نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، بهار ۱۴۰۱، شماره اول، صفحات ۱۹ تا ۲۷

مروری

مرور تجارب جهانی در حیطه مدیریت مالی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

عبدالواحد خدامرادی[۱]، احمد فیاض‌بخش[۲*]، کمال قلی‌پور[۳]

۱. گروه سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ایران
۲. * **نویسنده مسئول:** گروه توسعه آموزش علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، fayaz@tums.ac.ir
۳. گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: برنامه پزشکی خانواده، نیازمند درک درست و دقیق است. این مطالعه در راستای بهره‌گیری از تجربیات جهانی درزمینه نظام ارجاع و پزشک خانواده و سیر تکاملی آن در کشورهای منتخب انجام شده است.

روش: در این مطالعه مروری از نوع تطبیقی، نظام‌های ارجاع و پزشک خانواده کشورهای پیشرو در این حوزه مانند: انگلستان، فرانسه و ایتالیا و همچنین کشورهایی با وضعیت مشابه ایران مانند ترکیه که اصلاحات مشابهی در نظام سلامت خود هم‌زمان با ایران آغاز کرده بودند انتخاب شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه در قالب ۴ بخش شامل وضعیت ارجاع در کشورهای منتخب؛ تأمین مالی و نحوه پرداخت؛ دستاوردهای نظام ارجاع و پزشک خانواده برای سیستم سلامت؛ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده به تفکیک ۵ کشور منتخب ارائه شد.

نتیجه‌گیری: درصد بالایی از نیازهای بهداشتی افراد می‌تواند در قالب خدمات بهداشتی اولیه و توسط ارائه‌کنندگان خط اول مراقبت‌های سلامت پوشش داده شود و تنها بخش محدودی از بیماران نیازمند دریافت خدمات تخصصی می‌باشند. راهکار دستیابی به این هدف در بسیاری از کشورها محدودسازی دسترسی آزادانه به خدمات تخصصی در قالب نظام ارجاع و پزشک خانواده بوده است. آگاه کردن و حساس کردن پزشکان خانواده نسبت به توابع مالی تصمیماتشان و امکان مشارکت آنان در امور صندوقداری و همچنین توانمندکردن آنها در سطح اول نظام ارجاع نسبت به ارائه مراقبت‌های اولیه و اصلاح خطاهای خودشان و دیگر پزشکان در سطوح اول و بالاتر نظام ارجاع بیشتر از هر چیزی در اجرای موثر و اثربخش این برنامه نقش خواهد داشت.

کلیدواژه‌ها: ارجاع و مشاوره، پزشکان خانواده، مدیریت مالی

مقدمه

نظام سلامت، دربرگیرنده همه افراد و فعالیت‌هایی است که هدف آنها ارتقای سلامت جامعه انسانی است. امروزه متناسب با تغییر و افزایش نیازهای سلامت، مسئولیت سنگین‌تری از نظام‌های سلامت انتظار می‌رود. به طوری‌که نظام‌های خدمات سلامت کارا، اثربخش، ایمن، به موقع، عادلانه و جامعه‌محور از نیازها و مطالبات اساسی جوامع است (۱). امروزه نظام‌های سلامت، نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را بر عهده دارند؛ بلکه مسئولیت حفاظت از آنها در برابر هزینه‌های بیماری، پاسخ به انتظارات و رعایت شأن و جایگاهشان را نیز بر دوش می‌کشند(۲). این افزایش مسئولیت از نظام‌های سلامت همراه با پیشرفت دانش و فناوری، آنها را به نظام‌های به‌طور کامل پیچیده‌ای تبدیل کرده است که سازماندهی و اداره آن را بیش از پیش دشوار می‌سازد (۳). تغییرات گسترده و دایمی محیطی که ما در آن زندگی می‌کنیم و پیچیدگی ساختاری، نظام های سلامت را مستعد انبوه چالش‌ها و مسائل مختلف بخصوص در حوزه مدیریت آن ساخته است (۴). مهم‌ترین چالشی که امروزه نظام‌های مراقبت‌های سلامت را تحت شعاع قرار داده است؛ سرعت رشد هزینه مراقبت‌های سلامت است (۵). این افزایش هزینه به دلایل مختلف همچون رشد جمعیت، تغییرات هرم جمعیت و گرایش آن به سمت سالمندی، ظهور بیماری‌های نوپدید و بازپدید، نوآوری و تکنولوژی‌های جدید و غیره ایجاد شده است که این امر مدیریت نظام سلامت و مؤسسات و نهادهای وابسته به آن را با چالش‌های جدی مواجه کرده و موجب اعمال فشار بر بازیگران متعددی در این صنعت و حوزه سیاسی کشورها برای انجام اصلاحات در نظام سلامت و شیوه مدیریت آن شده است (۶).

افزایش بهره‌وری از نظام مراقبت بهداشتی و درمانی یکی از اهداف اصلی اصلاحات سیاست‌گذاران حوزه سلامت می‌باشد (۷). در این راستا یکی از کارهای جدی صورت گرفته درزمینه اصلاح نظام سلامت در بسیاری از کشورهای جهان، استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده است که ارائه خدمات از طریق سیستم سطح‌بندی را مدنظر دارد (۸).

در نظام سطح‌بندی‌شده مراقبت سلامت، پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فعالیت دارد که در چارچوب خدمت به خانواده در قلمرو پیش‌گیری از بیماری‌ها، تشخیص، درمان و بهبود کیفیت زندگی اقدام و چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشته باشند از طریق سیستم ارجاع به سطح دو هدایت و سرنوشت آنان را تا حصول نتیجه پی‌گیری می‌کند (۹).

سطح‌بندی نظام مراقبت سلامت به‌منظور کاهش هزینه، ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به خدمات موردنیاز انجام می‌گیرد. نظام ارجاع به‌عنوان پل ارتباطی، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات را از پایین‌ترین سطح به سطوح بالاتر و بالعکس هدایت می‌کند. مطالعات متعدد نشان می‌دهد چنانچه سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازمان‌دهی شود، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین کرد (۱۰-۱۲). پزشکان خانواده نقش اصلی و تعیین‌کننده‌ای در این سیستم دارند و یکی از مهم‌ترین وظایف پزشکان خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است و بدون ارائه این خدمات نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی استفاده کرد (۱۳-۱۵).

طبق قوانین و مقررات جاری کشور ایران، گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده به‌طوری‌که در برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران، اجرای آن برای پوشش تمامی مردم کشور از تکالیف مهم بخش سلامت می‌باشد (۱۶).

برنامه پزشک خانواده نیز مانند خیلی از برنامه‌های جدید تندرستی در نظام سلامت نیازمند درک درست و دقیق از آن است ازاین‌رو این مطالعه در راستای بهره‌گیری از تجربیات جهانی درزمینه‌ی نظام ارجاع و پزشک خانواده و سیر تکاملی آن و شناسایی چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی این برنامه‌ها در کشورهای منتخب طراحی‌شده است.

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری از نوع تطبیقی می‌باشد که با بهره‌گیری از پایگاه داده‌های علمی و همچنین گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت، تارنمای وزارت بهداشت کشورهای منتخب و سازمان‌های ملی و بین‌المللی مرتبط انجام گرفته است. برای این منظور وضعیت ارجاع در کشورهای منتخب در زمینه تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع؛ تأمین مالی و نحوه پرداخت؛ دستاوردهای نظام ارجاع برای نظام سلامت؛ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع مورد موردبررسی و مقایسه قرار گرفت. انتخاب نظام‌های ارجاع کشورها به‌صورت هدفمند انجام شد و برای این منظور کشورهای پیشرو و همچنین کشورهایی با وضعیت مشابه ایران همچون ترکیه که اصلاحات مشابهی در نظام سلامت خود هم‌زمان با ایران آغاز کرده بودند انتخاب شدند. بدین منظور مقالات، اسناد و گزارش‌های منتشر شده در زمینه مدیریت مالی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشورهای منتخب جستجو شد. در این راستا از کلید واژه‌های: family physician، family practice، family medicine و refereal system برای دستیابی به اطلاعات مرتبط استفاده شد.

بعد ازجستجو در منابع مختلف مطالعات موردنظر در خصوص وضعیت کشورهای منتخب در زمینه مدیریت مالی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع استخراج و تا زمان تکمیل اطلاعات مورد نظر ادامه پیدا کرد. داده‌های به‌دست‌آمده در بررسی متون به‌صورت تحلیل محتوا استخراج شد در نهایت بعد از استخراج و جمع‌آوری داده‌های هر مطالعه، باتوجه به ماهیت کیفی پژوهش، از تجزیه و تحلیل چارچوب کیفی برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده و درنهایت مهم‌ترین نتایج و یافته‌ها در بخش یافته‌ها در قالب چهار بخش برای چهار کشور انگلستان، فرانسه، ایتالیا و ترکیه تدوین شد.

یافته‌ها

در این فصل نظام ارجاع کشورهای انگلستان، فرانسه، ایتالیا و ترکیه در زمینه‌ی تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع؛ تأمین مالی و نحوه پرداخت؛ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت؛ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی به شرح ذیل است:

انگلستان

تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

درکشور انگلستان سابقه نظام ارجاع به دهه ۱۹۴۰ میلادی باز می‌گردد؛ اما اصلاحات اساسی درخصوص نظام ارجاع و پزشک خانواده در سال‌های ۱۹۹۰ و طی سال‌های انتهایی نخست‌وزیری خانم تاچر توسط دولت محافظه‌کار او صورت گرفت و موجب شد تا پزشکان خانواده در پی اصلاحات به انجام رسیده درسال ۱۹۹۲ بتوانند به میزان بیشتر و فزاینده‌ای هم برکمیت و هم بر کیفیت خدمات تخصصی غیرفوریتی اثرگذار باشند. دولت انگلستان در سال مذکور قانون خدمات سلامت و مراقبت‌های اجتماعی ملی را به تصویب رسانید. این قانون موجب جدایی نقش خریدار از فروشنده در نظام سلامت شده، و سبب شد تا یک بازار داخلی در داخل سیستم ملی سلامت (NHS) به‌وجود آید. براساس این قانون کلینیک‌های پزشکان خانواده با جمعیتی در حدود ۱۱,۰۰۰ نفر یا بیشتر مسئول تأمین مالی هزینه‌های کارکنان، هزینه‌های دارویی، مراقبت‌ها و خدمات مشخص سرپایی، بخصوص جراحی‌های انتخابی از طریق بودجه اختصاصی از سوی

NHS شدند. بر این اساس «پزشکان عمومی صندوقدار یا مادرخرج (Fund-Holding GP)» به عنوان خریدار خدمات بیمارستانی و برخی خدمات اجتماعی و روانی به نمایندگی از بیماران تحت پوشش خود فعالیت می‌کردند. قانون مذکور به‌علاوه دولت را قادر کرد تا ارائه‌کنندگان خدمات را در قالب واحدهای نیمه مستقل که «اتحادیه‌های بیمارستانی NHS (NHS Hospital Trusts)» نامیده می‌شدند، سازماندهی کند (۱۷). پس از آن نیز در سال ۲۰۱۲ با تصویب قانون خدمات اجتماعی و سلامت محدودیت‌های دیگری از پیش‌روی پزشکان عمومی بعنوان واسطه‌های خرید مرتفع شده و به آنها اجازه داده شد تا بتوانند برای خرید خدمات تحت پوشش با انواع مختلفی از ارائه کنندگان در سطوح دوم و سوم نظام ارجاع طرف شوند. براساس تغییرات مذکور «پزشکان عمومی صندوقدار» توانستند تا در صورت تشخیص نیاز، به عنوان کارگزاران بیماران برای خدمات از سطوح تخصصی و فوق تخصصی اقدام کرده و درجهت خرید خدمات از طیف گسترده‌ای از ارائه‌کنندگان فعالیت کنند(۱۸). از جمله پیامدهای این سیاست این بود که پزشکان سطح اول درباره خدمت ویزیت و سایر خدمات توسط پزشکان متخصص حساسیت بیشتر نشان داده و تلاش کردند که از مراجعه افراد تحت پوشش خود به صورت مستقیم و بدون توجیه به بیمارستان‌های ارائه کننده پیشگیری کنند. به‌دنبال جدی‌تر شدن نقش پزشکان خانواده بعنوان مادرخرج، از رجوع مستقیم بیماران به بیمارستان‌ها پیشگیری بیشتری بعمل آمد. ارجاعات می‌بایست به‌طور انحصاری برای دریافت خدماتی صورت می‌پذیرفت که در داخل مطب‌های پزشکان عمومی قابل ارائه نبودند. (۱۷).

در پایان این بخش باید به نکته بدیهی ولی مهم دیگری نیز اشاره شود. طراحی و محاسبه حدود بودجه‌های تخصیص‌یافته به پزشک خانواده در کشور انگلستان از ابتدا به‌صورتی انجام شده‌اند که بشود با آنها هزینه‌های دو ردیف دیگر بجز ارجاعات غیرفوریتی نیز پوشش داده شود. ردیف اول مرتبط با خدماتی بود که درداخل مطب پزشکان خانواده و درسطح اول قابل ارائه هستند. بعضی از خدمات مثل ویزیت عفونت‌های خفیف یا بعضی جراحی‌های کوچک و ... دراین دسته قرار می‌گیرند. ردیف بودجه‌ای دیگر هزینه‌های نسخه نویسی توسط پزشکان خانواده و تیم‌های آنان را پوشش می‌دهد. در چارچوب اینگونه نسخ، تجویزهای دارویی برای داروهای غیرتخصصی و خارج بیمارستانی انجام شده و بیماران بخرج دولت یعنی رایگان آن نوع داروها را در داروخانه‌های عادی و غیربیمارستانی دریافت می‌کنند. سه ردیف بودجه‌ای مورد فهرست (۱- ارجاع به بیمارستان و دریافت شدن خدمات تخصصی و فوق تخصصی غیرفوریتی در سطح دوم و سوم، ۲- نسخه‌نویسی و ۳- ارائه خدمات اولیه بهداشتی و درمانی) اهم موارد را تشکیل می‌دهند که در انگلستان پزشکان خانواده صندوقدار درباره آنها مسئولیت دارند.

تأمین مالی و نحوه پرداخت

تأمین مالی سیستم بهداشتی انگلیس از طریق مالیات عمومی و مشارکت‌های بیمه‌ی ملی سلامت صورت می‌گیرد. همچنین بخش اندکی از منابع نیز از طریق درآمدهای حاصل از بیمه‌های سلامت خصوصی و پرداخت از جیب مردم تأمین می‌شود.

رابطه مالی با پزشک خانواده براساس نظام پرداخت سرانه است به این ترتیب که در آغاز هرسال مالی، میزان اعتبار قابل دریافت توسط هر پزشک خانواده اعلام می‌شود و او موظف است طی سال مالی مورد نظر مبلغ اختصاص داده شده را در ردیف‌های اعتباری تعریف شده برای گروه بیمارانی که در فهرست شهروندان تحت پوشش مطب مندرج شده‌اند، هزینه کند. در کنار پرداخت سرانه از روش‌های مبتنی بر عملکرد برای افزایش کیفیت خدمات استفاده می‌شود. هم‌اکنون بخش قابل توجهی از مدیریت بودجه خدمات تخصصی غیرفوریتی در هر منطقه جغرافیایی بر عهده پزشکان عمومی است. در سطح اول این پزشکان به نمایندگی از سیستم طب ملی، وظیفه انعقاد قراردادهای مراقبت‌های اجتماعی و سلامت غیرفوریتی در هر سه سطح اولیه، ثانویه (تخصصی) و ثالثیه (فوق تخصصی) را بر عهده دارند. این توضیح لازم است که هرکدام از گروه‌های مشاور بالینی جمعیتی در حدود ۲۵۰,۰۰۰ نفر (۶۱,۰۰۰ نفر تا ۸۶۰,۰۰۰ نفر) را پوشش می‌دهند (۱۹، ۲۰).

دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

انگلستان جزو معدود کشورهایی است که در آن خدمات سلامت به تمامی اتباع به‌صورت رایگان ارائه می‌شود. یکی از اهداف اصلی نظام سلامت انگلستان توزیع برابر امکانات و نیروی انسانی در بین مناطق مختلف بوده و در کنار آن برای پاسخگوتر کردن نظام سلامت به‌عنوان یک خواسته مهم شهروندان کشور نیز تلاش می‌کند. در کشور مورد اشاره هماهنگی بالای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطوح مختلف و همچنین کنترل هزینه های سلامت از دستاوردهای ارزشمند اجرای نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده است (۱۷). هچنین مشوق‌هایی برای مداخلات مدیریتی گوناگون در سطح اول نظام ارجاع در نظر گرفته شده است و این‌ها درنهایت در بهبود قابل توجه در کیفیت، توزیع عادلانه خدمات و کنترل میزان مصرف خدمات به کمک و راهبری پزشکان خانواده نقش قابل توجه ایفا کردند. درمیان آنچه بهبود یافت به دو مورد می‌توان اشاره کرد: تجهیز ۱۴ مرکز برای کاسته‌شدن از پذیرش‌های غیرضروری اورژانسی و بیمارستانی و توسعه مدیریت و به‌کارگیری انواع سامانه‌های در سطح اول نظام ارجاع و بخصوص در مطب پزشکان خانواده (۱۷، ۲۱).

نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

در نظام طب ملی انگلستان یکی از چالش‌های موجود زمان انتظار

به‌طور نسبی طولانی برای دریافت برخی از خدمات است. با این وجود در آن کشور تلاش‌های گوناگونی به عمل آمد تا از زمان انتظار به‌عنوان ابزار سهمیه‌بندی استفاده شود. بهره‌گیری بجا، آگاهانه، عامدانه و هوشمندانه از ابزارهای سهمیه‌بندی بدلیل اینکه باعث صرفه‌جویی ناشی از عدم مصرف خدمات غیرسلامت‌محور می‌شود مورد توصیه است. صرفه‌جویی‌های مطلوب باعث پاسخگویی بیشتر نظام‌های سلامت و بالاخص درباره تضمین تداوم ارائه خدمات ضروری و با اولویت بیشتر می‌شود. اینگونه پاسخگوتر شدن نظام سلامت نیز به نوبه خود سبب افزایش رضایتمندی شهروندان از نظام سلامت خواهد شد؛ اما گاهی و در برخی جوامع، همین سهمیه‌بندی‌های غیرقابل گریز اسباب نقد NHS توسط برخی عوام را نیز فراهم آورده است.(۱۷) به نظر می‌رسد بیشتر از سوی کسانی به اینگونه نارضایتی‌ها دامن زده می‌شود که خواهان در دسترس بودن خدمات پزشکی بی‌اولویت و تداوم آنها هستند.

فرانسه

تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

از سال ۱۹۹۰ پزشکان عمومی نقش مهمی در هدایت و هماهنگی مراقبت‌ها در فرانسه ایفا می‌کنند و در قالب یک سیستم شبه درگاه‌داری بیماران را تشویق می‌کنند تا از طریق سیستم ارجاع از خدمات تخصصی استفاده کنند و برای این منظور سیستم بیمه سلامت اجتماعی هزینه پزشکان را براساس رعایت سیستم ارجاع پوشش می‌دهد. از سال ۲۰۰۴ نیز برنامه‌ای تحت عنوان «قرارداد مسئولانه» معرفی شد که براساس آن سیستم بیمه سلامت اجتماعی در صورت رعایت مسیر درمانی استاندارد و مبتنی بر سیستم ارجاع تا ۱۰۰ درصد هزینه خدمات را پوشش می‌دهد. همچنین برای پرهیز از بروز خطر اخلاقی در صورت عدم رعایت مسیر درمانی از سوی بیمار سیستم بیمه‌ای از اعمال کسورات اختصاصی و همچنین فرانشیز و سهم بیمار منع شده است. از سال ۲۰۰۶ به‌طور تقریبی تمامی بیمه‌های سلامت خصوصی از مکانیسم قرارداد مسئولانه پیروی می‌کنند. همچنین میزان مالیات برای حق بیمه پرداختی در قراردادهایی که از این مکانیسم پیروی می‌کنند از ۱۴ درصد به ۷ درصد کاهش پیدا می‌کند (۲۲).

تأمین مالی و نحوه پرداخت

در فرانسه ۷۴ درصد از هزینه‌ای بخش سلامت از طریق سیستم بیمه اجتماعی سلامت، ۱۳ درصد از طریق بیمه‌های سلامت خصوصی، ۵ درصد از طریق هزینه‌های عمومی دولت، ۷ درصد نیز به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب و ۱ درصد باقیمانده هم از روش‌های دیگر تأمین می‌شود (۲۲).

تمامی افراد بالای ۱۶ سال تحت پوشش بیمه دولتی نیازمند ثبت‌نام در فهرست یکی از پزشکان خانواده می‌باشند تا هزینه‌های آن‌ها به‌صورت کامل تأمین شود و در صورت عدم ثبت‌نام در فهرست پزشکان خانواده میزان بازپرداخت هزینه‌های این افراد کمتر خواهد بود. همچنین افراد زیر ۱۶ سال نیازی به ثبت‌نام در فهرست پزشکان خانواده ندارند و هزینه‌های این افراد به شکل کامل بازپرداخت می‌شود پوشش بیمارانی که به‌طور مستقیم به متخصصان یا پزشکان عمومی خارج از مسیر مراقبت ارجاعی دسترسی دارند به ۳۰ درصد کاهش می‌یابد.

از سال ۲۰۰۹ بیمه اجتماعی سلامت برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عملکرد را به‌صورت اختیاری با پزشکان عمومی و پزشکان خانواده اجرا کرد که در آن پزشکان در ازای دستیابی به یکسری شاخص‌های مورد توافق، مورد تشویق قرار می‌گیرند (۲۲).

دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

براساس برنامه «قرارداد مسئولانه» سیستم بیمه سلامت اجتماعی تا ۱۰۰ درصد هزینه خدمات را در صورت رعایت مسیر درمانی استاندارد و مبتنی بر سیستم ارجاع پوشش می‌دهد (۲۲). در سال ۲۰۱۳ دستورالعمل مسیر ارائه خدمات به بیماران در تمامی سطوح و همچنین نقش هر کدام از ارائه‌دهندگان در بیمارستان‌ها و مراکز خارج از بیمارستان مشخص شد. همچنین بر اساس طرحی به منظور ارتقای هماهنگی مراقبت‌ها در قالب سیستم ارجاع و بهره‌گیری از سیستم‌های پزشکی از راه دور و سیستم‌های ارتباطی پروژه‌ای به صورت پایلوت از سال ۲۰۱۲ در حال اجرا می‌باشد (۲۱).

نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

عدم هماهنگی و تداوم مراقبت‌ها یکی از مهم‌ترین چالش‌های سیستم سلامت در فرانسه می‌باشد که در این راستا برنامه‌های مختلفی همچون قانون درگاه‌داری در سال ۲۰۰۴ برای پاسخ به این مشکل ارائه شد که با هدف کاهش نابرابری‌های جغرافیایی ایجاد شده بود. دسترسی به نظام اطلاعاتی و پرونده الکترونیک پزشکی از سوی پزشکان و بیماران موجب سهولت در اجرای نظام ارجاع و همچنین بهبود عملکرد آن و افزایش هماهنگی و همکاری بین ارائه‌کنندگان مختلف مراقبت‌ها شده است و از سوی دیگر نیز بدلیل دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی خود به‌صورت کامل موجب بهبود مشارکت بیمار در روند درمان و مراقبت‌ها شده است. تفاوت‌های موجود بین سلامت افراد تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی نشان‌دهنده نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های درآمدی می‌باشد (۲۳).

ایتالیا

تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

در سال ۱۹۷۸ خدمات سلامت ملی ایتالیا ایجاد و در پی آن صندوق‌های بیمه سلامت منحل شدند. طی ۱۵ الی ۲۰ سال اخیر در ایتالیا تلاش‌های زیادی برای گذر از سیستم سنتی پزشکی خانواده که

به‌صورت انفرادی فعالیت دارند به سمت نظام ادغام یافته که ارائه‌کنندگان مختلف را به هم مرتبط می‌کند صورت گرفته است. در این راستا در سال ۲۰۰۰ برنامه‌ای برای سازماندهی مجدد مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه شد که براساس آن برای ارائه خدمات ادغام یافته و گروهی و هماهنگی بین پزشکان مراقبت‌های اولیه و خدمات سلامت شهرستان مشوق‌هایی در نظر گرفته شده بود. بر مبنای این طرح سه مدل مختلف مراقبت‌های ادغام یافته در قالب: کلینیک‌های گروهی پایه، کلینیک‌های گروهی شبکه‌های و کلینیک‌های گروهی پیشرفته شکل گرفتند. تغییرات بیشتر با شکل‌گیری واحدهای مجتمع مراقبت‌های سلامت در سال ۲۰۰۵ انجام شد و در سال ۲۰۰۹ نیز بر اساس قانون قرارداد کار با پزشکان عمومی، ساختار و چارچوب اجباری مجتمع‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه شد. در سال ۲۰۱۲ نیز با توجه به نقش محوری پزشکان خانواده و مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مراقبت از بیماران بخصوص بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن استفاده از ساختار انتخابی برای ارائه خدمات تمام وقت مجاز شمرده شد. شبکه‌ای از پزشکان عمومی خدمات پزشکی خانواده را به بیماران ارائه و نقش درگاه داری را نیز ایفا می‌کنند. مراقبت از بیماران بستری نیز از طریق شبکه‌ای از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی از طریق ارجاع از سوی پزشکان عمومی و پزشکان متخصص کودکان که نقش درگاه‌دار را بازی می‌کنند انجام می‌گیرد (۲۴).

تأمین مالی و نحوه پرداخت

در ایتالیا ۷۸/۲ درصد کل مخارج مراقبت‌های سلامتی از محل منابع عمومی فراهم می‌شود و ۱۷/۸ درصد از محل پرداخت مستقیم از جیب بیماران برای استفاده از خدمات تامین شده است. این پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران برای خدمات تشخیصی، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری، دارو، ویزیت‌های متخصصان و برای مداخلات غیراضطراری ارائه شده در بخش اورژانس بیمارستان می‌باشند. تنها ۱ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی توسط بیمه خصوصی تأمین مالی می‌شود (۲۵).

خدمات پزشکی از طریق نظام ارجاع توسط پزشکان عمومی (GP) و پزشکان متخصص عرضه می‌شود. هزینه پرداخت شده به پزشکان عمومی براساس سرانه به همراه کارانه برای برخی خدمات همچون ویزیت در منزل و همچنین پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس شاخص‌های مشخص تعیین می‌شود. بیماران هیچ گونه هزینه‌ای برای ویزیت پزشکان عمومی پرداخت نمی‌کنند و هیچ محدودیتی برای تعداد افراد ویزیت شده توسط پزشکان وجود ندارد. برای ویزیت متخصصان در سیستم عمومی بیمار باید هزینه‌ای (معادل ۳۵ یورو و بسیار کمتر از بخش خصوصی) پرداخت کند؛ اما به‌طور منظم به پزشکان عمومی دسترسی خواهد داشت (۲۴).

دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

فراهم کردن خدمات تخصصی مورد نیاز با کمترین هزینه و همچنین افزایش دسترسی تمامی گروه‌ها به این خدمات یکی از مهم‌ترین دستاوردهای نظام ارجاع در ایتالیا می‌باشد. هر چند عدم دسترسی به مراقبت‌ها خارج از وقت اداری یکی از مشکلات سیستم سلامت ایتالیا برای اجرای نظام ارجاع بود در این راستا برای مواقع اورژانس خارج از وقت کاری نیز طی ۲۰ سال اخیر برنامه پزشکان مراقبت‌های مداوم به‌منظور تضمین دسترسی ۲۴ ساعته به خدمات سلامت در سطح ملی و محلی اجرا شده است. در صورت استفاده نابجا از خدمات اورژانس بیمارستانی ممکن است هزینه‌ها مشمول بازپرداخت نشوند (۲۴).

نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

افزایش دسترسی به خدمات تخصصی به همراه کنترل هزینه‌های سیستم سلامت از مهم‌ترین نقاط قوت در راستای اجرای نظام ارجاع است. از سوی دیگر محدودیت در حق انتخاب گیرندگان خدمات و همچنین زمان انتظار بالای مردم برای دریافت خدمات تخصصی از نقاط ضعف نظام ارجاع در ایتالیا می‌باشد. همچنین در زمینه مراقبت‌های اولیه بهداشتی نیز وجود کلینیک‌های انفرادی که مانع از هماهنگی کامل مراقبت‌ها و اجرای برنامه‌های کلان در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌شود یکی دیگر از موانع در هماهنگی واحدهای مختلف و کارایی نظام ارجاع می‌باشد (۲۴).تمامی مناطق برای افزایش هماهنگی مراقبت‌ها باید مجتمع‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه را که در برگیرنده پرستاران، کارکنان امور اجتماعی، پزشکان عمومی و متخصصان می‌باشد را ایجاد می‌کنند. با وجود این به‌دلیل استفاده ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها از سیستم‌های اطلاعات پزشکی مختلف، عدم هماهنگی کامل این برنامه‌ها بین ارائه‌کنندگان مختلف یکی از موانع در راستای اجرای نظام ارجاع الکترونیک در ایتالیا است(۲۱).

ترکیه

تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

یک سیستم ارجاع اجباری از مراقبت‌های اولیه به بیمارستان در ابتدا در طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد گنجانده شده بود. پس از ۳ ماه از اجرای سیستم ارجاع، دولت این سیستم را لغو کرد (۲۶). با این وجود، اجرای سیستم جدید پرداخت غیرمستقیم و پوشش بیمه‌ای مشترک برای مراقبت‌های سطوح اولیه و بالاتر برای اقشار آسیب‌پذیر برای ترغیب مراجعه به پزشک عمومی و دریافت نامه ارجاع برای دریافت خدمات سطح دوم و تکمیلی اجرا شده است (۲۷).

هرچند در گذشته دستورالعمل سیستم ارجاع به‌صورت مصوب وجود داشت ولی اغلب بدلیل تعداد کم پزشکان عمومی شاغل در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی رعایت نمی‌شد و از سال ۲۰۰۷ نیز به‌طور

کامل لغو شد. در این راستا در سال ۲۰۰۹ برنامه‌ای به‌صورت پایلوت برای اجرای نظام ارجاع در چهار استان که پایلوت برنامه پزشک خانواده بودند اجرا شد. مدت کوتاهی پس از اجرا این برنامه پایلوت بدلیل تعداد کم پزشکان عمومی به‌عنوان درگاه‌دارن سیستم و همچنین صف طولانی مراجعان به مراکز پزشکی خانواده، این برنامه متوقف شد (۲۷).

تأمین مالی و نحوه پرداخت

منابع مالی خدمات مراقبت‌های بهداشتی ترکیه از چندین منبع تأمین می‌شود. سهم بیمه بهداشتی اجتماعی بیش از بقیه موارد است و پس‌ازآن منابع دولتی، پرداخت‌های مستقیم و منابع خصوصی قرار دارند.

پزشکان خانواده، پزشکان عمومی هستند که مراقبت‌های پزشکی خانواده را در قالب مراقبت‌های اولیه بهداشتی به افراد موجود در فهرست خود ارائه می‌دهند. آن‌ها با استفاده از منابع مالیاتی تأمین مالی می‌شوند و در راستای حمایت از خدمات پیشگیری این هزینه را پوشش می‌دهند. پزشکان خانواده در قالب قراردادهای دوساله با دولت همکاری می‌کنند و پرداخت به پزشکان خانواده بر مبنای سرانه تعدیل‌یافته بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد تحت پوشش منطقه خود می‌باشد. هر پزشک خانواده با همکاری پرستار، ماما و تکنسین خدمات اورژانس تیمی تحت عنوان کارکنان بهداشت خانواده شکل می‌دهند. پزشکان علاوه بر سرانه مبالغ ثابتی بابت هزینه‌های جاری و خدمات آزمایشگاهی دریافت می‌کنند. همچنین بر اساس شاخص‌های عملکردی دولت می‌تواند تا ۲۰ درصد از حق سرانه را در صورت عدم دستیابی به اهداف کسر کند و حتی قرارداد پزشک خانواده و کارکنان پزشک خانواده را لغو کند (۲۶). پرداخت به پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها بر اساس حقوق به همراه سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد انجام می‌شود (۲۷).

دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

تعداد ویزیت‌های بیمارستانی در سال ۲۰۱۰ به ۳۰۳ میلیون واحد رسید که این رقم در سال ۲۰۰۲ برابر ۱۲۴ میلیون ویزیت بود. این ارتقا بدلیل افزایش دسترسی و همچنین ظرفیت‌سازی در مراکز مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد. در همان دوره میزان ارجاعات از مراکز سلامت به بیمارستان‌ها از ۲۰ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۱/۳ درصد در سال ۲۰۰۸ کاهش پیدا کرد که نشانگر استفاده بهینه از منابع در سیستم سلامت است (۲۷).

نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

تقویت مراقبت‌های اولیه بهداشتی و همچنین اجرای برنامه پزشک خانواده به‌عنوان الزامات اجرای نظام ارجاع می‌باشد که نظام سلامت ترکیه چندین سال است به‌دنبال ایجاد آن است. هر چند به‌دلیل کمبود تعداد پزشکان خانواده اجرای نظام ارجاع با دشواری‌های زیادی روبر می‌باشد و این امر موجب تحمیل هزینه‌های سنگین بیمارستانی و تخصصی بر دوش سیستم سلامت می‌شود. همچنین حجم زیادی از مراقبت‌های اولیه در کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی ارائه می‌شود که این مشکل نیز ناشی از نبود سیستم ارجاع در سیستم سلامت ترکیه می‌باشد (۲۷).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات مختلف و توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی فعال در زمینه‌ی سیستم‌های سلامت نشان می‌دهند که درصد بالایی (۸۰-۹۰ درصد) از نیازهای بهداشتی افراد می‌تواند در قالب خدمات بهداشتی اولیه و توسط ارائه‌کنندگان خط اول مراقبت‌های سلامت پوشش داده شود و تنها بخش محدودی از بیماران نیازمند دریافت خدمات تخصصی می‌باشند. راهکار دستیابی به این هدف در بسیاری از کشورها محدودسازی دسترسی آزادانه به خدمات تخصصی در قالب نظام ارجاع بوده است (۳۰). براساس یافته‌های مطالعه کلمن ۵۵ درصد از بیمارانی که برای دریافت خدمات سلامت به واحدهای اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند نیازهای غیر فوری و غیر اورژانسی داشتند که می‌توانست در مراکز مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده شود (۳۱).. براساس نتایج مطالعه و در بررسی وضعیت تأمین مالی در کشورهای منتخب مشخص شد که در اغلب کشورهایی که از نظام ارجاع اجباری پیروی می‌کنند در کنار الزام به رعایت نظام ارجاع از سوی مردم روش‌های دیگری نیز همچون پرداخت‌های مبتنی بر سرانه و بر عملکرد به جای پرداخت کارانه برای پزشکان خانواده در نظر گرفتند.

به‌عنوان نتیجه‌گیری از این مطالعه و در بحث درباره نقاط قوت و ضعف نظام‌های سلامت گوناگون می‌توان به نکات گوناگونی اشاره کرد؛ اما یکی از مهم‌ترین نکات این است که اصلاحات بعمل آمده طی سی‌سال گذشته در انگلستان سبب دغدغه‌مندی پزشکان نسبت به هزینه‌ها شده و آنها را نسبت به پیامدهای بالینی تصمیمات بالینی خود حساس کرده است. محدود و معلوم کردن بودجه هر پزشک خانواده در نظام سلامت انگلستان را می‌توان از عوامل اصلی این پیامد مطلوب بحساب آورد، به نظر می‌رسد نگرانی درباره به قیمت تمام شده مجموع خدمات ارائه شده به جمعیت‌های گوناگون و به عدالتی‌های احتمالی در توزیع منابع دیگر فقط مختص به مدیران نبوده و پزشکان نیز در این‌باره حساسیت بیشتری از خود نشان می‌دهند، این همگرایی و اجماع میان کارکنان بالینی و مدیریتی در نهایت منجر به چند نتیجه مطلوب در حوزه نظام سلامت شده است، ازجمله دستاوردهای قابل ذکر این موارد می‌باشند:

- بهبود شاخص‌های اثربخشی (Effectiveness) و کارآیی (Efficiency) در

نظام سلامت: از بسیاری هزینه‌های ناشی از تقاضاهای القایی در سطح دوم نظام ارجاع پیشگیری شد؛

- بهبود شاخص‌های عدالت (Equity) در نظام سلامت: پیشگیری از مصرف بودجه بیش از حدود ابلاغ شده در نظام پرداخت سرانه (Overspending) برای مجموعه بیماران یک مطب. با توجه به اینکه بودجه دولتی برای کل نظام سلامت در تمام کشورها محدود و معلوم است، مصرف بیشتر در هر قلمروی جغرافیایی منجر به کاسته شدن غیرضروری از مصرف بودجه (Underspending) در قلمرویی دیگر، مثلا برای بیماران در مطبی دیگر، خواهد شد؛
- وظیفه‌مند کردن هوشمندانه پزشکان عمومی پس از انجام اصلاحات و دادن امکان به آنان در مشارکت با مدیران در امور صندوقداری، منجر به ایجاد احساس مالکیت و احساس مثبت در پزشکان انگلیسی و بنابراین توفیقات بیشتر دولت در حفظ بودجه در حدود مصوب شد.

اینگونه پیامدها به نوبه خود سبب کاستن از نابرابری‌ها در نظام سلامت شده و موجب شده که عدالت برای شهروندان انگلیسی بهتر و بیشتر از شهروندان برخی دیگر از کشورها قابل لمس باشد. به نظر می‌رسد پس از اصلاحات سه دهه اخیر مدیران انگلیسی توانستند به نسبت بیشتری مانع مصرف ناعادلانه بودجه در سطح اول نظام ارجاع شوند. همانطور که در بخش مربوط به مرور وضعیت نظام سلامت انگلستان در ابتدای مقاله مورد تأکید قرار گرفت، به نظر می‌رسد که مهم‌ترین دلیل برای این دستاورد افزایش سطح دغدغه‌مندی مالی در میان پزشکان خانواده باشد. به عبارت دیگر تفویض اختیارات در موضوعات مرتبط با مدیریت بودجه سبب شد که پزشکان خانواده انگلیسی برخلاف پزشکان سطح اول در بسیاری از دیگر نقاط، به میزان بیشتر از انفعال خارج شده و بتوانند در جایگاه‌های مطلوبتری برای هدایت جریان پول در نظام سلامت قرار گیرند. بدنبال این پیامد کادر درمان با حساسیت بیشتر بر پیامدهای مالی ناشی از تصمیمات بهداشتی و درمانی و سایر امور بالینی خود و دیگران تمرکز کرده و درباره حل معضلات ناشی از سوء مدیریت و تصمیمات ناصواب، همکاری، چاره‌اندیشی و مشارکت بیشتری به عمل آوردند. به‌عبارت دیگر اصلاحات مذکور موجب شد پزشک خانواده‌ای که پیش از اجرایی شدن این سیاست فقط موجب ایجاد هزینه‌ها شده و به توابع مالی تصمیمات بالینی‌اش توجهی نداشت، نسبت به هزینه‌ها حساس شد و مجبور شد حسابداری فراگرفته و حسابدار استخدام کند و از آن به بعد با حداقل هزینه، سطح کیفی سلامت بهینه و لازم را برای مردم ایجاد کند. آنچه دراین مقاله درباره نظام سلامت انگلستان و دیگر کشورها مورد مرور قرار گرفت و بخصوص آنچه درباره نوسازی مدیریت مالی نظام ارجاع پس از صندوقداری در آن کشور بیان شد؛ بدان معنی است که با شروع سیاست صندوقداری تغییری در میزان هزینه‌های به عمل آمده توسط دولت ایجاد نشد. به نظر می‌رسد آنچه تغییریافت کیفیت هزینه کردن مقدار ثابتی از بودجه در دوره بعد از انجام اصلاحات بود. به‌عبارت دیگر دولت وقت انگلیس راهکاری را پیدا کرد که همان بودجه موجودش را معقول‌تر هزینه کند. این واقعیتی بود که در سایر کشورها به آن به میزان‌های بسیار کمتری پرداخته شده است.

در ایران کمتر به بخش خصوصی امکان انتخاب و امکان ورود به ساختارهای مشابه و تجربه اینگونه روش‌های پرداخت داده شده است. مطالعات نشان می‌دهد اجرای پزشک خانواده در دو استان ایران، یعنی فارس و مازندران، که به‌صورت مقدماتی و پایلوت اجرا شد موفق نبوده است. به نظر می‌رسد تجربه صندوقداری در نظام سلامت کشور انگلیس می‌تواند چراغ راه موفقیت پزشک خانواده و سیستم نظام ارجاع در کشور باشد. صندوقداری کمک می‌کند تا دولت ایران در اموری مانند به‌کارگیری بخش خصوصی، اجرایی کردن نظام ارجاع و پزشکی خانواده، پرداخت‌های مبتنی بر سرانه و عملکرد، و حذف به‌کارگیری‌های نابجای نظام کارانه، موفق‌تر عمل کند.

تجربه برخی کشورهای موفق درحوزه مدیریت مالی نشان می‌دهد که درکنار تفویض مسئولیت مالی به پزشکان خانواده لازم است موارد دیگری نیز دراین حیطه مدنظر قرار گیرند و از جمله:

- آگاه کردن پزشکان در سطح اول و دوم نظام ارجاع از هزینه تمام شده محصولات تندرستی، بخصوص هزینه تمام شده کالا و خدماتی که در بیمارستان‌ها کاربرد دارند؛
- حساس کردن پزشکان در سطح اول نظام ارجاع نسبت به توابع مالی تصمیمات بالینی‌شان، یعنی حساس کردن به اینکه اگر ارجاع را بی‌مورد کم یا زیاد انجام دهند، این برروی بودجه مطبشان اثر مستقیم خواهد گذاشت و اینکه به‌دلیل وجود نظام نظارتی موثر، تصمیمات نادرست در ارجاعات حتی در مقادیر ناچیز سرپوشیده باقی نخواهند ماند؛
- توانمند کردن پزشکان (آگاه و حساس شده نسبت به رفتارهای غیرعادلانه) در اینکه بتوانند در داخل قلمرو جغرافیایی خاصی در کشور اثرگذار باشند. این قلمرو شامل تمام سکونت‌گاه‌هایی است که مراجعان ثبت‌نام کننده به هر مطب پزشکی در در آن زندگی می‌کنند.

به نظر می‌رسد این آگاه نکردن و حساس نکردن پزشکان خانواده نسبت به توابع مالی تصمیماتشان و توانمند نکردن آنها در سطح اول نظام ارجاع نسبت به اصلاح خطاهای خودشان و دیگر پزشکان در سطوح اول و بالاتر نظام ارجاع، سبب کم توفیقی برخی طرح‌های پایلوت اجرا شده در کشور ما شده است.

منابع

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford university press; 2003.
4. World Health Organization. Everybody's business, strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. Masoudi Asl I, Bakhtiari Aliabad M, Akhavan Behbahani A, Rahbari Bonab M. Health System Costs in Iran, How to Manage it. Iran J Health Insur 2019; 1(4) : 117-127. [In Persian]
6. Wonderling D, Gruen R, Black N. Introduction to Health Economics. Translated by Shahram Tofighi, et al. Tehran: Vazhe Pardaz; 2009. [In Persian]
7. Habicht J, Kunst AE. Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. Soc Sci Med 2005; 60(4): 777-87.
8. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Journal of Inflammatory Disease 2006; 10(3): 7-20 .[In Persian]
9. Bayati M, Keshavarz K, Lotfi F, Kebriaee Zadeh A, Barati O, Zareian S, et al. Effect of two major health reforms on health care cost and utilization in Fars Province of Iran: family physician program and health transformation plan. BMC Health Serv Res 2020; 20(1): 1-9.
10. World Health Organization. Referral Systems: a summary of key processes to guide health services managers. Geneva: WHO; 2013.
11. Roberts RG, Hunt VR, Kulie TI, Schmidt W, Schirmer JM, Villanueva T, et al. Family medicine training: the international experience. Med J Aust 2011; 194: S84-S87.
12. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000; 12(2): 143-7.
13. Kebriaeizadeh A, Bayati M. Evaluating the family doctor plan in Fars province: financial burden, analyzing the consequences, examining the executive challenges and providing solutions to improve the plan. Tehran: Health Policy and Economics Research Department, Social Security Research Institute; 2020 .[In Persian]
14. Glazier RH, Agha MM, Zagorski B, Hall R, Manuel DG, Sibley LM, et al. The impact of not having a primary care physician among people with chronic conditions. Torento: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2008.
15. Van Weel C, Sparks B. Caring for people's health around the world: a family physician for every community. Fam Med 2007; 39(6): 616-27.
16. Gholipour Kamal IS. Patient referral system in selected countries; Comparative study. Tehran: Health Policy and Economics Research Department, Social Security Research Institute; 2018 .[In Persian]
17. Fayaz Bakhsh A. A descriptive survey study of the initiatives to improve inequitable variations in allocation of public healthcare budgets at the level of individual general practice in England. PhD Thesis, Sheffield. UK: University of Sheffield; 2004.
18. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. Health Syst Transit 2011; 13(1): 1-483.
19. NHS England. Understanding the New NHS: A guide for everyone working and training within the NHS. 2014 .Available at: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20170504162917mp_/https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf
20. Boyle S. Payment by results in England. Eurohealth 2007; 13(1): 12.
21. Fayaz Bakhsh A, Asar ME. Regarding: "management of electronic patient record systems in primary healthcare in a Finnish county". Telemed J E Health 2012; 18(4): 317.
22. Chevreul K, Brigham B, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. Health Syst Transit 2015; 17(3): 1-218.
23. Touraine M. Health inequalities and France's national health strategy. Lancet 2014; 383(9923): 1101-2.
24. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy: health system review. Health Syst Transit 2014; 16(4): 1-168.
25. Jommi C, Cantù E, Anessi-Pessina E. New funding arrangements in the Italian national health service. Int J Health Plann Manage 2001; 16(4): 347-68.
26. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Fam Pract 2014; 15(1): 1-15.
27. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández-Quevedo C, et al. Turkey: Health system review. Health Syst Transit 2011; 13(6): 1-186.
28. Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: health system review. Health Syst Transit 2006; 8(5): 1-155.
29. Duckett S. Health workforce design for the 21st century. Aust Health Rev 2009; 29(2): 201–10.
30. Morrell D. Symptom interpretation in general practice. J R Coll Gen Pract 1972; 22(118): 297.
31. 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.

Review

A Review of World Experiences in the Field of Financial Management of Family Medicine Program and Referral System

Abdolvahed Khodamoradi[1], Ahmad Fayaz-Bakhsh*[2], Kamal Gholipour[3]

1. Department of Health Policy and Economics, Social Security Research Institute, Tehran, Iran
2. ***Corresponding Author**: Associate Professor, Department of Health Sciences Education Development, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, fayaz@tums.ac.ir
3. Tabriz Health Services Management Research Center, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Abstract

Background: Improving the family medicine program requires a deep understanding of the matter. This study has been conducted to integrate global experiences in the field of referral system and family medicine in selected countries.

Methods: In this comparative study, leading countries in the field of referral systems and family physicians such as the United Kingdom, France and Italy, as well as countries with a similar situation to Iran such as Turkey, which have begun similar reforms in their health system at the same time as Iran were selected to be reviewed.

Results: Presented in four parts, the results of this study consist of the referral condition in the selected countries, financing and methods of the payment, advantages of the referral and family physician systems, and also strengths, weaknesses, opportunities and challenges of implementation system and family physician in the five selected countries.

Conclusion: A high percentage of public health needs can be covered in the form of primary health services and by first-line health care providers. The way to achieve this goal in many countries has been to restrict free access to specialized services in the form of a family physician and referral system . Informing and sensitizing family physicians about the financial consequences of their decisions and involving them in cashier affairs, as well as empowering them at the first level of the referral system to provide primary care and dealing with mistakes of their own and their peers at the first level of primary care comprise the most effective and efficient ways in effective implementation of this program.

Keywords: Family Physicians, Financial Management, Referral and Consultation