

سند پس‌زمینه

# استقرار نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات با محوریت پزشکی خانواده

مرکز تحقیقات ثریا - بهار ۱۴۰۲



مرکز تحقیقات ثریا  
پس‌زمینه سند

پس‌زمینه سند

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# استقرار نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات با محوریت پزشکی خانواده



مرکز تحقیقات ثریا  
سبع دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عنوان: استقرار نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات با محوریت پزشکی خانواده

نوع سند: سند پس زمینه

پژوهشگر: علی چهرقانی

طراح جلد و صفحه‌آرایی: امین شعبانعلی

تهیه شده در مرکز تحقیقات ثریا

تاریخ انتشار: بهار ۱۴۰۲

**کلیه حقوق برای مرکز تحقیقات ثریا محفوظ است**

تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲، طبقه اول

@Soraya.r.c | @Sorayarc | sorayarc.ir

۰۲۱ - ۲۲۴۳۹۸۲۸



## معرفی

دسترسی آسان مردم به تخصصی‌ترین خدمات سلامت بدون تشخیص پزشک و تنها به تشخیص و خواست بیمار، منجر به هزینه‌های فراوان و غیرضرور و سردرگمی و عدم تشخیص به موقع می‌شود. همچنین این نوع مراجعه، فشاری بیش‌ازحد به مراکز تخصصی و فوق تخصصی وارد نموده و سبب استهالک منابع و نیروی انسانی می‌شود. «نظام ارجاع» سامانه دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی در قالب مسیر هدایت شده و سطوح تعریف شده خدمات است؛ به طوری که پزشک خانواده با توجه به بیماری و شرایط شخص، بهترین روند درمان را برای وی در نظر گرفته و در صورت نیاز، به مراکز تخصصی و فوق تخصصی و همچنین پاراکلینیک ارجاع می‌دهد.

## بیان اهمیت

بسیاری از کشورها بر اثر افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر به سمت پوشش همگانی سلامت (UHC) حرکت می‌کنند. حرکت به این سمت، چالش‌هایی را برای کشورهای مختلف در راستای تعدیل تقاضای فزاینده برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ثانویه و کاهش موانع مالی، ضمن حفظ کیفیت مراقبت‌های ارائه شده و نیز مدیریت تشدید هزینه‌های بهداشتی ایجاد کرده است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشکی خانواده، مبنایی برای بهبود کیفیت و برابری در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است. اهمیت این موضوع با توجه به شیوع بیماری‌های اپیدمیولوژیک، تغییر ماهیت بیماری‌ها و افزایش بیماری‌های مزمن در سال‌های اخیر بیشتر از همیشه احساس می‌شود.

## اهداف

اغلب نیازهای بهداشتی و درمانی مردم با ارائه خدمات ساده‌تر و غیرتخصصی قابل پاسخگویی است. با توجه به محدودیت منابع و سرمایه انسانی، امکان ارائه خدمات تخصصی و پیشرفته برای نیازهای ساده وجود ندارد. از طرفی، با ارجاع آن دسته از بیماری‌های پیشرفته نیازمند خدمات تخصصی‌تر، به مراکز درمانی تخصصی، این خدمات با هزینه کمتر و کیفیت بیشتر به بیماران ارائه می‌شود. به همین دلیل، به منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینه و بهبود ارائه خدمات و دریافت درمان، خدمات سطح بندی شده و بر اساس نیاز مناطق مختلف کشور توزیع می‌شود.



هدف از استقرار نظام ارجاع، کنترل هزینه‌های درمانی با توجه به محدودیت منابع و پیشگیری از تقاضای القایی با استقرار راهنماهای بالینی و بهبود نظارت بر روند درمان، جلوگیری از مراجعات متعدد بیماران به مراکز درمانی مختلف و انجام درمان‌های تکراری و مدیریت دسترسی مردم به منابع محدود درمانی است. بدین ترتیب با اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده و قرار گرفتن خدمات بهداشتی و پیشگیرانه در خط اول درمان، شاهد اولویت یافتن پیشگیری بر درمان و ارتقای سطح کیفی سلامت در جامعه خواهیم بود.

به‌علاوه از معایب عدم اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده می‌توان به ارائه خدمات تکراری و بی‌اثر، عدم ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیمار، اتلاف امکانات پیچیده برای بیماری‌های ساده یا بالعکس، عدم امکان پیگیری وضعیت بیمار، مصرف بی‌رویه و خودسرانه دارو در اثر تکرار درمان، خستگی بیمار از عدم دریافت پاسخ صحیح، اتلاف خدمات پاراکلینیکی و افزایش هزینه‌های وارده به اقتصاد خانواده و دولت اشاره نمود.

## نحوه اجرا

هماهنگی تقسیم ارائه خدمات و مراقبت از بیمار بین سطوح اولیه و ثانویه و انتقال بیماران بین این دو سطح (ارجاع)، عنصر کلیدی یک راهبرد گسترده برای مدیریت تقاضای فزاینده است.

در عمل، اثربخشی راهبردهای نظام ارجاع برای مدیریت تقاضا و ارجاع بین سطوح مراقبت‌های بهداشتی به بسیاری از کارکردهای دیگر نظام سلامت، من جمله تأمین مالی، تخصیص نیروی کار و امکانات در سطوح مختلف، مشوق‌های ایجادشده توسط مکانیسم‌های پرداخت و اعتماد و اطمینان بیماران بستگی دارد.

در سیستم نظام ارجاع به هر پزشک عمومی فهرستی از افراد تحت پوشش، داده شده و بیماران موظف میشوند به پزشک معرفی‌شده رجوع نموده یا آن‌که پزشک دلخواه خود را به عنوان پزشک خانواده انتخاب نمایند. کلیه خدمات بهداشتی و درمانی شامل اقدامات درمانی سرپایی، تجویز داروهای موردنیاز، آزمایش‌های تشخیصی طبی و همچنین خدمات توانبخشی پایه توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه می‌شود.



شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشکان خانواده یا تیم‌های سلامت ارائه می‌دهند، به صورت پرداخت سرانه<sup>۱</sup>، پرداخت کارانه<sup>۲</sup> و پرداخت موردی<sup>۳</sup> انجام می‌شود.

## نظام ارجاع در سایر کشورها

نظام ارجاع در آمریکا، در ابتدایی‌ترین مفهوم، دستور کتبی پزشک مراقبت‌های اولیه بیمار برای مراجعه به متخصص برای یک خدمات پزشکی خاص است. از سوی اکثر شرکت‌های بیمه سلامت، ارجاع از پزشک خانواده مورد نیاز است تا اطمینان پیدا کنند که بیماران برای مشکلات خود، به ارائه‌دهندگان صحیح مراجعه نموده‌اند. تقریباً هیچ چیز در این کشور مانع از مراجعه بدون ارجاع بیمار به متخصص نمی‌شود؛ ولی در صورت مراجعه خارج از مسیر ارجاع به متخصص، هزینه کامل معاینه بر عهده بیمار است و بیمه آن را پوشش نمی‌دهد. مهم‌ترین رکن نظام ارجاع در انگلیس، پزشکان عمومی هستند. پزشکان عمومی در صورت نیاز، بیمار را برای دریافت دارو به داروخانه، برای انجام آزمایش‌های ویژه به بیمارستان یا پاراکلینیک و یا به پزشک متخصص ارجاع می‌دهند. متخصص نیز میتواند بیمار را برای بستری به بیمارستان تخصصی ارجاع داده یا به‌منظور معاینه سرپایی دیگری، به پزشک عمومی ارجاع دهد. خدمات ارجاع الکترونیکی در یک کشور یک پلتفرم دیجیتال ملی است. خدمات ارجاع الکترونیکی این امکان را به بیمار می‌دهد تا اولین قرار ملاقات سرپایی بیمارستان یا کلینیک را انتخاب نموده و یا آن را برای جراحی عمومی، به‌صورت برخط یا تلفنی رزرو کند. پذیرش عمل‌هایی که با استفاده از روش الکترونیک انجام نشده‌اند، باعث می‌شود بیمه‌ها از پرداخت هزینه خودداری کنند.

---

۱- روشی از شیوه خرید خدمت است که به منظور جبران خدماتی که تیم سلامت ارائه می‌کند، متناسب با جمعیت تحت پوشش (اعم از سالم یا بیمار، به‌ازای هر فرد)، با در نظر گرفتن سن، جنس و وضعیت سلامت وی، محل جغرافیایی خدمت و برای یک دوره زمانی مشخص، صورت می‌گیرد.

۲- روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به ازای خدمت ارائه شده به مراجعه‌کنندگان صورت می‌گیرد.

۳- پرداخت مبلغی مشخص که در راستای تحقق اهداف نظام سلامت و به‌ازای انجام اقدامات خاص، انجام خدمات ویژه در مورد افراد تحت پوشش، تشخیص بیماری‌های نادر، مسری و تهدیدکننده حیات در مراحل اولیه بیماری و... صورت می‌گیرد.



## نظام ارجاع در ایران

از سال ۱۳۸۱ طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع به عنوان بهترین گزینه جهت اصلاح نظام سلامت کشور مطرح گردید و سرانجام در سال ۱۳۸۴ فعالیت آن در مناطق روستایی و نیز مناطق شهری زیر بیست هزار نفر آغاز شد.

این طرح در سال ۱۳۹۲ مورد بازنگری قرار گرفت و به صورت آزمایشی در مناطق شهری استان فارس و استان مازندران اجرا شد. استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران تنها در سطح یک به حد قابل قبولی رسید و در سطوح دو و سه با موفقیت همراه نبود. عدم فرهنگ‌سازی مناسب در بطن جامعه، عدم رضایت تیم درمان از پرداختی‌ها، شرکت نکردن جمعیت قابل توجهی از پزشکان عمومی در این طرح، عدم انسجام و انفکاک بین بخش‌ها و ترسیم نشدن فرایند درست و یکپارچه در نظام سلامت را می‌توان از موانع و علل عدم موفقیت طرح نظام ارجاع در ایران برشمرد.

در نظام سلامت ایران، مراقبت‌های سلامت در سه سطح به جامعه ارائه می‌شود:

- **سطح یک:** واحدی در نظام سلامت که به‌طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی جمعیت تحت پوشش قرار دارد و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک عمومی یا تیم سلامت برقرار می‌شود. (خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، شهری، شهری-روستایی و مطب پزشکان عمومی) خدمات این سطح شامل ارتقای سلامت، خدمات پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده الکترونیک سلامت، ارجاع و پیگیری وضعیت بیمار می‌شود. این خدمات در چارچوب وظایف واحد پزشکی، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.
- **سطح دو:** شامل خدمات تخصصی سرپایی یا بستری است که به بیماران ارجاع شده ارائه و سپس سطح ارجاع کننده را از نتیجه کار مطلع می‌سازد.
- **سطح سه:** شامل خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری است. بازخورد خدمات این سطح نیز در اختیار سطوح ارجاع کننده قرار می‌گیرد.



اجرای صحیح نظام ارجاع با محوریت پزشکی خانواده، ملزومات بسیار زیادی دارد؛ نظیر: استقرار پرونده الکترونیک سلامت جهت نظارت بهتر، اعمال راهنماهای بالینی بر اساس استاندارد جهانی، اصلاح نظام پرداخت به صورتی که پرداخت‌های آینده‌نگر جایگزین پرداخت‌های گذشته‌نگر شده تا از ایجاد تقاضای القایی در روند درمان جلوگیری شود، اصلاح و بازبینی در ارزش‌های نسبی خدمات سلامت و تعرفه‌های پزشکی به‌منظور هرچه واقعی‌تر شدن آن‌ها و اصلاح نظام بیمه‌ای کشور.

در قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران، نظام ارجاع اولین بار در ماده (۱۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، مصوب ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، برای ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشت مطرح شد. سپس در تبصره (۲) ماده (۱۱) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۸۳، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی لازم‌الاجرا شد. همچنین در قوانین برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه مصوب سال ۱۳۸۳، برنامه پنجم مصوب سال ۱۳۸۹ و برنامه ششم مصوب سال ۱۳۹۶ بر استقرار سامانه ارجاع و سطح‌بندی خدمات درمانی با محوریت پزشکی خانواده به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور تأکید شده است.

### جمع‌بندی

همان‌طور که ذکر شد، طرح نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات با محوریت پزشکی خانواده، بر لزوم و ضرورت تقدم پیشگیری بر درمان و همچنین درمان با هزینه-اثربخشی مناسب تأکید داشته و در صورتی که با دقت و سیاست‌گذاری صحیح انجام گیرد، می‌تواند به ترویج فرهنگ استفاده مطلوب و به‌جا از خدمات تخصصی و پاراکلینیکی و کاهش اتلاف منابع درمانی کمک شایانی نماید.





## منابع:

۱. دکتر محمد شریعتی و همکاران، پزشک خانواده در نقشه نظام سلامت ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
۲. فاطمه صوفی کریمی و همکاران، نظام ارجاع الکترونیک و اهمیت آن در مراقبت‌های بهداشتی، مجله بهورز
۳. روزگار کرونایی و جای خالی نظام ارجاع بیمار و پزشک خانواده، مرکز پژوهشی آرا
۴. ملیحه شیانی و همکاران، جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی
۵. وحید کوه پیمای جهرمی و همکاران، ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ایران با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران
۶. بهزاد دماری و همکاران، ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه‌حل‌ها، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی
۷. اظهارنظر کارشناسی درباره طرح الزام اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
۸. پیش‌نویس طرح قانونی الزام اجرای نظام ارجاع، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
۹. صمد روحانی و محمد باقر، تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مازندران
۱۰. سهیلا رجائی، نظام ارجاع و پزشک خانواده: آری یا نه؟! شبکه مطالعات سیاست‌گذاری عمومی
۱۱. دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲
۱۲. دستورالعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، نسخه ۲۱



۱۳. دستورالعمل اجرایی استقرار نظام ارجاع الکترونیک

۱۴. نقشه تحول نظام سلامت و دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

۱۵. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳ مجلس شورای اسلامی

۱۶. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۰۲/۲۱ مجلس شورای اسلامی

۱۷. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۰۶/۱۱ مجلس شورای اسلامی

۱۸. قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵ مجلس شورای اسلامی

۱۹. قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۶/۰۱/۱۶ مجلس شورای اسلامی

۲۰. Hort K, Gilbert K, Basnayaka P, Annear PL. Strategies to strengthen referral from primary care to secondary care in low-and middle-income countries