معنا از آن مدنظر می‌باشد. مراحل تحلیل محتوا به ترتیب شامل مشخص کردن مسئله پژوهش، تدوین سؤالات و اهداف، تعریف و مشخص کردن متغیرها، نمونه‌گیری و انتخاب واحدهای تحلیل و زمینه، کدگذاری و مقوله‌بندی و تحلیل و استنباط نتایج و گزارش می‌باشد (۱۶).

یافته‌ها

طی مصاحبه‌های انجام شده با خبرگان و بیماران، ۷ موضوع اصلی و ۱۸ موضوع فرعی به دست آمد (جدول ۱).

ابعاد مورد بررسی	موضوع اصلی	موضوع فرعی
		وجود اسناد و قوانین بالادستی
	سیاستی	اختصاص یک درصد ارزش افزوده جهت برنامه های سلامت لغو قرارداد سازمان بیمه سلامت با بخش خصوصی
فرصت ها		جلب حمایت نماینده ولی فقیه، استاندار، فرمانداران، نمایندگان مجلس و اعضاء شورای شهر مدیریت هزینه و جلوگیری از هدر رفت منابع
	اقتصادی	کاهش پرداخت از جیب مردم
	تکنولوژیکی	توسعه زیرساخت های فناوری اطلاعات در کشور وجود سامانه مستقل ناب (نرم افزار اطلاعات بهداشتی) در استان
	سیاستی	تأخیر و اختلال در برنامه ها با تغییر مسئولین وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت عدم تطابق منابع موجود با انتظارات ابلاغی از سطوح بالادستی
	اقتصادی	تأخیر در پرداخت های مالی
تهدیدات		عدم بضاعت مالی برخی بیماران مقاومت و اصرار بیمار برای ارجاع به متخصص
	اجتماعی فرهنگی	عدم مراجعه بیمار به پزشک متخصص علیرغم نوبت گرفتن برای وی اطلاع رسانی ضعیف و آگاهی ناکافی مردم
	تکنولوژیکی	زیرساخت های ارتباطی ناکافی و با کیفیت پایین در برخی روستاها قطعی و سرعت پایین اینترنت وجود نقاط کور که دسترسی به اینترنت ندارند

۱-۱- سیاستی

اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی، بهره‌وری هم در قالب شبکه و هم در قالب نظام سطح‌بندی و ارجاع اومده تعیین کرده. بر اساس این سیاست‌های کلی نظام در برنامه ششم توسعه، باز وزارت بهداشت مکلف شده در اجرای این مأموریت و برای اجرای اولویت پیشگیری بر درمان، موضوع مربوط به نظام ارجاع و پزشک خانواده رو جدی بگیره و قوانین مرتبط با اون رو حتماً تنظیم بکنه. توسعه خدمات سطح ۲ نظام ارجاع رو مطرح کردن که توی قوانین بودجه دو سه سال اخیر، هم سال ۱۳۹۷، هم سال ۱۳۹۸ و هم سال ۱۳۹۹ الان گنجانده شده که این موضوع حتماً باید پیگیری بشه» (۳.م).

اسناد و قوانین بالادستی در نظام ارجاع الکترونیک شامل سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم و ماده ۳۲، ۳۵ و ۳۸ برنامه پنجم توسعه، ماده ۷۴ برنامه ششم توسعه، دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع گام اول (روستاهای و جمعیت پایین‌تر از ۲۰۰۰ نفر و عشایر) می‌باشد (۲۱-۱۷).

«اولین و جامع‌ترین سند، همون بند ۸ سیاست‌های کلی نظام هستش که افزایش و بهبود و ایمنی و کیفیت خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت رو با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی

۱-۱-۲- اختصاص یک درصد ارزش افزوده جهت تأمین هزینه‌های نظام سلامت

به موجب ماده ۴۷ طرح الحاق مصوب مجلس شورای اسلامی، یک واحد درصد در هر سال به عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و هم‌زمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی گردیده، واریز می‌شود. بر این اساس، صددرصد منابع دریافتی از طریق ردیف یا ردیف‌هایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع)، اختصاص می‌یابد. بعد از تصویب این قانون در مجلس، منابع موردنیاز جهت اجرای نظام ارجاع در وزارت بهداشت در نظر گرفته شد.

«یک بخشنامه‌ای از طریق خود وزیر ابلاغ شد که یک درصد از منابع ارزش افزوده در بحث ارجاع الکترونیک هزینه بشه» (م.۷).

۱-۱-۳- لغو قرارداد سازمان بیمه سلامت با بخش خصوصی

طبق نامه‌ای که از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بیمارستان‌های ابلاغ شد، قرارداد بیمه سلامت همگانی با تمام بیمارستان‌های خصوصی لغو شد و بیماران فقط در مراکز آموزشی دولتی می‌توانند از این بیمه استفاده کنند.

«ما زمانی واقعاً ارجاع الکترونیک رو به معنای واقعی احساس کردیم که تمام استان گلستان... وقتی که بیمه گفت که از ۱۶ فروردین به بعد ارجاع به بخش

خصوصی، من سندهاش رو دیگه قبول نمی‌کنم. نامه زد و ارجاع به بخش خصوصی رو لغو کرد» (م.۲۰).

۱-۱-۴- حمایت نماینده ولی فقیه، استاندار، فرمانداران، نمایندگان مجلس و اعضای شورای شهر جلب حمایت همه جانبه جهت استقرار و اجرای نظام ارجاع الکترونیک با هدف تأثیرگذاری بر افراد کلیدی استان و شهرستان‌های مجری انجام شد. این جلب حمایت با برگزاری جلسات با مسئولان دولتی و نمایندگان مردم انجام شد تا سبب رفع ابهامات در مورد برنامه نظام ارجاع گردد، از مقاومت‌های احتمالی بکاهد و سبب حرکت اجتماعی و برانگیختگی جامعه و همراهی بیشتر مردم شود.

«نماینده ولی فقیه حمایت‌های اون‌ها خیلی مهم بوده، استاندار، فرماندارها، نمایندگان مجلس و نمایندگان شورای شهرمون. مهم این بود که قبل از این که اتفاق پیش بیاد ما بریم اون‌ها رو قانع کنیم. بگیم آقا ما می‌خواهیم یه همچین کاری بکنیم. طبیعتاً این کاری که ما می‌خواهیم بکنیم، این چالش‌ها رو داره. ممکنه برخی از مردم معترض بشن. شما به عنوان مسئول اولاً در جریان باش. ثانیاً اون‌ها رو توجیه کن. اگر نمی‌گفتیم و توجیه نمی‌کردیم، چی پیش می‌اومد؟. من بقولی مردم عادی، می‌رفتم و می‌دیدم مثلاً دیگه به من ویزیت دولتی نمیدن. ویزیت آزاده بدون ارجاع. می‌رفتم اعتراض می‌کردم به نماینده مجلس و بخشدار. اون هم اعتراضی رو منتقل می‌کرد. گرچه بخشی از این مشکلات دامن گیر شد اما با مقاومت و تدابیری که اندیشیده شده بود مرتفع شد» (م.۲۲).

۲-۱-۲- اقتصادی

۱-۲-۱- مدیریت هزینه و جلوگیری از هدر رفت منابع

نظام ارجاع الکترونیک می‌تواند مانع مراجعات متعدد بیماران به مراکز درمان تخصصی، درمان‌های تکراری و مدیریت دسترسی آسان به خدمات درمانی، جلوگیری از دریافت خدمات اضافی و تقاضاهای القایی گردد که این موارد منجر به مدیریت منابع می‌شود.

«دلیل اصلی بحث نظام ارجاع، جلوگیری از هدر رفت منابع کشور و منابع دولتی. نظام ارجاع می‌خواهد رفتار مردم رو در حوزه سلامت‌شون تغییر بده. به جای این که هر کسی هر وقت بیمار شد، پیش هر کسی که دلش خواست بره، میگه من قانونمندش می‌کنم. خدمات دولتی بهتون می‌دم. حتی‌الامکان مجانی هم بهتون می‌دم یا با تعرفه پایین اما این چارچوب رو باید رعایت کنی» (م. ۲۱).

«اتفاق خوب اولش اینه که بحث درمان نظام‌مندتر میشه و ذخیره منابع حتماً اتفاق خواهد افتاد. به هر حال وقتی شما بتونی مریض رو در سطح یک نگه‌داری، خدمتی که پزشک عمومی میده خیلی ارزون تر از خدمتی که پزشک متخصص یا فوق تخصص می‌نویسه و هم این که به هر حال مشخص خواهد شد که مریض یک پرونده درمان دارد. اگر طرح کشوری بشه بره به یه استان دیگه ای پزشک متخصص در همونجا یه پرونده ای رو از اول بیماری مریض تا آخرش به صورت یک پرونده‌ای جلوی خودش خواهد داشت. اون پرونده الکترونیک تو بحث درمان مریض هم مطمئناً کمک کننده خواهد بود» (م. ۱۱).

۱-۲-۲- کاهش پرداخت از جیب مردم

در طی فرایند نظام ارجاع الکترونیک، با مراجعه مستقیم بیماران به پزشک متخصص در زمان و مکان تعیین شده، هزینه‌های ویزیت بیمار، هزینه‌های ایاب

و ذهاب بیمار کاهش می‌یابد. همچنین هزینه‌های ناشی از تقاضای القایی برای بیمار نیز کاهش می‌یابد. «منطقاً وقتی پزشک سطح ۱ ارجاع میده و بیمار از مسیر ارجاع میاد تو کلینیک دولتی، خب هزینه‌های بیمار خیلی کم میشه. ببینید هزینه متخصص ۴۰-۵۰ هزار تومان بابت هر بار مراجعه میشه. ایاب ذهاب که دو بار باید می‌رفت. یک بار برای گرفتن نوبت بود یک بار برای ویزیت، هزینه دارو و همه این‌ها را حساب کنید، انتظار داریم هزینه‌ها از دیدگاه مریض کم بشه» (م. ۱۹).

۱-۳-۳- تکنولوژیکی

۱-۳-۱- توسعه زیرساخت های فناوری اطلاعات در کشور

سرمايه‌گذاری‌های اخیر در فناوری اطلاعات منجر به توسعه زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری گردیده است. این توسعه منجر به ایجاد بستر مناسبی جهت استقرار نظام ارجاع الکترونیک گردید.

«به هر حال اواسط دهه ۹۰ دیگه زیر ساخت‌های فناوری اطلاعات تقریباً تو کشور گسترده شده بود. مدیران و مسئولین وزارت بهداشت به این نتیجه رسیدن که باید این اتفاق بیفته» (م. ۱۶). «بستر پرونده الکترونیک سلامت در استان فراهم شده بود. امکان تبادل اطلاعات بین خدمات سرپایی پیش بیمارستانی و بیمارستانی فراهم شده بود. با همکاری شرکت زیرساخت مخابرات توانسته بودیم تاحدودی نقاط کور استان را کاهش دهیم. همه این‌ها نتیجه توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات در کشور بود که به راه‌اندازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع کمک کرد» (م. ۱۰).

۱-۳-۲- وجود سامانه مستقل ناب (نرم‌افزار اطلاعات بهداشتی) در استان

ناشی از عدم آگاهی مدیران جدید نسبت به اهمیت و ضرورت برنامه بود که خود را در کاهش حمایت مادی و اولویت کمتر برنامه نسبت به سایر برنامه‌ها نشان می‌داد.

«از اواخر سال ۱۳۹۶ با تغییر وزیر بهداشت و معاونینش، چالش بزرگی برای ما ایجاد شد. وزارتخانه اصلاً در جریان نبود. بهش گزارش می‌دادیم و ازش خواسته‌ای داشتیم. انگار که کل اطلاعات این نظام ارجاع با اون نیروهای قبلی دفن شدن. نزدیک ۶ ماه تا ۸ ماه طول کشید تا بخشی از بدنه وزارت بهداشت توجیه بشن» (م. ۱۷). «ولش سازمان بیمه سلامت، این تأمین مالی رو بیمه تقبل کرد. بعد که مدیر عامل عوض شد و معاونین هم عوض شدند، کلاً زیر بار تأمین مالی نرفتن» (م. ۲۴).

۲-۲- اقتصاد

۲-۲-۱- عدم تطابق منابع موجود با انتظارات ابلاغی از سطوح بالادستی

یکی از موانع، محدودیت منابع مورد نیاز جهت اجرای نظام ارجاع الکترونیک در دانشگاه علوم پزشکی بود ولی سطح ملی بدون توجه به این محدودیت انتظار اجرای کامل برنامه را داشت. این دوگانگی توسط مشارکت‌کنندگان مورد تأکید قرار گرفت.

«در حوزه نظام ارجاع الکترونیک با محدودیت منابع روبه‌رو هستیم. اما آنچه از این محدودیت‌ها مهم‌تر است، عدم تطابق منابع موجود با انتظارات ابلاغی از بالادست است. فرض کنید شما در سطح اجرا با ارائه دهنده خدمتی سروکار دارید که مدتی است به او می‌گویید اپراتوری را هم انجام بده و پس‌خوارند هم بده. سیستمی دارید که توسط شرکت‌های ضعیف نوشته شده و توانایی بار بالا را ندارد. در عین حال می‌خواهید از آن برای جمعیت کثیری در تمام موارد

به منظور ارائه خدمات باکیفیت ارزان، سریع و الکترونیکی به شهروندان در فرآیندهای مراقبت و درمان، سامانه ناب (نرم‌افزار اطلاعات بهداشتی) توسط دانشگاه علوم پزشکی گلستان طراحی و شروع به فعالیت نمود. این سامانه با مدیریت اطلاعات بیماران نقش مهمی در مکانیزه شدن درمان و تسهیل فرآیند ارجاع بیمار داشته است.

«استان گلستان سامانه ناب را داشت که مستقل از کشور است. استان گلستان اختیار سامانه‌هاش دست خودش بود. در سامانه ناب، تبادل داده برقرار می‌شد. مریض رو فرستادن کلینیک ویژه بیمارستان ولی دیتاش می‌رفت وزارت بهداشت و از وزارت بهداشت می‌ومد کلینیک ویژه. این چرخه تو استان گلستان برقرار شد. چون این چرخه با استانداردهای ارجاع و استاندارد ارجاع آی تی وزارت بهداشت تونست بیفته، این یک فرصت بود» (م. ۲۰). «سامانه ما یک سامانه تخصصی بود، همه کشور از سامانه سیب پیروی می‌کرد، ما از سامانه ناب پیروی می‌کنیم و همین باعث شد که هر برنامه‌ای که می‌تونن اجرا کنن، چون مدیریتش دست خود استان بود» (م. ۲۳). «استان گلستان اختیار سامانه‌هاش دست خودش بود، همه این‌ها دست به دست هم دادن که استان گلستان بتونه یه فرصتی رو فراهم کنه برای کشور؛ چون بالاخره یک مدل شد برای کشور دیگه، بتونه یه فرصتی فراهم کنه برای کشور» (م. ۱۲).

۲- تهدیدات

۲-۱- سیاستی

۲-۱-۱- تأخیر و اختلال در برنامه‌ها با تغییر مسئولین وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت
سرعت نظام ارجاع الکترونیک با عوض شدن مدیران و مسئولین در سطح ملی کند می‌شد که این مسئله

استفاده کنید. جمعیتی شهری هم هست که می‌خواهد از همان امکانات استفاده کند و شما قانوناً نمی‌توانید به او خدمت ندهید» (م.۱۶).

۲-۲-۲- تأخیر در پرداخت‌های مالی

تأخیر در پرداخت به پزشکان خانواده و پزشکان متخصص منجر به کم‌انگیزی این گروه درمانی شده است به طوری که این کاهش انگیزه در کاهش کمی و کیفی عملکرد ایشان در ارائه خدمات در چارچوب تعریف شده نظام ارجاع پدیدار گردیده است.

«متخصص میگه پول که بهم نمیدین. قولتون رو هم که عمل نکردین. اجبارتون هم که برای همه نیست. پس دیر پیام و پس‌خوراند هم ندم، اتفاق خاصی نمیفته. انجام نمی‌ده. می‌بینم واقعاً اتفاق خاصی هم نیفتاده و کسی هم صدایش در نیومد. پزشک‌های دیگه هم میگن آقا ما هم انجام نمیدیم» (م.۲۰).

«خوش حساب نبودن در نظام پرداخت در کلینیک‌ها باعث بی‌انگیزی متخصصان شده. در صورت پرداخت به موقع حقوق و مزایای کارکنان، تیم سلامت، با انگیزه بهتر و شور و اشتیاق کار خواهند کرد» (م.۱۴).

«شکایت اصلی پزشکان خانواده و پزشکان متخصص مجری طرح صرفاً مسائل مالی و پرداخت به موقع مطالبات می‌باشد که این موضوع ارتباط مستقیم با نحوه ارائه خدمت به بیماران پیدا کرده است» (م.۴). «کاهش و تأخیر پرداخت به پزشکان سطح ۱ با توجه به حجم کار و بعضاً فعالیت‌های زائد و زیاد بودن فرم‌ها باعث کاهش انگیزه کاری پزشکان خانواده شده است» (م.۳۱).

۲-۲-۳- عدم بضاعت مالی برخی بیماران

با توجه به شرایط اقتصادی جامعه و علیرغم مبلغ نسبتاً پایین در نظر گرفته شده جهت ویزیت پزشک

متخصص در نظام ارجاع، باز هم برخی از بیماران استطاعت مالی پرداخت این هزینه را نداشتند. «بزرگ‌ترین مشکلی که داریم همین بی پولیه. دستمون خالیه و این که راهمون دوره تا اینجا. همون ۵۰۰۰ تومن رو هم نداشتم. برادرم پولشو داد. به نظرم اگه از ما که دستمون خالیه، پولی نگیرن خیلی خوب میشه. هزینه‌ای از ما نگیرن» (م.۴۱). «الان تو این وضعیت گرونی، مریضا ۵۰۰۰ تومن هم براشون ۵۰۰۰ تومنه» (م.۳۸).

۲-۳-۳- اجتماعی فرهنگی

۲-۳-۱- مقاومت و اصرار بیمار برای ارجاع به متخصص

علیرغم استقرار نظام ارجاع الکترونیک برخی از بیماران بر حسب عادات و طبق روال گذشته، تمایل داشتند بدون ویزیت توسط پزشک خانواده و نوبت‌گیری جهت ارجاع به پزشک متخصص تعیین شده، به پزشک متخصص مدنظر خودشان مراجعه کنند و امتناع پزشک خانواده در این خصوص به اصرار بیماران و افزایش تنش بین بیمار و پزشک منجر می‌گردید.

«مقدار زیادی از انرژی پرسنل ما سر این گرفته می‌شود که طرف بچه اش را آورده است که می‌خواهد که به خاطر یک سرماخوردگی، متخصص وی را ببیند. درحالی که سطح اول هنوز ندیده است و وقتی می‌گوییم که باید پزشک عمومی اول تو را ببیند، داد و بیداد و دعوا راه می‌اندازد و این چالش سروکله زدن با این‌ها را داریم» (م.۳۴).

«بعضی افراد تمایل دارند که مستقیم به متخصص مراجعه داشته باشند و از پزشک درخواست کد ارجاع می‌کنند و برای تقاضای خود هم اصرار دارند و هیچ دستورالعملی هم برای آن‌ها مهم نیست» (م.۲۸).

۲-۳-۲- عدم مراجعه بیمار به پزشک متخصص علیرغم

نوبت گرفتن برای وی

طبق فرایند ارجاع الکترونیک، برای بیمار نیازمند ارجاع در سطح اول ارائه خدمت به صورت الکترونیک نوبت گرفته می شود تا در زمان و مکان تعیین شده به پزشک متخصص مربوطه مراجعه نماید ولی حتی با ارائه نوبت به بیمار، برخی از بیماران به پزشک تعیین شده مراجعه نمی کنند.

«ما داریم تو داشبورد نگاه می کنیم. برای یک مریضی که وارد میشه از سطح ۱، داره پزشک میبینتش. برارش نوبت هم میگیره اما نمیره. از ۱۰۰ درصد افرادی که به سطح ۱ مراجعه می کنن، ۱۵ درصدشون رو پزشک می تونه ارجاع بده. از این ۱۵ درصد هم برای ۸۰ درصدشون نوبت گرفته میشه. چقدر مراجعه می کنن؟! بین ۴۰ تا ۶۰ درصد» (م. ۲۶).

«مریض نوبت می گیرد ولی نمی رود. الکی این نوبت ها پر می شود. حالا می خواهی برای مریض دیگه ای نوبت بگیری، نوبت دیگر نیست. نوبت ها به صورت کاذب پر شده است. این که چرا به سطح ۲ مراجعه نمی کنند؛ ممکن است آن فرد آن متخصص را قبول نداشته باشد یا به ما می گویند من خودم نوبت دارم یا می گوید من از طریق آشنا و پارتی نوبت گرفته ام» (م. ۳۲).

۲-۳-۳- اطلاع رسانی ضعیف و آگاهی ناکافی مردم

علیرغم استقرار نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان، بسیاری از مردم از فرایند برنامه و خدمات مورد ارائه آگاهی کافی نداشتند. مشارکت کنندگان این عدم آگاهی مردم را ناشی از اطلاع رسانی ضعیف دانشگاه و رسانه ها می دانستند.

«آگاهی ناکافی مردم در خصوص قوانین و ضوابط پزشک خانواده موجب انتظارات و درخواست های

غیرمنطقی می شود. مشمولین بیمه روستایی آگاه نیستند که صدور کد ارجاع معکوس وظیفه پزشک خانواده نیست بلکه اقدامی غیرقانونی و در واقع دور زدن قانون است که پزشکان خانواده بر خلاف میل باطنی و تحت فشار مراجعین انجام می دهند» (م. ۲۷). «آموزش ما به مردم کافی نبوده. نظام ارجاع الکترونیک، یک تغییر در روند فعلی ارائه خدمت به مردم هست. ما اگر بخواهیم تغییری ایجاد کنیم چه مثبت چه منفی باید اطلاع رسانی و فرهنگ سازی لازم، قبلش انجام می شد. نه اینکه بگین از امروز دیگه ارجاع الکترونیک شد» (م. ۲۳).

«اطلاع رسانی کافی نشد. همش به حوزه های بهداشت و درمان نباید واگذار کنیم. یه چیزایی هست که باید تو صدا و سیما و تو جراید بگیم» (م. ۱۰).

۲-۴-۲- تکنولوژیکی

۲-۴-۱- زیرساخت های ارتباطی ناکافی و با کیفیت پایین در برخی روستاها

برخی از روستاهای استان گلستان از زیرساخت های کمی و کیفی مخابراتی و اینترنتی لازم برخوردار نبودند. این مسئله باعث تأخیر و کندی در فرایند ارائه خدمات در چارچوب نظام ارجاع الکترونیک می گردید.

«زیرساخت جهت اجرای برنامه در مراکز بهداشتی - درمانی کیفیت لازم را ندارد، اعم از رایانه و خطوط. برنامه کامپیوتری نظام ارجاع معمولاً در زمان بار کاری بالا، دچار مشکل می شود و در کل نیز مشکلات زیادی دارد و گاهی نوبت کلینیک و پزشک مربوطه را نشان نمی دهد» (م. ۳۷). «ضعیف بودن زیرساخت اینترنت و یا سامانه ناب در ارائه خدمت، به طوری که به علت سرعت پایین اینترنت با مشکل در سامانه ناب، انجام مراقبت، ویزیت، ثبت، صدور

کد ارجاع با کندی و اختلال مواجه می‌گردد و به دنبال آن باعث افزایش زمان برای ثبت هم‌زمان یا ویزیت بیمار می‌شود که این باعث شلوغی درمانگاه در سطح یک می‌شود» (م.۳۳).

۲-۴-۲- قطعی و سرعت پایین اینترنت

یکی از مؤلفه‌های اثرگذار اجرای ارجاع الکترونیک سیستم اینترنتی پایدار و پرسرعت می‌باشد. قطع شدن و کند بودن اینترنت خدمت‌رسانی را دچار اختلال کرده و نارضایتی بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات را به همراه دارد.

«قطعی اینترنت داریم. سرور از کار می‌وفته. یا از وزارتخانه است یا از اینجا از کار می‌فته. مشکل قطع و وصل سامانه را داریم» (م.۲۲). «یک روز رفته بودم پایش. شاید ۲۰ دقیقه تا نیم ساعت طول کشید. خانم دکتر پشت سیستم بود که برای مریضی که کنارش نشسته، کد ارجاع بگیره. سیستم پیام خطا می‌داد و می‌چرخید چون سرعت اینترنت کم بود. این باعث میشه مردم اذیت بشن، پزشکم به هر حال، انرژیش رو این موضوع می‌گیره» (م.۲۵).

۲-۴-۳- وجود نقاط کور فاقد دسترسی به اینترنت

برخی از مراکز روستایی استان گلستان به دلایل موقعیت جغرافیایی خاص در نقاط کور واقع شده‌اند که امکان دسترسی به اینترنت ندارند. وجود این نقاط اجرای فرایند ارائه خدمات در قالب نظام ارجاع را مختل می‌کند.

«ما از حول و حوش ۸۰۰ نقطه خدمت‌رسانی که در سطح دانشگاه داریم، هنوز ۳۰ و خرده‌ای نقطه هست که این زیرساخت ارتباطی رو نداره. اصلاً تلفن نرفته اونجا، سیم‌کشی تلفن اونجا وجود نداره یا هست به شدت فرسودست. الان شرایط و تعویض اون زیرساخت وجود نداره. اصلاً آنتن دهی نداره. هیچ

کدام از اپراتورها امکان سرویس دهی توی اون نقاط رو ندارن. محله‌ها یا صعب العبوره، یا توی ارتفاعاته یا توی جاهای خیلی پرتیه که اون شرکت‌های تأمین کننده زیرساخت اون کار رو براشون شاید به صرفه نباشه که انجام بدن» (م.۲۴).

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه، فرصت‌های موجود جهت بهبود اجرای برنامه نظام ارجاع الکترونیک شامل وجود اسناد و قوانین بالادستی، اختصاص یک درصد ارزش افزوده جهت تأمین هزینه‌ها، وجود سامانه مستقل ناب در استان، حمایت مدیریت ارشد دانشگاه از برنامه و کاهش پرداخت از جیب مردم بود. اسناد و قوانین بالادستی در نظام ارجاع الکترونیک از فرصت‌هایی بود که با استناد به آن می‌توان برنامه را پیش برد. فردوسی خاطرنشان کرد که در کشورهای انگلستان، کانادا، کره جنوبی و شیلی نظام ملی سلامت حاکم است و مبتنی بر سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده می‌باشد و در تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه، پزشک خانواده اولین فردی است که بیمار را معاینه و درمان لازم را انجام می‌دهد و در صورت نیاز، بیمار را به سطوح دوم یا سوم ارجاع می‌دهد و قواعد ارجاع به خوبی اجرا می‌شود (۲۲). بر اساس نتایج مطالعه صفی‌زاده و همکاران، تصویب قانونی جامع در مجلس به گونه‌ای که تمام الزامات نظام ارجاع و پزشک خانواده در آن پیش‌بینی شده باشد، التزام همه نهادهای دولتی و خصوصی را سبب گردد، برداشت‌های شفاف و یکسانی را ایجاد کند، اهداف و دورنمای موردنظر را به دقت ترسیم و مسئولیت‌های نهادهای مجری را به درستی تنظیم نماید؛ ضروری به نظر می‌رسد (۲۳). بر اساس برنامه

نظام ارجاع الکترونیک منجر به کاهش هزینه بیماران می‌گردد و اطلاع‌رسانی این ویژگی برنامه به مردم می‌تواند منجر به استقبال و حمایت مردم از برنامه گردد. در این راستا، نتایج مطالعات جنتی و همکاران (۶)، صفی‌زاده و همکاران (۲۳)، Van Uden و همکاران (۲۴) و Kumar (۲۵) نشان داد که نظام ارجاع منجر به کاهش هزینه‌ها می‌گردد ولی در مقابل، بودن پزشک مراقبت اولیه رسمی موجب افزایش مصرف خدمات می‌شود (۲۶). همچنین تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به هزینه خدمات بهداشتی و درمانی در ۱۸ کشور عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development) نشان داد که اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر معنی‌داری بر کاهش هزینه‌های سلامت نداشته است (۲۷). لذا تحلیل ما در این زمینه باید با در نظر گرفتن شرایط محیطی از جمله شرایط نظام سلامت و سیستم ارائه خدمات، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه و سایر مؤلفه‌های تأثیرگذار بر دریافت خدمات صورت پذیرد.

تهدیدات موجود جهت بهبود اجرای برنامه نظام ارجاع الکترونیک شامل تغییر مسئولین وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت، مقاومت و اصرار بیمار برای ارجاع به متخصص، عدم مراجعه بیمار به پزشک متخصص تعیین شده توسط سیستم، اطلاع‌رسانی ضعیف به مردم، تأخیر در پرداخت‌ها به پزشکان، عدم بضاعت مالی برخی بیماران، زیرساخت‌های ارتباطی ناکافی و قطعی و سرعت پایین اینترنت بودند. برخلاف بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته که جابه‌جایی مدیران ارتباطی به وقوع

تغییرات سیاسی ندارد. در ایران، موقعیت مدیران و سیاست‌گذاران با هر رویداد سیاسی دچار تزلزل می‌شود که خود موجب سردرگمی و توقف برنامه‌ها می‌شود (۲۸). تعویض و جابه‌جایی سریع مدیران، توجه آن‌ها را به هدف‌های کوتاه مدت معطوف می‌کند ولی ثبات در شغل، به مدیر فرصت می‌دهد تا هدف‌های میان مدت و درازمدت سازمان را مورد توجه قرار دهند (۲۹). جهت بهبود وضعیت، لازم است دولت‌ها برای ارتقاء این نهادها با ارائه برنامه‌های جدید و استمرار برنامه‌های اثربخش و تأمین مالی آن‌ها به تغییرات محدود مدیریتی رضایت دهند.

مقاومت و اصرار بیمار برای ارجاع به متخصص و آگاهی ناکافی، از دیگر تهدیدات مطرح شده بود. مطالعه روحانی و باقر نشان داد که یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام ارجاع عدم آگاهی بیماران بود (۳۰). نتایج مطالعه نصیری‌پور و همکاران در خصوص عملکرد نظام ارجاع، نشان داد که میزان آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش نامطلوب بود (۳۱). در این راستا، درگیر نمودن رسانه‌های جمعی، دغدغه و ضرورت مهم نظام مراقبت در تمام کشورها می‌باشد. بر اساس پژوهش Lund و Aaro، اطلاع‌رسانی آموزشی که با کمک انواع رسانه‌ها و به ویژه رسانه‌های جمعی انجام می‌شود؛ می‌تواند به افراد جامعه درباره خطرات رفتارهای مغایر با سلامت و چگونگی اجتناب یا کاهش اثرات مخرب آن‌ها اطلاع‌رسانی کنند (۳۲).

زیرساخت‌های اطلاعاتی و ارتباطی یکی دیگر از تهدیدات بود. نتایج مطالعه Kamau و همکاران نشان داد که زیرساخت‌ها و سیستم‌های اطلاعات بهداشتی از تهدیدات سیستم ارجاع می‌باشد و باید تقویت

شوند (۳۳). Straus و همکاران نیز سخت افزار ناکافی را به عنوان یکی از تهدیدات نظام ارجاع ذکر نمودند (۳۴).

نظام ارجاع الکترونیک با تأخیر در پرداخت‌ها نیز مواجه بود. این عوامل در مطالعه مفتون و همکاران (۳۵)، صفی‌زاده و همکاران (۲۳)، Kamau و همکاران (۳۳) و Naseriasl و همکاران (۳۶) نیز ذکر گردیده است. به‌طور کلی، کمبود سرانه سلامت و ناهمخوانی با مشکلات امروزی وجود دارد. تخصیص اعتبارات در ستاد ملی نظام‌مند، عادلانه و به موقع نیست. معاونت‌ها استقلال مالی ندارند، سطح ملی اصرار در هزینه کرد درآمد اختصاصی دارد. نظارت ناکافی اختصاصی و عدم تخصیص کامل آن به حوزه سلامت در برخی از دانشگاه‌ها وجود دارد. اعتبارات برخی برنامه‌ها ناکافی است (۳۷). بسیاری از متخصصین مسائل اقتصادی به‌کارگیری مکانیزم‌های پرداخت و به ویژه از نوع ترکیبی را روش مناسبی برای ایجاد انگیزش مالی در جهت بهبود عملکرد کارکنان سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌دانند و کشورهای زیادی نیز در دنیا از این شیوه بهره می‌گیرند (۳۸،۳۹). در مکانیزم پرداخت ثابت که به طور عمده در بخش‌های دولتی و برای کارکنان استخدام شده به صورت مادام‌العمر رواج دارد، کاهش عملکرد نیروی انسانی هم به شکل کاهش کمیت و هم به شکل تنزل کیفیت و هم افت هر دو بعد آن مکرراً گزارش گردیده است (۴۰،۴۱). در مکانیزم پرداخت کارانه، افزایش فعالیت‌های نیروی انسانی به دلیل انگیزه انتفاع از افزایش درآمد ناشی از عملکرد بالا می‌باشد. این عامل انگیزشی حتی در بسیاری از مواقع منجر به تغییر در رفتارهای نامطلوب ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی در قبال

انگیزش‌های مالی حاصل از درآمد ناشی از عملکرد می‌گردد که برای جلوگیری از آن به ناچار باید محدودیت‌های بازدارنده‌ای اعمال گردد (۴۲،۴۰).

قطعی و سرعت پایین اینترنت، عدم مراجعه بیمار به پزشک متخصص علیرغم نوبت گرفتن برای وی و عدم بضاعت مالی برخی بیماران نیز از دیگر تهدیدات در مطالعه حاضر شناخته شد. کبیر و همکاران، در مطالعه‌ای، مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه بیماران از سطح ۱ به سطح ۲ در نظام ارجاع الکترونیک را به ترتیب داشتن یک پزشک معتمد و آشنا، عدم امکان پرداخت هزینه ویزیت متخصص و بالا بودن هزینه‌های ایاب و ذهاب از منزل تا پزشک متخصص تعیین‌شده، جنسیت پزشک متخصص و عدم راهنمایی لازم در مورد ارجاع به پزشک متخصص توسط مرکز ارجاع‌دهنده برشمردند. افزایش اعتماد مردم به پزشکان متخصص شاغل در نظام ارجاع الکترونیک و رایگان نمودن خدمات تخصصی برای بیماران بی‌بضاعت می‌تواند منجر به بهبود وضعیت موجود گردد. افزایش آگاهی بیماران جهت استفاده از خدمات تخصصی سطح ۲ از طریق رسانه‌های عمومی می‌تواند به بهره‌مندی بیماران از این خدمات کمک نماید (۴۳). کیفیت امکانات رفاهی، اهمیت حوزه ارتباطات و نوع آخرین مرکز دریافت خدمات سلامتی نیز از مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه به پزشک متخصص در مطالعه فضائی و همکاران عنوان شده بود (۴۴).

انتخاب استراتژی‌های مناسب با بهره‌گیری از فرصت‌ها و همراه با رفع یا کاهش تهدیدات حاصل از مطالعه می‌تواند منجر به تسهیل فرایند اجرای نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان و الگوبرداری در سایر استان‌ها گردد.

واقعی و برنامه‌ریزی جهت حمایت بیماران بی بضاعت روستایی همچون بیماران بهزیستی (مشابه قوانین بیماران خاص) جهت تخفیفات بیمه‌ای و کاهش پرداخت از جیب می‌تواند در بهبود وضعیت موجود کمک کننده باشد.

سپاسگزاری

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان جهت حمایت مالی طرح پژوهشی با کد ۱۱۰۲۶۳ و همچنین مشارکت‌کنندگان در انجام این طرح پژوهشی قدردانی می‌گردد. جهت رعایت اصول اخلاقی، طرح به شماره IR.TUMS.VCR.REC.1397.509 به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه رسید.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع بین نویسندگان مقاله وجود نداشت.

اگر چه سعی شد حداکثر تنوع در نمونه‌ها در نظر گرفته شود ولی این مطالعه کیفی با نمونه‌های محدودی که به طور هدفمند انتخاب شده بودند، انجام شد که امکان تعمیم‌دهی یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان مشکل بود که با پیگیری مستمر و توجیه اهمیت مطالعه این مشکل رفع شد.

پیشنهادها

جهت رفع تهدیدات مطرح شده، اتخاذ راهکارهایی مانند تدوین سیاست‌های کشوری نظام ارجاع الکترونیک و پایبندی به اجرای آن، اصلاح نظام پرداخت سرپایی در نظام ارجاع الکترونیک، استخراج میزان ارجاعات ناموفق و دلایل آن، تأمین و تجهیز زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری نظام ارجاع الکترونیک، استفاده مستمر و مؤثر رسانه‌های جمعی جهت تبیین مزایای نظام ارجاع، نشان‌دار کردن منابع تخصیصی جهت اطمینان از هزینه کرد در محل

References

1. Naseriasl M, Janati A, Amini A, Adham D. Referral system in rural Iran: improvement proposals. Cad Saude Publica 2018;34(3):e00198516. doi: 10.1590/0102-311X00198516.
2. Maleki Rastaghi, Barzinpour M, Pishvae S. A Multi-objective Hierarchical Location-allocation Model for Healthcare Network Design Considering Referral System. International Journal of Engineering 2018; 31(2): 365-73.
3. Deputy of Health. Operational guide for Rural insurance and family physician program implementation. Version 20. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2006. [cited 2021 May 5] Available from: http://hlth1.mui.ac.ir/sites/hlth1.mui.ac.ir/files/docs/nskh_20_1.pdf
4. Ravangard R, Keshtkaran V, Niknam S, Yusefi

- AR, Heidari AR. The Decision-Making Styles of Managers of Public and Private Hospitals in Shiraz. Journal of Hospital 2013; 12(3):39-45. [In Persian]
5. Yusefi A, Jabbari A, Koushki J, Heidari A. The relationship between personality type and leadership style of managers in educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. Health and Development Journal 2014; 3(1):84-93. [In Persian]
6. Janati A, Amini A, Adham D, Naseriasl M. Referral system in Iran's health sector and world's leading countries. Research Journal of Pharmacy and Technology 2017; 10(6): 1597-602.
7. Hughes C, Allen P, Bentley M. e-Referrals: why we are still faxing. Aust J Gen Pract 2018;47(1-2):50-7. doi: 10.31128/AFP-07-17-4285.
8. Bichel A, Erfle S, Wiebe V, Axelrod D, Conly J. Improving patient access to medical services:

- preventing the patient from being lost in translation. *He Healthc Q* 2009;:61-8. doi: 10.12927/hcq.2009.21100.
9. Shadpour K. The PHC experience in Iran, The Council for expansion of Primery Health Care networks, Tehran: UNICEF; 1994. [In Persian]
 10. Steinmann P, Baimatova M, Wyss K. Patient referral patterns by family doctors and to selected specialists in Tajikistan. *International Health* 2012;4(4):268-76.
 11. Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health* 2010; 4(4): 38-43. [In Persian]
 12. Rouhani S, Alipoor Landy S. The economic standpoint of referral system at using tertiary hospital services in Iran/Iran J Health Sci 2017; 5(1):38-48. [In Persian]
 13. Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafi Amir H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 23(109): 26-35. [In Persian]
 14. Bidarpoor F, Rahmani K, Akhavan B, Rahimzadeh A, Pourmoradi A. Identifying Reasons of Non-attendance of Urban Households in the Comprehensive Centers of Health Services in Sanandaj: A Combination of Two Quantitative and Qualitative Approaches. *Iranian Journal of Epidemiology* 2019; 14(4):302-11. [In Persian]
 15. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology* 1981;29(2):75-91.
 16. Momeni Rad A. Qualitative content analysis in research tradition: nature, stages and validity of the results. *Educational Measurement* 2013; 4(14): 187-222.
 17. The Communicating Policy of the Supreme Leader [cited 2021 May 5]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/99709>
 18. The 5th 5-years Development Plan of Iran [cited 2021 May 5]. Available from: <http://hbi.ir/NSite/Service/News/?&Serv=213&SGr=538>. 2015]
 19. Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran [cited 2021 May 5]. The 6th 5-years Development Plan of Iran. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1014547>
 20. Damaru B, Heidari A, Adhami B, Vosoogh Moghaddam A. Evaluation of Implementation Laws for the Health Sector in the Fifth Development Plan. *Hakim* 2019; 22(2):94-9. [In Persian].
 21. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar M R, et al. Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 25 (132):23-32. [In Persian]
 22. Ferdosi M, Vatankhah S, Khalesi N, EbadiFardAzar F, Ayoobian A. Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. *J Mil Med* 2012;14(2): 129-35. [In Persian]
 23. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders` Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018; 28(161):75-87. [In Persian]
 24. Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, Van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003;20(2):184-7. doi: 10.1136/emj.20.2.184.
 25. Kumar R. Future of profession. *J Family Med Prim Care* 2016;5(4):745-46. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_23_17.
 26. Thanh NX, Rapoport J. Health services utilization of people having and not having a regular doctor in Canada. *Int J Health Plann Manage* 2017;32(2):180-8. doi: 10.1002/hpm.2338.
 27. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000;5(1):22-6. doi: 10.1177/135581960000500107
 28. Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B, Kabir MJ. Challenges of Implementation of the National Phenylketonuria Screening Program in Iran: A Qualitative Study. *Electron Physician* 2016; 8(10): 3048-56. doi: 10.19082/3048
 29. Mehrdad H. Study of the relationship between the organizational climate of high schools and managerial permanency of their educational administrators in Khorramabad. *Journal of Educational Administration Research Quarterly* 2012; 3(10):109-26. [In Persian]
 30. Rouhani S, Bagher M. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and improving it (A qualitative study). *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(131):1-13. [In Persian]
 31. Nasiripour AA, Motaghi M, Navvabi N. The performance of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-2012. *Journal of Health Promotion Management* 2014; 3(3): 58-68. [In Persian]
 32. Lund J, Aaro LE. Accident prevention. Presentation of a model placing emphasis on human, structural and cultural factors. *Safety*

- Science 2004; 42(4):271-324. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(03\)00045-6](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(03)00045-6)
33. Kamau KJ, Osuga BO, Njuguna S. Challenges Facing Implementation of Referral System for Quality Health Care Services In Kiambu County, Kenya. Health Syst Policy Res 2017; 4:1. doi: 10.21767/2254-9137.100067
34. Straus SG, Chen AH, Yee HJ, Kushel MB, Bell DS. Implementation of an electronic referral system for outpatient specialty care. AMIA Annu Symp Proc 2011;2011:1337-46.
35. Maftoon F, Farzadi F, Montazeri A, Aeenparast A. Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2015; 15(1):19-25. [In Persian]. doi: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.2.8
36. Naseriasl M, Amini A, Doshmangir L, Adham D, Janati A. Challenges of establishing specialty referral system in Iran's health sector (a qualitative study). Acta Medica Mediterranea 2017; 33: 921-6. doi:10.19193/0393-6384_2017_1s_137
37. Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2015; 13(1): 1-16. [In Persian]
38. Yip W, Eggleston K. Addressing government and market failures with payment incentives: Hospital reimbursement reform in Hainan, China. Soc Sci Med 2004;58(2):267-77. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00010-8.
39. Ellis RP, Miller MM. Provider payment methods and incentives. Boston, Massachusetts, USA 2007. Available from: http://blogs.bu.edu/ellisrp/files/2015/11/EllisMartinMiller-Encyclopedia-of-Public-Health-20150812_withbios.pdf
40. Gauri V, Cercone J, Briceno R. Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. Health Policy Plan 2004;19(5):292-301. doi: 10.1093/heapol/czh034.
41. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Social Science & Medicine 2002; 54(8): 1255-66.
42. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. Health Policy 2002;60(3):255-73. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00216-0.
43. Kabir MJ, Heidari A, Khatirnamani Z, Kazemi SB, Honarvar MR, Badakhshan A, et al. Identification and Ranking of the Reasons for not Referring Patients from Level 1 to Level 2 through Electronic Referral System of Golestan Province in 2019. Manage Strat Health Syst 2021; 5(4): 270-9. 10.18502/mshsj.v5i4.5800
44. Fazaeli S, Ghazizadeh Hashemi S, Ebrahimipour H, Banikazemi S, Yousefi M, Valinejadi A. Public or Private Hospitals: Survey of Households' Tendencies in Some Selected Areas of Mashhad. Journal of Health Administration 2016; 18(62): 75-86. [In Persian]

Eatablishment of an Electronic Referral System in Golestan Province: Opportunities and Threats

Kabir Mohammad Javad¹, Heidari Alireza^{2*}, Honarvar Mohammad Reza², Khatirnamani Zahra³, Badakhshan Abbas², Rafiei Narges⁴, Kazemi Sakine Beygom⁴, Lotfi Mansoureh³

• Received: 31. 05. 2020

• Revised: 22. 08. 2020

• Accepted: 24. 08. 2020



Abstract

Background & Objectives: The establishment of a referral system leads to improved relations between general practitioners and specialists, improved service quality, reduced waiting time, and reduced costs. The purpose of this study was to explain the opportunities and threats outside the organization in establishing an electronic referral system in Golestan province.

Methods: This qualitative study was conducted using phenomenological analysis in Golestan province in 2019. The participants were 45 managers, experts, family physicians, specialists, and patients selected via purposive sampling. The data were collected using semi-structured interviews and analyzed via content analysis.

Results: After analyzing the interviews, 7 themes and 18 sub-themes were obtained. The most important opportunities available were the existence of upstream documents and laws, the allocation of one percent of value added to cover the costs, the existence of a Nab (Health information software) independent system in the province, and the reduction of out-of-pocket payments. The main threatening factors were the change of officials of the Ministry of Health and the Health Insurance Organization, the patient's insistence on visiting a specialist, the patient's failure to see a specialist despite appointments, Poor notification, delays in payments to doctors, and poor communication infrastructure.

Conclusion: Selecting appropriate strategies by taking advantage of opportunities can facilitate the process of implementing the electronic referral system in Golestan province and modeling it in other provinces. Adopting strategies such as formulating national policies, reforming the outpatient payment system, and reducing out-of-pocket payments can help improve the current situation.

Keywords: Opportunities, Threats, Electronic Referral System, Comprehensive Health Centers, Hospital

Citation: Kabir MJ, Heidari AL, Honarvar MR, Khatirnamani Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Eatablishment of an Electronic Referral System in Golestan Province: Opportunities and Threats. Journal of Health Based Research 2020; 6(2): 151-67. [In Persian]

1. Associate Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

2. Assistant professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

3. MSc, Health Management and Social Development Research Center, Faculty of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

4. PhD Candidate, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

***Corresponding Author:** Alireza Heidari

Address: Naharkhoran Blv, Edalat 72, Gorgan, Iran

Tel: +981732558200

Email: alirezaheidari7@gmail.com