

چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان: یک مطالعه کیفی

محمدجواد کبیر^۱، علیرضا حیدری^{۲*}، محمدرضا هنرور^۲، زهرا خطیرنامنی^۲، عباس بدخشان^۲، نرگس رفیعی^۳، سکیه بیگم کاظمی^۴، سیدمهدی صداقت^۵، مهرداد کمانگری^۵، معصومه غلامی^۴، مریم ایری^۳، منصوره لطفی^۳

- ۱- دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۲- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۳- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۴- دانشجوی دوره دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- ۵- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

*نویسنده رابط: alirezaheidari7@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: سازمان جهانی بهداشت اجرای نظام ارجاع را یک اقدام اساسی برای بهبود کیفیت خدمات در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی می‌داند. هدف این مطالعه تبیین چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان بود.

روش کار: مطالعه‌ای کیفی در استان گلستان در سال ۱۳۹۸ با شیوه پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. مشارکت‌کنندگان، پزشکان خانواده و متخصص، مدیران ستادی دانشگاه و کارشناسان مسئول معاونت بهداشتی و درمان و اداره کل بیمه سلامت استان، فناوری اطلاعات، مدیران شبکه شهرستان و بیماران بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها در طی ۴۶ مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع‌آوری گردید و به روش تحلیل محتوا، تحلیل گردید.

نتایج: مهمترین چالش‌های نوبت‌دهی شامل کمبود وقت پزشکان خانواده، حضور نامنظم پزشکان متخصص، سخت بودن فرآیند نوبت‌گیری و ارجاع معکوس بودند. مهمترین چالش‌های بار مراجعه و زمان انتظار شامل نبود ظرفیت پذیرش کافی بعد از لغو قرارداد بیمه سلامت با بخش خصوصی، تاخیر پزشکان برای حضور در درمانگاه، زمان طولانی برای رسیدن نوبت و تایپ پس‌خوراند بودند. مهمترین چالش‌های ویزیت و تشخیص شامل زمان کوتاه ویزیت، کیفیت بالاتر ویزیت پزشکان در بخش خصوصی، عدم وجود شیوه نامه‌های شفاف بودند. مهمترین چالش‌های پس‌خوراند عدم تمایل و تعهد برخی متخصصان به ارائه پس‌خوراند، کیفیت پایین و قابل استفاده نبودن پس‌خوراند بودند.

نتیجه‌گیری: تامین منابع پایدار و تخصیص نشاندار اعتبارات مالی، طراحی و اجرای نظام پاداش و تنبیه، اصلاح سیستم نوبت‌دهی، توانمندسازی دانشجویان پزشکی، تجهیز متخصصان با قلم الکترونیکی برای نوشتن پس‌خوراند می‌تواند بهبود وضعیت موجود کمک‌کننده باشد.

واژگان کلیدی: چالش‌های اجرایی، نظام ارجاع الکترونیک، استان گلستان، پزشک خانواده، سیستم ارجاع، مطالعه کیفی

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده را نکته کلیدی و اقدام اساسی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه‌ها، اثربخشی و برقراری عدالت در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی می‌داند (۱). در نظام ارجاع تامین خدمات سلامت با ارجاع بیماران از بهورز به پزشک خانواده و سپس پزشک متخصص در بیمارستان دولتی انجام می‌گردد (۲). بنابراین بیمارستان دولتی اولین سطح ارجاع با قلمرو مسئولیت‌های مشخص است (۳).

علی‌رغم مطالعات مختلفی که بر اهمیت و لزوم استفاده از یک نظام ارجاع مناسب در نظام‌های سلامت مختلف تاکید دارند (۱۲، ۱۳) و تلاش‌های بسیار و هزینه‌های هنگفتی در این زمینه شده است ولی سیستم ارجاع هنوز کارایی لازم را ندارد (۱۴، ۱۵). کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت، مشکلات نظام ارجاع را به حجم زیاد کاری کارکنان بهداشتی، بعد مسافت، عدم اعتماد به مراقبت‌های بهداشتی در سطوح پایین سیستم عرضه خدمات، ناکافی بودن میزان اطلاعات ارسال شده از منابع ارجاع به بیمارستان‌ها و بالعکس، استفاده نامناسب از بیمارستان و عدم دسترسی افراد نیازمند، فقدان ارتباط بین بیمارستان و خدمات پزشکی جامعه‌نگر، فقدان یک نظام ارجاع خوب طراحی شده و کارآمد، فقدان پشتیبانی مدیریت و تعهد ناکافی در مورد اجرای این نظام، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای ملاک‌های ارجاع در سطوح مختلف عرضه خدمات بهداشتی درمانی و فقدان خدمات پشتیبانی از مراکز بهداشتی و درمانی توسط بیمارستان می‌دانند (۱۶).

مشکلات ناشی از به کارگیری صحیح نظام ارجاع به ویژه بعد از تأییدات و مقررات موجود در برنامه پزشکی خانواده، هنوز یکی از دغدغه‌های سازمان‌ها، سیاست‌گذاران، مدیران و ارائه‌کنندگان خدمات می‌باشد (۱۷) و دستیابی هر برنامه به اهداف از پیش تعیین شده، نیازمند ارزیابی اجرای آن می‌باشد و چالش‌های برنامه، مانع بهره‌مندی جامعه از خدمات موجود می‌گردد.

نظام ارجاع الکترونیک به صورت پایلوت در ۳ شهرستان بندرترکمن، آق‌قلا و علی‌آباد کتول در استان گلستان، اجرایی گردید. برای رفع مشکلات سیستم ارجاع دستی گذشته، تهیه پرونده الکترونیک سلامت برای افراد به عنوان اولویت مهم وزارت بهداشت مدنظر قرار گرفت که در این راستا استان گلستان به عنوان پیشرو در راه اندازی سامانه اطلاعات بهداشتی از سال ۱۳۹۳ با طرحی و پیاده سازی سامانه ناب (نرم افزار اطلاعات بهداشتی) اقدام به تکمیل فرآیند پرونده الکترونیک سلامت کرده است (۱۸) ولی علیرغم اهمیت عوامل اجرایی در اجرای برنامه‌ها، از زمان اجرای این برنامه

ارائه خدمات تخصصی توسط پزشک متخصص در بیمارستان در صورتی تامین خواهد گردید که انجام آن به وسیله پزشک خانواده میسر نبوده و ضرورت واقعی برای ارائه آن‌ها وجود داشته باشد (۲). به کارگیری سیستم ارجاع منجر به کاهش هزینه‌های تخصصی و خدمات بیمارستانی (۴، ۵)، کارایی و اثربخشی بیشتر نظام مراقبت سلامت و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر در بخش دولتی می‌گردد (۶) و از آنجا که ارجاعات کاغذی می‌تواند منجر به تاخیر در مراجعه بیماران به دلیل اطلاعات ناقص یا مفقود شده بیماران گردد (۷)، سیستم‌های ارجاع الکترونیکی برای بهبود زمان انتظار و کارایی با استاندارد سازی الکترونیکی اطلاعات و ارتباطات در فرآیند ارجاع، طراحی شدند (۸). چندین کشور از جمله انگلیس، نروژ، هلند، دانمارک، نیوزیلند سیستم‌های ارجاع الکترونیکی را با سطوح موفقیت متغیر اتخاذ کرده اند (۹).

در کشور ایران گرچه از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستان‌ها دستوردهای چشمگیری به دنبال داشت، ولی نظام ارجاع مناسب محقق نگردید (۶). بر اساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرها با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد (۱۰). در این راستا، بند (ب) ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی کشور تصریح نمود که تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم شود. با مصوبه مجلس شورای اسلامی در زمینه بیمه روستاییان امکان پیوند طرح پزشک خانواده با بدنه عظیم شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شد و اجرای این طرح از نیمه دوم سال ۱۳۸۴ آغاز گردید (۱۱).

دارای مدرک تحصیلی دکترای تخصصی و یک کارشناسی ارشد بودند. جهت انجام مصاحبه‌ها راهنمای مصاحبه تدوین گردید که شامل ۳ سوال باز اصلی (چالش‌های سطح ۱، چالش‌های سطح ۲، چالش‌های بیماران) در راستای دستیابی به اهداف مطالعه تهیه گردید. در ابتدا دو مصاحبه با افرادی که جزء مشارکت‌کنندگان منتخب نبودند، انجام شد و بر حسب دیدگاه آنها و بنا به ضرورت، اصلاحات لازم در جهت رفع نواقص انجام شد. در حین مصاحبه با توجه به مطالبی که مصاحبه‌شوندگان ارائه کرده‌اند سوالات بیشتری جهت بسط موضوع از جانب محقق مطرح شد. 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. زمان هر یک از مصاحبه‌ها حداقل ۲۵ و حداکثر ۵۵ دقیقه (میانگین ۳۵ دقیقه) به طول انجامید.

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 و مصاحبه‌ها ضبط گردید. در عین ضبط مکالمات از یادداشت برداری 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. پس از پیاده‌سازی هر مصاحبه، کدگذاری انجام شد.

جهت دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق Lincoln و Guba شامل معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأیید پذیری استفاده شد (۱۹،۲۱). از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد (مقبولیت). برای تأمین اعتماد داده‌ها در مطالعه حاضر کدهای اولیه و مثال‌هایی از چگونگی استخراج طبقات درون مایه‌ها و گویه‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار گرفت تا درک مشابه یا

مطالعه‌ای با هدف استخراج چالش‌ها انجام نشده است، بنابراین این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های اجرایی پیاده‌سازی نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان انجام شد تا یافته‌های حاصل از آن برای رفع و به حداقل رساندن نقاط ضعف و به کارگیری راهکارهای مؤثر جهت بهبود شرایط موجود در اختیار سیاست‌گزاران و مدیران اجرایی قرار گیرد.

روش کار

یک مطالعه کیفی با شیوه پدیدارشناسی تفسیری در استان گلستان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. مشارکت‌کنندگان در مطالعه پزشکان خانواده، پزشکان متخصص، مدیران و کارشناسان مسئول معاونت بهداشتی، معاونت درمان، اداره آمار و فناوری اطلاعات، اداره کل بیمه سلامت، مدیران شبکه چهار شهرستان استان و بیماران سرپایی دو درمانگاه تخصصی بودند. ۶۴ مصاحبه فردی با ۱۰ نفر از مدیران ستادی دانشگاه و اداره کل بیمه سلامت، ۴ نفر مدیر شبکه، ۱۲ نفر کارشناس مسئول معاونت‌های دانشگاه، ۷ نفر پزشک خانواده، ۴ نفر پزشک متخصص و ۹ نفر بیمار ارجاع شده از پزشک خانواده به پزشک متخصص انجام گردید (جدول ۱) تا اشباع داده اتفاق افتاد. پژوهشگران باتوجه به هدف پژوهش خود و با بررسی ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان در سطح مدیران و ارائه‌کنندگان، ویژگی‌های زیر را برای انتخاب نمونه مصاحبه در نظر گرفت: داشتن تجربه افراد و آشنایی آن‌ها با برنامه‌های نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان، علاقه به مشارکت در پژوهش و مشارکت فعال در نظام ارجاع الکترونیک استان. این ویژگی‌ها در سطح دریافت‌کنندگان خدمات شامل: استفاده از خدمات سلامت از طریق نظام ارجاع الکترونیک و تمایل به بیان مشکلات و چالش‌های مواجهه شده بود.

برای جمع‌آوری داده‌های دیدگاه صاحب‌نظران، از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و جلسات دورمیزی استفاده شد. مصاحبه‌کنندگان ۳ نفر از نویسندگان بودند که تجربه مطالعات کیفی و اشراف کامل روی طرح داشتند. ۲ نفر آنها

عنوان چالش‌های نوبت‌دهی در نظام ارجاع الکترونیک عنوان نمودند.

۱-۱- کمبود وقت پزشکان خانواده برای نوبت‌گیری: یکی از چالش‌های نوبت‌دهی به بیماران کمبود زمان پزشکان خانواده بود که دلایل آن تعداد زیاد بیماران مراجعه‌کننده، تعدد وظایف پزشک خانواده در کنار دهگردشی و کندی سیستم اینترنت عنوان شد.

"ما در دهگردشی ۴۰ تا ۵۰ مریض را در عرض ۲ تا ۳ ساعت می‌بینیم من اصلاً وقت نمی‌کنم سر کامپیوترم برم همه چی را دستی می‌نویسم و میام در مرکز مراقبت‌هایم را ثبت می‌کنم اصلاً فرصتی نمی‌شود که بنشینم از ناب(نرم افزار اطلاعات بهداشتی) نوبت‌گیری کنم این پروسه خیلی وقت گیر است" (A2-28). "مجبور میکنم ما رو، مثلاً میگن ۳۰ تا در روز ویزیت، خوب، من احساس می‌کنم اگه این ۳۰ تا بخواد خیلی قشنگ، درست، کلی نگر و جامع انجام بشه، ثبت بشه با این سیستمی که اینقدر کنده و یه واقعیه دیگه، باید دنبال یه راهکار باشن، از اونور دهگردشی روستاشون هم برن. خوب وقت همیشه نوبت‌گیری کنیم" (A1-27)

۱-۲- نبود پزشک متخصص در نوبت تعیین شده: یکی از چالش‌های نوبت‌دهی، نبود پزشک متخصص در نوبت تعیین شده بود که از دیدگاه صاحب نظران ناشی از برنامه‌ریزی ضعیف، بی‌نظمی متخصص و نظارت ناکافی می‌باشد.

"بیمار ساعت ۹ صبح نوبت داشته است. همان زمان هم آنجا بوده است. دکتر ساعت ۷ آمده است مریض‌هایی که در درمانگاه بوده‌اند را دیده است و رفته است. پزشک اصلاً کاری ندارد. وقتی شما نوبت می‌زنید ۹ صبح. پزشک باید در آن ساعت مریض را ببیند. این را در جلسات هم گفتیم. رابطین ارجاع گفتند که ما نمی‌توانیم متخصص را مجبور کنیم در آن ساعت آنجا باشد. خوب متخصص رفته است دیگر! مگر تقصیر من است؟" (A5-31). "مواردی هم داشته ایم که مریض را ارجاع داده‌ایم اصلاً متخصص نیامده است! می‌گویند ما چکار کنیم یک دفعه مرخصی گرفته است؟" (A2-28)

مغایر او با پژوهشگر بررسی شود (قابلیت اطمینان). جهت حصول قابلیت تایید در پژوهش حاضر متن تعدادی از مصاحبه‌ها کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیات 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. مطالعه حاضر با مطالعات دیگر مقایسه شد و نتایج مشابهی که از این پژوهش با دیگر پژوهش‌ها حاصل شد نشان دهنده قابلیت انتقال داده‌ها بود. جهت رعایت اصول اخلاقی، طرح به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه رسید. 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 مضمونی (تماتیک) بر اساس چارچوب شش مرحله‌ای براون و کلارک انجام شد. این مراحل شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه (استخراج مفاهیم)، جستجو برای تم‌ها، بررسی تم‌ها، تعریف تم‌ها و نگارش و تحلیل نهایی بود. جهت افزایش سرعت، دقت و سهولت در کدگذاری از نرم افزار Atlas.ti 8 استفاده شد.

نتایج

چالش‌های اجرایی در ۴ عنوان اصلی شامل نوبت‌دهی، بار مراجعه و زمان انتظار، ویزیت و تشخیص و پس‌خوراند و در ۱۶ عنوان فرعی طبقه‌بندی گردید (جدول ۲).

۱- نوبت‌دهی: اکثر مشارکت‌کنندگان در مطالعه کمبود وقت پزشکان خانواده جهت نوبت‌گیری، نبود پزشک متخصص در نوبت تعیین شده، محدودیت ظرفیت تعداد ویزیت پزشک متخصص، سخت بودن فرآیند نوبت‌گیری الکترونیک برای بیمار، نوبت‌گیری توسط کافی‌نت، عدم درج کد ارجاع در دفترچه بیمه و ارجاع معکوس را به

شده است و بیمار با پرداخت هزینه به کافی نت اقدام به نوبت گیری می کند.

"یکی به ما گفت به کافی نتی هست هر وقت برم نوبتی رو داره. تو سامانه بهیاب دیدیم بله به سری نوبتا هست با اسامی ثابت و کد ملی های متفاوت و شماره موبایل ثابت. اینارو وارد میکنن و از ساعت ۱۲ شب به بعد شروع میکنه یک سری نوبتارو میگیره و رزرو میکنه برا خودش و تخصص های مشخصی که هم تعداد نوبتاش کمتره و درخواست برای اونجا بیشتره نگه می داره، رزرو میکنه. بعدا افرادی که مراجعه می کنند این نوبتارو میفروشه. پرسیدم مریض از کجا میفهمه باید بره به این کافی نت نوبت بگیره. گفتن همه اینجا میدونن از منشی تا پذیرش تا خدمه همه میدونن". (D4-30)

۱-۶- ارجاع معکوس: در نظام ارجاع مراجعه کننده در نقطه تماس اول توسط کارکنان تیم سلامت شامل بهورز/ مراقب سلامت و پزشک خانواده در سطح اول خدمات، مراقبت می شوند. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر، پزشک خانواده بیمار را به سطوح بالاتر تخصصی ارجاع می دهد. یکی دیگر از چالش های عنوان شده حضور بیماران در سطح تخصصی بدون آنکه در سطح یک پذیرش شده باشند، می باشد که به آن ارجاع معکوس اطلاق می گردد.

"متخصصین خیلی راحت مریض را در مطبشان ویزیت می کنند. بعد مریض را برای کارهای پاراکلینیک و کارهای دیگر به مرکز بهداشت می فرستند و می گویند برو آنجا برگه ارجاع بگیر و بعد کارت را انجام بده" (A1-27) "مریض از نظر من مشکل جراحی داره، میفرستم پهلوی جراح. جراح تشخیص میده که احتیاج به جراحی داره بعد این جراح براش مشاوره مینویسه این مریض رو دوباره برمیدردونن پهلوی من؛ میگن برو به ارجاع بگیر برای مشاوره بیهوشی، به ارجاع بگیر برای مشاوره قلب یا بیماری خودش بلند میشه میره مطب شخصی. آقای دکتر تو مطب شخصی مهر بیمارستان رو براش میزنه؛ مهر مطب شخصی شو براش نمیزنه. مثلا براش MRI مینویسه. میگه برو مرکز روستایی برگ ارجاع بگیر بعد برو MRI" (A3 - 29).

۱-۳- محدودیت ظرفیت تعداد ویزیت پزشک متخصص: یکی دیگر از چالش های مطرح شده در نوبت دهی، ظرفیت محدود تعداد ویزیت ها در برخی از تخصص ها بود. این مشکل زمانی بیشتر خود را نشان می دهد که همان متخصص در همان روز تعداد بیمار بیشتری در مطب خصوصی خود را ویزیت می کند. نتیجه این محدودیت ظرفیت می تواند نارضایتی بیمار از بخش دولتی و تمایل بیماران برای مراجعه به بخش خصوصی باشد.

"تعداد بیمارانی که در درمانگاه ها پذیرش می شوند و نیز نوبت دهی برای برخی از رشته های تخصصی مانند چشم پزشکی و ارتوپدی بسیار کم و ضعیف است و این امر منجر به سرگردانی بیماران می شود. و طبعا بیماران ناچارا به سوی مطب های خصوصی هدایت می شوند" (A3-29).

"برای بعضی از پزشکان متخصص که در درمانگاه هستند باید یکی دو ماه منتظر ماند تا نوبت گرفت. تعداد نوبت ها کم است و خیلی زود پر می شوند." (F2-39).

"متخصص تو مطبش میره ۴۰ تا ۵۰ تا مریض رو میبینه ولی اینجا میاد سهمیه میزنه ۱۰ تا ۱۵ تا بیشتر نمی بینه" (D2-18). "حداقل تعداد ویزیت متخصصین در سامانه نوبت گیری مشخص نشده، باید کف ویزیت هارو مشخص کنیم. یعنی بعضی پزشکان میگن مثلا من ۱۰ تا بیشتر مریض نمیبینم و تعداد نوبتا زود پر میشه" (C1-1)

۱-۴- سخت بودن فرآیند نوبت گیری الکترونیک برای بیمار: اکثر بیماران نحوه دریافت نوبت رضایت بخش نمی دانستند.

"۳۰ روز پیش نوبت گرفتم که نوبتم شده امروز. اگر راهی باشه که بتونیم راحت تر نوبت بگیریم خیلی خوب میشه" (F3-40). "تولیس بیمارستان طالقانی اسم دکتر بود ولی اصلا نمی شد نوبت بگیریم. اسم پزشک تو لیست بیمارستان هست ولی اصلا نمیاد اونجا" (F1-38)

۱-۵- نوبت گیری توسط کافی نت: سخت بودن فرآیند نوبت گیری الکترونیک برای بیمار و تمایل به سودجویی از این شرایط، منجر به ظهور مبادی دیگری جهت نوبت گیری

بی‌نظمی متخصصان برای حضور در درمانگاه بود. این مساله منجر به سرگردانی و نارضایتی بیماران گردیده است.

"حضور متخصصان در درمانگاه ضعیف است. دلیل بی‌نظمی متخصصان هم این است که فشاری که روی پزشک عمومی سطح ۱ است، روی متخصصان نیست. احتیاج به قوه قهریه دارد. برای من تعیین شده است که پایش دارید. درصدی از حقوق بر اساس عملکرد و درصد ارجاع است. باید برای این هم قوانین شفافی وجود داشته باشد. ممکن است در بعضی متخصصان تعهدکاری و وجدان اخلاقی وجود نداشته باشد" (A1-27). "برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه تنظیم شده در درمانگاه حضور ندارند و یا مدت زمان حضورشان در درمانگاه کافی نیست گاهی متخصص از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر جابجا می‌شوند و بیمار سرگردان می‌شود" (A6-32).

۲-۳- افزایش زمان انتظار بیماران با اختصاص وقت جهت تایپ پس‌خوراند: یکی دیگر از چالش‌های مطرح شده این بود که وقتی که پزشکان متخصص صرف نگارش پس‌خوراند به پزشک خانواده می‌کنند، می‌تواند صرف ویزیت بیماران شود و به این ترتیب زمان انتظار بیماران کاهش یابد. "متخصص می‌گه آگه بخواهم پس‌خوراند را تایپ کنم ۶ دقیقه ۷ دقیقه زمان می‌بره. تو اون فاصله من ۲ تا مریض رو که پشت در هستند رو می‌تونم ببینم این زمان باعث میشه که ماندن مریض پشت در بیشتر بشه و تعداد مریض کمتری رو هم مجبور میشم ببینم" (C4-4).

۲-۴- زمان انتظار طولانی برای رسیدن نوبت: طولانی بودن زمان انتظار بیماران در درمانگاه‌های تخصصی یکی دیگر از چالش‌ها بود.

"بنا به اظهار بیماران ارجاع شده زمان انتظار برای مراجعین بالا می‌باشد" (F7-44) "مرکز بهداشت روستا خوبه. نوبت میدن. مشکلی نداریم. ولی اینجا تو درمانگاه بین بیماران فرق میدارن. خیلی منتظر میشیم" (F9-46)

۲-۵- شلوغی درمانگاه‌ها: مراجعه زیاد بیماران که با سرعت پایین اینترنت همراه می‌شود، منجر به شلوغی درمانگاه گردیده است.

۲- بار مراجعه و زمان انتظار در درمانگاه تخصصی: اکثر مشارکت‌کنندگان افزایش بار مراجعه و نبود ظرفیت پذیرش کافی بعد از لغو قرارداد بیمه سلامت با بخش خصوصی، تاخیر پزشکان برای حضور در درمانگاه، زمان طولانی برای رسیدن نوبت و تایپ پس‌خوراند توسط متخصص را از چالش‌های بار مراجعه و زمان انتظار در درمانگاه تخصصی ذکر نمودند.

۲-۱- افزایش بار مراجعه بعد از لغو قرارداد با بخش خصوصی: از ابتدای سال ۱۳۹۷ با هدف کنترل هزینه‌ها، برای اعتبارات برای سازمان بیمه سلامت گذاشته شد. بطوریکه حداکثر هزینه کرد در بخش دولتی ۲۰۲ میلیارد تومان و در بخش خصوصی هم ۷۶ میلیارد تومان تعیین گردید. سقف تعیین شده جهت بخش خصوصی به دارو و MRI اختصاص یافت و قرارداد سازمان بیمه سلامت با بیمارستان‌های خصوصی استان لغو گردید که این تغییر سیاست منجر به افزایش بار مراجعه به بیمارستان‌های دولتی گردید.

"بیمه آمد بحث بیمه خصوصی خودش را برای بیمه شده‌های روستایی از فروردین لغو کرد. با نظام ارجاع انتظار داشتیم که بار مراجعات کمتر شود ولی بیمه شده روستایی نمی‌توانست از بخش خصوصی خدمت بگیرد و خود بیمه هم سقف گذاشت برای خدمات بخش خصوصی. حتی ما مجبور بودیم که آنها را در بیمارستان پذیرش کنیم و احتمال این را می‌دهیم که بار مراجعه ما خیلی بیشتر شده باشد که این با نظام ارجاع تناقض داشت" (C4-4). "الان که دیگه بخش خصوصی قرارداد نداره، بار مراجعات به درمانگاه‌ها زیاد میشه، که با توجه به وضعیت نوبت دهی محدود، روزی ۲۰ نفر توسط متخصصین، فاصله زمانی بین بیماری و مراجعه فرد ممکنه پیش بیاد که فرد یا باید این بازه زمانی رو قبول کنه یا با مراجعه به مطب از جیبش هزینه آزاد پرداخت کنه" (D10-36)

۲-۲- تاخیر و بی‌نظمی متخصصان برای حضور در درمانگاه: یکی دیگر از چالش‌های مطرح شده، تاخیر و

یک فردی در جامعه اروپایی تفاوتی ندارد پیش کدوم پزشک بره. برای اینکه کیفیت خدمات واحدهای بهداشتی درمان همگنه.. برخورد همامون بین پزشکان متفاوته. اگر مردم کیفیت خدمات دولتی راضی باشن دلیل نداره پول خرج کنن برن مطب پزشک متخصص " (C1-27). "خیلی بهتره، پزشکای خوبی که تو مطب های خصوصی کار میکنن با مراکز دولتی هم قرارداد ببندن" (F6-43). "پزشکای خوب هم که اصلا درموناگاه ها نمایان. اگر هم بیان که زود نوبتشون پر میشه" (F4-41).

۳-۳- نبود شیوه نامه های شفاف برای متخصصان: گایدلاین های بالینی مجموعه ای نظام مند از آخرین و معتبرترین شواهد علمی هستند که شیوه های برخورد بالینی با یک بیمار را بطور طبقه بندی شده با در نظر گرفتن اولویت ها، اثربخشی و هزینه اثربخشی بیان می کنند. یکی از چالش های مطرح شده توسط صاحب نظران نبود شیوه نامه های شفاف برای متخصصان بود.

" شیوه نامه شفاف باید وجود داشته باشه. که نداره. دوتا متخصص همزمان، یه درمان رو انجام نمیدن برای یک بیمار. حتی بعضی وقتا اون سی تی اسکن مینویسه فلان مرکز رو مینویسه. سی تی اسکن اون مرکز رو قبول نداره، میگه من سی تی اسکن در فلان مرکز. کجای دنیا این جوریه " (C5-32)

۴- پس خوراند پزشک متخصص به پزشک خانواده: تعدادی از مشارکت کنندگان عدم تمایل و تعهد برخی متخصصان به ارائه پس خوراند، کیفیت پایین و قابل استفاده نبودن پس خوراند و نوشتن پس خوراند توسط فرد دیگری غیر از خود متخصص را از مشکلات پس خوراند متخصص به پزشک خانواده می دانستند.

۴-۱- عدم تمایل و تعهد برخی متخصصان به ارائه پس خوراند: از نظر اکثر مشارکت کنندگان برخی متخصصان تمایل و تعهدی جهت ارائه پس خوراند به پزشک متخصص ندارند.

"پزشک متخصص ملزم نشده که خودش مثله پزشک خانواده سطح یک مون بشینه پشت سیستم، پس خوراند رو خودش

"درمانگاه همامون خیلی شلوغه، یه منشی برای ۵ تا دکتره، بعضی وقتا مریض اشتباه میاد. ۳۰۰ تا مریض نشسته با ۵ تا دکتر. " (D3-29). "بار مراجعات به درمانگاه ها زیاد شده که با توجه به وضعیت نوبت دهی محدود، روزی ۲۰ نفر توسط متخصصین که فرد یا باید این رو قبول کنه یا با مراجعه به مطب از جیبش هزینه آزاد پرداخت کنه" (D11-35). "به علت سرعت پایین اینترنت یا مشکل در سامانه ناب، مراقبت، ویزیت و ثبت با کندی و اختلال مواجه میشه و این باعث شلوغی درمانگاه میشه" (A4-31)

۳- ویزیت و تشخیص: اکثر مشارکت کنندگان زمان کوتاه ویزیت برای هر بیمار، کیفیت بالاتر ویزیت پزشکان در بخش خصوصی از نظر بیماران، عدم وجود شیوه نامه های شفاف برای متخصصان را از چالش های ویزیت و تشخیص عنوان نمودند.

۳-۱- زمان کوتاه ویزیت برای هر بیمار: یکی دیگر از چالش های مطرح شده، عدم اختصاص وقت کافی جهت ویزیت برای هر بیمار بود.

"بر اساس نظر بیماران ارجاع شده، مدت زمان ویزیت کم می باشد و وقت کافی به بیماران که حداقل ۱۵ دقیقه به ازای هر ویزیت اختصاص داده نمی شود" (E3-15). " تعیین شده که هر پزشک متخصص در هر یک ساعت بین ۶ تا ۸ مریض رو ویزیت بکنه، یعنی زمان استاندارد برای ویزیت تعیین شده ولی خیلی از پزشکان متخصص ما این موضوع رو خیلی رعایت نمی کنن" (C7-33). "بعضی پزشکا اینقد که تو مطب خودشون برای مریضها وقت می گذارند، تو درمانگاه ها این کارو نمیکنند. سریع و تند مریض رو ویزیت میکنن و میروند" (F7-44)

۳-۲- کیفیت بالاتر ویزیت پزشکان در بخش خصوصی از نظر بیماران: اکثر مشارکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند که بیماران کیفیت ویزیت پزشکان متخصص را در مطب نسبت به درمانگاه بیمارستان دولتی بالاتر می دانند.

"متخصص ها الزامی در ارائه خدمات با کیفیت در کلینیک ها مثل مطب های خصوصی ندارند این باعث کم رنگ شدن خدمات در بخش دولتی می شود" (E1-13). "چرا

منجر به کاهش کیفیت پس خوراند و وجود اشتباه می گردد. "چالش ما پر نکردن پس خوراند توسط پزشکان متخصصه ما مجبور شدیم حتی یک نفر رو به عنوان ثبت کننده پس خوراند بداریم که اطلاعات رو از پزشکان متخصص بگیره، و در سامانه اون پس خوراند رو ثبت کنه" (D7-33). "یه منشی گذاشتن تو بیمارستان ها. منشیه میاد پسخوراندهارو می نویسه و میدونین دیگه خیلی بی کیفیت میشه پس خوراند. شاید مطالبی که مد نظر متخصص باشه نباشه، شاید اصلا اشتباه بشه" (D8-24)

بحث

بر اساس نتایج مطالعه چالش های مربوط به نوبت دهی، بار مراجعه و زمان انتظار، ویزیت و تشخیص و پس خوراند به عنوان چالش های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان استخراج شد.

یکی از چالش های اجرایی در برنامه نظام ارجاع الکترونیک چالش نوبت دهی بود. اکثر صاحب نظران نبود پزشک متخصص در نوبت تعیین شده را به عنوان یکی از چالش های نوبت دهی نظام ارجاع الکترونیک عنوان نمودند. عدم حضور به موقع پزشک در مطالعه نخی و همکاران (۲۲) و نصیری پور و همکاران (۲۳) نیز گزارش گردیده است. با طراحی یک سیستم نوبت دهی کارا می توان تا حد زیادی زمان انتظار بیماران برای ویزیت را کاهش و به دنبال آن رضایتمندی آنها را افزایش داد. با طراحی یک سیستم نوبت دهی کارا می توان با صرف هزینه کم به میزان زیادی مدت زمان انتظار بیماران از لحظه ورود به مرکز درمانی تا لحظه ویزیت توسط پزشک که بیشترین بخش زمان انتظار بیماران را به خود اختصاص می دهد را کاهش داد. البته شایان ذکر است که علاوه بر بهبود سیستم نوبت دهی می توان با افزایش منابع انسانی، افزایش و بهبود تجهیزات و تسهیلات ارائه خدمت مانند استفاده از سیستم های اطلاعاتی، تغییر نگرش و رفتارهای بیماران و پزشکان نیز زمان انتظار بیماران را کاهش داد که البته هر یک از آنها مستلزم صرف وقت و هزینه بیشتری نسبت به بهبود سیستم نوبت دهی هستند (۲۴).

بنویسه" (D9-25). من بارها شده به بیمار میگم اینجوری میترسونمش که میری پهلوی متخصص؛ بهش بگو که اگه این برگه ارجاع تشخیصتو بنویسه؛ من تو پرونده ات ثبت نکنم، دفعه بعد، سیستم بهت ارجاع نمیده. باز هم برای من نیارن" (A3-29). "هنوز هم خیلی وقتها ارسال پسخوراند دچار مشکل هست علی رغم اینکه بیمار ارجاعی هست ثبت در سیستم نمی کند که حقیقتا نه انرژی برای تذکر مکرر وجود دارد و نه انگیزه ای" (A2-28). "پزشک متخصص میگه اگه بخام این رو پرکنم دوتا مریض رو از دست دادم تو این فاصله دوتا مریض رو میبینم دوتا ویزیت میگیرم چرا فرم پرکنم چرا پس خوراند بدم" (C7-33). "پزشک های متخصص میگن باید وقت زیاد تری برای ثبت اطلاعات در کامپیوتر بگذارند، طبیعتا ۲ تا چالش دارند یکی اینکه مریض بیشتر معطل میشه و تعداد ویزیت کمتری هم خواهد بود توی این بازه زمانی. طبیعتا پول کمتری هم خواهد بود" (D10-26).

۴-۲- کیفیت پایین و قابل استفاده نبودن پس خوراند: یکی دیگر از چالش های مطرح شده توسط صاحب نظران این بود که پس خوراندی که برخی پزشکان متخصص به پزشک خانواده می دهند، فاقد جزئیات لازم و غیرقابل استفاده می باشد.

"ممکنه از ۱۰۰ تا پس خوراند، ۱۰ تاش منطقی باشه. خیلیهاش بنظر خودم Copy-Paste هست، خیلیاشم، اون چیزی که ما میخایم، بخایم کاری روش انجام بدیم نیست" (D2-18). "به اکثر پزشکان خانواده میگیم چرا پس خوراند رو نگاه نمیکنی میگن چپو نگاه کنیم؟ معلوم نیست مشخص نیست متخصص ها چی مینویسن. ریز و با جزئیات مینویسن که برای ما مفید باشه یا توجیه نیستند یا وقت ندارند" (C6-32)

۴-۳- نوشتن پس خوراند توسط فرد دیگری غیر از خود متخصص: در برخی موارد پزشک متخصص خودش فرم پس خوراند به پزشک خانواده را تکمیل نمی کند و این مسئولیت را به فرد دیگری واگذار می نماید. این مسأله

ملاقات با پزشک مورد نظر خود منتظر بمانند (۳۱). یکی از عوامل غیرمستقیم اثرگذار بر تقاضا، متوسط مدت زمانی است که مشتریان خدمات بهداشتی جهت دریافت خدمات صرف می نمایند، لذا باید تناسب بین نیاز مردم و فاصله زمانی خدمت دهی و تعداد نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات وجود داشته باشد. از دلایل زمان انتظار طولانی می تواند توزیع نامتناسب پزشکان متخصص بر حسب تخصص و میزان مراجعه، ساعات محدود شده برای مراجعه و مدیریت ضعیف زمان باشد (Harper، ۳۲). در مطالعه ای که به منظور "کاهش زمان انتظار بیماران سرپایی" انجام داد نتیجه گیری کرد که با برقراری یک برنامه زمانبندی مناسب می توان زمان انتظار بیماران را بدون آنکه نیاز به استفاده از منابع اضافی باشد کاهش داد (۳۳). بیماران جهت دریافت خدمات از درمانگاه بیمارستان های دولتی هزینه پایی را تقبل می کنند و این خدمات تخصص های زیادی را شامل شد و نهایتاً موجب مراجعه زیاد و ازدحام بیماران می شود. ازدحام بیماران به منظور دریافت مراقبت، خدمت رسانی را کند کرده و به علت محدودیت امکانات پذیرش در این شرایط، میزان نارضایتی از طول مدت انتظار افزایش می یابد (۳۴).

چالش اجرایی دیگر مربوط به چالش های ویزیت و تشخیص توسط پزشکان بود. یافته های مطالعه مفتون و همکاران نیز حاکی از عدم کفایت زمان معاینه پزشکان بود. شرایط نظام ارائه خدمت و تراکم مراجعان پزشکان را به سمت کاهش زمان ویزیت خود سوق می داد (۳۵). زمان ویزیت تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد از جمله ویژگی بیماران، نوع درمان و فعالیت های انجام شده در طول ویزیت. با این حال الزامات و رویه های مدیریتی در نظام های سلامت مختلف عواملی است که می تواند پزشکان را در کاهش یا افزایش غیرمنطقی این زمان محدود نماید (۳۰، ۳۶). اجرای استانداردهای ویزیت به ساختار و فرایندهای مدیریتی مناسبی نیاز دارد. در این راستا به نظر می رسد تلاش در کنترل مراجعات و توزیع یکنواخت بیماران در ساعات و روزهای کاری اولین گام در تامین زیرساخت لازم برای ارتقاء زمان

خودارجاعی و ارجاع معکوس یکی از دیگر چالش های نوبت دهی بود که اکثر صاحب نظران معتقد بودند که در شرایط فعلی حاکم می باشد. نتایج مطالعه چمن و همکاران نشان داد که در ۴۳/۸٪ موارد ضرورت ارجاع به درخواست بیمار انجام شد و نیز انتخاب پزشک سطح ۲ در ۶۶٪ از موارد توسط بیمار صورت گرفته بود (۱۰). نتایج مطالعه مطلق و همکاران نشان داد که پزشکان خانواده در ۷۹ مورد ارجاع (۲۸٪) در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲ نقش داشتند (۱۷). همچنین، موانع نظام ارجاع در مطالعه اسکندری و همکاران خود ارجاعی و دور زدن سیستم ارجاع ذکر گردید (۲۵). مطالعه روحانی و باقر (۲۶) و مطالعات محمدی بلبان آباد و همکاران (۲۷)، صدوق و همکاران (۲۸) وجود ارجاع معکوس از چالش های اصلی برنامه پزشک خانواده گزارش شده است. ارجاع معکوس به نحوی است که بیمار در ابتدا از سطوح ۲ و ۳ با سلیقه و تشخیص خود خدمات دریافت کرده و بعد از آن برای اینکه دفترچه اش مهر شود به پزشک خانواده مراجعه می کند و با اعمال فشار بیمار یا خانواده وی به پزشک خانواده جهت صدور برگه ارجاع برای مراجعه به سطوح بالاتر می باشد. جهت پیشگیری از این روند بایستی فرهنگ سازی مناسب توسط دست اندرکاران به ویژه اعضای تیم پزشک خانواده صورت گیرد (۲۹).

یکی دیگر از چالش های اجرایی در نظام ارجاع الکترونیک، افزایش بار مراجعه و زمان انتظار بالا در درمانگاه های تخصصی بود.

بر اساس مطالعه مصدق راد نیز که در بخش سرپایی بیمارستان رازی انجام شد، زمان انتظار مراجعین به این بخش ۱۶۸ دقیقه اندازه گیری شد (۳۰). در مطالعه ای در آمریکا به بررسی زمان انتظار نوبت دهی پزشکان پرداختند تا میانگین زمان انتظار بیماران جدید برای ملاقات پزشک خود را بسنجند. آنها این مطالعه را در ۱۵ کلان شهر با بیشترین نسبت پزشک به جمعیت در آمریکا انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که با وجود تعدد پزشکان در هر کلان شهر، تعداد زیادی از بیماران باید ۱۴ روز یا بیشتر برای

ارجاع جهت ایجاد انگیزه و جلب همکاری، توانمندسازی دانشجویان پزشکی با استفاده از متخصصان پزشکان خانواده، تجهیز متخصصان با قلم الکترونیکی برای نوشتن پس‌خوراند می‌تواند بهبود وضعیت موجود کمک کننده باشد. 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. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده در قالب مطالعات کمی به اولویت‌بندی این چالش‌ها و راهکارهای اجرایی آن پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

نظام ارجاع الکترونیک با چالش‌های نوبت‌دهی، بار مراجعه، زمان انتظار، ویزیت، تشخیص و پس‌خوراند مواجه می‌باشد. جهت رفع چالش‌های اجرایی حاصل از مطالعه اتخاذ راهکارهایی مثل تامین منابع پایدار و تخصیص نشاندار اعتبارات مالی، طراحی و اجرای نظام پاداش و تنبیه در نظام ارجاع جهت ایجاد انگیزه و جلب همکاری، بهبود سیستم نوبت‌دهی، توانمندسازی دانشجویان پزشکی با استفاده از متخصصان پزشکان خانواده، تجهیز متخصصان با قلم الکترونیکی برای نوشتن پس‌خوراند می‌تواند بهبود وضعیت موجود کمک کننده باشد. 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. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده در قالب مطالعات کمی به اولویت‌بندی این چالش‌ها و راهکارهای اجرایی آن پرداخته شود.

ویزیت سرپایی خواهد شد و نقش مهمی در موفقیت مراکز در رعایت استانداردهای ارایه شده خواهد داشت (۳۵). پس‌خوراند پزشک متخصص به پزشک خانواده نیز به دفعات به عنوان یکی دیگر از چالش‌های اجرایی در نظام ارجاع الکترونیک مطرح گردید. عدم ارایه پس‌خوراند پزشک متخصص به پزشک خانواده در مطالعات فرزادفر و همکاران (۳۷) و ترابی اردکانی و همکاران (۳۸) نیز گزارش گردیده است. در این راستا، نتایج مطالعه شیروانی و همکاران نشان داد که پزشکان متخصص سطح ۲ برای ۱۶/۱٪ بیماران ارجاعی پذیرفته شده، نتایج ویزیت را به پزشک خانواده‌شان پس‌خوراند دادند. از بین بیماران مراجعه کننده به سطح ۲، تنها ۱۵/۵٪، به نزد پزشک ارجاع دهنده خود بازگشتند. ۸۵/۳٪ از بیمارانی که به سطح اول بازنگشتند و علت اصلی را عدم آگاهی ذکر نمودند (۳۹). نتایج مطالعه چمن و همکاران نشان داد که در ۴۳/۸٪ موارد ضرورت ارجاع به درخواست بیمار انجام شد و نیز انتخاب پزشک سطح ۲ در ۶۶٪ از موارد توسط بیمار صورت گرفته بود. ارسال رونوشت ارجاع از پزشک خانواده به خانه بهداشت فقط در ۱۲/۵٪ از موارد وجود داشت و کیفیت پس‌خوراند، تنها در ۸/۴٪ از بیماران مطلوب بود (۱۰). نتایج مطالعه نصیری پور و همکاران عملکرد نظام ارجاع نشان داد که همکاری پزشکان متخصص مستقر در سطح دو برنامه پزشک خانواده نامطلوب ارزیابی شد (۴۰). در حالی در یک سیستم بهداشتی درمانی خوب سازماندهی شده، سطح بالاتر باید نتیجه ویزیت و درمان بیماران ارجاع شده از سطح پایین‌تر را در نامه کتبی و فرم‌های استاندارد قید و توصیه‌های پیگیری را برای منبع ارجاع کننده گزارش کنند. اگر بیمار با فرم نوشته شده استاندارد به سطوح بالاتر ارجاع شود و پزشک مشاور نظر خود را کتبی به پزشک ارجاع کننده ارسال کند پیگیری و نتایج درمان به نحو بسیار مطلوب‌تری انجام خواهد گرفت (۲۹).

جهت رفع چالش‌های اجرایی حاصل از مطالعه اتخاذ راهکارهایی مثل تامین منابع پایدار و تخصیص نشاندار اعتبارات مالی، طراحی و اجرای نظام پاداش و تنبیه در نظام

تشکر و قدردانی

با شناسه اخلاقی IR.GOUMS.REC.1397.209 (و همچنین مشارکت کنندگان در انجام این طرح پژوهشی قدردانی می گردد.

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان جهت حمایت مالی طرح پژوهشی (کد: ۱۱۰۲۶۳ و

جدول ۱ - اطلاعات توصیفی مصاحبه شونده های مطالعه چالش های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان

کدشناسایی	تعداد افراد مصاحبه شونده	سمت
A1-A7	۷	پزشک خانواده
B1-B4	۴	پزشک متخصص
C1-C10	۱۰	مدیر ارشد دانشگاهی
D1-D12	۱۲	کارشناسان مسئول
E1-E4	۴	مدیر شبکه بهداشت و درمان
F1-F9	۹	بیماران سرپایی ارجاع شده از پزشک خانواده به پزشک متخصص

جدول ۲- چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان

کمبود وقت پزشکان خانواده جهت نوبت‌گیری	
نبود پزشک متخصص در نوبت تعیین شده	
محدودیت ظرفیت تعداد ویزیت پزشک متخصص	
سخت بودن فرایند نوبت‌گیری الکترونیک برای بیمار	نوبت‌دهی
نوبت‌گیری توسط کافی نت	
عدم درج کد ارجاع در دفترچه بیمه	
ارجاع معکوس	
افزایش بار مراجعه و نبود ظرفیت پذیرش کافی بعد از لغو قرارداد بیمه سلامت با بخش خصوصی	بار مراجعه و زمان
تاخیر پزشکان برای حضور در درمانگاه	انتظار در درمانگاه
زمان طولانی برای رسیدن نوبت	
زمان طولانی تایپ پس‌خوراند توسط متخصص	تخصصی
زمان کوتاه ویزیت برای هر بیمار	
کیفیت بالاتر ویزیت پزشکان در بخش خصوصی از نظر بیماران	ویزیت و تشخیص
عدم وجود شیوه نامه های شفاف برای متخصصان	
عدم تمایل و تعهد برخی متخصصان به ارائه پس‌خوراند	پس‌خوراند پزشک
کیفیت پایین و قابل استفاده نبودن پس‌خوراند	متخصص به پزشک
نوشتن پس‌خوراند توسط فرد دیگری غیر از خود متخصص	خانواده

References

1. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. United States: Oxford University Press. 2009; 1-537.
2. Operational guide for family physician project implementation. Version 7.3. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2006. [Persian]
3. 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. [Persian]
4. Abbasi A, Kabir MJ, Kavian Telouri F, Heidari A, Khatirnamani Z, Rafiei N., et al. Referral Burden and Cost of Outpatient Care of Patients Covered by the Rural Insurance Fund before and after the Implementation of Electronic Referral System in Golestan Province, Management Strategies in Health System Journal. 2021;5(4):318-327. [Persian]
5. Kavian Telouri F, Heidari A, Abbasi A, Kabir MJ, Badakhshan A, Khatirnamani Z. Investigation the Referral Burden and Costs of Hospitalization Patients Covered by the Rural Insurance Fund Before and After the Implementation of the Referral System Program, Iranian Journal of Health Insurance. 2020; 3(4):254-263. [Persian]
6. Nasrollahpour Shirvani, S, Ashrafiyan Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki, M, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010; 11(6):46-52. [Persian]

7. Hughes C, Allen P, Bentley M. E-Referrals: why we are still faxing, *Australian Family Physician*. 2018; 47(1-2):50-57.
8. Allison B, Shannon E, Valerie W, Axelrod D, Conly J. Improving patient access to medical services: preventing the patient from being lost in translation, *Healthcare Quarterly* 2009; 13:61-68.
9. Azamar-Alonso A, Costa AP, Huebner LA, Tarride JE. Electronic referral systems in health care: a scoping review. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. 2019; 11:325-333.
10. Chaman R, Amiri M, Raei Dehaghi M. The national family physician and the quality of referral system. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2012; 11(6): 785-790.
11. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province, Iran, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 25 (132):23-32. [Persian]
12. Tavakoli F, Nasiripour A, Riahi L, Mahmoodi M. The Effect of Health Policy and Structure of Health Insurance on Referral System in the Urban Family Physician Program in Iran, *Journal of healthcare management*. 2017; 8(3): 85-93.
13. Maftoon F, Farzadi F, Montazeri A, Aeenparast A. Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives, *Payesh*. 2016; 15(1): 19 -25.
14. Rouhani S, Alipoor Landy S. The Economic Standpoint of Referral System at Using Tertiary Hospital Services in Iran, *Iranian Journal of Health Sciences*. 2017; 5(1): 38-48. [Persian]
15. Rouhani S, Momeni Rahkola G, Nasrollapour-Shirvani SD. Translation, Adaptation and Validation of Referral Systems Assessment and Monitoring Toolkit for the Family Physicians Program in Iran, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2019; 29 (179):145-152. [Persian]
16. World Health Organization. Hospital and health for all (Report of a WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level. 1st ed. Geneva. 1987;20-25.
17. Motlagh ME, Kabir MJ, Nasrollahpour Shirvani, Raeisee P, Ashrafiyan Amiri H. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009, *Hakim Research Journa*. 2010; 13(1): 19-25. [Persian]
18. 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, *Management Strategies in Health System Journal*. 2021; 5(4): 270-9. [Persian]
19. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries, *Educational Communication and Technology Journal*. 1981; 29:75-91.
20. Lincoln YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research, *Qualitative Inquiry*. 1995; 1: 275-289.
21. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Evidence from Iran, *Indian J Palliat Care*. 2018; 24(2):145-149.
22. Nakhaee N, Oroomiei N, Amiresmaili MR, Nekooi Moghadam M, Mohammadi B, Mirzaei S, et al. Challenges of Appointment Fixing in Private Physician Offices from the Viewpoint of Physicians and Secretaries, *Health and Development Journal*. 2012; 1(3):207-220. [Persian]
23. Nasiripour A, Jahangiri K, Aghamohamadi S. Study of Waiting Time in Shahid Dastani's Specialized Clinics of Shariati Hospital Using By Six Sigma Model, *Payavard*. 2011; 4 (3, 4):50-59. [Persian]

24. Aeenparast A, kheirandish M, Maftoon F, Farzadi F. Identifying key variables for designing a scheduling system for outpatient appointments: A systematic review. *Payesh* 2017; 16(6):735-745. [Persian]
25. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran, *Journal of Caring Sciences*. 2013; 2(3):229-36.
26. Rouhani S, Bagher M. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and improving it (A qualitative study), *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(131):1-13. [Persian]
27. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study, *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019; 15 (1):47-56. [Persian]
28. Sadough F, Mirzaeian R, Sharifi-Rad J, Satar A. An Examination of Family Physicians Plan Implementation in Rural Areas from Perspectives of Managers, Personnel and Clients in Context of Health System: Strengths and Weaknesses, *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2017; 7:58-64.
29. Gotalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: A qualitative research, *Journal of Medical Council of Iran*. 2012; 29(4): 309-321. [Persian]
30. Mosadeghrad AM. The Role of Participative Management in Outpatient Waiting Time, Visit Time and Satisfaction at Razi Hospital, Qazvin, *Journal of Hakim*. 2004; 7(3): 14-23. [Persian]
31. Streubert Speziale HJ, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
32. Moosazadeh M, Abedi G, Farshidi F, Naghibi A, Rostami F, Afsharimoghaddam A. Satisfaction Rate of Service Recipients and Providers of Rural Family Physician Program in Iran: A systematic Review and Meta-analysis, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(131):165-180. [Persian]
33. Harper PR. Reduce Outpatient Wating Times with Improved Appointment Scheduling: a Simulation Modeling Approach, *OR Sepctrum* 2003; 25(2): 207-22.
34. Keshtkaran A, Heidari A, Keshtkaran V, Taft, Almasi A. Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz, 2009, *Payesh*. 2012; 11(4):459-465. [Persian]
35. Maftoon F, Farzadi F, Aeenparast A. Time spent during outpatient visits in family physician and referral system: Providers' perspectives, *Payesh*. 2015; 14(6):623-628. [Persian]
36. Gery P, Guy J, Richardson LC, Visit duration for outpatient physician office visits among patients with cancer, *American Journal of Managed Care*. 2012; 18:49-56.
37. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M., et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study, *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017; 22(5):66-83. [Persian]
38. Torabi Ardakani A, Hosseini S, Oroomiei N, Mirzaee S. Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz, *Journal of Medical Council of Iran*. 2015; 33(2):147-155. [Persian]
39. Nasrollahpour Shirvani SD, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, Dadashi A, Naeimi Tabihi

M. Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013, Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2013; 23(109): 26-35. [Persian]

40. 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. [Persian]

Executive Challenges of Electronic Referral System in the Health Centers and Hospitals in Golestan Province: A Qualitative Study

Mohammad Javad Kabir¹, Alireza Haydari^{*2}, Mohammad Reza Honarvar², Zahra Khatirnameni³, Abbas Badakhshan², Narges Rafiei⁴, Sakine Beygom Kazemi⁴, Seyed Mehdi Sedaghat⁵, Mehrdad Kamangari⁵, Masoumeh Gholami⁴, Maryam Eri³, Mansoureh Lotfi³

1. Ph.D. Associated Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. Ph.D. 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, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
4. Ph.D. Candidate in Health Services Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
5. MD. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

* Corresponding Author: alirezaheidari7@gmail.com

Received: Dec 2, 2020

Accepted: Jun 16, 2021

ABSTRACT

Background and Aim: The World Health Organization considers the implementation of the referral system to be a key step in improving the quality of services in health care systems. The purpose of this study was to explain the executive challenges of the electronic referral system in Golestan Province, Iran.

Materials and Methods: A qualitative study was conducted in Golestan Province, Iran in 2019 with a content analysis approach. The participants were family physicians, specialists, university staff managers, responsible health officers in the Offices of Deputy Ministers of Health, the General Directorate of Health Insurance, Department of Information Technology, Rural Health Network managers, health network managers and patients selected purposefully. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the content analysis method.

Results: The main challenges of giving appointments to patients included the lack of time of family physicians, the irregular presence of specialists, difficulty in getting an appointment, and reverse referrals. As regards referrals and waiting times, the main challenges were found to be the lack of sufficient admissions following cancellation of the health insurance contract with the private sector, the delay of physicians in attending the health centers, long waiting times to be visited, and writing the feedback by the physicians. In addition, the main challenges of the visits and diagnosis included the short visiting times, the higher quality of the specialists' visits in the private sector, and the lack of clear guidelines. Finally, the main challenges as regards giving feedback were the reluctance and noncommitment of some specialists to provide feedback, as well as the low quality and lack of usability of the feedbacks given.

Conclusion: Based on the findings of this study, the following actions and measures may help improve the current situation as regards the current referral systems: allocating sustainable resources; allocating financial credits; designing and implementing a reward and punishment system; reforming the queuing system; empowering medical students; and equipping specialists with electronic pens for giving written feedback.

Keywords: Executive Challenge, Electronic Referral System, Golestan Province, Family Physicians, Referral System, Qualitative Study

Copyright © 2021 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.