# بررسی میزان خود-ارجاعی و عوامل مرتبط با آن در مراکز درمانی دولتی و خصوصی کاشان در سال ۱۳۷۹

دکتر سیداصغر رسولی نژاد[1]، پروین خاقانی[2]

خلاصه

**سابقه و هدف :** یکی از دغدغه‌های نظام درمان و بیمه مسئله خود - ارجاعی است. با توجه به میزان بالا و عوارض شناخته شده آن و نیز چندگونگی عوامل خود - ارجاعی و به لحاظ محدودیت منابع در سیستم عرضه خدمات بهداشتی - درمانی وضرورت مطالعه روشهای عملیات در بخش درمان بیماران، این مطالعه در مراکز درمانی دولتی و خصوصی کاشان در سال ۱۳۷۹ اجرا شد.

**مواد و روشها :** این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در آن ۱۰۳۶ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی کاشان که تحت پوشش بیمه‌درمانی کمیته امام، بیمه روستایی و سایر روشهای پرداخت هزینه بودند، به طور تصادفی از مراکز دولتی و خصوصی عرضه خدمات انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. جهت کسب داده‌ها در رابطه با اطلاعات زمینه‌ای و اهداف ویژه پژوهش در ارتباط با فراوانی مراجعه به صورت خود - ارجاعی و نحوه ارجاع در سه ساختار ارجاع بسته کمیته امام، ساختار نیمه بسته بیمه روستایی و مراجعه آزاد و نیز اخذ نظرات بیماران در مورد عوامل خود- ارجاعی از روش مصاحبه و پرسشنامه کتبی استفاده شد. سپس داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از محاسبات آماری و آزمون کای دو در رابطه با اهداف ویژه پژوهش، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها :** از ۱۰۳۶ نمونه مورد بررسی جمعاً ۳۴۱ نفر (۴۰/۹٪) خود - ارجاعی داشتند. در سیستم ارجاع بسته کمیته امام، ارجاع از پزشک عمومی ۹۲/۳٪، ۶/۸٪ مراجعه مستقیم و ۱٪ سایر موارد مراجعه؛ در سیستم بیمه روستایی، ارجاع از پزشک عمومی ۷۰/۳٪، ۲۹/۷٪ مراجعه مستقیم و در سیستم آزاد، ارجاع به پزشک متخصص ۱۵/۷٪، خود - ارجاعی ۷۵/۵٪ و ۸/۸٪ نیز سایر موارد ارجاع را شامل شده است. همچنین ۶۰/۵٪ مراجعین به مراکز دولتی و ۳۶/۴٪ مراجعین خصوصی خود - ارجاعی داشته‌اند. اختلاف میزان خود - ارجاعی بین سیستم بسته، نیمه بسته و آزاد معنی‌دار بود ($p<0/0001$).

میزان همبستگی بین ساختار سیستم عرضه خدمات و میزان خود - ارجاعی برابر ۰/۶ بود. ضریب همبستگی جوپوروف محاسبه گردید که $pr=0/6$ نشان داده شد. همچنین نقش مالکیت دولتی و خصوصی بر میزان خود - ارجاعی، ارتباط معنی‌دار آماری را نشان داد ($p<0/001$). در این مطالعه به نظر بیماران ۵۴٪ عامل خود - ارجاعی‌ها مهارت بیشتر پزشکی متخصص عنوان شد.

**نتیجه‌گیری و توصیه‌ها:** میزان خود - ارجاعی‌ها رقم بیش از حد مطلوب است و میزانهای بسیار متفاوت در ساختارهای مختلف مراکز عرضه خدمات بهداشتی - درمانی ضرورت تحقیقات بیشتری را در زمینه عوامل خود - ارجاعی با توجه به اهمیت آن درنظام عرضه به روش تجربی، ایجاب نموده است. توصیه می‌گردد که محققین، موارد کاربرد آن را به منظور استفاده در برنامه‌ریزی‌های وزارت متبوع و تصمیم‌گیری در تغییر ساختار نظام خدمات بهداشتی- درمانی پیشنهاد نمایند.

**واژگان کلیدی :** خود ارجاعی، ساختار عرضه خدمات درمانی، علل خود- ارجاعی

۱-دانشگاه علوم پزشکی کاشان - گروه پرستاری مدیریت بهداشت

۲-دانشگاه علوم پزشکی - گروه

مقدمه

برای غلبه بر موانع موجود در فرآیند درمان بیماران و به منظور تأمین جامعیت و تداوم خدمات سازمانهای بهداشتی- درمانی، لازم است از نظر طراحی ساختار و هماهنگی فرآیند عملیات به گونه‌ای تنظیم گردند تا مردم قادر باشند به یک مرکز مناسب یا فردی که دانش، نگرش و مهارتهای او متناسب با نیازهای موردنظر بوده است، مراجعه کرده و یا ارجاع داده شوند تا هم جامعیت خدمات تأمین گشته و هم از اتلاف منابع جلوگیری گردد (۱). در این رابطه، بیمار و خانواده او باید در فرآیند ارجاع مشارکت فعال داشته باشند تا نتیجه عملیات مراقبتی و تداوم درمانها رضایت‌بخش باشد زیرا مشارکت بیمار در برنامه‌ریزی ارجاع، همراه با راهنمایی‌های عرضه‌کننده خدمات بهداشتی، علاقه و پذیرش او را نسبت به مراقبتهای بعدی و پی‌گیری درمانها افزایش می‌دهد (۲). با این وجود ممکن است شرایطی ایجاد شود تا مردم به اولین سطح تماس، کمتر و به سطوح تخصصی‌تر مراجعه غیرضروری یا خود - ارجاعی داشته باشند. در این رابطه عوامل ناکارآیی سیستم ارجاع را به شرح زیر گزارش کرده‌اند:

- مشکلات مالی و ابهام در چگونگی پرداخت و دریافت هزینه‌ها توسط بیمار، سازمان و عرضه‌کنندهٔ خدمات.
- عدم وجود یک ساختار سازمانی مناسب بین سطوح مختلف عرضه‌کننده خدمات بهداشتی - درمانی
- فقدان سیستم اطلاعاتی جامع، ناکفایتی جریان اطلاعات و ضعف اطلاعات صحیح و روزآمد.
- عدم وجود یک سیستم ارجاع خوب طراحی شده.
- عدم ملاکهای مناسب ارجاع.
- مشکلات نقل و انتقال بیماران از سطح اول تماس به اولین سطح ارجاع.
- ضعف اعتماد مردم به مراقبتهای سطوح پایین‌تر نظام عرضه خدمات بهداشتی.
- ضعف آگاهی و نگرش مردم نسبت به سیستم ارجاع (۳).

مطالعات اخیر در انگلیس نیز مشکلات سیستم ارجاع را شامل موارد زیر می‌داند:

- درک متفاوت بیمار و پزشکی از ارجاع و ضرورت آن.
- ضعف اطلاعات ارسالی از سطح اول تماس به سطح اول ارجاع و بالعکس.
- ضعف شیوه‌ها و روشهای بازخورد و پیگیری (*follow up*) درمانها.
- ضعف روشها و الگوهای مناسب اداری - مالی سیستم عرضه خدمات بهداشتی- درمانی (٤).

*Holmes* میزان ارجاع در سیستم حلقه ارجاع بسته (*Closed Loop Referal System*) را برای بیماران پزشکان خانواده و بیمارانی که به طور آزاد از پزشکان عمومی استفاده می‌کردند، مقایسه نمود. میزان ارجاع در هر دو گروه اختلاف معنی‌داری را نشان نداد، و مقدار آن حدود ۸۰٪ بود (٦). تا اواخر سالهای ۱۹۸۰، هشتاد و پنج درصد سازمان‌های حفظ سلامت (*Health Maintenance Organization*) در آمریکا مشاوره مستقیم به پزشکی متخصص را محدود کرده بودند به طوری که بیش از ۵۰ درصد بیماران قبل از ویزیت متخصص باید به وسیله ارائه

کننده مراقبت اولیه ویزیت می‌شدند. در این زمینه مطالعه‌ای در آمریکا درسال ۱۹۸٦ در چهار مرکز پزشکی انجام گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد، کسانی که قبل از تماس با متخصص از یک کانال کنترل رد شده و توسط رده‌های پایین‌تر ویزیت گشته‌اند. کاهش زیادی را در ویزیتهای اورژانس نشان دادندکه دامنه آن بین ۳۷-۲۷ درصد در اطفال و ٤٥-۳۰ درصد در بالغین متغیر بود (۷). نتایج مطالعه دیگری در این زمینه بر روی افرادی که در یک برنامه بیمه بهداشتی شرکت کرده بودند و در آن لازم بود قبل از مشاوره با یک پزشک متخصص یا بستری شدن در بیمارستان، با پزشکی عمومی مشاوره نمایند. نشان داد که گروه شرکت‌کننده در این برنامه بیمه بهداشتی نسبت به کسانی که بیمه به آنها اجازه داده بود به طور آزاد در هر جای دیگر به دنبال مراقبت باشند، متوسط روز بستری کمتری را داشته‌اند (۸).

با توجه به نظرات متعدد و متضاد در زمینه مشکلات سیستم ارجاع و تجربیات پژوهشگر در آموزش و پژوهش در این زمینه‌ها و نظر به عدم اطلاع از وضعیت خود - ارجاعی در سیستمهای باز و بسته ارجاع، اولین قدم، آگاهی از عوامل خود - ارجاعی با توجه به گزارشات محدود در این مورد است. لذا با عنایت به نیاز مبرم در بازنگری و اصلاح ساختار عرضه خدمات بهداشتی - درمانی و به منظور تعیین عوامل خود - ارجاعی در مراکز دولتی و خصوصی شبکه بهداشت و درمان کاشان، این مطالعه در سال ۱۳۷۹ اجرا شد.

## مواد و روشها

این پژوهش یک نوع مطالعه توصیفی است که در آن ۱۰۳٦ نفر از بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دولتی، که تحت پوشش مدیریت دانشگاه علوم پزشکی کاشان و شبکه بهداشت هستند و بخش مطب خصوصی پزشکان کاشان، که تحت پوشش بیمه درمان کمیته امام که یک سیستم کاملاً بسته می‌باشد و بیماران بدون مراجعه به پزشکی عمومی حق مراجعه به متخصص را ندارند، بیمه روستایی که یک سیستم ارجاع نیمه‌باز می‌باشد و سیستم آزاد مراجعه و سایر روشهای پرداخت هزینه، به طور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. جهت کسب داده‌ها در رابطه با اطلاعات زمینه‌ای واهداف ویژه پژوهش در ارتباط با فراوانی مراجعه به صورت خود- ارجاعی و نحوه ارجاع در سه ساختار ارجاع بسته، نیمه بسته و مراجعه آزاد نمونه‌های انتخاب شده مردود مطالعه قرار گرفتند. برای بررسی نظرات بیماران در مورد عوامل خود - ارجاعی از روش مصاحبه پرسشنامه کتبی استفاده شد. داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی و استخراج و با آمار توصیفی ارائه گردید. شیوع خود - ارجاعی در نمونه‌های مورد بررسی تعیین و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵٪ در جامعه برآورد گردید. همچنین تعیین عوامل ساختار ارجاع بسته، ساختار نیمه بسته بیمه روستایی و مراجعه آزاد با میزان خود - ارجاعی. با آماره $X^2$ مورد قضاوت قرارگرفت و نیز بین ساختار سیستم عرضه خدمات و میزان خود - ارجاعی ضریب همبستگی چوپوروف محاسبه شد.

## یافته‌ها

تحقیق روی ۱۰۳٦ نفر شامل ۲۲۸ نفر (۲۲ ٪) که به واحدهای درمانی دولتی، ۷٦۰ نفر (۷۳/٤ ٪) که به بخش خصوصی و ٤۸ نفر (٤/٦٪) به سایر واحدهای عرضه خدمات بهداشتی - درمانی مراجعه کرده بودند، صورت گرفت. از جهت نوع بیمه و پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی، ۱٤٥ نفر

(٪۱٤) مراجعین به مراکز مورد مطالعه بیمه روستایی، ٤۱۳ نفر (۳۹/۹ ٪) کمیته امداد امام خیمنی، ۲۸۹ نفر (۲۷/۹ ٪) بیمه تأمین اجتماعی، ۸۰ نفر (۷/۷ ٪) بیمه خدمات درمانی، ۷۰ نفر (٦/۸ ٪) به صورت آزاد و ۳۹ نفر (۳/۸ ٪) سایر موارد پرداخت هزینه‌ها را شامل گشته‌اند.

تعداد ۸۳۳ نفر نوع ارجاع خود را مشخص نمودند که شامل ۳٤۱ نفر (٤۰/۹ ٪) خود - ارجاع و تعداد ٤۹۲ نفر (۵۹/۱ ٪) ارجاع شده، بودند. با توجه به این شیوع خود - ارجاعی در نمونه‌های مورد بررسی، شیوع واقعی آن در جامعه حداقل ۳۸ ٪ و حداکثر ٤٤ ٪ برآورد گردید. نقش سواد با نوع ارجاع در جدول (۱) ارائه گردید و نشان داد که ۳۹/۵ ٪ افراد مورد بررسی بیسواد بودند. در سیستم ارجاع ۵۱/٤ ٪ و در بیماران خود - ارجاع ۲۲/۳ درصد بیسواد بودند ($p<$ ۰/۰۰۰۱).

**جدول ۱- توزیع مراجعین برحسب نحوه ارجاع بیماران و به تفکیک سطح سواد، مراکز بهداشتی- درمانی کاشان در سال ۱۳۷۹**

| نوع ارجاع / سطح سواد | ارجاع شده | خود - ارجاع | جمع |
|---|---|---|---|
| بیسواد | ۲۵۳ (۵۱/٤) | ۷٦ (۲۲/۳) | ۳۲۹ (۳۹/۵) |
| ابتدایی | ۱٤۷ (۲۹/۹) | ۱۱٦ (۳٤) | ۲٦۳ (۳۱/۵) |
| متوسطه | ٦۹ (۱٤) | ۷۵ (۲۲) | ۱٤٤ (۱۷/۳) |
| دیپلم کامل | ۱٤ (۲/۹) | ۳٤ (۱۰) | ٤۸ (۵/۸) |
| دانشگاهی | ۹ (۱/۸) | ٤۰ (۱۱/۷) | ٤۹ (۵/۹) |
| جمع | ٤۹۲ | ۳٤۱ | ۸۳۳ |

تعداد ٦۹٤ نفر از مراجعین شغل خود را اعلام داشته‌اند. نحوه ارجاع بیماران برحسب شغل در جدول (۲) ارایه گردیده و نشان می‌دهد که ۸٤/۱ ٪ افراد ارجاع شده خانه‌دار و ۸/٤ ٪ آنان کشاورز بوده‌اند. افراد خود - ارجاعی ٦۷/۷ ٪ خانه‌دار و ۳/۹ ٪ کشاورز بوده‌اند.

**جدول ۲: توزیع نحوه ارجاع بیماران به مراکز بهداشتی - درمانی برحسب شغل در سال ۱۳۷۹**

| نوع ارجاع / شغل | ارجاع شده | خود-ارجاع | جمع |
|---|---|---|---|
| خانه دار | ۳٤۹ (۸٤/۱) | ۲۱٤ (۷۶/۷) | ۵٦۳ (۸۱/۱) |
| کارمند بخش دولتی | ۷ (۱/۷) | ۱۸ (٦/۵) | ۲۵ (۳/٦) |
| کارمند بخش خصوصی | - (-) | ۷ (۲/۵) | ۷ (۱) |
| کارگر | ۱٦ (۳/۹) | ۱۲ (٤/۳) | ۲۸ (٤) |
| کشاورز | ۳۵ (۸/٤) | ۱۱ (۳/۹) | ٤٦ (٦/۷) |
| آزاد | ۸ (۱/۹) | ۱۷ (٦/۱) | ۲۵ (۳/٦) |
| جمع | ٤۱۵ | ۲۷۹ | ٦۹٤ |

از جهت وضعیت ارجاع در سه سیستم عرضه خدمات درمانی و تأثیر ساختار بر میزان خود-ارجاعی جدول (۳) تهیه شد. در سیستم عرضه خدمات درمانی امام خمینی ۹۲/۳ ٪ افراد از سوی پزشک عمومی به متخصص ارجاع شده‌اند، در حالی‌که این میزان در بیمه روستایی ۷۰/۳ ٪ و درسیستم آزاد عرضه خدمات درمانی ۱۵/۷ درصد افراد را شامل می‌شد. به منظور بررسی وجود ارتباط آماری بین سیستم بسته، نیمه بسته و آزاد بر میزان خود - ارجاعی از آزمون آماری کای دو استفاده گردید که ارتباط معنی‌دار آماری را نشان می‌دهد ($p<$ ۰/۰۰۰۱). همچنین به منظور بررسی میزان همبستگی بین ساختار سیستم ارجاع و میزان خود - ارجاعی ضریب همبستگی چوپورف ($p<$ ۰/٦) به دست آمد.

**جدول ۳: توزیع مراجعین برحسب نوع ارجاع و به تفکیک مراکز سیستم درمانی - کاشان سال ۱۳۷۹.**

| نوع ارجاع / نوع سیستم بیمه | ارجاع از پزشکی عمومی | ارجاع غیرپزشک | خود - ارجاعی | جمع |
|---|---|---|---|---|
| بیمه روستایی | ۱۰۲ (۷۰/۳) | - (-) | ٤۳ (۲۹/۷) | ۱٤۵ (۱٤) |
| کمیته امام | ۳۸۱ (۹۲/۳) | ٤ (۱) | ۲۸ (٦/۸) | ٤۱۳ (۳۹/۹) |
| سیستم آزاد | ۷۵ (۱۵/۷) | ٤۲ (۸/۸) | ۳٦۱ (۷۵/۵) | ٤۷۸ (٤٦/۱) |
| جمع | ۵۵۸ | ٤٦ | ٤۳۲ | ۱۰۳٦ |

مراحل بعدی، توصیه آشنایان برای مراجعه به میزان ۱۴/۹ ٪، تلف شدن وقت زیاد برای عبور از کانال ارجاع به میزان ۱۰/۱ ٪ و بالاخره عدم اطلاع از سیستم ارجاع به میزان ۱۵ ٪ بوده است.

به منظور بررسی نظرات بیماران در رابطه با عوامل خود - ارجاعی جدول (٤) تهیه شده است که نشان می دهد مهمترین علت خود - ارجاعی به میزان ٥٤٪، مهارت بیشتر پزشکان متخصص بوده و در

جدول ٥: توزیع مراجعین برحسب علل خود - ارجاعی به تفکیک مالکیت سیستم عرضه خدمات سال ۱۳۷۹.

| عامل خود - ارجاعی / نوع مالکیت سیستم | خصوصی | دولتی | کل |
|---|---|---|---|
| مهارت بیشتر پزشکی متخصص | ۱٥٦ (٥٦/۳) | ٦۹ (٤۹/۳) | ۲۲٤ (٥٤) |
| توصیه آشنایان جهت مراجعه به این پزشک | ٤۳ (۱٥/٥) | ۱۹ (۱۳/۸) | ٦۲ (۱٤/۹) |
| تلف شدن وقت برای رفتن نزد پزشک عمومی و سپس متخصص | ۲٦ (۹/٤) | ۱٦ (۱۱/٦) | ٤۲ (۱۰/۱) |
| اطلاع نداشتن از سیستم ارجاع | ۱۲ (٤/۳) | ۱۰ (۷/۲) | ۲۲ (٥/۳) |
| برخوردخوب این پزشک با مردم | ۱۱ (٤) | ٤ (۲/۹) | ۱٥ (۳/٦) |
| آشنایی با این پزشک یا پزشک خانوادگی بیمار | ۱۲ (٤/۳) | ۲ (۱/٤) | ۱٤ (۳/٤) |
| ویزیت ارزان پزشک متخصص | ٤ (۱/٤) | ۲ (۱/٤) | ٦ (۱/٤) |
| نوشتن دارو توسط پزشکان متخصص | ۷ (۲/٥) | - (-) | ۷ (۱/۷) |
| نزدیکی منزل بیمار به این پزشک یا مرکز درمانی | ۲ (۰/۷) | - (-) | ۲ (۰/٥) |
| تعداد زیاد پزشک متخصص | - (-) | ۳ (۲/۲) | ۳ (۰/۷) |
| غیره | ٤ (۱/٤) | ۱٤ (۱۰/۱) | ۱۸ (٤/۳) |
| جمع | ۲۷۷ | ۱۳۸ | ٤۱٥ |

## بحث

تحقیق نشان دادکه در سیستم ارجاع بسته کمیته امام خود - ارجاعی ٦/۸ ٪ است، در حالیکه این میزان در بیمه روستایی ۲۹/۷٪ و در سیستم آزاد عرضه خدمات درمانی ۷٥/٥ ٪ می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از مطالعه‌ای که توسط *Hurley* در سال ۱۹۹۱ به منظور مقایسه دو نوع ساختار در بیمه *Medicaid* در یک منطقه درایالت کالیفرنیا و منطقه‌ای در نیوجرسی انجام گرفت، مطابقت دارد. در آن مطالعه اختلاف معنی‌داری در تعداد مراجعین به پزشک متخصص، در گروهی که باید ازکانال پزشک اولیه بگذرند، در مقایسه با گروهی که در انتخاب پزشک آزادی داشتند وجود داشت (۹). همچنین یافته‌های این پژوهش با مطالعات انجام شده توسط *Williams* و همکاران در مورد فرآیند ارجاع و خصوصیات آن مطابقت دارد. در این مطالعات با پزشکان ارجاع کننده و بیماران ارجاع شده مصاحبه گردید که نتایج بدست آمده موارد زیر بود:

- ۳۹ ٪ ارجاعات بنا به درخواست بیمار انجام گرفته بود.
- فقط ۱/٤٪ ارجاعات اختصاصی و مشخص و هدف آن برای پزشک مشاور معلوم بود.
- ۱/٦٪ ارجاعات به دلیل بازخورد اطلاعات از سوی پزشک مشاور به پزشک ارجاع کننده بود (۱۰).

یافته‌های این پژوهش با نتاج به دست آمده از مطالعه‌ای که توسط پژوهشگر در سال ۱۳۷٦ انجام

گرفت و در آن خود - ارجاعی به طور کلی به مراکز بیمارستانی به میزان ۴۳/۳ ٪ گزارش گردید. مطابقت ندارد (۵). در این مطالعه چنانچه در سیستم بسته ارجاع نشان داده می‌شود میزان خود - ارجاعی بسیار پایین است در حالیکه در سیستم آزاد این میزان بسیار بالا می‌باشد. در مطالعه قبلی ما سیستم بسته را مطالعه نکرده‌ایم. بنابراین میزان بالای خود - ارجاعی باعث افزایش حجم کاری بیمارستان، افزایش هزینه‌ها وکاهش کارآیی می‌گردد. از طرف دیگر درمان اغلب بیماریهای ساده‌تر که باید به وسیله کارکنان سطوح پایین‌تر سیستم عرضه خدمات انجام گیرد، توسط پزشکان متخصص که باید وقت خود را بیشتر صرف درمان بیماریهای پیچیده نمایند، صورت می‌گیرد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که یکی از عوامل مهم خود - ارجاعی بیماران دسترسی و آزادی آنان در انتخاب پزشک متخصص می‌باشد (٤). در شبکه بهداشت و درمان کاشان با توجه به وجود دانشگاه علوم پزشکی و عوامل انگیزشی دیگر نسبت متخصصین به پزشکان عمومی حدود ۰/۸ است. با توجه به استانداردهای تعیین شده برای ارزیابی وضعیت مراقبتهای اولیه، چنانچه نسبت پزشک متخصص به پزشک عمومی زیر ۰/۵ باشد نگرش سیستم به سمت مراقبت اولیه است. اگر نسبت متخصص به پزشک عمومی بین ۰/۷۵-۰/۵ باشد وضعیت سیستم متوسط و در صورتی که نسبت متخصص بالای ۰/۷۵ باشد، سیستم به عنوان تخصص‌گر ارزیابی می‌شود. بعلاوه افراد تحت پوشش کمیته امام که در سیستم ارجاع کاملاً بسته قرار دارند و افراد تحت پوشش بیمه روستایی که از کنترل و نظارت کاملی برخوردار نیستند. در حال حاضر کمتر از ۲۰٪ کل مددجویان کاشان را تشکیل می‌دهند که تأثیری بر کل سیستم نداشته و تمایل کلی به سمت تخصص گرایی وجود دارد (٤).

در این رابطه استفاده مناسب از پزشکان عمومی و متخصصین بحث‌های زیادی را ایجاد نموده است اما بیشتر مباحث متوجه سیاست‌گذاری‌هایی است که دسترسی به پزشکان متخصص را کاهش دهد. در یک مطالعه انجام شده که توسط مرکز ملی مراقبتهای سرپایی بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۲ انجام گرفت و هدف آن مقایسه و بررسی ارتباط بین ویژگیهای جمعیت‌شناسی بیماران و پزشکان و بیمه‌های سازمان حفظ سلامت بود، بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها، نشان داده شد که خود - ارجاعی در بیماران تحت پوشش بیمه *Medeicaid* $OR$=۰/۵۱ و در افرادی که به صورت آزاد هزینه بیمه را پرداخت می‌کردند $OR$=۰/۸۱ بوده است. همچنین خود - ارجاعی به متخصص در افرادی که تحت پوشش بیمه سازمان حفظ سلامت نبودند به‌طور ثابت ٤٤/۹ ٪ بود (۱۱). همچنین در یک مطالعه که توسط *Hurley* درسال ۱۹۸۹ به منظور مقایسه چهار نوع برنامه بیمه (*Medicaid*) که به طور اجباری بیماران باید قبل از مراجعه به متخصص حتماً از یک کانال ارجاع عبور کنند، به مقدار زیادی کاهش خود - ارجاعی را نشان داد. به نحوی که کاهش حداقل یک ویزیت بخش اورژانس برای هر بیمار درسال. کاهش ۳۷-۲۷ درصد مراجعه در سال برای کودکان و کاهش ٤٥-۳۰ درصد مراجعه برای بزرگسالان گزارش گردید (

٤). در مطالعه ما، بین سیستم بسته، نیمه بسته و مراجعه آزاد در میزان خود - ارجاعی رابطه معنی‌دار مشاهده شد. بین ساختار سیستم ارجاع و میزان خود - ارجاعی همبستگی وجود داشت. در یک مطالعه، *Holmes* میزان خود - ارجاعی در حلقه ارجاع بسته را برای بیماران پزشکان خانواده و بیمارانی که به طور آزاد از پزشکان عمومی استفاده می‌کردند، مقایسه کرد. میزان خود - ارجاعی درهر دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری رانشان نداد و مقدار آن حدود ۲۰ ٪ بود. این میزان با یافته مطالعه ما مطابقت ندارد. این اختلاف ممکن است به دلیل تفاوت در طراحی ساختار سه سیستم مورد مطالعه باشد (٦).

تحقیق نشان داد که خود - ارجاعی در بخش دولتی ٦٠/٥ ٪ و در بخش خصوصی ٣٦/٤ ٪ بوده است. دراین رابطه در یک مطالعه که به منظور بررسی استفاده وتداخل مسئولیتها (*Overlap*) بین پزشک عمومی و بخشهای حوادث و اورژانس درشرق لندن انجام گرفت خود - ارجاعی بیماران ۸۰ ٪، پذیرش بستری ۱۸/۱ ٪ وارجاع سرپایی ۹/٥ ٪ گزارش گردید(٤). این میزان بالا را می‌توان به ویژگی بخش اورژانس نسبت داد.

تحقیق نشان داد که به نظر بیماران مهارت بیشتر پزشک متخصص، توصیه آشنایان برای مراجعه به پزشک خاص ، تلف شدن وقت زاید برای عبور از کانال ارجاع و آگاهی نداشتن از سیستم ارجاع از عوامل مهم خود - ارجاعی بوده است: به‌طوری‌که ٥٦/٣ ٪ بیماران بخش خصوصی و ٤٩/٣ ٪ بیماران بخش دولتی مهارت پزشکی متخصص را عامل خود- ارجاعی می‌دانند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات انجام شده توسط *Vinker* و همکاران که در سال ۱۹۹۷ در اسرائیل به منظور بررسی میزان خود - ارجاعی مستقیم به متخصص انجام گرفت مطابقت دارد. درآن مطالعه دلایل بیماران برای فوریت بیماری و مراجعه برنامه‌ریزی نشده به پزشک متخصص سئوال گردید. نتایج به دست آمده شامل موارد زیر بود:

۲۹ ٪ تصور داشتند که صرفاً مشکلشان باید توسط یک متخصص حل شود، ۱۳/۹ ٪ معتقد بودند که پزشک خانواده یک فرم مشاوره یا نوشته کتبی برای متخصص نمی‌دهد که باعث مشکل آنان می‌گردد. ۱۰/٤ ٪ عدم وجود پزشک خانوده را دلیل خود - ارجاعی می‌دانستند. ۸/۲ ٪ بیماران نظر پزشکی متخصص را به جز پزشک خانواده برای مشکلشان می‌خواستند و تنها ۷/۸ ٪ اظهار کردند که مشکلشان نیاز به یک مشاوره فوری دارد.

کلیه این داده‌ها مؤید آن است که خود - ارجاعی یک پدیده پیچیده و چند بعدی است که به عوامل متعدد ساختار عرضه خدمات بهداشتی - درمانی ، نوع بیمه و پرداخت و عوامل فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی بیماران و پزشکان ارتباط دارد.

## نتیجه‌گیری و توصیه‌ها

تفاوت فاحش خود - ارجاعی در سیستم بسته عرضهٔ خدمات درمانی کمیته امام، بیمه روستایی و سیستم آزاد مراجعه اعم از بیمه‌ای و غیربیمه‌ای وجود دارد. از جمله عوامل تأثیرگذار بر میزان خود - ارجاعی، آگاهی مردم نسبت پزشک متخصص و پزشک عمومی، ساختار سیستم عرضه خدمات و عوامل دیگر فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی است که تحقیقات مشابه دیگری را در مناطق دیگر کشور توصیه کرده و نیز اقدامات لازم جهت تقویت و افزاش کارآیی و اثربخشی سیستم عرضه خدمات بهداشتی - درمانی را با توجه به

محدودیت شدید منابع ضروری می‌داند. همچنین با توجه به هزینه‌های بسیار سنگین بخشهای درمان بستری، به نظر می‌رسد تغییر ساختار درسیستم عرضه خدمات بهداشتی - درمانی یک تصمیم استراتژیک و یک امر ضروری باشد. امید است یافته‌های این پژوهش مورد استفاده استراتژیستها و برنامه‌ریزان بهداشتی، مدیران آموزشی در مراکز تربیت کادر نیروی انسانی بهداشتی، مدیران بهداشتی، مراکز عرضه خدمات بهداشتی - درمانی و دست‌اندرکاران خدمات بهداشتی در زمینه شناخت بیشتر عناصر و فرآیندهای عرضه خدمات، همچنین تقویت آگاهی و نگرش مردم، پزشکان و کارکنان سازمانهای بهداشتی - درمانی در مورد سیستم ارجاع به منظور به‌کارگیری روشهای بهینه جهت تضمین عرضه خدمات بهداشتی - درمانی به همه مردم ، قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی:**

پژوهشگر بر خود لازم می‌داند از کلیه کسانی که به هر نحو دراجرای این مطالعه او را یاری و مساعدت نموده‌اند قدردانی نماید. همچنین از حمایت و پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمه خدمات درمانی و کمیته امام کاشان به خاطر همکاری صمیمانه تشکر می‌نماید

## References:

*1- WHO. The role of hospitals in primary healthcare. Reported of a conference spinsored by the Agakhan foundation. 1981; 20.*

*2- WHO. Intercountry workshop on health management in hospitals as referral and supportive centers of primary health care. Nicosia, Cyprus. 1985:12-6.*

*3- WHO. The hospital in rural and urban districts. reported of a WHO study group on the functions of hospitals at the first referral level. Geneva. 1992; 11-18.*

*4- Starfield, Barbara. Primary care: concept. reevaluation. policy. Oxford University Press. 1992; 18-85.*

۵- رسولی نژاد س ا، بررسی سیستم ارجاع در نظام عرضه مراقبت های بهداشتی - درمانی و راه حل های اصلاح آن در شبکه بهداشت و درمان کاشان، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، ۱۳۷۶؛ ۱۱۵-۷۶.

*6- Holmes C. Toward the measurement of primary care. Milvank. Menfound. 1987: 56: 231-252.*

*7- Reagon M. Physicians as gatekeepers: A complex challenge. N Engl J Med 1987:13:1731-4.*

*8- Moore C. The case of the disappearing generalist: Dos it need to be solved? Milbank .No 2: 1983; 2: 69.*

*9- Hurldy RE. Gatekeeper effects on patterns of physician use. JOF Practice 1991:32:167-74.*

*10- Williams TF, et al. The referral process in medical care and the university clinic role. JM USA. 1961;36:899-907.*

*11- Clancy CM. Franks P. Utilization of specialty and primary care: The impact of HMO insurance and patient related factors. JOF Practice 1997:45(6):500-8.*

*12- Imanaka Y. Determinants of patient satisfacion and intention to continue services utilization: Analysis of a survey of outpatients at general Hospital. Nippon .*