Volume 21, Issue 1 (January - February 2022)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Analysis of electronic referral system agenda setting based on kingdon multiple streams framework

Mohammad Javad Kabir[1], Alireza Heidari[1*], Mohammad Reza Honarvar[1], Zahra Khatirnamani[1]

1. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Received: 25 October 2021
Accepted for publication: 10 January 2022
[EPub a head of print-23 January 2022]
Payesh: 2022; 21(1): 25- 33

Abstract

Objective (s): One of the important factors for the implementation of primary health care is the referral system. The aim of this study was to analyze of electronic referral system agenda setting based on Kingdon's multiple streams framework in Golestan province.

Methods: A qualitative study was conducted in 2020 based on Kingdan (2003) model in Golestan province. Data were collected using two methods of document review and in-depth individual interviews with 26 individual interviews. Purposeful sampling and analysis of documents were performed by content analysis and interviews were analyzed by framework analysis.

Results: The Problem stream was the weakening of the general practitioner and the non-referral of patients, the increase in the payment of people and insurance organizations, and the absence of some specialist physicians. The Policy stream included the obligation to implement the family physician program and referral system in upstream laws and documents, the implementation of the rural family physician program and referral system in 2005, and the urban family physician program in Fars and Mazandaran provinces. The Politic stream included launching a lean system at Golestan University of Medical Sciences, passing a law allocating one percent of value-added resources to the prevention and treatment of villagers within the referral system, and charismatic policymakers and committed executives.

Conclusion: Despite the problems caused by the non-implementation of the referral system and the enforcement of laws due to conflicts of interest and insufficient funding for policy implementation in this area, the intersection of three currents of problem, policy, and political determination led to the opening of the window of e-referral policy and system in Golestan province.

Keywords: Referral System, Electronic Referral System, Agenda setting, Kingdon model, Policy window

[*] Corresponding author: Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]

[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

تحلیل دستور کارگذاری سیاست نظام ارجاع الکترونیک با استفاده از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان

محمدجواد کبیر[۱]، علیرضا حیدری[۱*]، محمدرضا هنرور[۱]، زهرا خطیرنامنی[۱]

۱. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳ بهمن ۱۴۰۰]

نشریه پایش: ۳۳- ۲۵ :(۱)۲۱ ؛۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: یکی از عوامل مهم برای اجرای مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نظام ارجاع است. هدف از انجام این مطالعه، تحلیل دستور کارگذاری سیاست نظام ارجاع الکترونیک با استفاده از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان در استان گلستان بود.

مواد و روش کار: این مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۹ بر مبنای مدل کینگدان در استان گلستان انجام شد. داده‌ها با استفاده از دو روش بررسی اسناد و مستندات و مصاحبه‌های عمیق فردی با ۲۶ مصاحبه فردی جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به روش هدفمند و تحلیل اسناد و مستندات با روش تحلیل محتوا و تحلیل مصاحبه‌ها با روش تحلیل چارچوب انجام شد.

یافته‌ها: جریان مشکل شامل تضعیف جایگاه پزشک عمومی و عدم مراجعه بیماران به آنها، افزایش پرداخت مردم و سازمان‌های بیمه‌گر و عدم حضور برخی پزشکان متخصص بود. جریان سیاست شامل الزام به اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در قوانین و اسناد بالادستی، اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع در سال ۱۳۸۴ و برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران بود. جریان عزم سیاسی شامل راه‌اندازی سامانه ناب در دانشگاه علوم پزشکی گلستان، تصویب قانون تخصیص یک درصد از منابع ارزش افزوده به پیشگیری و درمان روستاییان در چارچوب نظام ارجاع، وجود سیاستگذاران کاریزماتیک و مسئولان اجرایی متعهد بود.

نتیجه‌گیری: به رغم مشکلات ناشی از عدم اجرای نظام ارجاع و الزام قوانین به دلیل تعارض منافع و تامین مالی ناکافی اجرای سیاست‌ها در این زمینه، تلاقی سه جریان مشکل، سیاست و عزم سیاسی منجر به بازشدن پنجره سیاست و نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان گردید.

کلید واژه‌ها: نظام ارجاع، نظام ارجاع الکترونیک، در دستورکارگذاری، مدل کینگدان، پنجره سیاست

کد اخلاق: IR.GOUMS.REC.1398.048

* نویسنده پاسخگو: گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی

E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

مقدمه

سلامت از حقوق اولیه هریک از افراد جامعه است که دولت موظف به تأمین آنها به طور برابر و با رعایت عدالت است [۱]. بر اساس بیانیه آلماتا کلید رسیدن به سلامت برای همه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در نظر گرفته شد [۲]. یکی از عوامل مهم برای اجرای مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نظام ارجاع است [۳]. در یک نظام ارجاع، مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی به سه سطح تقسیم می‌شوند. سطح اول مراکز بهداشتی درمانی هستند که محل استقرار پزشک خانواده هستند. سطح دوم مراکز تخصصی هستند که وظیفه ارائه خدمات تخصصی به بیماران ارجاع شده از سطح اول را دارند. سطح سوم مراکز فوق‌تخصصی است که خدمات فوق‌تخصصی را به بیماران ارجاع شده از سطح دوم ارائه می‌دهند [۴]. نظام ارجاع ساختار سازمانی برای ارجاع مشکلات پزشکی از پزشکان عمومی به متخصصان است [۵] و در آن یک کارمند حوزه سلامت به دلیل فقدان دانش، مهارت، داروها و تجهیزات، بیمار را جهت دریافت خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی به سطوح بالاتر هدایت می‌کند [۶]. به‌کارگیری نظام ارجاع منجر به کاهش هزینه‌های تخصصی و خدمات بیمارستانی [۸-۷]، کارایی و اثربخشی بیشتر نظام مراقبت سلامت و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر در بخش دولتی می‌گردد [۹] و از آنجا که ارجاعات کاغذی می‌تواند منجر به تاخیر در مراجعه بیماران به دلیل اطلاعات ناقص یا مفقود شده بیماران گردد [۱۰]، نظام ارجاع الکترونیکی برای بهبود زمان انتظار و کارآیی با استانداردسازی الکترونیکی اطلاعات و ارتباطات در فرآیند ارجاع، طراحی شدند [۱۱]. به رغم اینکه در قوانین بالادستی ایران به دسترسی به خدمات تخصصی در سطوح بالاتر از طریق نظام ارجاع تأکید شده است ولی تاکنون نظام ارجاع مناسب محقق نگردیده است [۱۲، ۹]؛ این در حالی است که مطالعات مختلف بر اهمیت و لزوم استفاده از یک نظام ارجاع مناسب در نظام‌های سلامت تاکید دارند [۱۴-۱۳]. کارایی عملکرد نظام ارجاع بستگی به وجود پرسنل کافی، سیستم اطلاع‌رسان مناسب،آسانی انتقال و هزینه‌های مراقبت دارد [۱۵]. کشورهایی مانند انگلستان، فنلاند، دانمارک، نروژ، هلند، نیوزلند، استرالیا و ایالات‌متحده نیز تلاش نموده‌اند که نظام ارجاع الکترونیک را پیاده کنند [۱۶].

فرایند سیاست‌گذاری شامل چهار مرحله در دستورکارگذاری، تدوین ، اجرا و ارزشیابی سیاست می‌باشد که در دستور کار قرارگرفتن یک سیاست، اصلی‌ترین مرحله آن است که بر روی بقیه مراحل سیاست‌گذاری تأثیر زیادی دارد [۱۷] و به معنی این است که چرا و چگونه یک موضوع مورد توجه قرار می‌گیرد و چگونه جهت اجرا در اولویت قرار می‌گیرد. یکی از مدل‌های معتبر برای ساده‌سازی این موضوع، مدل کینگدان است [۱۸]. این مدل به بررسی سه جریان مشکل، راه‌حل برخورد با مشکل و عزم سیاسی می‌پردازد [۱۹]. جریان مشکل شامل مشکلات و شرایط وسیعی است که جوامع با آنها مواجه می‌شوند. جریان راه‌حل برخورد با مشکل به مجموعه‌ای از جایگزین‌ها اشاره دارد که محققان و سایرین برای برخورد با مشکلات کشور مطرح می‌کنند. این جریان شامل ایده‌ها و پیشنهادهای فنی در مورد چگونگی حل مشکلات است. تغییرات سیاسی، وضعیت ملی و فشار اجتماعی از جمله عوامل به وجودآورنده جریان عزم سیاسی هستند. در زمان‌های خاصی این جریان‌ها به هم می‌رسند و در نقطه تلاقی‌شان پنجره سیاست را به وجود می‌آورند و سیاست خاصی در دستور کار سیاستگذاران و برنامه‌ریزان قرار می‌گیرد [۲۰].

هدف از انجام این مطالعه این است که با بکارگیری چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدان در تعیین دستورکار بررسی نماییم که چگونه نظام ارجاع الکترونیک برای اولین بار در کشور، در دستورکار دانشگاه علوم پزشکی گلستان قرار گرفت و چه عواملی منجر به این تغییرات شد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی در مورد چگونگی در دستورکارگذاری نظام ارجاع الکترونیک و عوامل موثر آن در اختیار سیاستگذاران قرار دهد.

مواد و روش کار

در این مطالعه‌ای کیفی که در سال ۱۳۹۹ انجام شد، داده‌ها با استفاده از دو روش بررسی اسناد و مستندات و مصاحبه‌های عمیق فردی جمع‌آوری گردید. گردآوری اسناد و مستندات به صورت هدفمند و با مراجعه حضوری به ستاد نظام ارجاع الکترونیک، معاونت بهداشتی و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان و به صورت غیرحضوری با جستجوی منابع و مستندات، وب‌سایت‌ها و پایگاه‌های داده‌ای داخلی انجام شد. مستندات اصلی استفاده شده در مطالعه؛ قوانین، اسناد بالادستی، گزارش ها، صورت جلسات، مصاحبه‌های منتشرشده و اخبار درج‌شده در پایگاه‌های اینترنتی داخلی کشور بود. برای استخراج و تحلیل داده‌های اسناد و مستندات از روش تحلیل محتوایی استفاده گردید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

برای جمع‌آوری داده‌های دیدگاه صاحب‌نظران، از مصاحبه های نیمه ساختاریافته استفاده شد. ۲۶ مصاحبه فردی با ۱۰ نفر از مدیران ستادی دانشگاه و اداره کل بیمه سلامت، ۴ نفر مدیر شبکه، ۱۲ نفر از کارشناس های مسئول در معاونت‌های دانشگاه انجام گردید تا اشباع داده اتفاق افتاد. پژوهشگران باتوجه به هدف پژوهش خود و با بررسی ویژگی های مصاحبه شوندگان ویژگی های زیر را برای انتخاب نمونه مصاحبه در نظر گرفت: آشنایی و داشتن تجربه افراد در برنامه های نظام ارجاع الکترونیک، علاقه به مشارکت در پژوهش و مشارکت فعال در راه‌اندازی و اجرای نظام ارجاع الکترونیک استان. مصاحبه‌کنندگان دو نفر از نویسندگان بودند که تجربه مطالعات کیفی و اشراف کامل روی طرح داشتند. جهت انجام مصاحبه‌ها راهنمای مصاحبه تدوین گردید. 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 هریک از مصاحبه‌ها حداقل ۲۵ و حداکثر ۴۵ دقیقه (میانگین ۳۰ 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 اطمینان‌دادن به آنان جهت محرمانه‌ماندن اطلاعات آنها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام، مصاحبه‌ها ضبط گردید. در عین ضبط مکالمات از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد. پس از انجام مصاحبه‌ها، صداهای ضبط شده پیاده سازی 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 Lincolnو Guba شامل معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری استفاده شد [۲۳-۲۱]. جهت دستیابی به مقبولیت و به منظور بهبود دقت علمی و صحت اعتبار ثبت شده در مصاحبه‌ها از بازبینی مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در زمینه انتقال‌پذیری از توصیف مشارکت‌کنندگان و متون مرتبط با هر طبقه و ذکر نقل قول‌های مستقیم استفاده گردید. جهت دستیابی به قابلیت اطمینان، کدهای اولیه و مثال‌هایی از چگونگی استخراج کدهای اصلی و فرعی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار گرفت تا درک مشابه یا مغایر او با پژوهشگر بررسی شود. جهت حصول تاییدپذیری متن تعدادی از مصاحبه‌ها کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و دو نفر 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 قراردهند. تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوب و با استفاده از نرم‌افزار Atlas.ti8 انجام شد.

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان تحلیل سیاست‌های نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان، مصوب دانشگاه علوم پزشکی است.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه بر اساس اجزای چارچوب جریانات چندگانه کینگدان ارایه شده است. به نحوی که ابتدا سه جریان مشکل، جریان سیاست (راه حل) و جریان سیاسی (عزم سیاسی) تبیین گردید و سپس پنجره سیاست و تلاقی سه جریان و بازشدن پنجره فرصت تشریح گردید (جدول ۱).

جریان مشکل: طی سال‌های گذشته تعداد زیادی پزشک متخصص فارغ‌التحصیل گردیده‌اند و تمایل مردم هم جهت مراجعه به این متخصصان افزایش یافته است. این مساله باعث تضعیف جایگاه پزشک عمومی و عدم مراجعه بیماران به آنها شده است.

" *به صور مختلف به مردم یاد دادیم که برو پیش متخصص. تعداد اینها زیاد شده. اصلاحات نظام سلامت قرار بود این آشفته بازار رو سر و سامون بده. یک راهکار اساسی‌اش ارجاع بود.*" (مدیر ستادی)

با توجه به تعرفه بیشتر پزشک متخصص نسبت به پزشک عمومی، مراجعه بیشتر مردم به پزشک متخصص منجر به افزایش پرداخت مردم و سازمان های بیمه‌گر می‌شد که با توجه به کمبود منابع بر بار هزینه‌های دولت می‌افزود.

"دولت برای اون فوق‌تخصص هزینه‌های زیادی کرده که مدرک تحصیلی بالاتری بگیره و حقوقی که بهش میده هم بیشتر میشه"(کارشناس معاونت درمان)

به دنبال پیاده‌سازی پزشک خانواده و در شرایط ارجاع دستی، نگاه مردم به پزشک خانواده به مهر زن دفترچه تنزل پیدا کرده بود.

"*در شرایط ارجاع کاغذی طرف به دکتر می‌گفت ده تا مهر بزن برام، هر موقع دلم خواست برم تخصص*" (مدیر ستادی)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

زمان ارجاع دستی، برای متخصص مشخصی و در یک زمان دقیق نوبت گرفته نمی‌شد. در این شرایط امکان عدم ویزیت توسط پزشک متخصص، لغو نوبت و عدم حضور پزشک وجود داشت که منجر به نارضایتی بیمار از سیستم دولتی و تمایل به حضور وی به بخش خصوصی تشدید می‌گردید.

"*بیمه‌شده‌های روستایی میومدن وقت میگرفتن و در نهایت محدودیت تعداد ویزیت پیش میومد و یا اینکه پزشک متخصص یه‌دفعه اعلام می‌کرد که نمیاد. خب نوبت ها لغو می شدند و مردم اعتراض می کردند*" (مدیر بیمه سلامت)

جریان سیاست (راه‌حل): وزیر وقت بهداشت و درمان (۱۳۸۴-۱۳۸۰)، در زمان اخذ رای اعتماد از مجلس، تحقق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور را وعده داد. در سال ۱۳۸۳، سیاست پزشک خانواده با موفقیت در برنامه پنج ساله چهارم توسعه کشور (۱۳۸۸-۱۳۸۴) گنجانده شد [۲۴] و دولت به ایجاد دسترسی منطقی و عادلانه به خدمات سلامت از طریق سطح‌بندی خدمات وتحقق بیمه پایه درمانی بر مبنای پزشک خانواده و نظام ارجاع مکلف گردید ولی وزارت بهداشت نتوانست بودجه لازم را تخصیص دهد [۲۵].

در اسفند ۱۳۸۳، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، لایحه بودجه سالیانه ۱۳۸۴ را به‌منظور تامین اعتبارات بیمه همگانی روستاییان مورد بازنگری قراردادند. بودجه سالیانه درمان در مناطق روستایی افزایش یافت ولی مجلس این بودجه را صرف کاهش تفاوت‌های موجود بین روستاییان کرد و پول را نه به خاطر پزشک خانواده و نظام ارجاع، بلکه به خاطر تساوی خدمات به محرومان تخصیص داد. نمایندگان دوره هفتم مجلس شورای اسلامی مقداری از بودجه سالیانه پیشنهادی دولت را جهت تصویب بیمه همگانی روستاییان مورد بازنگری قراردادند. باتوجه به تاکید برنامه چهارم توسعه بر پزشک خانواده، اجرای برنامه مذکور اصلاح شد تا بیمه همگانی روستاییان در کنار پزشک خانواده انجام‌پذیر شود. وزارت بهداشت با سازمان‌بیمه خدمات درمانی بر سر اجرای پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کوچک با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر از طریق مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت توافق کرد [۲۶] و از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی- عشایری و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا شد [۲۸ ، ۲۷].

جریان سیاسی(عزم سیاسی): سرمایه‌گذاری‌های اخیر در فناوری اطلاعات منجر به توسعه زیرساخت‌های نرم افزاری و سخت افزاری گردید و این توسعه منجر به ایجاد بستر مناسبی جهت استقرار نظام ارجاع الکترونیک گردید.

"*بستر پرونده الکترونیک سلامت در استان فراهم شده بود. امکان تبادل اطلاعات بین خدمات سرپایی پیش بیمارستانی و بیمارستانی فراهم شده بود*" (مدیر ستادی)

سامانه ناب توسط دانشگاه علوم پزشکی گلستان تولید و شروع به فعالیت نمود. هدف از بکارگیری این سامانه ارائه خدمات باکیفیت، ارزان، سریع و الکترونیکی به شهروندان در فرآیندهای مراقبت و درمان بود [۲۹].

"*استقرار سامانه ناب در استان شرایطی فراهم کرد که بتوانیم داده‌ها و اطلاعاتمون رو رصد کنیم. الان ارتباط ما با سطح ملی برقرارشده*"(کارشناس معاونت بهداشتی)

به موجب ماده ۴۷ طرح الحاق مصوب مجلس شورای اسلامی، یک واحد درصد در هر سال به‌عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و همزمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش بینی گردیده، واریز می‌شود. براین‌اساس، صددرصد منابع دریافتی از طریق ردیف یا ردیفهایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع)، اختصاص می‌یابد. بعد از تصویب این قانون در مجلس، منابع موردنیاز جهت اجرای نظام ارجاع در وزارت بهداشت درنظر گرفته شد.

"*بخشنامه‌ای از طریق خود وزیر ابلاغ شد که یک درصد از منابع ارزش افزوده در بحث ارجاع الکترونیک هزینه بشه*" (مدیر ستادی)

شخصیت قوی و کاریزماتیک سیاستگذاران نظام ارجاع الکترونیک در استان منجر به پیش‌بردن برنامه و همراه‌کردن ذینفعان گردید.

"*معمولا این افراد هستند که که با شخصیت کاریزماتیک خودشان کار را جلو می‌برند، تو استان گلستان هم معاون بهداشتی وقت و جانشین رئیس دانشگاه بودند که تصمیم گرفتند این کار انجام بشه*"(کارشناس معاونت بهداشتی)

نقش، تعهد، پشتکار و علاقه‌مندی مجریان و کارکنان از عوامل موثر در پیشبرد برنامه بود.

"*ما به عنوان استانی بودیم که با خودمون عهد بستیم که این کارو انجام بدیم. جزو اولویت‌های ما قرار گرفت. یعنی شاید ما بیشتر*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

وقت گذاشتیم، شاید ما بیشتر تعهد و علاقه داشتیم، شاید ما دوس داشتیم استانمون رو نماد ارجاع کنیم"(مدیر ستادی)

جلب حمایت همه‌جانبه جهت استقرار و اجرای نظام ارجاع الکترونیک با هدف تاثیرگذاری بر افراد کلیدی استان و شهرستان‌های مجری انجام شد.

"*جلب حمایت نماینده ولی فقیه، استاندار، فرماندارها، نمایندگان مجلس و نمایندگان شورای شهرمون خیلی مهم بود که انجام شد*" (کارشناس معاونت درمان)

بازدیدها و بررسی‌هایی که توسط سطح ملی از پیشرفت‌های اجرای نظام الکترونیک در استان انجام شد، منجر به اقناع و همراه‌شدن وزارت بهداشت شد.

"*وزیر بهداشت با معاون اول رئیس جمهور صحبت کرده بود و قرار شد یک تیمی برای ارزیابی این کار بیاد*"(کارشناس معاونت درمان)

بازشدن پنجره فرصت: طبق نظریه کینگدان سه جریان مشکل، جریان راه‌حل و جریان عزم سیاسی بایستی به هم برسند تا پنجره فرصت باز شود و سیاستی در دستورکار سیاستگذاران قرار گیرد. اگر هرکدام از این جریان‌ها مشکلی داشته باشد سیاست مطرح‌شده در دستور کار قرار نمی‌گیرد. در این مطالعه نیز از تلاقی سه جریان پیش‌گفت، پنجره سیاست باز شد.

بسته‌شدن پنجره فرصت: بروز آنفولانزا و وقوع سیل استان گلستان به طور مقطعی و نهایتا اپیدمی COVID-19 باعث سوق پیداکردن توجه مدیران و سیاستگذاران دانشگاه به این وقایع و کم‌رنگ شدن نظام ارجاع الکترونیک و بسته‌شدن پنجره فرصت گردید.

"*الان تمرکز روی سیستم ارجاع الکترونیک نه در سطح وزراتخونه وجود داره و نه در سطح دانشگاه. سیل اومد. آنفلونزا اومد، الان هم کرونا*" (مدیر ستادی)

جدول۱: دلایل در دستورکارگذاری نظام ارجاع الکترونیک

موضوع	زیرموضوع
جریان مشکل	مراجعه مستقیم بیماران به مطب پزشکان متخصص
	افزایش پرداخت مردم و سازمان‌های بیمه‌گر
	لغو نوبت و عدم حضور برخی پزشکان متخصص در شرایط ارجاع دستی
جریان سیاست	گنجاندن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در برنامه‌های توسعه کشور
	تامین اعتبارات بیمه همگانی روستاییان
	اجرای پزشک خانواده روستایی در کشور
	تصویب قانون تخصیص یک درصد از منابع ارزش افزوده
	اجرای پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران
جریان عزم سیاسی	راه‌اندازی سامانه ناب
	جایگاه و کاریزمای سیاستگذاران
	تعهد و پشتکار مسئولین اجرایی

بحث و نتیجه‌گیری

جریان مشکل شامل تضعیف جایگاه پزشک عمومی و عدم مراجعه بیماران به آنها، افزایش پرداخت مردم و سازمان‌های بیمه‌گر متعاقب مراجعه بیشتر مردم به پزشک متخصص و لغو نوبت، عدم حضور برخی پزشکان متخصص در شرایط ارجاع دستی بود. مطالعات گذشته نیز این مشکلات را تایید می‌کند بطوریکه در مطالعه نصرالله پورشیروانی مراجعه به پزشکان خانواده با فرم ارجاع از خانه بهداشت، ارجاع بیماران به سطح دوم براساس نظر پزشکان خانواده و ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح دوم در حد انتظار انجام نشده است و نیازمند پیگیری و مداخله جدی است [۹]. نتایج مطالعه مطلق و همکاران در سال ۱۳۸۹ نیز نشان داد که پزشکان خانواده در ۲۸ درصد در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲ نقش داشتند [۳۰]. همچنین، موانع نظام ارجاع، خود ارجاعی و دورزدن سیستم ارجاع [۳۱] و عدم حضور به موقع پزشک [۳۲] گزارش گردیده است.

به عنوان راه‌حلی برای مشکلات فوق با برقراری پزشک خانواده و نظام ارجاع بهره‌مندی بیشتر از خدمات سطح اول و مراجعه کمتر به پزشک متخصص اتفاق می‌افتد که این منجر به کاهش هزینه‌ها می‌گردد. در این راستا، نتایج مطالعات نشان داد که نظام ارجاع منجر به کاهش هزینه‌ها می‌گردد [۶]. نتیجه مرور نظام مند Garrido و همکاران نشان داد که بار مراجعات خدمات تخصصی با بهره مندی از برنامه پزشک خانواده به میزان ۷۸ درصد قابل کاهش است [۳۳]. وجود اسناد و قوانین بالادستی در نظام ارجاع الکترونیک در جریان سیاست مطرح گردید. این سیاست ها شامل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

سیاست های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم و ماده ۳۲، ۳۵ و ۳۸ برنامه پنجم توسعه، ماده ۷۴ برنامه ششم توسعه، دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع گام اول (روستاها و جمعیت پایین تر از ۲۰۰۰۰ نفر و عشایر) هستند [۳۴]. به رغم وجود اسناد و قوانین بالادستی نظام ارجاع اجرایی نگردید. عدم نظارت بر اجرای برنامه‌های توسعه که ناشی از درک نامناسب مسایل تخصصی نظام سلامت توسط مسوولان کشوری و همچنین عدم پایبندی دولت به تعهدات خود در قبال برنامه نیاز به مدیریت ملی برنامه و توجه به پزشک خانواده در سایر برنامه‌های ملی را می‌طلبد [۳۵]. نتایج مطالعه شیانی و همکاران نشان داد که عواملی چون تضاد منافع، تعارض بین وزارتخانه‌های دخیل و عدم تسلط پزشکان به دانش مدیریتی و عدم ثبات مدیریتی از چالش‌های زمینه‌ای در شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده بوده است [۳۶]. کافی نبودن منابع مالی و زیر ساخت‌ها نیز یکی از دلایل اثربخش نبودن اقدامات برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بود [۳۵]. در مطالعه دماری و همکاران عدم توجه به زیرساخت‌ها و عوامل تسهیل‌کننده در اجرای قوانین و نیز عدم استفاده از پرونده الکترونیک سلامت در مراجعات بیمه‌شدگان از دیگر چالش‌های اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع بود [۳۶].

بعد از تصویب قانون تخصیص یک درصد از منابع ارزش‌افزوده به پیشگیری و درمان روستاییان در چارچوب نظام ارجاع، امیدواری جهت تامین منابع مالی برنامه نظام ارجاع الکترونیک افزایش یافت. علاوه بر این موارد، ویژگی‌های سیاستگذاران و مسئولین اجرایی و قدرت متقاعدکردن مدیران ارشد کشور منجر به در دستور کار قرارگرفتن نظام ارجاع الکترونیک گردید. این عوامل از مطالعه مشیری و همکاران که با هدف تحلیل سیاست‌های شکل‌گیری مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی ایران انجام شده است [۳۷] و مطالعه حیدری و همکاران که به تبیین در دستورکارگذاری غربالگری کشوری فنیل کتونوری پرداخته است [۲۰] نیز منتج گردیده است. بعد از تلاقی سه جریان مشکل، سیاست و عزم سیاسی، پنجره سیاست باز شد. اما باز شدن پنجره یک فرصت زودگذر است و پنجره همواره باز نمی‌ماند و همانطور که نتایج مطالعه نشان داد بروز آنفولانزا و وقوع سیل به طور مقطعی و نهایتا اپیدمی COVID-19 و استمرار این بیماری در کشور باعث کم‌رنگ شدن نظام ارجاع الکترونیک و بسته شدن پنجره فرصت گردید. به عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه، چارچوب کینگدان نیاز به پیوند سه جریان را مطرح می‌کند ولی مشخص نمی‌کند تحت چه شرایطی راه حل‌ها مشکلات و مشکلات راه حل‌ها را جستجو می‌کنند. یکی دیگر از محدودیت‌ها، نبود مستندات کافی در زمینه چگونگی در دستورکار قرارگرفتن برنامه بود. اگر چه سعی شد حداکثر تنوع در نمونه‌ها درنظر گرفته شود ولی این مطالعه کیفی با نمونه های محدودی که به طور هدفمند انتخاب شده بودند، انجام شدکه امکان تعمیم‌دهی یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. علاوه بر این، جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان مشکل بود که با پیگیری مستمر و توجیه اهمیت مطالعه این مشکل رفع شد.

سهم نویسندگان

محمدجواد کبیر: طراحی مطالعه، نگارش مقاله، تایید نسخه نهایی
علیرضا حیدری: طراحی مطالعه، جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها، نگارش مقاله، تایید نسخه نهایی
محمدرضا هنرور: طراحی مطالعه، نگارش مقاله
زهرا خطیرنامنی: جمع آوری داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان که اعتبارات مالی طرح تحقیقاتی (کد طرح:۱۱۰۶۵۱) را تأمین نموده است و همچنین تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Damari B, Heidari A, Rahbari Bonab M, Vosoogh Moghadam A. Designing a toolkit for the assessment of health in all policies at a national scale in Iran. Health Promot Perspect 2020; 10: 244-9 [Persian]

2. Kabir MJ, Vatankhah S, Delgoshaei B, Ravaghei H, Jafari N, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, Etemad K. Determinant Criteria for Designing Health Benefit Package in Selected Countries. Life Sientific Journal 2013; 10:1392-1403

3. Tavakoli F, Nasiripour AA, Riahi L, Mahmoudi M. Design of a Model for Management of Referral System in the Iranian Urban Family Physician

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]

Program. Iran Journal Public Health 2020; 49:2144-2151 [Persian]

4. Maleki Rastaghi, Barzinpour M, Pishvaee S.A Multi-objective Hierarchical Location-allocation Model for Healthcare Network Design Considering Referral System. International Journal of Engineering 2018; 31: 365-373

5. Akbari A, Mayhew A, AlAlawi M, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Cochrane Database Systematic Review 2008; 2008: CD005471

6. Janati A, Amini A, Adham D, Naseriasl M. Referral system in Iran's health sector and world's leading countries. Research Journal Pharm and Tech 2017; 10: 1597-1602 [Persian]

7. Abbasi A, Kabir M J, 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;5:318-327 [Persian]

8. Kavian Telouri F, Heidari A, Abbasi A, Kabir M J, 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; 3:254-263 [Persian]

9. Nasrollahpour Shirvani, S, Ashrafian 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; 11:46-52 [Persian]

10. Hughes C, Allen P, Bentley M. E-Referrals: why we are still faxing, Australian Family Physician 2018; 47:50–57

11. 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

12. Naseriasl M, Janati A, Amini A, Adham D. Referral system in rural Iran: improvement Proposals. Cad. Saúde Pública 2018; 34: e00198516

13. 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: 85-93 [Persian]

14. 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: 19 -25. [In Persian]

15. Dehnavieh R, Movahed E, Rahimi H, Zareipour MA, Jadgal KM, Alizadeh S, Agh Atabay R, Haghiri Dehbarez A. Evaluation of the referral system in Iran's rural family physician program; a study of Jiroft University of Medical Sciences. Electronic Physician 2017; 9: 4225-4230 [Persian]

16. Bouamrane MM, Mair FS. A qualitative evaluation of general practitioners' views on protocol-driven eReferral in Scotland. BMC Med Inform Decis Mak 2014; 14: 14-30

17. Robinson SE, Eller WS. Participation in policy streams: Testing the separation of problems and solutions in subnational policy systems. Policy Studies Journal 2010; 38: 199-216

18. Sabatier PA, Weible C. Theories of the policy process. Westview Press, 2014

19. Kingdon, JW. Agendas, alternatives, and public policies. 1st Edition, Longma: New York, 2003

20. Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B, Lotfi M. National Phenylketonuria Screening Program in Iran; Why and How. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2018; 16:148-163 [Persian]

21. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries, Educational Communication and Technology Journal 1981; 29:75–91

22. Lincoln YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research, Qualitative Inquiry1995; 1: 275–289

23. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Evidence from Iran. Indian Journal Palliat Care 2018; 24:145–149

24. Ministry of Health & Medical Education (MOHME). The 4th 5-Year Comprehensive Progress Programme of the Islamic Republic of Iran. National Legislation of Progress in the Health Sector. Tehran: Ministry of Health & Medical Education, 2005 [Persian]

25. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and

Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2016; 14:17-38 [Persian]

26. Moshiri E, Takian A, Rashidian A, Kabir M. Expediency and coincidence in formation of family physician and universal rural health insurance in Iran. Hakim Research Journal 2013; 15:288-99 [Persian]

27. Health Policy Council (HPC). I.R. of Iran Health in 5th economical, social and cultural development plan. Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education, Iran. Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?s 2009 [Persian]

28. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir M J, Heidari A, Behnampour N, Honarvar M R, 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; 25:23-32 [Persian]

29. 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: 270-9 [Persian]

30. Motlagh ME, Kabir MJ, Nasrollahpour Shirvani, Raeisee P, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009, Hakim Research Journal 2010; 13: 19-25 [Persian]

31. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran, Journal of Caring Sciences 2013; 2:229-36 [Persian]

32. 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; 1:207-220 [Persian]

33. Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. Scandinavian Journal of Primary Health care 2011; 29:28-38

34. Damari B, Heidari A, Adhami B, Vosoogh Moghaddam A. Evaluation of Implementation Laws for health sector in fifth development plan. Hakim Health Sysetem Research 2019; 22: 94-99 [Persian]

35. Alaei H, Amiri Ghale Rashidi N, Amiri M. A qualitative analysis on family physician's program to identify the causes as well as challenges of the failure of program accomplishment. Journal of Hospital 2021; 19: 55-66 [Persian]

36. Shiyani M, Rashidian A, Mohammadi A. A study of the challenges of family physician implementation in Iran health system. Hakim Research Journal 2016; 18:264-74 [Persian]

37. Moshiri E, Rashidian A, Arab M, Khosravi A. Using an Analytical Framework to Explain the Formation of Primary Health Care in Rural Iran in the 1980s. Archives of Iranian Medicin 2016; 19:16-22 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.21.1.6.4]
[DOI: 10.52547/payesh.21.1.25]