

## تأثیر سیاست‌گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران

چکیده

فرشاد توکلی<sup>۱</sup> / امیراشکان نصیری پور<sup>۲</sup> / لیلا ریاحی<sup>۳</sup> / محمود محمودی<sup>۴</sup>

**مقدمه:** اهمیت نظام ارجاع در سیستم سلامت تا آنجاست که گفته شده ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و درمان هستند، لذا اصلاح سیستم ارجاع می‌تواند به میزان زیادی بار مراجعات تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها را کاهش دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر سیاست‌گذاری نظام سلامت و ساختار بیمه سلامت بر نظام ارجاع برنامه پزشک خانواده شهری ایران در جهت بهبود و توسعه نظام مراقبت در سطوح اول، دوم و سوم نظام ارجاع بهداشت و درمان کشور انجام شده است.

**روش پژوهش:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - همبستگی بود. با شناسایی نظام‌مند نظام ارجاع پزشک خانواده در کشورهای مختلف سیاست‌گذاری‌ها، هم‌چنین قوانین نظام بیمه‌ای کشورهای مختلف استخراج و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و بر اساس روش آماری تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی تأثیر این عوامل بر نظام ارجاع شناسایی شد. جامعه پژوهش شامل ۴۰۰ نفر از صاحب‌نظران پزشک خانواده در سطح کشور بود. کفایت داده‌ها براساس آزمون بارتلت و کیسرمیرالکین (KMO) سنجیده شد. پایایی آزمون براساس آزمون آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی (CR) و هم‌چنین روایی آزمون براساس آزمون میانگین واریانس مشترک (AVE) محاسبه و تایید شد.

**یافته‌ها:** سیاست‌گذاری نظام سلامت و ساختار مناسب بیمه بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری موثر است. (به ترتیب با ضریب تأثیر ۰/۸۰۴ و ۰/۸۶۰) در عامل "سیاست‌گذاری نظام سلامت" مهم‌ترین متغیر گویه ۹ "نظارت بر ارائه خدمات در سطح اول، دوم و سوم ارجاع" با بارعاملی ۰/۷۷۴ و در بعد ساختار بیمه، مهم‌ترین متغیر گویه ۱۲ "اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب‌ها" با بارعاملی ۰/۷۹۳ بود.

**نتیجه‌گیری:** سیاست‌گذاری نظام سلامت و ساختار نظام بیمه سلامت در پویایی و موفقیت نظام ارجاع پزشک خانواده شهری تأثیر به‌سزایی دارند و می‌توان با توجه به هر یک از این عوامل گام موثری در بهبود نظام ارجاع و سلامت جامعه برداشت.

**کلید واژه‌ها:** سیاست‌گذاری، بیمه سلامت، نظام سلامت، نظام ارجاع پزشک خانواده شهری.

- ۱- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
- ۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: nasiripour@srbiau.ac.ir
- ۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۴- استاد، گروه آمار، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

علیرغم مطالعات مختلفی که بر اهمیت و لزوم استفاده از یک نظام ارجاع مناسب در نظام‌های سلامت مختلف تاکید دارند، شواهد در کشور ما حاکی از آن دارد که کیفیت نظام ارجاع موجود چندان مناسب نمی‌باشد. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که در استان‌های شمالی کشور انجام شد نشان داد که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷ درصد موارد نامطلوب بوده است. سایر شواهد موید آن است که تنها در ۲۵/۳ درصد موارد بیماران از پزشکان متخصص سطح دوم به پزشکان خانواده ارجاع داده شده بودند، ضمن آن که بسیاری از قواعد و الزامات اجرایی طرح نیز مطابق دستورالعمل رعایت نشده بود. در حال حاضر فاجعه بارترین وضعیت زندگی در حاشیه شهرها مشاهده می‌گردد، راه‌های ارتباطی و وضعیت حمل و نقل، نوع ارتباط شهر و روستا را متحول ساخته است، اینک در بسیاری از نقاط، مراجعه به مطب یک پزشک متخصص به مراتب آسانتر از بهره‌مند شدن از سیستم ارجاع است و هیچ منع قانونی هم ندارد [۱]. عوامل متعددی بر کیفیت نظام ارجاع به ویژه ارجاع به سطح دوم در برنامه پزشک خانواده تأثیر می‌گذارد که به صورت متقابل علت و معلول یکدیگرند، از اینرو هر گونه تلاش به منظور بهبود کیفیت نظام ارجاع در این سطح، نیازمند اقدامات سیستماتیک و هماهنگ با شناخت عمیق موانع و چالش‌ها، می‌باشد [۲]. در مطالعه‌ای نشان داده شد که پزشکان خانواده رضایت خوبی از کارکرد پزشکان متخصص سطح ۲ نداشتند و اکثر پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت پس‌خوراند ارجاعی متخصصان سطح دوم راضی نبودند [۳]. اهمیت نظام ارجاع در سیستم سلامت تا آنجاست که گفته شده ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و درمان هستند، لذا اصلاح سیستم ارجاع می‌تواند به میزان زیادی بار مراجعات تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها را کاهش دهد [۴]. نویروانی در مطالعه بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران میزان دریافت پس‌خوراند ارجاع پزشکان خانواده از متخصصین در

استان مازندران در سال ۱۳۹۱ را ۲۸ درصد اعلام نمود و علت آن را اشکال در نظام ارجاع وضعف ارتباطی بین پزشک خانواده و متخصص دانست [۵]. اهمیت نظام ارجاع تا بدانجاست که گفته شده ۵۵٪ از بیماران بامشکلات بهداشتی غیراورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه کارکنان سطوح پایین‌تر مراقبت شوند [۶]. پس از اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر در سال ۱۳۸۴ در کشور، برنامه پزشک خانواده شهری (برای شهرهای بالای بیست هزار نفر) بطور همزمان در سال ۱۳۹۱ در استان مازندران و فارس اجرا شد، شیوه اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری در مقایسه با پزشک خانواده روستایی در عمل متفاوت می‌باشد، بطوری که در شهرها به خصوص شهرهای بزرگ بدلیل دسترسی راحت‌تر مردم به مطب‌های پزشکان عمومی و متخصص (در مقایسه با روستاها) و نبود بستر لازم برای رعایت سیستم ارجاع، شاهد افزایش مراجعات خارج از سیستم ارجاع به بخش‌های خصوصی و تحمیل هزینه هنگفت هم برای بیماران و هم نظام سلامت می‌باشیم، در صورتی که در کشورهای پیشرو در برنامه پزشک خانواده، سیستم ارجاع بسیار موفق طراحی شده است، بطوری که بدون موافقت پزشک خانواده بیمار در هیچ یک از مراکز ارائه دهنده خدمات تخصصی قادر به پذیرش نمی‌باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر سیاست‌گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری کشور می‌باشد تا با اصلاح فرایندها و ساختارهای کنونی برنامه پزشک خانواده شهری استان مازندران و فارس، در توسعه و اجرای این برنامه در کلیه شهرهای میهن اسلامی موفق بوده و شاهد ارتقاء کیفیت نظام ارجاع و سلامت جامعه شهری در کشور باشیم.

## روش پژوهش

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - همبستگی و شامل پنج مرحله بود:  
در مرحله اول پژوهش، پژوهشگر به روش تطبیقی و با

## یافته‌ها

تحلیل عامل اکتشافی عامل "سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری" و عامل "ساختار مناسب بیمه سلامت و قوانین شفاف مالی برای بیمه‌شدگان سطوح اول و دوم و سوم نظام ارجاع بعد از جمع‌آوری پرسشنامه در ابتدا کفایت نمونه براساس معیار کیسرمایر مشخص و مورد تایید قرار گرفت. ( $KMO=0.923$ ) سپس سهم هر عامل در تبیین واریانس ۳۲ گویه (۳۲ سوال پرسشنامه) که بصورت نزولی می‌باشد مشخص شد. سپس نوبت به دسته‌بندی گویه‌ها در عامل‌های استخراج شده می‌رسد که این امر به کمک مقادیر بارعاملی در چرخش واریماکس انجام شد. به این منظور تنها متغیرهایی که بار عاملی آنها بیشتر از ۰/۳ است مورد توجه قرار گرفت. پس از این که بارهای عاملی معنی‌دار انتخاب شدند، دسته‌بندی گویه‌ها با بارعاملی بالاتر از ۰/۳ در داخل عامل‌های استخراج شده انجام شد. در میان ۳۲ گویه (سوالات پرسشنامه) عامل‌بندی متغیرهای پرسشنامه و نام‌گذاری عوامل براساس مشترک بودن مفاهیم سوالات براساس نظرات ۱۲ نفر از خبرگان برنامه پزشک خانواده انجام شد. بطوری که عامل اول سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت با (۱۱ گویه) و عامل دوم ساختار مناسب بیمه سلامت و قوانین شفاف مالی برای بیمه‌شدگان سطوح اول و دوم و سوم نظام ارجاع (با ۲۱ گویه) نام‌گذاری شد. در عامل "سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت" گویه ۹ "نظارت بر ارائه خدمات در سطح اول، دوم و سوم ارجاع" با ضریب ۰/۷۷۴ بیشترین وزن و گویه ۶ "تحت پوشش قرارگرفتن نظام بیمه سلامت توسط وزارت بهداشت" با ضریب ۰/۴۵۲ کمترین وزن را در تعریف عامل سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت دارد، همچنین در عامل "ساختار مناسب بیمه سلامت و قوانین شفاف مالی برای بیمه‌شدگان سطوح اول و دوم و سوم نظام ارجاع" بیشترین وزن مربوط به گویه ۱۲ "اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب‌ها" با ضریب ۰/۷۹۳ و کمترین وزن مربوط به گویه ۳۱ "وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای فوق

رویکردی نظام‌مند با مطالعه مقالات، کتب، اسنادها و سایت‌های علمی، بعد سیاست‌گذاری و بعد نظام بیمه در برنامه پزشک خانواده کشورهای منتخب (انگلستان، استرالیا، آمریکا، فرانسه، ترکیه، کانادا، آلمان) را مورد شناسایی و تحلیل قرار داد.

در مرحله دوم بر اساس ابعاد شناسایی شده در مرحله اول، پرسشنامه‌ای متشکل از ۳۲ متغیر مرتبط با ابعاد حاصل از مطالعه تطبیقی، توسط ۱۲ نفر از خبرگان پزشک خانواده شهری و براساس موازین علمی طراحی و اعتبارسنجی و روایی آن از طریق مشاهده، مصاحبه، فیش‌برداری و فرم‌های اطلاعاتی و با استفاده از روش تحلیل محتوا و کدگذاری داده‌ها انجام و سپس با اخذ نظر خبرگان تکنیک دلفی انجام گرفت که پس از انجام اصلاحات، روایی پرسشنامه مورد تایید گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به تایید رسید. در این پرسشنامه یازده متغیر در بعد "سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده" و بیست و یک متغیر در بعد "ساختار مناسب بیمه سلامت و قوانین شفاف مالی برای بیمه‌شدگان سطوح اول، دوم و سوم نظام ارجاع" قرار گرفتند.

در مرحله سوم حجم نمونه براساس روش کوکران تعیین شد و پرسشنامه براساس حجم نمونه میان ۴۰۰ نفر از صاحب‌نظران پزشک خانواده (شامل کارکنان و مدیران و پزشکان خانواده‌ای که در حوزه پزشک خانواده روستایی و شهری فعالیت می‌کردند) در سطح شبکه بهداشت استان‌های مازندران، گلستان و فارس توزیع گردید.

در مرحله چهارم بعد از جمع‌آوری پرسشنامه، عامل‌بندی و نام‌گذاری عوامل با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی انجام شد.

در مرحله پنجم با استفاده از نرم‌افزار پی ال اس تایید ساختار عامل‌های بدست آمده در مرحله قبل و مدل‌بندی انجام شد و عوامل موثر بر نظام ارجاع برنامه پزشک خانواده شهری ایران براساس یافته‌های توصیفی - پیمایشی (پرسشنامه) استخراج گردید.

تخصیصان در صورت رعایت سیستم ارجاع" با ضریب ۰/۴۸۹ بود. (جدول ۱ و ۲)

**تحلیل عامل تاییدی بعد "سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری"** پس از انجام مرحله عامل اکتشافی، بر روی متغیرهای بارگذاری شده در این بعد، تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز نشان داد که متغیرهای این بعد همگی مورد تایید قرار گرفتند. با توجه به جداول ضرایب رگرسیونی، نتیجه گرفته می‌شود که تمامی مقیاس‌های در نظر گرفته شده به خوبی بعد "سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده" را می‌سنجد. شاخص‌های برازش برای عامل اخیر به شرح ذیل است:

شاخص Q2 (۰,۱۸۷۸) و شاخص فورنل لارکر (۰,۶۲۳۲) و معیار "میانگین واریانس به اشتراک گذاشته AVE" (۰,۵۲۳۳) و شاخص سطح معنی‌داری در این بعد کمتر از ۰/۰۰۱ است که نشان می‌دهد از برازش مناسبی برخوردار است. آماره آزمون تأثیر سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت برابر با ۱۹/۴۹۷ (sig=0.000) است و نشان می‌دهد سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری تأثیر دارد و میزان این ضریب برابر با ۰,۸۰۴ است.

**تحلیل عامل تاییدی بعد "ساختار مناسب بیمه سلامت و قوانین شفاف مالی برای بیمه‌شدگان سطوح اول و دوم و سوم نظام ارجاع"**

پس از انجام مرحله عامل اکتشافی، بر روی متغیرهای بارگذاری شده در این بعد، تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز نشان داد که متغیرهای این بعد همگی مورد تایید قرار گرفتند. با توجه به جداول ضرایب رگرسیونی، نتیجه گرفته می‌شود که تمامی مقیاس‌های در نظر گرفته شده به خوبی بعد "ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت و قوانین شفاف مالی برای بیمه‌شدگان برای خدمات سطوح اول و دوم و سوم نظام ارجاع" را می‌سنجد. شاخص‌های برازش برای عامل اخیر به شرح ذیل است:

شاخص Q2 (۰,۱۸۷۸) و شاخص فورنل لارکر (۰,۶۲۳۲) و معیار "میانگین واریانس به اشتراک گذاشته AVE" (۰,۵۰۰۲) و شاخص سطح معنی‌داری در این مدل کمتر از ۰/۰۰۱ است که نشان می‌دهد از برازش مناسبی برخوردار است. آماره آزمون تأثیر ساختار مناسب بیمه سلامت و قوانین شفاف مالی برابر با ۳۳/۲۹۵ (sig=۰,۰۰۰) است که نشان می‌دهد که ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت و قوانین شفاف مالی بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری تأثیر دارد که میزان این ضریب برابر با ۰,۸۶۰ است. (جدول ۳)

در نهایت بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی و مشخص شدن عوامل موثر بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران، مدل پیشنهادی نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران طراحی گردید. (نمودار ۱)

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که در بین متغیرهای تشکیل‌دهنده نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران بعد "سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت" به عقیده صاحب‌نظران بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری تأثیر دارد. در بعد سیاست‌گذاری مهم‌ترین بحث تولید نظام سلامت می‌باشد که می‌تواند نقش مهمی در سیاست‌گذاری پزشک خانواده و نظام ارجاع ایفا نماید. در حال حاضر تولید مناسبی در اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان مازندران و فارس وجود ندارد و وجود برخی از سازمان‌های موازی در کنار وزارت بهداشت در اجرای برنامه پزشک خانواده (مانند سازمان تامین اجتماعی) اختلال ایجاد نموده است، بطوری که بسیاری از افراد سیستم ارجاع را به راحتی دور زده و بدون مراجعه به پزشک خانواده به سطوح بالاتر مراجعه و از خدمات بصورت بیمه‌ای بهره‌مند می‌شوند. در کشورهایی که در برنامه پزشک خانواده موفق‌تر عمل نموده‌اند سیاست‌گذاری‌های نظام ارجاع به خوبی اجرا می‌شود، در این خصوص فردوسی [۷] خاطرنشان کرد که در کشورهای انگلستان، کانادا، کره جنوبی و شیلی نظام ملی سلامت حاکم است و مبتنی

خصوص پرونده الکترونیک سلامت را در ارتقای نظام ارجاع پزشک خانواده موثر دانست. پژوهش پورشیروانی [۱] با موضوع بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران نشان داد که بسیاری از سیاست‌گذاری‌های نظام ارجاع از جمله مراجعه به پزشکان خانواده با فرم ارجاع از خانه بهداشت، ارجاع بیماران به سطح دوم براساس نظر پزشکان خانواده، ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح دوم، ارائه پسخوراند ارجاع از سطح دوم به سطح اول و پیگیری پسخوراند ارجاع بیماران از سطح دوم و بازگشت مجدد بیمار نزد پزشک خانواده و ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت در حد انتظار انجام نشده است و نیازمند پیگیری و مداخله جدی می‌باشد. کلیه نتایج پژوهش‌های مذکور با پژوهش حاضر و نقش موثر سیاست‌گذاری مناسب در نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران منطبق است.

در خصوص بعد "ساختار مناسب بیمه سلامت" نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که در بین متغیرهای تشکیل‌دهنده نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران این بعد از نظر صاحب‌نظران بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری تاثیر دارد. کریمی [۱۰] پوشش همگانی بیمه خدمات درمانی را یکی از نیازهای ضروری جامعه و تکمیل‌کننده فرآیند توسعه بهداشت و درمان کشور دانست. مطالعات نشان داد که نبود نظارت کافی بر نسخ پزشکان در مطب‌ها و نحوه نسخه‌نویسی آنها از مشکلات مهم بیمه‌ها و از دلایل مهم تقاضای القایی در نظام ارجاع پزشک خانواده می‌باشد [۲]. بیگی [۱۲] در مطالعه خود خاطر نشان نمود سازمان‌های بیمه‌گر در چهار بعد ارتقا پوشش همگانی، ارتقا تعهدات ریالی، افزایش پوشش خدمات قابل ارائه و اصلاح فرآیندهای سازمانی با توجه به بسته‌های طرح تحول مبنی بر کاهش پرداخت از جیب بیمار، نیازمند توجه جدی و اصلاحات اساسی می‌باشند، ایشان بر شفاف‌سازی و ایجاد الزام‌های قانونی در جهت تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر و نظارت و کنترل از سوی وزارت بهداشت،

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. دشمن‌گیر [۸] خاطر نشان نمود استقرار سیاست‌های پزشک خانواده شهری در کشور به دلیل متفاوت بودن ابعاد آن نسبت به پزشک خانواده روستایی نیازمند برنامه‌ریزی و طراحی دقیق‌تر و جامع‌تری است. ایشان خاطر نشان نمودند که برنامه پزشک خانواده به عنوان یکی از بزرگترین اصلاحات سیاسی می‌تواند بسیاری از چالش‌های نظام سلامت را رفع نماید و دستیابی به این مهم نیازمند تدوین دقیق سیاست‌های پزشک خانواده و بهره‌گیری از تجارب گذشته نظام سلامت و بهره‌مندی از نظرات و دیدگاه‌های نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان این سیاست‌ها و پایش دقیق کلیه مراحل استقرار برنامه می‌باشد. مهرالحسنی [۹] تاکید نمود در صورتی که سیاست پزشک خانواده به نحو مطلوبی اجرا گردد مزایایی از جمله کاهش هزینه‌های کمرشکن برای بیماران، تعیین مسیر درمانی صحیح و کاهش مراجعات غیرضروری را به همراه خواهد داشت. دشمن‌گیر [۸] تولیت واحد در نظام سلامت (با نقش محوری و نقش‌آفرین اصلی پزشک خانواده) را یکی از عوامل مهم در استقرار پزشک خانواده شهری در ایران برشمرد و مخدوش شدن قدرت تولیتی و سیاستی و نظارتی وزارت بهداشت را در برهم خوردن سیستم ارجاع پزشک خانواده موثر می‌داند.

کریمی [۱۰] تاکید نمود پزشک خانواده به عنوان اولین نقطه تماس و دروازه‌بان سیستم ارجاع موجب می‌شود بیماران مسیر حرکت خود را دانسته و از مراجعات غیرضروری به مراکز پاراکلینیکی و متخصصان می‌کاهد. در این پژوهش بر نقش تربیت پزشک خانواده به عنوان یک استراتژی در توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی در ایران تاکید شد. در پژوهش استینمن [۱۱] با موضوع الگوهای ارجاع بیمار توسط پزشکان خانواده سیاست‌گذاری مناسب و ایجاد بستری مناسب در

تاکید نمودند. دشمن‌گیر [۸] نقش و ظرفیت اجرایی و پای‌بندی نظام بیمه را یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده شهری بر شمرده. کلیه نتایج پژوهش‌های مذکور با پژوهش حاضر و نقش موثر ساختار مناسب بیمه سلامت در نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران منطبق است.

از نکات مهم این پژوهش می‌توان در بعد سیاست‌گذاری نظام سلامت به نقش نظارت بر ارائه خدمات در سطح اول، دوم و سوم ارجاع، تعهد نظام سلامت به کاهش پرداخت از جیب بیماران، تعهد بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده، تامین مناسب پزشک و نیروی مراقب سلامت برای برنامه پزشک خانواده، تعهد متخصصین و فوق تخصصین بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده، بالاتر رفتن سرانه بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی، تعهد پاراکلینیک‌های بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده، تغییر در سیستم آموزشی تربیت پزشک خانواده در دانشکده‌های پزشکی اشاره نمود. لازم است سیاست‌های پزشک خانواده در قالب دستورالعمل‌های شفاف طراحی و در سطوح مختلف نظام ارجاع اجرا و پیگیری گردد. توصیه می‌شود بسته‌های خدمتی مناسبی برای سطوح مختلف ارجاع به روشنی تعریف گرددو به آموزش پزشک خانواده براساس مبانی پزشک خانواده (که در حال حاضر در کشور ما کمتر به آن توجه شده است و در کشورهای پیشرو در پزشک خانواده بر آن صحنه گذاشته شده است) توجه بیشتری گردد.

براساس نتایج پژوهش حاضر، در بعد ساختار مناسب بیمه می‌توان به نقش اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب‌ها، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای پزشکان خانواده در صورت رعایت سیستم ارجاع، الزام قرارداد تمامی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی با بیمه‌ها و برنامه پزشک خانواده، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای متخصصان در صورت رعایت سیستم ارجاع، الزام قرارداد تمامی فوق تخصصان دولتی و خصوصی مطب‌دار با بیمه و برنامه

پزشک خانواده اشاره نمود. با توجه به این که در حال حاضر فقط بیمه‌شدگان بیمه سلامت و تامین اجتماعی در برنامه پزشک خانواده شهری وارد شدند و سایر بیمه‌شدگان (مانند بیمه نیروی مسلح، بانک‌ها، ...) بدلیل مختلف وارد برنامه پزشک خانواده شهری نشدند، این نقیصه موجب دوزدن سیستم ارجاع و تقاضای القایی توسط این بیمه‌شدگان شده است، لذا اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور به خصوص تجمع بیمه‌ها و وجود سیاست‌های بیمه‌ای واحد بسیار ضروری می‌باشد تا با شرکت بدون تبعیض همه مردم در سیستم پزشک خانواده و نظام ارجاع شاهد پویایی برنامه باشیم.

استقرار برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در شهرها در طول سالیان اخیر مورد توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور بوده است. پژوهشگر سعی نمود که با شناسایی مولفه‌های موجود در سیاست‌گذاری نظام سلامت و ساختار نظام بیمه سلامت کشورهای موفق و شناسایی تأثیر آن در نظام ارجاع پزشک خانواده و معرفی آن به سیاست‌گذاران نظام سلامت گام موثری در بهبود سیستم ارجاع بردارد. با توجه به آن که هم اکنون این برنامه فقط در استان مازندران و استان فارس در حال اجراست و به زودی در سراسر کشور اجرا خواهد شد، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران برنامه پزشک خانواده شهری در کشور به متغیرهای موجود در پژوهش حاضر که مورد تأیید صاحب‌نظران پژوهش قرار گرفته است توجه شایانی بعمل آورند و با ارتقای سیاست‌گذاری‌های برنامه در سطح وزارت بهداشت (به عنوان تولید نظام سلامت) و بهبود ساختار بیمه سلامت، در ارتقای کیفی نظام ارجاع پزشک خانواده شهری در کشورگامی اساسی برداشته شود.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری کلیه صاحب‌نظران برنامه پزشک خانواده شهری که با صرف وقت و حوصله اینجانب را یاری نمودند، به خصوص همکاران محترم در معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران آقایان دکتر اویسی و دکتر اعلائی و خانم‌ها موجولو و اسدی،

هم‌چنین آقای دکتر حسینی مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان نور کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آید.

جدول ۱ - عامل اول: سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده

| عامل | بارعاملی   |
|------|--|
| q9   | نظارت بر ارائه خدمات در سطح اول، دوم و سوم ارجاع                       |
| q8   | تعهدنظام سلامت به کاهش پرداخت از جیب بیماران                           |
| q11  | تعهدبیمارستان های بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده        |
| q10  | تامین مناسب پزشک و نیروی مراقب سلامت برای برنامه پزشک خانواده          |
| q1   | تعهدمتخصصین و فوق تخصصین بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده |
| q7   | بالاتر رفتن سرانه بهداشت و درمان از تولیدناخالص ملی                    |
| Q3   | تعهدپاراکلینیک های بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده       |
| q2   | تعمیردرسیستم آموزشی تربیت پزشک خانواده در دانشکده های پزشکی            |
| q5   | بیمه همگانی افرادوبرخورداری همه مردم از بیمه سلامت                     |
| q4   | تجمیع بیمه ها ووجودیک بیمه سلامت واحد درنظام بیمه ای کشور              |
| q6   | تحت پوشش قرارگرفتن نظام بیمه سلامت توسط وزارت بهداشت                   |

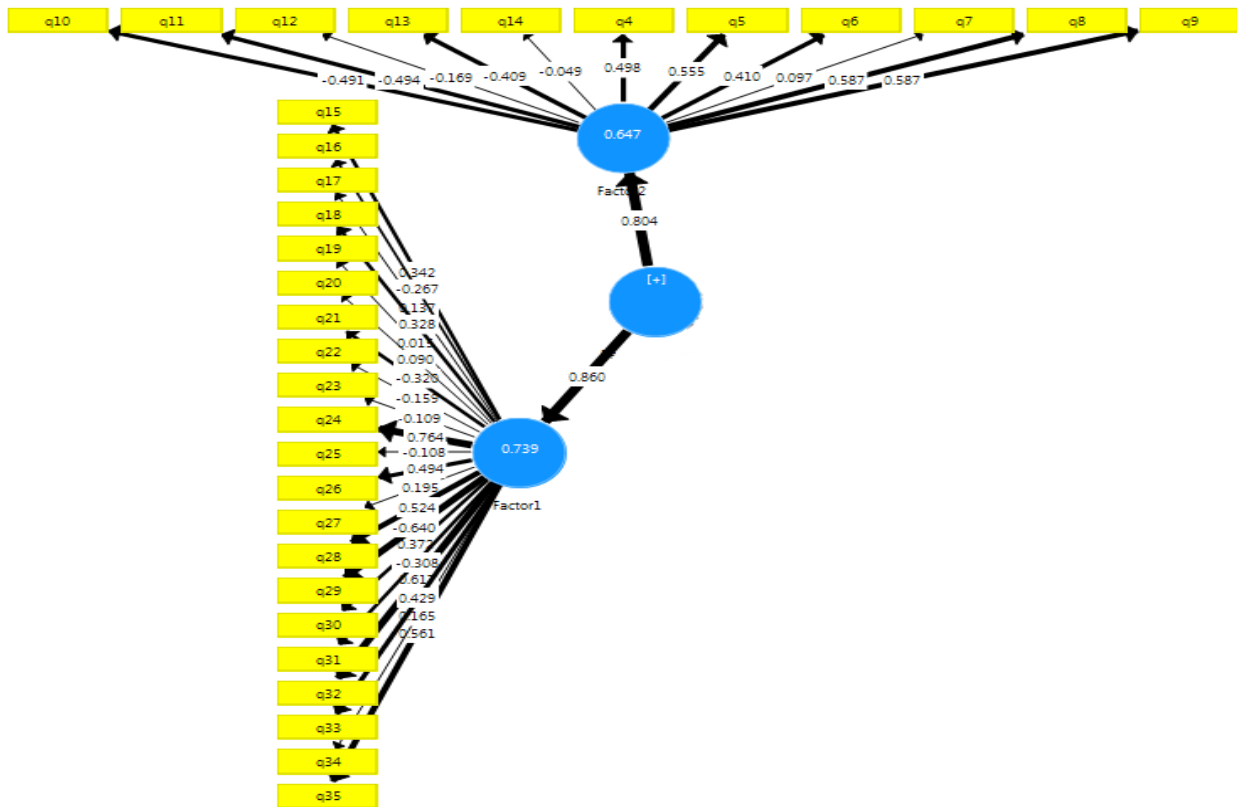
جدول ۲ - عامل دوم: ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت و قوانین شفاف مالی برای بیمه‌شدگان برای خدمات سطوح اول، دوم و سوم

نظام ارجاع

| عامل | بارعاملی   |
|------|--|
| Q12  | اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران درمطب ها  |
| Q13  | وجود پادشهای بیمه ای برای پزشکان خانواده درصورت رعایت سیستم ارجاع                              |
| Q29  | الزام قرارداتمامی بیمارستان های دولتی و خصوصی بابیمه هاوسطح پزشک خانواده                       |
| Q25  | وجودپادشهای بیمه ای برای متخصصان درصورت رعایت سیستم ارجاع                                      |
| Q24  | الزام قرارداتمامی فوق تخصصان دولتی و خصوصی مطب دار بابیمه وبرنامه پزشک خانواده                 |
| Q26  | وجودکسورات پرداختی برای پزشکان خانواده درصورت عدم رعایت سیستم ارجاع                            |
| Q28  | پرداخت به موقع توسط بیمه به ارائه کنندگان خدمات پاراکلینیک براساس قراردادبیمه ای وپزشک خانواده |
| Q22  | الزام قرارداتمامی پزشکان عمومی بابیمه وبرنامه پزشک خانواده                                     |
| Q14  | پرداخت به موقع توسط بیمه به خدمات فوق تخصصین براساس قراردادبیمه ای وپزشک خانواده               |
| Q32  | پرداخت به موقع توسط بیمه به خدمات متخصصین براساس قراردادبیمه ای وپزشک خانواده                  |
| Q31  | وجود پادشهای بیمه ای برای فوق تخصصان درصورت رعایت سیستم ارجاع                                  |

جدول ۳ - بررسی ضرایب عوامل موثر بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری

|   | Original Sample (O) | Standard Deviation (STDEV) | T Statistics ( O/STDEV ) | P Values |
|---|---------------------|----------------------------|--------------------------|----------|
| سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده | ۰٫۸۰۴               | ۰٫۰۴۰                      | ۲۰٫۲۲۶                   | ۰٫۰۰۰۰   |
| ساختار مناسب بیمه ای سلامت و قوانین شفاف مالی       | ۰٫۸۶۰               | ۰٫۰۲۸                      | ۳۰٫۷۲۷                   | ۰٫۰۰۰۰   |



فاکتور ۱: سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری

فاکتور ۲: ساختار مناسب بیمه ای سلامت و قوانین شفاف مالی

نمودار ۱ - نمودار مدل تحلیل عاملی تاییدی با ضرایب استاندارد نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران



**Reference:**

- 1- Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Research Journal*, 2010; 13: 19-25. [Persian]
- 2- Gotalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges related to second level of the referral system in family medicine plan: A qualitative research. *J Med Council Iran* 2012; 29(4): 309-321. [Persian]
- 3- Habibzade s. Family physician and referral system, challenges and hopes. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2011; 7: 85-90. [Persian]
- 4- Steinmann Peter. Referral rates are a key measure for the functioning of a healthcare system, *International HealthTajikistan*; December 2012: 268–276.
- 5- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS)*, 2010; 11(6): 46-52. [Persian]
- 6- 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. [Persian]
- 7- Ferdosi M, Vatankhah S, Khalesi N, EbadiFardAzar F, Ayoobian A. Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. *Iranian Journal of Military Medicine*, 2012; 14(2): 129-135. [Persian]
- 8- Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for Implementation of Urban Family Medicine in Iran: a Qualitative Document Analysis. *Hakim Health Sys Res*, 2015; 18(1): 1- 13.
- 9- Karimi M. Health care insurance in social security system. *Social Security J*, 2010; 3(10): 24-33. [Persian]
- 10- Mehrolhassani, MH, Jafari Sirizi, M, Sadat Poorhoseini, S, Feyzabadi Yazdi V. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. *Journal of Health & Development Journal of Health & Development*, 2012; 1(3): 17-20. [Persian]
- 11- Karimi M. Health care insurance in social security system. *Social Security J*, 2010; 3(10): 24-33. [Persian]
- 12- Steinmann Peter. Referral rates are a key measure for the functioning of a healthcare system, *International Health Tajikistan* December; 2012: 268–276.
- 13- Jamshid Beigi, Ismat; Kabir; Mohammad Javad; Manfard; Niloufar; Absolute, Mohammad Ismail; Moghimi; Dawood; Naeli; Jalal. Performance report of family doctor program and rural insurance, 2006. Tehran. Arwiz Publishing. [Persian]

## The Effect of Health Policy and Structure of Health Insurance on Referral System in the Urban Family Physician Program in Iran

Tavakoli F<sup>1</sup>, Nasiripour AA<sup>2</sup>, Reyahi L<sup>3</sup>, Mahmoodi M<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** The importance of the referral system in the health system is very high so that it is stated that 80 to 90% of the first-level health care clients are diagnosable and treatable. Therefore, Referral system in the health system is very important so that it is mentioned that 80 to 90 percent of patients in the first level of health cares are recognizable and treatable. Therefore, modification of referral system can reduce greatly amount of specialist and supersonic referral of hospitals. The purpose of this paper is to investigate on the Effect of Health Policy and structure of health insurance on referral system in the Urban Family Physician Program in Iran in order to improve and develop the first, second, and third level services of the referral system in Iran.

**Methods:** The present study is a descriptive-correlation research. The policy makings conducted, as well as the status of the insurance system of different countries was extracted through systematic identification of the Urban Family Physician's referral system. Then the effects of these factors on the referral system were identified using a researcher-made questionnaire and statistical analysis of factor analysis and T test. Statistical population was included 400 subjects who were expert on family physicians at the national level. The Data Sufficiency was evaluated by the Kaiser-Meyer-Olkin's (KMO) test. Reliability of test was calculated and confirmed according to Cronbach's Alpha and Combined Reliability (CR). Also, the validity of the test was calculated and confirmed according to the average *variance extracted* (AVE).

**Results:** The effect of proper health insurance structure and transparent financial rules on the referral system of the urban family physician and proper health system's policy makings were proved through coefficients of 0.860 and 0.804, respectively. In the health policy factor, the most important variable is the question number 9 on supervision of the provision of services at first, second, and third level of referring in which factor loading is 0.774.also, in the insurance structure dimension , the most important variable is the question number 12 on applying restrictions in order to refer patients in the pharmacy clinic having in which factor loading is 0.793.

**Conclusion:** It can be calculated that proper health insurance structure and proper health system's policy play important roles for success and improving referral system of urban family physician.

**Keywords:** Health Policy, structure of health insurance, referral system in the Urban Family Physician Program.

---

1- Ph.D student of Health Services Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Services Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran, Correspondent author, Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Health Services Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

4- Professor, Department statistics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran