



تأثیر برنامه پزشک خانواده بر بار مراجعات در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

چکیده

زمینه: یکی از مهم‌ترین روش‌های بهبود دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت، برنامه پزشک خانواده است. به همین منظور، مطالعه حاضر میزان بار مراجعات را قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار داده است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، داده‌های موجود توصیف و تحلیل شد. داده‌ها در یک فرم جمع‌آوری و وارد صفحه گسترده اکسل شد. برای بررسی روند بار مراجعات در طول دوره مطالعه و همچنین مقایسه بار مراجعات قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده به ترتیب از نمودار خطی و ستونی اکسل استفاده شد. ملاک معنی‌داری، عدم همپوشانی خط $error\ bar$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین بار مراجعات به پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه قبل از اجرای طرح پزشک خانواده به ترتیب ۰/۳، ۰/۶، ۰/۲، ۰/۰۳ و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده به ترتیب ۱/۳، ۰/۴، ۰/۵۸ و ۰/۰۸ بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که میزان بار مراجعات به تیم پزشک خانواده بسیار چشمگیر و قابل ملاحظه بوده است. بیشترین افزایش بار مراجعات بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، به ترتیب در خدمات مامایی، ویزیت پزشک، آزمایشگاه و دارویی مرتبط بوده است. لذا انتظار بر این است، این افزایش بار مراجعات بر شاخص‌های بخش سلامت تأثیر مثبت ایجاد نماید. بدین منظور پیشنهاد می‌شود، مؤلفه‌های این برنامه به صورت سیستماتیک مورد کنکاش قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، بار مراجعات، مرکز بهداشتی و درمانی، مازندران

دکتر عزت‌اله گل‌علیزاده ۱
محمود موسی‌زاده ۲*

۱- پزشک عمومی، پژوهشگر
۲- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی،
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نشانی نویسنده مسؤول: کرمان،
هفت باغ، دانشکده بهداشت، دپارتمان
آمار و اپیدمیولوژی

تلفن: ۰۹۱۱۳۵۵۵۳۶۷

نشانی الکترونیکی:

cdctbmaz@yahoo.com

مقدمه

هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیتهای اقتصادی و اجتماعی مؤثر واقع شوند [۱]. در چند دهه اخیر نظام‌های سلامت کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، برای تأمین نیازهای جدید و انتظارات در حال تغییر که به دلیل گذر اپیدمیولوژیک، افزایش هزینه‌های سلامت، تغییرات دموگرافیک، نابرابری‌ها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌ها و چالش‌های مدیریت سلامت در سطوح مختلف رخ داده، برنامه‌های اصلاحی گسترده‌ای را در دستور کار قرار دادند [۲-۶].

یک مدل جدید در سیستم سلامت برای قرن بیست و یک باید از ویژگی‌های بی‌خطر بودن، بر پایه مطالعات علمی بنا شدن، رویکرد جامعه‌نگر و بیمارنگر داشتن، مؤثر، کارا و عادلانه بودن برخوردار باشد که یکی از مؤسسات پزشکی در آمریکا، سیستم پزشکی خانواده را بهترین گزینه برای اجرای این مدل ذکر نموده است [۷]. برنامه پزشکی خانواده یکی از طرح‌های پیشرفته‌ای است که در کشورهای توسعه یافته و کشورهای که به وضعیت سلامت مردم اهمیت خاصی می‌دهند اجرا می‌شود و تاکنون این برنامه در ۶۰ کشور دنیا مورد آزمون قرار گرفته و کارایی آن به اثبات رسیده است. پزشکی خانواده به عنوان دروازه‌بان و کلیددار مسیر حرکت از پایین‌ترین سطوح ارائه خدمات به بالاترین سطوح قرار گرفته و در صورت بهره‌گیری مناسب از سیستم ارجاع، می‌تواند حجم زیادی از مراجعات گران و غیر ضروری به متخصصین را کاهش داده و علاوه بر این با وجود بسته خدمات بهداشتی-درمانی سرپایی پیش‌بینی شده، امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم نماید [۸-۱۲].

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۲ در آمریکا انجام شده است، اینگونه عنوان شده که بیماران می‌خواهند پزشکی خانواده آنها دارای ۵ ویژگی باشد: از لحاظ جغرافیایی دسترسی به او راحت باشد، در زمان کوتاهی در دسترس باشد، در تصمیمات بیمه‌ای آنها نقش داشته باشد، توانایی ارتباطات خوبی با بیماران داشته باشد و در زمینه طبابت خود دارای دانش و مهارت کافی باشد [۱۳].

در طرح پزشکی خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیتهای پزشکی محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارایه خدمات سلامتی به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش، صرف‌نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های

اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است [۱۴]. پزشک خانواده سلسله‌ای مشخص از خدمات بهداشتی-درمانی-ارتقایی را به عنوان حداقل برای همه کسانی که در پوشش خود دارد، تعهد می‌کند و فراتر از این محدوده فنی، فرد را برای بهره‌گیری از خدمات تکمیلی-تخصصی به سطوح دیگر ارجاع می‌دهد [۱۵، ۱۶]. برنامه پزشکی خانواده یک نظام کامل بهداشتی-درمانی است که مهم‌ترین نتایج آن رفع سردرگمی مردم در مراجعه به پزشک و افزایش رضایت‌مندی مردم از خدمات سلامت است [۱۶ و ۱۷].

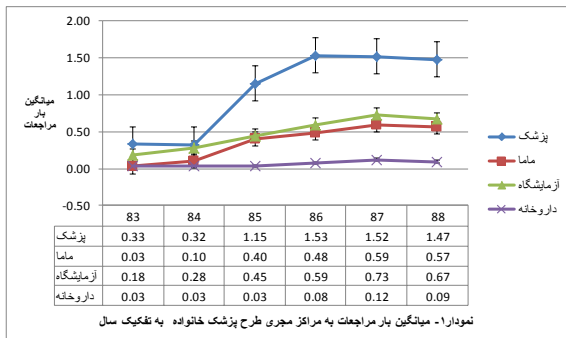
در ایران هم اصلاحات هدفمند در حوزه نظام سلامت با اجرای بیمه خدمات درمانی خانوارها و طرح پزشکی خانواده با هدف بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌ها صورت گرفته است [۱۸-۱۷].

اجرای طرح پزشکی خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بخش بیمه درمانی برای مردم و ارایه خدمات بهداشتی درمانی و نظام ارجاع در کشور ایران محسوب می‌شود. از جمله اهداف طرح پزشکی خانواده، افزایش پاسخگویی، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت می‌باشد. از نشانگرهای میزان استفاده از خدمات، نسبت مراجعه‌ی جمعیت به مرکز بهداشتی درمانی است که حتی می‌تواند تا حدودی نشان‌دهنده‌ی توزیع عادلانه‌ی منابع بهداشتی هم باشد [۱۴]. با اجرای برنامه پزشکی خانواده، ابعاد مختلف آن از قبیل نظام ارجاع، نقاط قوت و ضعف برنامه، رضایت مجریان و مشتریان در قالب مطالعات کمی و کیفی توسط پژوهشگران مختلف مورد بررسی و نتایج آن در مجلات معتبر منتشر گردید، ولی بررسی بار مراجعات مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی به صورت هدفمند از نظر دور مانده است. لذا در این پژوهش با بررسی روند بار مراجعات به مراکز بهداشتی و درمانی و مقایسه آن در قبل و بعد از اجرای طرح، پیشنهادهایی برای سیاست‌گذاران عرصه سلامت ارائه شده است.

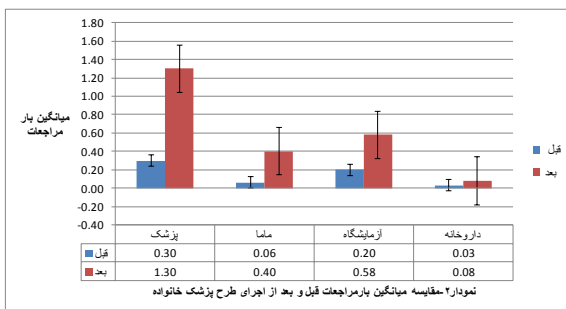
روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی بوده که در تمامی شبکه‌های بهداشت و درمان (۱۶ شهرستان) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. در پژوهش حاضر داده‌های موجود توصیف و تحلیل شد و نیازی به نمونه‌گیری نبوده است. کل جمعیت تحت

میانگین بار مراجعات به پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه به ترتیب از ۰/۳۳، ۰/۰۳، ۰/۱۸، ۰/۰۳ و ۰/۰۳ درصد در سال ۱۳۸۳ الی ۱/۴۷، ۰/۵۷، ۰/۶۷ و ۰/۰۹ درصد در سال ۱۳۸۸ در تغییر بوده است (نمودار ۱).



نمودار ۲ نشان می‌دهد که میانگین بار مراجعات به پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه قبل از اجرای طرح پزشک خانواده به ترتیب ۰/۰۳، ۰/۰۶، ۰/۲، ۰/۰۳ و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده به ترتیب ۱/۳، ۰/۴، ۰/۵۸ و ۰/۰۸ بوده است.



پوشش طرح در دوره مورد مطالعه (۱۳۸۳ الی ۱۳۸۸) به ترتیب برابر با ۱۲۳۹۷۰۶، ۱۲۵۴۴۱۳، ۱۲۸۹۳۴۳، ۱۲۹۱۴۵۱، ۱۲۹۹۵۷۱ و ۱۳۲۷۳۴۵ نفر بوده است. با توجه به اجرای طرح پزشک خانواده در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۸۴، تعداد مراجعین به پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و یا مراکز بهداشتی و درمانی شهری- روستایی و خانه‌های بهداشت تابعه آنها از فروردین سال ۱۳۸۳ الی اسفند سال ۱۳۸۸ وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات فرمی بوده که حاوی متغیرهای نام شهرستان، تعداد جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده، نام مرکز بهداشتی و درمانی، تعداد مراجعین به پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه بوده است که توسط دو نفر از کارشناسان آموزش دیده تکمیل شد. ورود داده‌ها در صفحه گسترده اکسل انجام شد. میانگین مراجعین به تفکیک ویزیت پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه و بر اساس تعداد جمعیت مشمول طرح (برای محاسبه میانگین بار مراجعات به خدمات مامایی ۵۰ درصد جمعیت مشمول طرح لحاظ گردید) محاسبه شد. چون ماهیت داده‌ها از نوع گلوبال بوده، امکان انجام آزمون آماری برای مقایسه بار مراجعات در قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده وجود نداشت. بدین منظور برای بررسی روند بار مراجعین و همچنین مقایسه بار مراجعین قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده به ترتیب از نمودار خطی و ستونی اکسل و با رسم error bar بر روی نمودار میانگین استفاده شد و ملاک معنی‌داری، عدم همپوشانی خط error bar میانگین‌ها در نظر گرفته شد.

بحث

در این مطالعه تأثیر اجرای برنامه پزشک خانواده بر میزان بار مراجعات به مراکز بهداشتی و درمانی مجری طرح در دانشگاه علوم پزشکی مازندران بررسی شد، یافته‌ها نشان داد که میزان بار مراجعات به تیم پزشک خانواده بسیار چشمگیر و قابل ملاحظه بوده است. میانگین بار مراجعات به پزشک بعد از اجرای طرح نسبت به قبل از اجرای آن ۴/۳ برابر شده است و تفاوت‌های مشاهده شده در تعداد مراجعین معنی‌دار بوده است (عدم همپوشانی نمودار error bar در نمودار ۲). همچنین در این مطالعه، روند افزایشی بار مراجعات به پزشک با شروع طرح پزشک خانواده تا سال ۱۳۸۶، بسیار زیاد بوده ولی از سال ۱۳۸۷ به بعد اندکی سیر نزولی پیدا کرده است ولی این روند نزولی معنی‌دار نیست (نمودار

یافته‌ها

در طول دوره مورد مطالعه (۱۳۸۳-۱۳۸۸) تعداد ۸۳۳۰۲۶۰ نفر مراجعه به پزشک، تعداد ۱۳۹۵۲۴۴ نفر مراجعه به ماما، تعداد ۳۷۵۴۳۳۹ نفر مراجعه به آزمایشگاه و تعداد ۵۱۰۶۷۸ نفر مراجعه به داروخانه داشتند. تعداد مراجعات به پزشک از سال ۱۳۸۳ الی ۱۳۸۸ به ترتیب برابر با ۴۰۵۷۴۶، ۴۰۵۷۴۶، ۱۴۸۴۴۸۳، ۱۹۷۷۵۱۲، ۲۰۹۹۳۹۴ و ۱۹۵۷۳۷۹، تعداد مراجعات به ماما به ترتیب برابر با ۲۱۴۱۲، ۷۱۶۶۲، ۳۳۴۸۶۶، ۳۰۸۳۷۶، ۳۸۱۸۸۶ و ۳۷۷۰۴۲، تعداد مراجعات به آزمایشگاه به ترتیب برابر با ۲۲۴۷۲۷، ۳۴۸۸۹۴، ۵۷۳۸۱۰، ۷۶۷۱۷۰، ۹۵۰۵۳۰ و ۸۸۹۲۰۸ و تعداد مراجعات به داروخانه به ترتیب برابر با ۳۹۵۵۸، ۳۹۶۲۷، ۴۴۸۹۶، ۱۰۲۲۶۶، ۱۵۹۶۳۷ و ۱۲۴۶۹۴ بوده است.

اختلالات مزمن می‌باشد یا ناشی از مراجعات افرادی به منظور دریافت خدمات پزشکی و دارویی علیرغم بی‌نیازی به خدمات پزشکی و فقط صرف رایگان بودن تعرفه‌ها در ابتدای طرح یا صرف دریافت فرم ارجاع و یا ... بوده است. چون در مطالعه‌ای نشان داده شد ۵۵ درصد از بیماران با مشکلات غیر اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌ها مراقبت شوند [۴]. همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد با به کار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶ درصدی از تعداد بیماران سرپایی بیمارستان شده بود [۵]. ولی نتایج مطالعه‌ای در ایران بیانگر آن است که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷ درصد موارد نامطلوب بوده [۲۰] و میزان خود ارجاعی به بیمارستان‌ها ۴۶/۳ درصد است [۲۱]. همچنین جنتی و همکاران [۵] گزارش نمودند که ۶۸/۲ درصد از مشتریان، کاهش هزینه‌های درمان و ۵۲/۷ درصد از آنها، دسترسی آسان به دارو، پزشک و ماما را از نقاط قوت طرح پزشک خانواده عنوان نمودند.

کاهش غیر معنی‌دار میانگین بار مراجعات به پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه در سال آخر دوره مورد بررسی را با توجه به اشراف مؤلفین نسبت به موضوع، می‌توان به عوامل احتمالی همچون افزایش تعرفه‌ها، کمتر شدن تعداد مراکز بیتوته در مقایسه با سال‌های ابتدایی طرح، اشباع مراجعین کاذب، خدمات ضعیف دارویی، قبولی پزشکان و دیگر رده‌های خدمتی در آزمون‌ها برای ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر یا قبول شدن در آزمون استخدامی وزارت بهداشت و یا سایر دستگاه‌ها و نهایتاً خالی ماندن پست مورد نظر و یا حتی ضعیف شدن نظارت دستگاه‌های مجری نسبت داد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از داده‌های موجود گلوبال بوده که فقط امکان قضاوت به صورت کلی را امکان‌پذیر نمود و اینکه این تعداد بار مراجعات مربوط به چند نفر بوده، مشخص نیست. همچنین در این پژوهش، امکان بررسی و تعیین دلایل دفعات بار مراجعات که زمینه برنامه‌ریزی مناسب و انجام فعالیت‌های هدفمند را فراهم می‌نماید، وجود نداشته است. بر اساس جستجوی مؤلفین، عدم دسترسی به مطالعات مشابه برای استفاده در بحث یکی دیگر از محدودیت‌ها است. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر نداشتن اطلاعات مربوط به بار مراجعات به مراکز بهداشتی و درمانی به تفکیک جنس و گروه سنی می‌باشد که به همین دلیل امکان بررسی و تحلیل بر حسب گروه‌های سنی و جنسی میسر نبوده است. همچنین یکی از معیارهای کارایی و اثر بخش بودن برنامه پزشک خانواده این موضوع می‌باشد که با اجرای صحیح نظام ارجاع، بر بار

(۱). میانگین بار مراجعات به ماما بعد از اجرای طرح نسبت به قبل از آن ۶/۷ برابر شده است و این تفاوت معنی‌دار بوده است (نمودار ۲). روند افزایشی بار مراجعات جهت دریافت خدمات مامایی به طور ملموسی تا سال ۱۳۸۷ ادامه یافت ولی از سال ۱۳۸۸ به طور نامحسوسی بار مراجعات کاهش داشته است (نمودار ۱). میانگین بار مراجعات به آزمایشگاه بعد از اجرای طرح پزشک خانواده نسبت به قبل از آن، ۲/۹ برابر شده است و تعداد مراجعات به طور معنی‌داری افزایش داشته است (نمودار ۲). روند صعودی میزان مراجعین به آزمایشگاه به طور معنی‌داری تا سال ۱۳۸۷ ادامه داشت و بعد از آن سیری نزولی داشته که معنی‌دار نبوده است (نمودار ۱). میانگین بار مراجعات به داروخانه تیم پزشک خانواده ۲/۷ برابر رشد داشته است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین مراجعین به داروخانه در قبل و بعد از طرح معنی‌دار نبوده است (نمودار ۲). روند بار مراجعات به داروخانه تا سال ۱۳۸۵ ثابت بوده و بعد از آن به طور معنی‌داری تا سال ۱۳۸۷ افزایش و سپس سیری نزولی داشته است (نمودار ۱). در مطالعه جمشیدیگی و همکاران [۱۹]، تحت عنوان عملکرد اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۵ و شش ماهه اول ۱۳۸۶ که براساس گزارشات آماری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طراحی شده است، نشان داده شد با افزایش تعداد پزشک و در دسترس بودن وی برای تمام ساعات شبانه‌روز، تعداد مراجعات مردم روندی افزایشی داشته است. بار مراجعه‌ی کل جمعیت تحت پوشش از ۱/۲۳ در سال ۱۳۸۵ به ۱/۳۸ در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است که با نتایج مطالعه حاضر هم راستا می‌باشد.

افزایش بار مراجعات به واحدهای مجری طرح پزشک خانواده به دلائلی همچون افزایش دسترسی مردم، بیتوته بودن مراکز مجری طرح، رایگان بودن ارائه خدمات در ابتدای طرح، پایین بودن تعرفه خدمات مورد نظر و شرط رعایت سیستم ارجاع به منظور پذیرش دفترچه بیمه روستایی جهت خدمات تخصصی قابل پیش‌بینی بوده است. ولی سؤال بسیار مهم و اساسی که مطرح می‌شود این است که آیا با اجرای برنامه پزشک خانواده و مشاهده این حجم افزایش بار مراجعات در مراکز مجری طرح، بار مراجعات سرپایی به بیمارستان‌ها، تعداد مراجعین با مشکلات غیر اورژانسی به واحد فوریت‌ها و حتی تعداد مراجعین به متخصصین کمتر شده است و یا اصلاً ارتباطی بین این چرخه وجود ندارد و تأثیری بر بار مراجعین این واحدها نداشته است. اگر این گونه باشد، می‌توان اظهار داشت بخشی از این حجم انبوه بار مراجعات در مراکز مجری طرح پزشک خانواده یا ناشی از مراجعات مکرر یکسری از مراجعین دارای

است. همچنین با دسترسی بیشتر مردم به نیروهای با تحصیلات بالاتر همچون پزشک و ماما، امکان دریافت خدماتی مطلوب با صرف وقت و هزینه کمتر فراهم شده است. نکته دیگر اینکه با حضور بیشتر تیم پزشک خانواده در خانه‌های بهداشت امر آموزش به‌روزان هم روند مناسب‌تری یافته است. در کل انتظار بر این است، اجرای برنامه پزشک خانواده که نتیجه آن در ظاهر با افزایش بار مراجعات متجلی می‌شود، در عمل بر شاخص‌های حوزه سلامت تأثیر مثبت به بار آورد و زمینه را برای رشد و بالندگی جامعه فراهم نماید.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود با بازنگری سیستماتیک، مجموعه مؤلفه‌های برنامه پزشک خانواده، مورد کنکاش قرار گیرد و تعاریف استاندارد و روشنی برای فعالیت‌ها لحاظ شود. همچنین در پژوهش‌هایی با حجم نمونه مناسب، استفاده از روش نمونه‌گیری صحیح و در مقاطع زمانی مختلف سال، دلائل بار مراجعات به پزشک خانواده مورد بررسی قرار گیرد و در جهت شفاف سازی محدودیت‌های اشاره شده در مطالعه حاضر اقدام شود.

تقدیر و تشکر

از کارشناسان گروه گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بخاطر همکاری سازنده و مؤثر در هر چه بهتر اجرا شدن این پژوهش قدردانی می‌شود.

مراجعات سطوح تخصصی کاسته شود و امکان ارائه خدمات مناسب در هر سطح با هدفمند شدن بار مراجعین مقدور گردد ولی قضاوت در این خصوص که آیا با اجرای برنامه پزشک خانواده و افزایش بار مراجعات در مراکز بهداشتی و درمانی، بار مراجعات در بیمارستان‌ها و سطوح تخصصی ارائه خدمات تغییر کرده است و روند این تغییر چگونه بوده است، با مطالعه حاضر که داده‌های آن فقط بر مراکز بهداشتی و درمانی تمرکز دارد، به صورت عینی قابل بررسی نیست که بایستی در مطالعات آتی، این محدودیت مرتفع شود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر، بیشترین افزایش بار مراجعات بعد از اجرای طرح پزشک خانواده در مقایسه با قبل از آن، به ترتیب در خدمات مامایی، پزشک، آزمایشگاه و دارویی بوده است و بر اساس نمودار ۲ و ۱ روند افزایشی بار مراجعات جهت دریافت خدمات مختلف درمانی - مراقبتی معنی‌دار و قابل ملاحظه بوده است. همچنین با توجه به اینکه در قبل از اجرای طرح پزشک خانواده، از نظر وجود نیروی انسانی ماما در سطح مراکز بهداشتی و درمانی روستایی محدودیت وجود داشته است، خدمات مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری عمدتاً توسط به‌روزان انجام می‌گرفت که با جاری شدن برنامه پزشک خانواده، این خدمات به صورت مشترک توسط نیروی تخصصی ماما و به‌روز انجام می‌گیرد و به نوعی ارتقا کیفیت در خدمات مراقبت‌های دوران بارداری را موجب شده

مراجع

- 1- Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. challenges in second level of referral system in family physician plan: a qualitative research, Journal of medical council of Islamic republic of iran, 2012; 29(4): 404-412.
- 2- Aghlmand S, Poorreza A. Health system reform. Refah- e Ejtemae Journal 2004; 4(14): 3-26.
- 3- Giroto S, DelZotti F, Baruchello M, Gottardi G, Valante M, Battaglia A, et al. The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and in particular, family planning, Advances in Contraception, 1997; 13(2-3): 283-293.
- 4- 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.
- 5- Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths Weaknesses of Family Physician Program, journal of Knowledge Health, 2010; 4(4): 38-43.
- 6- Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd, Journal of School Health, Yazd, 2009; 6(1-2): 5-13.
- 7- Institute of medicine. Committee on quality of

- health care in America. crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Institute of medicine Washington DC: national Academy press: 2001.
- 8- Ghasemi MM. Review referral system through the general medicine in outpatient services self-employed insured's of health care insurance organizations, Public Health services insurance Journal, 2000; 12: 19-21.
- 9- Clancy CM, Franks P. Utilization of specialty and primary care: the Impact of H.M.O insurance and patient related factors, J Fam Pract, 1997; 45(6): 500-8.
- 10- Jaturapatporm D, Dellow A, Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Family Practice, 2007: 8-14.
- 11- Manca DP, Varnhagen S, Brett- MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Webbased survey using the Delphi method, Can Fam Physician, 2007 Feb; 53(2): 278-86.
- 12- Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region, EMHJ, 1997; 3(2): 236-53.
- 13- Pagno, PA., Mcpherson, DS.,schmittling, GT., Kahn, NB jr.(2002). Result of the National Resident Matching Program : Family practice, Fam Med, 2002; 34: 584-591.
- 14- Jamshidi HR. Health system reform in Islamic Republic Iran, Public Health services insurance Journal, 2005: 8(27): 14-16.
- 15- Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia, Int J Qual Health Care, 2000; 12(2): 143-147.
- 16- Ebadiazar F. Admission and referral system observance in five educational centers (IUMS), JQUMS, 2002; 6(3): 30-5.
- 17- Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction, Family Practice, 2003; 20(3): 311.
- 18- Rich M, Ginsburg KR. The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. Journal of Adolescent Health, 1999; 25(6): 371-8.
- 19- Jamshidbeighy E, Kabir MJ, Mardfard N, Motlagh ME, Moghimi D, Naeli J. report of implementing program of family physician and rural insurance in 2006 year, Tehran: publication of Arvich, 2008.
- 20- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS), 2010; 11: 46-52.
- 21- Rasoulinejad A, Rasoulinejad M. A Study of referral system in health care delivery system and recommended alternative strategies: Kashan Health Care Network, Hakim Research Journal, 2001; 4: 238-42.