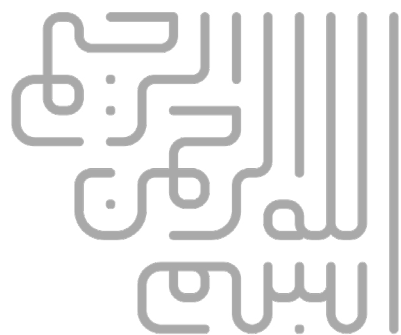


نظام ارجاع و پزشک خانواده: تجربه جهانی، طرح‌های اجرا شده و پیشنهادهایی برای ایران



تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۵/۷
Publish Date : 2026/7/29



عنوان: نظام ارجاع و پزشک خانواده: تجربه جهانی، طرح های اجرا شده و پیشنهادهایی برای
ایران
تهیه و تدوین (Authors): محمد بختیاری علی آباد، فاطمه قویدل
واژه های کلیدی: پزشک خانواده، نظام ارجاع، بهداشت و درمان
ناشر: مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی

DOI:

Permanent Link:

Publisher : Islamic Parliament Research Center of Iran

عنوان: نظام ارجاع و پزشک خانواده: تجربه جهانی، طرح های اجرا شده و

پیشنهادهایی برای ایران

نوع گزارش: طرح/ لایحه ☐، نظارتی ☒، راهبردی ☐، پیش نویس قانونی ☐

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

مدیر مطالعه: محمد بختیاری علی آباد

ناظر علمی: ریحانه رحمانی پور

همکار: سیده فرحانه طالبیان

همکار خارج از مرکز: محمدحسین حیدرزاده (پزشک عمومی)

گرافیک و صفحه آرایی: سمیرا صادقی عسکری

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱



فهرست مطالب

۶	چکیده.....
۷	خلاصه مدیریتی.....
۸	۱. مقدمه.....
۹	۲. نظام ارجاع و پزشک خانواده.....
۱۰	۳. تجربیات جهانی پزشک خانواده.....
۱۱	۱-۳. نظام ارجاع با سیستم درگاه اجباری.....
۱۴	۲-۳. نظام ارجاع با سیستم نیمه درگاه داری اختیاری.....
۱۷	۳-۳. نظام ارجاع آزاد.....
۲۱	۴. روند اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران.....
۲۳	۵. چالش های اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده در ایران.....
۲۳	۱-۵. عدم ثبات در سیاستگذاری و تغییر رویکرد با تغییر دولت ها.....
۲۴	۲-۵. عدم اجرای یکپارچه برنامه در سطوح دو و سه.....
۲۴	۳-۵. چند پارگی تأمین مالی بیمه ها.....
۲۵	۴-۵. نگاه بخشی و بی توجهی به ملاحظات اجتماعی و فرهنگ سازی در طراحی و اجرای برنامه.....
۲۶	۵-۵. تعارضات ساختاری در نظام سلامت.....
۲۶	۶-۵. ابهام در سیاست ها و نبود سند جامع و بدون نقص.....
۲۶	۷-۵. محدودیت های ساختاری در ارزیابی و پایش برنامه.....
۲۷	۸-۵. محدودیت های تأمین مالی.....
۲۷	۹-۵. سایر چالش ها (احصا شده از ارزیابی پیش آزمایی برنامه در استان های فارس و مازندران).....
۲۸	۶. جمع بندی و نتیجه گیری.....
۲۹	منابع و مآخذ.....

فهرست جداول

۲۰	جدول ۱. دستاوردها، چالش ها و درس آموخته کشورهای منتخب در خصوص نظام ارجاع و پزشک خانواده.....
۲۳	جدول ۲. روند اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران.....

فهرست شکل ها

۱۰	شکل ۱. چارت نظام ارجاع سیستم سلامت.....
	شکل ۲. نمودار ارزش اسمی و واقعی اعتبارات پزشک خانواده بر حسب میلیارد ریال در قوانین بودجه سنواتی (تعدیل شده براساس شاخص
۲۷	بهای کالاها و خدمات مصرفی در سال پایه ۱۳۹۳).....



نظام ارجاع و پزشک خانواده: تجربه جهانی، طرح‌های اجرا شده و پیشنهادهایی برای ایران

چکیده



نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده در ایران بیش از سه دهه، در اسناد بالادستی و قوانین توسعه‌ای از جمله برنامه‌های سوم تا هفتم توسعه مورد تأکید قرار گرفته است، با این حال، اجرای یکپارچه و اثربخش آن تاکنون محقق نشده و مسیر ارجاع به سطوح تخصصی و فوق تخصصی برقرار نشده و نقش پزشک خانواده به عنوان دروازه بان سلامت به طور کامل استقرار نیافته است. بررسی تجربیات جهانی نشان می‌دهد که طراحی نهادی منسجم، تأمین مالی پایدار، زیرساخت اطلاعاتی یکپارچه و پایش مستمر، می‌تواند منجر به کاهش مراجعات غیرضروری، کنترل هزینه‌ها، ارتقای کیفیت مراقبت و افزایش رضایت بیماران شود. در ایران، محدود ماندن اجرا به سطح یک، بی‌ثباتی سیاستگذاری، تغییر رویکرد با تغییر دولت‌ها و مدیران، چندپارگی نظام تأمین مالی، تعارضات ساختاری، نگاه بخشی، ضعف فرهنگ سازی و آموزش، عملکرد جزیره‌ای سامانه‌های اطلاعاتی و ابهام در اسناد اجرایی، از مهم‌ترین موانع پیشرفت برنامه محسوب می‌شوند. این چالش‌ها موجب شده است که پزشک خانواده به یک فرایند اداری محدود و نه محور هماهنگی و مدیریت تقاضا تبدیل شود. با توجه به شرایط موجود، گذار به نظام یکپارچه، الکترونیک و چندسطحی با محوریت پزشک خانواده ضروری است. استقرار این مدل مستلزم تصویب و ابلاغ سند ملی جامع و الزام‌آور شامل اهداف کمی، زمان‌بندی، شاخص‌های پایش و سازوکارهای مصون از تغییرات مدیریتی است تا ثبات سیاستی، هماهنگی بین سطوح خدمت، مدیریت منابع انسانی و مالی، و مشارکت نهادهای اجتماعی و بیمه‌ای تضمین شود و اهداف عدالت در سلامت، کنترل هزینه و ارتقای کیفیت مراقبت در کشور محقق شود.



بیان / شرح مسئله

با وجود تأکیدات چند دهه‌ای اسناد بالادستی از جمله قوانین برنامه‌های سوم تا هفتم توسعه بر استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده به عنوان راهبردی کلیدی برای ارتقای عدالت سلامت و کارایی نظام بهداشتی، اجرای سراسری و مؤثر آن تاکنون با تعلل و ناکامی مواجه بوده است. تجربه جهانی و نیز اجرای محدود این برنامه در برخی استان‌ها نشان می‌دهد که این مدل در ساماندهی خدمات و بهینه‌سازی هزینه‌ها کارآمد است و تأخیر در اجرای آن نیازمند جبران فوری است. قانون برنامه هفتم توسعه با تأکید مجدد بر اجرای سراسری، عزم قانونگذار برای ورود به عرصه عمل را نشان می‌دهد، اما نهادهای سازنده این نظام همچنان نیازمند توجه به ملاحظات کلیدی و استفاده از تجربه‌های عملی موجود است. با در نظر گرفتن این پیشینه، تهیه گزارش حاضر با هدف بررسی تکالیف قانونی، آسیب‌شناسی تجربه‌های گذشته و ارائه راهکارهای اولویت‌دار، بستر ساز تحقق اهداف بلندمدت نظام سلامت در کشور است.

نقطه نظرات / یافته‌های کلیدی

تجارب جهانی نشان می‌دهد که استقرار نظام پزشک خانواده و ارجاع مؤثر، با توجه به ویژگی‌های جمعیتی، ساختاری و فرهنگی هر کشور متفاوت بوده و از مدل‌های پایدار تاریخی مانند انگلستان تا برنامه‌های نوین تحول‌آفرین در کشورهای در حال توسعه مانند ترکیه، تایلند و مصر متغیر است، اما در همه موارد نقش پزشک خانواده به عنوان نقطه ورود اصلی برای خدمات تخصصی کلیدی است و دیجیتال سازی ارجاع و تیم‌های سلامت چند حرفه‌ای موجب کاهش مراجعات غیر ضروری و بهبود هماهنگی مراقبت‌ها شده است. در ایران نیز مسیر قانونی و سیاستگذاری پزشک خانواده از تأکید بر خدمات روستایی و بیمه همگانی در دهه ۷۰ تا ایجاد نظام جامع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی و پرونده الکترونیک سلامت در برنامه‌های توسعه و قانون برنامه هفتم پیشرفت طی شده است؛ با این حال، اجرای برنامه با چالش‌های عمده‌ای از جمله ناپایداری سیاستگذاری، اجرای محدود به سطح یک، چندپارگی بیمه‌ها، غفلت از ابعاد اجتماعی و فرهنگی، تعارضات ساختاری، ابهام در سیاست‌ها و نقص در ابزارهای پایش مواجه است. این وضعیت موجب شده است که پوشش کامل نظام ارجاع و پزشک خانواده در سطوح تخصصی و فوق تخصصی هنوز تحقق نیافته و برنامه به طور پراکنده و ناقص در مناطق روستایی و شهرهای کوچک اجرا شود، در حالی که تجارب بین‌المللی نشان می‌دهد یکپارچگی، فناوری اطلاعات سلامت، آموزش مداوم پزشکان و مشارکت فعال جامعه و سایر ارکان حاکمیت، پیش شرط موفقیت و اثربخشی نظام پزشک خانواده است.

پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

به منظور پیشبرد بهتر تکالیف قانونی موجود در خصوص برنامه پزشک خانواده، موارد ذیل پیشنهاد می‌شود:

- گذار از اجرای محدود و بخشی به استقرار یک نظام یکپارچه، الکترونیک و چندسطحی با محوریت پزشک خانواده؛
- تعریف پزشک خانواده به عنوان محور تولید مراقبت، مدیریت تقاضا و هماهنگی بین سطوح؛
- تصویب و ابلاغ سند ملی جامع و الزام‌آور با اهداف کمی، زمان‌بندی، شاخص‌های پایش و ساز و کار مصون‌سازی از تغییرات مدیریتی؛
- اجرای برنامه در همه سطوح ارائه خدمت همراه با ارجاع الکترونیک یکپارچه، بازخورد تخصصی ساختار یافته و تسویه مالی به موقع بین سطوح؛
- تجمیع منابع و ایجاد هماهنگی بین پرداخت کنندگان با استفاده از پرداخت مبتنی بر عملکرد و مشوق‌های کیفیت محور؛
- اصلاح بودجه‌ریزی نظام سلامت به سمت الگوی مبتنی بر عملکرد و نتایج سلامت و کاهش وابستگی به درآمد خدمت محور و ایجاد مسیر جذاب برای پزشکان خانواده؛
- سرمایه‌گذاری در زیرساخت پرونده الکترونیک سلامت، استانداردسازی داده‌ها و تعریف شاخص‌های شفاف برای اعمال مشوق و کسورات؛

- طراحی و اجرای برنامه جامع فرهنگ‌سازی پزشک خانواده و آموزش عمومی با مشارکت رسانه‌ها و نهادهای اجتماعی؛
- اقناع و مشارکت فعال متخصصان از طریق قراردادهای پایدار و مشوق‌های متوازن برای اصلاح رفتار ارجاع و همکاری بین سطوح؛
- بازطراحی آموزش علوم پزشکی با تأکید بر جانمایی مناسب و تقویت کوریکولوم‌های مرتبط با پزشک خانواده، مبتنی بر اصول کار تیمی و پیشگیری محوری؛
- تبدیل نظام ارجاع به یک پروژه ملی فرابخشی برای تحول در حکمرانی سلامت، مدیریت منابع و پاسخ‌گویی اجتماعی.

۱. مقدمه

با توجه به تأکیدات مکرر و چند دهه‌ای اسناد بالادستی از جمله قانون برنامه سوم، چهارم، پنجم و ششم توسعه و برنامه هفتم پیشرفت مبنی بر استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده، این موضوع به‌عنوان یک راهبرد کلیدی در ارتقای عدالت در سلامت و کارایی نظام بهداشتی درمانی کشور شناخته می‌شود؛ اما به‌رغم این تصریحات قانونی و وجود پشتوانه‌های نظری، اجرای سراسری و مؤثر این نظام با تعلل و ناکامی مواجه گردیده و به یک مطالبه و ضرورت طولانی مدت، اما محقق نشده تبدیل شده است. تجربه بسیاری از کشورها در پیاده‌سازی این نظام و دستیابی به شاخص‌های مطلوب‌تر سلامت، گواهی بر کارآمدی این مدل در ساماندهی ارائه خدمات و بهینه‌سازی هزینه‌هاست که لزوم جبران این عقب‌ماندگی در کشور را بیش از پیش آشکار می‌سازد [۱]. از سوی دیگر، قانون برنامه هفتم پیشرفت با درک این خلأ، اجرای سراسری نظام ارجاع و پزشک خانواده را با قوت بیشتری مورد تأکید مجدد قرار داده است که این امر عزم قانونگذار برای عبور از مرحله تصمیم و تئوری به عرصه عمل و اجرا را نمایان می‌کند. روند برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ادوار مختلف نیز نشان می‌دهد که این موضوع همواره در کانون توجهات و وعده‌های کاری بوده، اما تداوم و عمق لازم برای نهادینه‌سازی آن وجود نداشته است.

خوشبختانه در سال‌های اخیر، تجربیات ارزشمندی از اجرای محدود این برنامه در برخی از استان‌ها و مناطق کشور (مانند برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری) به دست آمده که می‌تواند به‌عنوان سرمایه‌ای ملی و بستری از دانش عملی، برای طراحی نقشه راه گسترش به کل کشور مورد استفاده قرار گیرد. البته این تجربیات، هم‌زمان که نقاط قوت و فرصت‌ها را نشان می‌دهند، گویای چالش‌ها و ملاحظات خاصی نیز هستند که نادیده گرفتن آنها می‌تواند به ناکامی در اجرای سراسری این طرح بینجامد [۲].

بنابراین، با در نظر داشتن این پیشینه و الزامات، اکنون زمان آن فرا رسیده است که با اتکا به آموخته‌های گذشته و با نگاهی آینده‌نگر، ملاحظات کلیدی و اقدامات اولویت‌دار برای پیشبرد بهتر نظام ارجاع و پزشک خانواده در کشور تعیین و تبیین گردد. بر این اساس، تهیه گزارش حاضر در دستور کار قرار گرفته تا با نگاهی مجدد به تکالیف قانونی، تجربیات جهانی، آسیب‌شناسی‌های موجود، پاسخی در خور به این نیاز راهبردی و تأخیر طولانی داده و بستر ساز تحقق اهداف والای نظام سلامت در اسناد و قوانین بالادستی کشور باشد.

شایان ذکر است گزارش حاضر در ادامه گزارش «بررسی برنامه پزشکی خانواده در اسناد و قوانین بالادستی و پیش‌آزمایی شهری برنامه در ایران» (منتشر شده در بهمن ماه سال ۳۰۴۱ توسط مرکز پژوهش‌های مجلس) تدوین و منتشر شده است. با توجه به اینکه گزارش مذکور با رویکردی درون‌نگر و آسیب‌شناسانه، صرفاً به احصای چالش‌های عینی و اجرایی برنامه پزشک خانواده در دو استان پایلوت پرداخته و موضوع را بدون بررسی تطبیقی با سایر کشورها مورد واکاوی قرار داده است گزارش حاضر با هدف تکمیل آن خلأ دانشی تدوین شده تا با بهره‌گیری از تجارب کشور های مختلف و نیز مسیر اجرای طرح در دوره‌های مختلف در کشور راه‌حل‌های مبتنی بر درس آموخته‌های موجود در کنار پیشنهاد های داخلی قرار گیرد.

۲. نظام ارجاع و پزشک خانواده



نظام ارجاع به‌عنوان یکی از سازوکارهای بنیادین در سازماندهی خدمات سلامت، مفهومی است که طی آن بیماران براساس یک مسیر تعریف شده، از طریق پزشک خانواده یا سطح اول مراقبت، به سطوح تخصصی‌تر و فوق تخصصی هدایت می‌شوند [۳]. این نظام مبتنی بر ایده «درگاه ورودی واحد»^۱ یا همان نقش پزشک خانواده به‌عنوان مدیر سلامت است؛ بدین معنا که تمامی افراد جامعه ابتدا توسط یک تیم سلامت یا پزشک خانواده ارزیابی شده و در صورت نیاز واقعی، به متخصص یا فوق تخصص ارجاع داده می‌شوند. هدف از این ساختارمند کردن مسیر درمان، تضمین تداوم مراقبت، انتقال کامل اطلاعات پزشکی و پیشگیری از هرگونه سردرگمی یا پراکندگی در فرایند ارائه خدمات است [۴ و ۵].

براساس سیر تحول تاریخی، نظام ارجاع ریشه در اصلاحات سیاسی و اجتماعی نظام سلامت قرن بیستم دارد. نقطه عطف این توسعه را می‌توان بیانیه آلمان^۲ (۱۹۷۸) دانست که با تکیه بر اصول مراقبت‌های اولیه سلامت،^۳ الگوی ارجاع را لازمه تحقق «سلامت برای همه» معرفی کرد. پس از آن در دهه ۱۹۹۰ و با تشدید بحران هزینه‌های درمان و رشد فزاینده بیماری‌های مزمن، بسیاری از کشورها مانند انگلستان، نظام ارجاع را راهکاری کارآمد برای مدیریت منابع و افزایش بهره‌وری در نظام سلامت قرار دادند [۴].

از منظر سیاستگذاری سلامت، نظام ارجاع و پزشک خانواده بر مجموعه‌ای از اصول اساسی استوار است. یکی از مهم‌ترین این اصول، تحقق عدالت در سلامت است که بر توزیع منصفانه منابع و کاهش نابرابری‌های دسترسی میان مناطق جغرافیایی و گروه‌های اجتماعی تأکید دارد. اصل دیگر، ارتقای کارایی در استفاده از منابع است که با هدف جلوگیری از ارائه خدمات غیرضروری و مدیریت بهینه هزینه‌های درمانی دنبال می‌شود. در کنار این دو اصل، رویکرد مراقبت‌های اولیه محور نیز جایگاه محوری دارد؛ رویکردی که پیشگیری، ارتقای سلامت، آموزش بهداشتی، غربالگری و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها را در اولویت قرار می‌دهد. همچنین پیوستگی مراقبت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم این نظام مطرح است؛ به این معنا که وضعیت سلامت افراد به‌طور مستمر توسط یک ارائه‌دهنده مشخص پایش و پیگیری شود. افزون بر این، هماهنگی میان سطوح مختلف خدمات سلامت از طریق نظام ارجاع موجب کاهش پراکندگی در ارائه خدمات و افزایش انسجام در فرایند درمان می‌شود [۵ و ۶].

اهداف نظام پزشک خانواده و ارجاع را می‌توان در دو سطح کلان و عملیاتی تحلیل کرد. در سطح کلان، این نظام با هدف ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات سلامت، افزایش کارایی نظام سلامت، مدیریت و کنترل هزینه‌های درمانی، بهبود کیفیت خدمات و کاهش بار بیماری‌ها طراحی و اجرا می‌شود. در سطح عملیاتی نیز اقداماتی نظیر ساماندهی مسیر مراجعه بیماران در نظام سلامت، کاهش مراجعات غیرضروری به متخصصان، تقویت خدمات پیشگیرانه و برنامه‌های غربالگری، بهبود مدیریت بیماری‌های مزمن و توسعه نظام یکپارچه اطلاعات سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد. در این چارچوب، پزشک خانواده صرفاً ارائه‌دهنده خدمات درمانی نیست، بلکه نقش مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش خود را نیز ایفا می‌کند و با پایش مستمر وضعیت سلامت جامعه هدف، در برنامه‌ریزی و هدایت خدمات سلامت مشارکت دارد [۳ و ۷].

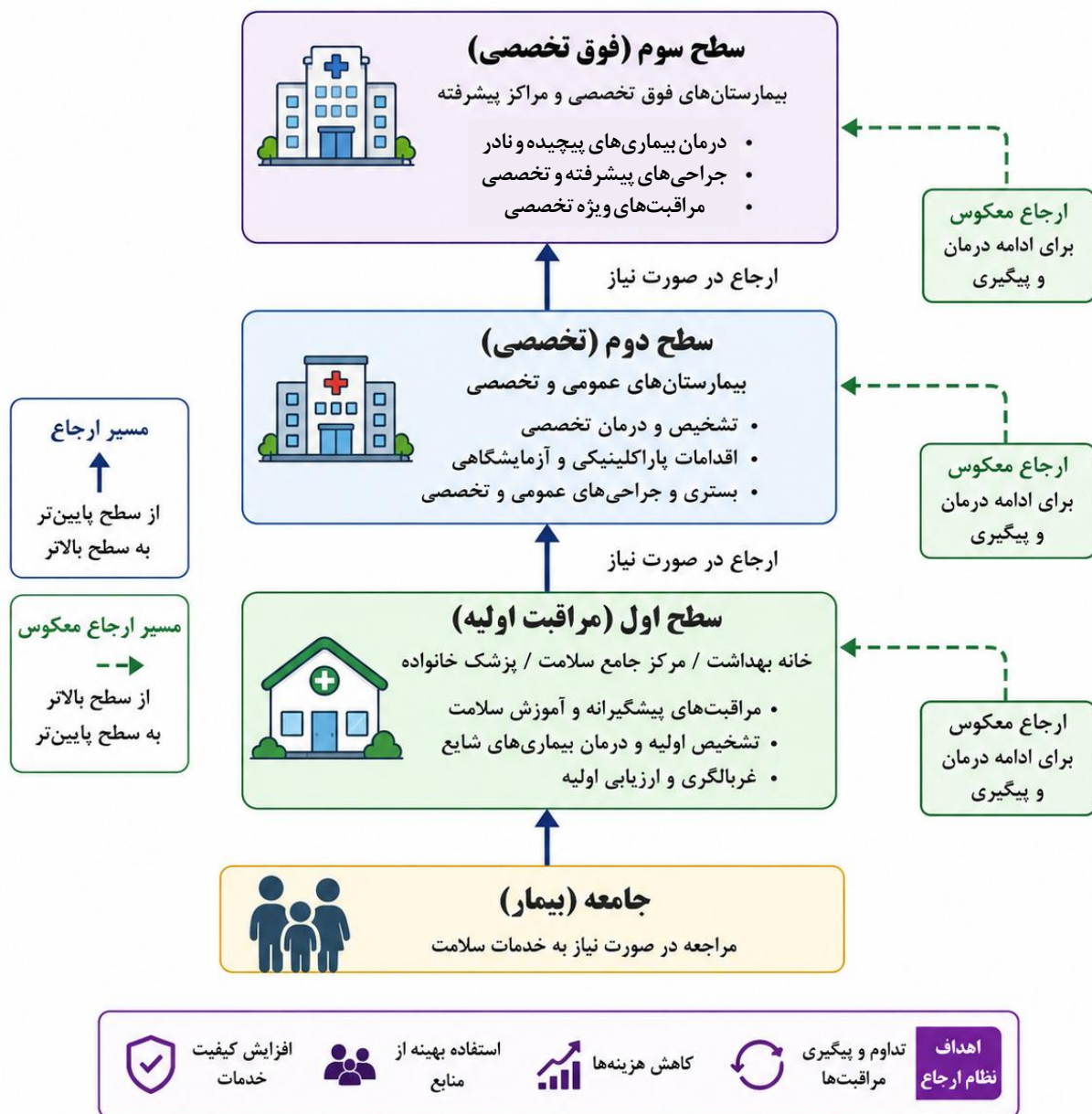
شکل ۱ ساختاربندی و چارت نظام ارجاع در سیستم سلامت را نشان می‌دهد. در واقع نظام ارجاع یک سازوکار ساختاریافته در ارائه خدمات سلامت است که با هدف هدایت بیمار در سطوح مختلف خدمات درمانی طراحی شده است. در این نظام، بیمار ابتدا در سطح اول (خدمات اولیه و پزشک عمومی) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر، به سطح دوم (پزشک متخصص) و در موارد پیچیده‌تر به سطح سوم (فوق تخصصی و مراکز مرجع) ارجاع داده می‌شود. پس از تکمیل فرایند درمان، بیمار جهت پیگیری و مراقبت‌های بعدی به سطح اولیه بازگشت داده می‌شود. این فرایند موجب افزایش اثربخشی خدمات، کاهش مراجعات غیرضروری و بهینه‌سازی منابع سلامت می‌گردد.

1. Gatekeeper

2. Declaration of Alma-Ata

3. Primary Health Care

شکل ۱. چارت نظام ارجاع سیستم سلامت [۴۱]



۳. تجربیات جهانی پزشک خانواده

براساس نتایج مطالعات در خصوص وضعیت نظام ارجاع در کشورهای مختلف، در کل می‌توان سه نوع نظام ارجاع را در کشورهای مختلف مورد شناسایی قرار داد که شامل: نظام ارجاع با سیستم دروازه‌بانی اجباری، نظام ارجاع با سیستم نیمه‌دروازه‌بانی اختیاری و نظام ارجاع آزاد است. هر کدام از این نظام‌ها دارای خروجی‌های مختلفی هستند و کشورهای مختلف بنا به دلایل بومی و منطقه‌ای و شرایط اجتماعی و ساختار بخش سلامت اقدام به پایه‌گذاری این نظام‌ها در کشور خود کرده‌اند.

۳-۱. نظام ارجاع با سیستم درگاه اجباری

در کشورهایی که از نظام ارجاع مبتنی بر دروازه‌بانی اجباری استفاده می‌کنند، معمولاً برنامه پزشک خانواده به عنوان رکن اصلی نظام ارائه خدمات سلامت برقرار است. در این الگو، دسترسی بیماران به خدمات تخصصی و فوق تخصصی عمدتاً تنها از طریق ارجاع توسط پزشک عمومی یا پزشک خانواده امکان‌پذیر است.

در این چارچوب، برخی کشورها الزام ارجاع از سوی پزشک عمومی یا پزشک خانواده را صرفاً برای مراجعه به مراکز تخصصی دولتی یا عمومی ضروری می‌دانند؛ در حالی که در برخی دیگر، مراجعه به متخصصان بخش خصوصی نیز مشروط به رعایت نظام ارجاع و دریافت معرفی‌نامه از سطح اول خدمات سلامت است. با این حال، در میان این کشورها میزان اختیار و آزادی عمل بیماران در چارچوب نظام ارجاع متفاوت است. به گونه‌ای که در برخی نظام‌ها، علاوه بر تصمیم‌گیری درباره انجام یا عدم انجام ارجاع توسط ارائه‌دهندگان سطح اول خدمات (پزشکان عمومی)، انتخاب ارائه‌دهنده سطح بعدی خدمات نیز توسط همین سطح تعیین می‌شود. در مقابل، در برخی کشورها پس از ارجاع بیمار به سطح تخصصی، بیمار در انتخاب ارائه‌دهنده خدمات تخصصی از حق انتخاب برخوردار است.

۱-۳. انگلستان

نظام سلامت انگلستان یکی از شناخته‌شده‌ترین الگوهای نظام سلامت دولتی در جهان است که بر پایه تأمین مالی عمومی، دسترسی همگانی و ارائه خدمات از طریق خدمات ملی سلامت^۱ بنا شده است. نظام سلامت این کشور با وجود دستاوردهای فراوان در دسترسی و کیفیت خدمات، تحت فشارهای ناشی از افزایش تقاضا، تغییرات جمعیتی و محدودیت‌های مالی نیز قرار دارد.

تأمین مالی خدمات ملی سلامت انگلستان عمدتاً از محل مالیات‌های عمومی و حق بیمه‌های ملی انجام می‌شود و در کنار آن، بیمه‌های خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب بیماران سهم نسبتاً کمی در هزینه‌ها دارند. در سال ۲۰۱۳ سهم پرداخت از جیب مردم در حدود ۹.۳ درصد و سهم بیمه خصوصی تنها ۲.۸ درصد بود. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۴ حدود ۹ درصد گزارش شده که نشان‌دهنده سطح قابل توجهی از سرمایه‌گذاری عمومی برای ارائه خدمات سلامت است. نظام سلامت انگلستان همواره تلاش کرده تعادلی میان ارائه خدمات رایگان در نقطه مصرف و کنترل هزینه‌ها برقرار کند و از این نظر نمونه‌ای شناخته شده از نظام سلامت مبتنی بر مالیات است [۸ و ۹].

ساختار نظام سلامت انگلستان طی دهه‌های گذشته دستخوش اصلاحات متعددی شده است. یکی از مهم‌ترین اصلاحات، ایجاد گروه‌های مشاوران بالینی یا در سال ۲۰۱۲ بود که جایگزین گروه‌های مراقبت‌های اولیه شدند. این گروه‌ها که متشکل از پزشکان عمومی هستند، مسئول مدیریت بودجه، خرید خدمات تخصصی، برنامه‌ریزی منطقه‌ای و اطمینان از تأمین خدمات مناسب برای جمعیت تحت پوشش خود هستند. این تغییر بخشی از سیاست حرکت به سمت «واگذاری اختیار به سطوح محلی» و ارتقای نقش متخصصان بالینی در تصمیم‌سازی بود. پیش از این نیز اصلاحات قانون ۱۹۹۰ با ایجاد بازار داخلی سلامت و تفکیک نقش خریدار و ارائه‌دهنده، مهم‌ترین تحول ساختاری محسوب می‌شد. براساس قانون ۲۰۱۲، محدودیت‌ها برای خرید خدمات از بخش خصوصی و خیریه برداشته شد تا رقابت در ارائه خدمات افزایش یابد [۸ و ۹].

مراقبت‌های اولیه بخش اصلی نظام سلامت این کشور محسوب می‌شود و پزشکان عمومی نخستین نقطه تماس بیماران با نظام سلامت هستند. این سطح از خدمات شامل طیف گسترده‌ای از اقدامات پیشگیرانه، تشخیصی و درمانی است و سایر متخصصان سلامت مانند پرستاران، فیزیوتراپیست‌ها و کارشناسان سلامت عمومی نیز در آن فعالیت می‌کنند. دسترسی به خدمات تخصصی در انگلستان معمولاً نیازمند معرفی‌نامه از سوی پزشک عمومی است و در صورت مراجعه مستقیم، بیمار باید هزینه خدمت را شخصاً پرداخت کند. هر چند نظام دروازه‌بانی در بریتانیا در مقایسه با کشورهایی با نظام ارجاع آزاد تا حدی آزادی انتخاب بیماران را محدود می‌کند، اما موجب ارتقای هماهنگی خدمات و تداوم مراقبت می‌شود. این سازوکار سازمانی و مالی باعث شده تبعیت از نظام ارجاع در میان شهروندان تا حد زیادی نهادینه شود و اغلب بیماران در گام نخست به پزشک عمومی مراجعه کنند. در نتیجه، این نظام ارجاع رسمی به کاهش ازدحام در سطح خدمات تخصصی، استفاده کارآمدتر از منابع و کنترل هزینه‌های نظام سلامت کمک کرده است [۹ و ۱۰].

مراقبت‌های تخصصی عمدتاً در بیمارستان‌های دولتی ارائه می‌شود. حدود ۱۰ درصد بودجه نظام سلامت برای خدمات تخصصی اختصاص می‌یابد و بیمارستان‌ها مجموعه گسترده‌ای از خدمات شامل بستری، جراحی، اورژانس و مراقبت‌های پیچیده را ارائه می‌کنند. علاوه بر

1. National Health Service (NHS)



بیمارستان‌های دولتی، برخی ارائه‌دهندگان خصوصی نیز با نظام سلامت قرارداد دارند و امکان انتخاب گسترده‌تری برای بیماران فراهم می‌کنند. از سال ۲۰۰۶ بیماران حق انتخاب ارائه‌دهنده منطقه‌ای را داشتند و این حق از سال ۲۰۰۸ به سطح ملی گسترش یافت، به‌طوری‌که بیماران امروز می‌توانند بیمارستان یا متخصص موردنظر خود را از میان ارائه‌دهندگان مختلف نظام سلامت یا بخش خصوصی طرف قرارداد براساس کیفیت انتخاب کنند.

نقاط قوت سیستم سلامت انگلستان شامل دسترسی همگانی به خدمات سلامت، کنترل مؤثر هزینه‌ها، کیفیت مطلوب در بسیاری از حوزه‌ها، استفاده گسترده از پرونده الکترونیک سلامت و وجود شماره شناسایی سلامت برای همه شهروندان است. سیستم رزرو وقت آنلاین، نسخه‌نویسی الکترونیک و گزارش خلاصه مراقبت^۱ از جمله اجزای فعال فناوری اطلاعات سلامت در این نظام هستند. با این حال، طرح جامع فناوری اطلاعات که در دهه ۲۰۰۰ مطرح شده بود، در سال ۲۰۱۳ به دلیل هزینه‌های بالا و چالش‌های اجرایی کنار گذاشته شد.

در کنار نقاط قوت، این نظام با چالش‌هایی نیز روبه‌رو است. طولانی بودن زمان انتظار برای دریافت برخی خدمات تخصصی یکی از رایج‌ترین انتقادهای نسبت به سیستم سلامت انگلستان است. هرچند نظام غربالگری توسط پزشکان عمومی موجب کاهش ارجاع‌های غیر ضروری می‌شود، اما در شرایط خاص ممکن است تأخیر در ارجاع به تشخیص دیر هنگام برخی بیماری‌ها منجر شود. همچنین نابرابری‌های منطقه‌ای در دسترسی و کیفیت خدمات، محدودیت انتخاب در برخی مناطق و عدم استفاده نظام‌مند از داده‌های رضایت بیماران از دیگر چالش‌های موجود محسوب می‌شود. افزایش تقاضا به دلیل سالمند شدن جمعیت و رشد بیماری‌های مزمن نیز فشار قابل توجهی بر منابع وارد کرده است. به‌طور کلی، نظام ارجاع در انگلستان نقش مهمی در مدیریت هزینه‌ها، هماهنگی مراقبت‌ها و استفاده بهینه از منابع ایفا می‌کند. پزشکان عمومی با غربالگری ارجاع‌ها، مدیریت بیماری‌های مزمن و هدایت بیماران در مسیر مناسب، از بار اضافی بر بیمارستان‌ها جلوگیری می‌کنند. در مجموع، سیستم سلامت انگلستان نمونه‌ای برجسته از یک نظام سلامت عمومی مبتنی بر مالیات است که دسترسی گسترده و خدمات نسبتاً باکیفیت را فراهم کرده، هرچند فشارهای مالی، زمان انتظار و پیچیدگی‌های اجرایی از چالش‌های کلیدی آن به‌شمار می‌روند [۸-۱۱]. به‌طور کلی استفاده از نظام ارجاع الکترونیک طب ملی^۲ با فراهم آوردن امکان تعیین زمان ویزیت به‌صورت الکترونیک برای بیماران، منجر به کاهش تقریباً ۵۰ درصدی در نرخ عدم مراجعه شده است که نشان‌دهنده نقش بهبود هماهنگی، سیستم نوبت‌دهی متمرکز و دسترسی آسان‌تر به فرایندهای درمانی و تخصیص مؤثرتر زمان متخصصان است [۱۲]. هم‌زمان، ارجاعات فوری مشکوک به سرطان^۳ با افزایش حدود ۳۰ درصدی نسبت به دوره پیش از همه‌گیری ویروس کرونا و بهبود نرخ تشخیص سریع همراه بوده است. در نوامبر ۲۰۲۴ نرخ تشخیص یار د سرطان ظرف ۲۸ روز به حدود ۷۷/۴ درصد که فراتر از استاندارد ۷۵ درصدی رسیده است [۱۳]. ترکیب ارجاع صحیح و جلوگیری از ارجاعات غیر ضروری در برخی مناطق بریتانیا موجب کاهش مراجعات تخصصی و بستری‌های زائد و صرفه‌جویی مالی قابل توجهی شده است. اثربخشی بالینی ارجاعات هدایت شده نیز در برنامه‌هایی مانند برنامه دیجیتال مدیریت وز در نظام طب ملی^۴ مشهود است، به‌طوری‌که حدود ۴۵ درصد از شرکت‌کنندگان، برنامه را به‌طور کامل اجرا کردند و به هدف کاهش وزن میانگین ۳/۹ کیلوگرمی دست یافتند [۱۴]. همچنین جایگزینی سیستم کاغذی با الکترونیک در داخل بیمارستان‌ها، میانگین زمان از تصمیم تا ثبت ارجاع را از ۱۰۲ ساعت به ۰۹ ساعت کاهش داده و سرعت فرایند را افزایش داده است [۱۵].

۲-۱-۳. هلند

هلند نمونه‌ای دیگر از این نوع نظام ارجاع است. نظام سلامت هلند یکی از پیشرفته‌ترین نظام‌های سلامت در اروپا محسوب می‌شود و بر پایه بیمه سلامت اجباری، مراقبت‌های اولیه قوی و نقش محوری پزشک خانواده شکل گرفته است. تأمین مالی نظام سلامت در هلند ترکیبی از منابع عمومی و بیمه‌ای است و سهم عمده هزینه‌ها از طریق بیمه سلامت اجباری تأمین می‌شود. حدود ۷۸/۸ درصد هزینه‌های سلامت از منابع دولتی، حدود ۵ درصد از بیمه‌های خصوصی و حدود ۵/۴ درصد از پرداخت مستقیم مردم تأمین می‌شود. به‌طور کلی حدود ۷۲ درصد هزینه‌ها از طریق بیمه سلامت اجباری و حدود ۱۳ درصد از طریق مالیات‌ها پرداخت می‌شود. تمامی شهروندان موظف به خرید بیمه پایه از

1. Summary Care Record
2. NHS e-Referral Service
3. Urgent Suspected Cancer
4. NHS Digital Weight Management Programme

شرکت های بیمه هستند و بزرگ سالان حق بیمه ثابتی را مستقیماً به بیمه گرها پرداخت می کنند، در حالی که دولت هزینه بیمه کودکان را تقبل می کند. علاوه بر حق بیمه ثابت، یک حق بیمه مبتنی بر درآمد نیز وجود دارد که به صندوق مرکزی واریز می شود و سپس با استفاده از سازوکار تعدیل ریسک میان شرکت های بیمه توزیع می شود.

بسته خدمات پایه در نظام سلامت هلند طیف گسترده ای از خدمات ضروری را در بر می گیرد که شامل خدمات پزشک عمومی، مراقبت های دوران بارداری و زایمان، خدمات بیمارستانی، مراقبت های خانه سالمندان، داروها و خدمات سلامت روان است. در این نظام برای بسیاری از خدمات به جزء خدمات پزشک عمومی، مراقبت های مادران و کودکان، فرانشیز سالیانه تعیین شده است. برخی خدمات مانند دندانپزشکی بزرگ سالان، عینک و بخشی از خدمات فیزیوتراپی در بسته پایه قرار ندارند و معمولاً از طریق بیمه های تکمیلی پوشش داده می شوند.

مراقبت های اولیه در هلند نقش بسیار مهمی در ساختار نظام سلامت دارد و به عنوان ستون اصلی این نظام شناخته می شود. این سطح از خدمات عمدتاً توسط پزشکان عمومی، ماماها، فیزیوتراپیست ها و روان شناسان ارائه می شود. پزشک عمومی در این نظام نقش دروازه بان را ایفا می کند و نخستین نقطه تماس بیماران با سیستم سلامت محسوب می شود. دسترسی به خدمات تخصصی در اغلب موارد تنها با ارجاع پزشک عمومی امکان پذیر است، مگر در شرایط اورژانسی. پزشکان عمومی علاوه بر درمان بیماری های شایع، مسئولیت مهمی در مدیریت بیماری های مزمن، هماهنگی مراقبت ها و هدایت بیماران در مسیر دریافت خدمات تخصصی دارند. افراد می توانند پزشک خانواده خود را انتخاب کنند، اما پزشکان نیز در صورت محدودیت ظرفیت یا فاصله جغرافیایی زیاد می توانند از پذیرش بیمار جدید خودداری کنند. در سال های اخیر حدود ۸۸۰۰ کلینیک پزشک عمومی در هلند فعال بوده است و هر پزشک تمام وقت به طور متوسط حدود ۲۲۰۰ نفر از جمعیت را تحت پوشش قرار می دهد. در کنار پزشکان عمومی، سایر ارائه دهندگان مراقبت نیز نقش مهمی در نظام سلامت هلند دارند. ماماها جایگاه ویژه ای در مراقبت های بارداری و زایمان دارند و بخش قابل توجهی از زایمان ها تحت نظارت آنان انجام می شود؛ به طوری که حدود ۱۶ درصد از زایمان ها در منزل صورت می گیرد. فیزیوتراپی از سال ۲۰۰۶ بدون نیاز به ارجاع پزشک عمومی نیز قابل دریافت است، اگرچه بسیاری از بیماران همچنان با ارجاع پزشک مراجعه می کنند. خدمات روان شناسی در سطح اولیه معمولاً با ارجاع پزشک عمومی ارائه می شود و از سال ۲۰۱۵ خدمات پرستاری در منزل نیز در چارچوب بیمه سلامت پوشش داده شده است.

دسترسی به خدمات تخصصی در هلند عمدتاً از طریق نظام ارجاع صورت می گیرد و بیماران پس از ارجاع می توانند بیمارستان یا متخصص مورد نظر خود را انتخاب کنند. ارائه خدمات تخصصی در مؤسسات مختلفی مانند بیمارستان های عمومی، بیمارستان های دانشگاهی، مراکز تخصصی و مراکز فوق تخصصی انجام می شود. شیوه پرداخت به بیمارستان ها بر اساس سیستم طبقه بندی مبتنی بر تشخیص^۱ است. پزشکان عمومی نیز ترکیبی از روش های پرداخت شامل سرانه، کارانه و پرداخت مبتنی بر عملکرد دریافت می کنند و در برخی موارد برای ارائه مراقبت های یکپارچه و مدیریت بیماری های مزمن پاداش دریافت می کنند.

در نظام سلامت هلند بیمه گرها نقش مهمی در خرید خدمات سلامت دارند و با بیمارستان ها و ارائه دهندگان خدمات برای تعیین قیمت و کیفیت خدمات مذاکره می کنند. از زمان اصلاحات سال ۲۰۰۶ شرکت های بیمه خصوصی و سودبر شده اند و رقابت میان آنها افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۴ حدود ۲۶ سازمان بیمه در قالب ۹ گروه فعالیت داشتند که چهار گروه اصلی بیش از ۹۰ درصد بازار بیمه سلامت را در اختیار داشتند. یکی از مهم ترین مزایای نظام سلامت هلند وجود یک سیستم بسیار قوی مراقبت اولیه و نقش محوری پزشکان عمومی در مدیریت سلامت جمعیت است. این نظام توانسته است با استفاده از نظام ارجاع و مدیریت بیماری های مزمن در سطح اولیه، میزان مراجعه به خدمات تخصصی را کاهش دهد؛ به طوری که تنها حدود ۷ درصد از مراجعات به سطح دوم ارجاع داده می شود. هلند یکی از معدود کشورهایی است که توانسته «فساد در ارجاع» را به صورت ساختاری مهار کند. در حالی که در بسیاری از کشورها، ارجاع به آزمایشگاه یا داروخانه خاص به دلیل دریافت کمیسیون یک چالش جدی است، هلند با پیاده سازی سیستم ارجاع الکترونیک یکپارچه ملی و استفاده از فرمول های تجویز براساس پروتکل این فساد را به حداقل رسانده است. در این سیستم، پزشک خانواده نه آزمایشگاه خاصی را معرفی می کند، بلکه درخواست را در سیستم ثبت و سیستم به صورت هوشمند و براساس کیفیت و قیمت قراردادها، بیمار را به یک ارائه دهنده (که می تواند دولتی یا خصوصی باشد) ارجاع می دهد. این شفافیت، امکان اعمال نفوذ برای ارجاع به مکان خاص را از پزشک سلب می کند. همچنین هماهنگی میان ارائه دهندگان خدمات



و استفاده از بسته‌های مراقبت یکپارچه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از دیگر ویژگی‌های مثبت این نظام به‌شمار می‌رود. ارزیابی‌های بین‌المللی نیز نشان می‌دهد نظام سلامت هلند از نظر کیفیت خدمات، دسترسی و رضایت بیماران عملکرد مطلوبی دارد و در بسیاری از رتبه‌بندی‌های اروپایی در میان کشورهای برتر قرار گرفته است. با این حال چالش‌هایی نیز وجود دارد که از جمله آنها می‌توان به فشار کاری زیاد بر پزشکان عمومی، نابرابری‌های اجتماعی در سلامت و مشکلات مربوط به کیفیت خدمات در برخی مراکز مراقبت سالمندان اشاره کرد. از نظر فناوری اطلاعات، پزشکان عمومی در هلند به‌طور گسترده از سیستم‌های پرونده الکترونیک سلامت استفاده می‌کنند و نسخه‌نویسی الکترونیک نیز در بسیاری از مراکز رایج است. با این حال تلاش دولت برای ایجاد یک پرونده الکترونیک سلامت در سطح ملی به‌دلیل نگرانی‌های مربوط به حفظ حریم خصوصی شهروندان متوقف شد. در سطح بیمارستانی نیز یک سیستم ثبت ملی خدمات وجود دارد که اطلاعات پزشکی، مدیریتی و مالی را جمع‌آوری می‌کند و از آن برای برنامه‌ریزی، نظارت و سیاست‌گذاری در نظام سلامت استفاده می‌شود.

۲-۳. نظام ارجاع با سیستم نیمه درگاه‌داری اختیاری

در این الگوی نظام ارجاع، بیماران از آزادی نسبی در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برخوردارند. با این حال، در صورتی که بدون رعایت مسیر رسمی نظام ارجاع و بدون معرفی از سوی پزشک سطح اول به متخصص مراجعه کنند، معمولاً ملزم به پرداخت سهم مشارکت بالاتری در هزینه‌های خدمات خواهند بود. در برخی موارد نیز ممکن است کل هزینه خدمات تخصصی به‌صورت پرداخت از جیب توسط بیمار تأمین شود. در مقابل، چنانچه بیماران خدمات تخصصی را از طریق مسیر رسمی نظام ارجاع و با معرفی پزشک سطح اول دریافت کنند، معمولاً از پوشش کامل یا گسترده‌تر بیمه‌ای برخوردار خواهند شد و سهم پرداختی آنان کاهش می‌یابد. به بیان دیگر، این الگو با استفاده از سازوکارهای مالی و مشوق‌های بیمه‌ای تلاش می‌کند بیماران را به تبعیت از نظام ارجاع ترغیب کند، بدون آنکه الزام کامل برای رعایت آن وجود داشته باشد. مدل‌های نظام ارجاع سیستم نیمه درگاه‌داری اختیاری با پدیده‌ای دوگانه مواجه‌اند: از یک سو، بیماران طبقات بالای اجتماعی-اقتصادی از «حق انتخاب» استقبال می‌کنند و رضایت نسبتاً بالایی دارند؛ از سوی دیگر، این مدل‌ها در کنترل هزینه‌های کلان سلامت و کاهش مصرف بی‌رویه خدمات تخصصی، نسبت به مدل‌های دروازه‌بانی اجباری، اثربخشی کمتری نشان داده‌اند. نارضایتی اصلی نیز عمدتاً ناشی از «هزینه بالای عدم رعایت مسیر» است که برای گروه‌های کم‌درآمد به یک مانع جدی دسترسی تبدیل می‌شود. در برخی کشورها حتی در چارچوب این نظام نیز برخی خدمات تخصصی از الزام دروازه‌بانی مستثنا هستند و بیماران می‌توانند بدون ارجاع مستقیم به این خدمات دسترسی داشته باشند. برای مثال، در دانمارک مراجعه به متخصصان گوش و حلق و بینی و همچنین خدمات بینایی‌سنجی از نظام دروازه‌بانی مستثناست. همچنین در فرانسه مراجعه مستقیم به متخصصان کودکان، زنان و زایمان و خدمات بینایی‌سنجی بدون نیاز به ارجاع از پزشک عمومی امکان‌پذیر است.

۱-۲-۳. سوئد

سوئد از نظر شاخص‌های رفاه، آموزش، بهداشت، توسعه انسانی و کیفیت زندگی در میان برترین کشورهای جهان قرار دارد. سیستم سلامت سوئد بخشی از نظام رفاهی گسترده این کشور است و مسئولیت ارائه خدمات سلامت میان سه سطح ملی، استانی و شهرداری تقسیم شده است. براساس قانون ۱۹۸۲ سلامت و خدمات پزشکی این کشور، دولت مرکزی از طریق وزارت بهداشت وظیفه تعیین سیاست‌های کلان را برعهده دارد، اما ارائه خدمات تا حد زیادی غیرمتمرکز و محلی است.

تأمین مالی نظام سلامت عمدتاً از مالیات‌های عمومی انجام خواهد شد. حدود ۸۰ درصد هزینه‌های سلامت با منابع عمومی پوشش داده می‌شود. خدمات عمدتاً براساس مالیات بر درآمد تأمین می‌گردد. پرداخت مستقیم از جیب بسیار کم است و حدود ۲.۴ درصد از درآمد شوراها استانی را شامل می‌شود. بیمه سلامت تکمیلی سهم‌اندکی در نظام دارد؛ تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد شهروندان آن را دارند و سهم آن از کل هزینه‌های سلامت حدود ۰.۲ درصد است. بیشتر افراد از این بیمه‌ها برای دسترسی سریع‌تر به خدمات تخصصی و عبور از لیست انتظار استفاده می‌کنند [۱۲].

مراقبت‌های اولیه در حدود ۱۱۰۰ مرکز ارائه می‌شود، اما برخلاف بسیاری از کشورها نقش رسمی دروازه‌بانی در نظام سلامت سوئد وجود ندارد. بیماران آزادند مستقیماً به متخصص مراجعه کنند، هر چند هزینه مراجعه بدون ارجاع بالاتر است و برای خدمات دولتی معمولاً ارجاع مورد استفاده قرار می‌گیرد. مراکز تخصصی شامل ۷۰ بیمارستان استانی و ۷ بیمارستان دانشگاهی/ملی هستند که خدمات فوق تخصصی در آنها متمرکز است. کشور برای سازماندهی خدمات پیچیده به ۶ منطقه ارجاع تخصصی تقسیم شده است.

شیوه پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه ترکیبی است: سرانه ثابت براساس جمعیت تحت پوشش، کارانه براساس تعداد ویزیت، پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس شاخص‌هایی مانند رضایت بیماران، دسترسی و ثبت داده‌ها در سامانه‌های ملی. هزینه ویزیت پزشک عمومی بین ۱۱ تا ۲۲ یورو و هزینه ویزیت متخصص بین ۲۵ تا ۳۵ یورو (متغیر بین استان‌ها) است. کودکان و نوجوانان زیر ۲۰ سال تقریباً همه خدمات پزشکی و دندان پزشکی را رایگان دریافت می‌کنند. برای جلوگیری از افزایش هزینه‌های پرداختی مردم، یک سقف سالیانه پرداخت وجود دارد و پس از رسیدن فرد به این سقف، او تا پایان سال از پرداخت سهم بیمار معاف می‌شود.

دسترسی و انتخاب ارائه‌دهنده در سوئد گسترده است. از سال ۲۰۰۳ بیماران می‌توانند هر ارائه‌دهنده‌ای را انتخاب کنند و خدمات سرپایی را در هر نقطه از کشور با شرایط مشابه دریافت کنند. سوئد از قانون ۹۰-۹۰-۷۰ استفاده می‌کند:

بیمار باید بدون تأخیر اولیه با سیستم تماس بگیرد (۰ روز)، کمتر از ۷ روز کاری پزشک عمومی را ببیند، حداکثر طی ۹۰ روز ویزیت متخصص انجام شود و در صورت نیاز، خدمات تخصصی (مانند جراحی) طی ۹۰ روز اجرا شود. این قانون برای مدیریت صف‌های انتظار طراحی شده است، هر چند همه مناطق در همه سال‌ها نتوانسته‌اند به آن پایبند باشند. بیمه‌های خصوصی عمدتاً برای افرادی استفاده می‌شود که نمی‌خواهند صف انتظار را رعایت کنند [۱۶].

سوئد رسماً نظام ارجاع ساختار یافته مشابه انگلستان یا هلند ندارد، اما برای کنترل مصرف خدمات از لیست انتظار و سقف زمان انتظار استفاده می‌کند. تجربه سوئد نشان می‌دهد که حذف دروازه‌بانی اختیاری منجر به افزایش تقاضای القایی می‌شود. مردم به دلیل دسترسی آسان به متخصص، تمایل کمتری به مراجعه به پزشک عمومی دارند. این موضوع باعث شده سوئد با وجود نظام مالیاتی قوی، همواره با صف‌های انتظار طولانی در خدمات تخصصی مواجه باشد که یکی از معضلات اصلی رضایت شهروندی است. برای جبران این ضعف، سوئد به بیمه‌های تکمیلی خصوصی اجازه داده است تا افراد بتوانند از صف عبور کنند. خصوصی‌سازی خدمات در دو دهه اخیر افزایش یافته و حق انتخاب ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه از سال ۲۰۱۰ به رسمیت شناخته شده است. این تغییرات در برخی مناطق موجب افزایش کارایی و افزایش تعداد ویزیت‌های پزشکان شده است [۱۶].

در خصوص فناوری اطلاعات، سیستم سلامت سوئد مانند ساختار ارائه خدمات، غیر متمرکز است. هر شورای استانی سیستم‌های اطلاعات سلامت خود را اداره می‌کند و موانع قانونی در تبادل اطلاعات بین مراکز مختلف وجود دارد. با وجود این، حدود ۹۰ سامانه ثبت کیفیت در سطح ملی وجود دارد که پیامدهای درمان و کیفیت خدمات را پایش می‌کنند. پرونده‌های پزشکی در مراکز درمانی نگهداری می‌شود، در حالی که مرکز اپیدمیولوژی شورای ملی سلامت وظیفه جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات سلامت را دارد. نبود یک سیستم واحد و یکپارچه در سطح ملی یکی از چالش‌های مهم هماهنگی مراقبتی به شمار می‌رود.

به طور کلی، نظام سلامت سوئد با وجود هزینه نسبتاً بالا، دسترسی همگانی، کیفیت خوب خدمات، عدالت نسبی در سلامت و ارائه گسترده خدمات اجتماعی، عملکرد مطلوبی دارد. براساس مطالعه‌ای که در سوئد مشخص شد که از سال ۲۰۱۷ با توسعه تیم‌های سلامت چند حرفه‌ای در مراکز مراقبت اولیه، میزان هماهنگی بین پزشکان خانواده و متخصصان با این تیم‌ها تا ۳۰ درصد افزایش یافته است. همچنین با طراحی مسیرهای ارجاع استاندارد برای بیماران با بیماری‌های پیچیده، زمان انتظار برای ارجاع به متخصص ۱۵ درصد کاهش یافته و افزایش تعامل دیجیتال و پایش داده‌محور در سیستم ارجاع، منجر به کاهش ۲۵-۲۰ درصد مراجعات غیر ضروری به بیمارستان‌ها شد [۱۷].

چالش‌ها شامل نبود نقش دروازه‌بانی در مراقبت اولیه، مشکلات مربوط به هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمات، طولانی بودن زمان انتظار در برخی مناطق و فقدان سیستم اطلاعات سلامت یکپارچه است. با این حال رویکردهای مبتنی بر انتخاب آزاد بیمار، سقف پرداخت، استفاده از ظرفیت بخش خصوصی و سامانه‌های ثبت کیفیت، دستاوردهای قابل توجهی برای نظام سلامت سوئد به همراه داشته است.

۲-۳. آمریکا

آمریکا کشوری با بیش از ۳۳۰ میلیون نفر جمعیت است و از نظر اقتصادی ثروتمندترین کشور جهان محسوب می‌شود. با وجود این، نظام سلامت این کشور پیچیده‌ترین و پرهزینه‌ترین نظام سلامت در جهان است. آمریکا به دلیل ساختار فدرال و نقش گسترده بخش خصوصی، برخلاف بسیاری از کشورهای توسعه یافته، دارای نظام سلامت همگانی یکپارچه نیست و پوشش بیمه‌ای کاملاً وابسته به ترکیبی از برنامه‌های دولتی، بیمه‌های خصوصی و بیمه‌های شغلی است.



ایالات متحده به‌طور متوسط ۱۷ تا ۱۸ درصد سود ناخالص داخلی را در بخش سلامت هزینه می‌کند و بالاترین میزان هزینه سلامت در جهان را دارد. با این حال شاخص‌هایی چون امید به زندگی، مرگ‌ومیر مادران و نوزادان و عدالت در دسترسی، در مقایسه با کشورهای اروپایی جایگاه پایین‌تری دارد. امید به زندگی حدود ۷۸ تا ۸۰ سال گزارش شده که از متوسط بسیاری از کشورهای OECD پایین‌تر است [۱۸ و ۱۹]. ساختار سیستم سلامت آمریکا چندلایه است و مسئولیت‌ها میان دولت فدرال، ایالت‌ها و بخش خصوصی تقسیم شده است. دولت فدرال از طریق وزارت بهداشت و خدمات انسانی سیاستگذاری کلان را انجام می‌دهد. برنامه‌های مهم بیمه‌ای دولتی شامل مدیکر^۱ برای سالمندان و معلولان و مدیکید^۲ برای افراد کم‌درآمد است. همچنین «برنامه بیمه سلامت کودکان» برای کودکان طبقات کم‌درآمد طراحی شده است. وزارت امور کهنه‌سربازان نیز سیستم جداگانه‌ای برای مراقبت از نظامیان بازنشسته دارد. در کنار آن، بخش خصوصی و شرکت‌های بیمه نقش اصلی در ارائه و خرید خدمات سلامت دارند [۱۸ و ۱۹].

تأمین مالی سیستم سلامت آمریکا ترکیبی از پرداخت‌های دولتی و خصوصی است. حدود ۵۰ درصد هزینه‌ها دولتی (مدیکر، مدیکید و ...) و بیش از ۵۰ درصد پرداخت‌ها خصوصی هستند (بیمه کارفرمایی، بیمه خصوصی فردی، پرداخت از جیب). به‌طور متوسط حدود ۱۰ درصد هزینه‌های سلامت از جیب مردم پرداخت می‌شود. بخش بزرگی از مردم بیمه خود را از طریق کارفرما دریافت می‌کنند. برنامه قانون مراقبت مقرون به‌صرفه^۳ از سال ۲۰۱۰ پوشش بیمه‌ای را افزایش داد و بازارهای بیمه‌ای مبتنی بر یارانه ایجاد کرد، اما هنوز حدود ۸ تا ۹ درصد جمعیت بیمه ندارند. مراقبت‌های اولیه در نظام سلامت آمریکا نسبت به کشورهای اروپایی ضعیف‌تر است و نقش دروازه‌بانی رسمی وجود ندارد. بیماران می‌توانند بدون محدودیت به متخصص مراجعه کنند، البته با هزینه‌های بالاتر. سهم پزشکان خانواده نسبت به متخصصان کمتر است و بسیاری از افراد ابتدا مستقیماً به متخصص مراجعه می‌کنند. مراکز مراقبت اولیه عمدتاً خصوصی‌اند و کلینیک‌های سلامت عمومی و فدرال نیز در مناطق محروم فعالیت دارند.

خدمات تخصصی و بیمارستانی عمدتاً توسط بیمارستان‌های خصوصی، غیرانتفاعی و برخی عمومی ارائه می‌شود. حدود ۵۵ درصد بیمارستان‌ها غیرانتفاعی، ۲۰ درصد خصوصی انتفاعی و حدود ۱۵ درصد دولتی‌اند. رقابت شدید بین بیمارستان‌ها و شرکت‌های بیمه موجب پیچیدگی ساختار تعرفه‌ها شده و هیچ تعرفه واحد ملی وجود ندارد. هزینه‌ها در آمریکا نسبت به سایر کشورها بسیار بالاتر است. روش‌های پرداخت به پزشکان شامل کارانه^۴، پرداخت سرانه و مدل‌های مبتنی بر ارزش و کیفیت مانند سازمان مراقبت پاسخ‌گو^۵ است. در سال‌های اخیر دولت و بیمه‌ها به سمت پرداخت مبتنی بر ارزش حرکت کرده‌اند تا هزینه‌ها کنترل شود و کیفیت بهبود یابد. با این حال سیستم سنتی پرداخت به‌ازای خدمت همچنان غالب است.

دسترسی و انتخاب در نظام سلامت آمریکا گسترده و تقریباً نامحدود است، اما به قدرت مالی و نوع بیمه بستگی دارد. بیماران معمولاً می‌توانند پزشک و بیمارستان موردنظر خود را انتخاب کنند، ولی بیمه‌ها با تنظیم شبکه‌های محدودکننده این انتخاب را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مراجعه بدون بیمه یا خارج از شبکه هزینه‌های بسیار سنگینی دارد.

آمریکا نظام ارجاع رسمی مانند انگلستان یا هلند ندارد، اما بیمه‌ها برای مدیریت هزینه‌ها بعضاً ارجاع یا تأیید پیش از خدمت را الزامی می‌کنند. نبود نظام ارجاع ساختاریافته یکی از دلایل مصرف بالای خدمات تخصصی، افزایش هزینه‌ها و پراکندگی مراقبت‌هاست. اصلاحات تلاش کرد خدمات اولیه را تقویت کند، اما همچنان ساختار ارجاع پراکنده است [۲۰ و ۲۱].

پرونده الکترونیک سلامت در آمریکا در سطح گسترده‌ای استفاده می‌شود و پس از تصویب قانون فناوری اطلاعات سلامت برای قانون سلامت اقتصادی و بالینی^۶ (سال ۲۰۰۹) دیجیتال‌سازی ابزارهای ثبت سلامت به سرعت گسترش یافت. با این حال، سیستم‌ها غیرهمخوان و بین‌اپراتوری محدود دارند. بسیاری از اطلاعات سلامت در پایگاه‌های پراکنده ذخیره می‌شود و تبادل داده بین بیمارستان‌ها و شرکت‌های

1. Medicare

2. Medicaid

3. Obamacare

4. Fee-for-Service

۵. Accountable Care Organization: در این مدل، گروهی از پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با هم همکاری می‌کنند تا مسئولیت کامل مراقبت از یک گروه مشخص از بیماران را برعهده بگیرند. این مسئولیت شامل تمام جنبه‌های سلامت بیمار، از جمله مراقبت‌های پیشگیرانه، درمان بیماری‌های حاد و مزمن، و هماهنگی بین خدمات مختلف است.

6. The Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act



بیمه همواره چالش برانگیز است. سیستم های خصوصی و متفاوت باعث پیچیدگی مدیریت اطلاعات شده اند.

نقاط قوت سیستم سلامت آمریکا شامل پیشرفته ترین فناوری پزشکی، دسترسی سریع به خدمات تخصصی، کیفیت بالا در درمان های پیچیده، نوآوری دارویی و بیمارستان های دانشگاهی پیشرو است. اما چالش های اساسی همچون هزینه های بسیار بالا، نابرابری شدید در دسترسی، تعداد بالای افراد بدون بیمه، پراکندگی مراقبت ها، تعارض منافع میان پزشکان خانواده و متخصصین، مشکلات هماهنگی بین ارائه دهندگان و نتایج سلامت نسبتاً پایین در سطح جمعیت وجود دارد.

در آمریکا، مطالعات انجام شده در سیستم های سازمان حفظ سلامت^۱ نشان می دهد وجود پزشک عمومی منجر به کاهش مراجعات جدید به متخصص و کاهش متوسط ۱۲ درصدی هزینه مراجعات تخصصی در سال نسبت به مدل هایی که آزادانه پزشک و مراکز درمانی را انتخاب می کنند (مانند مدل سازمان ارائه دهنده ترجیحی)^۲ شده است [۲۲]. مطالعات نشان داده است بیماران تحت پوشش این بیمه نیز بیشتر به پزشکان عمومی و کمتر به متخصصان یا اورژانس مراجعه نموده اند. براساس یک کارآزمایی تصادفی شده کل هزینه سرانه در برنامه دارای نظام ارجاع ۶ درصد و هزینه خدمات سرپایی سالیانه ۲۱ دلار برای هر نفر کاهش یافته است [۲۳].

در مجموع، نظام سلامت آمریکا نمونه ای از یک نظام سلامت بیش از حد خصوصی، پرهزینه، پیچیده، غیر متمرکز و مبتنی بر بازار است که از یک سو بهترین فناوری ها و خدمات دنیا را ارائه می دهد و از سوی دیگر چالش های بزرگی در عدالت، هزینه و هماهنگی مراقبتی دارد.

۳-۳. نظام ارجاع آزاد

کشورهایی که در این دسته قرار می گیرند، نظام ارجاع رسمی و الزام آور در ساختار نظام سلامت آن ها پیش بینی نشده است. در این شرایط، افراد می توانند بدون محدودیت و بدون نیاز به معرفی از سوی پزشک سطح اول، به طور مستقیم به سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت از جمله پزشکان عمومی، متخصصان و مراکز فوق تخصصی مراجعه کرده و خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند.

در چنین نظامی، انتخاب ارائه دهنده خدمات عمدتاً بر عهده بیمار است و مکانیسم درگاه بانی نقش ساختاری و الزامی در هدایت بیماران در مسیر دریافت خدمات ایفا نمی کند. از جمله کشورهایی که در زمره نظام های دارای ارجاع آزاد قرار می گیرند می توان به ترکیه، مصر و اوکراین اشاره کرد. با این حال، در سال های اخیر در برخی از این کشورها اصلاحاتی در جهت تقویت مراقبت های سطح اول، استقرار برنامه پزشک خانواده و ایجاد سازوکارهای نظام ارجاع در سطح ملی آغاز شده است. برای نمونه، در کشورهای ترکیه و اوکراین تلاش هایی برای توسعه و نهادینه سازی نظام ارجاع در حال انجام است؛ هر چند وجود برخی چالش ها از جمله محدودیت های مالی، زیرساختی و اجرایی موجب شده است روند اجرای این اصلاحات با سرعت کمتری پیش رود.

۱-۳-۳. ترکیه

کشور ترکیه طی دو دهه اخیر تلاش هایی گسترده در خصوص اصلاح نظام سلامت را اجرا کرده است. برنامه تحول سلامت^۳ که از سال ۲۰۰۳ آغاز شد، ساختار نظام سلامت ترکیه را به طور اساسی تغییر داد و آن را از یک سیستم پراکنده و کم کیفیت به مدلی نسبتاً یکپارچه، قابل دسترس و کارآمدتر تبدیل کرد.

در ترکیه وزارت بهداشت باز یگر اصلی نظام سلامت است و مسئولیت سیاست گذاری، تنظیم گری و ارائه خدمات سلامت دولتی را بر عهده دارد. نظام سلامت ترکیه نسبت به بسیاری از کشورهای اروپایی متمرکزتر است. اکثر بیمارستان های عمومی و شبکه های مراقبت اولیه زیر نظر وزارت بهداشت اداره می شوند و اختیارات ایالت ها یا شهر داری ها نسبتاً محدود است.

یکی از مهم ترین اصلاحات ایجاد نظام بیمه سلامت همگانی^۴ تحت مدیریت مؤسسه تأمین اجتماعی بود. پس از اجرای این طرح، تقریباً ۹۹ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند. بیمه سلامت عمومی شامل افراد شاغل، کارفرمایان، بازنشستگان، دانشجویان و

1. Health Maintenance Organization

سازمان حفظ سلامت یک گروه بیمه درمانی است که خدمات درمانی را با هزینه ثابت سالانه ارائه می دهد.

2. Preferred Provider Organization (PPO)

3. Health Transformation Program (HTP)

4. General Health Insurance (GHI)



گروه‌های کم‌درآمد است. دولت بخش زیادی از سهم بیمه اقبال را پرداخت می‌کند. تأمین مالی نظام سلامت ترکیه ترکیبی از مالیات، حق بیمه و پرداخت از جیب است. سهم پرداخت از جیب پس از اصلاحات به حدود ۱۶ تا ۱۷ درصد کاهش یافته است. بسته بیمه سلامت شامل خدمات گسترده‌ای است؛ از مراقبت‌های اولیه تا بستری و دارو. برای بسیاری از خدمات، سهم بیمار یا بسیار کم است یا برای گروه‌های خاص (افراد فقیر، کودکان، سالمندان) حذف شده است. خدمات تخصصی و بیمارستانی توسط شبکه‌ای از بیمارستان‌های دولتی، دانشگاهی و خصوصی ارائه می‌شود. بیمارستان‌های خصوصی نقش مهمی در ارائه خدمات دارند و اصلاحات زمینه رقابت کنترل شده بین بخش دولتی و خصوصی را ایجاد کرد. بیمارستان‌های دولتی بسیاری از خدمات را با قیمت پایین عرضه می‌کنند و بیمارستان‌های خصوصی نیز در صورت قرارداد، تعرفه‌های استاندارد دارند؛ هر چند ممکن است بیمار هزینه اضافی بپردازد.

روش‌های پرداخت به بیمارستان‌ها عمدتاً ترکیبی از پرداخت به‌ازای خدمت، بسته‌های مراقبتی و پرداخت‌های بودجه‌ای است. وزارت بهداشت از طریق سیستم «عملکرد مبتنی بر کیفیت و کارایی» (P4P) تلاش کرده کیفیت خدمات را ارتقا دهد. در مقابل، برخی منتقدان معتقدند این سیستم در اوایل باعث افزایش غیر ضروری برخی خدمات شده است، اما بعدها اصلاح شد.

نظام ارجاع در ترکیه به شکل رسمی و سراسری مانند بریتانیا یا هلند اجرا نمی‌شود، اما پزشک خانواده به عنوان نخستین نقطه تماس عمل می‌کند. در اوایل دهه ۲۰۰۰، تصمیم به بازسازی بنیادین سیستم سلامت ترکیه گرفته شد و برنامه تحول سلامت در سال ۲۰۰۳ رسماً آغاز شد [۲۴]. یکی از ارکان اصلی این برنامه، معرفی پزشک خانواده بود که هدف آن تبدیل نظام مراقبت اولیه به شبکه‌ای با پزشک خانواده و تیم بهداشتی به عنوان نقطه تماس اول و پایه برای مراقبت اولیه و ارجاع بود. قانون اجرای آزمایشی طرح پزشک خانواده در نوامبر ۲۰۰۴ تصویب شد و اجرای پایلوت آن از ۱۵ سپتامبر ۲۰۰۵ در استان دوزجه^۱ آغاز شد. این برنامه به تدریج بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ گسترش یافت؛ در سال ۲۰۰۶ استان‌های بیشتری اضافه شدند، در ۲۰۰۸-۲۰۰۷ استان‌های دیگری به برنامه پیوستند و تا پایان ۲۰۱۰ تمامی ۸۱ استان ترکیه تحت پوشش قرار گرفتند. ساختار پزشک خانواده به این شکل بود که هر پزشک خانواده همراه با تیمی شامل پرستار و کمک‌یار یا نیروهای بهداشتی در مراکز سلامت خانواده^۲ مستقر می‌شد و هر تیم مسئول جمعیتی مشخص بود. هم‌زمان با این تحولات و اجرای آن، سیستم بیمه و پوشش همگانی سلامت تثبیت شد، به گونه‌ای که تقریباً همه مردم تحت پوشش قرار گرفتند و این پوشش با پزشک خانواده ترکیب شد تا هدف مراقبت اولیه فراگیر و ارجاع منظم محقق شود [۲۴ و ۲۵].

بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده، میزان مراجعه به مراقبت سلامت اولیه در ترکیه افزایش قابل توجهی یافت. در یک پژوهش مشاهده شد که تعداد مراجعه به پزشک خانواده یا دریافت مراقبت اولیه، از ۱.۷۵ بار در سال به‌ازای هر نفر قبل از اصلاحات، به ۲.۸۳ بار در سال افزایش پیدا کرد. همچنین سهم مراجعه اولیه به خدمات تخصصی و ثانویه کاهش یافت و افراد بیشتری مراقبت‌های اولیه را به عنوان نقطه اول تماس خود ترجیح دادند. رضایت بیماران از خدمات سلامت، به ویژه خدمات اولیه، بهبود قابل توجهی پیدا کرد و گزارش‌های سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۲ نشان می‌دهند که رضایت بیماران با سلامت عمومی ارتقای قابل توجهی داشته است. باین وجود، بازچینی نظام سلامت و تمرکز بر مراقبت‌های اولیه و پزشک خانواده تغییر بزرگی بود که همه لایه‌های سیستم شامل مالی، سازمانی و تأمین نیروی انسانی را در بر می‌گرفت و مدیریت این تغییر نیازمند هماهنگی کامل بین اجزای مختلف سیستم بود [۲۸-۲۶].

در حوزه سلامت الکترونیک، ترکیه پیشرفت چشمگیری داشته است. سامانه پرونده الکترونیک سلامت ملی^۳ یکی از کامل‌ترین سیستم‌های پرونده‌های الکترونیک سلامت در منطقه است و شهروندان می‌توانند سوابق پزشکی، آزمایش‌ها، نسخه‌ها و تصاویر پزشکی را مشاهده کنند. همچنین سیستم نسخه‌نویسی الکترونیک را کاملاً جایگزین نسخه کاغذی کرده است. سطح بین‌اپراتوری و تبادل اطلاعات در ترکیه نسبت به کشورهای مانند آمریکا یا آلمان بهتر و یکپارچه‌تر است.

نقاط قوت نظام سلامت ترکیه شامل پوشش همگانی نزدیک به کامل، توسعه گسترده مراقبت‌های اولیه، استفاده از سیستم پرونده الکترونیک

1. Düzce

2. Family Health Centre (FHC)

3. E-Nabız

سلامت، کاهش پرداخت از جیب، بهبود زیرساخت بیمارستانی و افزایش رضایت بیماران است. طبق گزارشی که از نظام سلامت ترکیه منتشر شده است، تلاش برای استقرار نظام ارجاع به دلیل کمبود پزشک خانواده و ضعف در اجرای صحیح مراقبت‌های اولیه با شکست مواجه شد و نظام ارجاع در ترکیه به‌طور وسیع و الزامی اجرا نمی‌شود [۲۹]. با این حال اجرای پیش‌آزمایی محدود در چند استان منجر به بهبود ۱۸ درصد در رعایت مسیرهای ارجاع استاندارد و افزایش هماهنگی بین سطوح مراقبت شد. همچنین آموزش و مشوق‌های پزشکان خانواده توانست دانش و عملکرد آنها در مدیریت ارجاع را تا ۲۵ درصد بهبود دهد [۳۰]. همچنین چالش‌های باقی‌مانده شامل ازدحام در بیمارستان‌های دولتی، کیفیت متغیر خدمات در مناطق مختلف، اختلاف کیفیت میان بخش دولتی، خصوصی و کمبودهایی در نیروی انسانی برخی تخصص‌هاست. در مجموع، نظام سلامت ترکیه نمونه‌ای از یک نظام سلامت متمرکز، مبتنی بر بیمه همگانی، دارای مراقبت اولیه تقویت شده و با نقش قابل توجه بخش خصوصی است که طی دو دهه اخیر پیشرفت چشمگیری داشته، اما همچنان با چالش‌های پایداری مالی و تقاضای رو به رشد روبه‌رو است.

۲-۳-۳. تایلند

کشور تایلند به دلیل اجرای برنامه‌های بیمه سلامت همگانی در میان کشورهای با درآمد متوسط، مورد توجه جهانی قرار گرفته است. اصلاحات اصلی نظام سلامت تایلند در سال ۲۰۰۱ آغاز شد؛ زمانی که دولت برنامه پوشش همگانی^۱ را اجرا کرد. نتیجه این طرح آن بود که ظرف مدت کوتاهی، میزان پوشش بیمه سلامت از کمتر از ۷۰ درصد به بیش از ۹۹ درصد جمعیت رسید. برنامه پوشش همگانی عمدتاً برای اقشار فقیر، روستاییان، بیکاران و غیر کارمندان طراحی شد. دو برنامه بیمه‌ای مهم دیگر برای کارکنان بخش خصوصی و برای کارمندان دولت نیز در کشور فعال‌اند. هر سه برنامه با وجود تفاوت‌هایی در پوشش و پرداخت، به‌طور نسبتاً هماهنگ عمل می‌کنند و تقریباً همه جمعیت را پوشش می‌دهند. تأمین مالی نظام سلامت تایلند ترکیبی از مالیات عمومی، صندوق‌های بیمه اجتماعی و پرداخت‌های محدود از جیب است. بسته بیمه پوشش همگانی عمدتاً با مالیات عمومی تأمین می‌شود و برای افراد مشمول آن تقریباً رایگان است. سهم پرداخت از جیب در تایلند طی دو دهه اخیر از حدود ۳۴ درصد به کمتر از ۱۲ درصد کاهش یافته است. تایلند در مقایسه با بسیاری از کشورهای در حال توسعه توانسته هزینه‌های سلامت را کنترل کند و هنوز کل هزینه سلامت آن حدود ۳۵٪ تا ۴۰ درصد تولید ناخالص داخلی (رقمی بسیار پایین در مقایسه با اروپا و آمریکا) است. مراقبت‌های اولیه ستون اصلی نظام سلامت تایلند است. هزاران مرکز سلامت روستایی و بیمارستان‌های ناحیه‌ای در سراسر کشور به‌ویژه در مناطق روستایی فعالیت دارند. پزشکان عمومی، پرستاران و «داوطلبان سلامت روستایی» بخش مهمی از شبکه مراقبت اولیه را تشکیل می‌دهند. نقش دروازه‌بانی در تایلند کاملاً رسمی و فعال است: بیماران باید ابتدا به مراکز اولیه مراجعه کنند و ارجاع برای دسترسی به متخصص ضروری است. این ساختار موجب کاهش هزینه‌ها و جلوگیری از ازدحام بیمارستان‌های تخصصی شده است.

خدمات تخصصی و بیمارستانی توسط شبکه‌ای گسترده از بیمارستان‌های دولتی، دانشگاهی و بخش خصوصی ارائه می‌شود. بیمارستان‌های دولتی ستون فقرات خدمات بستری هستند و بیشترین حجم مراجعان را پوشش می‌دهند. بخش خصوصی عمدتاً برای افراد توانمند مالی و گردشگران پزشکی فعال است؛ به‌ویژه در شهرهایی مانند بانکوک. با این حال بیمه برنامه پوشش همگانی معمولاً هزینه‌های بخش خصوصی را مگر در شرایط اضطراری پوشش نمی‌دهد.

ارائه خدمات تخصصی در تایلند به صورت سطح‌بندی شده است: بیمارستان‌های عمومی خدمات تخصصی پایه را ارائه می‌دهند، بیمارستان‌های استانی مراکز ارجاع سطح بالاتر هستند و بیمارستان‌های منطقه‌ای خدمات فوق تخصصی مانند قلب، سرطان و تروما را ارائه می‌کنند. با وجود دستاوردهای قابل توجه، اجرای نظام ارجاع با چالش‌هایی مواجه است؛ از جمله محدودیت منابع مالی، کمبود متخصصان در برخی مناطق، ضعف زیرساخت‌ها، کمبود نیروی انسانی آموزش دیده (به‌ویژه در سلامت روان) و کمبود مراکز مراقبت اولیه در مناطق شهری. همچنین نسبت بالای پزشکان متخصص نسبت به پزشکان عمومی ارائه مراقبت‌های اولیه را دشوار کرده است.

با این حال، اجرای پوشش همگانی سلامت و نظام ارجاع موجب افزایش دسترسی به خدمات سرپایی و افزایش رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان شده است. تعداد ویزیت‌های سرپایی از حدود ۱۱۹ میلیون در سال ۲۰۰۳ به ۱۵۳ میلیون در سال ۲۰۱۰ افزایش یافت و میزان رضایت بیماران نیز از ۷.۸ به ۸.۵ از ۱۰ رسید. همچنین اجرای نظام ارجاع الکترونیک برای بیماران سکتة ایسکمیک با کاهش ۱۳.۱۶ درصدی وخامت وضعیت در

زمان ترخیص از اورژانس همراه بوده و سامانه ارجاع الکترونیک بیماران اورژانسی^۱، زمان هماهنگی بین بیمارستان‌ها را کاهش داد. استانداردسازی فرایند ارجاع از طریق سامانه مربوطه^۲ نیز با تعریف مجموعه داده‌ای یکپارچه، تبادل امن اطلاعات بین مراکز را تسهیل کرده است [۳۱]. در حوزه فناوری اطلاعات سلامت نیز بسیاری از بیمارستان‌ها سیستم‌های الکترونیک پرونده پزشکی و ثبت خدمات را توسعه داده‌اند، اما به دلیل نبود هماهنگی کامل در سطح ملی، سیستم‌های نرم‌افزاری متنوع و گاه غیرقابل یکپارچه‌سازی در بیمارستان‌ها استفاده می‌شود. خلاصه دستاوردها، چالش‌ها و درس‌آموخته کشورهای مورد اشاره در خصوص نظام ارجاع و پزشک خانواده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. دستاوردها، چالش‌ها و درس‌آموخته کشورهای منتخب در خصوص نظام ارجاع و پزشک خانواده

نام کشور	نوع نظام ارجاع	چالش‌ها	دستاوردها	درس‌آموخته
انگلیس	از طریق پزشکان عمومی و به صورت اجباری	- افزایش مراجعه به سطح تخصصی و فشار بر سیستم - طولانی بودن زمان انتظار برای نوبت و ارجاع - مشکلات اولیه سیستم‌های سنتی قبل از دیجیتال‌سازی	- توسعه سرویس‌های ارجاع الکترونیک برای کاهش فرایندهای اداری و بهبود زمان‌بندی مراجعه‌ها - بهبود کیفیت اطلاعات و کاهش خطاهای ارتباطی بین پزشک اولیه و تخصصی - مرفه‌جویی اقتصادی از طریق کاهش مراجعات غیرضروری - افزایش هماهنگی بین سطوح درمانی	- طراحی سیستم باید مبتنی بر داده و استانداردهای بالینی باشد. - ارزیابی مستمر عملکرد و شاخص‌های کلیدی مانند زمان انتظار و مراجعات غیرضروری، ضروری است. - آموزش و مشارکت پزشکان پایه و تخصصی، اثرگذاری برنامه را افزایش می‌دهد. - فناوری الکترونیک باید ابزار فرایند باشد؛ نه صرفاً دیجیتال کردن فرم‌ها.
هلند	از طریق پزشکان عمومی و به صورت اجباری	- فشار کاری زیاد بر پزشکان عمومی، نابرابری‌های اجتماعی - در سلامت و مشکلات مربوط به کیفیت خدمات در برخی مراکز - مراقبت سالمندان	- مهار ساختاری «فساد در ارجاع» - از طریق حذف رابطه پزشک - ارائه‌دهنده - کاهش بار مراجعه به خدمات تخصصی - ایجاد رقابت مبتنی بر کیفیت و قیمت میان بیمه‌گرها و ارائه‌دهندگان	- برای حذف فساد در ارجاع، باید «اختیار معرفی ارائه‌دهنده» را از پزشک گرفت، نه اینکه صرفاً نظارت را افزایش داد. - نظام ارجاع تنها زمانی موفق است که «بیمه پایه همگانی» به صورت اجباری برای همه شهروندان اجرا شود. - فناوری اطلاعات سلامت باید «هوشمند و فرآیندمحور» باشد، نه صرفاً دیجیتال کردن فرم‌های کاغذی. - مراقبت‌های اولیه نباید محدود به پزشک باشد؛ توانمندسازی سایر حرفه‌های سلامت نظام را کارآمدتر می‌کند.
آمریکا	غیر اجباری؛ بر مبنای مدل‌های مختلف بیمه‌ای	- دسترسی نابرابر به مراقبت اولیه و تداوم درمان - عدم یکپارچگی کامل اطلاعات سلامت - تفاوت گسترده پوشش بیمه و پوشش	- انعطاف بالا برای بیماران در انتخاب پزشک و متخصص - توسعه مدل‌های مشاوره الکترونیک برای دریافت سریع نظرات تخصصی بدون مراجعه حضوری - بهبود کیفیت تصمیم‌گیری بالینی و کاهش مراجعات غیرضروری - توسعه مدل‌های مراقبت هماهنگ	- سیستم‌های مشاوره الکترونیک می‌توانند زمان ارجاع را کاهش دهند. - هماهنگی بین سطوح مراقبت و اطلاعات یکپارچه ضروری است. - توجه به بیمه و دسترسی اجتماعی بیماران اثر مستقیم بر اثربخشی دارد.

1. HIS-Sansaj
2. Health Link

نام کشور	نوع نظام ارجاع	چالش ها	دستاورد	درس آموخته
سوئد	انتخابی، کنترل استفاده از خدمات از طریق لیست انتظار	• نابرابری منطقه ای در دسترسی • چالش های هماهنگی خدمات تخصصی و اولیه	• ایجاد تیم های سلامت چند حرفه ای • ایجاد مسیرهای استاندارد ارجاع برای بیماری های پیچیده • تضمین زمان دسترسی به خدمات تخصصی در چارچوب قوانین تعریف شده • رضایت بالای بیماران از دسترسی سریع • کاهش مراجعات غیر ضروری با استاندارد سازی مسیرهای ارجاع	• استانداردهای تضمینی به رضایت و عدالت دسترسی کمک می کند. • مدیریت منابع باید با واقعیت های جمعیتی و منطقه ای تطبیق داشته باشد. • پایش مستمر شاخص های زمان انتظار و کیفیت ارجاع، ضروری است.
ترکیه	انتخابی	• کمبود پزشک خانواده و نیروی تخصصی • محدودیت الزام قانونی ارجاع • ضعف الزامات رسمی ارجاع و مراجعه غیر ضروری به تخصصی • داده های ملی محدود	• تقویت نقش مراقبت اولیه در مدیریت بیماران • افزایش رضایت و استفاده از خدمات پایه • کاهش فشار روی خدمات تخصصی	• تقویت مراقبت اولیه حتی بدون نظام ارجاع اجباری، باعث بهبود اثربخشی نظام ارجاع می شود. • جمع آوری و تحلیل داده ها برای مدیریت منابع ضروری است. • آموزش مداوم پزشکان پایه و مشارکت بیماران، کلیدی است.
تایلند	اجباری برای خدمات سرپایی، در بیمه اجتماعی برای خدمات بستری	• مدیریت منابع محدود و اولویت دهی در مراقبت ها • نیاز به داده و تحلیل علمی برای تصمیم گیری	• استفاده از ارزیابی فناوری های سلامت و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد • پوشش کامل بیماران در سطح ملی بهبود تخصیص منابع و کیفیت ارجاع ها	• تصمیم گیری داده محور و استفاده از شواهد علمی برای طراحی مسیرهای ارجاع ضروری است. • آموزش و توانمند سازی منابع انسانی مراقبت اولیه، اثرگذاری برنامه را افزایش می دهد. • توجه به عوامل اجتماعی و دسترسی بیماران به مراقبت، ضروری است.

مأخذ: یافته های پژوهش.

۴. روند اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران



نخستین نشانه های قانونی این رویکرد را می توان در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ مشاهده کرد. در این قانون، ارائه خدمات سلامت به روستاییان از طریق شبکه بهداشتی و درمانی کشور و در قالب نظام ارجاع مورد تأکید قرار گرفت. تمرکز اولیه این سیاست بر مناطق روستایی را می توان ناشی از وجود زیرساخت نسبتاً منسجم شبکه بهداشتی و درمانی در مناطق روستایی که از دهه ۱۳۶۰ توسعه یافته بود؛ ضرورت رفع نابرابری های در دسترسی به خدمات سلامت میان مناطق شهری و روستایی؛ و امکان اجرای آزمایشی الگوی پزشک خانواده در جمعیت های کوچک تر و سازمان یافته تر دانست. این موضوع، پایه ای برای توجه به سطح بندی خدمات و نقش پزشک خانواده به عنوان دروازه بان سلامت گذاشت. در ادامه، قانون برنامه چهارم توسعه در سال ۱۳۸۳ شورای عالی بیمه را مکلف کرد که برای استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تمهیدات لازم را فراهم کند و از این دوره به بعد، پزشک خانواده برای نخستین بار در سطح سیاست های کلان توسعه ای کشور جایگاه یافت. در ادامه این روند، برنامه پنجم توسعه با رویکردی گسترده تر وارد حوزه طراحی ساختار سلامت شد؛ به گونه ای که در ماده (۳۲)، بازطراحی سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت را از جمله با محوریت پزشک خانواده تکلیف کرد و از سوی دیگر، ضرورت انطباق آموزش علوم پزشکی با نیازهای نظام ارجاع و پزشک خانواده را به عنوان پیش نیازهای قانونی اجرای این برنامه تصریح نمود. این مرحله از قانونگذاری نشان دهنده گذار سیاست سلامت ایران از «طرح نگری» به «نظام نگری» بود، زیرا قوانین هم زمان



ساختار ارائه خدمت، ساختار بیمه‌ای و ساختار اطلاعاتی را برای استقرار پزشک خانواده بازتعریف کردند.

در ادامه این مسیر، برنامه ششم توسعه نیز با حفظ همان جهت‌گیری، مجموعه‌ای از تکالیف را بر عهده وزارت بهداشت گذاشت و تأکید کرد که استقرار پرونده الکترونیک سلامت، تعیین نیازهای آموزشی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، اجرای خدمات سلامت با محوریت مراقبت‌های اولیه و به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده باید در بستر نظام ارجاع انجام شود. همچنین بر خرید راهبردی خدمات هم‌زمان با اجرای برنامه پزشک خانواده تأکید کرد؛ امری که نشان می‌دهد سیاستگذار در این دوره، هماهنگی میان سه رکن «ارائه خدمت»، «بیمه» و «فناوری اطلاعات سلامت» را کلید اجرای موفق برنامه می‌دانست. سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی سال ۱۳۹۳ نیز این رویکرد را تقویت کرد و ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات جامع سلامت مبتنی بر نظام سطح‌بندی و ارجاع را به‌عنوان یکی از اصول بنیادین نظام سلامت مقرر نمود و این موضوع عملاً پیوند میان سیاست‌های کلان و قوانین اجرایی را برقرار ساخت.

در سال‌های اخیر، قانون برنامه هفتم پیشرفت نقطه اوج و جمع‌بندی این مسیر تحول بوده است؛ قانونی که در آن، استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر الکترونیک ظرف دو سال الزامی شده و تمرکز تولید نظام سلامت بر محوریت پزشک خانواده، خرید راهبردی خدمات، پرداخت عملکردی، سطح‌بندی خدمات، تقویت شبکه سلامت و توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به‌عنوان الزامات حکمرانی سلامت تعیین شده است. این قانون همچنین بر اجرای برنامه پزشک خانواده برای کل جمعیت کشور با استفاده از ظرفیت‌های دولتی و غیردولتی تأکید می‌کند و حتی پزشکان متخصص را نیز مکلف می‌سازد که در چارچوب مسیر ارجاع به بیماران سطح اول خدمت ارائه دهند. در کنار این قوانین بالادستی، قوانین بودجه سال‌های ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲ نیز در نقش ابزارهای مالی اجرایی، دولت و سازمان‌های بیمه‌گر را مکلف کرده‌اند خدمات را تنها از طریق پزشک خانواده و نظام ارجاع ارائه دهند، زیرساخت‌های پرونده الکترونیک سلامت را تقویت کنند و اجرای برنامه را در سه سطح و با استفاده از تمامی ظرفیت‌های کشور پیش ببرند.

براساس این روند می‌توان گفت که رویکرد قانونی ایران نسبت به پزشک خانواده از تأکید اولیه بر دسترسی روستاییان و شبکه بهداشتی به سمت ایجاد یک نظام جامع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه، سطح‌بندی خدمات، پوشش همگانی، خرید راهبردی، توسعه سلامت الکترونیک و حکمرانی یکپارچه حرکت کرده است. وابسته کردن اجرای طرح به سامانه‌های اطلاعاتی پیشرفته مانند پرونده الکترونیک سلامت، و تنظیم ظرفیت آموزشی و منابع انسانی براساس نیازهای نظام ارجاع، این سیر نشان می‌دهد که سیاستگذاری در ایران از یک نگاه اجرایی محدود به یک رویکرد کل‌نگر و ساختاری رسیده و پزشک خانواده را نه یک برنامه محدود، بلکه ستون اصلی نظام سلامت آینده کشور تلقی می‌کند؛ باین حال، تحقق این چشم‌انداز با چالش‌هایی مواجه بوده که در مسیر تحقق مطلوب این مهم خلل ایجاد کرده که در بخش‌های بعدی به آنها پرداخته شده است. در طی سال‌های گذشته، رویکرد کلی اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر اجرای تدریجی و آزمایشی در مناطق محدود با هدف توسعه ملی بوده است. این طرح‌ها نشان می‌دهد که ایران از دهه ۱۳۷۰ با تدوین آیین‌نامه‌ها و اجرای اولیه در جمعیت‌ها و مناطق روستایی و شهرهای کوچک شروع شده تا به تدریج استان‌های بیشتری را تحت پوشش قرار دهد. باین حال، به‌رغم هدف‌گذاری برای پوشش سراسری تا پایان سال ۱۳۹۲، این هدف محقق نشد و برنامه‌ها به‌صورت پراکنده ادامه یافته است. در طول این سال‌ها، نهادهای مختلفی از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، وزارت نفت و سازمان تأمین اجتماعی هریک به‌صورت جداگانه به اجرای پزشک خانواده پرداختند که منجر به موازی‌کاری و عدم یکپارچگی شده است. به‌عنوان مثال، برنامه پزشک خانواده وزارت نفت در ارائه خدمات سلامت به کارکنان صنعت نفت، نمونه‌ای از اجرای با پوشش جمعیتی مشخص بود، طرح‌هایی مانند «پزشک امین» در سازمان تأمین اجتماعی با تمرکز بر فرد به‌جای خانواده، ارائه پاداش بیماریابی را در دستور کار داشت. در دولت قبل، تمرکز بر روی «طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع» در شهرهای بزرگ‌تر و همچنین بیماران مزمن قرار گرفت. با وجود تلاش‌های مختلف، فقدان اجرای سراسری و یکپارچه، از چالش‌های اصلی در مسیر تحقق پزشک خانواده در ایران بوده است. در نهایت اینکه طبق آخرین اطلاعات مستند در خصوص وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران به استناد گزارش ناظر وزارت بهداشت در خصوص وضعیت اجرای برنامه هفتم پیشرفت نیز اگرچه وزارت بهداشت مطابق بند «پ» ماده (۷۰) قانون مکلف به استقرار این برنامه تا پایان سال اول برنامه شده، اما اجرای کامل آن به‌ویژه در سطوح دوم و سوم (خدمات تخصصی و فوق تخصصی) محقق نشده است و در حال حاضر، برنامه تنها در سطح یک و برای جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (معادل ۴۱ درصد جمعیت) در جریان است و راه‌اندازی نظام ارجاع به سطوح بالاتر در مرحله برنامه‌ریزی قرار دارد.

جدول ۲. روند اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران

برنامه پزشک خانواده کمیته امداد امام خمینی (ره) • نخستین تجربه اجرای پزشک خانواده در کشور (۱۳۷۶) • پوشش اولیه حدود ۵۰۲ میلیون نفر از مددجویان • با اجرای برنامه ملی در سال ۱۳۸۴، حدود ۲۰۵ میلیون نفر به بیمه خدمات درمانی منتقل شدند. • تداوم پوشش حدود ۱۰۵ میلیون نفر از مددجویان شهری و روستایی • آغاز اجرای آزمایشی طرح در استان های فارس و تهران (۱۳۹۱) به عنوان عضو ستاد ملی هماهنگی پزشک خانواده	برنامه پزشک خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین آیین نامه از سال های ۱۳۸۳-۱۳۷۸ • اجرا از مرداد ۱۳۸۴ با پوشش روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر • توسعه به سه استان منتخب (۱۳۸۹): چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان، خوزستان • اجرای آزمایشی نسخه ۲ در استان های فارس (تابستان ۱۳۹۱) و مازندران (پاییز ۱۳۹۱) • هدف گذاری برای پوشش ملی تا پایان ۱۳۹۲ (به سرانجام نرسید) • برنامه ریزی برای اجرا در قالب «طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع» • (۱۴۰۲) در ۵۹ شهر بالای ۲۰ هزار نفر
برنامه پزشک خانواده سازمان تأمین اجتماعی - اجرای طرح «پزشک امین» (۱۳۹۱-۱۳۸۹) • پزشک منتخب فردی (نه خانوادگی) • خدمات سطح اول: آموزش، پیشگیری، درمان اولیه، ارجاع، پیگیری پرونده سلامت • پاداش بیماریابی (تا ۱۰ برابر سرانه پایه) • توقف طرح به دلیل مشکلات اجرایی و موازی کاری با وزارت بهداشت - اجرای برنامه «نظام ارجاع داخلی» (از ۱۳۹۳) در مراکز ملکی ۵ استان (خراسان رضوی، زنجان، قزوین، کرمانشاه، گیلان) • تمرکز بر بیماران مزمن (قلب و عروق، اعصاب و روان، دیابت، فشارخون) • تشکیل پرونده بیماری مزمن	برنامه پزشک خانواده وزارت نفت • ریشه در ساختار خدمات سلامت صنعت نفت از سال ۱۳۴۲ دارد. • اجرای رسمی و نظام مند از سال ۱۳۷۸ با تشکیل پرونده های خانوادگی • تحول به پرونده الکترونیک سلامت خانواده (۱۳۹۰) و اتصال به سامانه سینا (۱۴۰۰) • پوشش حدود یک میلیون نفر شامل کارمندان رسمی، پیمانکاری، بازنشستگان و خانواده ها • ارائه خدمات سلامت رایگان برای کارکنان رسمی و بازنشستگان نفت

مأخذ: همان.

۵. چالش های اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده در ایران

۵-۱. عدم ثبات در سیاست گذاری و تغییر رویکرد با تغییر دولت ها

به رغم تصریح و تأکید بر اولویت این برنامه در سیاست های کلی و قوانین که با هدف و الزام آور بودن برای تمامی دولت ها تدوین شده است، در عمل شاهد بوده ایم که در طول زمان با تغییر مدیران، قرائت ها و رویکردهای جدیدی حاکم شده است. این ناپایداری، برنامه را از مسیر اصلی خود منحرف کرده و آن را به ابتکاری موقتی و وابسته به اشخاص تبدیل کرده است. مدیران جدید اغلب با این ادعا که درک صحیح تری از مفهوم برنامه دارند، بدون توجه کافی به تجارب اندوخته و طرح های پیشین، تغییراتی اعمال کرده اند که تداوم و انسجام برنامه را از بین برده است. به نظر می رسد یکی از دلایل اصلی این ناپایداری، نبود یک صورت بندی سیاستی دقیق و نظریه علی توسعه یافته برای برنامه است. در غیاب تبیینی روشن از هدف نهایی، مسیر تحقق، اولویت های اجرایی و منطق سیاستی، هر دوره رویکردی جدید اتخاذ کرده است. این بی ثباتی، ریشه در نگاه کوتاه مدت و فقدان چشم انداز بلندمدت دارد. موفقیت برنامه پزشک خانواده که مستلزم یک تحول فرهنگی عمیق و تغییر نگرش در جامعه و ارائه دهندگان خدمات است، نیازمند تلاش های مستمر و پیوسته است. تغییر مکرر سیاست ها با تغییرات مدیریتی، فرایند فرهنگ سازی را مختل و موجب سردرگمی، خستگی و بی اعتمادی در بین مجریان و مردم می شود.

تغییر مدیریت دانشگاه علوم پزشکی در پیش آزمایی برنامه شهری که متعاقب آن مشوق های مالی قطع شد و اعضای هیئت علمی تمام وقت که جذب نظام ارجاع شده بودند، مجبور به بازگشت به مطب های شخصی خود شدند و برنامه تقریباً به نقطه صفر بازگشت از مصادیقی است که در این خصوص اشاره شده یا تربیت متخصصان پزشک خانواده در یک دوره از برنامه و سپس متوقف کردن آن در دوره های بعدی اقدامی

۱. سامانه یکپارچه نظام اطلاعات (سینا) توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد تولید و به بهره برداری رسید. معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد با توجه به سابقه اجرای سامانه مرگومیر و در راستای الکترونیکی شدن نظام سلامت در کشور، برنامه پرونده الکترونیک سلامت را در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد به اجرا درآورد. این سامانه همانند سامانه های سب (سامانه یکپارچه بهداشت) و ناب (نرم افزار اطلاعات بهداشت) سامانه ای در سطح اول ارائه خدمت بوده و کارکرد اصلی آن، فرایند ارجاع برشمرده می شود.



بود که نه تنها موجب هدررفت سرمایه انسانی و مالی شد، بلکه گروهی از متخصصان تربیت شده را که در سیستم جایی نداشتند، به جمع اقشار ناراضی افزود.

این بی‌ثباتی از موانع یادگیری و بهبود تدریجی سیاست‌ها نیز است. نظام سلامت برای ارتقای کیفیت، نیازمند تجربه‌اندوزی و اصلاح مسیر براساس درس‌های آموخته شده است. هنگامی که برنامه‌ها با تغییر دولت‌ها یا مدیران، رها شده یا دگرگون می‌شوند، هیچ‌گاه فرصت تکمیل چرخه یادگیری و رسیدن به بلوغ فراهم نمی‌شود و این امکان تحقق یک برنامه جامع، پایدار و اثرگذار مانند پزشک خانواده و نظام ارجاع را که می‌تواند سنگ بنای عدالت در سلامت باشد، تضعیف می‌کند.

۲-۵. عدم اجرای یکپارچه برنامه در سطوح دو و سه

تجارب اجرایی در استان‌های پایلوت نشان می‌دهد که اجرای برنامه تنها در سطح یک و عدم گسترش آن به سطوح بالاتر خدماتی، منجر به گسست در ارائه مراقبت‌های پیوسته و یکپارچه گردید. همچنین مطابق گزارش ناظر اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخصوص برنامه هفتم پیشرفت از سال ۱۳۸۴ تاکنون برنامه پزشک خانواده صرفاً در سطح یک خدمات در شبکه بهداشتی و درمانی در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر سراسر کشور در دست اجراست. اما مسیر ارجاع به سطوح دوم و سوم خدمات یعنی درمان سرپایی و بستری تخصصی و فوق تخصصی تاکنون برقرار نشده است. به‌طور مشخص، وقتی برنامه در سطوح تخصصی و فوق تخصصی (سطح دو و سه) فعال نشود، نظام ارجاع عملاً ناتمام می‌ماند. در این شرایط، بیمار پس از دریافت خدمت اولیه در سطح یک، امکان دسترسی سامان یافته به خدمات تخصصی را در چارچوب یک نظام هماهنگ و هدایت شده نخواهد داشت. این نقیصه سبب می‌شود پزشک خانواده به مرکزی صرفاً برای ارائه خدمات ابتدایی تقلیل یابد و از نقش واقعی خود به‌عنوان دروازه‌بان و هماهنگ‌کننده مراقبت در کل نظام سلامت فاصله بگیرد. این موضوع پیامدهای منفی در رفتار ارائه‌دهندگان خدمت و بیمه‌شدگان نیز ایجاد می‌کند؛ به‌طوری که برخی پزشکان خانواده صرفاً به مهر زدن دفترچه‌های بیمه برای مراجعه بیماران به سطوح دو و سه اکتفا می‌کنند، بی‌آنکه فرایند ارزیابی، نیازسنجی و ارجاع کنترل شده‌ای صورت پذیرد. در شرایط مطلوب، تمرکز بر سطح یک با تأکید بر پیشگیری و مراقبت اولیه باید منجر به کاهش هزینه‌های سنگین سطوح دو و سه شود و صرفه‌جویی حاصل، به سرمایه‌گذاری بیشتر در سطح اول بازگردد. اما وقتی برنامه تنها به سطح یک محدود می‌شود و تغییرات لازم در سطوح بیمارستان‌ها و مراکز تخصصی انجام نشود، هزینه‌های کلی نظام سلامت کاهش نیافته و حتی در برخی موارد با افزوده شدن هزینه‌های سطح یک، مجموع مخارج افزایش می‌یابد.

بنابراین ضروری است که برنامه به‌صورت جامع و در تمام سطوح طراحی و اجرا شود. همچنین، ایجاد ارتباط بر بستر الکترونیک و بستر اطلاعاتی یکپارچه بین سطوح، امکان ردیابی مسیر بیمار و ارزیابی عملکرد برنامه را فراهم می‌آورد. در این صورت می‌توان به مراقبت پیوسته، کاهش موازی کاری‌ها و کنترل هزینه‌ها امید داشت.

۳-۵. چندپارگی تأمین مالی بیمه‌ها

یکی از چالش‌های ساختاری اجرای برنامه‌های تحولی در نظام سلامت، از جمله برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مسئله چندپارگی و ناهماهنگی نظام تأمین مالی از جمله میان نهادهای بیمه‌گر است. این پراکندگی نه تنها مدیریت یکپارچه مالی و اجرایی را دشوار می‌سازد، بلکه ظرفیت نظام را برای پیاده‌سازی طرح‌های کلان به‌شدت تضعیف می‌کند. در سیاست‌های کلی سلامت، به‌وضوح بر نقش بیمه‌ها در مدیریت مالی برنامه‌ها تأکید شده است، اما در عمل، همسو کردن بیمه‌ها در قالب یک مدل حکمرانی هماهنگ، به دلیل ساختار جزیره‌ای و انفرادی عمل کردن آنها، به مانعی بزرگ تبدیل شده است.

برای تحقق مدیریت مالی از طریق بیمه‌ها، لازم است تمامی صندوق‌های بیمه‌ای در چارچوب قواعد هماهنگ گرد هم آیند. اما واقعیت این است که هریک از این نهادها تحت مدیریت و مقررات متفاوتی عمل می‌کنند. این چندپارگی، علاوه بر افزایش هزینه‌های مذاکره و هماهنگی، سبب می‌شود طراحی یک الگوی تأمین مالی پایدار و یکپارچه برای برنامه‌های تحولی بسیار دشوار به نظر برسد.

۴-۵. نگاه بخشی و بی توجهی به ملاحظات اجتماعی و فرهنگ سازی در طراحی و اجرای برنامه

اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در کشور با چالشی مواجه است که ریشه در نادیده انگاشتن ابعاد اجتماعی و سیاسی آن دارد. عموماً این برنامه صرفاً به عنوان یک طرح بهداشتی - درمانی تصور شده، در حالی که ماهیتی چندلایه دارد. برای موفقیت در اجرای این برنامه همکاری نهادهایی مانند وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر امری ضروری است و بدون این مشارکت، پیشبرد کار ممکن نخواهد بود.

عدم درک این واقعیت که موفقیت آن وابسته به هماهنگی و مشارکت تمام ارکان حاکمیت و جامعه است و نگاه بخشی و متمرکز به پزشک خانواده که آن را محدود به وزارت بهداشت و در وزارت بهداشت نیز عمدتاً معطوف به معاونت بهداشت و در معاونت مذکور نیز در محدوده مرکز مدیریت شبکه می داند خود یک مانع است و اجرا را با دشواری های اساسی روبه رو می سازد و باعث می شود ابعاد گسترده تر برنامه، از جمله تأمین مالی، نادیده گرفته شود و طبیعی است که در مرحله اجرا با مشکل مواجه شویم. ضمن اینکه تمرکز برنامه در یک بخش خاص، مشارکت و احساس تعلق دیگر ارکان حاکمیت را از بین می برد، در واقع موفقیت یک برنامه کلان مانند پزشک خانواده، نیازمند تعهد سیاسی در سطح بالاتر و حضور فعال تمام ارکان حاکمیت از برنامه ریزی تا اجراست. به عنوان مثال، مواردی مهم مانند توسعه نظام سلامت الکترونیک و پرونده الکترونیک سلامت که قانونگذار دولت را ملکف کرده برنامه را در این بستر اجرا نماید باز یگران متعددی از جمله وزارت ارتباطات، سازمان های صنفی رایانه ای و ... دارد که بیرون از ساختار وزارت بهداشت قرار دارند. همچنین حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد عوامل مؤثر بر سلامت خارج از حیطه مستقیم وزارت بهداشت قرار دارند و پیامدهای منفی آنها در نهایت به شکل افزایش بار بیماری و مراجعه به بیمارستان ها، بر نظام سلامت تحمیل می شود که فراتر از توان و حیطه وزارت بهداشت به تنهایی است.

در واقع پزشک خانواده ناگزیر از پرداختن به تعیین کننده های اجتماعی سلامت است؛ از دسترسی به مسکن و آب سالم تا ایمنی جاده ها و شرایط مدارس و چون مسائل تأمین مالی، آموزش، آگاهی بخشی و جلب مشارکت مردم را در بر می گیرد، نیازمند حضور و تعهد تمام بخش های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی کشور است. همان طور که همواره تأکید می شود سلامت صرفاً یک مقوله زیستی نیست و غفلت از ابعاد اجتماعی آن، برنامه را از درون تهی می کند.

از سوی دیگر، بستر فرهنگی و جامعه شناختی ایران به عنوان زمینه اجرا، نادیده گرفته می شود. برای مثال، انتظار بخشی از شهروندان برای دریافت خدمات تخصصی با حداقل هزینه و در کوتاه ترین زمان، یک الگوی رفتاری و فرهنگی شکل گرفته در نظام سلامت کشور است. در حالی که در نظام پزشک خانواده و ارجاع، دسترسی به خدمات تخصصی از مسیر مشخص و مرحله بندی شده انجام می شود و در بلندمدت می تواند به استفاده منطقی تر از منابع، کاهش هزینه های غیر ضروری و ارتقای کیفیت خدمات منجر شود. با این حال، در صورت نبود فرهنگ سازی و آگاهی بخشی مناسب، ممکن است این تغییر الگو در کوتاه مدت با برداشتهایی مبنی بر افزایش زمان دسترسی یا محدود شدن انتخاب پزشک مواجه شود و بر میزان رضایت مردم تأثیر بگذارد. از سوی دیگر تقلید صرف از مدل های خارجی بدون تطبیق با ویژگی های بومی مانند «اعتقاد به پزشک خاص» در بسیاری از مناطق، پذیرش برنامه را با مانع مواجه می سازد و اجرای ساز و کارهای انضباطی مانند افزایش هزینه مراجعه خارج از نظام ارجاع، بدون فرهنگ سازی و ارائه مشوق های لازم، موفق نخواهد بود. این امر تنها با درک واقعیت های جوامع امکان پذیر است و شناخت رفتارهای سلامت مردم در مناطق مختلف، پیش نیاز ضروری طراحی مدل اجرایی بومی است.

همچنین نقش رسانه نیز در خصوص آموزش به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته، به طوری که وظایف مرتبط با آموزش عمومی و فرهنگ سازی به اندازه کافی در کمیته های اجرایی مورد توجه قرار نگرفته است و آگاهی بخشی به مردم در خصوص مزایای برنامه و دریافت خدمات در مسیر ارجاع پزشک خانواده نیز کافی نبوده است. در ضمن در خصوص اغنا و جلب مشارکت سطوح تخصصی در طرح نیز اقدام کافی صورت نگرفته که این مسائل گاهی موجب فشار بر پزشکان خانواده برای ارجاع بیمار به سطوح تخصصی می شده است.

بنابراین یکی از چالش اصلی نه در لایه فنی که در غفلت از این حقیقت نهفته است که پزشک خانواده بیش از آنکه یک «برنامه درمانی» باشد، یک پروژه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است که اجرای موفق آن در گروی عبور از رویکرد تک بعدی صرفاً درمانی و درک همه جانبه پیچیدگی های آن است.

۵-۵. تعارضات ساختاری در نظام سلامت

در اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده به موازاتی که با چالش نگرش‌های سیاسی و تغییرات مدیریتی مواجه هستیم همواره برخی از تعارضات، به‌ویژه از نوع ساختاری آن نیز به‌عنوان مانعی برای اجرای برنامه مطرح می‌شوند. به‌عنوان مثال، وابستگی بخش عمده درآمد وزارت بهداشت به بیمارستان‌ها، یک تعارض ساختاری ایجاد می‌کند. زمانی که تأمین مالی یک وزارتخانه مستقیماً به درآمد حاصل از ارجاع بیماران و ارائه خدمات در سطوح بیمارستانی گره خورده باشد؛ انگیزه و توان لازم برای توسعه واقعی طرح‌های بهداشت محور که هدفشان کاهش مراجعات به بیمارستان است، تضعیف می‌شود. این وابستگی مالی عملاً مسیر اجرای صحیح برنامه‌ای مانند پزشک خانواده را مسدود می‌کند، چراکه موفقیت آن به‌معنای کاهش درآمدهای اختصاصی و فشار مالی بر ساختار فعلی خواهد بود. از طرفی گرایش به اقدامات کوتاه‌مدت به جای برنامه‌ریزی بلندمدت و مردم‌محور نیز روند اجرای برنامه‌های ساختاری مانند پزشک خانواده را مختل می‌کند. معمولاً این مجموعه عوامل از تعارضات فردی تا ساختاری به‌صورت متوالی و تشدیدکننده یکدیگر، می‌توانند مانع تحقق این برنامه شوند.

۵-۶. ابهام در سیاست‌ها و نبود سند جامع و بدون نقص

ابهام در سیاست‌ها و نبود اسناد مکتوب و شفاف از چالش‌های اصلی اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در برخی مقاطع به‌شمار می‌آید؛ به‌گونه‌ای که برخی مجریان مستقیم طرح در استان‌ها نیز از جزئیات و جهت‌گیری‌های فعلی آگاهی نداشتند. این موضوع در مصاحبه‌ها با برخی پزشکان خانواده در استان‌هایی مانند فارس و مازندران، بیان شده است. به‌عنوان مثال، طبق اظهارات مذکور، در طرح با عنوان سلامت خانواده سند عمومی و جامعی که چارچوب اجرایی طرح را به‌صورت شفاف تبیین کند، به‌طور گسترده در دسترس آنان قرار نداشت و هم‌زمان تغییر عنوان برنامه نیز به ایجاد برداشت‌های متفاوت از ماهیت و اهداف آن دامن زده است.

پس از آن شیوه‌نامه‌های بعدی نیز اگرچه حاکی از وجود برخی نقاط قوت همچون توجه به توسعه فناوری اطلاعات و یکپارچه‌سازی سامانه‌های الکترونیکی برای پایش عملکرد و نیز بهره‌گیری از ظرفیت بخش خصوصی است، ولی دارای چالش‌های ساختاری، مالی و اجرایی مختلفی است و از نظر محتوایی وابستگی زیادی به اسناد قبلی دارد و نوآوری چشمگیری در آن مشاهده نمی‌شود. برای مثال، ابهامات گسترده در تأمین مالی، به‌ویژه در خصوص سهم سازمان‌های بیمه‌گر مختلف مانند سازمان تأمین اجتماعی، و نیز عدم شفافیت در مکانیسم‌های پرداخت (از جمله سرانه، پرداخت مبتنی بر عملکرد و فرانشیز) از نقاط ضعف آن هستند. اجرای برنامه بدون پیش‌بینی سازوکار شفاف جبران هزینه‌ها در آن نیز با ماده (۱۸) قانون برنامه هفتم پیشرفت در تعارض به‌نظر می‌رسد.

در بُعد اجرایی، تعریف ناسازگار از سطوح ارجاع، عدم تعیین دقیق مسئول اجرای بسیاری از بندها، و مشخص نبودن جایگاه دقیق بخش خصوصی و درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، احتمال بروز ناهماهنگی در سطح ملی را افزایش می‌دهد. سازوکارهای پیش‌بینی شده برای مراجعه بیماران در ساعات غیرکاری و شرایط اورژانسی نیز به‌گونه‌ای است که می‌تواند فلسفه دروازه‌بانی پزشک خانواده را تضعیف و منجر به دور زدن نظام ارجاع و افزایش بار مراکز اورژانس شود. همچنین غفلت از نقش اجتماعی سازی سلامت و مشارکت واقعی مردم از دیگر نقدهای وارده بر دستورالعمل موجود است.

۵-۷. محدودیت‌های ساختاری در ارزیابی و پایش برنامه

در حوزه ارزیابی و پایش برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده نیز چالش‌هایی گزارش شده است. از جمله این چالش‌ها می‌توان به ابهام در شاخص‌های مورد استفاده برای اعمال کسورات و پرداخت مشوق‌ها به ارائه‌دهندگان خدمات اشاره کرد که می‌تواند موجب برداشت‌های متفاوت در اجرای نظام پرداخت شد. همچنین برخی ذی‌نفعان به محدودیت در جامعیت و کارآمدی ابزارهای پایش عملکرد اشاره کرده‌اند. افزون بر این، عملکرد سازمان‌های بیمه در زمینه پرداخت‌های تشویقی در برخی موارد یکسان نبوده و براساس اظهارات برخی مشارکت‌کنندگان، پس از گذشت چند سال، پرداخت این مشوق‌ها در برخی موارد متوقف شده است.

در حوزه سیاست‌های انگیزشی نیز، مشوق‌ها و پرداختی‌های پیش‌بینی شده برای حضور پزشکان در مناطق محروم، به‌دلیل ناکافی بودن، نتوانست به توزیع متوازن پزشکان خانواده در سطح مناطق شهری منجر شود و سازوکارهای انگیزشی طراحی شده برای پوشش مؤثر

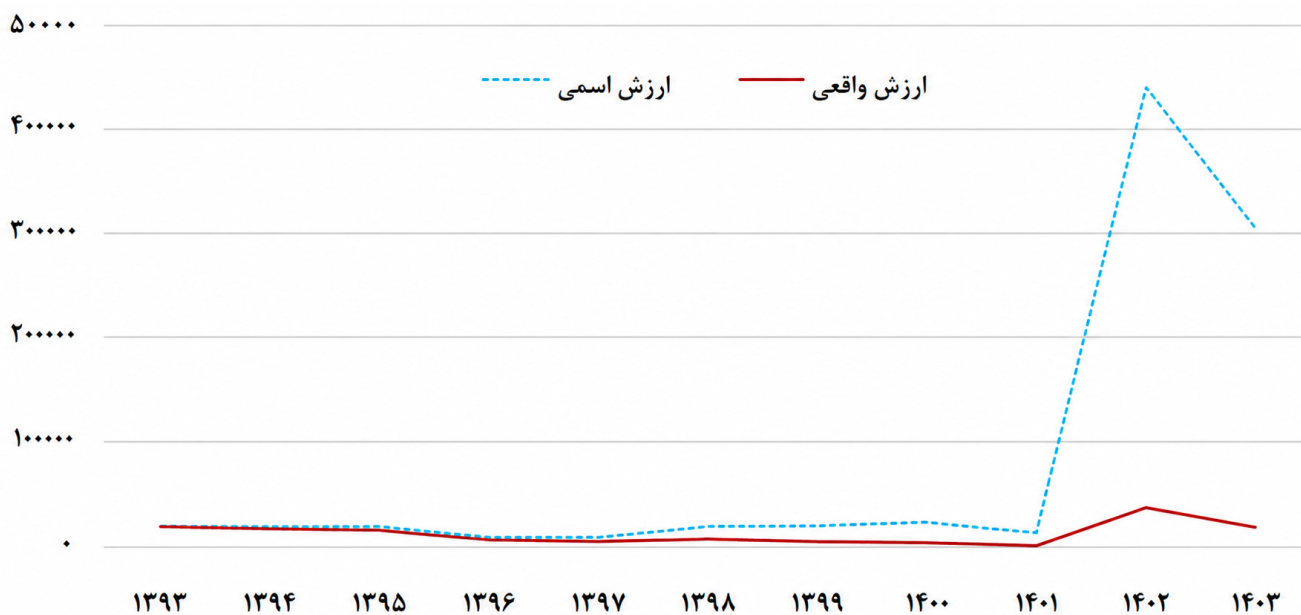
جمعیت های آسیب پذیر نیز به طور کامل تحقق نیافت. از سوی دیگر، یکپارچه نبودن سامانه های اطلاعاتی حوزه سلامت که از ارکان اساسی تأمین داده های لازم برای ارزیابی و پایش برنامه به شمار می روند، از دیگر موانع مطرح شده است. به ویژه آنکه براساس دیدگاه برخی ذی نفعان، کاربر پسند نبودن این سامانه ها، پیچیدگی فرایندهای ثبت و بازیابی اطلاعات، محدودیت در کارآمدی داده های تولید شده و نیز بروز اختلالات قطعی های مکرر، کارآمدی آنها را در پشتیبانی از فرایندهای ارزیابی و پایش برنامه با چالش مواجه کرده است.

۸-۵. محدودیت های تأمین مالی

بررسی قوانین بودجه سنواتی سال های گذشته نشان می دهد که ردیف بودجه مربوط به پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال های مختلف نوسانات قابل توجهی داشته و همواره کمتر از برآوردهای لازم برای توسعه و حتی حفظ وضعیت موجود نظام پزشک خانواده در سال های مورد نظر بوده است.

شکل ذیل، روند اعتبارات اسمی و واقعی تعدیل شده براساس تورم (با سال پایه ۱۳۹۳) را برای طرح پزشک خانواده در بازه زمانی ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۲ نشان می دهد. به رغم رشد اعتبارات اسمی در برخی سال ها، به دلیل نرخ تورم سالانه، اعتبارات واقعی این طرح تا سال ۱۴۰۱ همچنان روند نزولی داشته است. با این حال، تخصیص اعتبار ۲۶۰ هزار میلیارد ریالی در سال ۱۴۰۲ به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، یک تغییر جهت مثبت و امیدبخش برای اجرای این برنامه در سراسر کشور، بیش از دو دهه محسوب می شود.

شکل ۲. نمودار ارزش اسمی و واقعی اعتبارات پزشک خانواده بر حسب میلیارد ریال در قوانین بودجه سنواتی (تعدیل شده براساس شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در سال پایه ۱۳۹۳) [۳۲]



۹-۵. سایر چالش ها (احصا شده از ارزیابی پیش آزمایی برنامه در استان های فارس و مازندران)

اگرچه بعد از گذشت چندین سال از اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده در شهرهای بزرگ در دو استان فارس و مازندران همچنان سیاستگذاران قضاوتی جامع و روشن در خصوص نقاط قوت و ضعف آن به جهت استفاده در گسترش برنامه در کشور ندارند؛ اما در اندک مطالعاتی که به تازگی انجام شده چالش های مختلفی احصا شده است. به عنوان مثال، ستادهای مختلفی در سطوح مختلف جهت راهبری و اجرای برنامه پیش بینی شد؛ اما جلسات مربوطه نیز به صورت منظم و به تعداد کافی برگزار نشده است. برای مثال، در دوره تدوین و اجرای برنامه، صرفاً یک جلسه ستاد ملی پزشک خانواده با حضور رئیس جمهور برگزار که منجر به تصویب دستورالعمل مربوطه شد. در کنار اینها



عدم تأمین منابع مالی کافی به عنوان یکی از دلایل اصلی عدم گسترش طرح در سطح کشور بوده است؛ در واقع اعتبارات پیش‌بینی شده برای برنامه کافی نبوده و در برخی سال‌ها نیز با کاهش مواجه بوده است. بنابراین به طور معمول، میان سرانه پرداختی و هزینه‌های ارائه‌دهندگان خدمات در برنامه پزشک خانواده تناسب کافی وجود نداشته است و تأخیر در پرداخت‌ها نیز عاملی برای تشدید مشکلات مربوطه بوده است. در کنار این مسائل، قرارداد کوتاه‌مدت نیز از عوامل عدم وجود امنیت شغلی کافی و به موازات آن جذابیت بیشتر بازارهای رقیب خدمات پزشکی مثل خدمات زیبایی، از عوامل خروج از برنامه پزشک خانواده اعلام شده است. درمان‌محوری نیز از عوامل چالش‌زای نظام آموزش پزشکی در تحقق هدف مهم پزشک خانواده مبنی بر پیشگیری و حفظ سلامت جامعه بوده، ضمن اینکه زمان‌بندی نامناسب، فقدان دیدگاه جامعه‌نگر و متناسب با نیازهای روز و مسائل بهداشتی درمانی جمعیت تحت پوشش در برنامه‌ریزی آموزشی باعث شده تا نتوان به نیازهای حوزه آموزش آن‌طور که باید پرداخت؛ لذا مشوق‌ها نیز بیشتر متمرکز بر سطح اول خدمات بوده و کمتر به سطوح بالاتر توجه شده که نتیجه آن خروج پیش‌بینی نشده برخی پزشکان سطوح تخصصی از برنامه بوده است. عدم پیش‌بینی‌های لازم در خصوص خروج پزشکان متخصص از برنامه و از طرفی عدم پیش‌بینی سازوکاری به منظور اطلاع‌رسانی در خصوص پزشکان خارج شده از طرح و متعاقباً ارجاع بیماران به ایشان نیز نارضایتی مردم را به دنبال داشته است [۳۳].

۶. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نظام ارجاع و پزشک خانواده در ایران بیش از سه دهه گذشته همواره در اسناد بالادستی از قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تا برنامه‌های سوم، چهارم، پنجم و ششم توسعه و در نهایت برنامه هفتم پیشرفت مورد تأکید قرار گرفته است، با این حال به رغم این تصریحات مکرر قانونی و انباشت دانش نظری و تجربی، هنوز اجرای سراسری، یکپارچه و مؤثر آن محقق نشده و برنامه در عمل به سطح یک خدمات و عمدتاً در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر محدود مانده است، به گونه‌ای که مسیر ارجاع به سطوح تخصصی و فوق تخصصی به صورت نظام‌مند برقرار نشده و کارکرد دروازه‌بانی پزشک خانواده به طور کامل استقرار نیافته است. این در حالی است که تجربه کشورهای مختلف با الگوهای متفاوت نظام سلامت نشان می‌دهد استقرار پزشک خانواده به عنوان نقطه تماس اول و هدایت‌کننده مسیر درمان، در صورت طراحی نهادی منسجم، تأمین مالی پایدار، زیرساخت اطلاعاتی یکپارچه و پایش مستمر، می‌تواند به کاهش مراجعات غیرضروری، کنترل هزینه‌های تخصصی، بهبود کیفیت مراقبت و افزایش رضایت بیماران منجر شود.

در انگلستان، طراحی نظام ثبت نام اجباری نزد پزشک عمومی و توسعه ارجاع الکترونیک، کاهش معنادار عدم مراجعه بیماران، بهبود تشخیص به موقع و صرفه‌جویی اقتصادی را به دنبال داشته و در آمریکا مدل‌های مبتنی بر گیت کیپر در طرح‌های مدیریت شده موجب کاهش هزینه‌های تخصصی و مدیریت تقاضا شده است؛ در سوئد استانداردسازی مسیرهای ارجاع و تقویت تیم‌های چندحرفه‌ای به کاهش زمان انتظار و مراجعات غیرضروری انجامیده، در تایلند تصمیم‌گیری داده‌محور و ارجاع الکترونیک پیامدهای بالینی را بهبود بخشیده و در مصر هم‌زمانی تقویت بیمه سلامت، فرهنگ‌سازی و اعمال مشوق‌های مالی، کاهش چشمگیر مراجعه مستقیم به بیمارستان‌ها را رقم زده است. وجه مشترک این تجارب آن است که نظام ارجاع موفق صرفاً یک دستور اداری نیست، بلکه یک معماری حکمرانی است که می‌تواند ارکانی همچون ارائه خدمت، تأمین مالی و فناوری اطلاعات را در قالبی هماهنگ و پاسخ‌گو به هم پیوند دهد و با طراحی مشوق‌های همسو، رفتار ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت را اصلاح کند.

در ایران، به رغم آغاز اجرای تدریجی از دهه ۱۳۷۰ و تجارب موجود از استان‌های پایلوت، عوامل ساختاری و مدیریتی مانع نهادینه‌سازی برنامه شده است. یکی از این عوامل، بی‌ثباتی سیاستی و تغییر رویکرد با تغییر دولت‌ها و مدیران بوده که موجب گسست اقدامات و از دست رفتن چرخه یادگیری سیاستی شده و برنامه را از یک اصلاح ساختاری بلندمدت به ابتکاری مقطعی و وابسته به اشخاص تقلیل داده است. محدود ماندن اجرا به سطح یک و برقرار نشدن واقعی ارجاع به سطوح دو و سه که باعث شده نقش هماهنگ‌کننده پزشک خانواده در کل مسیر درمان محقق نشود و در برخی موارد به مجرای اداری صدور ارجاع تبدیل شود، از دیگر چالش‌هاست، همچنین چندپارگی نظام تأمین

مالی و عملکرد جزیره ای صندوق های بیمه گر باعث شده تا امکان طراحی خرید راهبردی واحد، پرداخت ترکیبی منسجم و مدیریت تقاضای هماهنگ ایجاد نشود و به موازات، تعارضات ساختاری موجود به ویژه ناشی از وابستگی بخشی از درآمد نظام سلامت به خدمات بیمارستانی که انگیزه کاهش مراجعات تخصصی و تقویت پیشگیری را تضعیف می کند و اصلاحات سطح اول را با مقاومت پنهان مواجه می سازد، از دیگر موانع پیشبرد سریع برنامه به شمار می رود. نگاه بخشی به برنامه و محدود کردن آن به حوزه معاونت بهداشت، در حالی که اجرای آن مستلزم مشارکت فعال بیمه ها، وزارت ارتباطات، بخش خصوصی، نهادهای اجتماعی و سایر دستگاه های مؤثر بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت است و بدون این هم افزایی، امکان تحقق اهداف وجود ندارد را نیز باید به چالش ها افزود.

همچنین ضعف در فرهنگ سازی عمومی و اقناع سطوح تخصصی که موجب تداوم انتظار اجتماعی برای مراجعه مستقیم به متخصص، فشار بر پزشکان خانواده برای ارجاع غیر ضروری و مقاومت برخی ارائه دهندگان شده است، ناکافی بودن منابع مالی پیش بینی شده، عدم تناسب سرانه پرداختی با هزینه های واقعی، قراردادهای کوتاه مدت، تأخیر در پرداخت ها و طراحی نامتوازن مشوق ها که تهدید برای پایداری نیروی انسانی است، کاستی های نظام آموزش پزشکی که همچنان درمان محور باقی مانده و مهارت های مدیریت مراقبت، کار تیمی و رویکرد جامعه نگر را به اندازه کافی تقویت نکرده است، ضعف زیرساخت های اطلاعاتی، جزیره ای بودن سامانه ها، کار برپسند نبودن آنها و نبود شاخص های شفاف ارزیابی عملکرد که پایش و اعمال مشوق و کسورات را با مشکل مواجه ساخته است و در نهایت ابهام در اسناد اجرایی، نبود سند جامع عملیاتی، شفاف نبودن سازو کار تأمین مالی و تعریف دقیق نقش بخش خصوصی و بیمه ها که احتمال ناهماهنگی ملی را افزایش داده و اجرای برنامه را در برخی مقاطع با سردرگمی مواجه کرده است از دیگر چالش ها در این خصوص هستند.

با توجه به موارد مورد اشاره، به منظور پیشبرد بهتر تکالیف قانونی موجود در خصوص برنامه پزشک خانواده، موارد ذیل پیشنهاد می شود:

- گذار از اجرای محدود و بخشی به استقرار یک نظام یکپارچه، الکترونیک و چندسطحی با محوریت پزشک خانواده؛
- تعریف پزشک خانواده به عنوان محور تولید مراقبت، مدیریت تقاضا و هماهنگی بین سطوح؛
- تصویب و ابلاغ سند ملی جامع و الزام آور با اهداف کمی، زمان بندی، شاخص های پایش و سازو کار مصون سازی از تغییرات مدیریتی؛
- اجرای برنامه در همه سطوح ارائه خدمت همراه با ارجاع الکترونیک یکپارچه، بازخورد تخصصی ساختار یافته و تسویه مالی به موقع بین سطوح؛
- تجمیع منابع و ایجاد هماهنگی بین پرداخت کنندگان با استفاده از پرداخت مبتنی بر عملکرد و مشوق های کیفیت محور؛
- اصلاح بودجه ریزی نظام سلامت به سمت الگوی مبتنی بر عملکرد و نتایج سلامت و کاهش وابستگی به درآمد خدمت محور و ایجاد مسیر جذاب برای پزشکان خانواده؛
- سرمایه گذاری در زیرساخت پرونده الکترونیک سلامت، استاندارد سازی داده ها و تعریف شاخص های شفاف برای اعمال مشوق و کسورات؛
- طراحی و اجرای برنامه جامع فرهنگ سازی پزشک خانواده و آموزش عمومی با مشارکت رسانه ها و نهادهای اجتماعی؛
- اقناع و مشارکت فعال متخصصان از طریق قراردادهای پایدار و مشوق های متوازن برای اصلاح رفتار ارجاع و همکاری بین سطوح؛
- بازطراحی آموزش علوم پزشکی با تأکید بر جانمایی مناسب و تقویت کوریکولوم های مرتبط با پزشک خانواده، مبتنی بر اصول کار تیمی و پیشگیری محوری؛
- تبدیل نظام ارجاع به یک پروژه ملی فرابخشی برای تحول در حکمرانی سلامت، مدیریت منابع و پاسخ گویی اجتماعی.

[1] Seyed-Nezhad, M., B. Ahmadi, and A. Akbari-Sari, Factors affecting the successful implementation of the referral system: a scoping review. Journal of family medicine and primary care, 2021. 10(12): p. 4364-4375.

[2] Barzegari, J. and F.A. Shahreza, Challenges of the Referral System in Family Medicine

Program in Iran: A Scoping Review. Iranian Journal of Public Health, 2025.

[3] Janati, A., A. Amini, D. Adham, and M. Naseriasl, Referral system in Iran's health sector and world's leading countries. Res J Pharm Technol, 2017. 10(6): p. 1597-602.

[4] Marinker, M., The referral system. The Journal of the Royal College of General Practitioners, 1988. 38(316): p. 487.

[5] Fleegler, E.W., et al., Referral system collaboration between public health and medical systems: a population health case report. NAM Perspectives, 2016.

[6] Mwabu, G.M., Referral systems and health care seeking behavior of patients: an economic analysis. World Development, 1989. 17(1): p. 85-91.

[7] Naseriasl, M., A. Janati, A. Amini, and D. Adham, Referral system in rural Iran: improvement proposals. Cadernos de saude publica, 2018. 34: p. e00198516.

[8] Ladds, E., Exploring the GP-patient relationship: a historical narration. Med Humanit, 2025. 51(1): p. 112-122.

[9] Campbell, S.M., M.O. Roland, E. Middleton, and D. Reeves, Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. Bmj, 2005. 331(7525): p. 1121.

[10] Kmietowicz, Z., A century of general practice. Bmj, 2006. 332(7532): p. 39-40.

[11] Jones, R., J. Dale, and J. MacArtney, Challenges experienced by GPs when providing palliative care in the UK: a systematic qualitative literature review. BJGP open, 2023. 7(2).

[12] NHS App e-Referral Service cuts 'did not attend' rates by half. Available from: https://www.digitalhealth.net/2021/04/nhs-app-e-referral-service-cuts-did-not-attend-rates-by-half/?utm_source=chatgpt.com.

[13] Operational performance update. Available from: https://www.england.nhs.uk/long-read/operational-performance-update-4/?utm_source=chatgpt.com.

[14] Taylor, K., et al., Early outcomes of referrals to the English National Health Service Digital Weight Management Programme. Obesity (Silver Spring), 2024. 32(6): p. 1083-1092.

[15] Shephard, E., et al., E-referrals: improving the routine interspecialty inpatient referral system. BMJ Open Qual, 2018. 7(3): p. e000249.

[16] Anell A, G.A., Merkur S., Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2012.

[17] Wells, M.B., et al., Primary care physicians' views of standardised care pathways in cancer care: A Swedish qualitative study on implementation experiences. Eur J Cancer Care (Engl), 2021. 30(4): p. e13426.

[18] Geyman, J.P., Family practice in the United States of America: the first 10 years. J R Coll Gen Pract, 1979. 29(202): p. 289-96.

[19] Taylor, R.B. and P.M. Paulman, Chronology: The Evolution of Family Practice as a Specialty in the United States, in Family Medicine: Principles and Practice, P. Paulman, R.B. Taylor, A.A. Paulman, and L.S. Nasir, Editors. 2020, Springer New York: New York, NY. p. 1-7.

[20] Fung, V., et al., Opportunities and Challenges for the Federally Qualified Health Center Program: A Critical Review. Annual Review of Public Health, 2025. 47.

- [21] Rawlings-Sekunda, J., D. Curtis, and N. Kaye, Emerging practices in Medicaid primary care case management programs. 2001: National Academy for State Health Policy.
- [22] Barnett, M.L., et al., Gatekeeping and patterns of outpatient care post healthcare reform. *Am J Manag Care*, 2018. 24(10): p. e312-e318.
- [23] Martin, D.P., P. Diehr, K.F. Price, and W.C. Richardson, Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *Am J Public Health*, 1989. 79(12): p. 1628-32.
- [24] Öcek, Z.A., M. Çiçeklioğlu, U. Yücel, and R. Özdemir, Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. *BMC family practice*, 2014. 15(1): p. 38.
- [25] Akaydın, H. and A. Baltacı, An overview of Family Medicine Services in the World and in Türkiye. *Aurum Journal of Health Sciences*, 2023. 5(2): p. 77-102.
- [26] Yaman, H. and E.D. Güneş, Family practice in Turkey: Observations from a pilot implementation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2016. 34(1): p. 81-82.
- [27] Hone, T., et al., Strengthening Primary Care: The Introduction of Family Medicine in Turkey 2005–2013: Thomas Hone. *European Journal of Public Health*, 2015. 25(suppl_3): p. ckv170.104.
- [28] Sparkes, S.P., R. Atun, and T. Bärnighausen, The impact of the Family Medicine Model on patient satisfaction in Turkey: Panel analysis with province fixed effects. *PLoS One*, 2019. 14(1): p. e0210563.
- [29] Tatar, M., et al., Turkey. Health system review. *Health Syst Transit*, 2011. 13(6): p. 1-186, xiii-xiv.
- [30] Gençer, M.Z., G. Bektemur, and S. Arıca, Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır? *Ankara Medical Journal*, 2018. 18(3): p. 256-266.
- [31] Phanthunane, P., et al., Digitalizing Emergency Referral System and its Evaluation in Northern Thailand. *Healthc Inform Res*, 2025. 31(3): p. 235-244.

[۳۲] سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران، <https://qavanin.ir>

[۳۳] بختیاری علی آباد، محمد. بررسی برنامه پزشکی خانواده در اسناد و قوانین بالادستی و پیش آزمایی شهری برنامه در ایران. ماهنامه گزارش های کارشناسی مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، مسلسل ۲۰۴۱۰، ۱۴۰۳.

doi: 10.22034/report.mrc.2025.1403.23.11.20410

عنوان: نظام ارجاع و پزشک خانواده: تجربه جهانی، طرح های اجرا شده و پیشنهادهایی برای ایران



DOI:

Permanent Link:

Publisher : Islamic Parliament Research Center of Iran

گزیده سیاستی

استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع، نیازمند یکپارچگی سطوح خدمات، هماهنگی بیمه‌ها، فناوری اطلاعات سلامت، آموزش مستمر پزشکان و مشارکت جامعه است تا دسترسی عادلانه، کاهش مراجعات غیر ضروری و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها تحقق یابد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir