

گزارش سیاستی بررسی چالش‌های نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

مرکز تحقیقات تریا - پاییز ۱۴۰۲



مرکز تحقیقات تریا

سازمان امور پزشکی و خدمات بهداشتی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش سیاستی بررسی چالش‌های نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع



عنوان: گزارش سیاستی بررسی چالش‌های نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

نوع سند: گزارش سیاستی

پژوهشگران: علی چهرقانی، مهرداد افصلی نیز، سیدمحمد معین میرابراهیمی
(به اهتمام هسته سیاستگذاری سلامت)

طراح جلد و صفحه‌آرایی: امین شعبانعلی

تهیه شده در مرکز تحقیقات ثریا

تاریخ انتشار: پاییز ۱۴۰۲

کلیه حقوق برای مرکز تحقیقات ثریا محفوظ است

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

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

۰۲۱ - ۲۲۴۳۹۸۲۸



خلاصه سیاستی

دسترسی آسان مردم به تخصصی‌ترین خدمات سلامت بدون تشخیص پزشک و تنها به تشخیص و خواست بیمار، منجر به هزینه‌های فراوان و غیرضرور و سردرگمی و عدم تشخیص به موقع می‌شود. هم‌چنین این نوع مراجعه، فشاری بیش‌ازحد به مراکز تخصصی و فوق‌تخصصی وارد نموده و سبب استهلاک منابع و نیروی انسانی می‌شود. در عین حال که تأثیر چندانی بر تأمین سلامت مردم نخواهد داشت.

«نظام ارجاع» سامانه دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی در قالب مسیر هدایت شده و سطوح تعریف شده خدمات با محوریت تیم پزشکی خانواده است؛ به‌طوری‌که پزشک خانواده با توجه به بیماری و شرایط شخص، بهترین روند تشخیصی و درمانی را برای وی در نظر گرفته و در صورت نیاز، به مراکز تخصصی و فوق‌تخصصی و هم‌چنین پاراکلینیک ارجاع می‌دهد. علاوه بر این تیم پزشکی خانواده، مسئول پیشگیری، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه تحت پوشش خود نیز هست.

در سال ۱۳۸۱، طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران مطرح و از سال ۱۳۸۴ پیاده‌سازی آن در نظام سلامت کشور آغاز شد. در دولت‌های مختلف، نسخه‌های مختلف این برنامه طراحی و بخشی از آن اجرا شده است. در اسفند ۱۴۰۱، نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و در دستور کار قرار داده شد.

با توجه به اجرای چندین باره برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و اشکالات فراوان در اجرای این برنامه و عدم دستیابی به اهداف مطروحه که باعث ایجاد ذهنیت نامناسب نسبت به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع شده است، باید در اجرای نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع کمال احتیاط را اعمال کرده و حتی‌الامکان چالش‌ها، نارسایی‌ها و ایرادات برنامه مذکور رفع گردد.

با توجه به پژوهش‌ها و بررسی‌های صورت گرفته در رابطه با نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، چالش‌ها و موانع اجرای برنامه مذکور در کشور به شرح ذیل است:

۱) نیازسنجی و بسته خدمات سلامت

یکی از اهداف اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده، افزایش بهره‌وری و پاسخ‌گویی به نیازهای واقعی سلامت جامعه بوده که این امر نیازمند برنامه‌ریزی در سطوح مختلف و ارزیابی و تعیین نیازهای مردم در حوزه سلامت است.



برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و تعیین نیازهای جامعه نیازمند نیازسنجی جامع و دقیق با استفاده از شاخص‌های صحیح است.

نیازسنجی سلامت در نسخه (۰۳) شیوه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دیده شده است؛ ولی با توجه به اهمیت بسیار زیاد آن، باید با جزئیات بیشتری به آن پرداخت. جهت انجام این مهم باید کمیته‌ای تشکیل شده تا به صورت مداوم اقدام به نیازسنجی نموده و از نتایج حاصل از آن در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع استفاده شود.

هم‌چنین بازنگری و ارتقای بسته خدمات سلامت در اهداف اختصاصی شیوه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه (۰۳) ذکر شده است؛ درحالی‌که با توجه به لزوم و ضرورت نیازسنجی و بازنگری در بسته خدمات سلامت، به نظر می‌رسد این مورد باید جزء ملزومات و پیش‌نیازهای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع باشد.

۲) تأمین مالی برنامه و ضمانت اجرایی برنامه

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را می‌توان به عنوان یک نظام جامع ارائه خدمات مراقبت سلامت در نظر گرفت که باید دارای تمامی ارکان نظام سلامت مانند نظام تأمین مالی باشد. تأمین مالی و نظام پرداخت در برنامه مذکور از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تأمین مالی به عنوان ضمانت اجرایی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع عمل کرده و از عدم اجرای آن جلوگیری می‌کند.

با توجه به لزوم اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع و بار مالی طرح برای نظام سلامت ایران، در نظر گرفتن منبع پایدار مالی جهت اجرای طرح مذکور الزامی است. پیش‌بینی منابع مالی پایدار جزء ملزومات و پیش‌نیاز اجرای طرح (۰۳) پزشکی خانواده و نظام ارجاع است. افزایش پوشش بیمه‌ای، ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمت، استخدام و عقد قرارداد با تیم پزشکی خانواده، عقد قرارداد بیمه‌های پایه با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، مشوق‌های موجود و ... از جمله مواردی است که نیازمند تأمین کامل و به‌موقع اعتبارات لازم است.

مشوق‌هایی که در نسخه (۰۳) پزشکی خانواده و نظام ارجاع دیده شده است (مانند رایگان شدن هزینه بستری افرادی که از طریق طرح پزشکی خانواده به بیمارستان ارجاع شده‌اند).



دارای بار مالی زیادی است بوده و همچنین باعث تقاضای القایی از طرف بیماران می‌شود. همچنین نظام پرداخت کارانه‌ای به متخصصان و فوق‌تخصص‌ها در سطح دو و سه نیز می‌تواند باعث ایجاد تقاضای القایی شود. جهت جلوگیری از تقاضای القایی باید از سازوکاری مانند استفاده از راهنماهای بالینی استفاده نمود که در ادامه بحث خواهد شد.

همچنین یکی از چالش‌های اساسی اجرای طرح‌های کلان کشوری، محوریت فرد و دولت در اجرای آن‌ها است، به‌صورتی‌که با تغییر دولت و وزیر مربوطه، طرح مذکور از دستور کار خارج شده و برنامه دیگری مطرح می‌گردد. با این وجود به نظر می‌رسد تأمین منابع مالی پایدار برای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، ضمانت اجرایی ایجاد کرده و از توقف اجرای این برنامه جلوگیری می‌کند.

با توجه به تجربه طرح‌های کلان گذشته مانند طرح تحول سلامت، در نظر گرفتن بودجه سالیانه به عنوان منبع مالی پایدار طرح، اشتباه بزرگی بوده و نمی‌تواند اجرای تمام و کمال و بلندمدت آن را تضمین نماید. همچنین یکی از منابع تأمین اعتباری که برای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفته شده‌است، بیمه‌ها هستند که با توجه به وضعیت نابه‌سامان سازمان‌های بیمه‌گر پایه و معوقات آن‌ها، امکان تزریق اعتبار مورد نیاز را به طرح مذکور ندارند.

۳) اجرای راهنماهای بالینی

افراد جامعه با ورود به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع وارد یک مسیر مشخص شده و روند درمان را در سطوح مختلف پی می‌گیرند. این مسیر هدایت‌شده در نظام ارجاع دارای اصول علمی و راهنماهای بالینی است که پزشک با توجه به این اصول و راهنماها بیمار را ارجاع داده و دستورالعمل درمان بیمار را مشخص می‌کند.

راهنماهای بالینی به تیم پزشکی خانواده کمک می‌کند تا روند درمان بیماران را به درستی تعیین کرده و در صورت نیاز آن‌ها را به سطوح دو و سه ارجاع دهند. همچنین مسئولین می‌توانند از آن به عنوان ابزاری برای نظارت بر نظام ارجاع استفاده کرده و صحت و سقم تجویز و ارجاعات تیم پزشکی خانواده را بررسی نمایند.



با توجه به لزوم نظارت بر برنامه و اجرای راهنماهای بالینی در نظام ارجاع، آغاز اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع بدون راهنماهای بالینی بی‌معنا بوده و بلاشک این برنامه به اهداف خود دست پیدا نخواهد کرد. همچنین با توجه به مقاومت پزشکان و سایر کادر درمان در مقابل اجرای راهنماهای بالینی، پیشنهاد می‌شود ضمن فرهنگ‌سازی و اقناع تیم درمان پزشکی خانواده، تدوین راهنماهای بالینی به صورت هم‌زمان صورت گرفته و اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع پس از آن آغاز شود.

۴) نظارت و ارزیابی عملکرد

در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به منظور دستیابی به اهدافی نظیر افزایش کیفیت و کنترل هزینه‌ها و همچنین برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای ادامه مسیر پزشکی خانواده و نظام ارجاع، باید ارکان مختلف این نظام ارائه خدمت از مراجعه بیمار به تیم پزشکی خانواده تا دریافت خدمت و بهبود بیمار، مورد نظارت و ارزیابی قرار گیرد.

با توجه به رویکرد اصلاحات در نظام سلامت و نیز اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع با هدف افزایش کیفیت خدمات و بهره‌وری نظام سلامت، اصلاح نظام ارزیابی یکی از ضرورت‌های اصلی است. بنابراین نظام سلامت کشور باید با انتقال از رویکردهای ناکارآمد فعلی به رویکردی متناسب با روند تکاملی توسعه، نظام ارزیابی نوینی را ابداع نماید.

ارزیابی عملکرد در نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، دارای جایگاه ویژه‌ای نبوده و بر روی آن تمرکز نشده است. همچنین سازوکار و شاخص‌های ارزیابی عملکرد در این برنامه باید با توجه به نسخه (۰۳) مورد بازبینی قرار گرفته و اصلاح شود.

با توجه به اهمیت ارزیابی عملکرد در نظام سلامت و همچنین لزوم تعیین سازوکار و شاخص‌های ارزیابی عملکرد در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، لازم است در ابتدا کمیته‌ای به منظور تعیین سازوکار و شاخص‌های ارزیابی عملکرد تشکیل شده و با توجه به الگوی ارزیابی عملکرد سایر کشورها و همچنین با استفاده از تجربیات گذشته در ارزیابی عملکرد نظام‌ها، مدل بومی نظارت و ارزیابی عملکرد برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را طراحی کند.



۵) آموزش پزشکی

تیم پزشکی خانواده باید بر اساس نیاز جامعه و تقاضایی که وجود دارد، آموزش دیده و تربیت شوند. در سال‌های اخیر، عوامل مؤثر بر نظام سلامت تغییرات محسوسی داشته‌اند که بررسی آنها حائز اهمیت بوده و باید در برنامه‌ریزی‌های کلان و خرد نظام سلامت از جمله نظام آموزش پزشکی تأثیرگذار باشند.

برخی انتقاداتی که به آموزش پزشکی مطرح است و در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع باید به آن پرداخت و این مشکلات را حل کرد، شامل برهم خوردن نسبت نیروهای متخصص در مقابل نیروهای عمومی، تمرکز بیش از اندازه محتوای آموزشی بر درمان بیماری‌ها، ضعف در توانمندسازی پزشکان برای مدیریت نظام شبکه و سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه و فقدان آموزش در زمینه‌های علوم اجتماعی و انسانی از جمله مشکلات مربوط به آموزش پزشکی است که می‌بایست جهت اجرای صحیح پزشکی خانواده اصلاح گردند. می‌شود.

۶) فرهنگ‌سازی و رفتارسازی

یکی از مشکلات اجرای برنامه مذکور، این است که مردم از کلیات و محتوای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع آگاهی پایینی داشته و پذیرش کمی نسبت به پزشک خانواده دارند. این مشکل به صورت فرهنگ در میان مردم درآمده که بیماران با اولین مشکل به پزشک متخصص و فوق‌تخصص مراجعه کرده و روند درمان را از سطوح بالاتر پی می‌گیرد؛ در صورتی که باید درمان را از سطح یک شروع کنند.

همچنین از مسائل مهم در رابطه با اهمیت فرهنگ‌سازی در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌توان به این مسئله اشاره کرد که بیماران به توانمندی پزشک عمومی و پزشک خانواده خود اعتماد کافی نداشته و مایل هستند به پزشک متخصص و فوق‌تخصص مراجعه کنند. این تخصص‌گرایی علاوه بر جامعه، در میان پزشکان نیز رواج داشته و تمایلی به پیگیری روند درمان از سطوح اولیه ندارند.

همچنین با توجه به اجرای چندین باره برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سال‌های اخیر، و نیز وجود نارسایی‌ها و چالش‌های فراوان در اجرای آن و عدم اهتمام مسئولین و سیاستگذاران به اجرای کامل این برنامه، ذهنیت جامعه نسبت به این طرح خدشه‌دار شده و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را به‌عنوان مانعی برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌پندارند.



با توجه به موارد مذکور، لزوم فرهنگ‌سازی و افزایش آگاهی جامعه در رابطه با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع بر همگان مبرهن است. این امر باید در کنار تعبیه مشوق‌ها صورت گیرد تا به اهداف تعیین شده دست‌یابد. فرهنگ‌سازی باید با استفاده از وسایل ارتباط جمعی و یا هر برنامه دیگری صورت گیرد. در این رابطه می‌توان از ظرفیت صدا و سیما و سازمان‌های مردم‌نهاد مربوطه استفاده کرد.



مقدمه

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. با توجه به اینکه سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه می‌باشد، دولت موظف به تأمین آن با رعایت عدالت است.

با توجه به اهمیت سلامتی در توسعه کشور، هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم با دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. از این رو فرصت دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است.

نظام ارائه خدمات سلامت ایران در سوابق خود بزرگ‌ترین تحول ساختاری را از آغاز سال ۱۳۶۴ تجربه کرده است. در این اصلاحات وسیع، شبکه بهداشت و درمان شهرستان مبتنی بر الگوی مراقبت‌های اولیه سلامت طراحی و به تدریج در کلیه استان‌ها استقرار یافته و جمعیت قابل ملاحظه‌ای از کشور به ویژه در مناطق روستایی تحت پوشش قرار گرفتند. با این اصلاحات، دسترسی مردم به خدمات سطح اول افزایش یافت و به موازات آن دستاوردهای چشم‌گیری در شاخص‌های بهداشتی به دست آمده است.

با این وجود، دسترسی مردم به سطح دوم خدمات (تخصصی و فوق تخصصی) و کیفیت ارائه خدمات در سطح یک، همواره با مشکلات عدیده‌ای مواجه بوده است. یکی از دلایل مهم آن، نبود رویکرد سلامت‌محور و توجه به پیشگیری در مقایسه با درمان در مجموعه نظام سلامت کشور است.

به علت همین نارسایی در نظام مراقبت سلامت، تأمین نیازهای مرتبط با سلامت مردم همواره دغدغه مهم مسئولین و سیاست‌گذاران سلامت بوده است. پیشنهاد توصیه سیاستی نظام یک‌پارچه ارائه خدمات بهداشتی درمانی، تربیت پزشک خانواده و ایده ادغام آموزش پزشکی در خدمات سلامت به دهه ۵۰ شمسی برمی‌گردد.

برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت اجرا می‌شود.



اهداف این طرح عبارتند از:

- ۱) ایجاد نظام ارجاع در کشور
- ۲) افزایش پاسخ‌گویی در بازار سلامت
- ۳) افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت
- ۴) کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات

پزشک خانواده به عنوان مسئول اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید دارای مهارت‌های در زمینه غربالگری، تشخیص و درمان بیماران، مهارت‌های ارتباطی و توان تجزیه و تحلیل ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت باشد. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد.

پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده، در سال ۱۳۸۷ و بر اساس الزامات قانونی با وجود آنکه پزشک خانواده و بیمه روستایی هنوز به خوبی نهادینه و ارزشیابی نشده و چالش‌های آن مرتفع نگردیده بود، اجرای طرح پزشک خانواده شهری توسط دولت وقت مورد تأکید قرار گرفت که ابتدا قرار بود فقط در شهرهای با جمعیت کمتر از پنجاه هزار نفر اجرا گردد و به تدریج به شهرهای با جمعیت بیشتر تسری داده شود.

برنامه پزشک خانواده شهری در سال ۱۳۸۹ در سه استان سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری بر پایه نسخه معروف به (۰۱) پایه گذاری شد. در سال ۱۳۹۰ نیز نسخه (۰۲) دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری با مشارکت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تهیه و پس از تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از سوی دولت ابلاغ و رونمایی شد.

اگر چه به طور رسمی استقرار نسخه (۰۲) در سه استان فارس، مازندران و سیستان و بلوچستان اعلام شد و مقدمات اجرای آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی نیز فراهم شد؛ لکن در نهایت تنها دو استان فارس و مازندران، برای اجرای کامل آن پیشگام شدند.



پس از شروع به کار دولت یازدهم، بر اساس تعهدات رئیس‌جمهور و وزیر بهداشت در برنامه ارائه‌شده به مجلس شورای اسلامی مبنی بر اجرای راهبرد پزشک خانواده و نظام ارجاع، با توجه به نظرات و توصیه کارشناسان، ارزیابی برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت. تصویب‌نامه هیئت وزیران در آبان ماه ۱۳۹۲، مبنی بر تشکیل کارگروه بررسی طرح تحول سلامت و یکی از اولویت‌های آن، یعنی «استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری» بر اهمیت مرور برنامه پزشک خانواده افزود.

در سال ۱۴۰۱، پزشکی خانواده و نظام ارجاع مجدد در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت و در اسفند ماه همان سال، سند (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تنظیم و در سال ۱۴۰۲ اجرای برنامه مذکور در (۵۹) شهرستان کلید خورد.

با توجه به گذشت نزدیک به بیست سال از آغاز اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع، هنوز هم نارسایی‌های بسیاری در اجرای آن وجود دارد. به طوری که هم پزشکان و هم بیماران به اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع اعتراض داشته و آن را مانعی برای ارائه و دریافت خدمات بهداشتی درمانی می‌بینند.

این پژوهش با توجه به اجرای نسخه (۰۱) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و مناطق شهری زیر بیست هزار نفر و اجرای آزمایشی نسخه (۰۲) نظام ارجاع در مناطق شهری استان مازندران و فارس تدوین شده و امید است با بررسی چالش‌های اساسی نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نظیر تأمین زیرساخت‌ها، نیروی انسانی، منابع مالی موردنیاز، ایجاد مقبولیت و فرهنگ‌سازی و اهتمام ویژه به رفع آنها، شاهد اجرای هرچه بهتر نظام ارجاع و پزشکی خانواده به عنوان نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی جامع در کشور باشیم.

نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات

اغلب نیازهای بهداشتی و درمانی مردم با ارائه خدمات ساده‌تر و غیرتخصصی قابل پاسخگویی است. با توجه به محدودیت منابع و سرمایه انسانی، امکان ارائه خدمات تخصصی و پیشرفته برای نیازهای ساده وجود ندارد.



از طرفی، با ارجاع آن دسته از بیماری‌های پیشرفته نیازمند خدمات تخصصی‌تر به مراکز درمانی تخصصی، این خدمات با هزینه کمتر و کیفیت بیشتر به بیماران ارائه می‌شود. به همین دلیل، به منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینه و بهبود ارائه خدمات و دریافت درمان، خدمات سطح‌بندی شده و بر اساس نیاز مناطق مختلف کشور توزیع می‌شود.



شکل (۱): دلایل نیاز به نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات

هدف از استقرار نظام ارجاع، کنترل هزینه‌های درمانی با توجه به محدودیت منابع و پیشگیری از تقاضای القایی با استقرار راهنماهای بالینی و بهبود نظارت بر روند درمان، جلوگیری از مراجعات متعدد بیماران به مراکز درمانی مختلف و انجام درمان‌های تکراری و مدیریت دسترسی مردم به منابع محدود درمانی است. یکی دیگر از اهداف اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده، اولویت یافتن پیشگیری و بهداشت بر درمان و ارتقای سطح کیفی سلامت جامعه است. در نظام ارجاع و پزشکی خانواده، خدمات مراقبت اولیه (PHC) در خط اول درمان قرار گرفته و باعث دستیابی به این هدف می‌شود.

کنترل هزینه‌ها

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

مدیریت دسترسی مردم به منابع محدود درمانی

بهبود نظارت بر روند درمان

پیشگیری از تقاضای القایی

کاهش بار مراجعه مراکز تخصصی و فوق تخصصی

جلوگیری از انجام درمان‌های تکراری

اولویت یافتن بهداشت بر درمان

شکل (۲): اهداف پیاده‌سازی نظام ارجاع و پزشکی خانواده



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

نحوه اجرا

هماهنگی تقسیم ارائه خدمات و مراقبت از بیمار بین سطوح اولیه و ثانویه و انتقال بیماران بین این دو سطح (ارجاع)، عنصر کلیدی یک راهبرد گسترده برای مدیریت تقاضای فزاینده است. پزشک خانواده با توجه به جنبه‌های مختلف وضعیت فرد، درمان مورد نظر را در سطح یک انتخاب نموده یا او را به سطوح بالاتر ارجاع می‌دهد.

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

در سیستم نظام ارجاع به هر پزشک عمومی فهرستی از افراد تحت پوشش داده شده و بیماران موظف میشوند به پزشک معرفی شده رجوع نموده یا آنکه پزشک دلخواه خود را به عنوان پزشک خانواده انتخاب نمایند. کلیه خدمات بهداشتی و درمانی شامل اقدامات درمانی سرپایی، تجویز داروهای موردنیاز، آزمایش‌های تشخیص طبی و همچنین خدمات توانبخشی پایه توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه می‌شود. شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشکان خانواده یا تیم‌های سلامت ارائه می‌دهند، به صورت پرداخت سرانه^۱، پرداخت کارانه^۲ و پرداخت موردی^۳ انجام می‌شود.

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

۲- روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به‌ازای خدمت ارائه شده به مراجعه کنندگان صورت می‌گیرد.

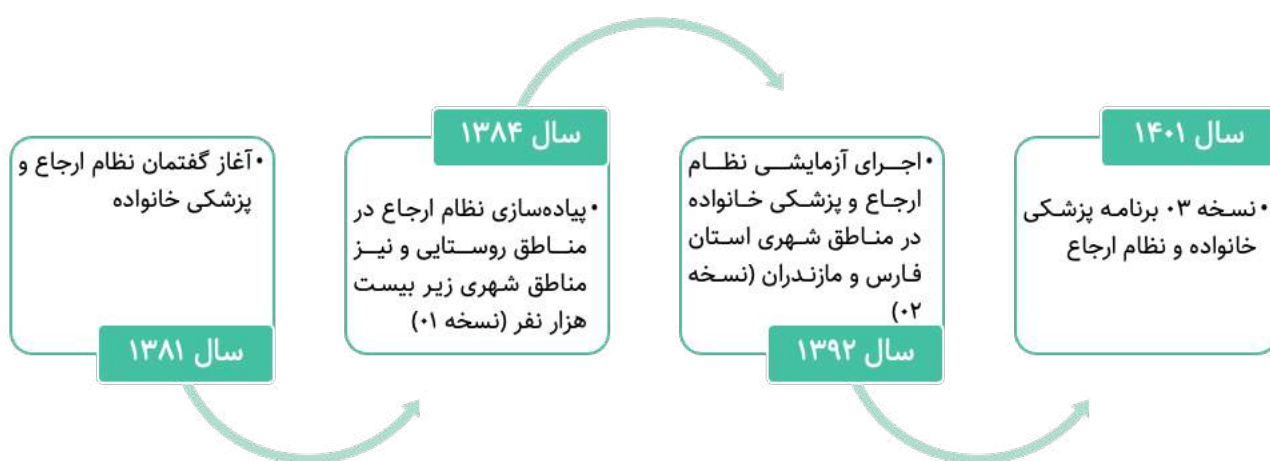
۳- پرداخت مبلغی مشخص که در راستای تحقق اهداف نظام سلامت و به‌ازای انجام اقدامات خاص، انجام خدمات ویژه در مورد افراد تحت پوشش، تشخیص بیماری‌های نادر، مسری و تهدیدکننده حیات در مراحل اولیه بیماری و... صورت می‌گیرد.



پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران

از سال ۱۳۸۱ طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع به‌عنوان بهترین گزینه جهت اصلاح نظام سلامت کشور مطرح گردید و سرانجام در سال ۱۳۸۴ فعالیت آن در مناطق روستایی و نیز مناطق شهری زیر بیست هزار نفر آغاز شد. این طرح در سال ۱۳۹۲ مورد بازنگری قرار گرفت و به‌صورت آزمایشی در مناطق شهری استان فارس و استان مازندران اجرا شد.

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



شکل (۳): تاریخچه استقرار پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران

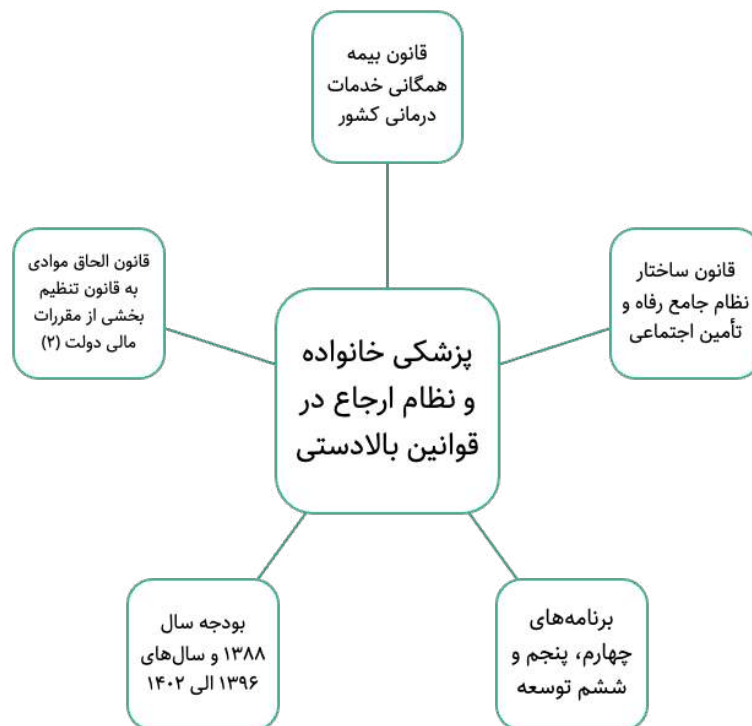
در نظام سلامت ایران، مراقبت‌های سلامت در سه سطح به جامعه ارائه داده می‌شود:

- سطح یک: واحدی در نظام سلامت که به‌طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی جمعیت تحت پوشش قرار دارد و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک عمومی یا تیم سلامت برقرار می‌شود. (خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، شهری، شهری-روستایی و مطب پزشکان عمومی) خدمات این سطح شامل ارتقای سلامت، خدمات پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده الکترونیک سلامت، ارجاع و پیگیری وضعیت بیمار می‌شود. این خدمات در چارچوب وظایف واحد پزشکی، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.



- سطح دو: شامل خدمات تخصصی سرپایی یا بستری است که به بیماران ارجاع شده ارائه و سپس سطح ارجاع کننده را از نتیجه کار مطلع می‌سازد.
- سطح سه: شامل خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری است. بازخورد خدمات این سطح نیز در اختیار سطوح ارجاع کننده قرار می‌گیرد.

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



شکل (۴): پزشکی خانواده و نظام ارجاع در قوانین بالادستی



برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری - نسخه (۰۳)

اجرای تمام و کمال نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات با محوریت پزشکی خانواده، از ابتدا با مشکلات زیادی همراه بوده که باعث ایجاد دیدگاه نامناسب نسبت به این طرح در میان مردم و پزشکان شده است. دولت‌های متعددی دست به اجرای برنامه مذکور زده‌اند، اما موفق نبودند. مردم و پزشکان اعتماد چندانی به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نداشته و آن را محدودیتی برای دریافت و ارائه خدمات می‌بینند. این عوامل باعث شده تا اجرای مجدد برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع با چالش‌های بسیاری همراه باشد.

در سال ۱۴۰۱، پزشکی خانواده و نظام ارجاع مجدد در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و در اسفند ماه همان سال، سند (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تنظیم و در سال ۱۴۰۲ اجرای برنامه مذکور در (۵۹) شهرستان کلید خورد.

این پژوهش با توجه به اجرای نسخه (۰۱) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و مناطق شهری زیر بیست هزار نفر و اجرای آزمایشی نسخه (۰۲) نظام ارجاع در مناطق شهری استان مازندران و فارس و تدوین شده و امید است با بررسی چالش‌های اساسی نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نظیر تأمین زیرساخت‌ها، نیروی انسانی، منابع مالی موردنیاز، ایجاد مقبولیت و فرهنگ‌سازی و اهتمام ویژه به رفع آنها، شاهد اجرای هرچه بهتر نظام ارجاع و پزشکی خانواده به عنوان نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی جامع در کشور باشیم.

با توجه به پژوهش‌ها و بررسی‌های صورت‌گرفته، چالش‌ها و موانع اجرای نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شرح ذیل می‌باشد:

۱) نیازسنجی و بسته خدمات سلامت

یکی از اهداف اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده، افزایش بهره‌وری و پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت جامعه بوده که این امر نیازمند برنامه‌ریزی در سطوح مختلف و ارزیابی و تعیین نیازهای مردم در حوزه سلامت است. برنامه‌ریزی، اولویت‌بندی و تعیین نیازهای جامعه نیازمند نیازسنجی جامع و دقیق با استفاده از شاخص‌های صحیح است.



شکل (۵): افزایش بهره‌وری با نیازسنجی

بررسی و شناخت نیازها مهم‌ترین و اولین گام در برنامه‌ریزی در همه سازمان‌ها است. افزایش انطباق برنامه‌ها با نیازهای جامعه، موجب افزایش کارایی و اثربخشی آنها می‌گردد. مدیران و تصمیم‌گیران هر حوزه‌ای ناگزیرند برای تدوین برنامه‌ها و اهداف خویش، دلایل قانع‌کننده‌ای از بطن جامعه هدف داشته باشند. بنابراین کلیه تصمیمات در خصوص تعیین اهداف، محتوای برنامه‌ها و استفاده از سایر منابع و امکانات محدود، تابعی از مطالعات نیازسنجی است.

هزینه بخش سلامت در کشورهای مختلف اعم از ایران به دلیل گسترش نیاز مردم به خدمات بهداشتی درمانی و همچنین پیشرفته شدن خدمات سلامت، در حال افزایش است. در عین حال محدودیت منابع موجود منجر به محدودیت در ارائه و دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی شده است. در چنین حالتی مسئله نیازسنجی و اولویت‌بندی نیازها مطرح می‌شود و سیاست‌گذاران مجبورند از میان نیازهای موجود چند مورد را انتخاب نموده و در اولویت قرار دهند به طوری که بیشترین پوشش خدمات مورد نیاز و اثربخش برای جمعیت تحت پوشش به شکل عادلانه مهیا شود.

در سال ۱۹۹۴، در ایالت کالیفرنیا قانونی تصویب شد که اکثر بیمارستان‌های فعال در ایالت را ملزم کرد هر سه سال یک بار نیازهای سلامت جامعه هدف خود را ارزیابی نمایند. در سال ۲۰۱۰، در قانون Affordable Care Act، الزام مشابهی برای تقریباً تمام بیمارستان‌های ایالات متحده اعمال شد. بیمارستان‌ها از نتایج این ارزیابی‌ها برای بهبود سلامت جامعه از طریق اجرای تلاش‌های پیشگیرانه برای هدف قراردادن نیازهای بهداشتی مشخص‌شده در نیازسنجی استفاده می‌کردند.



باید توجه داشت که ارزیابی نیازهای سلامت جامعه، صرفاً فرایند گوش‌دادن به بیماران یا تکیه بر تجربه شخصی نیست؛ چراکه در نیازسنجی سلامت، هدف، تعیین نیازهای جامعه جهت بهبود سطح سلامت آن است و این امر صرفاً با برآوردن تقاضای بیماران تفاوت دارد. نیازسنجی و تعیین اولویت در بسته خدمات سلامت نیازمند مشارکت تمام ذی‌نفعان در عین کنترل تعارض منافع، بررسی هزینه-اثربخشی مداخلات و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاق پزشکی است. این فرایند باید با معیارهای شفاف و قابل تکرار و به صورت متناوب و هماهنگ با تغییر نیازهای جامعه انجام شود.

پس از ارزیابی نیازهای سلامت جامعه باید بتوان به این سؤالات پاسخ داد: مشکل چیست؟ ابعاد و ماهیت آن چیست؟ خدماتی که در حال حاضر ارائه می‌شوند چه موادی هستند؟ بیماران و مردم چه تقاضایی دارند؟ مناسب‌ترین و مؤثرترین راه‌حل و مداخله از نظر بالینی و هزینه کدام است؟ اثر مداخلات انجام‌شده چیست؟

نیازسنجی سلامت در نسخه (۰۳) شیوه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دیده شده است، ولی با توجه به اهمیت بسیار زیاد آن، باید با جزئیات بیشتری به آن پرداخت. بدین صورت که کمیته‌ای جهت انجام این مهم تشکیل شود تا به صورت مداوم اقدام به نیازسنجی نموده و از نتایج حاصل از آن در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع استفاده شود.

همچنین بازنگری و ارتقای بسته خدمات سلامت در اهداف اختصاصی شیوه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه (۰۳) ذکر شده است، درحالی‌که با توجه به لزوم و ضرورت نیازسنجی و بازنگری در بسته خدمات سلامت، به نظر می‌رسد این مورد باید جزء ملزومات و پیش‌نیازهای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع باشد.

۲) تأمین مالی و ضمانت اجرایی برنامه

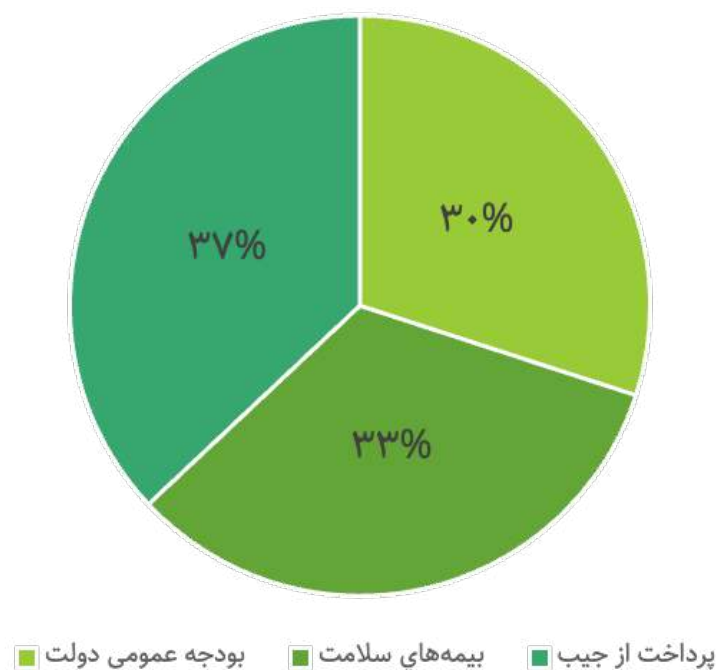
برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را می‌توان به عنوان یک نظام جامع ارائه خدمات مراقبت سلامت در نظر گرفت که باید دارای تمامی ارکان نظام سلامت مانند نظام تأمین مالی باشند. تأمین مالی و نظام پرداخت در برنامه مذکور از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تأمین مالی به عنوان ضمانت اجرایی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع عمل کرده و از عدم اجرای آن جلوگیری می‌کند.



کارکرد تأمین مالی سلامت (Health Financing) یکی از مهم‌ترین الزامات نظام سلامت است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق تقویت کارکردهای دیگر، موجب دستیابی به اهداف نظام سلامت می‌شود. نظام تأمین مالی سلامت باید خدمات مؤثر سلامت را به‌صورت عادلانه برای مردم فراهم نماید؛ به‌طوری‌که آنها در دسترسی به این خدمات دچار مشکلات مالی نشوند.

میزان توسعه‌یافتگی کشورها بر انتخاب روش تأمین مالی نظام سلامت آن‌ها مؤثر است. در کشورهای در حال توسعه، تأمین مالی عمدتاً از طریق پرداخت از جیب است، اما به دلیل بی‌عدالتی ایجادشده به سمت اتکا به منابع مالیاتی حرکت می‌کنند.

منابع تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران شامل بودجه عمومی دولت، پرداخت‌های بیمه سلامت و هزینه‌های پرداخت از جیب است. (۳۰) درصد هزینه‌های بهداشت و درمان توسط بودجه عمومی دولت و (۳۳) درصد این هزینه‌ها توسط بیمه‌های سلامت تأمین می‌شود. (۳۷) درصد باقی هزینه‌ها را هم مردم از جیب پرداخت می‌کنند.



نمودار (۱): منابع تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران



هزینه سلامت مردم جهان بیش از (۴/۱۰) تریلیارد دلار در سال ۲۰۲۰ میلادی و معادل (۸/۱۰) درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) کشورهای جهان بود. سرانه هزینه سلامت مردم دنیا در این سال ۱۱۱۷ دلار بود. ایران با جمعیت حدود (۸۵) میلیون نفر و تولید ناخالص داخلی (۳۶۰) میلیارد دلار، (۳/۵) درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌کند. سرانه هزینه‌های سلامت برای هر نفر نیز معادل (۵۷۳) دلار در سال ۲۰۲۰ میلادی بوده است.

افزایش جمعیت، سالمندی جمعیت، افزایش بیماری‌های مزمن و نیز بیماری‌های نوپدید، توسعه فناوری‌های پزشکی، تعرفه‌های بالای خدمات سلامت، توسعه بیمه‌های سلامت، افزایش درآمد مردم و در نتیجه افزایش تقاضا برای خدمات سلامت باکیفیت و ایمن، منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت ایران شده است. برآورد می‌شود که سرانه هزینه سلامت در ایران تا سال ۲۰۳۰، حدود (۵/۳۰) درصد افزایش یابد.

رشد هزینه‌های بخش سلامت به مراتب بیشتر از رشد اقتصادی است. مخارج سلامت جهان در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ میلادی سالانه (۹/۳) درصد رشد داشته است، در حالی که رشد اقتصادی دنیا سالانه (۳) درصد بوده است. سرانه هزینه سلامت ایران از حدود (۸۱) دلار در سال ۲۰۰۰ به (۵۷۳) دلار در سال ۲۰۲۰ میلادی رسید. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ میلادی رشد هزینه‌های سلامت بیش از رشد تولید ناخالص داخلی در ایران باشد.



نمودار (۲): مقایسه رشد هزینه‌های سلامت با رشد تولید ناخالص داخلی



تأمین مالی نظام سلامت در ایران با چالش‌هایی در پایداری منابع، توزیع مناسب خطر، توزیع و تخصیص بهینه در چهارچوب دستیابی به ابعاد و اهداف پوشش همگانی سلامت (UHC)، به‌ویژه شاخص‌های حمایت مالی و عدالت در پرداخت (مانند میزان پرداخت از جیب و هزینه‌های بهداشتی منجر به فقر)، مواجه است. با توجه به رشد روزافزون هزینه‌های سلامت، باید اقداماتی را برای تقویت پایداری منابع مالی به منظور حصول اطمینان از فراهم بودن منابع مالی موردنیاز به کار گرفت.

بند (۱۰) سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) در سال ۱۳۹۳، بر تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر شفاف‌سازی درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت، وضع عوارض بر محصولات، مواد و خدمات زیان‌آور سلامت و پرداخت یارانه به بخش سلامت با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار اشاره دارد.

از راهکارهای پایداری منابع مالی سلامت می‌توان به افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، توسعه روش‌های تأمین مالی بر اساس مالیات، افزایش سهم بیمه‌های سلامت اجتماعی، افزایش درآمدهای نظام سلامت از منابع داخلی، جلب حمایت مالی جامعه، جلب مشارکت مالی خیرین، افزایش منابع مالی از طریق توسعه زیرساخت‌های نظام سلامت و ساماندهی آنها، مشارکت افراد در تأمین هزینه‌های خدمات ارائه‌شده، تقویت مشارکت عمومی و خصوصی، مبارزه با فساد و ناکارآمدی و کاهش بروکراسی اداری به منظور کاهش هزینه‌های نظام سلامت اشاره کرد. سهم سلامت از مالیات بر ارزش افزوده (معادل یک نهم منابع حاصل از آن) را می‌توان به عنوان یکی از منابع پایدار مالی نام برد. به‌علاوه، بیمه‌های سلامت با استفاده از اصول خرید راهبردی خدمات سلامت، در جهت کنترل و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی عمل می‌نمایند.

با توجه به لزوم اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع و بار مالی طرح برای نظام سلامت ایران، در نظر گرفتن منبع پایدار مالی جهت اجرای طرح مذکور الزامی است. پیش‌بینی منابع مالی پایدار جزء ملزومات و پیش‌نیاز اجرای طرح (۰۳) پزشکی خانواده و نظام ارجاع است.



افزایش پوشش بیمه‌ای، ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمت، استخدام و عقد قرارداد با تیم پزشکی خانواده، عقد قرارداد بیمه‌های پایه با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، مشوق‌های موجود و... از جمله مواردی است که نیازمند تأمین کامل و به‌موقع اعتبارات لازم است. مشوق‌هایی که در نسخه (۰۳) پزشکی خانواده و نظام ارجاع دیده شده است (مانند رایگان شدن هزینه بستری افرادی که از طریق طرح پزشکی خانواده به بیمارستان ارجاع شده‌اند). دارای بار مالی زیادی است و همچنین باعث تقاضای القایی از طرف بیماران می‌شود. همچنین نظام پرداخت کارانه‌ای به متخصصان و فوق‌تخصص‌ها در سطح دو و سه نیز می‌تواند باعث ایجاد تقاضای القایی شود. جهت جلوگیری از تقاضای القایی باید از سازوکاری مانند استفاده از راهنماهای بالینی استفاده نمود.

همچنین یکی از چالش‌های اساسی اجرای طرح‌های کلان کشوری، محور بودن فرد و دولت در اجرای آنها است، به‌صورتی که با تغییر دولت و وزیر مربوطه، طرح مذکور از دستور کار خارج شده و برنامه دیگری مطرح می‌گردد. با این وجود به نظر می‌رسد تأمین منابع مالی پایدار برای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، ضمانت اجرایی ایجاد کرده و از توقف اجرای این برنامه جلوگیری می‌کند.

با توجه به تجربه طرح‌های کلان گذشته مانند طرح تحول سلامت، در نظر گرفتن بودجه سالیانه به عنوان منبع مالی پایدار طرح، اشتباه بزرگی بوده و نمی‌تواند اجرای تمام و کمال و بلندمدت آن را تضمین نماید. همچنین یکی از منابع تأمین اعتباری که برای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفته شده است، بیمه‌ها هستند که با توجه به وضعیت نابه‌سامان سازمان‌های بیمه‌گر پایه و معوقات آنها، امکان تزریق اعتبار مورد نیاز را به طرح مذکور ندارند.

۳) اجرای راهنماهای بالینی

افراد جامعه با ورود به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع وارد یک مسیر مشخص شده و روند درمان را در سطوح مختلف پی می‌گیرند. این مسیر هدایت‌شده در نظام ارجاع دارای اصول علمی و راهنماهای بالینی است که پزشک با توجه به این اصول و راهنماها بیمار را ارجاع داده و دستورالعمل درمان بیمار را مشخص می‌کند.



راهنماهای بالینی به عنوان یکی از ابزارهای موثر برای ارتقای پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Medicine) محسوب می‌شوند. راهنماهای بالینی علاوه بر اینکه ابزاری برای کنترل پزشکان هستند، فرصتی برای بهبود کیفیت مراقبت از طریق کاهش تنوع روش‌های درمانی و پیروی از استانداردهای مراقبت‌های خوب ارائه می‌دهند.

راهنماهای بالینی با هدف بهبود ارائه خدمات بالینی، نه تنها به عنوان کمک حرفه‌ای برای پزشکان و بیماران، بلکه به عنوان یک ابزار برای بیمه با هدف کنترل هزینه و اولویت‌بندی مراقبت‌های بهداشتی با هدف برنامه‌ریزی برای سیاست‌گذاران و دولت جهت مقرون‌به‌صرفه‌بودن هزینه‌ها، به اندازه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی مهم است. این ابزار برای اجتناب از هزینه‌های اضافی درمان‌های غیرضروری مؤثر است. راهنماهای بالینی می‌توانند از ایجاد تقاضای القایی و تحمیل هزینه‌های اضافی به بیماران جلوگیری به عمل آورند.

راهنماهای بالینی باید در یک کمیته متشکل از پزشکان، متخصصان، پرستاران، کارشناسان پیراپزشکی، کارشناسان بیمه، بیمار، همراه بیمار و... بررسی و تصویب شود تا نظرات تمامی ذی‌نفعان در تهیه و تدوین اعمال گردد.

هم‌چنین این کمیته باید به صورت مداوم راهنماهای بالینی را پایش و ارزیابی نموده تا ایرادات و مشکلات آن را شناسایی و رفع نمایند.

این تصور که راهنماها نقش قضاوت بالینی را کاهش می‌دهند، مانعی برای پذیرش گسترده‌تر توسط پزشکان ایجاد می‌کند. توصیه‌های درمانی در راهنماها عموماً بر شواهد اثربخشی تأکید می‌کنند، اما پزشکان باید عوامل دیگری مانند ترجیحات بیمار، هزینه‌ها و اولویت‌های سلامت را در هنگام برخورد با بیماران را در نظر بگیرند.

مطالعات انجام‌شده در ایالات متحده و هلند نشان می‌دهد که در حدود سی تا چهل درصد از بیماران، مراقبتی با توجه به ارائه شواهد علمی دریافت نمی‌کنند و حدود بیست تا بیست‌وپنج درصد از مراقبت‌های ارائه‌شده موردنیاز نبوده و یا به طور بالقوه مضر است. در واقع یک شکاف بین آنچه در حال حاضر موجود بوده و بهترین درمان پزشکی مبتنی بر شواهد وجود دارد.

در ایران، در زمینه راهنماهای بالینی اقداماتی صورت گرفته است که از جمله آنها می‌توان به توجه قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی برای تهیه و اجرای پنجاه راهنمای بالینی برای پزشکان عمومی و بیست راهنمای بالینی برای هر تخصص، بر اساس بار بیماری اشاره کرد.



البته بررسی‌ها نشان می‌دهد که تعداد راهنماهای بالینی توسعه‌یافته و ترجمه‌شده در ایران بسیار کم و توزیع آنها نیز محدود، قطع یا لغو شده است.

عدم وجود ساختار آموزشی، به‌ویژه از نوع کاربردی، در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم پزشکی برای آشنایی با پزشکی مبتنی بر شواهد یکی دیگر از موانع اجرای راهنماهای بالینی است. جهت اجرای پزشکی مبتنی بر شواهد و راهنماهای بالینی، باید دانشجویان علوم پزشکی را با این اطلاعات آشنا نمود.

از عناصر مهم اجرای راهنماهای بالینی، آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان نسبت به راهنما و توصیه‌های آن است. همچنین اگر قرار است راهنماهای بالینی مؤثر بوده و مورد استفاده قرار گیرند، اعتماد پزشکان نسبت به فرآیند توسعه (تدوین یا بومی‌سازی) راهنماهای بالینی و توصیه‌های نهایی منتج از آنها ضروری است.

اجرای موفقیت‌آمیز راهنماهای بالینی شامل سه مرحله توسعه، انتشار و اجرا است. از عوامل مهم اجرای راهنماهای بالینی می‌توان به این موارد اشاره نمود: وجود دستورالعمل روشن برای تولید و ایجاد سازگاری لازم، آشنایی تیم تدوین راهنماها با ناکارآمدی دستورالعمل‌های بین‌المللی راهنماهای بالینی، اجرای درست و علمی برنامه، رفع ابهام شواهد و دستورالعمل‌ها و استفاده از شواهد بومی.

راهنماهای بالینی به تیم پزشکی خانواده کمک می‌کند تا روند درمان بیماران را به درستی تعیین کرده و در صورت نیاز آن‌ها را به سطوح دو و سه ارجاع دهند. همچنین مسئولین می‌توانند از آن به عنوان ابزاری برای نظارت بر نظام ارجاع استفاده کرده و صحت و سقم تجویز و ارجاعات تیم پزشکی خانواده را بررسی نمایند.

با توجه به لزوم اجرای راهنماهای بالینی در نظام ارجاع، آغاز اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع بدون راهنماهای بالینی بی‌معنا بوده و بلاشک این برنامه به اهداف خود دست پیدا نخواهد کرد. همچنین با توجه به مقاومت پزشکان و سایر کادر درمان در مقابل اجرای راهنماهای بالینی، پیشنهاد می‌شود پیش از اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به فرهنگ‌سازی و اقناع تیم درمان پرداخته و تدوین راهنماهای بالینی به صورت هم‌زمان صورت گیرد. در ضمن پیشنهاد می‌شود در ابتدای امر، راهنمای بالینی عمل‌های جراحی تدوین و اجرا شوند.



۴) نظارت و ارزیابی عملکرد

در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به منظور دستیابی به اهدافی نظیر افزایش کیفیت و کنترل هزینه‌ها و همچنین برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای ادامه مسیر پزشکی خانواده و نظام ارجاع، باید ارکان مختلف این نظام ارائه خدمت از مراجعه بیمار به تیم پزشکی خانواده تا دریافت خدمت و بهبود بیمار، مورد نظارت و ارزیابی قرار گیرد.

به‌طورکلی ارزیابی عملکرد نظام سلامت با هدف ایجاد مبنایی مستند در رابطه با عملکرد و توانمندسازی سیاست‌گذاران برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و نیز پایش نتایج محقق‌شده به‌گونه‌ای که امکان اصلاح و مقایسه در طول زمان و در بین نظام‌های مختلف ایجاد شود، صورت می‌گیرد. همچنین ارزیابی عملکرد نظام سلامت فرصتی را جهت بازنگری در نظام سلامت و بهبود عملکرد فراهم می‌آورد.

عملکرد نظام سلامت چندبعدی بوده و ارزیابی آن مستلزم به‌کارگیری شاخص‌های مختلف از هر بعد است. لازم است تا در انتخاب شاخص‌ها بر کارکردهای نظام سلامت تأکید شده و مجموعه‌ای از شاخص‌های قابل‌اندازه‌گیری تدوین شوند که در آن‌ها نه فقط به مسائل نظری، بلکه به اولویت‌های کشور و تفاوت بین آن‌ها و نیز شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و ظرفیت داخلی کشور توجه شود.

در تدوین بسته‌ی شاخص‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت باید به قابل‌مقایسه‌بودن آن‌ها، امکان استفاده در زیرگروه‌های جمعیتی، هزینه جمع‌آوری داده‌های مربوطه، امکان باز تولید و نیز اثرات گمراه‌کننده بالقوه شاخص‌ها توجه شود. علاوه بر این، قبل از انتخاب شاخص‌ها باید مرزهای ارزیابی به طور دقیق مشخص شده باشند.

با توجه به رویکرد اصلاحات در نظام سلامت و نیز اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع با هدف افزایش کیفیت خدمات و بهره‌وری نظام سلامت، اصلاح نظام ارزیابی یکی از ضرورت‌های اصلی است. بنابراین نظام سلامت کشور باید با انتقال از رویکردهای ناکارآمد فعلی به رویکردی متناسب با روند تکاملی توسعه، نظام ارزیابی نوینی را ابداع نماید.

ارزیابی عملکرد در نسخه (۰۳) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، دارای جایگاه ویژه‌ای نبوده و بر روی آن تمرکز نشده است. همچنین سازوکار و شاخص‌های ارزیابی عملکرد در این برنامه باید با توجه به نسخه (۰۳) مورد بازبینی قرار گرفته و اصلاح شود.

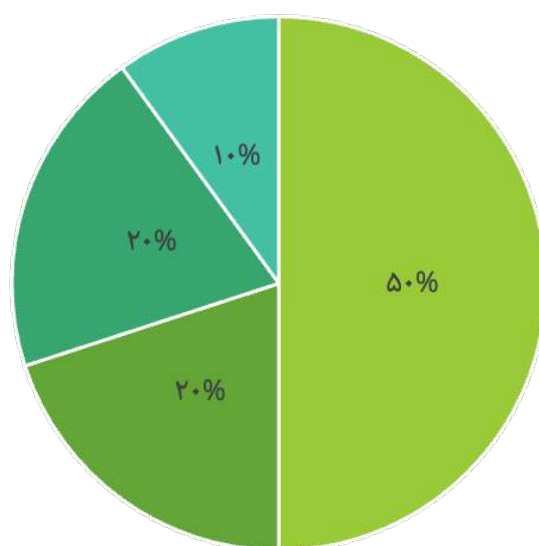


با توجه به اهمیت ارزیابی عملکرد در نظام سلامت و همچنین لزوم تعیین سازوکار و شاخص‌های ارزیابی عملکرد در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، لازم است در ابتدا کمیته‌ای به منظور تعیین سازوکار و شاخص‌های ارزیابی عملکرد تشکیل شده و با توجه به الگوی ارزیابی عملکرد سایر کشورها و همچنین با استفاده از تجربیات گذشته در ارزیابی عملکرد نظام‌ها، مدل بومی نظارت و ارزیابی عملکرد برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را طراحی کند.

۵) آموزش پزشکی

تیم پزشکی خانواده باید بر اساس نیاز جامعه و تقاضایی که وجود دارد، آموزش دیده و تربیت شوند. در سال‌های اخیر، عوامل مؤثر بر نظام سلامت تغییرات محسوسی داشته‌اند که بررسی آنها حائز اهمیت بوده و باید در برنامه‌ریزی‌های کلان و خرد نظام سلامت از جمله نظام آموزش پزشکی تأثیرگذار باشند.

بررسی‌های مختلف در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که میزان نقش عوامل مختلف در تامین سلامت انسان‌ها به ترتیب اهمیت عبارتند از: نقش سبک زندگی انسان‌ها در تامین سلامت به میزان پنجاه درصد، نقش محیط در تامین سلامت انسان‌ها به میزان بیست درصد، نقش ژنتیک در تامین سلامت به میزان بیست درصد و نقش مستقیم پزشکی در تامین سلامت در حدود ده درصد می‌باشد.



نقش مستقیم پزشکی □ نقش ژنتیک □ نقش محیط □ نقش سبک زندگی

نمودار (۳): نقش عوامل مختلف در تامین سلامت انسان‌ها



در سال‌های اخیر شیوع و بروز بیماری‌ها، از بیماری‌های ناشی از ارگان‌سپم‌ها و بیماری‌های واگیردار به طرف بیماری‌های ناشی از علت‌های رفتاری و بیماری‌های غیرواگیر تغییر پیدا کرده‌است. بخش اصلی این عوامل زمینه‌ای ناشی از مسائل رفتاری، اجتماعی، محیطی و فرهنگی است که عمدتاً انسان‌ها خالق آن‌ها هستند. به عنوان نمونه می‌توان به حجم گسترده تصادفات بعنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر زیر ۵۵ سال در کشور اشاره کرد.

بر اساس پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، امید به زندگی از (۴۸) سال در سال ۱۹۵۵ میلادی به (۷۳) سال در سال ۲۰۲۵ میلادی در جهان افزایش خواهد یافت و آمار افراد جوان زیر بیست سال از (۴۰) درصد در سال ۱۹۵۵ میلادی به (۳۲) درصد در سال ۲۰۲۵ میلادی خواهد رسید. این در حالی است که بر اساس این پیش‌بینی، درصد جمعیت شهری نسبت به روستایی از (۳۲) درصد در سال ۱۹۵۵ میلادی به (۵۹) درصد در سال ۲۰۲۵ میلادی می‌رسد.

با توجه به تغییرات عوامل تأثیرگذار بر نظام سلامت، نظام آموزش پزشکی باید تغییر کرده و بر اساس این عوامل طراحی گردد. اگر هدف از آموزش پزشکی، تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان‌ها است، باید اهداف و محتوای آموزش با توجه به تناسب و نقش عوامل مختلفی، همچون سبک و شیوه زندگی، محیط و ژنتیک، تغییرات و گذار اپیدمیولوژیک و همچنین تغییرات هرم سنی جمعیت، به‌خصوص توجه ویژه به سلامت سالمندان، مهاجرت و گسترش شهرنشینی، تدوین شود.

طبق گزارش فدراسیون جهانی آموزش پزشکی، این حوزه طی دو دهه گذشته در سراسر جهان شاهد گسترش بی‌رویه آموزش پزشکی (حداقل در مقطع پزشکی عمومی) بوده است. تحولات نظام آموزش عالی کشور در دو دهه گذشته از نظر جمعیت دانشجویی، حاکی از رشد کمی و عدم توجه کافی به کیفیت دانشگاه‌ها و بهبود و ارتقای آن است. این در حالی است که به دلیل افزایش سطح آگاهی جامعه، سطح انتظارات مردم از پزشکان رو به افزایش است.

محتوای برنامه‌های آموزش پزشکی عمدتاً بر درمان بیماری‌ها متمرکز بوده و اغلب بیماری‌نگری را به‌جای سلامت‌نگری مورد توجه قرار می‌دهد؛ درحالی‌که نظام سلامت در سه سطح بهداشت، درمان و توانبخشی ایفای نقش می‌کند. علاوه بر این، بسیاری معتقدند رسالت اساسی پزشک، ایفای نقش جدی در ارتقای سلامت انسان‌ها و حتی تلاش برای گسترش سبک زندگی سالم است.



سلامت منحصر به سلامت جسمی نیست و ابعاد سلامت، شامل سلامت جسمی، روحی، روانی و حتی اجتماعی است. نکته مهم در این نگرش این است که این ابعاد سلامت از یک‌دیگر قابل تفکیک نبوده و به طور کامل به یکدیگر گره خورده‌اند. بنابراین، در آموزش پزشکی باید نگرشی جامع به همه ابعاد سلامت و به خصوص بهداشت روانی در دنیای جدید داشت.

برگزاری کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۷۸ میلادی توسط سازمان جهانی بهداشت و ارائه برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care) که منجر به کاهش قابل توجه در میزان مرگ‌ومیر شد، بسیاری از متخصصین در زمینه علوم سلامت و آموزش پزشکی را بر آن داشت تا به موضوع مدیریت بر سلامت از منظر PHC بنگرند و ضرورت گنجاندن مباحث مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها را مورد توجه قرار دهند.

برخی انتقاداتی که به آموزش پزشکی مطرح است و در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع باید به آن پرداخت و این مشکلات را حل کرد، شامل برهم خوردن نسبت نیروهای متخصص در مقابل نیروی عمومی، تمرکز بیش از اندازه محتوای آموزشی بر درمان بیماری‌ها، ضعف در توانمندسازی پزشکان برای مدیریت نظام شبکه و سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه و فقدان آموزش در زمینه‌های علوم اجتماعی و انسانی می‌شود.

۶) فرهنگ‌سازی

یکی از مشکلات اجرای برنامه مذکور، این است که مردم از کلیات و محتوای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع آگاهی پایینی داشته و پذیرش کمی نسبت به پزشک خانواده دارند. این مشکل به صورت فرهنگ در میان مردم در آمده که بیماران با اولین مشکل به پزشک متخصص و فوق‌تخصص مراجعه کرده و روند درمان را از سطوح بالاتر پی می‌گیرند، در صورتی که باید درمان را از اولین خط خود شروع کنند.

همچنین از مسائل مهم در رابطه با اهمیت فرهنگ‌سازی در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع می‌توان به این مسئله اشاره کرد که بیماران به توانمندی پزشک عمومی و پزشک خانواده خود اعتماد کافی نداشته و مایل هستند به پزشک متخصص و فوق‌تخصص مراجعه کنند. این تخصص‌گرایی علاوه بر جامعه، در میان پزشکان نیز رواج داشته و تمایل به پیگیری روند درمان از سطوح اولیه نیستند.



با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در رابطه با اجرای نسخه (۰۱) و (۰۲) برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق هدف آن، می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیماران با اصرار خود، پزشک خانواده را مجبور به ارجاع دادن به سطوح بالاتر می‌کنند که در بسیاری از موارد این ارجاع‌ها به خواست و تشخیص پزشک خانواده صورت نگرفته‌است.

هم‌چنین با توجه به اجرای چندین باره برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سال‌های اخیر و هم‌چنین وجود نارسایی‌ها و چالش‌های فراوان در اجرا آن، ذهنیت مردم جامعه نسبت به این طرح خدشه‌دار شده و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را به عنوان مانعی برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌پندارند.

با توجه به موارد ذکر شده، لزوم فرهنگ‌سازی و افزایش آگاهی جامعه در رابطه با برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع بر همگان مبرهن است. فرهنگ‌سازی و افزایش آگاهی باید در کنار ایجاد مشوق‌ها صورت گیرد تا به اهداف تعیین شده دست‌یابد. فرهنگ‌سازی باید با استفاده از وسایل ارتباط جمعی و یا هر برنامه دیگری صورت گیرد. در این رابطه می‌توان از ظرفیت صدا و سیما و سازمان‌های مردم‌نهاد مربوطه استفاده کرد.



منابع:

- ۱) دکتر محمد شریعتی و همکاران. پزشک خانواده در نقشه نظام سلامت ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.
- ۲) فاطمه صوفی کریمی و همکاران. نظام ارجاع الکترونیک و اهمیت آن در مراقبت‌های بهداشتی. مجله بهورز.
- ۳) روزگار کرونایی و جای خالی نظام ارجاع بیمار و پزشک خانواده. مرکز پژوهشی آرا.
- ۴) ملیحه شیانی و همکاران. جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی.
- ۵) وحید کوه‌پیمای جهرمی و همکاران. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ایران با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران.
- ۶) بهزاد دماری و همکاران. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استانهای فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالشها و راه‌حلهای. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.
- ۷) اظهارنظر کارشناسی درباره طرح الزام اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- ۸) پیشنهادی طرح قانونی الزام اجرای نظام ارجاع. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- ۹) صمد روحانی و محمد باقر. تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مازندران.
- ۱۰) سهیلا رجائی. نظام ارجاع و پزشک خانواده: آری یا نه؟! شبکه مطالعات سیاست‌گذاری عمومی.
- ۱۱) دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه (۰۲)
- ۱۲) دستورالعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، نسخه (۲۱)
- ۱۳) دستورالعمل اجرایی استقرار نظام ارجاع الکترونیک
- ۱۴) نقشه تحول نظام سلامت و دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری
- ۱۵) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور. مصوب ۰۳/۰۸/۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی



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

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

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

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

۲۰. Mosadeghrad AM, Abbasi M, Heydari M. Evaluation of Iran's Health Financing System. Sjsph. ۲۰۲۲;۲۰(۲):۱۱۱-۱۳۲.

۲۱. Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review. sjsph. ۲۰۲۱;۱۹(۲)۱۳۷-۱۵۶.

۲۲. Alizadeh Razavian SM. Health Financing Systems in Selected Countries. Iran J Health Insur. ۲۰۲۲;۵(۱):۶-۱۷.

۲۳. Kabir MJ, Heidari A, Jafari N, Khatirnamani Z, Honarvar MR, Behnampour N. Designing a Process for Developing and Revising a Basic Health Services Package in Iran: A Mixed Methods Study. Sjsph. ۲۰۲۲;۱۹(۴):۳۸۵-۳۹۸.

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

۲۵. Bowil, & patric, G. Planning in the development process. ۱۹۸۱

۲۶. Yarmohammadian, H, Bahrami, S & Abary, a. A. Managers and health professionals and proper need assessment models. ۲۰۰۴

۲۷. Bani IA. Health needs assessment. J Family Community Med. ۲۰۰۸ Jan;۱۵(۱):۱۳-۲۰.



۲۸. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *Bmj*. ۱۹۹۸ Apr ۲۵;۳۱۶(۷۱۴۰):۱۳۱۰-۳.
۲۹. Ainsworth D, Diaz H, Schmidlein MC. Getting more for your money: designing community needs assessments to build collaboration and capacity in hospital system community benefit work. *Health Promot. Pract.* ۲۰۱۳ Nov;۱۴(۶):۸۶۸-۷۵.
۳۰. Rosenkötter N, Vondeling H, Blancquaert I, Mekel OC, Kristensen FB, Brand A. The contribution of health technology assessment, health needs assessment and health impact assessment to the assessment and translation of technologies in the field of public health genomics. *Public Health Genom.* ۲۰۱۰ Dec ۱;۱۴(۱):۴۳-۵۲.
۳۱. Cowley S, Mitcheson J, Houston AM. Structuring health needs assessments: the medicalization of health visiting. *Sociol Health Illn.* ۲۰۰۴ Jul;۲۶(۵):۵۰۳-۲۶.
۳۲. Patient Protection and Affordable Care Act of ۲۰۱۰, Pub. L. No. ۱۱۱-۱۴۸, ۱۲۴ Stat. ۱۱۹ (۲۰۱۰)
۳۳. Chen WY. Does healthcare financing converge? Evidence from eight OECD countries. *Int J Health Care Finance Econ.* ۲۰۱۳ Dec; ۱۳:۲۷۹-۳۰۰.
۳۴. Haghdoost A, Dehnavieh R, Mehrolihsan MH, Abolhallaje M, Fazaeli AA, Ramezani M. Future Financing Scenarios for Iran's Healthcare System. *Arch. Iran. Med.* ۲۰۲۲ Feb ۱;۲۵(۲):۸۵-۹۰.
۳۵. Ottersen T, Evans DB, Mossialos E, Røttingen JA. Global health financing towards ۲۰۳۰ and beyond. *Health Econ. Policy Law.* ۲۰۱۷ Apr;۱۲(۲):۱۰۵-۱۱.
۳۶. Reiter KL, Song PH. Gapenski's Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management. Health Administration Press. ۲۰۲۱.



۳۷. Ham C. Simon Stevens speaks out over NHS funding. *BMJ*. ۲۰۱۷ Nov ۱۴;۳۵۹.
۳۸. Schäferhoff M, Martinez S, Ogbuaji O, Sabin ML, Yamey G. Trends in global health financing. *Bmj*. ۲۰۱۹ May ۲۰;۳۶۵.
۳۹. Corlette S, Monahan CH. US Health Insurance Coverage and Financing. *N. Engl. J. Med*. ۲۰۲۲ Dec ۲۲;۳۸۷(۲۵):۲۲۹۷-۳۰۰.
۴۰. Jahanmehr N, Noferesti M, Damiri S, Abdi Z, Goudarzi R. The projection of Iran's healthcare expenditures by ۲۰۳۰: evidence of a time-series analysis. *Int. J. Health Policy Manag*. ۲۰۲۲ Nov ۱;۱۱(۱۱):۲۵۶۳-۷۳.
۴۱. Jannati A, Hajebrahimi S, Azizzadeh M. Challenges and obstacles to clinical guidelines from the perspectives of urology residents: A qualitative study. *J Public Health*. ۲۰۲۱ Jan ۴;۱۱(۴):۳۱۶-۲۳.
۴۲. Soltani A, Khajavi A, Heyrani A, Fakhr-Movahedi A. Challenges of Clinical Guidelines Implementation from the Perspective of Clinical Care Providers at Gonabad University of Medical Sciences: A Qualitative Study Content analysis. *J. Promot. Manag*. ۲۰۲۲ May ۱۰;۱۱(۳):۴۰-۵۳.
۴۳. Kouchak F, Beiky F. Application of family physician clinical guidelines in social and family medicine internships to improve clinical competency of medical interns in Golestan University of Medical Sciences in ۲۰۱۹. *Horiz. Med. Educ. Develop*. ۲۰۲۲ Aug ۲۳;۱۳(۲).
۴۴. Moradi-Joo M, Olyaeemanesh A. Knowledge, attitude and performance of physicians towards clinical practice guidelines: a letter to the editor. *Tehran Univ Med J*. ۲۰۲۲ Oct ۱۰;۸۰(۷):۵۹۷-۸.
۴۵. Kimiaeimehr F, Hosseini SM, Alimohammadzadeh K, Bahadori M, Maher A. The study of factors affecting the implementation of clinical guidelines in Iran. *J. Mil. Med*. ۲۰۱۹;۲۱(۳):۳۰۰-۱۰.



۴۶. Steinberg E, Greenfield S, Wolman DM, Mancher M, Graham R, editors. Clinical practice guidelines we can trust. Proc. Natl. Acad. Sci. ۲۰۱۱ Jul.
۴۷. Physicians for the Twenty-First Century. Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine. J Med Educ. ۱۹۸۴ Nov;۵۹(۱۱):۱-۲۰۸.
۴۸. Abbaszadegan S. & Torkzadeh G. Need assessment in organization. ۲۰۰۱
۴۹. Kaufman A, Waterman RE, editors. Health of the Public: A Challenge to Academic Health Centers: Strategies for Reorienting Academic Health Centers Toward Community Health Needs. Health of the Public Program; ۱۹۹۳.
۵۰. Rivo M, Altman D, Foss F. Primary-care and the education of the generalist physician-coming of age-introduction. Acad Med. ۱۹۹۵ Jan ۱;۷۰(۱): ۵۳-۴.
۵۱. Anno BJ. Prisons and AIDS: A Public Health Challenge. JAMA. ۱۹۹۷ Jun ۱۱;۲۷۷(۲۲):۱۸۱۴-۵.
۵۲. Amara R. Health and health care ۲۰۱۰: The forecast, the challenge. (No Title). ۲۰۰۳ Feb ۱۷.