

## *Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders` Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study*

Khadije Safizadehe Chamokhtari<sup>1</sup>,  
Ghasem Abedi<sup>2</sup>,  
Aboalfazl Marvi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MSc Student in Health Care Management, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Healthcare Management, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received April 3, 2016 ; Accepted April 21, 2018)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Leveling of health services and resources is implemented in Iran to promote the health situation and preventing unnecessary visits and waste of human and financial resources. The relationship between these levels is built through referral system. The aim of this study was to analyze the patient referral system at all levels of the health system using Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) approach.

**Materials and methods:** This qualitative study was done by semi-structured and in-depth interviews in 2016. The sample size consisted of 20 people including administrative officers, family physicians, executive managers, and individuals working in insurance sector and 10 people receiving insurance services who were selected purposefully. Data was analyzed using content and structural analysis.

**Results:** The strengths included: reducing the costs, providing equitable access to health services, promoting the health level, and providing services in an evolutionary level. The weaknesses included not informing the people, physician issues, poor monitoring and evaluation, management issues, payment mechanisms, electronic health records, insurance organizations, and inadequate facilities and equipment of health centers. Opportunities included: the importance of health and health care for the leadership and the parliament, job creation, active participation of the private sector, the high level of literacy of the target group (people), and the cooperation of insurance organizations. The threats included lack of coordination and alignment between policy makers and planners, the therapeutic focus of health system, lack of attention of people to health care, and the influences of private sector.

**Conclusion:** The appropriate implementation of referral system promotes the health of society and increases the healthcare burden. But today, it does not follow its own rules which is caused by different factors. Therefore, health authorities should address these by appropriate planning and timely actions.

**Keywords:** referral system challenges, strength, weakness, referral system, family physician

## تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشکی خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی

خدیجه صفی زاده جم مختاری<sup>۱</sup>

قاسم عابدی<sup>۲</sup>

ابوالفضل مروی<sup>۱</sup>

### چکیده

**هدف:** بمنظور ارتقاء سلامت و جلوگیری از مراجعه مکرر و غیرضروری به مراکز تخصصی و اتلاف منابع، نظام سطح بندی خدمات اجرا شد، که ارتباط بین این سطوح از طریق نظام ارجاع صورت می گیرد. هدف این مطالعه، تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشکی خانواده شهری با رویکرد SWOT بود.

**مواد و روش ها:** این پژوهش کیفی با روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته در سال ۱۳۹۵ انجام شد. حجم نمونه شامل ۲۰ نفر از کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و ۱۰ نفر از دریافت کنندگان خدمات بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. پس از انجام مصاحبه ها، اطلاعات به روش تحلیل ساختار و درون مایه تحلیل گردید.

**یافته ها:** نقاط قوت شامل: کاهش هزینه ها، دسترسی عادلانه، ارتقاء سطح سلامتی و ارائه خدمات به صورت سطح بندی تکاملی بودند. نقاط ضعف شامل عدم آگاه سازی مردم و مسائل مربوط به پزشکان، کیفیت نظارت، مدیریت، مکانیسم پرداخت، پرونده الکترونیک سلامت، سازمان های بیمه گر و امکانات ناکافی مراکز بهداشتی درمانی بودند. فرصت ها شامل: اهمیت سلامت نزد رهبری و مجلس، اشتغال زایی، بخش خصوصی، همکاری سازمان های بیمه گر و سطح سواد بالای گروه هدف (مردم) و تهدیدها شامل: نبودن هماهنگی و همسویی بین سیاستگذاران، درمان محور بودن نظام سلامت، کم توجهی مردم به مراقبت های بهداشتی و رسوخ بخش خصوصی بودند.

**استنتاج:** نتایج نشان داد اگرچه اجرای صحیح نظام ارجاع سبب ارتقاء سلامت جامعه و کاهش هزینه های بهداشتی درمانی می شود، اما در شرایط فعلی این سیستم از قواعد خود پیروی نمی کند. که با عوامل متعددی در ارتباط است که اهتمام جدی، برنامه ریزی صحیح و اقدام به موقع مدیران نظام سلامت را بمنظور مرتفع نمودن آنها، طلب می کند.

**واژه های کلیدی:** چالش های نظام ارجاع، نقاط قوت و ضعف نظام ارجاع، پزشکی خانواده

### مقدمه

طرح پزشکی خانواده شهری به عنوان یکی از برنامه های توسعه نگر برای بهره مندی مردم از خدمات سلامت از طریق نظام ارجاع از سال ۱۳۹۱، در دو استان فارس و مازندران اجرا شد (۱).

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۴۱۸ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: s5510.1371@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** خدیجه صفی زاده - ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، گروه مدیریت بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۲/۱۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۲/۱

در برنامه پزشک خانواده، سلامت نگری، محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی آن، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامت در حدود بسته تعریف شده، به فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است. در صورت نیاز به خدمات تخصصی، پزشک خانواده بیمار را به متخصص ارجاع می‌دهد. سپس متخصص نوع تشخیص، درمان و خدماتی که به بیمار ارائه داده است را در قالب "فرم پسخوراند ارجاع" ثبت به منظور ادامه درمان و پیگیری‌های لازم، به پزشک خانواده ارسال نموده و سرانجام این فرم در پرونده سلامت فرد جهت پیگیری‌های بعدی ثبت می‌گردد (۲). سطح بندی خدمات سبب می‌شود تا مراجعه مکرر و غیر ضروری به مراکز تخصصی کاهش و از اتلاف منابع مادی و انسانی جلوگیری شود (۳). از طرفی حرکت در مسیر ارجاع سبب می‌شود که بیماران خدمات مورد نیاز خود را با کیفیت بهتری در سطح مربوطه (سطح یک، دو و یا سه) دریافت نمایند. بیماران در سطح یک، بدون صرف هزینه‌های هنگفت پاراکلینیکی و رفت و آمد، در همان سطح پذیرش می‌شوند و بیماران سطح دو هم با توجه به کاهش مراجعات غیر ضروری، خدمات با کیفیت تری را با صرف زمان کم‌تر دریافت می‌کنند. بدین ترتیب با استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع، هر بیمار خدمتی می‌گیرد که حقیقتاً به آن نیاز دارد. اما شواهد حاکی از آن است که مهم‌ترین نقطه ضعف برنامه پزشک خانواده، ناقص بودن نظام ارجاع می‌باشد و این نقص اجرایی مانع پیشرفت آن مطابق با اهداف اجرایی‌اش شده است. همان‌طور که از آغاز اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از سال ۱۳۸۴ تا کنون، گزارش‌های متعددی از عملکرد آن ارائه شده است (۷-۴)، در اغلب آن‌ها به ناقص بودن نظام ارجاع بیماران به دلایل مختلف، به عنوان مهم‌ترین مشکلات این برنامه اشاره شده است (۵، ۱۰-۸). لذا به منظور تشریح و فهم عمیق‌تر مسائل و موضوعات مرتبط با نظام ارجاع بیماران، نیاز به مطالعه

کیفی با رویکرد SWOT، احساس می‌شود. مطالعات کیفی علی‌رغم دارا بودن محدودیت‌ها، دارای مزایایی می‌باشند که از جمله آن، امکان پوشش ابعاد بیش‌تر و عمیق‌تری از مساله مورد مطالعه می‌باشد (۱۱، ۱۲)؛ زیرا فهم عمیق و شناخت دقیق مسائل هر بخش، در انجام اقدامات اصلاحی جهت بهبود عملکرد آن بخش موثر است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات کیفی می‌باشد که به صورت تحلیل ساختاری و تحلیل درون مایه در سال ۱۳۹۵ انجام شد. تحلیل درون‌مایه، روشی است برای شناسایی و تحلیل و بیان محتوای داده‌های متنی که هر دو به میزان وسیعی در مطالعات حوزه سلامت، مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۳، ۱۴). بدین منظور، با توجه به هدف مطالعه و به منظور گردآوری دیدگاه‌های جمعی افراد کلیدی، جامعه پژوهش را کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه تشکیل دادند که از بین آن‌ها ۲۰ نفر به روش گلوله برفی انتخاب شدند. به گونه‌ای که کلیه افرادی که در زمینه مبحث سیستم ارجاع، دارای حداقل سه سال سابقه پژوهشی یا اجرایی بوده و مایل به شرکت در مطالعه بودند، به صورت هدفمند انتخاب شدند و در مرحله بعدی برحسب معرفی این افراد، سایر کسانی که می‌توانستند با بیان دیدگاه‌های خود به پیشبرد اهداف تحقیق کمک کنند، مورد شناسایی قرار گرفتند. علاوه بر آن، با ۱۰ نفر از افراد عادی جامعه (گیرندگان خدمت از قشرهای مختلف) نیز مصاحبه شد تا در نهایت داده‌ها به اشباع رسید. شایان ذکر است که در روش نمونه‌گیری هدفمند که در پژوهش‌های کیفی دارای بیش‌ترین کاربرد می‌باشد، پژوهشگر براساس اهداف خود و دستیابی به سودمندترین نمونه‌ها، مطلع‌ترین افراد

که قادر به پاسخگویی به سوالات تحقیق باشند، انتخاب می‌کند (۱۶، ۱۵).

به منظور جمع‌آوری نقطه نظرات این صاحب‌نظران به روش نیمه ساختارمند، مصاحبه عمیق صورت گرفت. جهت انجام مصاحبه‌ها، فرم راهنما تهیه شد. در طراحی این فرم، علاوه بر مرور متون، از تجارب چند نفر از کارشناسان خبره در این حوزه، نیز استفاده گردید. در مرحله بعد، به منظور تعیین روایی و اطمینان از معنی دار بودن سوالات از نظر پاسخ‌دهندگان، با چند تن از کارشناسان معاونت بهداشتی و بیمه که جزء افراد منتخب می‌باشند، مصاحبه شده و بر حسب دیدگاه آن‌ها و بنا به ضرورت، اصلاحات لازم در جهت رفع نواقص انجام گردید. زمان جلسات مصاحبه‌ها از قبل پیش‌بینی شده و با افراد مورد نظر به صورت تلفنی یا حضوری، هماهنگ شده و ضمن ارائه توضیحات در مورد هدف مصاحبه‌ها، به افراد اطمینان داده شد که داده‌ها و سخنان آنان به‌طور کامل محرمانه خواهد ماند و در عین حال مجاز هستند علی‌رغم موافقت اولیه، هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند، از ادامه کار انصراف دهند. در ضمن مدت زمان هر مصاحبه به‌طور متوسط ۵۵ دقیقه با انحراف معیار ۱۰ دقیقه بود. در زمان انجام مصاحبه‌ها، برای جلوگیری از مشکلات احتمالی، مباحث جلسات از طریق دستگاه ضبط شده و عمل پیاده‌سازی ضبط‌ها به منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده‌سازی متون، بلافاصله پس از پایان هر جلسه انجام می‌شد. به منظور تحلیل داده‌ها از یک فرآیند پنج مرحله‌ای تحت عنوان تحلیل چارچوبی به شرح زیر استفاده شده است:

۱- آشناسازی (Familiarization)، ۲- شناسایی یک چارچوب موضوعی (Identifying a thematic framework)، ۳- نمایه‌کردن (Indexing)، ۴- ترسیم جداول (Charting)، ۵- کشیدن نقشه و تفسیر (Mapping and interpretation) (۱۷).

بر این اساس، بعد از آشنایی با دامنه گستردگی و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوعات کلیدی را شناسایی نموده و مطابق با آن، به تنظیم چارچوب موضوعی پرداخته شد. در

مرحله بعد، کلیه نوشته‌های حاصله از فرم‌های خلاصه مصاحبه، براساس چارچوب موضوعی به‌دست آمده، مورد بازبینی و حاشیه‌نویسی قرار گرفته و براساس منبع موضوعی مناسب، چیدمان شد. در نهایت با مقایسه روابط، مفاهیم، تضادها و نظریات مشاهده شده، درون مایه‌های موردنظر به‌صورت دستی از یافته‌ها استخراج گردید.

## یافته‌ها

یافته‌های تحقیق پس از استخراج درون مایه‌های مورد نظر و کدبندی آن‌ها به نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام ارجاع بیماران، دسته‌بندی شد.

### نقاط قوت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری کاهش هزینه‌ها

اولین نقطه قوتی که تقریباً همه مصاحبه‌شوندگان به آن اذعان داشتند، کاهش هزینه‌ها بود. کاهش هزینه‌ها برای گیرندگان خدمت (مردم) به شکل کاهش هزینه‌های ویزیت، دارو و درمان، کاهش هزینه‌های ایاب و ذهاب، کاهش مصرف دارو و خدمات پاراکلینیکی، اصلاح مصرف دارو و صرفه‌جویی در وقت بیماران بود. با تمهید خدمات بهداشتی و درمانی و پزشک عمومی در سطح اول ارائه خدمات و ویزیت رایگان برای شهرنشینان، هزینه‌های مردم به شکل چشم‌گیری کاهش می‌یابد و بهترین مراقبت ممکن را در نزدیک‌ترین فاصله محل زندگی خود دریافت می‌کنند. علاوه بر آن، رعایت نظام ارجاع با ارائه خدمات و درمان‌های اولیه در سطح یک و جلوگیری از تکرار خدمات در سطوح بالا، موجب کاهش هزینه‌های شبکه بهداشت و درمان هم می‌شود. چنانچه یکی از پزشکان خانواده بیان نمودند: "خارج از چرخه ارجاع، هزینه مردم و بیمه‌ها و نیز پزشکان خانواده افزایش پیدا می‌کند؛ وقتی فوق تخصص ۷۰ تا مریض ببیند که به جد می‌تونم بگم ۹۰-۸۰ درصد آن‌ها اصلاً مربوط به فیلد کاریش نباشه، یا حداقل پزشک عمومی می‌تونسته ببیند، قطعاً هزینه درمان بسیار بالا میره، هزینه بیمه‌ها هم افزایش پیدا می‌کند چون فرانشیزی که بیمه به

من می‌دهد با فرانشیزی که به متخصص می‌دهد زمین تا آسمون فرق دارد" (مصاحبه شونده ۲ یا م ۲).

- دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی

با استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع، انواع خدمات برای همه بیماران با بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی درمانی متفاوت از نظر شدت و حدت، در سطوح مقتضی ارائه خدمات، تعریف شده است. با غربال بیماران در سطح یک و کاهش بار مراجعه به سطوح بالا، همه بیماران نیازمند به خدمات سطوح بالا، ویزیت خواهند شد. هم‌چنین بیماران و مراجعان سطح یک هم خدمات مبتنی بر نیازشان را از سطح یک دریافت می‌کنند.

م ۳ "با اجرای نظام ارجاع، دسترسی بهتر شده و هر کس خدمتی می‌گیرد که واقعاً نیاز دارد، نه خدمات اضافی و تکراری".

- ارائه خدمات به صورت سطح‌بندی تکاملی:

به زعم برخی از مصاحبه‌شوندگان، به دنبال اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع، خدمات بهداشتی و درمانی به صورت خدمات ابتدایی، درمان‌های ضروری و خدمات تخصصی و فوق تخصصی و به شکل منظم ارائه می‌گردد. این سطح‌بندی از تکرار خدمات جلوگیری و درمان را اثر بخش‌تر می‌کند.

- ارتقاء سطح سلامتی

ترجیح پیشگیری بر درمان، توجه ویژه به مراقبت‌های بهداشتی، معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار، تشخیص زودهنگام بیماری‌ها، استفاده از خدمات پزشک عمومی در سطح اول، دسترسی آسان و ارزان به خدمات بهداشتی و درمانی در سطح اول، افزایش کیفیت ارائه خدمات سطوح بالا و کاهش بروز خطا به دلیل کاهش بار مراجعه، مراقبت فعال از بیمار و... از جمله سخنان مصاحبه‌شوندگان در این رابطه می‌باشد.

م ۱۳ "با رعایت چرخه ارجاع، کیفیت ارائه خدمات در همه سطوح افزایش پیدا می‌کند که این امر موجب بهبود سطح سلامتی جامعه می‌شود".

نقاط ضعف نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری

- فرهنگ/ آگاهی مردم

به عقیده همه مصاحبه‌شوندگان، عدم اطلاع مردم از ماهیت پزشک خانواده و خدمات و مزایای برنامه، به عنوان مهم‌ترین چالش نظام ارجاع، منجر به بسیاری از مسائل و چالش‌ها در اجرایی شدن نظام ارجاع شده است؛ از جمله بی‌اعتمادی به توانمندی‌های پزشک خانواده، عدم تمکین بیماران متعلق به طبقات بالای اجتماعی - اقتصادی از اصول نظام ارجاع، تمایل بیماران به مراجعه به متخصص و فوق تخصص، رفتار خشونت‌آمیز بیماران و همراهانشان با پزشکان خانواده و دستیاران برای دریافت برگه ارجاع، عدم همکاری بیمار در تحویل برگه پسخوراند به پزشک و ارجاع یک طرفه، و....

م ۲ "معیار رضایت مردم علمی نیست، آن‌ها متوجه نیستند که در صف‌های کلینیک تخصصی و فوق تخصصی برای یک آزمایش ساده وقتشون داره از بین می‌ره! فقط میان اینجا میگن مهر بزن ما می‌خوایم بریم فلان جا، مردم عادت کردند به یک روش غلط. در خوشبینانه‌ترین حالت میتونم بگم که ۷۰-۶۰ درصد ارجاعات واقعاً نیاز نیست اما مردم با رفتار تهاجمی‌شون پزشک را مستاصل می‌کنند ارجاع بده".

- مسائل مربوط به پزشکان

آغازکنندگان خدمات (پزشکان خانواده) باید از تخصص و تبحر و آموزش حرفه‌ای لازم برخوردار باشند، چرا که حوزه سلامت هیچ‌گونه آزمون و خطایی بر نمی‌تابد. این دیدگاه تعدادی از مصاحبه‌شوندگان بود که بی‌اعتمادی مردم به پزشکان خانواده را در عدم توانمندی و مهارت پزشکان خانواده می‌دیدند. برخی دیگر اظهار داشتند که دسترسی آسان به متخصص موجب کاهش منزلت پزشکان عمومی در نزد مردم و در نتیجه اصرار آنان به ارجاع، شده است. عدم تناسب حجم کار و نیروی انسانی (کمبود پزشک و کارکنان غیرپزشک) که منجر به خستگی مفرط پزشکان خانواده، عدم تفکیک

مسئولیت‌های کارکنان غیرپزشک و نارضایتی آنان شده است، مسئله دیگر مرتبط با پزشکان است.

م ۲ "پزشک عمومی راحت‌تر از متخصص در مورد برخی بیماری‌ها نظر بدهد، چون متخصص تمرکزش فقط روی تخصصش، اما ما متاسفانه به اندازه گلیم خودمون اجازه نداریم پامونو دراز بکنیم، واقعا این دردی است در جامعه پزشک عمومی...". از نظر برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان، چالش مهم دیگر در این زمینه، عدم ارسال پس‌خوراند و نیز ارجاع معکوس از سوی متخصص بود. آنان دلایل عمده عدم همکاری سطوح بالا را منتفع تعداد بودن این سطوح، نداشتن انگیزه مالی برای همکاری، نظارت ضعیف مسئولین، و... می‌دانستند.

م ۱۲ (پزشک خانواده) "سختی و وقت‌گیر بودن تکمیل برگه پسخوراند، نداشتن انگیزه مالی برای این کار و این که متخصص پاسخگویی به سطح یک را در شأن خودش نمی‌بیند، از جمله دلایل همکاری نکردن متخصصه".

م ۱۸ (متخصص) "وقتی پزشک خانواده برای من نوشته جهت ویزیت ارجاع می‌شود، من چیزی برای اون نمی‌نویسم که حتی به خودش زحمت ویزیت بیمار را نداده... ضمن این که نبودن نظارت هم از دلایل دیگه پر نکردن این برگه است".

#### - نظارت و ارزشیابی ضعیف

ضعف نظارت و ارزشیابی و گاه عدم آن، چالش مورد توجه اغلب مصاحبه‌شوندگان بود. آنان اذعان داشتند که هیچ نظارت کاربردی بر اجرای قوانین و دستورالعمل‌ها و بر حسن اجرای نظام ارجاع در سطوح مختلف نمی‌شود. به زعم آنان نظارت‌ها محدود به چک لیست‌هایی است که هیچ اقدام اصلاحی را به دنبال ندارد. به علاوه شاخص‌های ارزشیابی اثربخشی لازم را نداشته و ناظرین و پایش‌کنندگان هم از دانش و مهارت کافی برخوردار نیستند. از این رو راه فرار برای همه نقش‌آفرینان در اجرای نظام ارجاع وجود دارد.

م ۲ "یک بچه ۱۲ ساله اوامده سه تا دفترچه آورده میگه برا من مهر بزن. خیلی خنده‌دار و مسخره است ولی این اتفاقات داره میوفته، بدون اینکه کسی ککش بگزه، بدون این که کسی به عزیزان سطح ۲ و ۳ بگه که چرا شما بیمار اگرمای ساده را پذیرش میکنی و...، کسی به منم نمیگه که تو چرا درمان نکردی و ارجاع غیرضروری دادی؟".

م ۱۲ "ما وزارت بهداشت را بزرگ و حجیم کردیم و ده‌ها وزارت و رسالت بزرگ را آوردیم توی یک وزارتخانه با حیطه نظارت فوق‌العاده بزرگ. قطعاً یک نفر آدم نمی‌تونه بر همه این‌ها نظارت داشته باشه".

#### - مسائل مرتبط با مدیریت

منظور از مدیریت در این مطالعه، مدیریت کلان، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت می‌باشند. به بیان برخی از مصاحبه‌شوندگان، گزینش پزشکان به عنوان مدیران سلامت و عدم توجه به علم مدیریت، مهارت‌ها و وظایف آن، به منظور برخورداری از دید اجتماعی کافی برای تغییر رفتار مردم، جلب مشارکت دیگر سازمان‌ها و ایجاد هماهنگی، نخستین چالش این حوزه بود. برنامه‌ریزی نادرست و بدون توجه به زیرساخت‌های اجرایی، برای اجرای برنامه، ریسک بالای برخی از مدیران در اجرای برنامه‌های جدید بدون توجه به امکانات و زیرساخت‌های لازم و وضعیت موجود، به دلیل شهرت طلبی آنان، فقدان الزامات قانونی برای رعایت نظام ارجاع، عدم حمایت مالی مناسب از پزشکان خانواده به منظور افزایش انگیزه و مقاومت آنان در برابر اصرار مردم به ارجاع، فقدان سیستم تشویق و تنبیه مقتضی و نداشتن برنامه تحقیق و توسعه در بخش بهداشت، چالش‌های دیگر این حوزه از نظر مصاحبه‌شوندگان، هستند.

مصاحبه‌شونده ۳ "طراحان و برنامه‌ریزان ابتدا باید خودشون برنامه را باور کنند و در مورد آن توجیح باشند، اما اوامدن پزشک خانواده و نظام ارجاع را بدون این که اصلاً مفهوم اون رو بدونن، راه‌اندازی کردن و آن قدر اعتبار و هزینه‌های سنگین برایش شد که دیگه امیدی به بهبودی اوضاع نیست".

## - مسائل مرتبط با مکانیزم پرداخت

برخی از مصاحبه شوندگان ضعف در نظام پرداخت را عامل دیگر عدم رعایت نظام ارجاع و اخلال در اجرای آن می‌دانستند. به عقیده تعدادی از مصاحبه شوندگان، برخی از این ضعف‌های نظام پرداخت که موجب بی‌انگیزگی پرسنل در رعایت موازین نظام ارجاع شده است، شامل: تاخیر در پرداخت‌ها، فقدان پرداخت مبتنی بر عملکرد، فقدان سیستم تشویق و تنبیه، پرداخت سرانه و تمایل به ارجاع غیرضروری، پرداخت کارانه و ارجاع معکوس و تکرار خدمات، و... می‌باشد.

مصاحبه‌شونده ۱۱ "حقوق ما به موقع واریز نمی‌شود. ما که با بیمار ارتباط پولی نداریم، هزینه‌های اینجا را چطور تامین کنیم؟ این فشارها انگیزه ما را برای چونه زدن با مردم بمنظور رعایت نظام ارجاع، کاهش می‌دهد..."

## - پرونده سلامت

مصاحبه‌شوندگان یکی از دلایل عمده قطع ارتباط بین سطح اول با سطوح بالا و داروخانه را کاغذی بودن پرونده سلامت بیمار می‌دانستند. این امر موجب کندی روند ارجاع بیمار به سطوح بالا و بازگشت بازخوراند و به تبع آن کندی روند درمان و پیگیری وضعیت بیمار شده است. به زعم برخی از مصاحبه‌شوندگان، کاغذی بودن پرونده سلامت بیماران و خارج از حوصله بودن تکمیل برگه پسخوراند، سبب تشدید عدم همکاری متخصصین و فوق تخصص‌ها شده است.

م ۵ "کاغذی بودن دفترچه سلامت بیمار و پرونده او، موجب سختی کار و بالا گرفتن بی‌نظمی‌ها، عدم ارائه برگه پسخوراند به پزشک خانواده توسط بیمار و نهایتاً گم شدن آن و مشکلات پیگیری شده".

## - سازمان‌های خریدار خدمت (بیمه‌ها)

مسئله دیرین بدهکاری بیمه‌ها هم‌چنان برای پزشکان خانواده مشکل ساز است؛ مشکلی که زمانی باعث انصراف پزشکان خانواده از روستاها شد، اکنون نیز پزشکان

خانواده شهری را به چالش کشیده است. پرداختی‌های بیمه دچار وقفه و رکود شده و بیمه‌ها توانسته‌اند نقش خود را در این راستا به درستی ایفا نمایند. مسئله‌ای که سبب کاهش انگیزه پزشکان خانواده و متخصصین در اجرای بهتر نظام ارجاع شده است و این مسائل با تعدد بیمه‌ها تشدید می‌شود. علاوه بر این، مصاحبه‌شوندگان، عدم پوشش خدمات بهداشتی از طرف بیمه‌ها و نیز کیفیت پایین خدمات آن‌ها را ذکر کردند.

م ۱۸ "من متخصص با خودم میگم حقوق من الان یک ساله عقبه، خوب من چرا باید به نفع این سیستم کار بکنم و مریض غیرارجاعی نبینم؟؟؟"

## - امکانات و تجهیزات ناکافی مراکز بهداشتی درمانی

برخی از مردم و شرکت‌کنندگان در مصاحبات، امکانات و خدمات ناکافی و سرویس‌دهی نامناسب سطح اول را یکی دلایل دور زدن نظام ارجاع از طرف مردم می‌دانستند.

م ۱۹ "وقتی میرم مرکز دکترش برای انجام آزمایشات منو میفرسته بیمارستان، خب چه کاریه! از اول میرم بیمارستان که همه کارامو اونجا انجام بدن".

## فرصت‌های نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری

- اهمیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در نزد رهبری و مجلس  
اهمیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در نزد رهبری و مجلس، فرصتی است که می‌توان به منظور بهبود وضعیت سلامت و انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز جهت بهبود اجرای برنامه‌ها، از جمله برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، از آن بهره جست. این سخن حاصل گفته‌های برخی از مصاحبه‌شوندگان، پیرامون فرصت‌های نظام ارجاع، می‌باشد. م ۱۲ "فرصتی که وجود داره اینه که رهبری بر تدارک منابع برای اجرای سیاست‌های پیشگیری تاکید می‌کنه".

- اشتغال‌زایی برای پزشکان عمومی و دیگر رشته‌های گروه پزشکی

به بیان برخی از مصاحبه‌شوندگان، با اجرای برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع، ظرفیت اشتغال‌زایی پزشکان عمومی، بهورزان، کاردان‌ها و کارشناس‌ها و... افزایش یافته است.

- حضور فعال بخش خصوصی

مصاحبه‌شوندگان عقیده داشتند که استفاده از ظرفیت‌های بخش خصوصی در جای درست و مناسب خود، فرصتی است که به دنبال اجرای پزشک خانواده و از طریق سیستم ارجاع، برای تکمیل خدمات درمانی ایجاد می‌شود.

- مردم با سواد

امروزه رشد سطح سواد مردم، یک فرصت مناسب محسوب می‌شود. چرا که بنا به گفته م ۱۲ "با اتکا به مردم باسواد، تغییر معیار رضایتشون آسان‌تره. بنابراین با توجه به بیانات آنان: اگر رسالت پزشکان خانواده برای مردم شرح داده شود و مردم از حضور پزشک حاذق در مراکز بهداشتی درمانی، مطمئن باشند، پذیرای عبور از مسیر ارجاع خواهند بود".

- همکاری سازمان‌های بیمه‌گر

همکاری سازمان‌های بیمه، می‌تواند سوق‌دهنده مردم به حرکت در مسیر ارجاع باشد. انواع همکاری به زعم برخی از مصاحبه‌شوندگان شامل همکاری مراکز درمانی تامین اجتماعی و خدمات درمانی در ارائه خدمات و پذیرش سیستم ارجاع، تحت پوشش قرار دادن بیمه شدگان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی، در برنامه پزشک خانواده، می‌باشد.

تهدیدهای نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری - نبودن هماهنگی و همسویی بین سیاستگذاران و برنامه‌ریزان در این زمینه، عمده چالش‌های مطروحه از سوی مصاحبه‌شوندگان، مربوط به تصدی‌گری تام و تمام

وزارت بهداشت یا عاملیت به جای نظارت می‌باشد. به زعم آنان از جمله م ۱۲ "این مسئله موجب ذینفع بودن سیاستگذار، تضاد منافع و فقدان نظارت کاربردی و سازنده، می‌شود".

- درمان محور بودن نظام سلامت و کم توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی

به نظر برخی از مصاحبه‌شوندگان، تمرکز بر درمان بیماری به جای تمرکز بر علل، هم در نزد مردم و هم نظام سلامت، یک تهدید است که موجب می‌شود مردم به حرکت در مسیر ارجاع و دریافت خدمات بهداشتی راغب نباشند. م ۱۲ "متأسفانه آموزش‌های ما درمان‌محورند، از طرفی خدمات بهداشتی هم دیربازده هستن، این باعث میشه مردم هم برن سمت درمان، به جای پیشگیری".

- رسوخ بخش خصوصی

برخی دیگر براین باور بودند که اگر سیستم ارجاع به درستی اجرا نشود، بخش خصوصی وارد عمل شده و عملاً نظام سلامت به دست رقبایش سپرده می‌شود و بخش دولتی صرفاً منابع را هدر می‌دهد. البته آنان تاکید داشتند که حضور بخش خصوصی یک فرصت است، اما در جایگاه خود.

## بحث

یافته‌های این مطالعه شامل چهار محور: نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای سیستم ارجاع در نظام سلامت می‌باشد. مصاحبه‌شوندگان در بیان نقاط قوت نظام ارجاع، کاهش هزینه‌ها، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی، ارائه خدمات به‌صورت سطح‌بندی تکاملی و ارتقاء سطح سلامتی را ذکر نمودند. در راستای نقاط قوت نظام ارجاع، جنتی و همکاران، تشکیل پرونده سلامت، مراقبت بهتر و موثرتر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال، دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو و کاهش هزینه‌های درمان را ذکر کردند (۱۸)، که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. کاهش هزینه



به دنبال پیاده‌سازی و رعایت نظام ارجاع در مطالعات Van Uden و Kumar هم بیان شده است (۲۰۱۹). در مطالعه کازرونی، مهم‌ترین نقطه قوت نظام ارجاع، تقویت کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، تجهیز محیط زیست، پرداخت کارانه به کارکنان و تقویت داروخانه عنوان شد که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۱). "صرف هزینه‌های هنگفت برای برنامه‌ای که نه مردم از آن راضی هستند و نه پزشکان" این سخن اغلب مصاحبه‌شوندگان در بیان نقاط ضعف نظام ارجاع بود. آن‌ها در تایید کلام خود دلایل متعددی را برشمردند، تقریباً همه مصاحبه‌شوندگان فرهنگ مردم یا عدم اطلاع‌رسانی به آنان قبل از اجرای برنامه و در حین اجرای آن را علت اصلی ناکارآمدی نظام ارجاع می‌دانستند که خود منجر به بسیاری از مسائل و چالش‌ها شده است. آن‌ها در بیان علت این ناآگاهی، اغلب علت در کوتاهی و قصور مسئولین و سیاستگذاران در عدم توجه به این زیرساخت اجرایی مهم می‌دانستند. پایه‌ریزی و اجرای برنامه برای افرادی که خود از آن مطلع نیستند، طبیعتاً عدم همکاری آنان را به دنبال خواهد داشت. عدم اطلاع مردم از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مطالعات متعددی به عنوان یک چالش بیان شده است (۲۲-۲۴، ۱۱، ۸). دلایل مردم در تشریح رفتارهای خودارجاعی و اصرار به ارجاع خود شامل عدم اطلاع از برنامه، عدم اعتماد به پزشکان عمومی و کیفیت پایین خدمات سطح اول بود. نقش آگاهی مردم در مطالعه دیگران هم آمده است (۲۴، ۱۱).

مسائل مربوط به پزشکان خانواده و متخصصین، چالش دیگری بود که تقریباً از سوی همه مصاحبه‌شوندگان بیان شد. پزشکان خانواده به دلیل نقش کلیدی خود در اجرای سیستم ارجاع، دروازه‌بان نظام سلامت محسوب می‌شوند. بنابراین باید در انتخاب پزشک خانواده از لحاظ آموزش، مهارت‌ها و توانمندی‌های موردنیاز، دقت لازم به عمل آید. چرا که امروزه به قول یک پزشک خانواده، مقبولیت مردمی این سطح مخدوش شده است. از طرفی پزشکان خانواده از عدم اطلاع مردم از

توانمندی‌های پزشکان خانواده، رفتار پرخاشگرانه بعضی از مردم برای دریافت برگه ارجاع، منزلت اجتماعی پایین پزشکان عمومی در اذهان مردم و عدم حمایت مالی و قانونی سیاستگذاران از پزشکان خانواده به عنوان مجری اصلی برنامه سیستم ارجاع، شکایت‌های بسیاری داشتند. در مطالعه طهماسبی و همکاران بیان شده است که پزشکان خانواده موظف به ارائه خدمات با کیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش خود می‌باشند تا رضایت بیماران را جلب نمایند (۲۵). در مقاله‌ای دیگر در تایلند ذکر شده است که برنامه‌های آموزشی پزشکان خانواده می‌تواند کیفیت ارجاع را افزایش دهد (۲۶). در مطالعه گل‌علیزاده و همکاران، آگاهی فنی و بهداشتی ضعیف پزشکان خانواده به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر فرایند ارجاع ذکر شده است (۲۴). عدم همکاری سطوح بالا به شکل عدم ارائه پس‌خوراند و پذیرش بیماران ارجاعی و حتی ارجاع معکوس، مسئله دیگری بود که برخی از مصاحبه‌شوندگان آن را ناشی از منتفع تعداد بودن متخصص و فوق‌تخصص، عدم احترام به شایستگی و فعالیت حرفه‌ای پزشکان عمومی و ضعف نظارتی تلقی نمودند. عدم همکاری متخصصین، ایفای نقش پزشکان خانواده را با مشکل مواجه می‌کند (۸). عدم ارائه پس‌خوراند در برنامه پزشک خانواده به طور گسترده در مطالعات گذشته در استان‌های مختلف کشور نیز گزارش شده است (۲۷، ۸، ۵، ۳). مصاحبه‌شوندگان هم‌چنین به ضعف نظارت و ارزشیابی و گاه عدم آن، اشاره کردند. در حالی که نظارت نه با هدف کنترل شدید و سلب اختیار از مجریان و مردم، بلکه با هدف مسئولیت‌پذیر بار آوردن مردم و مسئولین و ایجاد تناسب بین قدرت و اختیار آنان به همراه سیستم تشویق و تنبیه مقتضی، لازمه توفیق و اصلاح برنامه می‌باشد. مسئله نظارت ضعیف بر حسن اجرای دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مطالعات سایر محققین نیز آورده شده

است (۲۷، ۲۸). به عقیده برخی از مصاحبه‌شوندگان، دلایل برخی از چالش‌های نظام ارجاع، متوجه مدیران و سیاستگذاران است. مدیریت از جهت فراهم‌سازی تمام زیرساخت‌های لازم و تأکید و حمایت همه‌جانبه بر اجرای قوانین، مسئولیت دارد. بنابراین طبق دیدگاه آنان، تصویب "قانونی جامع" در مجلس به گونه‌ای که تمام الزامات نظام ارجاع و پزشک خانواده در آن پیش‌بینی شده باشد، التزام همه نهادهای دولتی و خصوصی را سبب گردد، برداشت‌های شفاف و یکسانی را ایجاد کند، اهداف و دور نمای مورد نظر را به دقت ترسیم و مسوولیت‌های نهادهای مجری را به درستی تنظیم نماید، ضروری به نظر می‌رسد. از این رو ابتدا باید مدیران و سیاستگذاران نسبت به برنامه و وظایف خود در این رابطه، به طور کامل آشنا و توجیه باشند، سپس متعهد به حل مسئله باشند. مسئله توجیه نبودن مسؤولین سیاسی و اجرایی در مورد برنامه پزشکان خانواده و نظام ارجاع، در مطالعه مهرالحسنی و همکاران هم آمده است (۲۹). melendez و همکاران در این خصوص دریافته‌اند که ارجاع در جایی که مدیران بر اهمیت نظام ارجاع تأکید داشتند، مطلوب‌تر عمل شده است (۳۰). شرکت‌کنندگان در ادامه، به مسئله فقدان نظام اطلاعاتی مناسب، که سطوح مختلف را با هم لینک کند، اشاره نمودند و آن را یکی از دلایل عمده قطع ارتباط بین سطح اول با سطوح بالا و داروخانه‌ها می‌دانستند. به زعم برخی از مصاحبه‌شوندگان، کاغذی بودن پرونده سلامت بیماران و خارج از حوصله بودن تکمیل برگه پسخوراند، سبب تشدید عدم همکاری متخصصین و فوق‌تخصص‌ها شده است. البته اخیراً سامانه سیب راه‌اندازی شده است اما فقط در سطح اول به کار گرفته شده است و تمام سطوح نظام سلامت را با هم لینک نمی‌کند. کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت در مطالعه مهرالحسنی و همکاران نیز بیان شده است که تا حدودی با این مطالعه همخوانی دارد (۲۹). هم‌چنین تأثیر فن‌آوری اطلاعات در ارتقای نظام سلامت در مطالعه شکری‌زاده آرانی به

صورت مشروح بیان شده است، که از جهت تأثیرش بر سرعت درمان و ارتقای سلامتی با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۱). طبق بیانات برخی از مصاحبه‌شوندگان، مکانیسم پرداخت بر میزان همکاری متخصصین و پزشکان خانواده، در اجرای برنامه، تأثیر می‌گذارد. برخی دیگر و نیز خود مردم، امکانات و خدمات ناکافی و عدم سرویس‌دهی مناسب سطح اول یکی دلایل دور زدن نظام ارجاع از طرف مردم می‌باشد. برای این که سیستم ارجاع به درستی رعایت شود ابتدا باید کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هم از لحاظ کادر فنی و هم از نظر امکانات پاراکلینیک (رادیولوژی و آزمایشگاه) و داروخانه، در مراکز روستایی و شهری در حد اولیه ارتقاء یابد، تا بیماران مجبور نباشند برای درمان یک بیماری ساده به بیمارستان و مراکز بالاتر مراجعه کنند. این موضوع در مطالعه حسینی و همکاران نیز بیان شده است (۲۸). در مطالعه موسی‌زاده و همکاران بیان شده است که در نظام مراقبت بهداشتی و درمانی باید برای مردم حق استفاده مناسب از خدمات بهداشتی و درمانی فراهم شود و رضایت آن‌ها جلب گردد (۳۲). در پایان می‌توان نتیجه گرفت که نظام سطح‌بندی خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری دارای نقاط قوتی چون کاهش هزینه‌ها، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی و ارتقاء سطح سلامتی و ارائه خدمات به صورت سطح‌بندی تکاملی و فرصت‌هایی شامل اهمیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در نزد رهبری و مجلس، اشتغال‌زایی برای پزشکان عمومی و دیگر رشته‌های گروه پزشکی، حضور فعال بخش خصوصی، همکاری سازمان‌های بیمه‌گر و سطح سواد بالای گروه هدف می‌باشد که اهمیت اجرای نظام ارجاع را در برنامه پزشک خانواده شهری تبیین می‌نماید. از طرفی دارای نقاط ضعفی چون عدم آگاه‌سازی مردم، مسائل مربوط به پزشکان، نظارت و ارزشیابی ضعیف، مسائل مربوط به مدیریت، مکانیسم پرداخت، پرونده الکترونیک سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر و امکانات و تجهیزات ناکافی مراکز

گیرد، تا ضمن جلوگیری از اتلاف منابع نظام سلامت، اهداف حقیقی برنامه حاصل گردد. از محدودیت این مطالعه، عدم دسترسی به برخی از مصاحبه شوندگان (از جمله متخصصین) به دلیل ازدحام بیماران، بود.

### سپاسگزاری

این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی مصوب با کد طرح ۴۱۸ و کد اخلاق IRMAZUMS. S 418 با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به انجام رسیده است. در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کلیه عزیزانی که ما را در اجرای این طرح همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

### References

1. Abedi G, Marvi A, Soltani Kentaie SA, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadeh Chamokhtari K, et al. SWOT analysis of implementation of urban family physician plan from the perspective of beneficiaries: A qualitative study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 27(155): 79-93 (Persian).
2. Grava-Gubins I, Scott S. Effects of various methodologic strategies Survey response rates among Canadian physicians and physicians-in-training. *Can Fam Physician* 2008; 54(10): 1424-1430.
3. Ebadifard Azar F. Patients admission and referral system observance in live educational centers Iran Univ Med Sci (IUMS). *J Qazvin Univ Med Sci* 2002;6(3):30-35 (Persian).
4. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Okas, California: SAGE Publications; 1995.
5. Afkar A, Pourreza A, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. *Journal of Hospital*. 2013; 12(1): 39-48 (Persian).
6. Rouhani S, Akbarzadeh F. The impact of change of payment mechanism on the performance of rural health centers in ambulatory care under family medicine scheme in Sari and Joybar. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 22(1): 96-103 (Persian).
7. Rouhani S, Yazdani Charati J, Mohammadpour RA. Structural Quality and Utilization of Outpatient Curative Care Under Family Medicine Scheme in Rural Area of Mazandaran-Iran. *Iran J Health Sci* 2013; 1(2): 28-34 (Persian).
8. Rouhani S, Bagher M. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and Improving it (A qualitative study). *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(131): 1-13 (Persian).
9. Nasiripour A, Motaghi M, Navvabi N. The performance of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-20012.

- Journal Of Health Promotion Management (JHPM) 2014; 3(3): 58-68 (Persian).
10. Ahmadi B, Arab M, Narimisa P, Janani L, Najafpour J. The pattern of drug prescription by family medicine and per head drug consumption in Ahvaz County. *Health Care Management Journal* 2013; 4(3-4): 25-34 (Persian).
  11. Moriarty J. *Qualitative methods overview*. London: National Institute for Health Research School for Social Care, 2011. p 43.
  12. Matveev AV. The advantages of employing quantitative and qualitative methods in intercultural research: Practical implications from the study of the perceptions of intercultural communication competence by American and Russian managers. *Bulletin of Russian Communication Association. Theory of Communication and Applied Communication* 2002; 1: 59-67.
  13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2) :77-101.
  14. Lacey A, Luff D. *Qualitative data analysis: Trent Focus*. London: University of Sheffield; 2001.
  15. Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel A, Solyimani M, Bahrami N. in qualitative research: A Guide for beginning. *Annals of Military and Health Sciences Research* 2012; 10(3): 238-250 (Persian).
  16. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Fam Pract* 1996;13(6): 522-526.
  17. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy* 2008; 85(2): 148-161.
  18. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *J Knowledge & Health* 2010; 4(4): 38-43.
  19. Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, Van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003; 20(2): 184-187.
  20. Kumar R. Future of profession. *J Family Med Prim Care* 2016; 5(4): 745-746.
  21. Afshar kazerouni P. Investigation of weakness of family doctor plan strengths and weaknesses and determine awareness and satisfy of peoples, doctors and medical center workers in the Fars state. Tehran: Rural Medical Assurance pub; 2009. (Persian).
  22. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci* 2010; 11(6): 46-52 (Persian).
  23. Hosseini Faraji H. Performance evaluation of family physician program in Imam Khomeini's Relief Committee. Yazd province: Azad University; 2005. P 24. (Persian).
  24. Gotalizade H, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: A qualitative research. *J Med Coun I.R. Iran* 2012; 29(4): 309-321 (Persian).
  25. Tahmasbi B, Abedi G, Abedini E, Nadi A, Moosazadeh M, Rostami F. Analysis of Patients' Satisfaction from Urban Family Physician Program in Mazandaran Province. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 26(144): 65-75 (Persian).
  26. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Fam Pract*. 2007; 8: 14.

27. Rasoulinejad SA, Rasoulinejad MS. A study of refferal System in health Delivery system recommender alternative strategies: Kashan Health Care Network. *Hakim Res J* 2002; 4(4): 328-242 (Persian).
28. Hoseini R DM, Mesbah N, Hajian K, Hajiahmadi M, Sajjadi P, Amoui A. Evaluation of patients referred in health center in Gotab (Babol) in 2003. *J Babol Univ Med Sci* 2005; 7(3): 85-90 (Persian).
29. Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Feyzabadi VY. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. *Journal of Health and Development* 2012; 1(3): 193-206 (Persian).
30. Meléndez V, Ohara K, Ohi G, Uehara N. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. *Health Policy Plan* 1998; 13(4): 433-445.
31. Shokrizadeh AL, Karami M. The effects of information technology on the improvement of health systems in the viewpoint of the staff of Beheshti Hospital, Kashan. *Health Inf Manage* 2012; 8(6): 835-841 (Persian).
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. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(131): 165-180 (Ppersian).