

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

Fatemeh Kavian Telouri¹, Alireza Heidari^{1*}, Anis Abbasi¹, Mohammad Javad Kabir¹,

Abbas Badakhshan¹, Zahra Khatirnamani¹

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

*Corresponding Author: Alireza Heidari, Assistant Professor, PhD of Health Policy, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. Email: alirezaheidari7@gmail.com

Received: October 9, 2020

Revised: January 27, 2021

Accepted: February 5, 2021

Online Published: February 16, 2021

Abstract

Introduction: Measuring and monitoring health costs will help health system policy makers choose appropriate policies to protect patients. The purpose of this study was to investigate the referral burden and cost of hospitalized patients covered by the Rural Insurance Fund before and after the implementation of the referral system program in Golestan province, Iran..

Methods: A cross-sectional descriptive study was performed based on the information of the first six months of 2017 and 2018 of all patients admitted to health insurance in all hospitals of Golestan province. The information systems and existing documents of the General Directorate of Health Insurance were used to collect data.

Results: Compared to 2017, the number of hospitalizations of health insurance policyholders in the public sector in 2018 in total funds and rural funds decreased by 13 and 10 percent, respectively, and in the private sector, in all funds and rural funds decreased by 39 and 98 percent, respectively. The cost of hospitalization of health insurance policyholders in the public sector in total funds and rural funds decreased by 13 and 12 percent, respectively, and in the private sector by 24 and 99 percent, respectively. This reduction in referral burden and hospitalization costs in the public and private sectors in rural and public funds and in all funds has been significant ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings, in order to reduce the demand for hospitalization, it is recommended that the guidelines of the rural family physician program and the referral system at level one be fully implemented. By increasing the facilities and physical capacity of services in level one and providing comprehensive and timely services that continue in level two, the induced demand created in patients' hospitalization should be prevented.

Keywords: Referral, Referral Burden, Inpatients, Hospitalization Costs, Health Insurance Organization, Rural Insurance Fund

Citation:

Kavian Telouri F, Heidari A, Abbasi A, Kabir MJ, 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. Iran J Health Insur. 2021;3(4):254-63.

بررسی بار مراجعه و هزینه بیماران بستری تحت پوشش صندوق بیمه روستایی، قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع

فاطمه کاویان تلوری^۱، علیرضا حیدری^{۱*}، انیس عباسی^۱، محمدجواد کبیر^۱، عباس بدخشان^۱، زهرا خطیرنامی^۱

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

* نویسنده مسئول: علیرضا حیدری، استادیار، دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان،

گرگان، ایران. پست الکترونیک: alirezaheidari7@gmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۱۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۷

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۱۱/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۸

چکیده

مقدمه: سنجش و پایش هزینه‌های سلامت، سیاست‌گذاران نظام سلامت را در انتخاب سیاست‌های مناسب برای حمایت از بیماران کمک خواهد کرد. هدف این مطالعه بررسی بار مراجعه و هزینه بیماران بستری تحت پوشش صندوق بیمه روستایی، قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع در استان گلستان بود.

روش بررسی: این تحقیق، مطالعه‌ای توصیفی و مقطعی براساس اطلاعات ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ از تمامی بیماران بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در تمام بیمارستان‌های استان گلستان بود که برای جمع‌آوری داده‌ها از سامانه‌های اطلاعاتی و اسناد موجود اداره کل بیمه سلامت استفاده شد.

یافته‌ها: در مقایسه با سال ۱۳۹۶، بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در بخش دولتی در سال ۱۳۹۷ در کل صندوق‌ها و صندوق روستایی به ترتیب ۱۳ درصد و ۱۰ درصد و در بخش خصوصی، در کل صندوق‌ها و صندوق روستایی به ترتیب ۳۹ درصد و ۹۸ درصد کاهش یافت. هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در بخش دولتی در کل صندوق‌ها و صندوق روستایی به ترتیب ۱۳ درصد و ۱۲ درصد و در بخش خصوصی به ترتیب ۲۴ درصد و ۹۹ درصد کاهش یافت. این کاهش بار مراجعات و هزینه بستری در بخش دولتی و خصوصی در صندوق‌های روستایی و همگانی و در کل صندوق‌ها معنادار بوده است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌ها، برای کاهش تقاضای بستری، پیشنهاد می‌شود دستورالعمل برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع در سطح ۱، به طور کامل اجرا شود. با افزایش امکانات و ظرفیت فیزیکی خدمات در سطح یک و ارائه خدماتی جامع و به موقع که در سطح ۲ نیز تداوم داشته باشد، از تقاضای القایی ایجادشده در بستری بیماران جلوگیری می‌شود.

واژگان کلیدی: ارجاع، بار مراجعه، بیماران بستری، هزینه بستری، سازمان بیمه سلامت، صندوق بیمه روستایی

مقدمه

است که دولت موظف به تأمین آنها به طور برابر و با رعایت عدالت است [۲-۳]. دریافت خدمات سلامت تحت تأثیر تقاضای خدمت و منابع موجود قرار می‌گیرد. در این برنامه، خریدار، ارائه‌کننده و پرداخت‌کننده خدمات به ترتیب دولت، نظام سلامت از طریق

سازمان جهانی بهداشت بیمه‌همگانی را به عنوان ابزاری نویدبخش برای دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته است [۱]. سلامت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه

به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کردند که این، مغایر با قواعد سطح‌بندی خدمات و تضعیف نظام ارجاع در سطح اول به حساب می‌آید [۶]. در شهرها و به‌خصوص شهرهای بزرگ به دلیل دسترسی راحت‌تر مردم به مطب‌های پزشکان عمومی و متخصص (در مقایسه با روستاها)، همچنین نبود بستر لازم برای رعایت سیستم ارجاع، شاهد افزایش مراجعات خارج از سیستم ارجاع به بخش‌های خصوصی و تحمیل هزینه هنگفت، هم برای بیماران و هم نظام سلامت هستیم. این در حالی است که در کشورهای پیش‌رو در برنامه پزشک خانواده، سیستم ارجاع بسیار موفقی طراحی شده است؛ به طوری که بدون موافقت پزشک خانواده، بیمار در هیچ یک از سطوح خدمات تخصصی قادر به پذیرش نیست. بنابراین نظام ارجاع به‌عنوان پل ارتباطی سطوح ارائه‌دهنده خدمات در کاهش هزینه‌ها و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی نقش اساسی دارد. ایجاد و تقویت نظام ارجاع باید مبتنی بر تبادل ۲ سویه اطلاعات و بازگشت بیمار به جایی باشد که از آنجا ارجاع شده است؛ امری که می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی مؤثر باشد [۶].

در مطالعه مورل، گزارش شد که از هر ۱۰۰۰ نفر، ۷۵۰ نفر در ۲ هفته گذشته دچار نوعی مشکل شده‌اند، ۵۰۰ نفر خودمراقبتی داشتند، ۲۵۰ نفر به یک پزشک متخصص ارجاع شدند، ۵ نفر به یک بیمارستان عمومی برای بستری ارجاع شدند و فقط یک نفر به بیمارستان تخصصی دانشگاهی برای بستری معرفی شد؛ در صورتی که در کشور ما به نظر می‌رسد با وجود نظام ارجاع، میزان مراجعه بیماران روستایی با مشکلات حاد و مزمن که به بستری منجر می‌شوند، بیشتر است [۱۰]. از یک سو هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان به‌طور سریع و روزافزونی در حال گسترش است [۱۱] و از سوی دیگر، نقش پررنگ سلامت در جامعه امروز و تقاضای روزافزون برای خدمات بهداشتی و درمانی موجب شده است نظام سلامت همواره با چالش‌های متناقض بهبود عملکرد و کنترل هزینه‌ها روبه‌رو باشد [۱۲].

دولت‌ها برای تکمیل پوشش خدمات سلامت در ابعاد دسترسی جغرافیایی، قابل پرداخت بودن خدمات و جلوگیری از فقر ناشی از استفاده خدمات سلامت و هزینه‌های کمرشکن، در ۳ دهه اخیر فرم‌های سلامت را یکی پس از دیگری به اجرا گذاشته و هدفی جز تکمیل پوشش همگانی، بهبود کمیت و کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت و کاهش منطقی هزینه‌ها و استفاده بهینه از منابع

پزشک خانواده و بیمه‌های سلامت هستند [۴]. بند «ب» ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، دولت را موظف کرد که تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم برای استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم کند [۳]. براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرها با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد [۵].

صندوق‌های بیمه سلامت شامل صندوق بیمه همگانی، صندوق کارکنان دولت، صندوق سایر اقشار، و صندوق ایرانیان است. برنامه نظام ارجاع الکترونیک در فاز اول بیمه سلامت روستایی را پوشش می‌دهد. برنامه پزشک خانواده با تأکید بر مفهوم کلیدی ارجاع و بازخوراند با ۲ هدف عمده عدالت در بُعد مالی (کاهش هزینه‌های درمانی و جلوگیری از هزینه‌های غیرضروری) و عدالت در بُعد دسترسی در دستور کار قرار گرفت [۴]. اگر سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازمان‌دهی شود، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد از نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین کرد [۶]. این سطح‌بندی موجب جلوگیری از مراجعه مکرر و غیرضروری به مراکز تخصصی می‌شود و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیش‌گیری می‌کند و ابزار مناسبی برای کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش هم‌سویی میان پزشکان عمومی و متخصصان محسوب می‌شود [۷].

آگاهی از دستاوردهای نظام ارجاع در واقع زمینه را برای اجرای کامل و بی‌نقص برنامه نظام ارجاع الکترونیک سلامت فراهم می‌کند. در این برنامه، پزشک عمومی همراه با تیم خود، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئول پیگیری سرنوشت آنها هستند [۸]. در مسیر دریافت خدمات تخصصی چنانچه فرد نیازمند بستری باشد، پس‌خوراند خدمات و اقدامات تخصصی و توصیه‌های خانوادگی به پزشک خانواده اعلام می‌شود [۱].

کلمن در مطالعه خود نشان داد که ۵۵ درصد از بیماران اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌ها مراقبت شوند [۹]. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که بیش از نیمی از بیماران که توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شدند، بدون رعایت سیستم ارجاع از خانه‌های بهداشت

نظام ارجاع به‌عنوان یک مداخله مهم در مورد بیمه‌شدگان صندوق بیمه روستایی در روند ارائه خدمات سلامت به گروه خاصی از بیمه‌شدگان محسوب می‌شود، برای بررسی اثر این مداخلات بر مدیریت هزینه، در مرحله اول شاخص‌های بار مراجعات بستری و هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت به تفکیک صندوق استخراج و درصد رشد سال ۱۳۹۷ در مقایسه با سال ۱۳۹۶ محاسبه شد. در مرحله دوم و برای بررسی این موضوع که آیا نظام ارجاع روی بار مراجعات و هزینه بستری بیمه‌شدگان روستایی تأثیرگذار بوده است یا خیر، از آزمون‌های آماری برای بررسی ارتباط بین بار مراجعات و هزینه بستری در صندوق بیمه روستایی و کل صندوق‌ها در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ استفاده شد. از آنجا که ۲ گروه بیمه روستایی و بیمه خدمات همگانی به‌طور مشترک از بستری شدن در بخش خصوصی منع شده‌اند، برای تفکیک اثر این محدودیت نیز ارتباط بار مراجعات و هزینه بستری در بخش دولتی و خصوصی در بیمه‌شدگان صندوق بیمه همگانی در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ بررسی شد.

این طرح قبل از اجرا در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان تصویب شد (IR.GOUMS.REC.1398.331). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای Excel 2016 و SPSS 16 استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌های آماری مورد استفاده (آزمون کولموگروف اسمیرنوف، تی‌زوجی، ویلکاکسون و تقریب مونت کارلو) $P\text{-value} < 0,05$ تعیین شد.

یافته‌ها

جمعیت بیمه‌شدگان بیمه سلامت استان گلستان در سال ۱۳۹۶، معادل ۱۲۸۲۰۲۲ نفر و در سال ۱۳۹۷ معادل ۱۱۱۵۵۹۰ نفر بود که جمعیت تحت پوشش صندوق روستایی با ۹۵۰۱۴۰ نفر در سال ۱۳۹۶ و ۸۰۸۶۶۴ نفر در سال ۱۳۹۷، بزرگ‌ترین صندوق بیمه بود. همچنین، سایر صندوق‌ها در سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ به ترتیب، صندوق بیمه همگانی ۱۶۹۲۲۳ و ۱۲۹۸۸۱ نفر، صندوق کارکنان دولت ۱۲۴۰۷۶ و ۱۱۷۴۱۵ نفر، صندوق سایر اقشار ۳۴۷۲۳ و ۴۸۲۱۱ نفر و صندوق ایرانیان ۳۸۶۰ و ۱۱۴۱۹ نفر را تحت پوشش قرار داده بودند.

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد که مجموع بار مراجعات بستری تمام بیمه‌شدگان بیمه سلامت در بخش دولتی و خصوصی در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ در مقایسه با همین بازه زمانی در سال

نداشته‌اند [۱۴-۱۳]. سنجش و پایش میزان هزینه‌های سلامت، سیاست‌گذاران نظام سلامت را در انتخاب سیاست‌های مناسب برای حمایت از بیماران کم‌کود خواهد کرد [۱۵] و پیش‌نیاز اتخاذ تدابیر مناسب برای کاهش هزینه‌های سازمان، وجود توصیفی دقیق از وضعیت موجود است. بنابراین، از آنجا که بیمارستان‌ها اولین سطح ارجاع با قلمرو مسئولیت‌های مشخص هستند [۱۷-۱۶]، هدف از انجام این مطالعه، بررسی بار مراجعه و هزینه بیماران بستری تحت پوشش صندوق بیمه روستایی، قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع در استان گلستان در نظر گرفته شد.

روش بررسی

این تحقیق، مطالعه‌ای توصیفی به روش مقطعی و براساس اطلاعات ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ بود. از آنجا که نظام ارجاع الکترونیک از نیمه دوم سال ۱۳۹۶ برای افراد تحت پوشش بیمه روستایی اجرا شد، جامعه پژوهش شامل تمام بیمه‌شدگان بیمه سلامت و نمونه‌گیری نیز از نوع سرشماری، شامل تمامی بیمارانی بود که به بیمارستان‌های دانشگاهی، غیردانشگاهی و خصوصی استان گلستان (۲۵ بیمارستان) برای دریافت خدمات بستری مراجعه کردند و متغیرهای مورد بررسی هم عبارتند از بار مراجعه و بار هزینه به مراکز درمانی مختلف. برای جمع‌آوری داده‌ها از سامانه‌های اطلاعاتی و اسناد موجود اداره کل بیمه سلامت استفاده شد. داده‌ها به شکل ستون‌های قبل و بعد به جداول تهیه‌شده برای ثبت و بررسی اطلاعات منتقل شد و سپس شاخص‌های درصد رشد بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان صندوق روستایی بیمه سلامت و هزینه‌های آن در شش ماهه اول سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ به منظور بررسی سهم نظام ارجاع بر هزینه‌های بستری بیمه‌شدگان روستایی محاسبه شد.

از آنجا که در سال ۱۳۹۷ مداخلات متعددی از قبیل اجرایی شدن نظام ارجاع، سقف‌گذاری بیمه سلامت، ابلاغ بند الف تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۳۹۷ از سوی سازمان بیمه سلامت استان مبنی بر مراجعه کلیه بیمه‌شدگان صندوق روستایی فقط به مراکز دولتی، برگزاری جلسات اختصاصی با تیم مدیریت و پزشکان هر بیمارستان برای اجرای سیاست‌های مدیریت هزینه، ارائه کارنامه عملکردی به پزشکان و مقایسه عملکرد آنها با پزشکان هم رشته، ابلاغ راهنماهای بالینی، خروج پزشکان از طرح تمام وقتی انجام شده است، همچنین

بیمه سلامت در بخش دولتی و خصوصی در صندوق‌های روستایی و همگانی و در کل صندوق‌ها در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ نسبت به سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است و این کاهش از نظر آماری معنادار بوده است ($P\text{-Value} < 0/05$) (جدول ۲).

مبلغ ریالی هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در کل صندوق‌ها و صندوق روستایی در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ نسبت به سال ۱۳۹۶، هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی کاهش یافته است. مبلغ ریالی هزینه بستری بیمه‌شدگان به تفکیک صندوق در بخش دولتی کاهش یافته است. مبلغ ریالی هزینه بستری بیمه‌شدگان در بخش خصوصی

۱۳۹۶، کاهش یافته است. همچنین بار مراجعات بستری به تفکیک صندوق نیز در بخش دولتی در تمام صندوق‌ها کاهش یافته است. بار مراجعه بستری در بخش خصوصی نیز در تمامی صندوق‌ها به جز صندوق کارکنان دولت، کاهش پیدا کرده است. به طور کلی، در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ در مقایسه با سال ۱۳۹۶، بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در بخش دولتی در کل صندوق‌ها و صندوق روستایی به ترتیب ۱۳ درصد و ۱۰ درصد و در بخش خصوصی، در کل صندوق‌ها و صندوق روستایی به ترتیب ۳۹ درصد و ۹۸ درصد کاهش یافته است. بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان

جدول ۱ | فراوانی بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷، به تفکیک صندوق

۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷		۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶		بخش / نام صندوق
خصوصی	دولتی	خصوصی	دولتی	
۶۶۷۶	۶۴۵۹۶	۱۰۸۴۹	۷۴۵۰۴	کل صندوق‌ها
۵۵	۴۳۱۹۹	۲۸۴۰	۴۸۰۷۳	صندوق روستایی
۴۶۶۲	۶۲۶۶	۴۴۸۴	۶۹۸۹	صندوق کارکنان دولت
۱۳۵۱	۲۵۰۰	۱۳۵۴	۲۸۹۲	صندوق سایر اقشار
۶۰۸	۱۲۴۷۴	۲۱۷۱	۱۶۲۳۸	صندوق بیمه همگانی و ایرانیان

جدول ۲ | مقایسه بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ در صندوق روستایی و کل صندوق‌ها

P-value	۱۳۹۷	۱۳۹۶	نام صندوق	بخش
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین		
0/015	۱۰۷۶۶/۰۰ \pm ۶۴۰/۹۸	۱۲۴۱۷/۳۳ \pm ۸۹۰/۸۰	کل صندوق‌ها	دولتی
0/031	۷۱۹۹/۸۳ \pm ۴۱۴/۳۲	۸۰۱۲/۱۷ \pm ۵۳۹/۹۷	صندوق روستایی	
0/012	۲۰۷۹/۰۰ \pm ۲۵۱/۹۳	۲۷۰۶/۳۳ \pm ۲۸۳/۶۸	همگانی	
<0/001	۱۱۱۲/۶۷ \pm ۱۶۱/۷۱	۱۸۰۸/۱۷ \pm ۲۰۸/۸۴	کل صندوق‌ها	خصوصی
<0/001	۹/۱۷ \pm ۲۲/۴۵	۴۷۳/۳۳ \pm ۴۵/۸۲	صندوق روستایی	
<0/001	۱۰/۳۳ \pm ۱۹/۱۲	۳۶۱/۸۳ \pm ۳۹/۵۶	همگانی	

اول سال ۱۳۹۷ در بخش دولتی ۱۲ درصد و در بخش خصوصی ۹۹ درصد در مقایسه با ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است (جدول ۳).

هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در بخش دولتی و خصوصی در صندوق‌های روستایی و همگانی و در کل صندوق‌ها در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ نسبت به سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است و این کاهش از نظر آماری معنادار بوده است ($P\text{-Value} < 0/05$) (جدول ۴).

بحث

در این مطالعه، به بررسی بار مراجعه و هزینه بیماران بستری

به تفکیک صندوق نیز در همه صندوق‌ها به جز صندوق کارکنان دولت و سایر اقشار کاهش پیدا کرده است. به طور متوسط ۶۶ درصد از هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در بخش دولتی در ۶ ماهه اول سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷، مربوط به صندوق روستایی است، اما در مورد بخش خصوصی، در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ به ترتیب ۲۲ و ۳۹ درصد از هزینه‌های بستری مربوط به صندوق روستایی بوده است. متعاقب کاهش بار مراجعات بستری، هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت نیز در بخش دولتی ۱۳ درصد و در بخش خصوصی ۲۴ درصد کاهش یافته است. هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه روستایی در ۶ ماهه

جدول ۳ | هزینه بستری بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت در ۶ ماهه اول سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ (میلیون ریال)

۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷		۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶		بخش / نام صندوق
خصوصی	دولتی	خصوصی	دولتی	
۹۴۰۷۰	۸۵۲۹۵۱	۱۲۴۱۱۲	۹۸۲۷۹۳	کل صندوق‌ها
۵۱۲	۵۷۱۶۱۶	۷۳۲۹۰	۶۴۹۵۹۱	صندوق روستایی
۶۲۴۴۷	۹۴۳۵۴	۵۵۸۱۸	۹۹۴۸۲	صندوق کارکنان دولت
۲۳۲۸۶	۳۵۰۵۲	۲۰۸۰۰	۳۸۴۰۲	صندوق سایر اقشار
۷۸۲۳	۱۵۱۹۲۷	۱۹۹۵۲	۱۹۵۳۱۶	صندوق بیمه همگانی و ایرانیان

جدول ۴ | مقایسه هزینه بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ در صندوق روستایی و کل صندوق‌ها

P-value	۱۳۹۷	۱۳۹۶	نام صندوق	بخش
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین		
0/005	۱۴۲۱۵۸/۱۷ \pm ۸۵۷۳/۰۹	۱۶۳۷۹۸/۱۷ \pm ۱۲۰۲۹/۲۰	کل صندوق‌ها	دولتی
0/015	۹۵۲۶۹/۰۰ \pm ۸۷۶۷/۳۷	۱۰۸۲۶۴/۶۷ \pm ۷۵۷۱/۳۷	صندوق روستایی	
0/011	۲۵۳۲۰/۸۳ \pm ۳۳۷۱/۵۸	۳۲۵۵۲/۳۳ \pm ۲۳۶۵/۳۵	همگنی	
0/003	۱۵۶۷۸/۰۰ \pm ۲۷۶۵/۳۸	۲۰۶۸۵/۰۰ \pm ۳۶۵۲/۶۴	کل صندوق‌ها	خصوصی
0/031	۸۵/۳۳ \pm ۲۲/۴۵	۱۲۲۱۴/۶۷ \pm ۱۸۹۳۱/۸۱	صندوق روستایی	
<0/001	۱۳۰۳/۵۰ \pm ۲۴۵/۸۰	۳۳۲۴/۸۳ \pm ۵۶۹/۶۲	همگنی	

شدند و فقط یک نفر به بیمارستان تخصصی دانشگاهی برای بستری معرفی شده است. در صورتی که در کشور ما به نظر می‌رسد با وجود نظام ارجاع، میزان مراجعه بیماران روستایی با مشکلات حاد و مزمن که به بستری منجر می‌شوند، گسترده‌تر است [۱۰]. همچنین ونالدن و همکاران در مطالعات خود مشخص کردند که خودارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت‌ها و بیمارستان‌ها می‌شود و اگر این امکان فراهم شود که همه آنها توسط پزشک عمومی غربال‌گری شوند از حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته می‌شود [۱۹]. در مطالعه‌ای در عربستان بیان شد که برای داشتن نظام ارجاع خوب باید یک ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها برقرار شود [۲۰]. بنابراین تقویت ارتباط بین مدیران مرتبط و تدوین برنامه اصولی و ایجاد تعامل مناسب بین دستگاه‌ها، شفاف‌سازی ارتباطات بین‌سازمانی و بررسی جزئیات فرایند جاری به منظور سالم‌سازی مسیر جریان ارجاع تأکید می‌شود.

در پژوهشی دیگر توسط چمن و همکاران در سال ۱۳۸۹، از ۸۰۰ بیمار ارجاعی، ۲۰ درصد آن به بستری منجر شده است [۲۱]. در بررسی عبادی‌فرد آذر نزدیک ۵۳/۵ درصد مراجعان از خدمات بستری و ۴۶/۵ درصد از خدمات سرپایی بیمارستان برخوردار شده بودند. فقدان تفاوت آماری بین نسبت بستری کردن و خدمات سرپایی در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه، ممکن است به دلیل محل جغرافیایی بیمارستان‌ها و نوع مراجعان آنها (برحسب شهری، یا روستایی یا دارای برگ ارجاع یا بدون برگ ارجاع) باشد [۲۲].

براساس مطالعات انجام‌شده، در بیمارستان هاجر شهرکرد، میانگین مدت اقامت در زمان بستری در بیمارستان ۳ روز بوده است، در حالی که ۰/۸ درصد بیماران کمتر از یک روز در بیمارستان اقامت داشتند و ۵/۸ درصد مدت اقامت بیشتر از ۱۴ روز را سپری کردند [۲۳].

در بیمارستان لقمان حکیم تهران میانگین هزینه اقامت برای هر بیمار ۱۰۲۵۶۶۳۹ ریال، پرداخت از جیب بیمار ۹۲۸۱۳۶ ریال و پرداخت یارانه سلامت توسط وزارت بهداشت ۱۸۳۴۳۷۰ ریال بود [۲۴]. در بیمارستان شرکت نفت تهران میانگین هزینه اقامت برای هر بیمار ۶۲۷۸۳۳۶۳ ریال است [۲۵]. رحمانی و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که اتخاذ سیاست‌های اجرایی درخصوص راهکارهای شناسایی‌شده توسط سازمان‌های بیمه و وزارت

تحت پوشش صندوق بیمه روستایی، قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع در استان گلستان پرداخته شد. با توجه به تأثیر چند عامل مشترک مؤثر بر کاهش بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت و اختصاص داشتن عامل اجرای نظام ارجاع به صندوق بیمه روستایی، با وجود اینکه ۷۰ درصد از جمعیت صندوق بیمه را افراد تحت پوشش صندوق روستایی تشکیل می‌دهند، چنین نتیجه‌گیری شد که استقرار نظام ارجاع همراه با دستورالعمل‌های اصلاح رفتار عرضه و تقاضا، به کاهش بار مراجعات بستری بیمه‌شدگان صندوق روستایی منجر شده است.

به دلیل کاهش بار مراجعات بستری در بخش دولتی و خصوصی، هزینه بستری بیمه‌شدگان روستایی بیمه سلامت در بخش دولتی و بخش خصوصی کاهش یافته است. یکی از علل اصلی این کاهش در بخش خصوصی، دستورالعمل صادره مورخ ۱۳۹۷/۱/۱۶ از سوی بیمه سلامت استان مبنی بر مراجعه تمام بیمه‌شدگان صندوق روستایی اداره کل بیمه سلامت استان صرفاً به مراکز دولتی (پیرو بند الف تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۳۹۷) است؛ اما این موضوع تنها دلیل بار مراجعه و هزینه خدمات بستری در بخش خصوصی نیست. یافته‌ها نشان داد که اجرای نظام ارجاع بر کاهش بار مراجعات و هزینه بستری بیمه‌شدگان صندوق روستایی نیز مؤثر بوده است.

تجارب جهانی گسترده‌ای در کشورهای مختلف جهان در مسیر توسعه و بهبود کیفیت نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب شهروندان به ثبت رسیده است. از جمله در مطالعه‌ای که به ارزشیابی اصلاحات اجراشده در جمهوری خلق چین و براساس الگوی دوباب‌دین صورت گرفت، مشخص شد که این طرح توانسته است سطح سلامت مردم را در هر ۲ ناحیه شهری و روستایی ارتقا داده و شاخص‌های عملکردی نظیر دسترسی، عدالت اجتماعی و کیفیت را به طور معناداری بهبود دهد [۱۸].

کلمن در مطالعه خود نشان داد که ۵۵ درصد از بیماران با مشکلات غیراورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌ها مراقبت شوند [۹]. در مطالعه مورل گزارش شد که از هر ۱۰۰۰ نفر، ۷۵۰ نفر که در سابقه ۲ هفته گذشته خود دچار نوعی مشکل شده‌اند، ۵۰۰ نفر خودمراقبتی داشته، ۲۵۰ نفر به یک پزشک متخصص ارجاع شدند، ۵ نفر به یک بیمارستان عمومی برای بستری ارجاع

استفاده از این اطلاعات، انجام شود.

نتیجه گیری

با توجه به هزینه بسیار سنگین بخش درمان، به نظر می‌رسد تغییر ساختار در نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی با پیاده‌سازی نظام ارجاع، تصمیمی استراتژیک و امری ضروری است. محققان براساس یافته‌های تحقیق برای کاهش تقاضای بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت، پیشنهاد می‌کنند دستورالعمل برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع در سطح ۱ به‌طور کامل اجرا شود. همچنین ضروری است با افزایش امکانات و ظرفیت فیزیکی خدمات در سطح ۱ و ارائه خدماتی جامع و به‌موقع که در سطح ۲ نیز تداوم داشته باشد، از تقاضای القایی ایجادشده در بستری بیماران جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

محققان، مراتب تشکر و قدردانی خود را از ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی گلستان، رئیس ستاد اجرای نظام ارجاع الکترونیک سلامت استان، معاونت بهداشتی، معاونت درمان، اداره آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه و اداره کل بیمه سلامت استان که در راستای پیاده‌سازی نظام ارجاع الکترونیک در استان تلاش بسیاری کردند، اعلام می‌دارند. همچنین از همکاری آقای دکتر مهرداد کمانگری، خانم سکینه بیگم کاظمی، خانم دکتر رویا هروی و خانم معصومه غلامی که در اجرای این پژوهش راهکارهای سازنده‌ای ارائه کردند، قدردانی می‌شود.

References

1. Etienne C, Asamoah-Baah A, Evans DB. Health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization; 2010.
2. Kabir MJ, Heidari A, Jafari N, Khatirnamani Z, Honarvar MR. Dimensions and components for designing the basic health services package in Iran: Exploratory and confirmatory factor analyses. Payesh. 2020;19(5):511-22.[Persian]
3. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing rural family physicians performance according to healthcare manag-

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌تواند در راستای کنترل و مدیریت مؤثرتر هزینه‌های فزاینده خدمات سلامت نقش به‌سزایی داشته باشد [۱۲].

در مطالعه مسعودی اصل و همکاران، اصلاح روش‌های پرداخت، تدوین و ابلاغ راهنمای بالینی، توجه و تأکید بر اجرای صحیح نظام ارجاع، عملکرد تیمی، گسترش مراکز فوریتی در مراکز بهداشتی درمانی، تقویت خدمات پیش‌بیمارستانی، پوشش بیمه‌ای، مدیریت منابع مالی از طریق نظام بیمه‌ای، نیروی انسانی، نهادینه کردن نظام بودجه‌ریزی شفاف و عملیاتی و توانمندسازی مردم و جلب مشارکت آنها در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و جامعه به‌عنوان راهکارهای بهبود وضع موجود پیشنهادشده است [۲۶].

آنچه مسلم است، اینکه نظام ارجاع به‌عنوان ابزاری برای ارائه بهتر خدمات سلامت توسط بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته به کار می‌رود. انگلستان، اسکاتلند، دانمارک، نروژ، فنلاند، هلند، نیوزیلند، استرالیا، کانادا و ایالات متحده سیستم‌های ارجاع الکترونیکی جدیدی را در پیش گرفته‌اند. پشتیبانی سیاسی، تعهد به استانداردها، استفاده از دستورالعمل‌های ارجاع مشترک مورد توافق، تبادل اطلاعات مبتنی بر الگو، دسترسی کامل به ارائه‌دهنده‌های مجاز به اطلاعات بیمار، تریاژ ارجاع متمرکز و برخی ویژگی‌های دیگر از عناصر موفقیت در این نظام هستند [۲۷-۲۸]. بنابراین، لازم است نهاد‌های مسئول با تصویب طرح قانونی و جامع اجرای کامل نظام ارجاع در کشور را فراهم سازند.

اینکه فقط بیماران و پزشکان در سطوح نظام ارجاع، خدمات را ارائه و دریافت کنند، کافی نیست؛ بلکه بسته جامعی از اقدام‌ها شامل منع بستری شدن در بخش خصوصی، استفاده از گایدلاین و... می‌تواند در استقرار نظام ارجاع مؤثر و پایدار باشد. البته در نظام ارجاع موفق نیز باید همه این ضوابط و الزام‌ها همراه با هم وجود داشته باشند.

با توجه به کاهش جمعیت صندوق بیمه‌شدگان بیمه سلامت در سال ۱۳۹۷ در مقایسه با سال ۱۳۹۶، به دلیل هم‌پوشانی بیمه‌ای و همچنین نداشتن اطلاعات بار مراجعه و هزینه بیماران بیمه سلامت که هزینه کل خدمت بستری را به دلیل فقدان پوشش بیمه در بخش خصوصی به‌صورت آزاد پرداخت کرده‌اند، لازم است برای تصمیم‌گیری‌های آینده در این خصوص، پژوهشی جامع‌تر و با

- ers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2016;25(132):23-32. [Persian]
4. Ministry of Health and Medical Education. Guideline of program the «family physician and referral system» in urban areas. Tehran: version 02. 2012.[Persian]
 5. Ministry of Health and Medical Education Family Physician Instruction. Tehran: Version 5, 2005.[Persian]
 6. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafi Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physical program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Research Journal.* 2010;13:19-25.[Persian]
 7. Shojaeetehrani H, editor. Generalities of health services. Tehran: Samat Press; 1998. Family Physician Instruction. Ministry of Health and Medical Education. Tehran: Version 11, 2010.[Persian]
 8. Ministry of Health and Medical Education, Department of Health. The Executive Guideline of Rural Insurance & Family Physician Program. 8th ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education Press; 2007.[Persian]
 9. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency?. *Emerg Med J.* 2001;18(6):482-7.
 10. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. *J R Coli Gen Pract.* 1972;22(118):97-309.
 11. Sadeghi Mazidi A, Kharazmi E, Javanbakht M, Heidari A, Bayati M. Cost of diabetes in type II diabetic patients. *Payesh.* 2012;11(4):443-9.[Persian]
 12. Rahmani K, Riaziat A, Farshid A, Rezayatmand R. Cost control solutions in the most expensive laboratory services of the Health Insurance Organization. *Iran J Health Insur.* 2020;3(2):138-44.[Persian]
 13. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan.* 1994;9(4):353-70.
 14. Kabir MJ, Heidari A, Lotfi M, Hosseini SM, Shojaee A, Keshavarzi A. Effective factors in the improvement and effectiveness of basic health insurance: A qualitative study. *Hakim Health Sys Res.* 2020; 23(2):179-88.[Persian]
 15. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: A longitudinal study in Zone 17 of Tehran. *Hakim Health Sys Res.* 2009;12(2):38-47.[Persian]
 16. Ravangard R, Keshtkaran V, Niknam S, Yusefi A R, Heidari A R. The decision-making styles of managers of public and private hospitals in Shiraz. *Hospital Journal.* 2013;12(3):39-45.[Persian]
 17. Yusefi A, Jabbari A, Koushki J, Heidarei A. The relationship between personality type and leadership style of managers in educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Health Develop J.* 2014;3(1):84-93. [Persian]
 18. Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet.* 2004;364(9437):900-6.
 19. Van Ulden CJ, Winkens RA, Weeseling GJ, Cerbolder HF, Vanscayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organizations. *Emerg Med J.* 2003;20(2):184-7.
 20. Khoja TA, Al Shehri AM, Abdul Aziz AA, Aziz K. Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal.* 1997;3(2):236-43.
 21. Chaman R, Amiri M, Raae M. Family doctor design and quality referral system. *Payesh.* 2012;875-79.[Persian]
 22. Ebadi Farde Azar F. Patients admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). *J Qazvin Univ Med Sci.* 2002;23:30-5.[Persian]
 23. Mirzaeyan S, Iezady A, Ebrazeah A, Mohammady P. Prediction of readmission based on LACE index in medical ward of Hajar hospital of Shahrekord. *J Clin Nurs Mid.* 2014;3(2):1-12.[Persian]
 24. Ghasempour R, Nasiripour A, Hosseini S. A Study of causes of readmission patient's toxicological ward of the Loghman Hakim Hospital, in Tehran in 2014. *Alborz University Medical Journal.* 2016;5(1):8-12.[Persian]
 25. Sajadi S, Hosseini S M, Alimohammadzadeh K. Assessment of prevalence of readmission in admitted ward of

- Tehran Oil Company's hospital in 2016. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2018;16(1):1-11.[Persian]
26. Masoudi Asl I, Bakhtiari Aliabad M, Akhavan Behbahani A, Rahbari Bonab M. Health care costs in Iran and how to control it. *Iran J Health Insur.* 2019;1(4):117-27.[Persian]
27. Heimly V. Electronic referrals in healthcare: a review. *Stud Health Technol Inform.* 2009;150:327-31.
28. Naseriasl M, Amini A, Doshmangir L, Adham D, Janati A. Challenges of establishing specialty referral system in Iran's health sector (A qualitative study). *Acta Medica Mediterranea.* 2017;33(s1):921-6.