

فصلنامه جهان نوین

No 1, 2018, P 1-13

سال اول، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۷، صص ۱-۱۳

(ISSN) : 2645 - 3479

شماره شاپا: (۳۴۷۹ - ۲۶۴۵)

تاثیر اجرای طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پسخوراند پزشکان بعد از طرح تحول در شهرستان بوکان
رحمن جهانگیری^۱

چکیده

هدف از این تاثیر اجرای طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پسخوراند پزشکان بعد از طرح تحول سلامت در بوکان می باشد. بر اساس نوع مطالعه، روش اجرای طرح در مطالعه کیفی مورد پژوهی با مصاحبه نیمه ساختارمند می باشد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های امار توصیفی و کمی سازی تحلیل محتوای کیفی صورت گرفت. جامعه پژوهش پزشکان مراکز سلامت و بیمارستان قلی پور بوکان بود که تعداد آنها ۲۰ نفر بودند که با توجه به محدود بودن حجم جامعه نمونه گیری بصورت کل شمار انجام گرفت. با توجه به یافته های پژوهش طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع تاثیر مثبت گذاشته البته این تاثیر بسیار چشمگیر نیست و موجبات رضایت کامل پزشکان را فراهم نکرده است همچنین طرح تحول سلامت بر پسخوراند تاثیر مثبت داشته اما این تاثیر به اندازه ای نبوده که ضعف های موجود را پوشش بدهد لذا عدم پسخوراند یا پسخوراند نامناسب در بیمارستان شهید دکتر قلی پور بوکان وجود دارد. و طرح تحول سلامت بر آن تاثیر بسیار کمی داشته است. بنابراین می توان بیان کرد که طرح تحول سلامت بر افزایش کمی میزان ارجاعات افزوده اما نتوانسته بر کیفیت تاثیر بگذارد و همچنین عدم بهبود مناسب پسخوراند را می توان در عدم توانایی این مراکز در ارتباط و هماهنگی بین سطوح مختلف ارجاع دانست به نظر می رسد با وجود تغییر اندک در میزان پسخوراند اما مراکز در بهبود وضعیت پسخوراند پزشکان موفقیت چندانی بدست نیاورده اند و میزان پسخوراند بسیار پایین می باشد.

واژه های کلیدی: نظام ارجاع، پسخوراند پزشکان، طرح تحول سلامت، بوکان

۱ - کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی rahmanjahan1353@gmail.com

مقدمه و بیان مساله

در دو دهه اخیر نظامهای سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه‌های اصلاحی تحت فشار قرار گرفته‌اند. اگرچه اهداف اصلاحات برحسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی در ظاهر میتواند متفاوت از هم باشد ولی در حالت کلی تامین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامتی هدف اصلی هر نظام اصلاحی است. بدون شک نظام سلامت ایران علی‌رغم دستاوردهای متعدد و بسیار ارزشمندی که در چند دهه اخیر داشته است دچار چالش‌ها و مشکلات متعدد نیز می‌باشد. اصلاحات در نظام سلامت ایران به دلایل مختلف همچون همه نظام‌های سلامت در جهان اجتناب ناپذیر است (متلق، ۲۰۱۰). نظام ارجاع از آغاز حرکت خود در بستر پزشکی خانواده تاکنون متأسفانه نتوانسته است چنان کارآمد و هماهنگ عمل کند که پاسخوگی نیازهای بیماران باشد. حرکت در این بستر لغزناگاهی به قفل شدن مسیر درمان بیماران می‌انجامد و حلقه‌های ناقص فراوانی بیمار را در قسمتی از مسیر ارجاع به خروج از آن ترغیب می‌کند، کمبود برخی امکانات درمانی، سوء مدیریت در بخش درمان، عدم رغبت و همکاری متخصصین به خصوص در بخش خصوصی و عدم توجه متخصصین بیمارستان‌های آموزشی و دستیاران با نحوه اجرای طرح و الزمات آن و شاید از همه مهمتر بی‌اعتقادی آنها به اهمیت و هزینه اثر بخش بودن نظام ارجاع در کشور از مهمترین عوامل بازدارنده روند تکامل و بالندگی این طرح ملی در گستره بازه زمانی چندین ساله از آغاز آن بوده است (کلمن، ۲۰۰۱). نظام ارجاع در بستر پزشکی خانواده در کشور که تقریباً به طور تام‌های به سیستم‌های آموزشی و دانشگاهی وابسته است و بدتر از آن به آنها ختم میشود. یکی بودن نظام درمانی دولتی و نظام آموزشی کشور لطمات جبران ناپذیری را بر پیکره درمان کشور وارد ساخته است (داوودی، ۲۰۰۶). نظام ارجاع به گونهای انحصاری و اجباری قدرت انتخاب را از بیمار سلب کرده است. اعتماد و اعتقاد بیمار به پزشک از ضرورترین پیش نیازها برای درمان موفق هر بیماری است. هنگامی که پزشک و کانال درمان به بیمار تحمیل میشود. نتیجه‌ای جز بی‌اعتمادی بیمار، کاهش احتمال موفقیت در درمان، تکرار فرآیندهای درمانی و افزایش هزینه‌ها را در پی نخواهد داشت. در نظام ارجاع کنونی، بیمه شده محکوم به تبعیت از سیستمی پرنقیضه است. در حالی که می‌توان مسیره‌های ارجاع متفاوت با فرانشیزگوناگون برای افزایش قدرت انتخاب بیماران در این نظام ارجاع را تعریف نمود (فرسودی، ۲۰۱۲).

هدف از طرح تحول نظام سلامت حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت ا فشار آسیب پذیر از طریق سامان دهی تامین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. کلیه ایرانیان واجد بیمه پایه سلامت مراجعه کننده به بیمارستان‌های

وابسته به وزارت بهداشت و درمان جمعیت هدف طرح تحول نظام سلامت هستند. بر اساس اهداف طرح بیمارستان‌های دولتی مکلف هستند تمام خدمات تشخیصی و درمانی و دارو و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی مشمول برنامه رابرای کلیه بیماران بستری در همان بیمارستان و یا درزنجیره تامین خدمات فراهم نمایند. بیماران بستری واجد بیمه سلامت باید ۱۰ درصد از مبلغ صورتحساب تنظیمی را بر اساس تعرفه و قیمت مصوب پرداخت نمایند و روستائیان و عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که دارای دفترچه بیمه روستایی هستند و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه مراجعه کنند ۵ درصد از هزینه خدمات را پرداخت میکنند (امین رعایا، ۱۳۹۴). قابل ذکر است در شهر و یا شهرستان‌هایی که فاقد بیمارستان دولتی است بیمارستان‌های غیر دولتی مشمول طرح تحول نظام سلامت هستند. بر اساس این طرح، اکیدا بیماران نایستی برای خرید تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان ارجاع گردند. از جمله اهداف دیگر طرح جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته به منظور افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت در سطح دوم و سوم و ارتقای کیفیت خدمات است. در طرح تحول نظام سلامت به منظور بهره‌مندی به هنگام مردم از خدمات از طریق حضور دایم پزشکان متخصص در بیمارستان در قالب پزشک مقیم امکان پاسخگویی و ارائه به موقع خدمات درمانی و انجام به موقع ویزیت بیماران و اعمال جراحی و غیره فراهم شده است. همچنین در این طرح بر ارتقای کیفیت خدمات ویزیت با استاندارسازی و ارتقای کیفیت خدمات سرپایی و جذب پزشکان کار آزموده و افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان و بهبود فرآیندهای آموزشی تاکید شده است (آخوندزاده، ۱۳۹۳). در راستای تحول نظام سلامت یک پارچه‌سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استاندارسازی آنها براساس نیازها و انتظارات گیرندگان خدمت طراحی شده است و محورهای اصلی ساختمان و تاسیسات، تجهیزات و امکانات، خدمات رفاهی، نظافت و بهداشت، تغذیه بیمار، امور اداری و گردش کار منابع انسانی را در بر می‌گیرد. حفاظت مالی از بیماران خاص و صعب‌العلاج در برابر هزینه‌های کمرشکن که از جمله مشکل جدی حوزه درمان بوده در این طرح به صورت جدی آورده شده است و شیوه‌نامه‌هایی اجرایی آن در حال تدوین است. ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق برنامه ترویج زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین به ۲۵-۳۰ درصد موارد از جمله اهداف طرح بوده و در همین راستا هزینه زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی رایگان بوده و افزایش رضایت‌مندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق‌های زایمان مد نظر می‌باشد (معاونت بهداشت و درمان، ۱۳۹۴).

در عصر حاضر که نظام سلامت ما با چالش‌های عملکردی قابل توجهی مانند ضعف شدید برابری در دسترسی مالی و جغرافیایی به خدمات سلامت، کیفیت بسیار اندک مراقبت‌ها به‌ویژه در مراکز دولتی و دانشگاهی، پرداخت سهم عمده‌ای از هزینه‌های سلامت از جیب مردم و افتادن آن‌ها به ورطه فقر و فلاکت، عدم رضایت و اعتماد

جامعه به خدمات ارائه شده آنها، مدیریت ناکارا و غیر اثربخش مراقبت های بهداشتی، کیفیت ناچیز فضاها و تسهیلات بیمارستان ها، ضعف مفرط در نظام بیمه سلامت و ناکارآمد بودن بیمه های کشور، حضور اندک پزشکان در مراکز و بیمارستان های دولتی و عدم مشارکت آن ها در حل معضلات نظام سلامت و نیز فقدان نظام ارجاع جهت بهره گیری مناسب و بجا از خدمات بهداشتی مواجه است، بیش از پیش ضروری می نماید (صالحی و همکاران، ۲۰۱۴). در این راستا در یک سال اخیر، متولیان سلامت کشور این مشکلات را احساس نموده و بر آن شدند که طرحی را به عنوان طرح تحول نظام سلامت طراحی و به مورد اجرا گذارند. این طرح شامل هفت محور در رابطه با کاهش میزان پرداختی بیماران بستری بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان مقیم در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، حفاظت مالی از بیماران صعب العلاج، خاص و نیازمند و ترویج زایمان طبیعی می باشد که امید می رود اجرای آن بتواند بسیاری از معضلات موجود را مرتفع نماید (کارگروه سیاست گذاری، ۱۳۹۳).

با توجه به این که ارزشیابی برنامه ها از ارکان اساسی موفقیت آنها و از مهم ترین کارکردهای مدیریت به شمار می آید، لذا ضروری است تمامی برنامه ها در مورد نحوه اجرا و دستاوردهای خود مورد ارزیابی و قضاوت قرار گیرند تا در صورت لزوم، اصلاحات لازم در مورد آنها اعمال و کاستی های موجود مرتفع گردد (سانگ و همکاران، ۲۰۱۴). نظر به نوپا بودن طرح تحول نظام سلامت و لزوم پایش و ارزشیابی آن و با توجه به عدم انتشار هرگونه پژوهشی درخصوص وضعیت طرح و تأثیرات مثبت و منفی آن به ویژه در کلانشهرها، پژوهش حاضر درصدد بررسی تاثیر استقرار مراکز سلامت جامعه در طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پسخوراند پزشکان می باشد و پژوهشگران امیدوارند با شناسایی چالشهای اساسی فراروی طرح و ارائه پیشنهادات کاربردی جهت مرتفع نمودن آنها، بتوانند کمک مؤثری به اجرای موفقیت آمیز این طرح و ارتقای وضعیت نظام سلامت بردارند. بررسی وضعیت این نظام از نظر نظام ارجاع و پسخوراند پزشکان بعد از اجرای طرح تحول سلامت برای برنامه ریزی های آینده و بهبود وضعیت موجود به مطلوب و همچنین شناسایی نقاط ضعف و قوت برنامه اهمیت فراوانی دارد بنابراین در این مطالعه سعی بر آن است تا تاثیر طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پسخوراند پزشکان در شهرستان بوکان مورد ارزیابی قرار گرفته و راه کارهایی برای بهبود شرایط پیشنهاد گردد.

روش شناسی

بر اساس نوع مطالعه کاربردی، روش اجرای طرح در مطالعه کیفی با استراتژی مورد پژوهی - توصیفی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند می باشد. در پژوهش حاضر از روش نشانه گذاری - تحلیل محتوا برای تحلیل کمی

اطلاعات استخراج شده از مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شد. پژوهش های موردی شامل نوعی بررسی تفصیلی (همراه با داده های اطلاعاتی در یک دوره زمانی) از یک یا چند سازمان یا از گروه های درون سازمانی است که به هدف ارائه ی تحلیل از زمینه و فرآیندهای دخیل در پدیده ی مورد بررسی انجام می شود. برای بررسی روند بار مراجعین و همچنین مقایسه بار مراجعین قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت به ترتیب از نمودار خطی و ستونی اکسل و با رسم **error bar** بر روی نمودار میانگین استفاده شده و ملاک معنی داری، عدم همپوشانی خط **error bar** میانگینها در نظر گرفته میشود. در این پژوهش جامعه آماری تمامی پزشکان عمومی مستقر در مراکز سلامت و مراکز وابسته به بیمارستان شهید دکتر قلی پور بوکان می باشند. با توجه به اینکه در پژوهش های کیفی تعیین نمونه هدفمند کاربرد بیشتری دارد و سعی بر جمع آوری داده ها از مطلع ترین افراد است مصاحبه با پزشکان در بیمارستان شهید قلی پور بوکان که با نظام ارجاع آشنایی کامل داشته و از ابتدای برنامه طرح سلامت، جزء دست اندرکاران این طرح بوده اند، انجام می شود. که با توجه به اینکه تعداد کل این پزشکان ۲۰ نفر می باشد و تعداد نمونه محدود می باشد از روش نمونه گیری کل شمار یا سیستماتیک برای انتخاب نمونه ها استفاده و تعداد نمونه برابر جامعه می باشد. در این پژوهش از ابزار مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شد. برای تعیین روایی ابزار از روش روایی صوری و محتوا استفاده شد که مصاحبه نیمه ساختارمند توسط ۱۰ تن از اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تایید شد. پایایی نیز با توجه به وجود اهداف مشخص، استفاده از چند مصاحبه گر در جهت رفع سوگیری های احتمالی، افزایش تعداد مصاحبه شوندگان ارتقا یافت.

روش اجرا

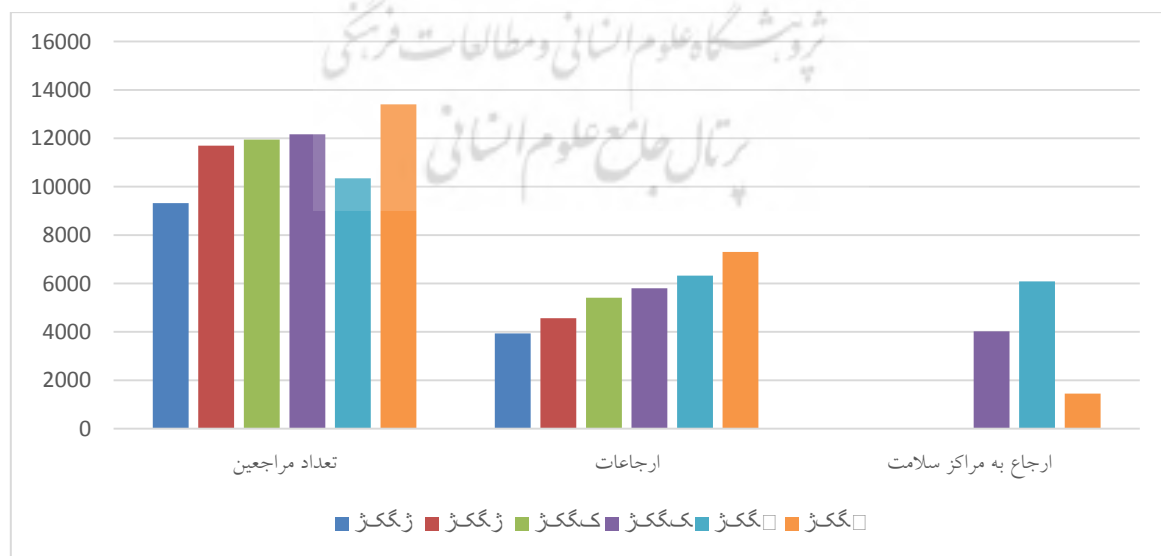
در مصاحبه نیمه ساختارمند، این سؤالها در مرحله اول با بررسی متون و نظرهای مشاور آگاه به موضوع طراحی شد، سپس به صورت پایلوت، مصاحبه ای با یک نفر کارشناس با تجربه که سابقه کار در ارتباط با موضوع را داشت، انجام شد و نواقص آن رفع گردید. مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین ۷۰-۵۰ دقیقه بود. مصاحبه ها در محل کار شرکت کنندگان انجام گرفت. محتوای مصاحبه ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه از روی نوار پیاده شد و به عنوان راهنما در مراحل بعدی کار استفاده گردید. از چهار معیار مقبولیت، همسانی، تعیین و انتقال پذیری برای ارزیابی روایی و دقت و پایایی داده های کیفی استفاده شد. و برای افزایش روایی و پایایی داده ها مواردی همچون تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها و حسن ارتباط با شرکت کنندگان در تحقیق و استفاده از دو منشی برای ضبط و ثبت داده در طول اجرای پژوهش لحاظ شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS استفاده می شود. که این نرم افزار در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی، داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند. در بخش آمار توصیفی از آزمون های میانگین، انحراف

استاندارد و.. برای توصیف ویژگی‌های دموگرافیک جامعه استفاده شد. برای تبیین سوال‌های پژوهش از روش تحلیل محتوا برای استخراج مقوله‌های مورد نظر در مصاحبه نیمه ساختارمند اجرا شده استفاده، مقوله‌ها نشانه گذاری، کد گذاری و شمارش شده و بعد از استخراج بصورت داده‌های کمی با شاخص‌های مرکزی و روش شمارش تجزیه و تحلیل آماری شدند. برای بررسی روند بار مراجعین و همچنین مقایسه بار مراجعین قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت به ترتیب از نمودار خطی و ستونی اکسل و با رسم **error bar** بر روی نمودار میانگین استفاده شده و ملاک معنی داری، عدم همپوشانی خط **error bar** میانگین‌ها در نظر گرفته می‌شود.

یافته های تحقیق

با توجه به نتایج توصیف ویژگی‌های دموگرافیک تحقیق نشان می‌دهد که اکثر پاسخگویان ۵ نفر (۲۵/۰٪) در گروه سنی ۳۹-۴۱ و تنها ۳ نفر در گروه ۴۲-۴۴ سال می‌باشند. کمترین سن ۳۳ سال و بیشترین آن ۴۶ سال می‌باشد. بر اساس اطلاعات گردآوری شده مشخص گردید که ۱۳ نفر از پاسخگویان مورد مطالعه مرد (۶۵/۰٪) و ۷ نفر باقیمانده (۳۵/۰٪) زن می‌باشند. اکثر پاسخگویان ۹ نفر (۴۵/۰٪) دارای سابقه ۴-۱ سال می‌باشند و ۱ نفر (۵/۰٪) دارای سابقه کار ۱۹-۲۲ سال می‌باشند. میانگین سابقه کار کارشناسان بطور متوسط ۱/۹۰ سال می‌باشد. کمترین سابقه کار ۱ سال و بیشترین آن ۱۹ سال می‌باشد. ۱۹ نفر (۹۵/۰٪) از پاسخگویان پزشک عمومی و تنها یک نفر (۵/۰٪) از آنها دارای مدرک کارشناس شنوایی می‌باشد. بر اساس اطلاعات گردآوری شده مشخص گردید که ۶۵/۰ درصد از پاسخگویان (۷/۶-۸/۴) ساعت در روز مشغول به کار هستند و تنها ۱ نفر از آنها ساعات کاری بین ۴/۹-۵/۷ دارند. اکثر پاسخگویان (۸۵/۰٪) یک مرکز را تحت پوشش خود قرار می‌دهند.



(نمودار ۱) مقایسه تعداد ارجاعات در بازه زمانی

نتایج نمودار ۱، بیانگر این موضوع است که تعداد مراجعین در بین سال‌های مختلف بازه زمانی پژوهش (۱۳۹۰-۱۳۹۵) تقریباً در یک حد و با فراز و نشیب‌های اندکی همراه بوده، اما میزان ارجاعات هر ساله افزایش یافته و همچنین ارجاع به مراکز سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳) ایجاد و رشد داشته است. اما به یکباره در سال ۹۵ میزان ارجاع به مراکز سلامت به شدت کاهش یافته است.

میزان آشنایی با طرح تحول سلامت

بر اساس جدول (جدول ۴-۲۲) اکثر پاسخگویان تا حد متوسطی (۵۳/۴٪) با طرح سلامت آشنایی داشته اند.

کفایت تخصص مراکز سلامت

بیشتر پاسخگویان (۴۱/۱٪) معتقدند که مراکز سلامت از تخصص کافی برای ارائه خدمات برخوردار نیستند.

هماهنگی دو طرفه پزشکان و کارشناسان

از دیدگاه پاسخگویان (۵۲/۴٪) هماهنگی دو طرفه میان پزشکان و کارشناسان وجود دارد

ارزیابی وضعیت نظام ارجاع

غالب پاسخگویان (۲۸/۶٪) وضعیت نظام ارجاع را در حد خوب ارزیابی نموده اند

تأثیر طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع

بر اساس نظر پاسخگویان تأثیر طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع خوب (۴۲/۹٪) می باشد.

کفایت آموزش پزشکان درباره نظام ارجاع

از نقطه نظر اکثر پاسخگویان (۲۹/۸) پاسخگویان آموزش پزشکان درباره طرح سلامت کافی نیست.

وضعیت ارجاع بیماران در قبل و بعد از طرح سلامت

بیشتر پاسخگویان (۳۴/۳٪) معتقدند که وضعیت ارجاع بیماران نسبت به قبل بهتر شده است

تأثیر ارجاع نامناسب و عدم ارائه مناسب پسخوراند

به عقیده بیشتر پاسخگویان (۶۹/۷٪) ارجاع نامناسب یکی از دلایل عدم ارائه مناسب پسخوراند می باشد

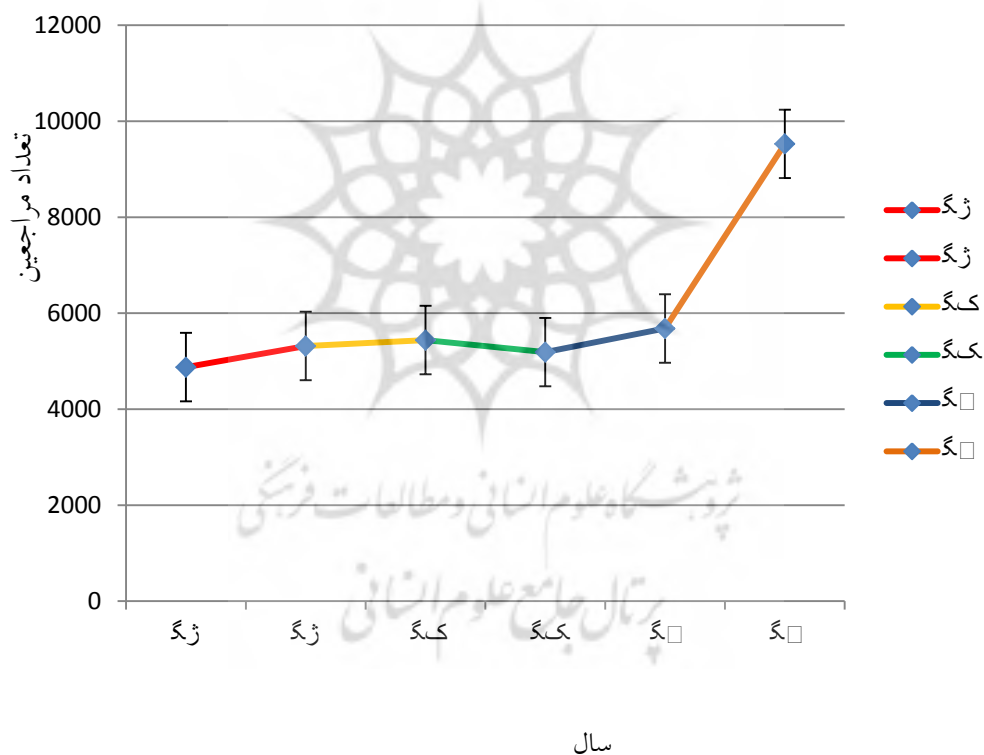
تاثیر ارجاع نامناسب و آموزش ناکافی پزشکان

بر اساس یافته‌های جدول (۴-۳۳)، ارجاع نامناسب بیماران موجب آموزش ناکافی و یا غیر اثربخش پزشکان در طرح تحول سلامت می‌گردد. (۶۶/۷٪)

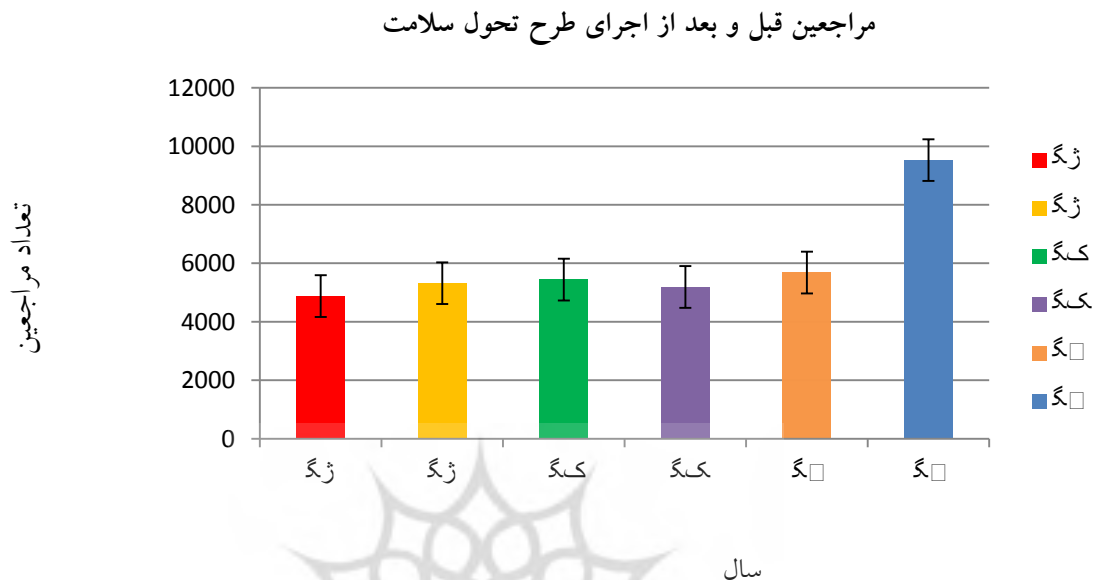
تاثیر طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پس‌خوراند

اکثر پاسخگویان (۶۶/۷٪) معتقدند طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پس‌خوراند دارای تاثیر می‌باشد.

- بررسی روند بار مراجعین بر مبنای نمودار خطی به همراه Error bar



- مقایسه بار مراجعین قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت به همراه Error bar



بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان می دهد که تعداد مراجعین در بین سال های مختلف بازه زمانی پژوهش (۱۳۹۰-۱۳۹۵) تقریباً در یک حد و با فراز و نشیب های اندکی همراه بوده، اما میزان ارجاعات هر ساله افزایش بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳) ایجاد و رشد داشته است. همچنین غالب پاسخگویان (۲۸/۶) وضعیت نظام ارجاع را در حد خوب ارزیابی نموده اند همچنین تاثیر طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع خوب (۴۲/۹)، از نقطه نظر اکثر پاسخگویان (۲۹/۸) پاسخگویان آموزش پزشکان درباره طرح سلامت کافی نبوده و بیشتر پاسخگویان معتقدند که وضعیت ارجاع بیماران نسبت به قبل از طرح تحول سلامت بهتر شده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت در کل طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع تاثیر مثبت گذاشته البته این تاثیر بسیار چشمگیر نیست و موجبات رضایت کامل پزشکان را فراهم نکرده است. همچنین از دیدگاه پاسخگویان هماهنگی دو طرفه میان پزشکان و کارشناسان وجود دارد اما به نظر نمی رسد پاسخورانده پزشکان در سطح مطلوبی باشد چرا که به عقیده بیشتر پاسخگویان (۶۹/۷٪) ارجاع نامناسب یکی از دلایل عدم ارائه مناسب پاسخورانده می باشد اما اکثر پاسخگویان معتقدند طرح تحول سلامت بر نظام ارجاع و پاسخورانده دارای تاثیر می باشد. لذا می توان گفت که طرح تحول سلامت بر پاسخورانده تاثیر مثبت

داشته اما این تاثیر به اندازه ای نبوده که ضعف های موجود را پوشش بدهد لذا عدم پسخوراند یا پسخوراند نامناسب در بیمارستان شهید دکترقلی پور بوکان وجود دارد. و طرح تحول سلامت بر آن تاثیر بسیار کمی داشته است.

یافته های تحقیق حای از آن است که طرح تحول سلامت بر میزان ارجاعات تاثیر محسوسی نداشته اما بر کیفیت ارجاعات و پسخوراند پزشکان موثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج قلی پور (۱۳۹۴)، نصیری پور (۱۳۹۳)، گل علی زاده و همکاران (۱۳۹۰) و شیروانی (۱۳۹۱) هم راستا می باشد. قلی پور (۱۳۹۴) بیان می کند که خط مشی گذاران بایستی تدابیر لازم برای برطرف ساختن چالش های ارجاع را مد نظر قرار دهند. نصیری پور (۱۳۹۳) در بررسی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال های ۱۳۸۵-۹۰، میزان آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش با میانگین و انحراف معیار $0/45 \pm 2/05$ ؛ نامطلوب، میزان دانش و مهارت و مسئولیت پذیری کارکنان سلامت با میانگین و انحراف معیار $1/23 \pm 3/45$ ؛ مطلوب، همکاری پزشکان متخصص مستقر در سطح دو برنامه پزشک خانواده با میانگین و انحراف معیار $0/88 \pm 1/67$ ؛ نامطلوب، امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده با میانگین و انحراف معیار $0/6 \pm 3/02$ ؛ مطلوب و وضعیت کلی ارجاع به سطح دو با میانگین و انحراف معیار $1/03 \pm 2/87$ نامطلوب ارزیابی شد. وضعیت ارجاع به سطح دو، در مطالعه حاضر نامطلوب بود. پیشنهاد می شود، سهولت دسترسی به خدمات تخصصی سطح دو، آموزش های مربوط و مداخلات در زمینه آشنایی بیشتر مردم و کارکنان بهداشتی و درمانی با اهداف برنامه پزشک خانواده انجام شود. شیروانی (۱۳۹۱) میزان رعایت قواعد نظام ارجاع در خیلی از موارد در استان های شمالی کشور تفاوت معنی دار وجود داشت. نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده مطلوب نبوده و نیاز به مداخله و بهبودی دارد. گل علی زاده و همکاران (۱۳۹۰) بیان کرد که عوامل متعددی بر کیفیت نظام ارجاع به ویژه ارجاع سطح ۲ برنامه پزشک خانواده تاثیر می گذارد و این عامل ها به صورت زنجیره ای، به وجود آورنده معلول های متعددی می باشند یا به صورت متقابل علت و معلول یکدیگرند. سطح ۲ ارجاع، سطحی تخصصی است که مقرر گردید به نیازهای بهداشتی و درمانی مراجعین ارجاع شده از سطح یک پاسخ گوید ولی به دلیل ضعف در تعیین خط و مشی ها، این وظیفه به نحو مطلوبی انجام نمی گیرد و بیماران به دلایلی همچون مدت زمان ناکافی حضور پزشکان متخصص در کلینیک، برخورد نامناسب، توجیه نبودن پرسنل مستقر در این سطح و بعضی برخوردهای نامناسب ارائه دهندگان خدمت ناراضی هستند و این موضوع مشکلاتی همچون عدم مراجعه بیمار به سطح ۱، یاس و ناامیدی از نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده، تحمیل هزینه به بیمار به علت مراجعه به سایر بخش ها برای درمان بیماریش و تبلیغ نادرست برای نظام سلامتی که برای پیشبرد اهدافش نیاز به همکاری و مشارکت جمعی دارد را به وجود می آورد در سطح ۲ ارجاع، بایستی اقدامات انجام شده برای بیماران ارجاع شده ثبت و پسخوراند آن به سطوح پایینتر ارسال گردد تا پرسنل شاغل در سطح یک علاوه بر اطلاع از وضعیت بیمار و

اقدامات انجام شده، از بار آموزشی این نظام سود، ببرند که متأسفانه در این پژوهش در ارائه پسخوراند از سطح ۲ به ۱ مصاحبه شوندگان مشکلاتی همچون عدم ارائه پسخوراند توسط بعضی از پزشکان متخصص و پسخوراند بدون کیفیت را متذکر شدند.

مراجعه مستقیم مردم به مرکز بهداشتی درمانی مغایر با اعلامیه جهانی آلمانا (پارک، ۲۰۰۴) و اهداف نظام شبکه بهداشت و درمان ایران که استفاده از کارکنان غیرپزشک (بهورز) را یکی از راهکارهای موثر کاهش هزینه در سطح بندی خدمات همواره مورد تاکید قرار می‌دهد، بوده و می‌تواند منجر به تضعیف نظام ارجاع در سطح اول شبکه شود (پيله رودی، ۱۹۹۹). شاید افزایش مراجعه مستقیم بیماران به پزشک خانواده وابسته به اعمال نظر بعضی از مدیران و کارشناسان ستادی شهرستان باشد که معتقدند اگر دسترسی مردم به پزشک خانواده منوط به ارجاع بهورز شود، نارضایتی مردم را افزایش خواهد داد چرا که بعضی از مردم مراجعه به خانه بهداشت و تهیه فرم ارجاع از بهورز را یک کار اضافی و بدون فایده می‌دانند (شمس، ۲۰۱۱). در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که طرح تحول سلامت توانسته بر میزان ارجاعات بر اساس پسخوراند پزشکان تاثیر گذار باشد اما این طرح بر کیفیت ارجاعات و آموزش پزشکان و پزشکیاران مراکز سلامت تاثیری نداشته است و هنوز طرح تحول با مشکلاتی در این زمینه علی‌الخصوص آموزش پزشکان و آشنایی با طرح تحول سلامت و همچنین بهره‌گیری از افراد متخصص و ماهر در مراکز سلامت دست به گریبان است و بهبود ایجاد شده در وضعیت ارجاع و پسخوراند سطحی بوده و رضایت پزشکان را به همراه ندارد.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود با ایجاد دوره های آموزشی و کارگاه های تخصصی برای پزشکان و بهورزان سلامت ابتدا آموزش‌هایی در مورد طرح تحول سلامت و ابعاد آن و دوما راهکارهای ایجاد هماهنگی و ارتباط بین پزشکان و بهورزان مراکز سلامت آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی به بهورزان و پزشکان خانواده مستقر در مراکز سلامت برای افزایش توانایی های تخصصی و علمی داده شده و پزشکان در مورد این توانایی ها و کفایت تخصصی افراد حاضر در مراکز استقرار سلامت اطلاع رسانی شود تا میزان ارجاعات در این بخش افزایش یابد. در نهایت پیشنهاد می‌شود تا با بهبود برنامه‌های این طرح روبه‌رو به بهبود ادامه یافته و نقاط ضعف پوشش داده شود و نقاط قوت تقویت تر شوند.

منابع

۱. آخوندزاده، رضا؛ (۱۳۹۳) طرح تحول نظام سلامت، فرصت یا تهدید برای پزشکان، فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۵، شماره ۱،
۲. امین الرعایایی، محمدرضا و سیدحسین شهشانی، (۱۳۹۴)، بررسی مقایسه ای رضایتمندی بیماران و کادر درمانی در پژوهشهای انجام شده پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، اولین همایش بین المللی حسابداری، حسابرسی مدیریت و اقتصاد، اصفهان، دبیرخانه همایش، <https://www.civilica.com/Paper-CAAME> -۰۱ CAAME_۰۱_۲۶۰.html.
۳. قلیپور، ر. (۱۳۸۷). تصمیم گیری سازمانی و خط مشی گذاری عمومی. تهران: سمت.
۴. کارگروه سیاستگذاری. (۱۳۹۳). مجموعه دستورالعملهای طرح تحول نظام سلامت در ایران. تهران؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
۵. گلعلیزاده و همکاران (۱۳۹۰)، چالشهای سطح دوم ارجاع در برنامه پزشک خانواده: پژوهش کیفی، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران / دوره ۲۹؛ شماره ۴.
۶. معاونت درمان. (۱۳۹۳). مجموعه دستورالعمل های برنامه تحول نظام سلامت. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بازیابی ۴ بهمن، از <http://darman.umsu.ac.ir/uploads/vizit> ۰۶۱۶۶۲.pdf.
۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۱). آنچه باید در مورد پزشک خانواده بدانی . م تهران: مرکز مدیریت شبکه.

منابع لاتین

۱. Ali Jadoo SA, Aljunid SM, Sulku S, Muhammad Nur A. (۲۰۱۴). Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. BMC Health Services Research.
۲. Coleman P, Irons R, Nicholl J. (۲۰۰۱). Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency. Emerg Med J; ۱۸(۶).
۳. Davoudi S. (۲۰۰۶). Introduction to health Sector Reform. ۱st ed. Tehran: Asare Mouaser; p. ۲۳۳-۲۳۷ (Persian).

۴. Esmailzadeh H, Rajabi F, Rostamigooran N, Majdzadeh R. (۲۰۱۳). Iran Health System Reform Plan Methodology. *Iranian J Publ Health*. ۴۲(۱):.۷-۱۳.
۵. Ferdosi M, Vatankhah S, Khalesi N, Ebadi Fard Azar F, Ayoobian A.(۲۰۱۲). Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. *Iranian Journal of Military Medicine*; ۱۴(۲): ۱۳۵-۱۲۹(Persian.)
۶. Jin N, Boyd D, Chen W.(۲۰۱۴). The Effects of Health System Reform on Access to Health Services and Medicines for Patients with Chronic Noncommunicable Diseases in Hangzhou and Baoji, China. New York: Duke Global Health Institute, Duke University; pp: .(۳۱-۲۴).
۷. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bast.as G, Chopra M, Ciapponi A, et al.(۲۰۰۸). Supporting the delivery of cost-eff ective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet* ۲۰۰۸; ۳۷۲: .۳۹-۹۲۸.
۸. Long Q, Xu L, Bekedam H, Tang S. (۲۰۱۳). Changes in health expenditures in China in ۲۰۰۰s: has the health system reform improved affordability. *International Journal for Equity in Health*. ۱۲(۴۰): .۸-۱.
۹. Medical Sciences. (۲۰۱۴). *Eastern Mediterranean Health Journal*. ۲۰(۳):.۶۱-۱۵۱.
۱۰. Park JE, Park AK. (۲۰۰۴). *Park's textbook of preventive and social medicine Vol ۲*. (Trans.Shodjai-Tehrani H). ۲nd ed. Tehran: Samat (Persian).
۱۱. Pileroudi S.(۱۹۹۹). *Township network health and treatment*, Unisef, p. ۳۳-۳۲(Persian).
۱۲. Rajabi F, Esmailzadeh H, Rostamigooran N, Majdzadeh R.(۲۰۱۳). What must be the Pillars of Iran's Health System in ۲۰۲۵? Values and Principles of Health System Reform Plan. *Iranian J Publ Health*. ۴۲(۲):.۲۰۵-۱۹۷.
۱۳. Salehi A, Harris N, Lotfi F, Hashemi N, Kojouri J, Amini M.(۲۰۱۴). Reform in medical and health sciences educational system: a Delphi study of faculty members' views at Shiraz University of Sang S, Wang Z, Yu C. Evaluation of Health Care System Reform in Hubei Province, China. *Int J Environ Res Public Health* ۱۱: .۷۷-۶۲.