

طراحی الگوی مدیریت نظام ارجاع برای درمان مستقیم در سازمان تأمین اجتماعی

مسعود فردوسی^۱ PhD، سودابه وطن خواه^{*} PhD، نادر خالصی^۱ PhD، فرید عبادی فردآذر^۲ PhD، علی ایوبیان^۳ MSc

^{*} دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۱ دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ مرکز تحقیقات بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: سازمان تأمین اجتماعی بعد از وزارت بهداشت، بزرگ‌ترین ارائه‌کننده خدمات درمانی در سطح کشور است. نبود نظام سطح‌بندی و ارجاع بیمار باعث رهاشدن درمان، سردرگمی بیماران، مراجعات بی‌رویه و به‌هدررفتن منابع می‌شود. این پژوهش با هدف ارائه الگوی مناسبی برای مدیریت نظام ارجاع بیماران در بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه تطبیقی در سال ۱۳۸۷ انجام شد. در تدوین الگوی پیشنهادی از دو نشست جداگانه هیات متخصصین بهره‌برداری شد. سپس کدهای موضوعی و محوری با روش تحلیل چارچوب استخراج شد و براساس اهداف پژوهش و یافته‌های تحقیق، الگوی پیشنهادی شکل گرفت. این الگو با روش دلفی در سه دور به تایید افراد صاحب‌نظر رسید.

یافته‌ها: در کشورهای ایالات متحده، کانادا، انگلستان، کره جنوبی و شیلی که نظام طب ملی دارند، سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع بیمار فراگیرتر است. در کشور فرانسه نظام سطح‌بندی به‌طور جدی دنبال نمی‌شود. در اتریش ساختار بیمه اجتماعی فراگیر وجود دارد، اما در بیمه اجتماعی ترکیه نظام ارجاع به‌طور نسبی پیاده شده است. در بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران نظام ارجاع بیمار مشاهده نمی‌شود و تنها ستاد هدایت بیمار در استان‌ها، کار اعزام برخی از بیماران نیازمند به خدمات تخصصی را بر عهده دارد.

نتیجه‌گیری: الگوی پیشنهادی برای مدیریت نظام ارجاع در این پژوهش مبتنی بر سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع نیمه‌باز و پزشک خانواده ثابت است که عضویت در آن داوطلبانه است. در این الگو از اهرم مالی برای اجرای بهینه نظام ارجاع استفاده شده است.

کلیدواژه‌ها: نظام ارجاع، درمان مستقیم، سازمان تأمین اجتماعی

Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization

Ferdosi M.¹ PhD, Vatankhah S.* PhD, Khalesi N.¹ PhD, Ebadi Fard Azar F.² PhD, Ayoobian A.³ MSc

*School of Management & Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

¹School of Management & Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

²Hospital Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: The Social Security Organization is the largest provider of health services throughout the country after the Ministry of Health. Lack of the classification and referral system will lead to treatment withdrawal, patients' confusion, immethodical visits and waste of resources. This study was carried out with the aim of proposing a proper model for the management of patients' referral system in the direct care unit of the Social Security Organization.

Methods: This comparative study was carried out in 2009. Two separate meetings of the Expert Panel in developing the proposed model were utilized for codification of the model. Then, the thematic and pivotal codes were extracted through framework analysis and the model was proposed according to the research objectives and research findings. This model was approved by experts through three rounds of Delphi method.

Results: The classification of services and patient referral system is more comprehensive in US, Canada, Britain, South Korea and Chile due to the presence of national medical system. The referral system is not followed seriously in France. In Austria, there is a universal social insurance structure, but the social insurance system has been partially applied in Turkey. The patient referral system hasn't been performed in the direct care unit of the Iranian Social Security Organization and only the Patient Guidance Staff is responsible for referring the patients to specialized services.

Conclusion: The proposed model of managing the referral system in this study is based on a semi-open referral system and the constant presence of family physician with voluntary membership. Financial leverage is used in this model for optimal administration of the referral system.

Keywords: Referral System, Direct Care, Social Security Organization

مقدمه

سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد و حقوق‌بگیر (به‌صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به‌صورت اختیاری) است [۱]. امور بیمه‌گری و خدمات - درمانی در سازمان تامین اجتماعی، در ۲ بخش جداگانه موسوم به بخش بیمه‌ای و بخش درمانی انجام می‌گیرد. بخش بیمه‌ای مسئولیت پوشش جمعیت، وصول درآمدها و حفظ سوابق را به‌عهده دارد. پس از آن با تخصیص منابع مالی، سهم درمان که معادل یک‌سوم حق بیمه تعیین شده است، بخش درمان سازمان خدمات - درمانی را برای بیمه‌شدگان فراهم می‌نماید. در حال حاضر، تعهدات درمانی به دو صورت انجام می‌گیرد:

- روش درمان مستقیم با استفاده از کلیه امکانات درمانی تحت مالکیت و استیجاری سازمان؛

- روش درمان غیرمستقیم از طریق خرید خدمات پزشکان، گروه‌های پزشکی، بیمارستان‌های دولتی، دانشگاهی و بخش خصوصی صورت می‌گیرد [۲].

هم‌اکنون ارایه خدمات درمانی در سازمان، از طریق دفترچه درمانی صورت می‌گیرد. این دفترچه در مراکز درمانی ملکی سازمان، معرف شخص بیمه‌شده است. خدمات این مراکز (درمان مستقیم) رایگان صورت می‌گیرد. اما در مراکز طرف قرارداد، بیمه‌شده پس از ارایه دفترچه درمانی خود باید فرانشیز هزینه‌ها را بپردازد.

معضل مهم درمان مستقیم تامین اجتماعی آن است که در عمل در داخل استان‌ها، مدیریت نظام ارجاع دیده نمی‌شود و بیمه‌شده سازمان تامین اجتماعی می‌تواند با استفاده از دفترچه درمانی خود، تقریباً به‌صورت نامحدودی از خدمات درمان مستقیم و غیرمستقیم به‌طور همزمان در کلیه سطوح تخصصی استفاده کند. این موضوع طبعاً امکان هدایت و ارجاع بیماران را دشوار می‌سازد و علاوه بر افزایش هزینه‌ها، بیماران را دچار سردرگمی می‌نماید. همچنین امکان برنامه‌ریزی برای ارایه خدمات درمانی و ایجاد پرونده سلامت را با سختی روبه‌رو می‌نماید و در مجموع هم ضرر بیمار و هم ضرر سازمان را به دنبال دارد [۳].

خودارجاعی‌های نامناسب، عدم وجود اطمینان به مراقبت در سطوح میانی، عدم وجود جریان کافی اطلاعات، پشتیبانی و آموزش نامناسب، از جمله نقاط ضعف سیستم ارجاع در ایران است [۴]. با توجه به آمارهای غیررسمی، حدود ۶۰٪ هزینه‌های درمانی پرداختی در ایران، از جیب مردم است [۵].

در سال ۱۳۸۵، امکانات درمان مستقیم شامل ۲۷۳ مرکز درمان سرپایی و ۷۵ مرکز درمان بستری با ۸۰۹۸ تخت فعال بوده است [۶]. بنابراین سازمان تامین اجتماعی پس از وزارت بهداشت، بیشترین تخت‌های بیمارستانی را در مالکیت خود دارد و دومین تولیدکننده خدمات درمانی و ارایه‌کننده آنها در سطح ایران محسوب می‌شود. در فاصله سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۱، سهم هزینه‌های بیمارستانی از کل

هزینه‌های درمانی سازمان، از ۵۹ به ۶۶٪ افزایش یافته که موجب نگرانی مسئولین امر شده است [۷].

این حجم گسترده امکانات و خدمات طلب می‌کند که سازمان با طراحی یک نظام ارجاع و مدیریت آن بین مراکز ملکی خود از سطح کلینیک و پلی‌کلینیک گرفته تا بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی، به امر درمان بیمه‌شدگان خود سروسامان بخشد و در واقع مراجعه بیماران به سطوح مختلف درمانی را مدیریت کند.

نظام‌های ارجاع از نظر طراحی نسبتاً آسان، اما عملی کردن آنها بی - نهایت مشکل است. کارایی نظام ارجاع بستگی به اعتقاد بیمار به سطوح مختلف نظام تندرستی و اطمینان آنها به کارکنان و به کارایی سیستم اطلاع‌رسانی، سهولت یا مشکلات حمل‌ونقل و هزینه‌های سطوح مختلف مراقبت دارد [۸].

کریمی ایجاد پرونده سلامت برای ارجاع بیماران روستایی را توصیه می‌کند و تأکید می‌نماید که خدمات مراکز بهداشتی باید رایگان باشد تا روستاییان بتوانند با مبالغ کمتر از شهرنشینان از خدمات بیمه‌ای بهره‌مند شوند [۹]؛ ولی/بن/حمادی بر توجه به پزشک خانواده، توجه به نقش چشمگیر دولت در تامین منابع مالی ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی و توجه به حمایت از اقشار آسیب‌پذیر جامعه تأکید می‌نماید [۱۰].

ها/را و همکاران دریافته‌اند که ارجاع در جایی که مدیران بر اهمیت نظام ارجاع تأکید داشتند، بیشتر است. همچنین بیان داشتند ایجاد سیستم اطلاعات کارآمد و آموزش بیماران و کارکنان برای مدیریت بهتر نظام ارجاع ضروری است [۱۱].

در حال حاضر، هیچ سیستم منسجمی برای هدایت و ارجاع بیماران در بخش درمان مستقیم سازمان وجود ندارد. تنها اداره اطلاعات، پذیرش و توزیع بیمار اداره کل درمان، مستقیم در امر پذیرش و توزیع بیماران دخالت می‌کند. این اداره در راستای اجرای ماده ۵۷ و بند ۵ ماده ۶۲ قانون تامین اجتماعی و به‌منظور بهینه‌سازی نحوه پذیرش و توزیع بیماران، از سال ۱۳۶۸ فعالیت خود را در بیمارستان آیتا... کاشانی تهران آغاز نمود. معاونت درمان وقت سازمان، به موجب بخش‌نامه شماره ۱۴/۳۰۱۹ مورخ ۱۳۷۳/۲/۵ دستورالعمل نحوه تشکیل و شرح وظایف این ستاد را به کلیه مراکز استان‌ها ابلاغ نمود [۱۲].

به موجب ماده یک دستورالعمل اجرایی، اعزام بیماران چنین ستادی باید در کلیه شهرستان‌ها و مراکز استان‌های ایران تشکیل شود و ترجیحاً در مجهزترین بیمارستان ملکی مجهز به امکانات ارتباطی مکفی و در ساعات اداری فعالیت نماید. به موجب تبصره یک همین ماده، ستاد مذکور تنها در استان تهران به دلیل دارا بودن بیشترین پذیرش و اعزام بیمار و گستردگی حیطة کار به‌صورت شبانه‌روزی است [۱۳].

پس از تصویب تشکیل اداره کل درمان استان تهران، ردیف‌های مصوب و امور اجرایی این اداره، از مجموعه اداره کل درمان مستقیم مُتفک و به‌مجموعه تشکیلات اداره کل درمان استان تهران انتقال

داده‌های مرحله اول، الگویی ارایه شد که براساس وضعیت سازمان تأمین اجتماعی مطلوب باشد (نمودار ۱). پیش از ورود به این مرحله، ۲ نشست تخصصی (پانل متخصصان) برای بررسی نتایج مطالعه تطبیقی و کسب نظرات آنان درباره چارچوب الگوی پیشنهادی برگزار شد. برای این منظور، چارچوب الگوی پیشنهادی که با توجه به مشکلات موجود و نتایج مطالعات تطبیقی به دست آمده بود، در قالب محورهای سؤالات نیمه‌ساختمند در جمع ۳ نفر از متخصصان به بحث گذاشته شد و نقطه‌نظرهای آنان استخراج شد. مباحثات دو پانل ضبط و پیاده‌سازی و خلاصه‌سازی شد و با روش سنتز تم‌ها به شکل‌گیری الگو منجر شد.

الگوی ارایه‌شده برای نقد و تعیین اعتبار در اختیار ۲۵ نفر از افراد خبره و صاحب‌نظر در مسایل بهداشتی - درمانی که با ویژگی‌های سازمان تأمین اجتماعی آشنا باشند، قرار گرفت. اگرچه تعداد افراد در پانل دلفی بسته به دامنه موضوع و طیف فکری افراد شرکت‌کننده متفاوت است، اما در مجموع اغلب رفرانس‌ها حضور ۲۰ نفر صاحب‌نظر را مکفی می‌دانند.

این مرحله با هدف حصول اجماع بر الگوی اولیه و تبدیل آن به الگوی پیشنهادی انجام شد. گردآوری داده‌ها به صورت میدانی بوده است. در این مرحله از پرسش‌نامه‌ای استفاده شد که روایی آن با روش آزمون - بازآزمون ($r=0/8$) مورد تایید قرار گرفته بود. پرسش‌نامه از طریق پست الکترونیک (و در صورت عدم دسترسی به آن، به صورت حضوری) برای مشارکت‌کنندگان ارسال شده و طی نامه‌ای رسمی، ضمن معرفی پژوهشگر و توضیح درمورد هدف، از آنها خواسته شد که نظرات خود را در مورد الگو، در پرسش‌نامه وارد نمایند.

برای تسهیل این مرحله، از طیف لیکرت ۱ تا ۹ در سه سطح مخالف، بینابینی و موافق استفاده شد. نهایتاً ۷۵٪ نظرات موافق بود. هر یک از بندها که موفق به اخذ آرای ۷۵٪ افراد شرکت‌کننده به صورت موافق شدند، در الگوی نهایی پذیرفته شد. در سایر موارد نظرات افراد بدون ذکر نام در دور بعد دلفی برای همه شرکت‌کنندگان فرستاده شد و از آنها با توجه به نظرات مطرح‌شده، مجدداً نظرخواهی شد. این روند تا زمانی تکرار شد (دور سوم) که نظرات افراد شرکت‌کننده ثابت و بدون تغییر ماند و اجماع حاصل شد.

در این خصوص، موضوع برای کلیه افراد تشریح شد. مصاحبه‌ها با مجوز و به صورت محرمانه انجام گرفت و در تحلیل یافته‌ها از قسمت‌های مصاحبه و همچنین نشست صاحب‌نظران، نام افراد حذف شد.

چگونگی انتخاب کشورها: از آنجا که این مطالعه تطبیقی برای ارایه الگو در بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی صورت می‌گیرد، اولویت در انتخاب با کشورهایی بود که دارای سازمان بیمه‌گری هستند که خود ارایه‌کننده خدمات درمانی هستند یا این که از الگوی موافقی برای ارجاع بیماران استفاده می‌نمایند که می‌توان از تجارب آنها در تکوین الگو بهره جست. پس از مشورت با کارشناسان،

یافت؛ ولی امور ستادی آن، از جمله برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و هماهنگی کماکان در اداره کل درمان مستقیم انجام می‌پذیرد.

در عمل اداره اطلاعات، پذیرش و توزیع بیمار، حوزه عملکرد بسیار محدودی دارد و تنها در انتقال برخی از بیماران از شهرستان‌ها به تهران ایفای نقش می‌نماید. لیکن در داخل استان‌ها (مثلاً بین درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های ملکی آن) نظام ارجاعی وجود ندارد و بیمه‌شده سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند با استفاده از دفترچه درمانی خود، تقریباً به صورت نامحدودی از نظام درمان مستقیم و غیرمستقیم به طور همزمان در کلیه سطوح تخصصی استفاده کند. این موضوع طبعاً امکان هدایت و ارجاع بیماران را دشوار می‌سازد و علاوه بر افزایش هزینه‌ها، بیماران را دچار سردرگمی می‌نماید. همچنین امکان برنامه‌ریزی برای ارایه خدمات درمانی و ایجاد پرونده سلامت را با سختی روبه‌رو می‌نماید و در مجموع به نفع بیمار و سازمان نیست. با توجه به اینکه سازمان تأمین اجتماعی دومین ارایه‌کننده خدمات درمانی در ایران است و با عنایت به گستردگی بخش درمان مستقیم سازمان و نیز وظیفه قانونی که سازمان در این زمینه برعهده دارد، این پژوهش بر آن بود تا با مقایسه تطبیقی مدیریت نظام ارجاع در چند کشور مختلف و نیز کسب نقطه نظرات گروه‌های مختلف درگیر، به ویژه کارشناسان بخش سلامت، در نهایت الگویی کاربردی و متناسب برای مدیریت ارجاع بیماران تحت پوشش تأمین اجتماعی در بخش درمان مستقیم سازمان ارایه نماید.

روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کاربردی است که به صورت کیفی، تطبیقی و مقطعی در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. در بخش‌های مختلف از بررسی متون و مستندات و همچنین مقالات مرتبط، مصاحبه، نشست صاحب‌نظران و تکنیک دلفی استفاده شده است. انتخاب کشورها، براساس نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت و تا اشیاع نمونه‌ها پیش رفت که در مجموع ۸ کشور منتخب و بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران مورد مطالعه قرار گرفتند. این پژوهش در مجموع در ۲ مرحله به انجام رسید.

مرحله مطالعاتی: در این مرحله ابتدا مطالعات کتابخانه‌ای برای آگاهی پژوهشگر از کارهای انجام شده در این زمینه در داخل و خارج ایران صورت پذیرفت. پس از آن، طی یک مطالعه تطبیقی مدیریت نظام ارجاع بیماران در سازمان‌های بیمه‌گر کشورهای منتخب (تا زمان اشیاع نمونه‌ها) شناسایی و با وضعیت فعلی مدیریت نظام ارجاع در درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران مقایسه شد. روش مورد استفاده در این مرحله از نوع جمع‌آوری اسناد و مدارک بوده و خروجی آن جدول تطبیقی مقایسه مدیریت نظام درمانی ۹ کشور بود. آیتم‌های اصلی این جدول با اهداف ویژه پژوهش همخوانی داشت.

مرحله ارایه الگو و تعیین اعتبار: در این مرحله با استفاده از

برای این مطالعه با توجه به تنوع نظام‌های درمانی، نمونه‌ای از کشورهای به‌روشن هدفمند انتخاب و مطالعه روی آنها شروع شد. این مطالعه تا اشیاع نمونه‌ها ادامه یافت که در مجموع به مطالعه تشکیلات سلامت ۸ کشور ایالات متحده (نهادهای حفظ سلامت)، فرانسه (تشکیلات بیمه اجتماعی فرانسه)، کانادا (نظام سلامت ملی کانادا)، اتریش (تشکیلات بیمه اجتماعی اتریش)، ترکیه (تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه)، انگلستان (نظام سلامت ملی)، کره جنوبی (بیمه سلامت ملی) و شیلی (خدمات سلامت ملی) منجر شد. برای تحلیل یافته‌های این مرحله از روش تحلیل چارچوبی (Framework Analysis) داده‌های کیفی استفاده شد. بدین ترتیب که در ابتدا پژوهشگر یافته‌های مطالعات کیفی را به‌دقت مطالعه کرد. سپس چارچوب موضوعی با توجه به اهداف ویژه پژوهش شکل گرفت و موضوعات در زیر عناوین اصلی ایندکس شد. چارچوب مفهومی در فرآیند انجام تحلیل، بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت. چارچوب اولیه شامل ۹ مفهوم بود که مطابق با اهداف ویژه پژوهش تنظیم شده بود. این سرفصل‌ها تقریباً بدون تغییر باقی ماند، اما زیرگروه‌های هر کدام از این اجزای مفهومی، طی این فرآیند تغییراتی پیدا کرد. در نهایت از نمودار برای نشان‌دادن ارتباط تم‌های اصلی استفاده شد.

نتایج

الف) یافته‌های حاصل از مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب: براساس یافته‌های حاصل از مطالعه تطبیقی بین کشورهای منتخب، انواع مختلفی از نظام ارجاع دیده می‌شود. در نهادهای حفظ سلامت ایالات متحده، نظام ارجاع بسته‌ای را شاهد هستیم که با تکیه

بر خدمات پیشگیرانه و سلامت‌محور، سعی در ارائه خدمات سلامت به افراد تحت پوشش خود با کمترین هزینه را دارد. در انگلستان، کانادا، کره جنوبی و شیلی، نظام سلامت ملی حاکم است که مبتنی بر سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده است. البته در انگلستان و تاحدی کانادا، شاهد بروز انعطاف‌هایی هستیم که به ایجاد مراکز درمانی خصوصی در خارج از نظام ارجاع دولتی منجر شده است و هدف آن بالابردن سطح رضایت مردم و کاستن از شکایت‌های ناشی از صف‌های انتظار طولانی برای دریافت خدمات در این دو کشور است. در کشور فرانسه، نظام ارجاع به‌طور واقعی مشاهده نمی‌شود و تنها محدودیت‌هایی برای استفاده بیش از حد از خدمات وجود دارد. کشورهای فرانسه، اتریش و ترکیه نظام بیمه‌ای مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت دارند. این تشکیلات در اتریش فراگیرتر از بقیه است. در تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه، پزشک خانواده اولین فردی است که بیمار را معاینه و درمان لازم را فراهم می‌کند و در صورت نیاز، بیمار را به سطوح دوم و سوم خدمات ارجاع می‌دهد. جدول ۱ خلاصه یافته‌های مطالعه تطبیقی را درباره نظام ارجاع در کشورهای منتخب نشان می‌دهد.

ب) یافته‌های حاصل از مطالعه درمان مستقیم تامین اجتماعی ایران: نظام بیمه‌ای در ایران مبتنی بر بیمه‌های اجتماعی است و از لحاظ تشکیلات و سازمان‌دهی، شباهت بسیاری با کشور فرانسه دارد (در واقع نظام بیمه‌ای ایران از ابتدا از کشور فرانسه الگو برداری شده است). همانند فرانسه در بخش درمان سازمان تامین اجتماعی ایران نیز نظام ارجاع به مفهوم حقیقی آن دیده نمی‌شود و مراجعه بیماران به پزشک عمومی یا متخصص، به‌صورت کاملاً آزاد صورت می‌گیرد (جدول ۲).

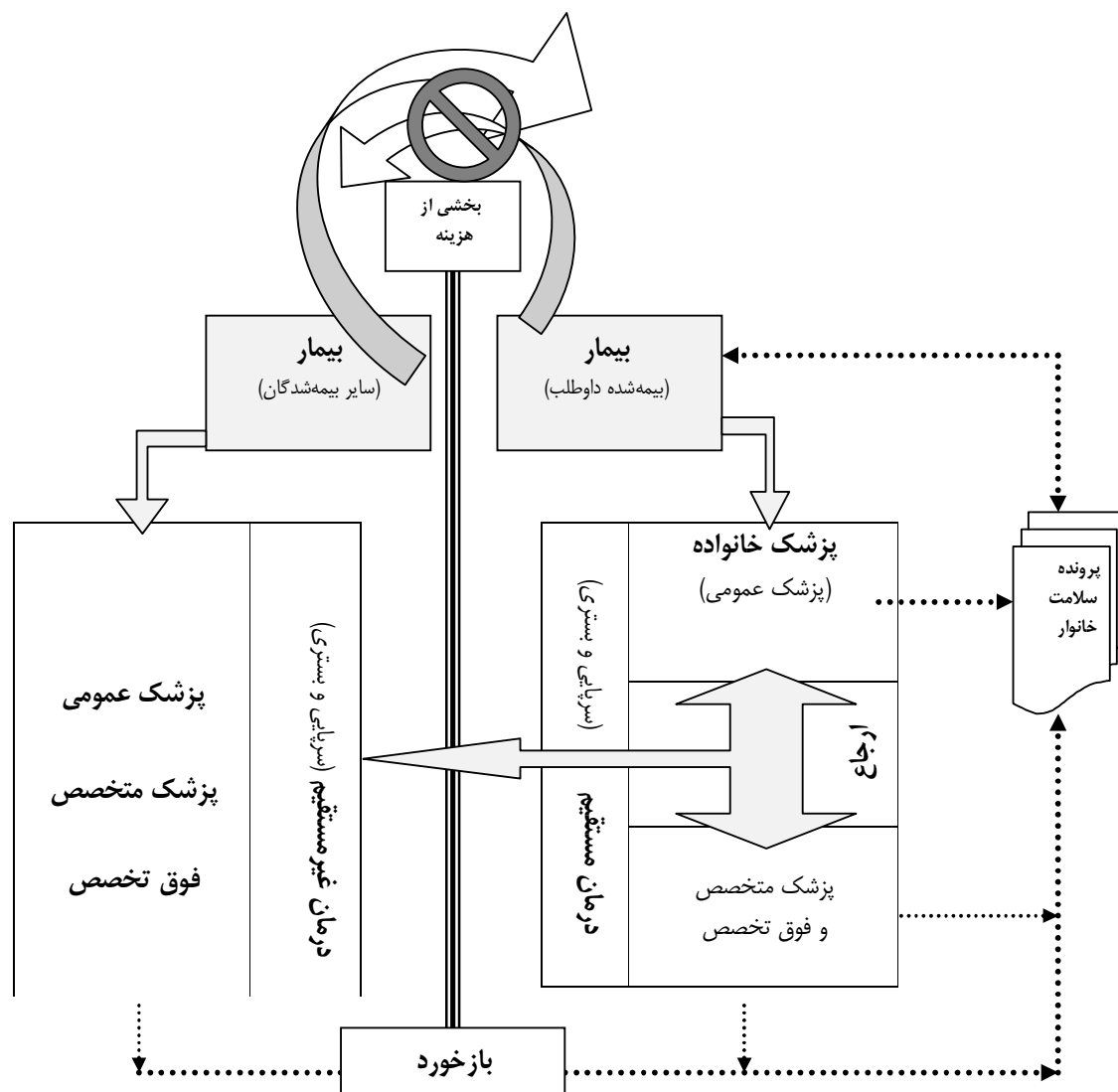
جدول ۱) نظام ارجاع در سازمان برگزیده کشورهای منتخب

کشورهای مورد مطالعه	نظام ارجاع در سازمان منتخب
نهادهای حفظ سلامت ایالات متحده (HMO)	نهادهای حفظ سلامتی نوعی پوشش مراقبت سلامت در ایالات متحده است که در آن پزشک مراقبت اولیه (PCP) دسترسی به خدمات را کاهش می‌دهد که در صورت نیاز بیماران با توجه به رهنمودهای HMO به پزشکان و متخصصان دیگر ارجاع داده می‌شوند.
تشکیلات بیمه اجتماعی فرانسه	در فرانسه افراد به‌طور اجباری تحت پوشش نوعی بیمه اجباری قرار دارند و اغلب آنها از پوشش بیمه تکمیلی نیز برخوردارند. آنها در انتخاب پزشک آزادند. مراجعه به پزشکان متخصص نیاز به ارجاع قبلی ندارد.
تشکیلات بیمه همگانی در کانادا	در این نظام، اولین نقطه تماس مردم با خدمات بهداشتی درمانی در سطح اول معمولاً پزشکان خانواده هستند که در صورت عدم توانایی درمان بیمار به مراکز بالاتر شامل بیمارستان‌های دولتی یا خصوصی و به پزشکان متخصص ارجاع می‌دهند.
تشکیلات بیمه اجتماعی اتریش	در کشور اتریش همه افراد زیر پوشش بیمه اجتماعی اجباری قرار دارند.
تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه	پزشک خانواده بیمار را معاینه و درمان لازم را فراهم می‌کند و در صورت نیاز بیمار را به متخصص و یا سطح دوم و سوم خدمات در نظام بهداشت و درمان ارجاع می‌دهد و از آنها اطلاعات لازم را دریافت می‌کند.
نظام سلامت ملی انگلستان (NHS)	مهم‌ترین رکن نظام ارجاع در این کشور پزشکان عمومی و یا GPها هستند که بیمار را در صورت نیاز به داروخانه برای دریافت دارو و یا بیمارستان به‌منظور انجام آزمایشات ویژه و یا به پزشک متخصص ارجاع می‌دهد. پزشک متخصص نیز می‌تواند بیمار را جهت بستری شدن به بیمارستان تخصصی ارجاع دهد و یا همچنین جهت انجام ویزیت سرپایی دیگری به پزشک عمومی ارجاع دهد.
بیمه سلامت ملی کره جنوبی	نظام ارجاع دارای سه سطح خدماتی است و با این‌که بایستی بیماران از طریق نظام ارجاع به سطوح بالاتر ارجاع داده شوند، برای بیماران آزادی در انتخاب فراهم‌آوردگان خدمات وجود دارد.
خدمات سلامت ملی شیلی	در واقع NHS نظام کلی شیلی محسوب می‌شود، نه یک سازمان منتخب از نظام سلامت آن کشور.

جدول ۲) یافته‌های حاصل از مطالعه درمان مستقیم تأمین اجتماعی ایران

عنوان	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵
تعداد مراجعین بستری	۶۱۰۱۱۳	۶۵۴۵۸۶	۶۸۹۶۶۳	۶۹۹۶۲۳	۷۱۶۵۵۷
تعداد مراجعین سرپایی*	۳۷۴۳۲۰۹۷	۴۰۵۲۰۴۸۴	۴۱۹۴۱۶۴۸	۴۳۷۸۷۵۲۰	۴۵۱۹۱۷۸۴

*این مراجعین شامل ویزیت پزشکان عمومی، متخصص و دندان‌پزشکان هستند



نمودار ۱) الگوی نهایی شده سیر حرکت بیمار و اطلاعات در نظام ارجاع پیشنهادی (بیمه‌شده‌ای که داوطلب ورود در نظام ارجاع است، به یکی از درمانگاه‌های نزدیک محل سکونت خود مراجعه می‌کند؛ سایر بیمه‌شدگان که در نظام ارجاع وارد نمی‌شوند، به بخش درمان غیرمستقیم مراجعه می‌کنند؛ بیمه‌شده‌ای که در نظام ارجاع ثبت‌نام کرده، مجاز نیست به بخش درمان غیرمستقیم مراجعه کند و در صورت مراجعه باید هزینه پردازد؛ سایر بیمه‌شدگان نیز در صورت مراجعه به بخش درمان مستقیم (مراکز ملکی سازمان)، باید هزینه پردازند؛ در مراکز ملکی برای هر خانواده بیمه‌شده، یک پزشک خانواده تعیین می‌شود؛ پزشک خانواده برای هر خانواده بیمه‌شده، پرونده سلامت خانوار تشکیل می‌دهد و اطلاعات لازم را طبق فرم‌های تعریف‌شده در آن وارد می‌کند؛ پزشک خانواده در تمام موارد، به شکایات درمانی بیمار رسیدگی می‌کند. در اغلب موارد خود به اقدامات تشخیصی یا درمانی مبادرت می‌ورزد و در موارد ضروری، بیمار را به پزشک متخصص یا فوق تخصص ارجاع می‌دهد. کلیه خدمات این بخش برای اعضای خانوار رایگان است؛ در برخی موارد نیز برحسب نیاز، ممکن است بیمار به بخش درمان غیرمستقیم ارجاع شود که در این صورت بیمار هزینه‌ای نمی‌پردازد؛ در تمام موارد ارجاع، پزشک معالج بازخورد اقدامات انجام‌شده و نکات لازم را برای ثبت در پرونده سلامت، در اختیار پزشک خانواده می‌گذارد؛ و در بخش درمان غیرمستقیم، بیمار در مراجعه به پزشکان، با پرداخت فرانشیز مقرر، محدودیتی ندارد.

بیمه‌شدگان تامین اجتماعی هستند و ۲۹٪ دیگر از بیمه‌شدگان سایر سازمان‌ها یا افراد آزاد بوده‌اند. این آمار نشان می‌دهد که بخش درمان مستقیم سازمان علاوه بر بیمه‌شدگان خود، نقش مهمی را به‌عنوان ارایه‌کننده بزرگ خدمات درمانی در ایران ایفا می‌نماید.

در پژوهشی که توسط لایو و همکاران صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که عوامل جغرافیایی و جمعیتی، بیشتر از روش پرداخت در طراحی نظام ارجاع نقش دارند که با یافته‌های این پژوهش مطابقت ندارد [۱۴].

پیتر در مطالعه‌ای با عنوان "تاثیر ارجاع یا انتقال بیماران بر منابع بیمارستانی در یک نظام خدمات سلامتی مبتنی بر سرانه"، به مقایسه هزینه‌های درمانی بیماران ارجاع‌شده با سایر بیماران می‌پردازد و به این نتیجه می‌رسد که هزینه‌های درمانی گروه اول (بیماران ارجاعی) بالاتر از سایرین است و چنانچه مبنای پرداخت در این بیمارستان‌ها، براساس تشخیص باشد، ممکن است بیمارستان متضرر شده یا در نهایت از بیماران ارجاعی استقبال خوبی به‌عمل نیاید [۱۵].

حسن‌زاده و همکاران در مطالعه خود تاکید دارند که پیاده‌سازی و مدیریت یک نظام ارجاع موثر، نیازمند همکاری همه جانبه دولت و انجام اصلاحات فراگیر است [۱۶].

ابن‌احمدی در الگوی خود نحوه ارجاع به‌صورت بسته پیشنهاد می‌کند که بیماران بدون اخذ مجوز از پزشک خانواده حق رجوع به پزشکان متخصص و مراکز درمانی را ندارند و چنانچه اصول ارجاع از طرف بیماران رعایت نشود (جز در موارد اورژانس) نظام تامین خدمات سلامت از پرداخت هزینه‌های درمانی معذور خواهد بود [۱۰].

در تحقیق آل یاسین و همکاران، نظام‌های ارجاع به دو دسته کلی بسته و باز تقسیم‌بندی شده است. در نظام ارجاع بسته، بیمار و پزشک هیچ‌کدام حق انتخاب یکدیگر را ندارند و ارجاع به سطوح بالاتر درمانی، فقط از طریق پزشک عمومی تعیین شده ممکن است [۱۷]. در نظام ارجاع باز، بیمار پزشک خانواده‌اش را برای دوره‌ای معین انتخاب می‌کند. همچنین کربمی برای بهبود دسترسی روستاییان به خدمات سلامت، ایجاد پرونده سلامت (ترجیحاً الکترونیکی) را توصیه می‌کند [۹].

نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن مجموع نقاط قوت و ضعف و نیز تهدیدها و فرصت‌های موجود، تجربه سایر کشورها نشان می‌دهد که پیاده‌سازی نظام ارجاع در کل به‌نفع بیمه‌شدگان و سازمان است. اگرچه معمولاً در کوتاه‌مدت با مقاومت‌هایی همراه است. از مجموع آنچه آورده شد، می‌توان نتیجه گرفت بخش درمان مستقیم تامین اجتماعی یکی از بزرگ‌ترین ارایه‌کنندگان خدمات درمانی، نه تنها به بیمه‌شدگان خود، بلکه به سایر افراد ایران است.

ذکر دو نکته مهم در اینجا ضروری است، نکته اول این که لازم به

ج) الگوی پیشنهادی: با بسترسازی و اقدامات اولیه لازم در ستاد برای پیاده‌سازی نظام ارجاع در بخش درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی صورت گرفت. سپس آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم ابلاغ و جلسات توجیهی کافی برای دست‌اندرکاران استانی تشکیل می‌شود. سپس طبق زمان‌بندی و مرحله‌بندی تعیین‌شده، استان‌های مختلف به این طرح می‌پیوندند. با پیوستن هر استان، کلیه مراکز درمانی ملکی سازمان در استان اعم از مراکز سرپایی و بستری (به‌صورت مرحله‌بندی) تنها در قالب نظام ارجاع خدمات ارایه می‌نمایند. با اعلام شروع طرح، بیمه‌شدگان می‌توانند به‌صورت داوطلب وارد نظام ارجاع درمان مستقیم شوند که در این صورت دیگر نمی‌توانند از خدمات درمان غیرمستقیم استفاده کنند. هر خانواده در انتخاب یک مرکز درمانی سرپایی (درمانگاه، کلینیک یا پلی‌کلینیک یک بیمارستان مجاور) مختار است. این انتخاب از بین چند گزینه پیشنهادی احتمالی (در صورت تعدد مراکز سرپایی در دسترس) برحسب محل سکونت و ظرفیت مراکز سرپایی ملکی در دسترس صورت می‌گیرد. در مرکز مزبور برای هر خانوار یک پزشک خانواده معرفی و پرونده سلامت تشکیل می‌شود. از این پس، کلیه اقدامات درمانی این خانواده از کانال این مرکز و این پزشک هدایت می‌شود. سایر بیمه‌شدگان تامین اجتماعی که وارد این طرح نشده‌اند، تنها می‌توانند از بخش درمان غیرمستقیم استفاده کنند که همانند وضعیت کنونی همراه با پرداخت فرانشیز خواهد بود. با توجه به گزاره‌های پیشنهادی مورد توافق اکثریت، مدل پیشنهادی در نمودار ۱ به تایید رسید.

بحث

رقم بیش از ۴۵ میلیون ویزیت سرپایی در سال ۱۳۸۵، نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری برای اصلاح ساختار و ساماندهی مراجعات در این بخش، کار بزرگ و ارزشمندی است که نیاز به برنامه‌ریزی حساب شده دارد. همچنین تعداد ویزیت تخصصی در حدود ۴۰٪ تعداد ویزیت عمومی است که بسیار زیادتز از تورم‌های جهانی است. به‌عبارتی دیگر، می‌توان به‌آسانی نتیجه گرفت که نبود یک نظام ارجاع باعث اتلاف منابع تخصصی در این بخش می‌شود.

نکته مهم دیگر آن است که امکانات بخش درمان مستقیم، به‌طور یکسان در سطح ایران توزیع نشده‌اند. حتی نمی‌توان گفت که توزیع آنها با توزیع بیمه‌شدگان همخوانی کامل دارد. این مساله، به‌ویژه هنگام برنامه‌ریزی برای پیاده‌سازی نظام ارجاع از اهمیت خاصی برخوردار است. به‌طور مثال، تهران با ۱۰۵۴۵۳ مورد بستری، بیشترین و استان قم با ۴۵۵ مورد بستری، کمترین آمار را داشته‌اند. تفاوت این دو رقم که به بیش از ۲۳۱ برابر می‌رسد، نمونه‌ای از تفاوت امکانات سازمان در استان‌های مختلف ایران است.

طبق یافته‌ها، ۷۱٪ بستری‌شدگان در بیمارستان‌های ملکی سازمان، از

Organization [updated Jun 2012]. Available from: <http://www.sso.ir> [Persian]

3- Nosrati F. Evaluate the role of social security systems. J Social Security. 2004;(18):23. [Persian]

4- Rasuli Nejad SA, Rasuli Nejad MS. Evaluation of the referral system in health care delivery system and solutions that improve the health network of Kashan city. Hakim J. 2002;4(4):238-242. [Persian]

5- Hasan-Zadeh A. People share from medical expenses. Atiye J. 2006;2:510. [Persian]

6- Social Security Organization. Statistics and information. Tehran: Social Security Organization; 2008. [Persian]

7- Haji-ali A, Moss H, Mahmoud JR. Efficiency measurement for hospital owned. Tehran: Iranian Social Security Organization; 2007. [Persian]

8- Panahi B. Operational process of the social security system. J Soc Secur. 2009;1(1):91-9. [Persian]

9- Karimi S. Comparative study of the situation villager's access to health services in selected countries and provide a model for Iran [dissertation]. Tehran: Azad Islamic University of Science and Research; 2007. [Persian]

10- Ebne Ahmadi A. Comparative study of current practices in health care referral system in selected countries and provide suitable model for Iran [dissertation]. Tehran: Azad Islamic University of Science and Research; 2002. [Persian]

11- Ohara K, Melendez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. Health Policy Plan. 1998;13(4):70-359.

12- Patient Acceptance and ddistribution: Instructions hownto form and job dascription of dapartment Info. Tehran: Patient Acceptance and Distribution; 1995. [Persian]

13- Social Security Organization. Administrative instructions to send patients. Tehran: Social Security Organization; 1998. [Persian].

14- Low A, Coeyere D, Shivute N, Brandt LJ. Patient referral in Namibia: Identification of potential to improve the efficiency of the health care system. J Urban Health. 2001;78(2):241-55.

15- Pietz K, Byrne MM, Daw C, Petersen LA. The effect of referral and transfer patients on hospital funding in a capitated health care delivery system. Ann Saudi Med. 2007;27(4):268-72.

16- Hassan-Zadeh A. GP referral system designed and defined in terms of health services. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. [Persian]

17- Aleyassin SH. Feasibility of treatment centers provides a referral system: Case study of Fayyazbakhsh hospital. Tehran: Institute of Social Security Publication; 1998. [Persian]

یادآوری است آنچه در این مطالعه بدان پرداخته شده، همه جنبه‌های نظام ارجاع و پزشک خانواده را شامل نمی‌شود، زیرا ابعاد این مساله بسیار وسیع و گسترده است و این مطالعه خود را در چارچوب اهداف اختصاصی تعریف شده مقید می‌داند.

نکته دوم آن که برای اجرای این الگو مقدمات فراوانی لازم است که بی‌توجهی به آنها الگو را با شکست روبرو می‌سازد. از جمله این مقدمات می‌توان موارد زیر را برشمرد:

۱. فرهنگ‌سازی در بین بیمه‌شدگان درباره مزایای واقعی نظام ارجاع
۲. فرهنگ‌سازی در بین کادر پزشکی و بیمارستانی درباره ضرورت اجرای این الگو
۳. تصویب قوانین لازم و حذف قوانین مغایر
۴. جذب و تربیت نیروی انسانی لازم
۵. مذاکره و اقتناع گروه‌های ذی‌نفع و ذی‌نفوذ
۶. جلب همکاری بین بخشی به‌ویژه کارشناسان و مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷. تدوین و اجرای دوره‌های آموزشی لازم برای پرسنل در رده‌های مختلف
۸. انجام تغییرات تشکیلاتی لازم در سطوح ستادی و صفی
۹. ایجاد مرکزی برای تدوین سیاست‌ها، برنامه‌ها، دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های لازم در ابعاد فنی و اجرایی
۱۰. ایجاد چک‌لیست‌ها، فرم‌ها و ضوابط ارزشیابی و پایش عملکرد و پرداخت‌ها
۱۱. انجام طرح به‌صورت پایلوت در یکی دو منطقه و بازنگری طرح پس از آن

منابع

- 1- Moridi S. Cultur of social insurance. Tehran: Institute for Social Security Studies; 2000. [Persian]
- 2- Sso.ir [homepage on the Internet]. Tehran: Social Security