



به نام خدا

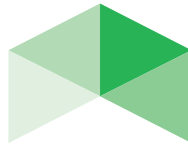


گزارش کارشناسی نظام ارجاع بیماران در کشورهای منتخب؛ مطالعه تطبیقی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی





موسسه عالی پژوهش تأثیر سلامت

نظام ارجاع بیماران در کشورهای منتخب؛ مطالعه تطبیقی

واژه‌های کلیدی:

سیستم سلامت

نظام ارجاع

پزشک خانواده

نویسندگان:

دکتر کمال قلی پور - دکتر شبنم ایزدی

ناظر علمی: گروه سیاستگذاری و اقتصاد سلامت

شماره مسلسل: DF ۱۱ HE (۱۸) ۹۷

تاریخ انتشار گزارش: ۹۷/۹/۱۷



خواننده گرامسی از طریق
اسکن بارکد می‌توانید جهت
شرکت در نظرسنجی این
کتاب به لینک مربوط به آن
مراجعه کنید.



| | | |
|-------------|------------------------------|---|
| فهرست مطالب | ۴ | پیشگفتار مؤسسه |
| | ۶ | فصل اول - مقدمه و بیان مسئله |
| | ۶ | مقدمه |
| | ۷ | سیستم سلامت |
| | ۱۲ | تاریخچه نظام ارجاع: |
| | ۱۳ | اجزاء سیستم ارجاع |
| | ۱۷ | اهمیت موضوع |
| | ۱۹ | سطح‌بندی نظام مراقبت سلامت ایران: |
| | ۲۱ | ضرورت و اهمیت انجام طرح |
| | ۲۳ | اهداف مطالعه |
| | ۲۴ | فصل دوم - روش‌شناسی پژوهش |
| | ۲۴ | دامنه پژوهش |
| | ۲۴ | جامعه آماری پژوهش |
| | ۲۵ | روش نمونه‌گیری و حجم نمونه |
| | ۲۵ | روش و ابزار گردآوری داده‌ها |
| | ۲۵ | روایی و اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها (validity & reliability) |
| | ۲۵ | روش تجزیه و تحلیل داده‌ها |
| | ۲۵ | محدودیت‌های پژوهش |
| | ۲۷ | فصل سوم - یافته‌های پژوهش |
| | ۲۷ | انگلستان |
| ۳۵ | فرانسه | |
| ۴۴ | ایتالیا | |
| ۵۳ | هلند | |
| ۶۱ | دانمارک | |
| ۶۷ | فنلاند | |
| ۷۳ | سوئد | |
| ۷۹ | اوکراین | |
| ۸۶ | تاجیکستان | |
| ۹۱ | استرالیا | |
| ۹۸ | نیوزیلند | |
| ۱۰۴ | ترکیه | |
| ۱۱۰ | تایلند | |
| ۱۱۷ | دسته‌بندی نظام ارجاع | |
| ۱۲۶ | فصل چهارم - بحث و نتیجه‌گیری | |
| ۱۳۱ | منابع | |

پیشگفتار مؤسسه

امروزه سلامت و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی حق اساسی آحاد مردم جامعه بوده و جزء تعهدات و تکالیف اساسی دولت‌ها محسوب می‌شود. دولت‌ها به منظور اطمینان از دسترسی مردم به خدمات سلامت، نظام‌های سلامت را مطابق با منابع و نیازهای کشور خود طراحی کرده‌اند که هدف نهایی آنها ارتقاء، بازگرداندن و حفظ سلامت مردم است.

در چند دهه اخیر، نظام‌های سلامت کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته، برای تأمین نیازهای جدید و انتظارات در حال تغییر که به دلیل گذر اپیدمیولوژیک، افزایش هزینه‌های سلامت، تغییرات دموگرافیک، نابرابری‌ها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌ها و چالش‌های مدیریت سلامت که در سطوح مختلف رخ داده است، برنامه‌های اصلاحی گسترده‌ای را در دستور کار قرار داده‌اند. یکی از این اصلاحات که در کشورهای توسعه‌یافته اجرا شده و نقش مثبتی در عملکرد نظام سلامت آن کشورها داشته است، اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده بوده است. سیستم ارجاع کارآمد باعث ایجاد ارتباط مناسب بین تمامی سطوح سیستم سلامت می‌شود و به‌عنوان پل ارتباطی، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات را از پایین‌ترین سطح به سطوح بالاتر و بالعکس هدایت می‌نماید. هسته اصلی و در واقع گرداننده نظام ارجاع، پزشکان خانواده هستند. پزشکان خانواده نقش غیرقابل‌انکاری در ارتباط بین مردم و نظام بهداشتی و درمانی دارند. آنها در کارایی و عادلانه بودن خدمات ارائه‌شده به مردم نیز نقش





و تأثیر به‌سزایی دارند. شواهد علمی نشان می‌دهد که اجرای پزشک خانواده نه تنها بر روی وضع سلامتی مردم تأثیر مثبت دارد بلکه می‌تواند به عنوان یک عامل کنترل‌لی، در کاهش خدمات تخصصی غیرضروری و کاهش هزینه‌های نظام سلامت تأثیر بسزایی داشته باشد. طرح پزشک خانواده در کشور ما هم سال‌هاست که لقلقه زبان سیاستگذاران نظام سلامت کشور است و در برنامه توسعه چهارم و پنجم بر اجرای آن تأکید شده است. در سال ۱۳۸۴ در سطح روستاها و شهرهای با جمعیت زیر بیست هزار نفر برنامه پزشک خانواده در کشور برای سطح اول خدمات آغاز شد و سپس در سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان به اجرا درآمد. همچنین از سال ۹۱ دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای خدمات تخصصی در دو استان مازندران و فارس به اجرا درآمد که همه این طرح‌ها همواره با چالش‌های جدی روبرو بوده‌اند به طوری که در دست یافتن به آنچه از اجرای پزشک خانواده انتظار می‌رود موفق عمل نکرده‌اند و نه تنها در ارتقاء سلامت و کنترل هزینه نقش مثبتی نداشته‌اند، بلکه به عنوان عامل رشد استفاده از خدمات غیرضروری و عامل فزاینده هزینه‌ها قلمداد می‌شوند. از این رو، این مطالعه در مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی طراحی شد تا در راستای بهره‌گیری از تجربیات جهانی در زمینه نظام ارجاع و سیر تکاملی آن و شناسایی چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی این برنامه‌ها در کشورهای منتخب اطلاعات مناسبی در اختیار مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت قرار دهد و در بهبود اجرای این برنامه مفید واقع شود.

دکتر شهرام غفاری

رئیس مؤسسه

پاییز ۱۳۹۷

فصل اول- مقدمه و بیان مسئله

مقدمه

امروزه بهداشت و درمان برای مردم از نظر اجتماعی به‌عنوان یک حق طبیعی و برای دولت به‌عنوان یک وظیفه و مسئولیت استراتژیک مطرح است. در این راستا تأمین خدمات سلامت برای همه مردم به‌عنوان وظیفه دولت، نمی‌تواند تنها از دید تجاری بررسی شده و یک حق اساسی در نظر گرفته نشود. از این رو دولت متعهد است که حداقل خدمات بهداشتی درمانی را برای تمام افراد جامعه فراهم نماید (۱).

بخش بهداشت و درمان یکی از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و عملکرد آن به‌عنوان یکی از شاخص‌های اصلی توسعه و رفاه اجتماعی از جوانب مختلفی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است و در دوره‌های مختلف تاریخی رویکردهای متفاوتی برای نظام‌های بهداشت و درمان در نظر گرفته شده است. با ایجاد تحول در ساختار سیاسی جوامع و پیشرفت‌های فنی و اجرایی، بخش سلامت نیز شکل ساختار یافته‌تری به خود گرفته و حیطه وظایف و مسئولیت‌های آن نیز شفاف‌تر شده است. در این راستا ساختار و چارچوب‌های عملکردی نظام‌های سلامت از جوانب مختلفی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است.





بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت سیستم سلامت^۱ در برگیرنده‌ی مجموعه افراد، سازمان‌ها و منابع می‌باشد که هدف اولیه آن‌ها ارتقا، حفظ و بازبایی سلامت می‌باشد. این بخش دربرگیرنده‌ی وزارت خانه‌های دولتی، بیمارستان‌ها و سایر خدمات سلامت، بیمه‌های سلامت، سازمان‌های داوطلب و خصوصی فعال در زمینه‌ی سلامت و همچنین شرکت‌های داروسازی و تجارت دارویی می‌باشد (۲). سیستم سلامت در کنار تمامی برنامه‌هایی مستقیم ارتقای سلامت، دربرگیرنده‌ی تمامی تلاش‌هایی می‌باشد که با هدف تاثیر گذاری بر تعیین گره‌های سلامت به منظور بهبود سلامت مردم انجام می‌شوند.

سیستم سلامت با ترکیبی از واحدهای مختلف بخش دولتی و خصوصی طیف وسیعی از خدمات فردی شامل: پیشگیری، ارتقایی، درمانی، توان بخشی و تسکینی را به مردم ارائه می‌کند.

▲ چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی عملکرد سیستم سلامت، ۲۰۰۰

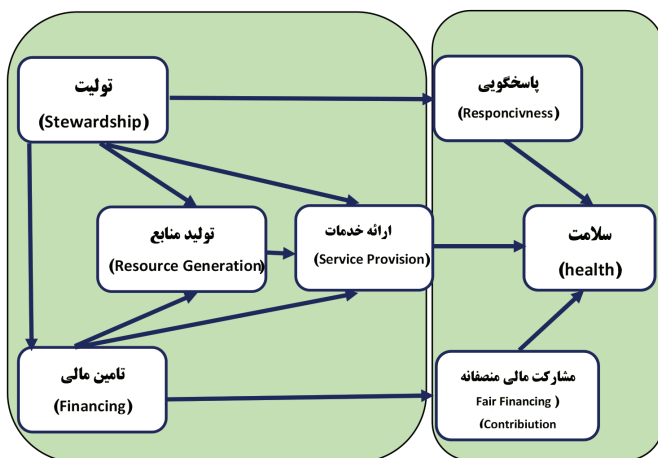
سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ برای ارزیابی و تحلیل سیستم‌های سلامت مدلی دویخشی ارائه کرد که بر اساس آن هر سیستم سلامت برای دستیابی به یک سری اهداف، نیازمند انجام برخی وظایف می‌باشد. بر این اساس هدف اصلی سیستم سلامت همانا ارتقا، حفظ و بازبایی سلامت بود و در کنار این هدف سیستم سلامت باید پاسخگوی نیازها و انتظارات غیر بهداشتی و درمانی^۲ مردم نیز باشد و از سوی دیگر ارائه خدمات و دسترسی به آن باید به شکلی باشد که مصرف کنندگان خدمات تحت تأثیر فشار مالی ناشی از استفاده از خدمات،^۳ قرار نگیرند. در این راستا بر اساس این مدل سیستم سلامت برای دستیابی به اهداف فوق نیازمند انجام برخی وظایف و اقدامات تحت عنوان کارکردهای نظام سلامت می‌باشد. مهم‌ترین نقش دولت در این

1- Health System

2- Responcivness to non-health needs

3- Fair Financing Contribution

زمینه تولید^۱ و نظارت بر عملکرد تمامی ذینفعان^۲ سیستم سلامت می‌باشد. علاوه بر این وظیفه تأمین مالی و تولید منابع به‌منظور اطمینان از ارائه خدمات سلامت در راستای ارتقای سلامت، از دیگر وظایف سیستم سلامت می‌باشد. باید توجه داشت که این چارچوب متناسب با اهداف سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی عملکرد سیستم‌های سلامت تدوین گردیده و می‌توان گفت رویکرد آن رویکردی واکنشی به عملکرد سیستم سلامت می‌باشد. هرچند که بر اساس آن می‌توان نقاط بحرانی و همچنین ضعف‌های سیستم سلامت را شناسایی و در پی راه‌حلی برای بهبود آن برآمد (۳). (شکل ۲-۲)



△ شکل ۲-۱: چارچوب مفهومی سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی عملکرد سیستم سلامت، ۲۰۰۰

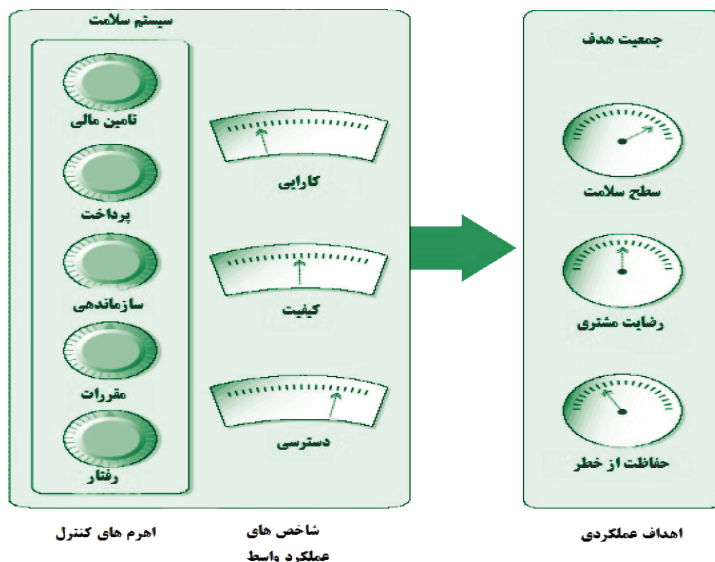
▲ چارچوب اهرم‌های کنترل، ۲۰۰۳

پس از انتشار چارچوب سیستم سلامت از سوی سازمان جهانی بهداشت بانک جهانی نیز با همکاری دانشگاه هاروارد چارچوبی را با رویکرد اصلاحی و کنترلی ارائه نمود که بر اساس این چارچوب سیستم سلامت به‌منظور دستیابی به اهداف خود تحت تأثیر ۵ عامل عمده می‌باشد و دولت‌ها می‌توانند با دست کاری این عوامل منجر به تغییر در وضعیت دستیابی به اهداف واسط سیستم سلامت همچون کیفیت، کارایی و

1- Stewardship

2- Stackholders

دسترسی شوند. این عوامل تحت عنوان اهرم‌های کنترل معرفی شده و دربرگیرنده‌ی تأمین مالی^۱ مکانیسم‌های پرداخت^۲، سازمان‌دهی^۳، قانون‌گذاری^۴ و رفتار^۵ دسته‌بندی می‌شوند. رویکرد اصلی این چارچوب تلاش برای شناخت مکانیسم‌های تغییرات عملکرد و در نتیجه شناسایی نقاط قابل دستکاری به منظور بهبود عملکرد و یا تغییر در ترکیب دستیابی به اهداف می‌باشد. چراکه در این چارچوب فرض بر این است که سیستم سلامت برای دستیابی به برخی اهداف لازم است از برخی اهداف دیگر خود چشم‌پوشی کند (شکل ۳-۲).

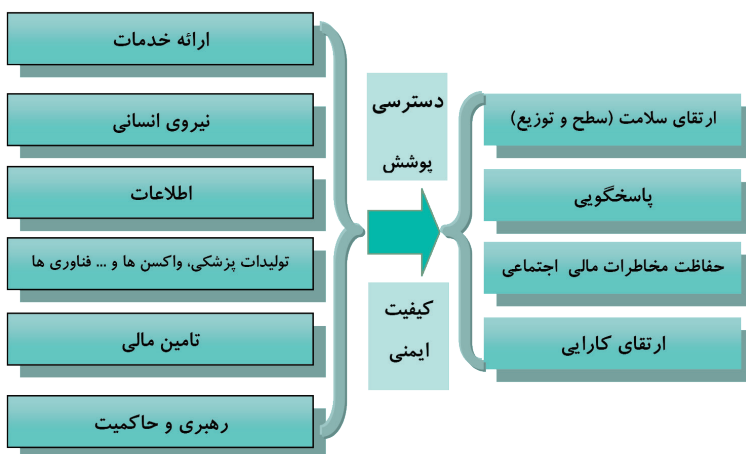


Δ شکل ۳-۲: چارچوب اهرم‌های کنترل، ۲۰۰۳

▲ چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای سیستم سلامت، ۲۰۰۸
 در سال ۲۰۰۷ سازمان جهانی بهداشت اقدام به انتشار چارچوبی تحت عنوان بلوک‌های

- 1- Financing
- 2- Payment Mechanisems
- 3- Organization
- 4- Regulation
- 5- Behaviour

ساختاری^۱ سیستم سلامت کرد که برنامه‌ای در واکنش به برخی بازخوردها و اصلاحات بر چارچوب سال ۲۰۰۰ به منظور شفاف‌سازی و تقویت نقش سازمان جهانی بهداشت در بهبود عملکرد سیستم‌های سلامت در جهان در حال گذار بود (۵). این چارچوب با هدف ایجاد درکی مشترک در خصوص عوامل تشکیل‌دهنده سیستم سلامت، اهداف سیستم سلامت و اقدامات لازم برای تقویت سیستم سلامت ارائه شد. در این چارچوب نیز همانند چارچوب سال ۲۰۰۰ اهداف سیستم سلامت مورد تأکید قرار گرفته بود و تنها تفاوت آن تمرکز بیشتر بر ارتقای کارایی بود. ولی در خصوص اهداف ابزاری شاهد نام‌گذاری و ترکیب جدید در قالب شش بلوک ساختاری هستیم. بر این مبنای سازمان جهانی بهداشت می‌توانست علاوه بر شناسایی وضعیتی بهینه و مناسب سیستم‌ها، راهکارهایی را نیز به منظور بهبود نقاط ضعف و چالش‌برانگیز استخراج و فعالیت‌ها و حمایت‌های خود را در آن راستا هدایت کند. هرچند بر اساس این چارچوب سیستم‌های سلامت از ۶ بخش مجزا تشکیل شده‌اند ولی باید توجه داشت که تغییر در عملکرد هرکدام از این اجزا می‌تواند عملکرد کلی سیستم و همچنین سایر اجزا را تحت تأثیر قرار دهد (شکل ۴-۲).



Δ شکل ۴-۲: چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای سیستم سلامت، ۲۰۰۸



یکی از مباحثی که در سال‌های اخیر در مورد ارتقای کیفیت مطرح شده بحث هماهنگی مراقبتی است که شامل تسهیل ارائه خدمات مراقبت سلامت صحیح در یک وضعیت صحیح در زمان صحیح و در یک شرایط صحیح است. انجمن پزشکی آمریکا هماهنگی مراقبتی را این چنین تعریف می‌نماید «ایجاد و حمایت از یک رابطه خوشایند مستمر که در یک محیط بالینی ادغام یافته و همراه با مراقبت‌ها و پیگیری مبتنی بر شواهد امکان‌پذیر شود». ادغام خدمات بالینی مربوط به میزان هماهنگی بین مردم، وظایف، فعالیت‌ها و شرایط در طول زمان است، به صورتی که ارزش خدمات ارائه شده به بیماران حداکثر شود. هماهنگی دربرگیرنده مجموعه‌ای از فعالیت‌های حرفه‌ای و سیستم‌های اطلاعاتی می‌باشد که برای دستیابی به خدمات سلامت، برآورد نیازهای بیماران و بهره‌گیری از جریان اطلاعات برای تسهیل ارائه خدمات انجام می‌گیرد. این هماهنگی می‌تواند از طریق فعالیت‌هایی برای تشویق استفاده از توانمندی‌های جامعه که شامل خدمات بهداشتی اجتماعی و عمومی می‌شود تسهیل شود (۶، ۷).

گاستل لو هماهنگی مراقبتی را حالتی تعریف می‌کند که در آن دو یا چند نفر کارهای مشابه یا وظایف هماهنگی را به‌طور هم‌زمان انجام می‌دهند. منظور از هماهنگی مراقبتی، سازمان‌دهی برنامه‌ریزی شده فعالیت‌های مراقبتی بیمار بین دو یا چند مشارکت‌کننده (شامل خود بیمار) که در مراقبت‌های بیمار همکاری می‌کنند، می‌باشد و هدف آن تسهیل ارائه خدمات مراقبتی متناسب می‌باشد. سازمان‌دهی مراقبت‌ها دربرگیرنده هماهنگی کارکنان و سایر منابع مورد نیاز جهت اجرای تمامی فعالیت‌های لازم برای مراقبت بیمار است. این کار اغلب از طریق تبادل اطلاعات بین مشارکت‌کنندگان مسئول جوانب مختلف مراقبت صورت می‌گیرد. همان‌طور که در تمامی زمینه‌ها یک دیدگاه مشترک مبنی بر کیفیت بالای فعالیت‌های تیمی نسبت به فعالیت‌های انفرادی وجود دارد در بخش بهداشت و درمان این مفهوم به دلیل وجود تخصص‌های ویژه و مختلف چشمگیرتر است. در این راستا توجه به دیدگاه‌ها و مشارکت بیمار (مشرتی) در روند درمان و مراقبت می‌تواند یکی از راه‌حل‌های اساسی

در زمینه‌ی تکمیل برنامه‌های ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باشد که لزوم توجه به این بحث در فعالیت‌های پیشگیری و مراقبت‌های طولانی‌مدت (بیماری‌های مزمن) بسیار نمایان‌تر است. چرا که در این موارد بیمار اغلب خود مسئول انجام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی‌اش بوده و در برخی موارد، دسترسی به ارائه‌کنندگان تخصصی مراقبت‌ها وجود ندارد. بنابراین، در این گونه موارد توانمندی خود بیمار می‌تواند گره‌گشای بسیاری از مسائل مراقبتی باشد (۸، ۹).

تاریخچه نظام ارجاع

در اوایل قرن ۱۹ میلادی سه گروه عمده از ارائه‌کنندگان شامل: پزشکان، جراحان و داروخانه‌ها خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به مردم ارائه می‌کردند. جایگاه جراحان در زمینه‌ی پزشکی از اواسط قرن ۱۸ شروع به رشد کرد. در این زمان مسئولین داوخانه‌ها بیماران را به پزشکان و جراحان معرفی می‌نمودند. اصلاحات در اواسط قرن نوزدهم با هدف ایجاد و تنظیم حرفه‌پزشکی متحد انجام شد. بخش عمده‌ای از انگیزه برای این اصلاحات از سوی متخصصین تازه‌کار در حال ظهور پزشکی عمومی و داروسازان عمومی بود که برای دریافت مجوز حرفه‌ای وابسته به کالج سلطنتی جراحان بودند. مقررات پزشکی ۱۸۱۵ و ۱۸۵۸ باعث ایجاد وحدت در آموزش پزشکی شد. در این راستا تحصیلات تکمیلی پزشکی که به دو شاخه‌ی مشاوران و متخصصین و پزشکان عمومی تقسیم شده بود، در برابر این اصلاحات قرار گرفت و در واقع در اواسط قرن نوزدهم، انجمن پزشکی بریتانیا به نفع ترکیب پزشک عمومی و پزشکان افتخاری در بیمارستان‌های تحت یک عنوان، رای مثبت داد. هر چند در این دوره بسیاری از پزشکان و جراحان شاغل در بیمارستان‌ها تمایلی به حضور پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها نداشتند و برای این منظور نظام ارجاع راهکار مناسبی بود (۱۰). بگونه‌ای که رزماری استیون بیان می‌کند نظام ارجاع باعث شد پزشکان عمومی از بیمارستان‌ها خارج شوند و «پزشکان و جراحان بیمارستان را حفظ کردند. اما پزشکان عمومی بیماران را حفظ کردند» (۱۱).

در ادامه نیز در سال ۱۹۴۸ با ایجاد سیستم طب ملی انگلستان و استفاده از پزشکان عمومی به‌عنوان درگاه‌داران سیستم، عملاً پزشکان عمومی امکان نهادینه‌سازی

سطح‌بندی خدمات در قالب سطح اول و دوم را امکان پذیر کردند. همچنین با توجه به نتایج مثبتی که نظام ارجاع و سیستم درگاه‌داری در کنترل هزینه‌ها در انگلیس داشت برخی از «سازمان‌های حفاظت سلامت»^۱ در ایالات متحده هم از این روش برای مدیریت خدمات سلامت استفاده کردند. (۱۲).

نظام ارجاع فرایندی است که طی آن یک سری فعالیت‌های سازمان یافته و به هم مرتبط به منظور انجام مراقبت دائم یا موقت از بیمار شکل می‌گیرد. در طی فرایند ارجاع کارکنان سلامت در یک سطح از نظام سلامت، به سبب نداشتن منابع و اطلاعات و مهارت کافی و به منظور مدیریت شرایط بالینی به دنبال انتقال مسئولیت مراقبت از بیمار به یک مرکز مجهز و با امکانات مناسب در همان سطح و یا سطح بالاتر هستند (۱۳).

اجزاء سیستم ارجاع

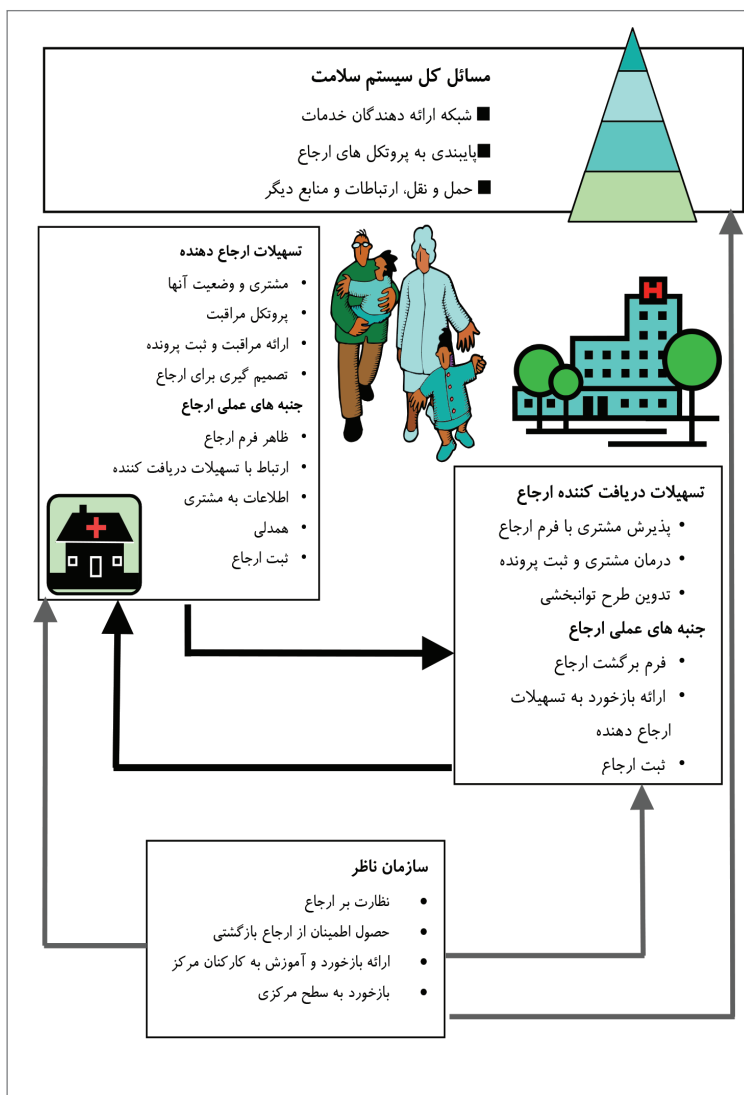
بررسی سیستم ارجاع به‌عنوان یک سیستم مستلزم توجه به تمامی اجزاء آن می‌باشد که مهم‌ترین بخش‌های یک سیستم ارجاع در شکل ۱ نشان داده شده است. این بخش‌ها می‌تواند بسته به شرایط محیطی کشورهای مختلف تفاوت‌ها و تغییراتی داشته باشد. همچنین طراحی و عملکرد سیستم ارجاع در کشورهای مختلف تابع عوامل ذیل می‌باشد:

• تعیین‌کننده‌های سیستم سلامت: توانمندی‌های سطوح پایین سیستم سلامت، دسترسی به کارکنان متخصص، ظرفیت‌های آموزشی، ساختار سازمانی، مسائل و زمینه‌های فرهنگی، سیاسی و تاریخی.

• تعیین‌کننده‌های عمومی: عواملی از قبیل اندازه و تراکم جمعیت، فاصله بین مراکز شهری، الگو و بار بیماری‌ها، تقاضا برای دریافت خدمات ارجاعی و توان پرداخت برای آن‌ها.



1- health maintenance organisations- HMO



Δ شکل ۲-۱. جریان نظام ارجاع در سیستم سلامت

سیستم سلامت

۱. ارائه کنندگان خدمات (بخش دولتی و خصوصی) و کیفیت خدمات

- مراقبت‌های اولیه بهداشتی تقویت شده
- تفکیک سطوح و شفاف سازی وظایف هر سطح
- وجود پروتکل‌های مراقبت برای خدمات در هر کدام از سطوح مراقبت
- وجود راه‌های ارتباطی و دسترسی



۲. انتظارات عملکردی

- انتظار ارجاع صحیح و رعایت پروتکل‌های مراقبت
- انتظار اینکه کارکنان سلامت و مشتریان فرایند ارجاع را رعایت کنند
- نظارت و سرپرستی منظم و ظرفیت‌سازی



۳. مشارکت سازمان‌ها

- وزارت بهداشت
- دانشگاه‌های پزشکی و پرستاری
- اتحادیه‌های صنفی پزشکی و پرستاری



تسهیلات ارجاع دهنده

۱. گیرندگان خدمات و وضعیت آن‌ها
۲. پروتکل مراقبت برای خدمات برای هر کدام از سطوح مراقبت
۳. ارائه مراقبت و تثبیت بیمار و ثبت خدمات ارائه شده
۴. تصمیم‌گیری برای ارجاع

جنبه‌های عملی ارجاع

۱. ظاهر فرم ارجاع
۲. ارتباط با تسهیلات دریافت کننده (ایجاد هماهنگی به شکل صحیح)

۳. اطلاعات به گیرندگان خدمات و خانواده آن‌ها / شبکه‌های حمایتی

- دلایل و اهمیت ارجاع و خطرات و پیامدهای عدم ارجاع
- راه دسترسی به تسهیلات ارجاع - محل و نحوه دسترسی
- فرد تحویل گیرنده و شرایط مورد انتظار
- پیگیری و ارجاع بازگشتی به مراکز ارجاع دهنده



۴. همدلی - درک انتظارات گیرندگان خدمات و خانواده آن‌ها / شبکه‌های حمایتی

- نگرانی و ترس کلی
- هزینه حمل و نقل، درمان و محل اسکان خانواده



۵. ثبت ارجاع به منظور پیگیری و جمع آوری داده‌ها

تسهیلات دریافت کننده

۱. پیش‌بینی زمان مراجعه گیرندگان خدمات و پذیرش گیرندگان خدمات و فرم ارجاع
۲. درمان گیرندگان خدمات و ثبت خدمات ارائه شده
۳. تدوین طرح توان بخشی و پیگیری با گیرندگان خدمات و خانواده آن‌ها / شبکه‌های حمایتی
۴. تکمیل فرم بازخورد ارجاع
۵. بازخورد به مرکز ارجاع دهنده در زمینه‌ی صحت ارجاع
۶. ثبت ارجاع به منظور پیگیری و جمع آوری داده‌ها

سرپرستی و ظرفیت‌سازی

۱. پایش ارجاعات و ارجاعات بازگشتی و بازخوردها

- تعداد و تناسب ارجاعات - مطابق دستورالعمل‌ها
- حجم مستندسازی‌ها
- ثبات پیگیری‌ها



۲. ارائه بازخورد، حمایت و آموزش به کارکنان سلامت

۳. ارائه بازخورد و گزارش به سطوح مدیریتی

اهمیت موضوع

دلایل زیادی در مورد علت بهره‌گیری مستقیم بیماران از خدمات بیمارستانی وجود دارد. بر اساس نتایج مطالعه باپنا^۱ ۵۵٫۷ درصد از گیرندگان خدمات به صورت مستقیم از خدمات تسهیلات ارجاعی بهره‌مند می‌شوند و علت این امر این است که از نظر مردم کیفیت خدمات این تسهیلات بالاتر است (۱۴). باین‌حال نتایج مطالعه اتیکسون و همکاران نشان داد که از دید مردم در مناطق شهری زامبیا نه‌تنها به دلیل کیفیت بالاتر بلکه به دلیل اینکه خدمات بیمارستانی ارزان‌تر بوده و همچنین دسترسی به دارو در بیمارستان‌ها بهتر است مورد استقبال بیشتری قرار می‌گیرد (۱۵). هرچند بر اساس مطالعات مختلف موانع و عملکردهای نظام ارجاع در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد (۱۶، ۱۷). برای مثال برخلاف هند و زامبیا زنان در اندونزی به دلیل این که اعتقاد دارند بیمارستان محل مرگ بچه‌هایشان است از پذیرش ارجاع به بیمارستان از سوی پزشک خودداری می‌کنند (۱۸).

در اکثر کشورها در مجموع می‌توان گفت دو نوع تسهیلات ارائه‌دهنده‌ی خدمات شامل مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها مسئول ارائه خدمات سلامت می‌باشند، همچنین مسئولین و مدیران سیستم‌های سلامت تمایل دارند بیماران جهت استفاده از خدمات سلامت ابتدا به تسهیلات مراقبت‌های اولیه مراجعه نمایند. در صورتی که مردم و گیرندگان خدمات نیز این اصل را رعایت نمایند می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های سیستم سلامت شود (۱۹). باین‌وجود در بسیاری از کشورها مردم اغلب برای دریافت خدمات سلامت به‌طور مستقیم به تسهیلات بیمارستانی مراجعه می‌کنند، که این امر علاوه بر تحمیل هزینه‌های اضافی به سیستم سلامت باعث ایجاد بارکاری زیاد برای این تسهیلات نیز می‌شود (۱۴).

1- Bapna

بر اساس مطالعه‌ای در تانزانیا تنها ۳ درصد از کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها جهت دریافت خدمات از مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارجاع داده شده بودند (۲۰). مطالعه مشابهی نیز در غنا نشان داد تنها ۳ درصد مراجعین به کلینیک‌های بیمارستانی و تنها ۱۱ درصد از کودکان پذیرش شده در بخش‌های بستری بیمارستان‌ها از مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارجاع داده شده بودند (۲۱).

از سوی دیگر در مطالعه‌ای که در تانزانیا اجرا شد مشخص گردید در حدود نیمی از کودکان ارجاع داده شده به بیمارستان‌ها با یک یا دو روز تأخیر به بیمارستان‌ها مراجعه نمودند (۲۲). در غنا ۹۶ درصد از بیماران ارجاع داده شده در همان روز برای دریافت خدمات به بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند (۲۱).

همچنین در مطالعه‌ای در اوگاندا مشخص شد باوجوداینکه کارکنان بهداشتی انتظار داشتند اکثر (۶۴ درصد) کودکان ارجاع داده شده به خدمات بیمارستانی دسترسی پیدا کرده‌اند ولی در واقعیت این رقم معادل ۲۸ درصد بود. که اصلی‌ترین علت عدم دسترسی به خدمات بیمارستانی در این مطالعه هزینه‌های خدمات بیمارستانی و محدودیت مالی عنوان شده بود (۲۳).

برخی از عواملی که در موفقیت نظام ارجاع در کشورهای مختلف می‌توانند تأثیرگذار باشند شامل مسئولیت‌پذیری در قبال عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، نظارت حمایتی از ارائه‌کنندگان برای بهبود عملکرد، تسهیل راه‌های ارتباطی بین مراکز ارجاع‌دهنده و مراکز پذیرنده ارجاع، پوشش هزینه‌های افراد بی‌بضاعت، ایجاد ظرفیت پایش عملکرد نظام ارجاع و حمایت سیستم سلامت از نظام ارجاع از نظر قانونی و سیاست‌گذاری هستند (۲۰).

برخی از چالش‌های مشترک در کشورهای درحال توسعه در زمینه‌ی نظام ارجاع شامل عدم تبعیت از نظام ارجاع، تأخیر در مراجعه به تسهیلات ارجاعی، میزان بالای خود ارجاعی، سیستم اطلاعات سلامت ناکارآمد، سیستم حمل‌ونقل ضعیف جهت دسترسی به خدمات ارجاع اورژانسی و کمبود امکانات در تسهیلات مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد (۲۴).

دسترسی به امکانات حمل‌ونقل یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های نظام ارجاع در کشورهای درحال توسعه می‌باشد و بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت

۷۵ درصد از مرگ‌ومیر مادران در صورت دسترسی به موقع به خدمات زایمانی قابل پیشگیری می‌باشد (۲۰).

یکی دیگر از عوامل ناکارآمدی نظام ارجاع عدم آموزش پزشکان در خصوص نحوه ارجاع می‌باشد. هر چند مطالعات اندکی در خصوص اهمیت پرونده‌ی الکترونیک سلامت در عملکرد نظام ارجاع انجام شده است ولی با این وجود دسترسی به سیستم‌های اطلاعات بهداشتی و پرونده‌ی الکترونیک سلامت بین پزشکان ارجاع‌کننده و پذیرنده منجر به تسهیل ارتباطات و بهبود کیفیت خدمات می‌شود (۲۵).

سطح‌بندی نظام مراقبت سلامت ایران

سطح‌بندی نظام مراقبت سلامت به منظور 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 می‌نماید.

به همین منظور در بخش دولتی، نظام مراقبت سلامت در اکثر کشورها به سطح اول، دوم و سوم به صورت مرتبط به هم تفکیک گردیده است. با توجه به ساختار سطح‌بندی شده، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر از طریق نظام ارجاع میسر می‌گردد. مطالعات متعدد نشان می‌دهد چنانچه سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازمان‌دهی گردد، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود. کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت عدم اعتماد مردم به اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی درمانی سطوح پایین، حجم زیاد کاری به علت خود ارجاعی بی‌مورد بیماران، ارجاع غیرضروری بیماران به سطوح بالاتر، ناکافی بودن کمیته و کیفیت اطلاعات مبادله شده بین سطوح مختلف، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای استانداردهای ارجاع در سطوح مختلف، ارتباط و هماهنگی نامناسب بین بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی، عدم پشتیبانی مدیریتی و تعهد ناکافی ارائه‌دهندگان در رعایت قواعد نظام ارجاع، بعد مسافت و مشکل ارتباطات را از مشکلات نظام ارجاع برمی‌شمارد.

کشورهای پیشرو در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع توانسته‌اند با رویکرد

سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به‌موقع بیماری همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع با هزینه‌کرد کارا و اثربخش منابع، منجر به ارتقای عدالت در سلامت و درنهایت ارتقای رضایت مردم و ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی شوند. طبق قوانین و مقررات جاری کشور گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده به‌طوری که در برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران اجرای آن برای پوشش تمامی مردم کشور از تکالیف مهم بخش سلامت می‌باشد.

سیستم ارجاع کارآمد باعث ایجاد ارتباط مناسب بین تمامی سطوح سیستم سلامت می‌شود و کمک می‌کند مردم خدمات موردنیاز خود را به مناسب‌ترین شکل از نزدیک‌ترین مراکز به محل زندگی خود دریافت کنند. همچنین سیستم ارجاع به استفاده بهینه از بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات اولیه و سرپایی کمک می‌کند. حمایت‌های ارائه‌شده از سوی کارکنان آموزش‌دیده بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان منجر به ایجاد توانمندی در مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی و دسترسی به خدمات باکیفیت می‌شود. در بسیاری از کشورهای درحال توسعه بخش بزرگی از مراجعه‌کنندگان به واحدهای سرپایی سطح دوم و کلینیک‌های بیمارستانی می‌توانند خدمات موردنیاز خود را با هزینه بسیار پایینی در مراکز ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های اولیه بهداشتی دریافت کنند (۲۶). یک سیستم ارجاع کارآمد می‌تواند پیامدهای زیر را به دنبال داشته باشد:

- مراجعه‌کنندگان بهترین خدمات را در سطح متناسب و بدون هزینه‌های غیرضروری دریافت کنند.
- تسهیلات و خدمات بیمارستانی بهینه‌تر و هزینه‌اثربخش‌تر استفاده شوند.
- مراجعه‌کنندگانی که نیاز بیشتری به خدمات تخصصی دارند به‌موقع به خدمات موردنیاز خود دسترسی داشته باشند.
- مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌درستی مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار آن افزایش می‌یابد.



مراقبت‌های اولیه به دلیل اینکه اولین نقطه دسترسی مردم به سیستم سلامت است، نقش بسیار مهمی در نظام بهداشتی و درمانی دارد. اشخاص با توجه به نوع بیماری، نیاز به انواع مختلف مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارند و عدم ارائه این خدمات از سوی نظام‌های بهداشتی درمانی می‌تواند تأثیرات منفی و معکوسی بر دستاوردهای نظام سلامت و وضعیت سلامتی مردم داشته باشد. تحقیقات نشان می‌دهد نظام بهداشتی درمانی موفق، می‌تواند به افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان، کاهش نابرابری‌های اجتماعی، کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش رضایت‌مندی مردم از نظام سلامت منجر شود. یک مطالعه‌ی مرور نظام مند در سال ۲۰۰۱ نشان داد که افزایش دسترسی به پزشکان خانواده در کاهش هزینه‌های نظام سلامت و افزایش سطح سلامتی، نقش مهمی دارد (۲۷).

یکی از عناصر اساسی برای افزایش کارایی و اثربخشی نظام سلامت که بایستی به‌وسیله بخش عمومی و دولت تأمین مالی شود دسترسی همگانی به خدمات پزشک خانواده می‌باشد. شواهد نشان می‌دهد عدم دسترسی کافی به پزشک خانواده نه تنها بر روی وضع سلامتی مردم تأثیر منفی دارد بلکه به علت افزایش تقاضا برای خدمات تخصصی غیرضروری بار مالی زیادی به‌نظام سلامت وارد می‌کند (۲۸).

پزشکان خانواده نقش غیرقابل‌انکاری در ارتباط بین مردم و نظام بهداشتی و درمانی دارند. آن‌ها در کارایی و عادلانه بودن خدمات ارائه‌شده به مردم نیز نقش و تأثیر بسزایی دارند (۲۹).

اجرای موفقیت‌آمیز برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ در قالب نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور، ما را به این نتیجه منطقی می‌رساند که اجرای هر برنامه و طرح دیگری در کشور، زمانی موفق خواهد بود که از اصول حاکم بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی پیروی کند. در این راستا، تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و تأکید بر استقرار بیمه سلامت با

محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع نیز در این راستا بود. در برنامه پزشک خانواده، 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 دارند. لذا، یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی کاری نابجاست (۳۰).

اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران از سال ۸۴ فرصت مناسبی را برای پزشکان عمومی فراهم آورد تا در بخش خدمات بهداشتی اولیه ارائه خدمت کنند. باین حال بعد از گذشت چند سال از اجرای برنامه سطح نارضایتی پزشکان خانواده شاغل در این برنامه بالا است. بیشتر پزشکان خانواده در شرایطی کار می‌کنند که از حجم کاری، نحوه پرداخت، فضای کاری و شرایط زندگی رضایت ندارند. اساسی‌ترین مشکل غیر کارکردی بودن و ناعادلانه بودن سیستم‌های پرداخت است (۳۱). در سال‌های گذشته، گرایش رو به رشدی در زمینه‌ی توجه به اهمیت و نقش انگیزه‌های مالی در سازمان‌های مراقبت سلامت به وجود آمده است. از این رو، مدیران مراقبت سلامت با الهام گرفتن از سایر صنایع، اقدام به طراحی انگیزه‌های مالی در جهت القای رفتار مورد انتظار در پزشکان نموده‌اند (۳۲). بر اساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت برای روستاییان و مناطق شهری زیر ۲۰,۰۰۰ نفر جمعیت در قالب طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم گردید. پس‌از آن نیز طرح پزشک خانواده شهری در قالب نسخه ۰۱ و ۰۲ به ترتیب در استان‌های خوزستان، چهارمحال بختیاری و سیستان و بلوچستان و سپس دو استان فارس و مازندران اجرایی شد. سطح‌بندی خدمات در قالب نظام ارجاع از ابتدای آغاز به کار همواره با چالش‌هایی مواجه بوده است. از این رو این مطالعه در راستای بهره‌گیری از تجربیات جهانی در زمینه‌ی نظام ارجاع و سیر تکاملی آن و شناسایی چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی این برنامه‌ها در کشورهای منتخب طراحی شده است.

اهداف اصلی

بررسی نظام ارجاع بیماران در کشورهای منتخب دنیا

اهداف فرعی

بررسی و دسته بندی کشورهایی که نظام ارجاع در آنها اجرا می شود

بررسی تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع در کشورهای منتخب

بررسی شیوه کنترل مراجعات مستقیم بیماران به متخصصین در کشورهای بدون نظام ارجاع

بررسی انواع سیستم های ارجاع بیماران در کشورهای منتخب

بررسی نقش بیمه ها در نظام های ارجاع کشورهای منتخب

بررسی انواع روش های تأمین مالی و پرداخت در نظام ارجاع کشورهای منتخب

بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش های پیش روی اجرای برنامه نظام ارجاع در کشورهای منتخب

بررسی دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت کشورهای منتخب

فصل دوم - روش‌شناسی پژوهش

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری از نوع تطبیقی می‌باشد که با بهره‌گیری از پایگاه داده‌های علمی و سایت وزارت بهداشت کشورهای منتخب و همچنین گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت انجام گرفت. برای این منظور وضعیت ارجاع در کشورهای منتخب در زمینه‌ی پوشش و شیوه پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات، نحوه ارائه خدمات بهداشتی اولیه و پزشک خانواده، شیوه پرداخت به متخصصین، نحوه دسترسی و انتخاب متخصصین، نظام درگاه‌داری و کنترل استفاده از خدمات، پرونده سلامت و نظام اطلاعات سلامت و ارتباط بین پزشکان خانواده با متخصصین مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت و در قالب جداول تطبیقی ارائه گردید.

دامنه پژوهش

پایگاه داده‌های علمی و سایت وزارت بهداشت کشورهای منتخب و همچنین گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت دامنه پژوهش مطالعه حاضر را تشکیل می‌دادند.

جامعه آماری پژوهش

سیستم سلامت و نظام‌های ارجاع ۱۳ کشور پیشرو در زمینه‌ی نظام ارجاع و یا بدون نظام ارجاع شامل: انگلستان، فرانسه، ایتالیا،



هلند، دانمارک، فنلاند، سوئد، اوکراین، تاجیکستان، استرالیا، نیوزلند، ترکیه و تایلند جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دادند.

روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

انتخاب نظام‌های ارجاع کشورها به صورت هدفمند انجام شد و برای این منظور کشورهای پیشرو و همچنین کشورهایی با وضعیت مشابه ایران همچون ترکیه و تایلند که اصلاحات مشابهی در نظام سلامت خود هم‌زمان با ایران آغاز کرده بودند انتخاب شدند.

روش و ابزار گردآوری داده‌ها

برای استخراج اطلاعات در خصوص وضعیت نظام ارجاع در کشورهای منتخب بررسی متون در پایگاه داده‌های علمی و سایت وزارت بهداشت کشورهای منتخب و بررسی گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت در زمینه‌ی سیستم‌های سلامت صورت گرفت.

روایی و اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها (validity & reliability)

منابع مورد استفاده از منابع علمی، معتبر و قابل دسترس بودند و همچنین برای افزایش اعتبار یافته‌ها ارجاع دهی در یافته‌ها صورت گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده در بررسی متون به صورت تحلیل محتوا استخراج و در قالب پوشش و شیوه پرداخت، نحوه ارائه خدمات اولیه و پزشک خانواده، شیوه پرداخت به متخصصین، نحوه دسترسی و انتخاب متخصصین، نظام درگاه‌داری و کنترل استفاده از خدمات، پرونده سلامت و نظام اطلاعات سلامت و ارتباط بین پزشکان خانواده با متخصصین دسته‌بندی شد.

محدودیت‌های پژوهش

عدم دسترسی به اطلاعات عملکردی و ساختاری کشورهای مختلف در زمینه‌ی نظام

ارجاع برای سال‌های یکسان در متون و منابع معتبر بین‌المللی مهم‌ترین محدودیت مطالعه حاضر بود که برای حل این موضوع سعی شد از منابع بروز همچون وبسایت‌های رسمی برای استخراج مطالب بروز بهره گرفته شود.

فصل سوم- یافته‌های پژوهش

در این فصل نظام ارجاع کشورهای انگلستان، فرانسه، ایتالیا، هلند، دانمارک، فنلاند، سوئد، اکراین، تاجیکستان، استرالیا، نیوزلند، ترکیه و تایلند در زمینه تأمین مالی سیستم سلامت، پوشش جمعیت و شیوه پرداخت، نحوه ارائه خدمات اولیه و پزشک خانواده، شیوه پرداخت به متخصصین، نحوه دسترسی و انتخاب متخصصین، نظام درگاه‌داری و کنترل استفاده از خدمات، پرونده سلامت و نظام اطلاعات سلامت و ارتباط بین پزشکان خانواده با پزشکان متخصص مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بررسی به شرح ذیل می‌باشد.

انگلستان

انگلستان^۱ نام نیمه جنوبی جزیره بریتانیای کبیر و یکی از چهار بخش کشور پادشاهی متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی است. این منطقه از شمال با اسکاتلند و از غرب با ولز هم‌مرز است و مهم‌ترین و عمده‌ترین جزء تشکیل‌دهنده کشور بریتانیا است. مرزهای آبی این کشور در شمال غرب دریای ایرلند، در جنوب غرب دریای سلتی و در شرق دریای شمال هستند، و در جنوب نیز کانال مانش آن را از اروپای قاره‌ای و کشور فرانسه جدا می‌کند.

انگلستان دارای بیش از یک‌صد جزیره کوچک و بزرگ

1- England

است. شهر لندن پایتخت انگلستان و درعین حال پایتخت پادشاهی بریتانیا است. مساحت این کشور ۱۳۰۳۹۵ کیلومترمربع و جمعیت آن در آخرین سرشماری در سال ۲۰۱۴ میلادی ۵۴۳۱۶۶۰۰ نفر بوده است.

متوسط امید به زندگی در سال ۲۰۱۲ در این کشور ۸۲٫۱ سال بود. (آمار به روز در سایت بانک جهانی (word development Index) موجود است). علاوه بر این، میزان مرگ‌ومیر نوزادان در انگلستان به‌طور چشمگیری از سال ۱۹۷۶ کاهش یافته و از ۱۴٫۲ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۷۶ به ۴٫۷ در سال ۲۰۰۸ رسیده است (۳۳).

▲ تأمین مالی

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. در اوایل سال ۲۰۰۰ دولت متعهد به افزایش سهم هزینه مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان بخشی از GDP در مقایسه با میانگین سایر اعضای اتحادیه اروپا شد. بسیاری از خدمات ارائه‌شده در انگلیس رایگان هستند اما خدماتی نیز وجود دارد که می‌تواند شامل پرداخت فرانشیز (مانند مراقبت‌های دندان‌پزشکی و دارویی) و یا پرداخت مستقیم (مانند مراقبت‌های اجتماعی) شوند. در سال ۲۰۱۳ پرداخت از جیب مردم ۹٫۳٪ از کل هزینه‌های بهداشتی را شامل می‌شد، درحالی‌که بیمه‌های سلامت خصوصی ۲٫۸٪ از هزینه‌های بخش سلامت را تأمین می‌کردند و کمتر از ۵٪ از منابع نیز از طریق سایر منابع خصوصی تأمین می‌شد (۳۴). بر اساس آمارهای موجود در سال ۲۰۱۴ سهم بخش بهداشت از سرانه درآمد ناخالص داخلی انگلیس برابر ۹ درصد بود.

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

اصلاحات انجام‌گرفته در سال ۲۰۱۲ منجر به ایجاد ۲۱۱ گروه مشاوران بالینی^۱ متشکل از متخصصین بالینی به‌جای ۱۵۲ اتحادیه‌ی مراقبت‌های اولیه^۲ شد. گروه‌های مشاوران بالینی هم‌اکنون مدیریت بودجه خدمات تخصصی را بر عهده دارد و سیستم طب ملی^۳ وظیفه انعقاد قراردادهای مراقبت‌های بهداشتی اولیه را بر عهده دارد (۳۵). هرکدام

1- Clinical Commissioning Groups

2- Primary Care Trusts

3- National Health System

از گروه‌های مشاوران بالینی جمعیتی در حدود ۲۵۰۰۰۰ نفر (۶۱۰۰۰ نفر تا ۸۶۰۰۰۰ نفر) را پوشش می‌دهند.

از سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ اصلاحاتی در ساختار و شیوه‌های پرداخت NHS هم در زمینه پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات و هم در مورد پرداخت به کارکنان NHS ایجاد شد. در این راستا برنامه‌های ملی پرداخت مبتنی بر نتایج و گروه‌های تشخیصی وابسته ایجاد شد و پرداخت به بیمارستان‌ها بر اساس این روش صورت می‌گیرد. همچنین در زمینه پرداخت به متخصصین و پزشکان عمومی نیز بر اساس تغییرات اتفاق افتاده، بر روی کیفیت تمرکز شد و پرداخت مبتنی بر عملکرد و پاداش به ازای دستیابی به اهداف تدوین گردید که با نام چارچوب پیامد و کیفیت شناخته شده است^۱ (۳۴).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

مراقبت‌های اولیه بهداشتی در انگلستان توسط بخش خصوصی و از طریق عقد قرارداد با نظام طب ملی به صورت مرکزی مدیریت می‌شود. نظام طب ملی وظیفه عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، مراقبت‌های تخصصی و همچنین ارائه خدمات بهداشتی به زندانیان و نظامیان را بر عهده دارد (۳۵). مراقبت‌های تخصصی و فوق تخصصی از طریق تعداد معدودی از بیمارستان‌ها به صورت مرکزی ارائه می‌شوند و در حدود ۱۰ درصد از بودجه کلی سیستم طب ملی برای این موارد هزینه می‌شوند. در انگلستان مراقبت‌های اولیه بهداشتی اولین سطح تماس بیماران با سیستم سلامت می‌باشد که توسط طیف وسیعی از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت شامل پزشکان عمومی، دندان‌پزشکان، داروسازان و کارشناسان بینایی‌سنجی ارائه می‌شود (۳۶).

ارائه‌ی مراقبت‌های سطح دو در قالب مراقبت‌های فوری و اورژانسی، مراقبت‌های بستری انتخابی، خدمات سلامت روان، خدمات بازتوانی، خدمات اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی نوزادان، کودکان و زنان باردار در انگلستان از طریق عقد قرارداد توسط گروه‌های مشاوران بالینی با ارائه‌کنندگان محلی انجام می‌شود.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی در بریتانیا سه نقش اصلی را ایفا می‌کند؛ اولین نقطه

1- Quality and Outcome Framework (QOF)

ارتباط در مواقع بروز بیماری و ناراحتی در بیمار؛ ارائه خدمات مداوم برای شرایط مزمن و آسیب‌ها؛ خدمات درگاه‌داری (پزشکان عمومی) برای مراقبت‌های تخصصی که به‌طورکلی در بیمارستان‌ها ارائه می‌گردد. اساساً مراقبت‌های اولیه توسط پزشکان عمومی که همراه دیگر مشاغل چون پرستار، ماما و مراقب سلامت که با مراقبت‌های بهداشتی مرتبط هستند، ارائه می‌شود (۳۳).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

بسیاری از مراقبت‌های سطح دو توسط پزشکان متخصص حقوق‌بگیر که در بیمارستان‌های دولتی کار می‌کنند ارائه می‌شود. خدمات سطح سه مراقبت‌های ویژه را در برمی‌گیرد، و اغلب با دانشکده‌های پزشکی و یا بیمارستان‌های آموزشی در ارتباط هستند. خدمات سطح سه اغلب بر روی موارد پیچیده و بیماری‌ها و درمان‌های نادر تمرکز می‌کنند. در سرتاسر بریتانیا حرکتی برای متمرکز شدن مراقبت‌های ویژه در مراکز محدود جهت بهبود کیفیت خدمات وجود دارد (۳۳). همه‌ی بیماران در انگلستان ملزم به پرداخت بخشی از هزینه‌ی داروهای تجویزی، خدمات مراقبتی چشم، خدمات دندانپزشکی و کلاه‌گیس و وسایل کمکی می‌باشند (۳۷).

▲ دسترسی / انتخاب ارائه‌کننده

کاهش مدت‌زمان انتظار برای مراقبت‌های فوری و انتخابی موضوعی است که از دیرباز در مباحث سیاسی بریتانیا مطرح بوده است. مدت زمان انتظار برای فرایندهای بستری به‌طور کلی در سال ۲۰۱۰/۲۰۰۹ نسبت به سال ۲۰۰۶/۲۰۰۵ در سرتاسر بریتانیا کاهش یافته است، اما در برخی موارد افزایش زمان انتظار نیز مشاهده شده است. از ابتدای ژانویه ۲۰۰۶ بیماران بایستی چهار یا پنج گزینه از ارائه‌کنندگان منطقه‌ای را به بیمارستان محل درمان خود معرفی کنند. از آوریل ۲۰۰۸ بیماران قادر به انتخاب ارائه‌دهندگان در سطح ملی می‌باشند که بر اساس استانداردها از طریق کمیسیون کیفیت مراقبت، مجوز ارائه خدمات دارند و ارائه‌کنندگان بر اساس تعرفه‌های ملی خدمات مراقبتی را ارائه می‌کنند (۳۳).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

در انگلستان در گذشته بیماران مجبور به انتخاب در بین بیمارستان‌هایی بودند که پزشک عمومی (GP) آن‌ها را به آن بیمارستان‌ها ارجاع می‌داد. معمولاً پزشک

عمومی از طرف بیمار این تصمیم را می‌گرفت. با سیاست‌هایی که در دهه ۲۰۰۰ مطرح گردید امکان انتخاب محل ارجاع برای درمان برای بیمار فراهم گردید. طرح (نهاد سلامت ۲۰۰۰)، نظام طب ملی (NHS) از طرف دولت انتخاب زمان و تاریخ مراجعه به بیمارستان برای بیماران ارائه شد. اما انتخاب مکان ارجاع برای درمان بعدها اعلام گردید و به بیماران مبتلابه انسداد عروق کرونری قلب (CHD) به‌طور ملی و عمل‌های جراحی اختیاری در لندن و به مدت زمان شش ماه تا هشت ماه برای درمان و مراقبت‌های حاد پیشنهاد شد (۳۷). ارائه حق انتخاب به بیمار، به منظور استفاده کارآمد از ظرفیت‌ها در NHS و کاهش زمان انتظار مطرح گردیده است (۳۴). بیماران اغلب تمایل به مراجعه به بیمارستان محلی خود برای دریافت خدمات تخصصی دارند هرچند در انتخاب بیمارستان در سقف هزینه‌ای نظام طب ملی آزاد می‌باشند. همچنین دسترسی به اطلاعات عملکردی ارائه‌کنندگان از طرف بیماران و پزشکان خانواده می‌تواند آن‌ها را در انتخاب آگاهانه یاری کند (۳۷).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

در سال ۱۹۹۰ دولت محافظه کار قانون خدمات سلامت و مراقبت‌های اجتماعی ملی را به تصویب رسانید که بر اساس آن با جدایی نقش‌های خریدار از فروشنده در نظام سلامت یک بازار داخلی ایجاد شد. این قانون با هدف افزایش کارایی و کیفیت بازار رقابتی را ایجاد کرد بر اساس این قانون کلینیک‌های پزشکان خانواده با جمعیتی در حدود ۱۱۰۰۰ نفر یا بیشتر مسئول تأمین مالی هزینه‌های کارکنان، هزینه‌های دارویی، مراقبت‌های سربایی و خدمات مشخص سربایی، بخصوص جراحی‌های انتخابی از طریق بودجه اختصاصی از سوی NHS شدند. بر این اساس صندوق‌های پزشکی خانواده به‌عنوان خریدار خدمات بیمارستانی و برخی خدمات اجتماعی و روانی به نمایندگی از بیماران تحت پوشش خود، فعالیت می‌کنند. همچنین ارائه‌کنندگان نیز در قالب این قانون به‌عنوان واحدهای نیمه مستقل که اتحادیه‌های (trusts) NHS نامیده می‌شوند سازماندهی شدند (۳۷). اخیراً نیز با تصویب قانون خدمات اجتماعی و سلامت در سال ۲۰۱۲ برخی از محدودیت‌های پیش روی کمیسیونرها جهت خرید خدمات از اتحادیه‌های NHS، بخش خصوصی و یا بخش‌های خیریه برای ارائه خدمات تحت پوشش NHS برداشته شد. بر اساس این قانون پزشکان عمومی در صورت تشخیص نیاز به ارجاع، می‌توانند بیماران را به طیف گسترده‌ای از ارائه‌کنندگان ارجاع دهند (۳۷).

اساساً مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط پزشکان عمومی که به همراه سایر کارکنان بهداشتی فعالیت می‌کنند، ارائه می‌شود. همچنین مراجعه به متخصصین و دریافت خدمات، نیازمند نامه ارجاع از سوی پزشک خانواده می‌باشد (۳۳). در صورت تایید نیاز به ویزیت پزشک متخصص از سوی پزشک خانواده، فرد می‌تواند با مراجعه به بیمارستان‌ها که خدمات تخصصی را ارائه می‌کنند، وقت ویزیت تنظیم کند و یا در غیر این صورت و در حالت عدم دریافت نامه ارجاع از سوی پزشک خانواده شخص باید هزینه ویزیت را خودش پرداخت کند (۳۷).

▲ ویزیت متخصص

سیاست‌های اخیر بر روی کاهش تقاضا برای مراقبت‌های فوری از طریق کمپین‌های اطلاع‌رسانی و گسترش دسترسی به خدمات مراقبت‌های ضروری متمرکز شده است. دولت امیدوار است که مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی یکپارچه باعث کاهش تقاضا برای خدمات مراقبت‌های اورژانسی و عدم نیاز به بستری شدن شوند (۳۳).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

با توجه به اینکه نظام سلامت انگلستان در قالب طب ملی سازماندهی شده است نقش بیمه‌ها در آن چندان پر رنگ نیست ولی با این حال بر اساس قانون خدمات سلامت و مراقبت‌های اجتماعی ملی، نقش ارائه‌کننده و خریدار از یکدیگر تفکیک گردیده است. همچنین این جدایی نقش‌ها در قانون سال ۲۰۱۲ نیز پابرجا باقی ماند. بر اساس قانون سال ۲۰۱۲ نقش خریدار خدمات را در نظام سلامت انگلستان گروه‌های مشاوران بالینی بر عهده دارد، و نقش ارائه‌کننده خدمات را نیز اغلب ارائه‌کنندگان خدمات تخصصی بر عهده دارند. بر اساس برنامه «تمامی ارائه‌کنندگان مورد تایید»^۱، بیماران می‌توانند برای دریافت مراقبت‌های اولیه بهداشتی خود به تمامی ارائه‌کنندگان مورد تایید در منطقه خود مراجعه و ثبت نام نمایند. همچنین با توجه به اینکه یکی از شروط برنامه پذیرش قیمت‌های مصوب از سوی پزشکان می‌باشد انتخاب ارائه‌کنندگان تنها بر مبنای کیفیت خدمات می‌باشد و قیمت و هزینه بین ارائه‌کنندگان تفاوتی ندارد (۳۷). بیمه‌های خصوصی نیز بر اساس مفاد قرارداد خود می‌توانند بر اساس قیمت مشخص و یا پوشش کامل خدمات و همچنین در نظر گرفتن حاشیه سود خود به بیماران خدمات ارائه نمایند (۳۳).

▲ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

یکی از مهم‌ترین دستاوردهای نظام ارجاع در نظام طب ملی کنترل هزینه‌های بهداشتی می‌باشد بطوریکه انگلستان در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته کنترل هزینه‌ای بهتر و در کنار آن دستیابی به سطح قابل قبولی از شاخص‌های سلامت داشته است. همچنین دسترسی به نظام اطلاعاتی کامل و پرونده‌ی الکترونیک پزشکی موجب سهولت در اجرای نظام ارجاع و همچنین بهبود عملکرد آن و افزایش هماهنگی و همکاری بین ارائه‌کنندگان مختلف مراقبت‌ها شده است. زمان انتظار نسبتاً طولانی در سیستم طب ملی انگلستان یکی از چالش‌های موجود در برابر افزایش پاسخگویی سیستم سلامت و همچنین موجب نارضایتی مردم از خدمات می‌باشد. هر چند محدودیت در حق انتخاب یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی نظام ارجاع در انگلستان می‌باشد و موجب کاهش شاخص پاسخگویی سیستم سلامت می‌گردد. با این حال بر اساس مطالعه افکار سنجی سال ۲۰۱۲ حداقل ۵۰ درصد از پاسخ‌دهندگان از خدمات پزشکان خانواده، مراقبت‌های بستری و سرپایی و همچنین از نحوه مدیریت NHS رضایت کامل داشتند. همچنین اطلاعات کاملی در خصوص وضعیت رضایت بیماران از خدمات بخش‌های مختلف به صورت منظم در دسترس نمی‌باشد. هر چند مطالعات مختلفی در این زمینه انجام می‌گیرد ولی ارائه‌کنندگان از این اطلاعات برای ارتقای کیفیت خدمات خود به صورت نظام‌مند استفاده نمی‌کنند. در کنار رضایت قابل قبول مردم از خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین دسترسی نسبتاً قابل قبول مردم به خدمات سلامت برخی چالش‌ها همچون نابرابری‌ها در وضعیت سلامت برخی مناطق در کنار تلاش‌های زیادی که برای حل آنها صورت گرفته است همچنان وجود دارد (۳۷).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

انگلستان جزء معدود کشورهایی است که سیستم سلامت در آن به شکل سنتی خدمات سلامت را به صورت رایگان به تمامی اتباع خود ارائه می‌نماید. سیستم سلامت انگلستان در تلاش برای توزیع برابر امکانات و نیروی انسانی در بین مناطق مختلف و همچنین در کنار آن، پاسخ به تقاضای مردم برای ارتقای پاسخگویی سیستم سلامت است. هماهنگی بالای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سطوح مختلف و همچنین کنترل هزینه‌های سلامت در انگلیس از دستاوردهای ارزشمند اجرای نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده می‌باشد (۳۷).

در تمامی مراکز سلامت پزشکان مسئول هماهنگی تمامی مراقبت‌های ارائه شده به جمعیت تحت پوشش می‌باشد. همچنین بر اساس قانون سال ۲۰۱۲ برای مراقبت از بیماری‌های مزمن مشوق‌هایی در نظر گرفته شد که می‌تواند در بهبود کیفیت خدمات و کنترل مناسب استفاده از خدمات از سوی پزشکان خانواده، موثر باشد. از سال ۲۰۱۳ جهت هماهنگی مراقبت از بیمارانی که احتمال استفاده از خدمات اورژانسی در آنها بالا می‌باشد ۱۴ مرکز به صورت پایلوت برای ادغام خدمات در نظر گرفته شدند که با هدف کاهش پذیرش‌های اورژانسی بیمارستانی ایجاد شده‌اند (۳۸).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

تمامی مضمولان نظام طب ملی در انگلستان دارای شماره شناسایی هستند و تمامی خدمات دریافتی بر اساس آن صورت می‌گیرد. برخی از مراکز سلامت از سیستم‌های الکترونیکی مدیریت اطلاعات پزشکی استفاده می‌کنند و بیمارستان‌ها نیز از سیستم‌های کامپیوتری برای نگهداری اسناد و مدارک پزشکی بهره می‌برند (۳۸). برنامه ملی انگلیس برای فناوری اطلاعات^۱ به دلیل هزینه‌های بالای عملیاتی در سال ۲۰۱۳ کنار گذاشته شد ولی همچنان برخی از بخش‌های آن از جمله خلاصه پرونده‌ی مراقبت‌ها^۲ به‌منظور تسهیل دسترسی ارائه‌کنندگان در ساعات غیر اداری به اطلاعات بالینی، سیستم انتخاب و تنظیم وقت ملاقات^۳ با ارائه‌کنندگان خدمات، سیستم تجویز داروی الکترونیک^۴ و سیستم آرشیو بازیابی تصاویر پزشکی^۵ و همچنین سیستم پرداخت پزشکان عمومی اطلاعات لازم را در قالب سیستم محوری^۶ در اختیار کاربران قرار می‌دهد (۳۷).

1- The English National Programme for Information Technology (NPfIT)

2- Summary Care Records

3- Choose and Book

4- Electronic Prescription Service (EPS)

5- Picture Archiving and Communications Systems (PACS)

6- Spine Services



جمهوری فرانسه کشوری است در غرب اروپا، فرانسه از سرزمین اصلی به علاوه کوروس و مجموعه‌ای از جزایر در خارج از کشور و سرزمین‌هایی در قاره‌های دیگر تشکیل شده است. فرانسه دومین کشور پرجمعیت در اتحادیه اروپا پس از آلمان است و پنجمین قدرت اقتصادی در جهان است. متوسط امید به زندگی فرانسویان در بدو تولد در حال حاضر بیش از ۸۰ سال (۸۲٫۴ سال، در مقایسه با متوسط ۸۰٫۶ سال اتحادیه اروپا) و برای زنان با ۸۵٫۶ سال رتبه دوم در جهان را دارد. علاوه بر این، وضعیت سلامت سالمندان بهتر از بسیاری دیگر از کشورهای اروپا است. با این حال فرانسه از نرخ بالای مرگ‌ومیر زودرس مردان رنج می‌برد که از حوادث و عادات ناسالم مانند مصرف سیگار و الکل که شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر قابل‌پیشگیری در فرانسه است، ناشی می‌شود. همچنین نابرابری‌های بهداشتی در فرانسه بر اساس زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی گسترده‌تر از اکثر کشورهای اروپایی است. این نابرابری نه تنها در عوامل خطر بلکه نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی نیز وجود دارد (۳۹).

سیستم سلامت فرانسه ساختاری مبتنی بر رویکرد بیمارک دارد که با اهداف جهان‌شمولی و همبستگی به‌طور فزاینده مبین سبک بوریج است. سیستم بیمه اجتماعی سلامت^۱ در حال حاضر تقریباً ۱۰۰٪ از جمعیت را پوشش می‌دهد. بر اساس قانون وظایف سیستم سلامت در سه سطح شامل:

- دولت؛ مجلس و دولت و به‌طور اختصاصی وزارت بهداشت،
 - بیمه اجتماعی سلامت و
 - سازمان‌های محلی و نهادهای منطقه‌ای ارائه خدمات،
- دسته‌بندی می‌شود.

ارائه مراقبت از طریق ارائه‌کنندگان خصوصی، پزشکان مستقل، بیمارستان‌های دولتی، بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی و بیمارستان خصوصی انتفاعی صورت می‌گیرد. در کنار بخش مراقبت‌های بهداشتی و بخش خدمات اجتماعی، یک بخش بهداشت و درمان و مراقبت‌های اجتماعی ترکیبی، "بخش سوم" که مراقبت

1- Statutory health insurance- SHI

و خدمات حمایتی به سالمندان و معلولان را ارائه می‌کند نیز وجود دارد (۳۹).

در فرانسه ۷۴ درصد از هزینه‌های 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 به صورت پرداخت مستقیم از جیب و ۱ درصد باقیمانده هم از روش‌های دیگر تأمین می‌شود (۳۹).

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

اساساً منابع اصلی پوشش خدمات سلامت در فرانسه بیمه اجتماعی سلامت است که از مالیات بر درآمد کارفرمایان و کارمندان تأمین می‌شود. میزان حق بیمه دریافتی از کارکنان بسته به عوامل متعددی همچون میزان درآمد و بعد خانوار متغیر می‌باشد ولی به طور متوسط رقمی معادل ۸٪ از درآمد بالای میزان خط فقر می‌باشد که از سوی دولت و بر مبنای بعد خانوار تعیین می‌شود. همچنین سهم پرداختی بازنشستگان و مهاجرین رقم پایین‌تری را شامل می‌شود. علاوه بر منابع ذکرشده عواید بیشتر از مالیات‌های ویژه همچون؛ مالیات بر اقلام مصرفی مضر(تنباکو و الکل) و مالیات بر شرکت‌های دارویی به دست می‌آیند. از اول ژانویه ۲۰۱۶ برنامه حفاظت سلامت همگانی^۱ جایگزین برنامه پوشش همگانی سلامت^۲ شد. برنامه حفاظت سلامت همگانی دسترسی تمامی فرانسویان و همچنین افراد خارجی را به بیمه‌های سلامت تسهیل کرد. بر اساس این برنامه تمامی اتباع قانونی فرانسه در صورت ۳ ماه حضور مستمر در فرانسه مشمول دریافت خدمات سلامت در قالب بیمه دولتی می‌شوند. که این افراد در صورت شاغل بودن به صورت تعریف‌شده از سوی کارفرمایان خود در برنامه پوشش همگانی سلامت ثبت‌نام می‌شوند. هرچند وظیفه پیگیری و اطمینان از ثبت‌نام بر عهده خود افراد می‌باشد. همچنین افراد در مشاغل آزاد خود می‌توانند فرم‌های مربوط به ثبت‌نام را تکمیل و به صندوق‌های بیمه بهداشتی اولیه^۳ محل خود تحویل دهند. افراد بیکار و افرادی که توانایی مالی پایینی دارند تحت پوشش خدمات رایگان قرار می‌گیرند که به صورت دولتی تأمین

1- Protection Maladie Universelle-PUMA

2- courertutre maladie universelle- CMU

3- Caisse Primaire d'Assurance Maladie-CPAM

مالی می‌شود و تحت عنوان پوشش همگانی سلامت تکمیلی^۱ قرار می‌گیرند که این کار با تکمیل فرمی در صندوق‌های بیمه بهداشتی اولیه و تأیید آن انجام می‌شود و پس از تأیید واجد شرایط بودن فرد، تمامی هزینه‌های پزشکی و دندانپزشکی بدون پرداخت هرگونه هزینه‌ای در دسترس وی قرار می‌گیرد (۴۰).

تمامی افراد بالای ۱۶ سال تحت پوشش بیمه دولتی نیازمند ثبت‌نام در لیست یکی از پزشکان خانواده می‌باشند تا هزینه‌های آن‌ها به صورت کامل تأمین شود و در صورت عدم ثبت‌نام در لیست پزشکان خانواده میزان بازپرداخت هزینه‌های این افراد کمتر خواهد بود. همچنین افراد زیر ۱۶ سال نیازی به ثبت‌نام در لیست پزشکان خانواده ندارند و هزینه‌های این افراد به شکل کامل بازپرداخت می‌شود (۴۰).

بخش قابل‌توجهی از هزینه‌های پزشکی در فرانسه شامل ۷۰ درصد هزینه ویزیت پزشکان، ۸۰ درصد هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های فرانسه و ۱۰۰ درصد هزینه‌های دارویی از سوی بیمه دولتی پوشش داده می‌شود. بازپرداخت هزینه‌های پزشکی در فرانسه پس از تسویه حساب انجام گرفته و ظرف مدت ۵-۱۰ روز هزینه‌ها به حساب بانکی فرد واریز می‌شود (۴۰).

هزینه خدمات دندانپزشکی عمومی همانند سایر خدمات تخصصی پزشکی بازپرداخت می‌شود ولی در مورد هزینه خدمات پیچیده و تخصصی دندانپزشکی بخش کمتری از هزینه‌ها بازپرداخت می‌شود (۴۰).

برای پوشش هزینه‌هایی که از سوی بیمه دولتی پوشش داده نمی‌شود بسیاری از فرانسویان از خدمات بیمه‌های خصوصی تکمیلی که در اصطلاح موتوله^۲ گفته می‌شود استفاده می‌کنند. این بیمه‌ها می‌توانند ۳۰ درصد باقیمانده پرداخت‌های خدمات پزشکی را پوشش دهند. در بسیاری از موارد افراد در قالب قراردادهای شغلی و بسته‌های حمایتی کارفرمایان از مزایای بیمه‌های تکمیلی بهره‌مند می‌شوند و از سوی دیگر محصلین نیز می‌توانند از مزایای بیمه تکمیلی والدین خود استفاده کنند و یا به صورت اختصاصی برای خود بیمه تکمیلی خریداری کنند (۴۰).

حق بیمه‌ی برای بیمه‌های تکمیلی وابسته به برخی عوامل همچون سن تعیین

1- courertuttre maladie universelle complementarise – CMU-C

2- mutuelle

می‌گردد ولی بسیاری از بیمه‌های تکمیلی اطلاعات دقیقی در مورد وضعیت سلامتی فرد قبل از پذیرش دریافت نمی‌کنند (۴۰).

بیمه سلامت اختیاری تحت سه مجموعه مختلف وجود دارد: شرکت‌های بیمه تعاونی مبتنی بر اصول بیمه تعاونی^۱، شرکت‌های بیمه تجاری^۲ مبتنی بر اصول بیمه‌های تجاری و نهادهای پس‌انداز^۳ که مبتنی بر اصول تأمین اجتماعی اداره می‌شود. هر سه نوع تأمین‌کننده بیمه‌های سلامت خصوصی تحت نظارت و کنترل سازمان بازرسی احتیاطی و شفافیت^۴ قرار دارند (۳۹).

کالاها و خدمات پزشکی تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت عبارت‌اند از:

- مراقبت‌های بیمارستانی و خدمات درمانی در بخش‌های دولتی یا خصوصی ارائه‌کننده‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، توان‌بخشی و فیزیوتراپی.
- خدمات مراقبتی سرپایی ارائه‌شده از سوی پزشکان عمومی، متخصصین، دندان‌پزشکان و پزشکان زنان.
- خدمات تشخیصی و مراقبتی تجویز شده توسط پزشکان و انجام خدمات آزمایشگاهی، و خدمات پیراپزشکی (پرستاران، فیزیوتراپیست و گفتار درمانگران و ...)
- محصولات دارویی، لوازم پزشکی و پروتزهای تجویز شده که در لیست اقلام مجاز برای بازپرداخت هزینه قرار دارند.
- مسافرت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی
- با توجه به مناسب بودن پوشش، خدمات تشخیصی، درمان، دارو و پروتز بایستی توسط پزشک، دندان‌پزشک و متخصص زنان تجویز و عرضه و از طریق شاغلین در مراقبت‌های بهداشتی و یا نهادهای دارای مجوز ارائه شود (۴۱).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

مراقبت‌های بهداشتی اولیه و سطح دوم سرپایی از طریق عقد قرارداد با پزشکان

1- Mutual Insurance Companies

2- Commercial Insurance Companies

3- Provident Institutions

4- Prudential Control and Resolution Authority (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution)

مستقل، دندان‌پزشکان و کادر پیراپزشکی (شامل؛ پرستاران و فیزیوتراپیست‌ها) که در مطب خود فعالیت دارند و کارکنان استخدامی مراکز بهداشتی و درمانی عرضه می‌گردد. از دهه ۱۹۹۰ به بعد، پزشکان عمومی نقش مهمی در انسجام مراقبت‌ها از طریق سیستم درگاه‌داری که مردم را قبل از مشاوره توسط متخصصین به مراجعه به پزشکان عمومی ترغیب می‌نماید ایفا می‌کنند (۴۱).

مراقبت‌های پزشکی تخصصی به‌طورکلی توسط بیمارستان‌های عمومی که حدود دوسوم از این مراقبت‌ها را (۶۷٪ از تخت‌های پزشکی، و ۵۰٪ از مراقبت‌های روزانه) انجام می‌دهند و مسئولیت ۶۵٪ از خدمات تمام‌وقت و ۴۲٪ از خدمات مراقبت روزانه را بر عهده‌دارند، ارائه می‌شود (۳۹).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

بسیاری از متخصصین در فرانسه به صورت خصوصی و مستقل فعالیت دارند که هزینه‌های آن‌ها در اغلب موارد به صورت مستقیم و بر اساس سیستم پرداخت به ازای خدمت^۱ (کارانه) پرداخت می‌شود و پس از آن فرد هزینه‌ی خود را از سیستم بیمه دریافت می‌کند. البته این مکانیسم برای خدمات پرهزینه و همچنین خانواده‌های بی‌بضاعت متفاوت است و نظام بیمه‌ای هزینه‌ها را به صورت مستقیم به ارائه‌کنندگان پرداخت می‌کند. در حال حاضر در حدود ۳۵٪ از هزینه‌ها از طرف صندوق بیمه‌ای به صورت مستقیم به ارائه‌کنندگان پرداخت می‌شود. همچنین تعرفه‌های پایه این متخصصین از سوی وزارت بهداشت تعیین می‌شود. هرچند برخی از متخصصین هزینه‌های بالاتری از تعرفه‌های تعیین‌شده دریافت می‌کنند که این هزینه‌ها از سوی بیمه‌های دولتی و تکمیلی پوشش داده نمی‌شود. البته برخی از بیمه‌های خصوصی بسته به شرایط قرارداد این هزینه‌های مازاد را نیز پوشش می‌دهند.

ارائه‌دهندگان مستقل (پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، دندان‌پزشکان، پرستاران، فیزیوتراپیست‌ها، پزشک زنان، کارکنان آمبولانس، گفتار درمانگران، ارتوپدیستها و تکنسین‌های لابراتوار) بسیاری از خدمات سریایی و بخش زیادی از خدمات در

1- fee-for-service (FFS; rémunération à l'acte)

بیمارستان‌های خصوصی را بر مبنای پرداخت مستقیم بر اساس سیستم کارانه ارائه می‌کنند. به‌جز هزینه‌های مشخص، درآمدهای ناخالص آن‌ها تعداد، انواع و هزینه‌های خدماتی که عرضه می‌کنند را منعکس می‌نماید. اخیراً در فرانسه روش‌های جدیدی برای پرداخت‌ها معرفی شده است. به عنوان مثال روش جدید پرداخت‌های سرانه برای مدیریت بیماران مزمن^۱ از سوی پزشکان (سالانه ۴۰ یورو) و یا طرح آزمایشی در راستای پرداخت هزینه‌های بهداشتی در قالب شبکه‌های ارائه‌دهنده از طریق شهرداری‌ها در حال انجام است (۳۹).

همچنین از سال ۲۰۰۹ بیمه اجتماعی سلامت برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عملکرد را به صورت اختیاری با پزشکان عمومی و پزشکان خانواده اجرا نمود که در آن پزشکان در ازای دستیابی به یکسری شاخص‌های مورد توافق، مورد تشویق قرار می‌گیرند. در این راستا ۲۹ شاخص کیفی برای خدمات در نظر گرفته شده است. برای مثال اگر پزشکی که حداقل ۱۲۰۰ نفر بیمار تحت مراقبت دارد بتواند به ۸۵ درصد شاخص‌ها دست پیدا کند سالانه در حدود ۷۰۰۰ یورو پاداش دریافت خواهد نمود. همچنین در این برنامه هیچ جریمه‌ای برای عدم دستیابی به این اهداف وجود ندارد (۳۹).

▲ دسترسی/انتخاب ارائه‌دهنده

فرانسه به‌عنوان کشوری با حق انتخاب گسترده برای بیماران شناخته می‌شود. در واقع، اصول بهداشت همگانی دربرگیرنده‌ی حق انتخاب بیمار برای انتخاب خدمات تخصصی بهداشتی و بیمارستانی بر اساس الگوهای پایه در قوانین بهداشت فرانسه وجود دارد (۴۲). اجرای سیستم درگاه‌داری از طریق پزشک خانواده این حق را به‌طور چشمگیری محدود نمی‌سازد. ممکن است بیماران درمان توسط پزشک متخصص منتخب خود را انتخاب نمایند، و در صورتی که ارجاع به پزشک متخصص انجام شود، بیمار می‌تواند هر پزشک متخصصی را که می‌خواهد انتخاب نماید، حتی اگر آن پزشک توسط پزشک خانواده تعیین نشده باشد. (۴۲)

علاوه بر این، بیماران همیشه می‌توانند پزشکان عمومی دیگر و یا پزشکان متخصص را بدون ارجاع ویزیت نمایند که این امر مستلزم سطوح پایین بازپرداخت از طرف

1- Long-term illness (Affection de Longue Durée-ALD)

بیمه می‌باشند (۳۹).

انتخاب مراقبت‌های تخصصی

تحت تمهیدات «پزشک برگزیده» بیماران درخواست ثبت پزشک انتخابی خود را ارائه می‌کنند و وی باید ارجاعات به متخصص را تأیید نماید. پزشک انتخابی در این برنامه به‌عنوان پزشک عمومی فعالیت دارد. اما می‌تواند به‌عنوان متخصص در بخش‌های خصوصی یا عمومی مشغول بکار باشد. پوشش بیمارانی که به‌طور مستقیم به متخصصین یا پزشکان عمومی خارج از مسیر مراقبت ارجاعی دسترسی دارند به ۳۰٪ کاهش می‌یابد (۳۹).

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 نمایند و برای این منظور سیستم بیمه‌ی سلامت اجتماعی هزینه‌ی پزشکان را بر اساس رعایت سیستم ارجاع پوشش می‌دهد. از سال ۲۰۰۴ نیز برنامه‌ای تحت عنوان «قرارداد مسئولانه^۱» معرفی شد که بر اساس آن سیستم بیمه‌ی سلامت اجتماعی در صورت رعایت مسیر درمانی استاندارد و مبتنی بر سیستم ارجاع تا ۱۰۰ درصد هزینه‌ی خدمات را پوشش می‌دهد. همچنین برای پرهیز از بروز خطر اخلاقی در صورت عدم رعایت مسیر درمانی از سوی بیمار سیستم بیمه‌ای از پوشش کسورات اختصاصی و همچنین فرانشیز و سهم بیمار منع شده است. در سال ۲۰۰۶ تقریباً 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 (۳۹).

ویزیت متخصص

زمان انتظار برای ملاقات با یک پزشک متخصص بسیار متغیر است. برای مثال برای متخصصین ENT یک هفته؛ در صورتیکه که زمان انتظار برای مشاوره بین یک تا

سه ماه برآورد شده است. همچنین، مدت زمان انتظار برای چشم‌پزشک حدود ۱۲ ماه گزارش شده است (۳۹).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

برخلاف بیمه‌های خصوصی در سایر کشورهای اروپایی بیمه‌های خصوصی در فرانسه هیچ تأثیری در سرعت استفاده از خدمات ندارد و تنها به پوشش باقیمانده هزینه‌هایی که توسط بیمه‌ی دولتی پوشش داده نمی‌شود می‌پردازد (۴۰). همچنین بیمه‌های تکمیلی با پوشش مناسب هزینه‌های اقلام پزشکی و خدماتی که به‌طور ناقص از سوی بیمه‌های پایه انجام می‌شوند را تأمین می‌کنند. بیمه‌های خصوصی ۱۳٫۸٪ از کل هزینه‌های بهداشتی را تأمین می‌کنند و بیش از ۹۰٪ جمعیت را تحت پوشش دارد (۴۱). رشد روزافزون پرداخت‌های مستقیم از جیب توسط گیرندگان خدمات در سال‌های اخیر همچنان ادامه دارد به‌گونه‌ای که حتی با در نظر گرفتن بیمه‌های تکمیلی، پرداخت از جیب توسط خود بیماران حدود ۷٫۵٪ از کل هزینه‌های بهداشتی را شامل می‌شود. هرچند این رقم در مقایسه با میانگین ۱۶٫۱٪ پرداخت از جیب نسبت به کل هزینه‌های بهداشتی و درمانی در اروپا پایین است (۴۱).

در فرانسه در صورتی که بیمار خدماتی علاوه بر خدمات تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت را درخواست کند بر اساس قرار داد بیمه‌ای خود با بیمه‌های خصوصی می‌تواند بخشی از هزینه‌های مازاد را از بیمه‌های خصوصی دریافت کند (۳۹).

▲ 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 گردید که با هدف کاهش نابرابری‌های جغرافیایی ایجاد شده بود (۳۹). دسترسی به نظام اطلاعاتی و پرونده‌ی 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 به صورت کامل، موجب بهبود مشارکت بیمار در روند درمان و مراقبت‌ها شده است.

تفاوت‌های موجود بین سلامت افراد تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی نشان دهنده‌ی نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های درآمدی می‌باشد.

در سال ۲۰۰۹ برای کاهش ناعدالتی در سلامت، قانونی تصویب شد که بر اساس آن در صورتی که هر کدام از مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات از ارائه خدمات خودداری کنند با محدودیت و جریمه مواجه خواهند شد. از سوی دیگر، زمان انتظار نسبتاً طولانی در سیستم سلامت فرانسه یکی از چالش‌های موجود در برابر افزایش پاسخگویی سیستم سلامت و همچنین عامل نارضایتی مردم از خدمات می‌باشد (۴۳).

▲ **دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت**

در سال ۲۰۰۶ یعنی دو سال بعد از معرفی برنامه «قرارداد مسئولانه»، تقریباً تمامی بیمه‌های سلامت خصوصی از این مکانیسم پیروی می‌کردند و بر اساس آن سیستم بیمه‌ی سلامت اجتماعی تا ۱۰۰ درصد هزینه‌ی خدمات را در صورت رعایت مسیر درمانی استاندارد و مبتنی بر سیستم ارجاع پوشش می‌دهد. همچنین میزان مالیات برای حق بیمه پرداختی در قراردادهایی که از این مکانیسم پیروی می‌کنند از ۱۴ درصد به ۷ درصد کاهش پیدا کرده است (۳۹). در سال ۲۰۱۳ دستورالعمل مسیر ارائه خدمات به بیماران در تمامی سطوح و همچنین نقش هر کدام از ارائه دهندگان در بیمارستان‌ها و مراکز خارج از بیمارستان مشخص شد. همچنین از سال ۲۰۱۲ به منظور ارتقای هماهنگی مراقبت‌ها در قالب سیستم ارجاع و بهره‌گیری از سیستم‌های پزشکی از راه دور و سیستم‌های ارتباطی، پروژه‌ای به صورت پایلوت در حال اجرا می‌باشد (۳۸).

▲ **پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)**

در فرانسه ارتقای کیفیت خدمات سلامت و عملکرد سیستم سلامت بر اساس قانون شماره ۲۰۰۲-۳۰۳ سال ۲۰۰۲ هدایت و رهبری می‌شود. در این قانون به بهبود عملکرد ارائه گیرندگان خدمات سیستم سلامت، حقوق بیماران جهت دسترسی مستقیم به پرونده‌های کامل پزشکی و الگوهای الزام‌آور حرفه‌ای و جبران خسارت‌های ناشی از سو معالجه‌ها برای قربانی اشاره شده است (۲۲، ۴۱). پرونده‌ی الکترونیک پزشکی^۱ نیز به منظور تمرکز اطلاعات بیماران، جهت تسهیل مراقبت‌ها

1- dossier médical personnalisé

توسط متخصصین مختلف سلامت در میان رشته‌های مختلف؛ و ایجاد شبکه‌ای جهت عرضه مراقبت‌هایی در قالب سیستم شبکه‌ی شهرداری به بیماران دارای نیازمندی‌های مختلف، طراحی شده است (۳۹).

از سال‌های دهه‌ی ۱۹۶۰ و با گسترش و ایجاد رایانه ایده‌ی استفاده از آن در مدیریت اطلاعات پزشکی مطرح شد. در سال ۲۰۰۴ طرحی به‌منظور ایجاد سیستمی در جهت انتقال اطلاعات پزشکی بین ارائه‌کنندگان مختلف شروع شد ولی درنهایت به موفقیت نرسید. از سال ۲۰۱۰ سیستم برخط جدیدی برای انتقال اطلاعات بین ارائه‌کنندگان شکل گرفت. ولی تا سال ۲۰۱۲ تنها ۶۰۰۰ پزشک در سراسر کشور به این شبکه ملحق شده بودند. در سال ۲۰۱۴ مدیریت سیستم اطلاعات پزشکی بر عهده‌ی تأمین اجتماعی قرار گرفت و بر اساس قانون، در سال ۲۰۱۵ نیز تمامی بیماران مزمن و پزشکان آن‌ها ملزم به استفاده از خدمات سیستم پرونده‌ی اشتراکی پزشکی^۱ بودند. پرونده‌های الکترونیک پزشکی می‌توانند از سوی بیمار، ارائه‌کننده خدمات و یا به صورت مشترک ایجاد شود. در صورت ایجاد پرونده الکترونیک پزشکی از سوی ارائه‌کنندگان خدمات، بایستی رضایت آگاهانه بیمار جلب شود. دسترسی پزشکان به پرونده‌های الکترونیک پزشکی از طریق سیستم نرم‌افزاری همراه و یا از طریق وب‌سایت پرونده‌های الکترونیک پزشکی از طریق اینترنت می‌باشد. بیماران نیز تنها از طریق وب‌سایت پرونده‌های الکترونیک پزشکی به اطلاعات پرونده‌ی پزشکی خود دسترسی دارند (۴۴).

ایتالیا

ایتالیا با جمعیتی حدود ۶۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۲ ششمین کشور بزرگ در اروپا بود. ایتالیا از ۲۰ منطقه تشکیل شده است که به لحاظ جمعیت و سطح توسعه اقتصادی بسیار متنوع هستند، از سال ۱۹۹۰ استقلال قابل توجهی به خصوص در تأمین مالی و ارائه مراقبت‌های سلامت به این ۲۰ منطقه داده شده است. منطقه‌ها به استان‌ها و ایالت‌ها تقسیم شده‌اند که از شهرداری‌ها تشکیل یافته‌اند. ایتالیا حدود ۸۱۰۰ شهرداری دارد که طیف وسیعی از روستاهای کوچک تا شهرهای بزرگ مثل

رم را در برمی‌گیرد. ایتالیا دومین رتبه متوسط امید به زندگی را در میان کشورهای اروپایی دارد (به‌طور متوسط ۷۹/۴ برای مردان و ۸۴/۵ برای زنان در سال ۲۰۱۱). تفاوت‌های منطقه‌ای قابل توجهی برای زنان و مردان در بسیاری از شاخص‌های سلامتی وجود دارد. طیف وسیعی از شاخص‌ها نشان می‌دهد که سطح سلامت مردم ایتالیا در دهه‌های اخیر بهبود یافته است، ایتالیا یکی از پایین‌ترین نرخ‌های باروری را در کل جهان دارد (در سال ۲۰۱۱، ۱/۴ تولد به ازای هر زن که بسیار پایین‌تر از سطح جایگزینی (۲/۱) هست). رشد جمعیت نیز در این کشور بسیار پایین است (۰/۳٪ در سال ۲۰۱۲ که یکی از پایین‌ترین نرخ‌ها در اروپا هست و مهاجرت علت اصلی رشد جمعیت این کشور را تشکیل می‌دهد. بیماری‌های اصلی و مهمی که مردم این کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد عبارت‌اند از: بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های تنفسی، همچنین استعمال سیگار و چاقی در میان جوانان عمده‌ترین چالش‌های بهداشتی هستند (۴۵).

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

خدمات سلامت ملی (NHS) ایتالیا تا حد زیادی از طریق مالیات‌های ملی و منطقه‌ای به‌اضافه فرانشیزها یا مشارکت‌های پرداختی مردم برای خدمات دارویی و مراقبت‌های سرپایی تأمین مالی می‌شود. در سال ۲۰۱۲ مخارج کلی سلامت ۹/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی، بود (کمی کمتر از میانگین اتحادیه اروپا ۹/۶٪). درحالی که این ارقام نشان دهنده‌ی یک روند رو به رشد و صعودی به سمت میانگین اتحادیه اروپا در چند سال اخیر بوده است، اما قسمتی از این رشد آشکارا به خاطر رشد نسبتاً ضعیف تولید ناخالص داخلی برای ایتالیا در این دوره بوده است (۴۶).

در ایتالیا ۷۸/۲٪ کل مخارج مراقبت‌های سلامتی از محل منابع عمومی فراهم می‌شود و ۱۷/۸٪ از محل پرداخت مستقیم از جیب بیماران برای استفاده از خدمات تأمین شده است. این پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران برای خدمات تشخیصی، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری، دارو، ویزیت‌های متخصصان و برای مداخلات غیر اضطراری ارائه شده در بخش اورژانس بیمارستان می‌باشند. تنها ۱٪ از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی توسط بیمه خصوصی تأمین مالی می‌شود (۴۶).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

به منظور بهبود ارائه خدمات پزشکی در خدمات سلامت ملی^۱ از بسیاری از عرضه‌کنندگان: بیمارستان‌هایی با ساختار مالکیتی متفاوت (مدیریت مستقیم، بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های آموزشی، عمومی و خصوصی، بیمارستان‌های تحقیقاتی و غیرانتفاعی) پزشکان عمومی و تسهیلات مراقبت‌های سرپایی خصوصی و عمومی (تخصصی و تشخیصی)، سازمان‌های دولتی و خصوصی، خدمات توان‌بخشی و کارکنان پرستاری استفاده می‌شود.

خدمات پزشکی از طریق نظام ارجاع توسط پزشکان عمومی (GP) و پزشکان متخصص عرضه می‌گردد. هزینه‌ی پرداخت شده به پزشکان عمومی بر اساس سرانه به همراه کارانه برای برخی خدمات همچون ویزیت در منزل و همچنین پرداخت مبتنی بر عملکرد بر اساس شاخص‌های مشخص تعیین می‌گردد. پزشکان خانواده می‌توانند حداکثر ۱۵۰۰ بیمار را ثبت‌نام کرده و پوشش دهند و بر اساس تعداد بیماران بودجه دریافت نمایند. بیماران هیچ گونه هزینه‌ای برای ویزیت پزشکان عمومی پرداخت نمی‌کنند و هیچ محدودیتی برای تعداد افراد ویزیت شده توسط پزشکان وجود ندارد.

برای ویزیت متخصصین در سیستم عمومی بیمار باید هزینه‌ای (معادل ۳۵ یورو و بسیار کمتر از بخش خصوصی) پرداخت نماید اما به‌طور منظم به پزشکان عمومی دسترسی خواهد داشت. مراجعه به پزشکان متخصص خصوصی، منظم نیست (۴۷).

وزارت بهداشت و درمان مسئول اصلی بهداشت همگانی در سطح ملی است. برنامه‌های غربالگری و واکسیناسیون در اولویت این نهاد هستند. به‌علاوه برنامه‌های ایمن‌سازی داوطلبانه و اجباری، آزمایش‌های پاپ اسمیر، ماموگرافی و غربالگری روده بزرگ برای جمعیت هدف در سراسر کشور به‌طور رایگان ارائه می‌شود (۴۷).

خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط ساختارهای منطقه‌ای مسئول سلامت ارائه می‌شوند. واحدهای عملیاتی مسئولین بهداشت محلی در طی ۱۵۸ سال اخیر تلاش‌هایی جهت سازمان‌دهی مجدد ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی با

هدف تغییر از مدل سنتی انجام داده اند. در مدل سنتی پزشک عمومی و سایر کارکنان حرفه‌ای سلامت، به صورت مجزا فعالیت می‌کنند ولی در مدل یکپارچه حرفه‌های مختلف مراقبت سلامت به هم متصل هستند و فاصله بین کارکنان خط مقدم با بیماران را پر می‌کند. تغییر از مدل سنتی به سمت مدل یکپارچه در حال پیشرفت است اگرچه سرعت این تغییر کند می‌باشد (۴۷).

ساختارهای منطقه‌ای سلامت مسئول سازمان‌دهی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی هستند. در سطح محلی مقامات مسئول سلامت، مبتنی بر محل جغرافیایی خدمات بهداشت همگانی را تدارک می‌بینند و خدمات سلامت جامعه محور و مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به‌طور مستقیم در اختیار مردم قرار می‌دهند. همچنین خدمات سطح دوم و مراقبت‌های ویژه را به‌طور مستقیم یا از طریق بیمارستان‌های عمومی و یا از طریق ارائه‌دهندگان خصوصی معتبر، در اختیار مردم قرار می‌دهند. حقوق و مسئولیت‌های مربوط به بیماران تنها در یک قانون مشخص نشده است بلکه در موارد مختلف قانونی مواردی مربوط به سلامت می‌باشد که از قانون اساسی شروع می‌شود و تا قانون تأسیس نظام سلامت کشور ادامه پیدا می‌کند. (۴۷).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

در خدمات سلامت ملی (NHS) پزشکان متخصص کودکان و پزشکان عمومی کارکنان مستقلی هستند و پرداخت به آن‌ها از طریق ترکیبی از سرانه و کارانه (برای برخی مداخلات) صورت می‌گیرند و سایر پزشکان شاغل، حقوق بگیر هستند و به‌عنوان کارمند فعالیت دارند. به همه پزشکان حقوق بگیر اجازه فعالیت خصوصی نیز داده می‌شود و می‌توانند درآمدی مازاد بر حقوق داشته باشند. بدین ترتیب پزشکان تشویق می‌شوند تا فعالیت‌های اضافی را در داخل سازمان‌های سیستم خدمات سلامت ملی (NHS) انجام دهند و قسمتی از درآمد خود را در ازای استفاده از تسهیلات به سیستم پرداخت کنند (۴۶).

نرخ بازپرداخت برای بیمارستان‌ها و خدمات سرپایی در هر منطقه با توجه به تعرفه‌ی ملی (که توسط وزارت بهداشت مشخص شده است) تعیین می‌گردد. اگرچه پرداخت به مراقبت‌های سرپایی بر اساس تعرفه به ازای واحد خدمت (کارانه)

است اما تفاوت‌های منطقه‌ای قابل‌توجهی در سیستم پرداخت وجود دارد؛ مثلاً در مورد این‌که تعرفه‌ها چگونه تنظیم شوند یا کدام خدمات باید در کدام بسته خدمت قرار گیرد، تفاوت‌هایی بین مناطق وجود دارد. بخش اصلی پرداخت برای خدمات بیمارستانی (درمان‌های متداول و روزانه) بر اساس روش گروه‌های تشخیصی وابسته صورت می‌گیرد، و بخشی نیز با استفاده از سایر روش‌های پرداخت همچون بودجه سالانه^۱ و پرداخت‌های ویژه^۲ پرداخت می‌شود. (۴۶).

▲ دسترسی یا / انتخاب عرضه‌کننده مراقبت

به‌طورکلی میزان درآمد تأثیری در دسترسی به مراقبت‌ها ندارد و این شاید حاکی از این باشد که SSN سیستم دسترسی فراگیری است و خدمات را به همه مردم ارائه می‌کند. با این حال افزایش درآمد شخصی تمایل به استفاده از خدمات پزشکان متخصص بخش خصوصی را افزایش می‌دهد. بنابراین حتی اگر در این سیستم امکان انتخاب از بین مکانیسم‌های مختلف خدماتی وجود داشته باشد باز افراد غنی‌تر را به سمت انتخابات خارج از این سیستم سوق می‌دهد. دلایل این تصمیمات باید بیشتر موردبررسی قرار گیرد چون این دلایل در طراحی مجدد این سیستم نقش مهمی دارند (۴۸). از سوی دیگر به خاطر اینکه افراد در طبقات مختلف نسبت به تغییرات درآمد حساسیت‌های متفاوتی دارند بنابراین هدف سیاست حقوق پایه به‌عنوان کمکی برای قشر آسیب‌پذیر است تا دسترسی آن‌ها به دلیل محدودیت‌های مالی کاهش پیدا نکند (۴۸).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

بیماران نیازمند مراقبت‌های سطح دو (به‌جز در موارد تصادفی و مراقبت‌های اورژانسی) جهت دسترسی به هر دو بخش خصوصی و دولتی نیازمند ارجاع هستند. هرچند بیماران در بخش خصوصی می‌توانند بدون مراجعه به پزشکان عمومی به پزشک متخصص مراجعه نمایند، اما خودگزینشی برای مراجعه به پزشکان متخصص همچنان بسیار کم است. همچنین بیمارستان‌های دولتی امکان مداوای بیماران خصوصی را ندارند (۴۷).

1- global budget

2- lump sum

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

در سال ۱۹۷۸ خدمات سلامت ملی ایتالیا بر اساس قانون شماره ۸۳۳ ایجاد و در پی آن صندوق‌های بیمه سلامت منحل شدند. در طی ۱۵ سال اخیر تلاش‌های زیادی برای گذر از سیستم سنتی پزشکی خانواده که به صورت انفرادی فعالیت دارند به سمت نظام ادغام یافته که ارائه‌کنندگان مختلف را به هم مرتبط می‌کند، صورت گرفته است ولی تغییرات در این زمینه به آهستگی در جریان است. در این راستا در سال ۲۰۰۰ برنامه‌ای برای سازماندهی مجدد مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه شد که بر اساس 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^۱، کلینیک‌های گروهی شبکه‌ای^۲ و کلینیک‌های گروهی پیشرفته^۳ شکل گرفتند. تغییرات بیشتر با شکل‌گیری واحدهای مجتمع مراقبت‌های سلامت^۴ 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^۵ ارائه گردید. 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. در پی آن نیز تعداد کلینیک‌های فردی و همچنین کلینیک‌های گروهی پایه، کاهش پیدا کرد و کلینیک‌های با ساختار پیچیده و پیشرفته افزایش پیدا کرد.

شبکه‌ای از پزشکان عمومی خدمات پزشکی خانواده را به بیماران ارائه می‌نمایند و نقش درگاه‌داری 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 معمولاً کودکان تا سن ۶ سالگی اگر والدین بخواهند تا سن

-
- 1- Base-Group Practice
 - 2- Network Group Practice
 - 3- Advanced Group Practice
 - 4- Territorial Units
 - 5- Complex Primary Care Unit

۱۴ - ۱۶ سالگی را نیز ویزیت می‌کنند) که نقش درگاه دار را بازی می‌کنند انجام می‌گیرد. در سال‌های اخیر افزایش تدریجی در بخش پذیرش اورژانس و حوادث اتفاق افتاده است که دلیل این امر مراجعه‌ی بیماران به بیمارستان به دلیل ناراحتی‌های جزئی یا اقدامات پیشگیرانه ساده که توسط مراقبت‌های اولیه بهداشتی و پیشگیری می‌توانند مدیریت شوند، می‌باشد (۴۷).

▲ ویزیت متخصص

خدمات تخصصی در ایتالیا در بخش خصوصی و دولتی ارائه می‌گردد و بسته به مدت زمان انتظار و همچنین تمایل به پرداخت افراد می‌توانند از هرکدام از این بخش‌ها استفاده کنند. در صورتی که فرد بخواهد از خدمات بخش دولتی استفاده کند و بدون پرداخت هزینه توسط پزشکان متخصص ویزیت شود بایستی از سوی پزشک خانواده و یا متخصص کودکان ارجاع داده‌شده باشد و در این صورت از طریق تماس با سیستم مرکزی نوبت‌دهی، نزدیک‌ترین زمان ویزیت توسط پزشک متخصص را دریافت می‌کند و در لیست انتظار ثبت می‌شود. همچنین در صورتی که فرد نخواهد برای دریافت خدمات منتظر بماند می‌تواند با پزشکان بخش خصوصی و یا پزشکانی که در بخش دولتی فعالیت دارند و در کنار آن فعالیت خصوصی نیز دارند (این پزشکان سیستم نوبت‌دهی مجزایی برای خدمات خصوصی دارند) تماس گرفته و وقت ویزیت دریافت کنند. استفاده از خدمات تخصصی خصوصی نیازمند نامه ارجاع از سوی پزشک عمومی نیست ولی تمامی هزینه‌ها را فرد باید به صورت مستقیم از جیب پرداخت نماید. در مراحل بعد ممکن است بیمار نیاز به خدمات بیمارستانی و جراحی داشته باشد که این امر بر اساس لیست انتظار کنترل می‌شود. پس از ترخیص نیز خدمات مراقبت در منزل با مدیریت پزشک خانواده به بیمار ارائه می‌گردد. برای مواقع اورژانس خارج از وقت کاری سیستم پزشکان مراقبت‌های مداوم^۱ در سطح ملی و محلی ایجاد شده است (۴۷).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

بیمه‌های خصوصی سهم محدودی در سیستم سلامت ایتالیا دارند و کمتر از ۱ درصد

1- Continuous Care Physicians

هزینه‌های سلامت را در سال ۲۰۰۹ به خود اختصاص داده بودند. بیمه‌های خصوصی تنها خدماتی که در بسته‌ی اساسی خدمات^۱ قرار ندارند و یا هزینه‌های مربوط به خدمات لوکس و مازاد و همچنین خدمات بخش خصوصی را پوشش می‌دهند (۳۸).

▲ 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 می‌باشد. 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. یکی از نقاط ضعف اساسی در سیستم سلامت ایتالیا تصمیمات سیاسی و نفوذ بالای سیاست‌مداران در سیستم سلامت می‌باشد که مانع از اجرای تصمیمات کارشناسی می‌شود. در زمینه مراقبت‌های اولیه بهداشتی نیز وجود کلینیک‌های انفرادی که مانع از هماهنگی کامل مراقبت‌ها و اجرای برنامه‌های کلان می‌شود یکی دیگر از موانع مقابل کارایی نظام ارجاع می‌باشد (۴۷). پزشکان خانواده، مسئولیت اصلی هماهنگی مراقبت‌ها را بر عهده دارند و اخیراً نیز با توجه به تغییرات انجام شده و گسترش نقش جوامع و خانواده در فرایند مراقبت‌ها و مراقبت در منزل، مراقبت‌های اجتماعی و سلامت نیز به هم مرتبط تر شده‌اند. همچنین بر اساس برنامه‌ی مصوب سال ۲۰۱۴ تمامی مناطق برای افزایش هماهنگی مراقبت‌ها، باید مجتمع‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۲ را که در برگیرنده‌ی پرستاران، کارکنان امور اجتماعی، پزشکان عمومی و متخصصین می‌باشد را ایجاد کنند. در کنار این موضوع بدلیل استفاده ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها از سیستم‌های اطلاعات پزشکی مختلف و عدم هماهنگی کامل این برنامه‌ها بین ارائه‌کنندگان مختلف یکی از موانع در راستای اجرای نظام ارجاع الکترونیک در ایتالیا می‌باشد (۳۸).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

فراهم نمودن خدمات تخصصی مورد نیاز با کمترین هزینه و همچنین افزایش دسترسی تمامی گروه‌ها به این خدمات یکی از مهم‌ترین دستاوردهای نظام ارجاع

1- essential levels of care- livelli essenziali di assistenza

2- primary care complex units

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 در طی ۲۰ سال اخیر برنامه پزشکان مراقبت‌های مداوم^۱ به‌منظور تضمین دسترسی ۲۴ ساعته به خدمات سلامت در سطح ملی و محلی اجرا شده است. در صورت نیاز به خدمات اورژانس این پزشکان بیماران را از طریق خدمات آمبولانس به نزدیک‌ترین بیمارستان ارجاع می‌دهند. همچنین در صورت استفاده نابجا از خدمات اورژانس بیمارستانی ممکن است هزینه‌ها مشمول بازپرداخت نشوند (۴۷).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

در سیستم خدمات سلامت ایتالیا سطح نوآوری در خدمات سلامت الکترونیک^۲ توسط دولت ارتقاء یافته است. و پیشرفت‌های اخیر در زمینه‌ی خدمات بر خط^۳ و پرونده‌ی الکترونیک سلامت^۴ دیجیتال‌سازی نسخه‌ها و گزارش‌های پزشکی به وجود آمده است (۴۷). هر چند از سال ۲۰۰۲ سیستم اطلاعات سلامت جدید در ایتالیا ایجاد شد ولی تا کنون در این کشور بیماران برای دریافت خدمات از یک کد شناسایی واحد استفاده نمی‌کنند و در بسیاری از موارد نیز مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی با سیستم ملی مرتبط نمی‌باشند و تنها مراکز بیمارستانی و خدمات دارویی و آزمایشگاهی از این سیستم استفاده می‌کنند و بیشتر اطلاعات مدیریتی در این سیستم قابل دسترسی می‌باشد و اطلاعات بالینی و پزشکی بطور کامل جمع‌آوری نمی‌شود. هر چند برخی از مناطق از سیستم اطلاعات کامپیوتری برای تسهیل ارتباط بین پزشکان و ارائه‌دهندگان مختلف استفاده می‌کنند که می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری در زمینه کیفیت و دسترسی به خدمات ارائه نماید ولی این برنامه فراگیر نمی‌باشد. از سوی دیگر تعداد محدودی از مناطق نیز از سیستم‌های اطلاعات پزشکی شخصی استفاده می‌کنند که اطلاعات پزشکی و درمانی فرد را در اختیار بیماران و پزشکان قرار می‌دهد (۳۸).

1- Continuous Care Physicians

2- E-HEALTH

3- ONLINE

4- Electronic Health Record- EHR



هلند (به زبان هلندی: Nederland) کشوری است کوچک از قلمروهای پادشاهی هلند در شمال غربی اروپا با ۱۷ میلیون جمعیت که بیشترشان مسیحی پروتستان هستند. پایتخت هلند شهر آمستردام است، اما به منظور تمرکززدایی بسیاری از وزارتخانه‌ها و سفارتخانه‌ها در شهر لاهه یا پیرامون آن مستقر شده‌اند. هلند بخش اصلی و اروپایی پادشاهی هلند بشمار می‌رود که جزایری را در آمریکای مرکزی نیز شامل می‌شود. هلند از شرق با آلمان همسایه است و از جنوب با بلژیک و از غرب نیز از طریق دریا با بریتانیا هم‌جوار است. بندر روتردام دومین شهر بزرگ هلند است و از نظر مساحت و تعداد اسکله‌هایی که دارد، بزرگ‌ترین بندر اروپا نیز به شمار می‌رود. در سال ۲۰۱۷ جمعیت هلند تقریباً ۱۷ میلیون نفر بود. ۲۵ درصد از زمین‌های کشور هلند پایین‌تر از سطح دریای آزاد قرار دارد و ۲۱ درصد از جمعیت آن در این مناطق زندگی می‌کنند. هلند یک کشور کوچک اما با تراکم جمعیتی زیاد است. هلند پرتراکم‌ترین کشور در اتحادیه اروپا پس از مالت است. متوسط امید به زندگی در هلند ۸۱٫۸ سال است. همان‌طور که در کشورهای دیگر، نابرابری در سلامت، به‌ویژه با وضعیت اجتماعی-اقتصادی وجود دارد. فاصله شش‌ساله در امید به زندگی در بین افراد با سطح آموزشی کم و زیاد و همچنین مشکل دسترسی به خدمات سلامت برای مهاجرین خارج از اتحادیه اروپا نشانگر این مطلب است (۴۹). در هلند ۷۸٫۸ درصد از هزینه‌های بخش سلامت به صورت دولتی، ۵ درصد از طریق بیمه‌های سلامت خصوصی، ۵٫۴ درصد نیز به صورت پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌شود (۴۹).

پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

به‌طورکلی ۷۲٪ مراقبت‌های سلامتی از طریق بیمه سلامت اجباری و مشارکت شهروندان و ۱۳٪ آن از محل مالیاتها تأمین مالی می‌شوند. بزرگ‌سالان حق بیمه خود را بر اساس نرخ مشخصی که برای تمامی جمعیت تنظیم شده است مستقیماً به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌کنند ولی حق بیمه کودکان را دولت پرداخت می‌کند. علاوه بر حق بیمه همگانی و پایه، حق بیمه‌ی دیگری نیز مبتنی بر درآمد تعریف شده است که به خزانه‌ی مرکزی پرداخت می‌شود که این رقم مجدداً در میان بیمه‌گرها بر پایه‌ی ریسک توزیع می‌شود. بسته خدمت پایه و اساسی شامل مراقبت

پزشکان عمومی، مراقبت مادران، مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های خانه سالمندان، مراقبت‌های دارویی و مراقبت‌های بهداشت روان را شامل می‌شود. در سال ۲۰۱۶ جز برای مشاوره پزشک عمومی، مراقبت مادران، خانه سالمندان و مراقبت کودکان زیر ۱۸ سال، افراد برای دریافت خدمات ۳۸۵ یوروی اولیه را به طور پرداخت مستقیم از جیب پرداخت می‌کردند. خدماتی که تحت پوشش بسته خدمت پایه بیمه نیستند مانند عینک و مراقبت‌های دندانپزشکی می‌توانند از طریق بیمه‌های سلامت خصوصی پوشش داده شوند (۴۹).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

مراقبت‌های اولیه بهداشتی در هلند در برگیرنده‌ی طیف وسیعی از ارائه‌کنندگان شامل پزشکان عمومی، فیزیوتراپیست‌ها، روان‌پزشکان و ماماها را شامل می‌شود. به‌منظور جلوگیری از ناهماهنگی در سیستم سلامت دولت اقدام به تقویت سیستم مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی کرده است. در این راستا پزشکان عمومی نقش عمده‌ای را بر عهده دارند. پزشکان عمومی و پزشکان خانواده نقش درگاه‌داری را در سیستم سلامت هلند ایفا می‌کنند و دسترسی به خدمات تخصصی و بیمارستانی به‌جز خدمات اورژانس تنها از طریق سیستم ارجاع و توصیه پزشکان عمومی امکان‌پذیر است. مردم در انتخاب پزشکان خانواده خود مختار می‌باشند و همچنین پزشکان خانواده نیز می‌توانند بنا به دلایلی همچون فاصله زیاد بیمار، از پذیرش وی در لیست خود اجتناب کنند. پزشکان عمومی مسئول هماهنگی مراقبتی در مورد بیماری‌های مزمن همچون؛ دیابت، نارسایی مزمن ریوی، آسم، مدیریت عوامل خطر بیماری‌های قلبی و مراقبت‌های روانی می‌باشند.

در سال ۲۰۱۴ در مجموع ۸۸۱۲ کلینیک مراقبت‌های پزشکی خانواده در هلند فعالیت می‌کرد که از این میان ۳۳ درصد از پزشکان در مراکزی با متوسط ۳ تا ۷ پزشک، ۳۹ درصد در مراکزی با دو پزشک و ۲۸ درصد به صورت انفرادی خدمات ارائه می‌کردند. هر پزشک تمام‌وقت سالانه در حدود ۲۲۰۰ نفر را تحت پوشش دارد.

علاوه بر پزشکان عمومی، فیزیوتراپیست‌ها، دندان‌پزشکان، ماماها و روانشناسان مراقبت‌های اولیه نیز ارائه‌کننده‌های خدمات اولیه بهداشتی هستند. دندان‌پزشکان و ماماها به صورت مستقیم در دسترس هستند. از سال ۲۰۰۶ امکان ملاقات

فیزیوتراپیست‌ها نیز به‌طور مستقیم فراهم شده است. هرچند در حدود ۵۰ درصد از مراجعات به فیزیوتراپیست‌ها از طریق ارجاع از سوی پزشکان عمومی انجام می‌شود. یکی از نکات قابل توجه در سیستم سلامت هلند نقش محوری ماماها در مراقبت‌های بارداری و زایمان می‌باشد. در سال ۲۰۱۲ در حدود ۱۶ درصد از زایمان‌ها تحت نظارت ماماها و در مراکز زایمانی (زایشگاه) و ۱۳ درصد زایمان‌ها نیز تحت نظارت ماماها یا پزشکان عمومی و در بخش‌های سرپایی بیمارستان‌ها انجام شده است. ویزیت توسط روانشناسان مراقبت‌های اولیه تنها از طریق سیستم ارجاع قابل دسترسی می‌باشد.

از سال ۱۹۹۰ بخشی از وظایف پزشکان عمومی همچون مراقبت‌های بیماری‌های مزمن همچون؛ دیابت، نارسایی مزمن ریوی و مدیریت عوامل خطر بیماری‌های قلبی بر عهده‌ی سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی همچون پرستاران و آگذار شد. همچنین در مورد برخی خدمات همچون خدمات فیزیوتراپی لزوم ارجاع از سوی پزشکان حذف شده است. از سوی دیگر برخی دیگر از خدمات همچون طیف گسترده‌ای از خدمات سلامت روان بر عهده‌ی پزشکان عمومی قرار دارد.

از سال ۲۰۱۵ خدمات پرستاری در منزل نیز از سوی بیمه‌های سلامت تحت پوشش قرار گرفتند و این پرستاران خدمات جامع پزشکی، روان‌پزشکی و خدمات اجتماعی موردنیاز این افراد را هدایت و مدیریت می‌کنند (۴۹).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

بسته خدمت پایه و اساسی شامل مراقبت پزشکان عمومی، مراقبت مادران، مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های خانه سالمندان، مراقبت‌های دارویی و مراقبت‌های اولیه سلامت روانی می‌باشد (۴۹).

مراقبت‌هایی که تحت پوشش بسته خدمت پایه بیمه نیستند، مانند عینک و مراقبت‌های دندانپزشکی، می‌توانند از طریق بیمه‌های سلامت خصوصی پوشش داده شوند. بیمه‌گرهای سلامت و ارائه‌کنندگان خدمات بر سر قیمت و کیفیت مراقبت‌ها چانه‌زنی و مذاکره می‌کنند هرچند در هلند رقابت بر سر کیفیت هنوز در مراحل ابتدائی است. برای مراقبت‌هایی که چانه‌زنی برای آن‌ها امکان‌پذیر نیست (حدود ۳۰٪ از مراقبت‌های بیمارستانی) مانند مراقبت‌های اورژانس (که برنامه‌ریزی نشده است)

یا پیوند اعضا (عهده‌ی محدودی از ارائه‌دهندگان) مقامات نظام سلامت هلند سقف تعرفه‌ای در نظر گرفته‌اند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت مؤسسات غیرانتفاعی به صورت مستقل عمل می‌کنند. هزینه‌های بیمارستان‌ها از طریق یک نوع اقتباسی از سیستم گروه‌های تشخیص وابسته^۱ تحت عنوان سیستم تشخیص و درمان ترکیبی^۲ بازپرداخت می‌شود. تفاوت سیستم تشخیص و درمان ترکیبی با گروه‌های تشخیص وابسته در این است که در این سیستم بجای تمرکز بر تشخیص اولیه و محاسبه هزینه‌ها بر اساس حداکثر خدمات قابل ارائه که در سیستم گروه‌های تشخیص وابسته انجام می‌گیرد، به ازای هر بسته تشخیصی درمانی یک کد برای بیمار در نظر گرفته می‌شود. بنابراین در مورد خدمات پیچیده ممکن است برای فرد چندین کد تشخیصی درمانی در نظر گرفته شود. از این رو این سیستم به دلیل انعطاف در برآورد هزینه‌ها، در مورد خدمات پیچیده و چند عاملی مناسب می‌باشد. پرداخت برای متخصصین نیز بر پایه‌ی سیستم تشخیص و درمان ترکیبی صورت می‌گیرد. هرچند در حدود یک‌سوم متخصصین به صورت استخدامی با بیمارستان‌ها همکاری می‌کنند (۴۹).

پزشکان عمومی با ترکیبی از کارانه، سرانه و پرداخت تشویقی برای مراقبت‌های یکپارچه و پرداخت مبتنی بر عملکرد (با تمرکز بر روی موضوعاتی مانند دسترسی و الگوهای ارجاع) مورد بازپرداخت قرار می‌گیرند (۵۰).

▲ دسترسی یا / انتخاب عرضه‌کننده

در هلند پزشکان عمومی و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی در قالب مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌عنوان درگاه داران سیستم سلامت نقش ایفا می‌کنند و به‌جز برای بخشی از مراقبت‌های اورژانسی دسترسی به خدمات متخصصین پزشکی و خدمات بیمارستانی تنها از طریق سیستم ارجاع امکان‌پذیر می‌باشد. پس از دریافت نامه ارجاع، بیمار می‌تواند هر بیمارستانی را که می‌خواهد برای درمان انتخاب نماید، اما وجه پرداختی به سیاست‌های آن بیمارستان بستگی دارد (۴۹).

مردم حق انتخاب پزشکان خانواده خود را دارند و می‌توانند پزشکان خانواده‌شان را خودشان انتخاب کنند اما در مقابل پزشکان خانواده نیز حق انتخاب دارند و می‌توانند

1- DRG

2- Diagnosis Treatment Combinations (DBC's)

بنا به دلایلی همچون فاصله زیاد بیمار از پذیرش وی در لیست خود اجتناب کنند. دسترسی به مراقبت‌های در منزل که نیازمند خدمات ۲۴ ساعته می‌باشند به تشخیص مرکز تعیین نیازمندی‌ها^۱ بستگی دارد. بیماران از حق انتخاب بین دریافت خدمت در منزل خود یا در مراکز نگهداری سالمندان برخوردارند. نگرانی‌هایی از بابت کیفیت مراقبت‌ها در خانه‌های نگهداری سالمندان و بخصوص نسبت به مهارت ارائه دهنده‌گان خدمات وجود دارد. مراقبت‌های طولانی‌مدت برای بیمارانی که نیازمند نظارت ۲۴ ساعته نیستند با هماهنگی پرستار در منزل انجام می‌شود. تعیین نیازمندی برای مراقبت‌های در منزل و حمایت‌های اجتماعی اغلب توسط کارمندان شهرداری و یا توسط تیم سلامت منطقه و با هماهنگی شهرداری انجام می‌پذیرد (۴۹).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

دسترسی به مراقبت‌های تخصصی بیمارستانی تنها از طریق ارجاع از سوی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه همچون پزشکان عمومی، دندان‌پزشکان و ماماها امکان‌پذیر است (۴۹).

شش نوع موسسه‌ای که در هلند مراقبت‌های تخصصی پزشکی و بیمارستانی ارائه می‌کنند شامل موارد زیر می‌باشند.

- بیمارستان عمومی
- بیمارستان آموزشی (دانشگاهی)
- بیمارستان تخصصی (ارائه مراقبت منحصربه‌فرد، مانند بیمارستان سرطان، بیمارستان چشم، مراکز توان‌بخشی)
- مراکز درمانی مستقل، ارائه مراقبت روز تنها
- مراکز بالینی فوق تخصصی (ارائه هر خدمات بیمارستان‌های عمومی و مراقبت‌های پیچیده)
- مراکز تروما.



در هلند بیماران پس از مراجعه به بیمارستان همیشه امکان انتخاب آزادانه بیمارستان (و حتی پزشکان درون بیمارستانی) را دارا هستند (۵۱).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

هر چند کلینیک‌های شخصی پزشکی خانواده نقش غالب را در سیستم بهداشت هلند بازی می‌کنند ولی از سال ۱۹۷۰ کلینیک‌های گروهی و مراکز چند تخصصی در حال گسترش هستند و در سال‌های اخیر نیز شبکه‌های مراقبتی پیچیده‌تر توسعه یافته‌اند. تا قبل از سال ۱۹۹۰ مراقبت‌های خارج از وقت کاری در کلینیک‌های انفرادی و گروهی به صورت شیفتی ارائه می‌شد. بعد از سال ۲۰۰۰ با گسترش کلینیک‌های مجهز و گروهی این مراکز مراقبت‌های خارج از وقت کاری را ارائه می‌نمایند. همچنین تریاژ بیماران به صورت تلفنی مشخص می‌کند که بیمار باید به مرکز مراجعه نماید و یا پزشک به منزل بیمار مراجعه خواهد کرد. تلاش برای تقویت مراقبت‌های اولیه بهداشتی منجر به ارائه طرح دکر^۱ در سال ۱۹۸۷ تحت عنوان «تمایل به تغییر» شد. این طرح به دنبال ایجاد بیمه‌ی واحدی برای تمامی مردم بود که بر اساس اصول بازار سازمان‌های بیمه‌ای باید به دنبال جذب مشتری می‌بودند و همچنین از سوی دیگر برای کاهش هزینه‌ها با ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت وارد مذاکره می‌شدند. طرح دکر مبنایی برای ارائه طرح سیمون^۲ در سال ۱۹۹۲ شد که این طرح در سال ۱۹۹۳ با شکست مواجه شد (۴۹).

بمنظور کاهش مراقبت‌های تخصصی از سال ۲۰۱۴ برخی خدمات همچون خدمات سلامت روان در سه سطح شامل: خدمات سلامت روان مبتنی بر پزشک عمومی، خدمات بهداشت روان پایه و خدمات بهداشت روان تخصصی دسته‌بندی شد. در این راستا پزشک عمومی که با همکاری یک پرستار مراقبت‌های بهداشت روان فعالیت می‌کند خدمات مورد نیاز را ارائه می‌نماید و در صورت صلاحدید بیمار را برای دریافت خدمات سطح بالاتر به متخصصین روانشناسی و روان‌درمان‌ها معرفی می‌نماید و در مواردی که به خدمات تخصصی تر نیاز باشد بیمار را به متخصصین روانپزشکی معرفی می‌نمایند (۴۹).

1- Dekker

2- Simons

در سال‌های اخیر نیز دولت در تلاش است بجای خدمات تخصصی، نقش پزشکان اولیه را بخصوص در مورد مراقبت‌های بیماری‌های مزمن ارتقا دهد و از طریق افزایش خدمات ارائه شده توسط پزشکان عمومی نیاز به مراقبت‌های تخصصی را محدود کند (۴۹).

▲ **ویزیت متخصص**

اکنون توجهات زیادی به مراقبت یکپارچه برای افراد دارای بیماری‌های مزمن و دارای عوارض مختلف و تغییر مراقبت‌ها به سمت سطوح تخصصی پایین وجود دارد که شامل برنامه‌هایی برای کاهش مراقبت‌های بیمارستانی و افزایش مراقبت‌های پزشکان عمومی و تربیت پرستار جهت خود مراقبتی می‌باشد. در این راستا، برنامه‌ای به صورت آزمایشی برای مراقبت یکپارچه از سالمندان فراتر از حدود قانونی و ساختارهای مالی با ۱۲۵ پروژه ویژه بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۶ انجام شد (۴۹).

▲ **نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع**

بیمه‌های سلامت هلند ریشه در صندوق‌های بیماری و همچنین صندوق‌های جبران خسارت دارند. از سال ۲۰۰۶ تمامی بیمه‌ها در قالب قوانین خصوصی فعالیت می‌کنند و می‌توانند به دنبال کسب سود بوده و به سهامداران خود سود پرداخت کنند. در سال ۲۰۱۴ در هلند ۲۶ سازمان بیمه سلامت در قالب ۹ مجموعه فعالیت داشتند که چهار مورد از بزرگترین شرکت‌ها رقمی در حدود ۱۳ تا ۳۲ درصد از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌داد. همچنین این ۴ مورد سازمان بیمه سلامت ۹۰ درصد جمعیت را تحت پوشش دارند (۴۹).

▲ **نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع**

در سال‌های اخیر افزایش خدمات ارائه‌شده توسط پزشکان عمومی نیاز به مراقبت‌های تخصصی را محدود کرده است. مراقبت‌های اولیه در کشور هلند نسبت به دیگر کشورهای اروپایی قویتر است و پزشکان عمومی هلندی در مقایسه با پزشکان عمومی دیگر کشورهای اروپایی خدمات گسترده‌ای را ارائه می‌دهند. حدود ۹۳٪ از خدمات مربوط به بیماران توسط پزشکان عمومی و از طریق مراقبت‌های اولیه ارائه می‌شود؛

تنها در ۷٪ از موارد جهت مراجعه به مراقبت‌های سطح دوم ارجاع صورت می‌گیرد (۴۹). بر اساس برنامه‌ی اجرایی در خصوص مدیریت بیماری‌های مزمن همچون دیابت، فشار خون، بیماری‌های قلبی و بیماری‌های مزمن انسدادی ریه بر اساس توافق صورت گرفته بین سازمان‌های بیمه‌ای و گروه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت که اکثراً مسئولیت آنها با یک پزشک عمومی می‌باشد تعرفه کلی خدمات و مراقبت‌ها برای هر کدام از افراد تحت پوشش مشخص می‌شود. این گروه ارائه‌کننده با استفاده از این هزینه‌ها تمامی خدمات مورد نیاز فرد را در طول دوره بر عهده می‌گیرد. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته این سیستم موجب بهبود سازماندهی و همچنین هماهنگی مراقبت‌ها بین ارائه‌کنندگان خدمات شده است ولی در خصوص کیفیت و پیامدهای مراقبت، تفاوتی گزارش نشده است. همچنین هلند در حال حاضر با تقویت نقش پرستاران سیستم سلامت به دنبال بهبود مراقبت افراد آسیب پذیر و همچنین بهبود هماهنگی مراقبت‌ها می‌باشد (۳۸).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

با افزوده شدن نقش هماهنگ کننده‌ی مراقبت‌ها به وظایف پزشکان عمومی، نقش درگاه‌داری این پزشکان تقویت شده است. در حال حاضر تغییر وظایف از سطوح دوم به سمت سطوح اول مراقبتی موجب افزایش حجم کاری در مراقبت‌های اولیه بهداشتی شده است که تأثیرات این برنامه در کاهش هزینه‌های سیستم سلامت و همچنین سطح سلامت مردم در آینده مشخص خواهد شد (۴۹).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

اطلاعات با کیفیت نه تنها برای پایش عملکرد سیستم سلامت بلکه برای آگاه سازی مسئولان، یکی از مهم ترین موضوعات مورد توجه می‌باشد. هر چند تمامی پزشکان خانواده از سیستم‌های الکترونیکی پرونده پزشکی برای ثبت اطلاعات بیماران و همچنین تجویزهای خود استفاده می‌کنند ولی تا کنون تلاش دولت برای یکپارچه سازی این سیستم‌ها موفقیت آمیز نبوده است. در این راستا بسیاری از پزشکان عمومی اجرای برنامه یکپارچه مدیریت مدارک پزشکی را به صورت مرکزی بدلیل وجود نگرانی در خصوص نحوه کار با سیستم و همچنین دسترسی به اطلاعات بیماران نپذیرفتند و در نهایت مجلس سنا نیز این طرح را بدلیل عدم

توجه کافی به محرمانگی اطلاعات بیماران لغو کرد (۴۹).

بیشتر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت از پرونده الکترونیک سلامت استفاده می‌کنند. تمام پزشکان عمومی از سیستم پرونده الکترونیک سلامت^۱ بیمار استفاده می‌کنند که شامل سیستم تجویز نسخه الکترونیکی نیز می‌شود و زمینه‌ای برای انجام تحقیقات پزشکی و سیاست‌گذاری در زمینه‌ی عملکرد پزشکان عمومی در هلند فراهم می‌کند. با این حال جمع‌آوری اطلاعات در سیستم ملی پرونده‌ی الکترونیک بیمار^۲ و اتصال این سیستم به سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد شکست خورده است. به‌طور کلی بنا به دلایلی از جمله حریم خصوصی یک سیستم محدودتر آن در حال اجرا است (۴۹، ۵۲).

همچنین در زمینه‌ی خدمات بیمارستانی، سیستم ملی ثبت خدمات بیمارستانی^۳ اطلاعات پزشکی، مدیریتی و مالی تمامی مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌ها جمع‌آوری و به‌منظور سیاست‌گذاری و ارزیابی سیستم بیمارستانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴۹).

دانمارک

دانمارک کشوری پادشاهی در شمال اروپا و پایتخت آن کپنهاگ است. جمعیت این کشور ۵٫۵ میلیون نفر و زبان رسمی آن دانمارکی است. زبان‌های فاروئی، گرینلندی و آلمانی نیز به‌عنوان زبان‌های محلی در این کشور رسمیت دارند. واحد پول این کشور کرون دانمارک است و با اینکه این کشور در سال ۱۹۷۳ به اتحادیه اروپا پیوسته اما به حوزه یورو پیوسته است. ۸۰٫۴ درصد مردم دانمارک مسیحی هستند.

دانمارک از اعضای مؤسس سازمان ملل و ناتو است. کشور دانمارک دارای دولت رفاه است و از نظر اختلاف پایین درآمد مردم، در رتبه اول جهان قرار دارد. دانمارک از نظر درآمد سرانه در رتبه هفتم جهان قرار دارد و در بررسی‌های سالانه، مردم آن مکرراً

1- NIVEL Primary Care Database (NIVEL Zorgregistratie, NZR)

2- Electronic Patient Record (Electronisch Patiënten Dossier, EPD)

3- (Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg, LBZ; or before 2014 National Medical Registration, LMR)

به‌عنوان «راضی‌ترین» مردم جهان اعلام می‌شوند و همچنین در سال ۲۰۱۶ شرکت یونیورسسام با انتشار شاخص سالانه شادی، کشور دانمارک را در رتبه نخست شادترین و راضی‌ترین نیروی کار در دنیا قرار داد. این کشور به‌عنوان کشوری با کمترین فساد اداری در جهان به شمار می‌آید. مردم دانمارک جزء اسکاندیناوی هستند و با مردم سوئد و نروژ خویشاوندند. اسکاندیناوی‌ها از تبار وایکینگ‌ها و شاخه‌ای از نژاد ژرمن هستند. ۸۵ درصد از این جمعیت در شهرها زندگی می‌کنند. تقریباً ۱.۶ میلیون نفر در پایتخت آن کپنهاگ و حوزه کپنهاگ بزرگ زندگی می‌کنند. دومین شهر بزرگ دانمارک آرهوس (Århus) با جمعیتی در حدود ۳۰۰,۰۰۰ نفر می‌باشد. تقریباً ۵ درصد از کل جمعیت دانمارک یعنی حدود ۲۷۰,۰۰۰ نفر خارجی هستند - که شامل مردم کشورهای شمال اروپا، اروپای مرکزی، آمریکای شمالی، خاورمیانه و آفریقا و آسیای جنوبی می‌باشند.

طبق تحقیقات یونسکو مردم دانمارک بعد از مردم کشور نروژ به خوشبخت‌ترین مردم روی زمین شهرت دارند ولی طی چندین سال متوالی اخیر مقام اول در رضایتمندی از زندگی را کسب کرده‌اند.

زبان رسمی کشور، زبان دانمارکی است که از شاخه زبان‌های ژرمنی بوده و با زبان‌های سوئدی و نروژی زیرشاخه شمالی زبان‌های ژرمن را می‌سازد. در دهه‌های اخیر، پیشرفت در وضعیت سلامت مردم با نرخی کمتر در مقایسه با سایر کشورهای اروپایی پیشرفت کرده است. با این وجود، روند امید به زندگی بهبود قابل توجهی در وضعیت سلامت مردم در نیمه دوم ۱۹۹۰ نشان می‌دهد. امید به زندگی در این کشور ۷۸٫۷۰ در سال ۲۰۰۸ بود (۵۳).

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

بیش از ۸۰٪ هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی توسط دولت تأمین می‌شود. میزان پرداخت از جیب مردم بسته به نوع خدمات متفاوت است. به‌طوری‌که سهم پرداخت از جیب در پرداخت هزینه دارو، خدمات دندان‌پزشکی و عینک به‌طور محسوسی بالا است، در حالی که در مورد سایر خدمات چندان چشم‌گیر نیست. مردم می‌توانند تحت پوشش بیمه‌های اختیاری سلامت^۱ قرار بگیرند. هر چند

1- Voluntary Health Insurance- VHI

سهم بیمه‌های اختیاری سلامت در مقابل هزینه‌های دولت نقش کمی داشته است، اما از سال ۲۰۰۲ به سرعت روز افزونی در پرداخت هزینه‌های جراحی‌های انتخابی و فیزیوتراپی نقش داشته و به‌عنوان یکی از موضوعات اصلی در مناظرات سیاستمداران همواره مورد توجه بوده است. برخی معتقدند بیمه‌های اختیاری سلامت به بخش مراقبت‌های پزشکی کمک کرده است و عده‌ای دیگر عقیده دارند این بیمه‌ها دسترسی به این مراقبت‌ها را نابرابر کرده است (۵۳). شهرداری‌ها از طریق مالیات بر درآمد و کمک‌های بلاعوض دولتی تأمین مالی می‌شوند و این در حالی است که منطقه توسط دولت (مالیات بر درآمد، ارزش افزوده، مالیات بر کالاهای خاص) و شهرداری‌ها تأمین مالی می‌شود (۵۳).

تمامی شهروندان دانمارکی تحت پوشش بیمه سلامت عمومی قرار دادند و شهروندان می‌توانند از بین دو گروه بیمه‌ای یکی را انتخاب کنند. در گروه اول هر فرد یک پزشک عمومی را انتخاب می‌کند و تمامی ارجاعات و دریافت خدمات از طریق پزشک عمومی و با نرخ یارانه‌ای انجام می‌گیرد. در گروه دوم فرد می‌تواند در هر بار مراجعه پزشک عمومی خود را تغییر دهد و در عوض هزینه‌ی بالاتری پرداخت نماید. ولی در خصوص دسترسی به خدمات تخصصی و مشاوره از نظر تعرفه‌ای تفاوتی با گروه یک وجود ندارد. پرداخت به پزشکان عمومی به روش کارانه و سرانه انجام می‌شود. هرچند هیچ‌گونه هزینه‌ای از سوی بیماران به‌طور مستقیم برای دریافت خدمات از پزشکان عمومی پرداخت نمی‌شود (۵۳).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

پزشکان عمومی به‌طور معمول در بخش‌های خصوصی و پزشکان متخصص در بیمارستان‌ها و یا بخش‌های خصوصی کار می‌کنند. خدمات بهداشت همگانی بخشی از خدمات درمانی یکپارچه و بخش سازمان یافته‌ای از فعالیت‌های مجزای نهادهای ویژه است. از سال ۱۹۹۰ دولت تعدادی از برنامه‌ها و استراتژی‌های بهداشت همگانی در سطح ملی را با تمرکز بر عوامل پرخطر همچون رژیم غذایی، مصرف سیگار، مصرف الکل و فعالیت‌های بدنی اجرا کرده است. بخش مراقبت‌های اولیه سلامت شامل پزشکان (شغل آزاد) خصوصی (پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، فیزیوتراپیست‌ها، دندان‌پزشکان و داروسازان) و خدمات بهداشتی مرتبط با شهرداری از قبیل خانه‌های سالمندان، پرستاران خانگی، ناظران بهداشتی و دندان‌پزشکان را در برمی‌گیرد (۵۴).

▲ پرداخت برای ویزیت پزشکان متخصص

مشاوره‌های تخصصی برای بیماران گروه اول (پزشک خانواده) رایگان است. اگر مشاوره تخصصی بدون ارجاع باشد بیماران در گروه دوم مجبور به پرداخت مشارکتی خواهند بود؛ یعنی پزشک متخصص می‌تواند از بیماران گروه دوم با هر سطح پرداختی که باشند پول دریافت نماید. پزشکان و دیگر کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی با حقوق پایه در بیمارستان‌ها استخدام می‌شوند (۵۴).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

بیماران در گروه اول برای دسترسی رایگان به خدمات تخصصی نیازمند نامه ارجاع هستند. بیماران در گروه دوم برای مراجعه به پزشک نیازمند نامه ارجاع نیستند اما باید هزینه آن را پرداخت نمایند. این مبلغ از طریق پرداخت هزینه‌ی اضافی، یا از طریق پوشش بیمه‌های خصوصی و یا از طریق پرداخت هزینه‌ی خدمات تخصصی، مستقیماً توسط خود شخص، پرداخت می‌گردد. دسترسی به خدمات متخصصین گوش، حلق، بینی و چشم‌پزشکی مشروط به نامه ارجاع برای هیچ کدام از گروه‌ها نیست و خدمات آن‌ها با توجه به لیست مشخصی بازپرداخت می‌شود (۵۴).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

هر چند در ابتدا عضویت در برنامه‌های بیمه سلامت توسط طبقات کم درآمد صورت می‌گرفت و در سال ۱۹۰۰ تنها ۲۰ درصد از مردم تحت پوشش بیمه بودند ولی این رقم با گذشت زمان افزایش پیدا کرد و تا قبل از سال ۱۹۷۳ پوشش بیمه‌ای عمدتاً بر اساس مالیات اختصاصی صورت می‌گرفت و تا آن سال در حدود ۹۰ درصد از مردم تحت پوشش قرار داشتند. از سال ۱۹۷۳ خدمات سلامت بوسیله مالیات عمومی پوشش داده شد و افراد تنها برای برخی خدمات مشخص همچون بخشی از خدمات دندانپزشکی و بخشی از هزینه‌های دارویی و عینک، به صورت مستقیم پرداخت می‌کنند (۵۴).

سیستم درگاه‌داری در گروه اول کاربرد دارد. از سال ۱۹۷۳ بیماران بالای ۱۶ سال قادر به انتخاب پزشکان عمومی خارج از سیستم هستند که این به تمایل آن‌ها برای پرداخت بیشتر بستگی دارد (گروه دوم). نقش پزشکان عمومی به‌عنوان درگاه دار ارجاع بیماران به بیمارستان و درمان‌های تخصصی است. بسیاری از مراقبت‌های تکمیلی و تخصصی در بیمارستان‌های منطقه‌ای مجزای انجام می‌پذیرد. پزشک

و دیگر شاغلین در بیمارستان‌های این بخش با حقوق پایه استخدام می‌شوند. بیمارستان‌ها دارای کلینیک‌های ۲۴ ساعته اورژانسی، بخش‌های بستری و سربایی می‌باشند (۵۳).

اصلاحات ساختاری در سال ۲۰۰۷ شهرداری‌ها را تشویق می‌کرد تا بر خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت و بازتوانی در خارج از بیمارستان، بیشتر تمرکز کنند. ولی تأثیرات این مشوق‌ها تا کنون مشخص نشده‌اند و از سوی دیگر بحران مالی و محدود شدن بودجه شهرداری‌ها مانع از ایجاد راهکارهای کاربردی برای برنامه‌های جدید شد (۵۴).

▲ ویزیت متخصص

مراجعه به پزشک متخصص عرض یک یا دو هفته امکان‌پذیر است. هیچ زمان انتظاری برای بیماران اورژانسی وجود ندارد. از پزشکان عمومی انتظار می‌رود اطلاعات مربوط به زمان انتظار برای درمان‌های بیمارستانی را استخراج و ارائه نمایند؛ البته این اطلاعات بر روی سایت وزارت بهداشت نیز موجود است (۵۳).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

بیمه‌های سلامت در نیمه دوم قرن ۲۰ ایجاد شد. در ابتدا سازمان‌های بیمه‌ای سلامت توسط ترکیبی از صنعتگران و سایر گروه‌ها شکل گرفت. صنعتگران صندوق‌های همیاری خود را در قالب صندوق‌های صنفی ایجاد کردند و سایر گروه‌ها نیز با هدف پوشش بیمه‌ای اقشار کم درآمد صندوق‌هایی را ایجاد کردند که یا توسط خود افراد تأمین مالی می‌شد و یا توسط افراد ثروتمندتر. از سال ۱۸۹۲ یارانه‌های دولتی نیز به صندوق‌های بیمه‌ای پرداخت شد (۵۴). پذیرش در بیمارستان‌ها برای اعضای برنامه‌های بیمه‌ای بدون هزینه می‌باشد. هر چند بیماران نیمی از هزینه‌های بیمارستانی را در زمان ترخیص پرداخت می‌کنند ولی این هزینه‌ها توسط بیمه‌ها بازپرداخت می‌شود (۵۴). بیمه‌های تکمیلی سلامت نیز جهت پوشش سهم هزینه‌های پرداختی بیماران برای دارو و خدمات دندانپزشکی و همچنین استفاده از خدمات بخش خصوصی در طول سال‌های گذشته گسترش یافته‌اند (۳۸). با توجه به اینکه بیمه‌ها، خدمات ارائه شده توسط پزشکان عمومی را پوشش می‌دهند پزشکان عمومی توزیع مناسبی در سطح کشور دارند و تعداد پزشکان عمومی در دانمارک بالاتر از میانگین سایر کشورهای اسکاندیناوی می‌باشد (۵۴).

▲ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

خدمات سلامت شهرداری‌ها اغلب در قالب خانه‌های سلامت و توسط گروهی از ارائه‌دهندگان با محوریت پزشک عمومی ارائه می‌شود که پزشک عمومی به‌عنوان هماهنگ کننده مراقبت‌ها نقش ایفا می‌کند. پزشکان عمومی به پرونده‌ی الکترونیک اطلاعات سلامت دسترسی دارند که می‌تواند در هماهنگی مراقبت‌ها و همچنین ارجاعات و تجویز خدمات، کمک کننده باشد. با توجه به وجود حق انتخاب برای مردم جهت استفاده از خدمات پزشک عمومی واحد و یا متغیر وضعیت پاسخگویی سیستم سلامت در زمینه حق انتخاب مناسب می‌باشد. دسترسی به خدمات تخصصی برای هر دو گروه پزشک عمومی واحد و یا پزشک عمومی متغیر به صورت یکسان انجام می‌شود و موجب کنترل استفاده از خدمات تخصصی می‌شود. در سال ۲۰۱۱ نیز بر اساس نتایج طرح مولفه‌های نابرابری در سلامت، پیگیری رفتارهای مروج سلامت در اماکن عمومی و همچنین تشویق مراکز سلامت شهرداری‌ها برای توسعه برنامه مدیریت پیشگیری و ارتقا بیماری‌ها موجب بهبود دسترسی و عدالت در استفاده از خدمات سلامت شد (۳۸).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

از سال ۱۹۹۰ با افزایش هزینه‌های سلامت توجه به کیفیت و کارایی با تمرکز بر مدیریت نوین دولتی^۱ معطوف شد. با توجه به اینکه زمان انتظار طولانی در دانمارک از اواسط ۱۹۹۰ یکی از موضوعات چالشی بود تمرکز بر روی کاهش آن یکی از اولویت‌های سیاسی بود و در این راستا در سال ۲۰۰۲ حداکثر زمان مورد قبول برای دریافت خدمات درمانی از زمان تشخیص ۲ ماه در نظر گرفته شد و این بازه در سال ۲۰۰۷ به یک ماه کاهش پیدا کرد. یعنی در صورتی که در طول یک ماه پس از تشخیص، بیمار درمان نشود می‌تواند برای دریافت خدمات به سایر بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مراجعه نماید. همچنین سیاست کاهش مراقبت‌های بیمارستانی و تمرکز بیمارستان‌ها بر تشخیص و درمان موجب کاهش تعداد بیمارستان‌ها و تخت‌های بیمارستانی و افزایش تعداد پرستاران و پزشکان و همچنین افزایش کند تعداد پذیرش‌ها و افزایش شدید ویزیت‌های سرپایی در کلینیک‌های بیمارستانی و پزشکان عمومی شده است (۵۴).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

هر فرد مقیم این کشور دارای کارت و کد هویتی ملی (CPR) است که به فرد اجازه می‌دهد در مواقع نیاز از خدمات عمومی و در موقع بیماری از خدمات سلامت استفاده نماید. شورای ملی سلامت و بیمه ملی سلامت تشخیص، اقدامات، ارتباطات و روزهای استراحت و ... را ثبت می‌نمایند. اطلاعات افراد فقط برای کلینیک‌های خاص، و اهداف تحقیقاتی و با درخواست اجازه دسترسی ویژه قابل ارائه است. هر منطقه، سیستم اطلاعاتی و پرونده پزشکی مخصوص به خود را با در نظر گرفتن استانداردهای ملی ایجاد کرده است. همچنین پزشکان خانواده با استفاده از سیستم اطلاعات پزشکی بیمار قادر به پیگیری وضعیت خدمات و تجویزهای دارویی و درمانی وی در طول زمان و در بستر سایت ملی اطلاعات پزشکی (Sundhed.dk) می‌باشند (۵۵).

فنلاند

فنلاند در شمال شرق دریای بالتیک واقع است. فنلاند در سال ۱۹۱۷ جمهوری مستقل شد و قانون اساسی خود را در آن سال تدوین نمود. در سال ۲۰۰۷ جمعیت فنلاند ۵٫۳ میلیون نفر بود. سیستم مدیریت عمومی فنلاندی متشکل از سه سطح: دولت، استان و شهرداری می‌باشد. رئیس جمهور رئیس دولت است. رئیس جمهور برای یک دوره شش ساله با رای مستقیم مردم انتخاب می‌شوند.

با توجه به شاخص‌های مختلف، سلامت فنلاندی‌ها، به‌طور قابل توجهی در طول چند دهه گذشته بهبود یافته است. میانگین امید به زندگی در میان فنلاندی‌ها به‌خصوص در سه دهه گذشته بهبود یافته، و در سال ۲۰۰۵ به ۷۶ سال برای مردان و ۸۳ سال برای زنان رسیده است. مهم‌ترین مشکلات بهداشت همگانی در حال حاضر بیماری‌های قلبی عروقی، تومورهای بدخیم، بیماری‌های اسکلتی عضلانی، سلامت روان و مشکلات در حال ظهور از جمله چاقی، بیماری‌های ربوی مزمن و دیابت به‌خصوص دیابت نوع ۲ می‌باشند (۵۶).

بخش سلامت در فنلاند عملاً از سه سیستم که از منابع عمومی استفاده می‌کنند،

تشکیل شده است که شامل: خدمات سلامت شهرداری^۱، خدمات سلامت خصوصی^۲ و خدمات سلامت حرفه‌ای (شغلی)^۳ می‌باشند. معمولاً افراد شاغل در انتخاب هرکدام از این سیستم‌ها مختار هستند و بر اساس آمار ۴۵ درصد از آن‌ها از خدمات سلامت حرفه‌ای، ۳۵ درصد از خدمات سلامت شهرداری و ۱۵ درصد از خدمات سلامت خصوصی استفاده می‌کنند. به طور کلی تفاوت‌های زیادی در زمینه‌ی بسته خدمت، سهم پرداختی بیماران و زمان انتظار در بین این سیستم‌ها وجود دارد (۵۶).

پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

در فنلاند سهم خدمات بهداشت همگانی از مالیات‌ها (۴۳٪ منطقه‌ای و ۱۸٪ ملی)، بیمه‌های سلامت ملی (۱۵٪) و پرداخت‌های شخصی (۲۴٪) می‌باشد. خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت توسط شهرداری‌ها ارائه می‌شود و همه افراد را تحت پوشش قرار می‌دهد. در سال ۲۰۰۳، پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران ۱۹٪ از کل هزینه‌های بهداشتی را شامل می‌شد (سهم پرداخت‌های مستقیم به طور مرتب از سال ۱۹۹۰ به بعد افزایش یافته است). به نظر می‌رسد بیمه‌های اختیاری سلامت سهم کمی در تأمین مالی خدمات سلامت دارند (در سال ۲۰۰۵ این میزان برای کل هزینه‌های بهداشتی ۱٫۵٪ محاسبه شده است) (۵۷).

با توجه به اینکه شهرداری‌ها هم ارائه‌کننده و هم خریدار خدمات هستند تمایل اندکی برای توجه به کارایی خدمات وجود دارد. بیمه‌ی سلامت ملی^۴ که از طریق مالیات‌ها تأمین مالی می‌شود برای بازپرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی خصوصی، خدمات بهداشت و درمان شغلی، داروها، مراقبت‌های سربایی و کمک‌هزینه دوران بیماری، بکار برده می‌شود. بیمارستان‌های منطقه‌ای و دانشگاهی توسط شورای مشترک شهرداری‌ها ایجاد می‌شوند و اغلب بازپرداخت هزینه‌ها به این بیمارستان‌ها با استفاده از سیستم‌های پرداخت بر مبنای گروه‌های تشخیصی وابسته^۵ صورت می‌گیرد (۵۸). پرداخت هزینه‌های ارائه‌کنندگان از سوی شهرداری‌ها در مناطق

-
- 1- municipal health care
 - 2- private health care
 - 3- Occupational Health Care
 - 4- National Health Insurance-NHI
 - 5- Diagnosis-Related Group- DRG

مختلف اشکال متفاوتی دارد. در اغلب موارد بیمارستان‌های طرف قرارداد بر اساس بودجه‌ی سالیانه و با توجه به بودجه سنوات قبل، تأمین مالی می‌شوند. در مورد بیمارستان‌هایی که توسط شورای مشترک شهرداری‌ها هدایت می‌شود نیز بسته به میزان خدمات، سهم هر شهرداری مشخص می‌شود (۵۶).

در اغلب موارد پرداخت به پزشکان عمومی و پزشکان متخصص شاغل در مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی و بیمارستان‌ها از طریق حقوق صورت می‌گیرد و در برخی موارد و برای خدمات مشخص و زمان‌بسر پرداخت کارانه نیز در نظر گرفته می‌شود (۵۶).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

اساساً مراقبت‌های اولیه سلامت توسط مراکز بهداشتی که توسط شهرداری ایجاد شده است، ارائه می‌گردد. علاوه بر این بسیاری از کارفرمایان خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت را به‌عنوان بخشی از خدمات بهداشتی شغلی به کارمندان خود ارائه می‌دهند. متخصصین اساساً خدمات خود را در بیمارستان‌های عمومی و یا مطب‌های شخصی خود ارائه می‌کنند. متخصصین فعال در شهرهای بزرگ و متخصصین برگزیده به عنوان پزشک زنان، اغلب با مراکز بهداشتی قرارداد می‌بندند. بسیاری از متخصصین در بخش خصوصی یا عمومی به‌طور نیمه‌وقت فعالیت می‌کنند؛ بخش خصوصی عمدتاً در مناطق شهری متمرکز هستند (۵۷).

خدمات تخصصی و بیمارستانی در فنلاند اغلب از سوی بیمارستان‌های شهرداری‌ها انجام می‌گیرد و برای این منظور ۲۰ منطقه‌ی بیمارستانی وجود دارد. تنها ۱۰ درصد از خدمات تخصصی از طریق مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه می‌شود. هر منطقه‌ی بیمارستانی دربرگیرنده‌ی یک بیمارستان مرکزی و بر اساس جمعیت تحت پوشش بیمارستان‌های وابسته دیگر می‌باشد. همچنین دو بیمارستان روان‌پزشکی نیز به صورت ملی خدمات ارائه می‌دهند (۵۶).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

هزینه‌های پرداختی توسط بیماران برای دریافت خدمات در سال ۲۰۱۰ حداکثر ۱۳٫۷ یورو برای هر بار معاینه و درمان در بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی بسته به سیاست‌های هر شهرداری، ۲۷٫۶ یورو برای هر بار ویزیت توسط پزشک متخصص و ۳۲٫۵ یورو برای هر روز بستری بود. این رقم برای بیماران بخش روان‌پزشکی

و همچنین بیماران با مدت زمان بستری طولانی کمتر است و قسمتی از آن توسط بیمه سلامت ملی پوشش داده می‌شود. بعد از قانون گذاری سال ۲۰۰۴، بیمارستان‌های عمومی مجاز به دریافت مبالغ بیشتر برای ارائه خدمات از ساعت ۴ بعد از ظهر در طی هفته و آخر هفته گردیدند که این طرح جایگزین طرح قبلی شد که در آن بیماران ملزم به پرداخت هزینه‌ی اضافی برای ویزیت توسط پزشک دلخواه خود بودند (۵۶).

▲ دسترسی به / انتخاب ارائه‌دهنده

در بخش عمومی، مراقبت‌های بهداشتی در مراکز اولیه بهداشتی که شامل بسیاری از خدمات هستند انجام می‌پذیرد. مراکز بهداشتی از طرف یک یا چند شهرداری اداره می‌شود؛ کارکنان شامل پزشکان عمومی، برخی اوقات پزشکان متخصص، پرستاران، پرستاران بهداشت همگانی، دندان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی، فیزیوتراپیست‌ها، روانشناسان و کارکنان اجرایی می‌باشند. خدمات شامل مراقبت‌های سرپایی و بستری (۳۰ الی ۶۰ تخت که اکثراً مراقبت‌های طولانی مدت برای بیماران سالمند)، بهداشت مدارس، و مراقبت‌های شغلی، مراقبت از سالمندان، مراقبت‌های تنظیم خانواده و ... می‌باشد. مراکز بهداشتی جهت ارائه خدمات مطلوب می‌توانند با بیمارستان‌ها قرارداد داشته باشند (۵۶).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

بیماران برای درمان در بخش سرپایی بیمارستان‌های عمومی نیازمند ارجاع از سوی پزشکان مراکز بهداشتی و یا دیگر پزشکان (شامل پزشکان بخش خصوصی) هستند. بر این اساس در حدود ۵ درصد از مراجعین به مراکز بهداشتی و یا دیگر پزشکان عمومی برای دریافت خدمات تخصصی ارجاع داده می‌شوند. ۳۰ تا ۴۰ درصد از بیماران از طریق بخش اورژانس به بیمارستان دسترسی دارند. انتخاب بیمارستان برای درمان محدود است (در حال حاضر بحث‌هایی مبنی بر چگونگی افزایش انتخاب مطرح است). بیماران در بخش خصوصی به پزشکان متخصص دسترسی دارند و این امر معمولاً نیازمند تنظیم وقت ویزیت است (۵۶). به طور کلی بیماران در انتخاب بیمارستان حق انتخاب ندارند و مراکز بهداشتی و درمانی بر اساس دستورالعمل مشخص بیماران را به بیمارستان مناسب ارجاع می‌دهند (۵۶).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

با وجود اینکه بیماران در سیستم سلامت فنلاند درخواست دسترسی به مراقبت‌های تخصصی بخش دولتی را دارند؛ تنها بخش کمی از بیماران مراکز بهداشتی توسط پزشکان عمومی به این مراقبت‌ها ارجاع داده شده‌اند. بسیاری از بیماران از طریق بخش اورژانس بیمارستان‌ها و یا از طریق پزشکان بخش خصوصی به این مراقبت‌ها ارجاع می‌شوند (۵۶). در سیستم خدمات سلامت شهرداری یک روند درگاه‌داری وجود دارد و به طور معمول قبل از ویزیت پزشک عمومی فرد توسط پرستار ویزیت می‌شود و دریافت خدمات متخصصین نیز وابسته به ارجاع از سوی پزشکان عمومی می‌باشد. وجود سیستم خدمات سلامت خصوصی و امکان خرید خدمت از این سیستم از سوی شهرداری‌ها، باعث ایجاد امکان عدم رعایت نظام ارجاع داخلی در نظام خدمات سلامت شهرداری می‌شود (۵۶).

همچنین هماهنگی مراقبتی خوبی بین مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها وجود ندارد. و در بسیاری از موارد، بیمارستان‌ها اطلاعات کاملی در خصوص مراقبت‌ها و روند درمان به مراکز بهداشتی و درمانی ارائه نمی‌کنند. در این راستا طرحی به‌منظور واگذاری مسئولیت کلی هماهنگی مراقبت‌ها به یک نفر به‌عنوان پزشک خانواده و شخصی ارائه‌شده است که بر اساس این طرح تمامی خدمات مربوط به هر فرد توسط این ارائه‌کننده هدایت و مدیریت می‌شود (۵۶).

▲ ویزیت متخصص

هیچ اطلاعات موثقی درباره مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات تخصصی وجود ندارد. اگرچه برخی از متخصصین زمان انتظار بالایی دارند اما در بخش خصوصی زمان ویزیت پزشکان متخصص معمولاً عرض چند روز تنظیم می‌گردد. از سوی دیگر با توجه به توزیع نامتوازن پزشکان در مناطق مختلف کشور در برخی از مناطق همچون مناطق شرقی و شمالی دسترسی به خدمات متخصصین محدودتر می‌باشد. در این راستا برای محدود کردن مدت‌زمان انتظار در مناطق مختلف و شهرداری‌ها بر اساس قانون مراقبت‌های اولیه سلامت و مراقبت‌های تخصصی، دولت در سال ۲۰۰۵ حداکثر زمان انتظار را برای تمامی شهرداری‌ها ابلاغ کرد که این امر توانست تا حدود زیادی در محدودسازی زمان انتظار مؤثر واقع شود (۵۶).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

بیمه‌های اختیاری سلامت سهم کمی در تأمین مالی خدمات سلامت دارند (در سال ۲۰۰۵ این میزان برای کل هزینه‌های بهداشتی ۱,۵٪ شد) (۵۷).

▲ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

با توجه به اینکه مراقبت‌های اولیه و سطح دوم توسط بخش‌های مجزایی (مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌ها) ارائه می‌شود. هماهنگی قابل قبولی بین آنها وجود ندارد. بطوری که در اغلب موارد بیمارستان‌ها بازخورد کاملی از مراقبت‌ها را به مراکز سلامت ارسال نمی‌کنند (۵۶). طرح پزشک خانواده و شخصی به‌منظور واگذاری مسئولیت کلی هماهنگی مراقبت‌ها به یک نفر در واکنش به این مشکل ارائه شد که بر اساس این طرح تمامی خدمات مربوط به هر فرد توسط این ارائه‌کننده هدایت و مدیریت می‌شود (۵۶). همچنین وجود سیستم اطلاعات پزشکی هماهنگ بین تمامی ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها که به صورت قانونی ایجاد شده است امکان هماهنگی مراقبت‌ها را در بین تمامی ارائه‌کنندگان خدمات در بخش‌های مختلف و سطوح مختلف مراقبتی فراهم می‌کند (۵۶).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

در حدود ۵ درصد از مراجعین به مراکز بهداشتی و یا دیگر پزشکان عمومی برای دریافت خدمات تخصصی، ارجاع داده می‌شوند. ۳۰ تا ۴۰ درصد از بیماران از طریق بخش اورژانس به بیمارستان دسترسی دارند. استفاده از سیستم پرونده‌ی الکترونیک سلامت در میان تمامی ارائه‌کنندگان خدمات، که می‌تواند در کنترل استفاده از خدمات و همچنین مدیریت اطلاعات برای تصمیم‌گیری کمک کننده باشد یکی از دستاوردهای منحصر بفرود این سیستم در مقایسه با سایر کشورها می‌باشد (۵۶).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

به‌منظور مدیریت واحد مراقبت‌ها و همچنین هماهنگی مراقبت‌ها در سال ۲۰۰۶ سیستم پرونده‌ی الکترونیک سلامت در فنلاند از سوی مجلس به تصویب رسید. ارائه‌کنندگان خدمات منطقه‌ای و محلی مسئول حفظ پرونده‌های بیماران و بارگذاری آن در سیستم الکترونیکی ملی می‌باشند که از سال ۲۰۰۷ ایجاد شده است. سیستم جدید بر پایه سیستم اطلاعات منطقه‌ای تابع استانداردها و پروتکل‌های ملی می‌باشد و امکان انتقال اطلاعات بین مناطق را دارد. تمامی ارائه‌کنندگان با اخذ مجوز از بیمار امکان

دسترسی به تمامی اطلاعات پزشکی موجود در پرونده‌ی الکترونیک پزشکی وی را دارند. همچنین از سال ۲۰۰۶ سیستم تجویز الکترونیک دارویی نیز تصویب شد که بر اساس آن تمامی ارائه‌کنندگان ملزم به دسترسی به این سیستم می‌باشند. بر اساس این سیستم تمامی تجویزهای دارویی به یک مرکز ملی که توسط داروسازان کنترل می‌شود ارسال و تأیید می‌شود. هر چند بیماران می‌توانند همچنان درخواست نسخه کاغذی از ارائه‌کنندگان خود نمایند (۵۶).



پادشاهی سوئد، کشوری در شمال اروپا و در شبه‌جزیره اسکاندیناوی است. از غرب با کشور نروژ، از شمال شرق با کشور فنلاند، از شرق با خلیج بوتنی، از جنوب شرقی با دریای بالتیک و از جنوب غربی با کشور دانمارک همسایه است. پایتخت و بزرگ‌ترین شهر این کشور شهر استکهلم است. سوئد با مساحت ۴۴۹،۹۶۴ کیلومتر مربع، چهارمین کشور بزرگ اروپا (ششمین کشور بزرگ اروپا با احتساب روسیه و ترکیه) از نظر مساحت می‌باشد. جمعیت سوئد بیش از ۹،۶ میلیون نفر است که تقریباً ۷،۹ میلیون نفر آن را سوئدی‌ها تشکیل می‌دهند. این کشور با تعداد ۲۱ نفر در هر کیلومتر مربع تراکم جمعیت پایینی دارد و بیشتر این جمعیت نیز در جنوب سوئد مستقر هستند. همچنین بیش از ۸۵٪ مردم سوئد در نواحی شهری زندگی می‌کنند. حکومت کشور سوئد پادشاهی مشروطه است و دولت آن به شکل پارلمانی اداره می‌گردد. پادشاه در این کشور مقامی تشریفاتی است و کشور را نخست‌وزیر اداره می‌کند. پس از پایان جنگ سرد، سوئد در تاریخ ۱ ژوئن ۱۹۹۵ به کشورهای عضو ناتو پیوست اما بعدها همانند کاری که در قبال منطقه یورو کردند، با یک فراندوم از ناتو خارج شدند. سوئد همچنین عضو سازمان ملل متحد، شورای اروپا، سازمان تجارت جهانی، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی و شورای نوردیک می‌باشد. سوئد هشتمین سرانه‌ی تولید ناخالص داخلی را در جهان دارا می‌باشد و از جایگاه خوبی در جنبه‌های مختلف مانند کیفیت زندگی، آزادی شهروندی، بهداشت، آموزش، اختلاف طبقاتی، رفاه و توسعه انسانی دارد. امید به زندگی در سوئد با ۸۳،۲ در سال ۲۰۱۵ در میان بالاترین‌ها در جهان قرار دارد (۵۹).

سیستم سلامت

در سوئد خدمات سلامت و خدمات اجتماعی اساساً جزو مسئولیت‌های اجتماعی محسوب می‌شود و سیستم سلامت در سه سطح ملی، استانی و شهرداری دسته‌بندی می‌شود. بر اساس قانون سلامت و خدمات پزشکی سال ۱۹۸۲ سوئد، شورای استان و شهرداری‌ها به صورت مستقل مسئول ارائه خدمات سلامت می‌باشند. دولت مرکزی نیز از طریق وزارت بهداشت و خدمات اجتماعی مسئول سلامت کل کشور است. در سوئد ۱۷ شورای استان و ۴ منطقه در قالب ۲۹۰ شهرداری مسئولیت ارائه خدمات سلامت به جمعیت تحت پوشش را بر عهده دارند (۵۹).

هرچند ترکیبی از ارائه‌کنندگان خصوصی و دولتی در سوئد فعالیت دارند ولی تأمین مالی اکثر آن‌ها به صورت دولتی انجام می‌شود. در سوئد نزدیک ۱۱۰۰ مرکز ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اولیه فعالیت دارند. ولی در مقایسه با سایر کشورها مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش درگاه‌داری در دسترسی به خدمات تخصصی ایفا نمی‌کند. خدمات تخصصی در سوئد از طریق ۷۰ بیمارستان استانی ارائه می‌شود و همچنین خدمات فوق تخصصی و پیچیده نیز در ۷ بیمارستان ملی و دانشگاهی متمرکز است. برای این منظور کشور به ۶ منطقه تقسیم شده است تا از نظر دسترسی به خدمات هماهنگی لازم انجام شود (۵۹).

پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

سهم هزینه‌های سلامت از درآمد ناخالص داخلی در سوئد بالاتر از میانگین کشورهای اسکاندیناوی و سایر کشورهای اروپایی می‌باشد و در سال ۲۰۰۹ برابر ۳۴۲۳ دلار بر اساس برابری قدرت خرید بود که این رقم معادل ۹٫۹ درصد درآمد ناخالص داخلی در سوئد می‌باشد. در سوئد نزدیک ۸۰ درصد از هزینه‌ها از طریق منابع عمومی پوشش داده می‌شود که از این میان ۷۰ درصد در قالب هزینه‌های شوراهای استانی، ۸ درصد هزینه‌های شهرداری‌ها و ۲ درصد نیز هزینه‌های ملی را شامل می‌شود. سیستم مراقبت بهداشتی اساساً بر پایه مالیات بر درآمد شکل گرفته و با کمک‌های دولت ملی و پرداخت‌های گیرندگان خدمات تکمیل می‌گردد. تمام جمعیت تحت پوشش بیمه قرار دارند. بر اساس ارزیابی‌ها حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد شهروندان از بیمه سلامت تکمیلی برخوردارند (معمولاً از طریق کارمندان پرداخت می‌شود و خدمات و مراقبت‌های اختیاری را پوشش می‌دهد). در سال ۲۰۱۱ سهم بیمه‌های اختیاری از کل

هزینه‌های سلامت معادل ۰٫۲ درصد بود که بیشتر افراد برای دسترسی سریع‌تر به خدمات تخصصی سرپایی و همچنین عدم رعایت لیست انتظار خدمات انتخابی، از خدمات آن بیمه‌ها استفاده می‌کنند (۵۹).

پرداخت‌های مستقیم از جیب گیرندگان خدمات بسیار اندک می‌باشد و حدود ۲٫۴٪ از کل درآمدهای شورای استانی را شامل می‌شود. سهم هزینه‌های خصوصی از کل هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۰۹ برابر ۱۷٪ بود که ۹۳٪ از این میزان مربوط به پرداخت‌های مستقیم از جیب می‌شود. برای اکثر خدمات پزشکی در قالب تعرفه یکسان مبالغی (به صورت تعرفه) برای پرداخت بیمار تعریف شده است. میزان مبلغ برای گیرندگان خدمات توسط شورای استانی تعیین می‌شود (۵۹).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

پزشکان عمومی در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه مشغول بکار هستند (شامل پزشکان عمومی، پرستاران، پزشک زنان و فیزیوتراپیست‌ها)، مراکز بهداشت شهرداری از طریق شورای استانی با آن‌ها قرارداد می‌بندند، ارائه‌کنندگان خدمات در بخش خصوصی از طریق بودجه با سیستم بیمه‌ای دولت قرارداد دارند. بسیاری از ارائه‌کنندگان بخش خصوصی با بخش دولتی طرف قرارداد هستند. بخش خصوصی بسیار محدود است و کمتر از ۵٪ پزشکان عمومی در آن فعالیت می‌کنند و این بخش در استکهلم، گوتنبرگ و مالمو متمرکز است. سهم کار پزشکان عمومی در هر بخش در مناطق مختلف کشور متفاوت است؛ متخصصین در بیمارستان‌ها، پلی کلینیک‌ها و مراکز تخصصی خارج از بیمارستان کار می‌کنند و یا به مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه وابسته هستند. پزشکان در انتخاب کار تمام‌وقت در بخش خصوصی یا دولتی آزاد هستند (۶۰).

▲ پرداخت به پزشکان مراقبت‌های اولیه

پرداخت به پزشکان مراقبت‌های اولیه در سوئد ترکیبی از پرداخت ثابت سرانه به ازای جمعیت تحت پوشش، پرداخت متغیر به ازای ویزیت‌ها و خدمات و همچنین پرداخت مبتنی بر عملکرد در صورت دستیابی به برخی اهداف پیش‌بینی شده مراقبتی از سوی مسئولین بهداشتی همچون رضایت بیماران، دسترسی به ارائه‌کنندگان مراقبت، ثبت موارد در سامانه‌های ملی ثبت (ثبت بیماران دیابتی) می‌باشد (۵۹).

▲ پرداخت هزینه جهت ویزیت پزشکان مراقبت‌های اولیه

در سال ۲۰۱۱ هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی معادل ۱۱ تا ۲۲ یورو در بین استان‌های مختلف متغیر بود. تقریباً در تمامی استان‌ها کودکان و جوانان زیر ۲۰ سال به صورت رایگان به خدمات پزشکی و دندانپزشکی دسترسی دارند (۵۹).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

هزینه ویزیت متخصص در بیمارستان‌ها در سال ۲۰۱۱ برابر ۲۵ تا ۳۵ یورو در بین استان‌های مختلف متغیر بود. بیماران برای مشاوره با متخصص بر اساس نرخ بیمارستان‌های پلی کلینیک و بدون ارجاع باید ۱۶-۲۷ کرون بپردازند. خدمات تخصصی برای بیماران ارجاعی رایگان است (۶۰). به منظور جلوگیری از عدم دسترسی افراد به خدمات، از طرف دولت یک سقف پرداخت مشخص تعریف شده است که در صورتی که هزینه‌های سلامت فرد و اعضای خانوار در مدت ۱۲ ماه بیش از سقف تعریف شده باشد افراد از پرداخت سهم بیمار در هنگام دریافت خدمات معاف می‌شود. پرداخت برای ارائه‌کنندگان خدمات تخصصی سرپایی و بستری در بیمارستان‌ها بر اساس ترکیبی از پرداخت موردی (گروه‌های تشخیصی وابسته) و پرداخت مبتنی بر عملکرد و همچنین پرداخت به ازای روز بستری صورت می‌گیرد (۵۹).

▲ دسترسی/انتخاب ارائه‌کننده

از سال ۲۰۰۳ بیماران امکان انتخاب هر ارائه‌کننده‌ای را دارند و خدمات مراقبتی سرپایی را در هرکجای کشور که باشند تحت شرایط مشابه سکوتی دریافت می‌نمایند (۶۰). در سوئد برای دریافت مراقبت‌ها از قانون ۰-۷-۹۰-۹۰ پیروی می‌کنند که بدین معنی است که در صورت نیاز فرد بدون (صفر) هیچ‌گونه تأخیری باید بتواند با سیستم سلامت ارتباط برقرار کند و در کمتر از ۷ روز کاری پزشک خانواده‌ی خود را ویزیت کند و حداکثر در ۹۰ روز توسط یک متخصص ویزیت شده و در صورتی که نیاز به خدمات تخصصی تشخیص داده شد در کمتر از ۹۰ روز این خدمات باید به بیمار ارائه شود (۵۹).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

در بخش دولتی بیماران تنها از طریق بخش سرپایی بیمارستان‌ها به مراقبت‌های تخصصی دسترسی دارند. شورای استانی بر اساس قوانین ارجاع به متخصصین در این خصوص تصمیم‌گیری می‌کند. در بسیاری از مناطق بیمار می‌تواند بیمارستان خود را انتخاب نماید، اما پزشکان عمومی از طرف بیماران ملاقاتی با متخصص، مرکز

تشخیص، لابراتوار و یا یک بیمارستان دارند. در بسیاری از مناطق بیمار درخواست ارجاع برای ملاقات با یک متخصص را دارد. ممکن است بیماران برای مشاوره‌های تخصصی به ارائه‌کنندگان خصوصی مراجعه نمایند (۵۹).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

براساس قانون سلامت و خدمات پزشکی سال ۱۹۸۲ سوئد شورای استان و شهرداری‌ها به صورت مستقل، مسئول ارائه خدمات سلامت می‌باشند. هرچند ترکیبی از ارائه‌کنندگان خصوصی و دولتی در سوئد فعالیت دارند ولی تأمین مالی اکثر آن‌ها به صورت دولتی انجام می‌شود (۵۹). برخلاف بسیاری از کشورها، در سوئد مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پزشکان خانواده نقش رسمی در هدایت و کنترل مصرف خدمات بیماران در قالب درگاه‌داری ایفا نمی‌کنند و بیماران در انتخاب متخصصین و همچنین استفاده از خدمات تخصصی آزاد می‌باشند. هرچند برای کنترل استفاده از خدمات در سوئد از سیستم لیست انتظار استفاده می‌کنند و در این راستا قانون ۰-۷-۹۰-۹۰ مورد اجرا قرار می‌گیرد. و بیمار در صورت نیاز به خدمات تخصصی و ویزیت متخصص در حدود ۹۰ روز در صف انتظار می‌ماند و همچنین بعد از تشخیص نیاز به خدمات تخصصی همچون جراحی ۹۰ روز دیگر نیز باید در صف انتظار باقی بماند. ولی در صورتی که فرد تمایل به رعایت لیست انتظار نداشته باشد می‌تواند از بیمه‌های خصوصی و یا هزینه شخصی خدمات را بدون انتظار دریافت کند (۵۹).

▲ ویزیت متخصص

مراقبت‌های سرپایی تخصصی در بیمارستان‌های دانشگاهی و شورای منطقه و در برخی مناطق و در مورد برخی خدمات همچون عمل کاتاراکت در کلینیک‌های تخصصی ارائه می‌شود. پرداخت به این خدمات در قالب گروه‌های تشخیصی وابسته و به صورت مشخص انجام می‌شود. پزشکان طرف قرارداد شورای منطقه نمی‌توانند بیش از تعرفه تعیین شده دریافت کنند. همچنین هیچ قانونی برای ممانعت پزشکان و سایر کارکنان به منظور ویزیت بیماران خارج از محیط بیمارستان و یا مراکز بهداشتی وجود ندارد مگر اینکه بر اساس قرارداد بین کارفرما این محدودیت ایجاد شده باشد (۳۸).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

بیشتر افراد برای دسترسی سریع‌تر به خدمات تخصصی سرپایی و همچنین عدم رعایت لیست انتظار خدمات انتخابی از خدمات بیمه‌های اختیاری استفاده می‌کنند. بیمه سلامت اختیاری در سوئد عمدتاً مربوط به خدمات بهداشت حرفه‌ای می‌شود و ۱۲ درصد از شاغلین را در بر می‌گیرد (۵۹).

▲ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

با توجه به تفکیک مسئولیت‌ها بین شورای منطقه (برای خدمات درمانی) و شهرداری‌ها (برای خدمات پرستاری و بازتوانی) ایجاد هماهنگی بین این خدمات ضروری می‌باشد. هر چند سقف لیست انتظار ۰-۷-۹۰-۹۰ در سوئد یکی از نمونه‌های موفق در سطح بین‌المللی می‌باشد ولی با این حال تا سال ۲۰۱۴ تمامی ۲۱ منطقه مورد نظر به این هدف دست پیدا نکرده بودند. گزارش رسانه‌ها در خصوص عدم مطابقت روند جاری با برنامه سقف انتظار موجب تغییر دیدگاه عموم در مورد مراقبت‌های بهداشتی در سوئد شده است. از سوی دیگر نبود سیستم متمرکز اطلاعات بهداشتی برای تمامی شهروندان مانع از ارتقای هماهنگی مراقبتی بین تمامی ارائه‌کنندگان خدمات و انتقال اطلاعات در بین گیرندگان مختلف می‌شود. وجود سقف پرداخت مشخص برای خدمات سلامت فرد و اعضای خانوار در مدت ۱۲ ماه از محدودیت دسترسی و همچنین استفاده از خدمات، پیشگیری می‌کند (۵۹). خصوصی سازی و حق انتخاب ارائه‌کنندگان یکی از مهم‌ترین بحث‌های پیش روی سیستم سلامت در چند دهه‌ی اخیر بوده است. خصوصی‌سازی پس از سال ۲۰۰۰ برخی از بیمارستان‌ها در مناطقی که دولت‌های راست میانه در آن بر سر کار بودند شروع شد و هر چند با مقاومت احزاب چپ میانه اندکی محدود شد ولی این حرکت بعد از سال ۲۰۰۶ ادامه پیدا کرد. در این راستا اعطای حق انتخاب ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز با چالش‌هایی مواجه بود و بالاخره در سال ۲۰۱۰ اعطای حق انتخاب ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به همراه گسترش ارائه‌دهندگان خصوصی دارای مجوز به رسمیت شناخته شد (۵۹).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات در سوئد در مقایسه با سایر کشورها وضعیت مطلوبی دارد و بیشترین تمرکز باید بر روی دسترسی به خدمات سرپایی در گروه‌های

آسیب پذیر جهت جلوگیری از پیشرفت بیماری‌ها و همچنین برنامه‌های پیشگیری از طریق مداخلات رفتاری باشد (۳۸). از سوی دیگر اعطای حق انتخاب ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به گیرندگان مراقبت‌ها در کنار استفاده از ظرفیت بخش خصوصی در برخی موارد موجب بهبود وضعیت کارایی و بهره‌وری مراقبت‌های بهداشتی اولیه شده است. بگونه‌ای که در مناطقی که این برنامه اجرا شده بود موجب افزایش متوسط تعداد ویزیت‌ها توسط پزشکان شد (۵۹).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

همانند سایر اجزاء سیستم سلامت، اطلاعات سلامت در سوئد نیز به صورت غیرمتمرکز و از طرف واحدهای مختلف هدایت و مدیریت می‌شود و حتی در بین شوراهای استانی نیز چندین سیستم برای مدیریت اطلاعات سلامت بکار برده می‌شود. مرکز داده‌های سلامت مستقر در شوراهای استانی مهم‌ترین منبع داده‌های سلامت هستند که اطلاعات وضعیت سلامت و استفاده از خدمات سلامت را برای جمعیت تحت پوشش نگهداری می‌کند. هرچند مسئولیت جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات بهداشتی در خصوص وضعیت سلامتی بر عهده‌ی مرکز اپیدمیولوژی شورای ملی سلامت و رفاه می‌باشد (۵۹). پرونده‌های پزشکی ثبت شده در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه نگهداری می‌شود، با این حال موانع قانونی برای ارتباط اطلاعات بین مراکز، بیمارستان‌ها و انجمن‌ها همچنان وجود دارد (۵۹). همچنین در حدود ۹۰ سیستم ثبت کیفیت خدمات در سطح ملی، کیفیت خدمات و مراقبت‌ها و همچنین پیامدهای خدمات را ردیابی و تحلیل می‌کنند. در نهایت شوراهای استانی و شهرداری‌ها مسئولیت جمع‌آوری و نگهداری داده‌های سلامت و همچنین گزارش اطلاعات سلامت به مراجع ملی را بر عهده‌دارند (۵۹).

اوکراین

اوکراین از کشورهای اروپای شرقی است. این کشور از شرق با روسیه؛ در شمال با بلاروس؛ از غرب با لهستان، اسلواکی و مجارستان؛ از جنوب غربی با رومانی و مولداوی هم‌مرز است و در جنوب آن دریای سیاه و دریای آزوف قرار دارد و پایتخت آن شهر کی‌اف و زبان رسمی آن زبان اوکراینی می‌باشد.

نوع حکومت اوکراین جمهوری بوده که از ۲۴ استان تشکیل شده‌است و دارای یک

بخش خودمختار (کریمه) نیز می‌باشد؛ به صورت دقیق‌تر، اوکراین دارای یک حکومت متمرکز و نظام نیمه‌ریاستی است. پس از فروپاشی شوروی، اوکراین بعد از روسیه دارای بزرگترین ارتش در اروپا است. زبان اوکراینی زبان رسمی این کشور است و زبان روسی نیز کاربرد گسترده‌ای دارد. پس از فدراسیون روسیه اوکراین دومین کشور وسیع در اروپا است. در سال ۲۰۱۳، اوکراین ۴۵،۵ میلیون جمعیت داشت.

اگرچه شاخص‌های کلیدی سلامت جمعیت مانند امید به زندگی و مرگ‌ومیر در اوکراین پس از استقلال از اتحاد جماهیر شوروی سقوط کرد، اما با پیشرفت‌های سریع بین سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۲ به وضعیت پیش از استقلال رسید. با این وجود، امید به زندگی در سال ۲۰۱۲ هنوز هم کمتر از استانداردهای اروپایی بود؛ ۶۶،۲ سال برای مردان (در مقایسه با میانگین اروپا از ۷۳،۱) و ۷۶،۲ سال برای زنان. میزان مرگ‌ومیر بالا عمدتاً به بیماری‌های قلبی عروقی مربوط می‌شود، که بیش از ۶۰ درصد از کل مرگ‌ومیرها در سال ۲۰۱۰ به بیماری‌های قلبی عروقی اختصاص دارد. با این حال، بیماری‌های عفونی به‌ویژه اچ آی وی/ایدز و سل (TB) نیز از معضلات کلیدی در زمینه سلامت می‌باشند، که به‌سرعت به عنوان یک علت ناتوانی و مرگ‌ومیر زودرس در اوکراین در حال گسترش است. همچنین جمعیت آسیب‌دیده از جنگ در شرق کشور و ۱،۲ میلیون نفر آواره که فاقد دسترسی به امکانات ضروری اولیه (از جمله خدمات بهداشتی، آب و غذا) هستند از دیگر مشکلات در زمینه سلامت مردم می‌باشد (۶۱).

سه‌م هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۲ برای اوکراین برابر ۷،۶ درصد بود. سه‌م هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی نسبت به متوسط اروپا پایین ولی در مقایسه با سایر کشورهای تازه استقلال‌یافته اتحاد جماهیر شوروی (۶،۳ درصد) بالاتر است.

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

بسیاری از منابع سیستم سلامت از کمک‌های دولت و از طریق مالیات به دست می‌آید (مالیات بر ارزش افزوده، مالیات بر درآمد، تجارت بین‌المللی و مالیات بر مصرف). مالیات بر درآمدهای افراد بخش مهمی از منابع را شامل نمی‌شود. تنها ۵۴،۹ درصد از منابع سیستم سلامت از طریق منابع عمومی تأمین می‌شود. پرداخت‌های مستقیم از جیب بخش عمده‌ی باقیمانده‌ی هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. اگرچه چندین

طرح بیمه اختیاری سلامت وجود دارد اما گستره آنها محدود است و کمتر از ۱٪ از کل هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد. پرداخت مستقیم از جیب، برای داروهایی با هزینه زیاد پرداخت می‌شود و به‌طورکلی تمام هزینه‌های خرید آن را مشتری می‌پردازد. اگرچه گروه‌های آسیب‌پذیر و بیماران بستری شده باید از طریق مددکاری اجتماعی تحت پوشش قرار گیرند، در عمل آن‌ها نیز مجبور به پرداخت هزینه‌های پزشکی خود هستند. به‌طور رسمی، اوکراین دارای بسته خدمات مراقبت‌های بهداشتی جامع تضمینی است که با هزینه رایگان که از منظر قانون اساسی حق مردم است، ارائه می‌شود (۶۲).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

به‌طور سنتی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه در اوکراین از طریق سیستم یکپارچه متخصصین داخلی و کودکان که توسط پلی کلینیک‌ها استخدام شده‌اند عرضه می‌گردد. در سال ۲۰۰۰، گذار به مدل جدید مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر اساس الگوهای پزشک خانواده شروع شد. پزشک خانواده/پزشک عمومی (GPs) بیش از نیمی (۵۷٫۲٪) از همه مراقبت‌های پزشکی اولیه را ارائه می‌کنند؛ آن‌ها در پلی کلینیک‌های خانواده و یا بخش‌های پلی کلینیکی بیمارستان‌ها کار می‌کنند. اصلاحات شروع شده در سال ۲۰۱۰، باهدف تغییر جهت سیستم در اولویت‌بندی مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود و ریشه در مراقبت‌های با محوریت پزشک خانواده و ترسیم مسیری مشخص برای بیماران و درگاه‌داری قوی در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارد. هدف از این اصلاحات کاهش استفاده‌های نامعقول از خدمات تخصصی اما غیرضروری به صورت خود ارجاعی به بیمارستان‌ها (به‌طور چشمگیری با دور زدن مراقبت‌های بهداشتی اولیه) بود که به استفاده ناکارآمد از منابع در سیستم منجر می‌شود. درگاه‌داری بر مبنای پزشک خانواده به‌طور گسترده با سیستم خود ارجاعی بیماران بستری در سطوح سه‌گانه سیستم مراقبت‌های بیمارستانی مقابله می‌کند. سطح اول (پایین) بیمارستان‌های روستایی است که تسهیلات بستری پایه‌ای را ارائه می‌کنند. سطح دوم (متوسط) که بخش اصلی سیستم بیمارستانی است و شامل خدمات بستری است در بیمارستان‌های مناطق مرکزی و چند تخصصی شهرداری، بیمارستان کودکان، کلینیک‌های ویژه^۱ و بیمارستان‌های تخصصی ارائه می‌گردد. سطح سوم (بالا) خدمات

1- Dispensarri

تخصصی در سطح منطقه‌ای و فرا منطقه‌ای توسط بیمارستان‌های منطقه‌ای، مراکز تشخیصی، و کلینیک‌های تخصصی و با همکاری نهادهای تحقیقاتی ملی وزارت بهداشت و آکادمی ملی علوم پزشکی ارائه می‌شود (۶۳). تمرکز اصلاحات جدید در سال ۲۰۱۰ که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ تکمیل شود بر تفکیک حقوقی و ساختاری بین مراقبت‌های اولیه و سطح دوم، ایجاد زیرساخت‌های مجهز مراقبت‌های اولیه، سیستم ارجاع قوی‌تر (درگاه‌داری) برای بهینه‌سازی مصرف خدمات توسط بیماران؛ انتخاب آزادانه پزشک مراقبت‌های اولیه؛ تأمین مالی سرانه مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق بودجه شهرستان و منطقه؛ تدوین قرارداد میان خریداران اصلی و ارائه‌دهندگان (مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه) و پاداش به کارکنان که بر اساس حجم و کیفیت مراقبت ارائه شد، تأکید دارد (۶۱).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

پرداخت برای پزشکان شاغل در مراکز دولتی بر اساس حقوق و حداقل دریافتی تعیین شده از سوی دولت صورت می‌گیرد. البته برخی مشوق‌ها برای پزشکانی که در مناطق مشخصی فعالیت می‌کنند و همچنین پزشکان شاغل در بخش‌های اورژانس و پزشکان ارائه‌کننده خدمات پزشکی به بیماران معلول، در نظر گرفته شده است. پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شهرها نیز می‌توانند تا ۳۰٪ از مبلغ حقوق پایه را به‌عنوان پاداش دریافت نمایند. علاوه بر این، مثل دیگر متخصصین، می‌توانند حق‌الزحمه اضافی تا ۵۰٪ از مبلغ پایه برای ضریب افزایشی منطقه تحت پوشش خدمات، به دلیل کمبود نیروی انسانی در مراکز و حجم کار بیشتر دریافت کنند. هیچ تفاوت اساسی بین متخصصین بخش‌های بستری با یکدیگر در زمینه‌ی میزان حقوق وجود ندارد، به‌جز جراحان و متخصصین بی‌هوشی که حقوق آن‌ها می‌تواند تا ۴۰٪ بر اساس جراحی‌های ویژه افزایش یابد. قانون تضمین رایگان هزینه‌ها مراقبت‌های پزشکی، خدمات پزشکی را در سطحی مشخص برای هر شهروند تضمین می‌کند. بنابراین هرگونه دریافت هزینه در بخش عمومی را ممنوع می‌کند. با این وجود بین مقررات و آنچه در حقیقت اتفاق می‌افتد مطابقت وجود ندارد. همچنین هزینه‌های غیررسمی (زیرمیزی) در قالب پول نقد یا هدایا به ارائه‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی در راستای ارائه خدمات بهتر همچنان وجود دارد. دلیل این امر حقوق پایین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در اوکراین می‌باشد که به‌عنوان عاملی برای گسترش پرداخت‌های غیررسمی و همچنین مهاجرت نیروی

کار سلامت به سایر بخش‌ها اقتصادی و سایر کشورها عمل می‌کند (۶۴).

همچنین بر اساس طرحی در سال ۲۰۱۲ دولت به منظور تشویق ارائه‌کنندگان به افزایش کارایی و کیفیت خدمات پرداخت‌های تشویقی را به صورت آزمایشی در برخی مناطق در دستور کار خود قرار داد. این برنامه در سال ۲۰۱۴ بنا به دلایل مالی و محدودیت‌های پیش آمده با ایجاد محدودیت‌های زیادی تقریباً متوقف شد (۶۴).

▲ دسترسی / انتخاب ارائه‌کننده

در اوکراین بیمار می‌تواند پزشک عمومی یا هر پزشک متخصصی را در پلی کلینیک ملاقات نماید. اگر بیمار به متخصص نادرستی مراجعه کرده باشد، در صورت نیاز به متخصص دیگری ارجاع داده می‌شود. باین وجود، بیماران با فریب سیستم و مراجعه مستقیم به پزشک متخصص و بیمارستان از خدمات تخصصی مراقبت‌های اولیه بهره‌مند می‌شوند و این امر عامل اصلی ناکارآمدی در این سیستم است. تقریباً نصف بیمارانی که به طور مستقیم برای دریافت مراقبت‌های تخصصی به بیمارستان مراجعه می‌کنند امکان دریافت خدمات موردنیاز خود را در سطوح مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارند (۶۱). از این رو اصلاحات سال ۲۰۱۰ بر اهمیت سیستم ارجاع تمرکز داشته و یکی از اولویت‌های این اصلاحات ایجاد نظام ارجاع بر مبنای پزشکان خانواده می‌باشد (۶۱).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

در حال حاضر بیماران در انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت عمومی و تخصصی آزاد هستند و بر اساس نظر خود می‌توانند به متخصصین در پلی کلینیک‌ها مراجعه نمایند. هرچند بر مبنای اصلاحات جدید در سیستم سلامت اوکراین مراجعه به متخصصین بر اساس ارجاع از سوی پزشک مراقبت‌های اولیه بهداشتی انجام خواهد شد. این سیستم هم‌اکنون تنها در برخی مناطق به صورت پایلوت انجام می‌شود و در سایر مناطق متخصصین بیماران ارجاعی از سوی پزشکان مراقبت‌های اولیه و بیماران خود ارجاعی را ویزیت می‌کنند (۶۱).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

در اوکراین از سال ۲۰۰۰ حرکت به سوی سیستم سلامت نوین مبتنی بر پزشک خانواده شروع شد. در حال حاضر بیش از ۵۷٫۲ درصد از تمامی پزشکان مراقبت‌های اولیه در قالب پزشکان خانواده و پزشکان عمومی در پلی کلینیک‌های پزشکی خانواده

و یا مراکز مشابه فعالیت دارند. در سال ۲۰۱۰ نیز با هدف تقویت نظام درگاه‌داری و سیستم ارجاع بر مبنای پزشکی خانواده اصلاحاتی با هدف کاهش مصرف خدمات غیر ضروری و همچنین خودارجاعی‌های غیرضروری به بیمارستان‌ها -که به‌عنوان یکی از منابع اصلی ناکارآمدی سیستم بود- برنامه‌ریزی و به صورت پایلوت اجرا گردید. این برنامه به دنبال افزایش نقش پزشکان خانواده در قالب یک سیستم جامع تا سال ۲۰۲۰ می‌باشد. اصلاحات جدید به دنبال تقویت مراقبت‌های اولیه بهداشتی از طریق تجهیز این مراکز و همچنین تقویت نظام ارجاع و در کنار آن ایجاد حق انتخاب ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تأمین مالی سرانه این مراقبت‌ها از محل بودجه‌های شهر و شهرستان و ایجاد سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد برای تشویق گیرندگان خدمات بود. در سال ۲۰۱۱ در ادامه برنامه اصلاحات نظام سلامت، در کنار حق انتخاب ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی به بیماران تا حدودی حق انتخاب پزشکان متخصص نیز اعطا گردید (۶۱). اصلاحات شروع شده در سال ۲۰۱۰، که با هدف تغییر جهت سیستم در اولویت‌بندی مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود، ریشه در مراقبت‌های اولیه با محوریت پزشک خانواده جهت تعیین مسیری مشخص برای بیماران و درگاه‌داری قوی در سطح مراقبت‌های اولیه داشت. هدف این اصلاحات کاهش استفاده‌های نامعقول و غیرضروری از خدمات تخصصی در قالب خود ارجاعی به بیمارستان‌ها (با دور زدن مراقبت‌های اولیه) می‌باشد که به ناکارآمدی منابع در سیستم منجر می‌شود. همچنین سیستم جدید خدمات بستری که سیستمی سطح‌بندی شده است و در سه سطح طراحی شده است به‌طور گسترده از درگاه‌داری حمایت می‌کند (۶۳).

▲ ویزیت متخصص

هرچند بر اساس ساختار سیستم سلامت بیماران در ابتدا توسط پزشکان عمومی ویزیت می‌شوند که این ویزیت به صورت رایگان و در پلی کلینیکی که فرد در آن ثبت‌نام کرده است انجام می‌شود و در صورت نیاز به متخصص ارجاع داده می‌شوند؛ ولی در عمل بیماران به صورت مستقیم می‌توانند به متخصصین دسترسی داشته باشند. از سوی دیگر ارجاع به بیمارستان بایستی از طریق متخصصین و یا پزشکان عمومی صورت گیرد که در این مسیر نیز بیماران می‌توانند با پرداخت مستقیم به خدمات بیمارستانی به صورت مستقیم دسترسی داشته باشد. هرچند بر اساس قانون استفاده از خدمات بیمارستانی برای بیماران رایگان است ولی در عمل بسیاری

از هزینه‌های پیش از بستری و در حین بستری همچون هزینه داروها و تجهیزات و همچنین هزینه‌های خدمات پرستاری همچون غذا و نظافت بر عهده‌ی اعضای خانواده بیمار می‌باشد. خدمات پس از ترخیص در شهرها بر عهده‌ی واحدهای مرتبط با پلی کلینیک‌ها و در روستاها نیز بر عهده‌ی پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد (۶۳).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

بیمه‌های خصوصی نقش بسیار محدودی (کمتر از ۱ درصد) در سیستم سلامت اوکراین ایفا می‌کنند. بیمه‌های خصوصی دو نقش اصلی در سیستم سلامت اوکراین ایفا می‌کنند یکی نقش متمم برای پوشش هزینه‌های خدمات می‌باشد که هر چند بر اساس قانون جزء بسته خدمتی دولتی می‌باشد ولی بدلیل محدودیت منابع بطور کامل پوشش داده نمی‌شوند و نقش دوم آن نقش مکمل می‌باشد که بر اساس آن بیماران تحت پوشش بیمه‌های اختیاری حق استفاده از خدمات بخش خصوصی و دولتی را بدون محدودیت و همچنین دسترسی سریع‌تر به خدمات مورد نیاز و با کیفیت تر دارند (۶۳).

▲ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

سیستم در هم پیچیده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و همچنین مسیر نامشخص درمانی برای بیماران موجب استفاده نابجا از خدمات و همچنین کاهش کیفیت خدمات و تأثیرات سوء بر سلامت جمعیت شده است. از این رو اصلاحات سال ۲۰۱۰ به منظور پاسخ به این نیازها شکل گرفت. در این راستا با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد^۱ نیز برنامه ادغام یافته سلامت کودکان زیر پنج سال، در قالب برنامه پزشک خانواده اجرا گردید (۶۱).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

نبود سیستم ارجاع به صورت کامل و جامع مانع از کنترل هزینه‌ها و خدمات در سیستم سلامت اکراین می‌شود و این موضوع یکی از مهم ترین چالش‌های پیش روی سیستم سلامت اکراین می‌باشد. از سوی دیگر تلاش‌های صورت گرفته در قالب اجرای نظام ارجاع به صورت پایلوت در برخی مناطق و همچنین ایجاد زیر ساخت‌های

1- United Nations Children's Fund (UNICEF)

لازم برای ایجاد پرونده‌ی الکترونیک سلامت، می‌تواند به‌عنوان مبنایی برای گسترش نظام ارجاع با در نظر گرفتن الزامات اجرایی باشد (۶۳).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

در سال ۲۰۱۲، دولت تصمیم به ایجاد سیستم پرونده‌های الکترونیکی بیمار گرفت که تمام تسهیلات مراقبت بهداشتی را برای بروز رسانی ثبت بیمار با استفاده از فرم‌های پزشکی پذیرفته‌شده و همراه با جزییات مراقبت‌های ارائه‌شده، شامل داروهای مصرفی یا خدمات تجویزی را شامل می‌شود.

پرونده‌های الکترونیکی بیمار در مناطق آزمایشی و مناطقی که اصلاحات گسترده سیستم بهداشتی در آن آزمایش شده بود و خصوصاً در مراکز مراقبت‌های اولیه ایجاد شد و ۹۰٪ از بیماران با واردکردن اطلاعات پایه‌ای خود در این سیستم ثبت شدند. با این حال، به دلیل نبود امنیت کافی در سیستم برای حفظ حریم خصوصی بیمار، حتی برای اشتراک داده‌ها بین مراکز مراقبت‌های اولیه در حال حاضر قابل استفاده نیست (۶۱).

تاجیکستان

تاجیکستان یا جمهوری تاجیکستان کشوری در آسیای میانه است. این کشور از جنوب با افغانستان، از غرب با ازبکستان، از شمال با قرقیزستان، و از شرق با چین همسایه است. تاجیکستان یک کشور محاط در خشکی است که در گذشته راه ابریشم از آن گذر می‌کرده است. تاجیکستان ۱۴۳،۱۰۰ کیلومترمربع (از نظر وسعت رتبه‌ی پنجاه و نهم در جهان) وسعت دارد. این کشور، کوهستانی و پر بارش است و منابع آب فراوانی دارد. زبان رسمی این کشور فارسی تاجیکی است. جمعیت تاجیکستان در سال ۲۰۱۴ میلادی ۸،۱۶۰،۰۰۰ نفر برآورد شده است. حدود ۷۹،۹٪ از مردم این کشور تاجیک هستند (که به فارسی تاجیکی سخن می‌گویند)، ۱۵،۳٪ ازبک، ۱،۱٪ روس، ۱،۱٪ قرقیز، ۰،۳٪ ترکمن و ۰،۳٪ تاتار هستند. اقلیت‌های غیربومی از قبیل اوکراینی، چینی، کره‌ای و غیره نیز در تاجیکستان زندگی می‌کنند که حدود ۲٪ از جمعیت تاجیکستان را تشکیل می‌دهند. امید به زندگی هنوز هم در مقایسه با کشورهای پیشرفته پایین است. در سال ۲۰۱۳ امید به زندگی به حدود ۶۴،۱ سال برای مردان و ۷۰،۸ سال برای زنان برآورد شده است. دلایل امید به زندگی پایین در این کشور عبارت‌اند از نرخ نسبتاً

بالای مرگ‌ومیر نوزادان (حدود ۴۰٫۹ مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۱۳) و نرخ بالای بیماری‌های غیر واگیردار (۶۵).

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

سال‌ها پس از استقلال تاجیکستان بیشترین نرخ کاهش در هزینه‌های مصرفی برای سیستم بهداشتی و بالاترین میزان پرداخت‌های شخصی را داشته و پرداخت‌های رسمی و غیررسمی و پرداخت‌های «زیرمیزی» بخشی از شکاف‌ها را پر کرده است. در سال ۲۰۱۳، تاجیکستان کمترین میزان هزینه بهداشتی را نسبت به تولید ناخالص داخلی در منطقه اروپایی WHO داشته و میزان آن برای هر نفر تنها ۱۷۰ دلار بود، این در حالی است که سهم پرداخت‌های مستقیم (OOP) به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌ها بهداشتی یکی از بالاترین میزان‌ها (۶۰٫۱٪) در منطقه اروپایی WHO است. ضمناً این میانگین برای سایر کشورهای اروپایی ۲۶٫۴ بود (۶۶). تأمین مالی در تاجیکستان عمدتاً بر پایه‌ی پرداخت‌های مستقیم استوار است و برآورد می‌شود ۶۰٫۱ درصد از کل هزینه‌های بخش سلامت از طریق پرداخت‌های شخصی تأمین مالی می‌شود و دولت تنها ۳۰٫۶ درصد از کل هزینه‌های بخش سلامت را تأمین می‌کند. آژانس‌های بین‌المللی و دو جانبه نقش مهمی در پشتیبانی از سیستم سلامت تاجیکستان ایفا می‌کنند و ۱۰٫۳٪ از کل هزینه‌های بهداشتی در سال ۲۰۱۳ را تأمین کرده‌اند (۶۶).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

قوانین خدمات بهداشتی در تاجیکستان با توجه به رده‌های اجرایی و مدیریتی کشور و در نظر گرفتن تفاوت در مناطق شهری و روستایی طراحی شده است. در مناطق روستایی مراقبت‌های پزشکی از طریق خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشت روستایی و بیمارستان‌های روستایی ارائه می‌گردد. در مناطق شهری مراقبت‌های اولیه و سطح دوم توسط شهرستان^۱ و مراکز بهداشت شهری (جایگزین پلی کلینیک‌های قبلی) و مراقبت‌های سطح دوم اساسی در شهرستان مرکزی و یا بیمارستان‌های شهری ارائه می‌شود. مراقبت‌های سطح دوم ویژه توسط بیمارستان‌های منطقه‌ای (ولایت^۲ و یا استان)، و مراقبت‌های بسیار پیچیده توسط بیمارستان‌های ملی انجام می‌پذیرد (۶۵).

1- Rayon (district)

2- Viloyat (region or province; in Russian oblast)

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

تمامی ارائه‌کنندگان سلامت در تاجیکستان در استخدام دولت قرار دارند و پرداخت برای پزشکان شاغل در مراکز دولتی بر اساس حقوق و حداقل دریافتی تعیین شده از سوی دولت، صورت می‌گیرد. بر اساس قوانین، ویزیت توسط پزشک عمومی دولتی رایگان می‌باشد ولی به دلیل محدودیت کمک‌هزینه‌های دولتی به بخش بهداشت این قوانین نادیده گرفته می‌شوند، بیماران به‌طور قابل توجهی مجبور به پرداخت کسری بودجه بهداشتی از طریق پرداخت غیررسمی هستند. اگرچه در آسیای میانه و قفقاز سنت کمک مالی یا هدایا به دریافت‌کنندگان مراقبت‌ها به‌عنوان قدرانی وجود دارد، اما این سنت داوطلبانه جای خود را به تقاضا برای پرداخت مبلغ اجباری قبل از درمان داده است (۶۵).

▲ دسترسی / انتخاب ارائه‌کننده

در تاجیکستان ساختمان‌های زیاد و ناکارآمدی برای بخش اجرایی خدمات بهداشتی وجود دارد، همچنین خدمات تکراری بین سطوح مختلف همچون شهرستان، بیمارستان‌های شهری و بیمارستان‌های منطقه‌ای وجود دارد. علاوه بر این، تعدادی از بیمارستان‌های ویژه تاجیکستان بعد از استقلال به‌طور گسترده دست‌نخورده و بلااستفاده باقی‌مانده‌اند.

در سال‌های اخیر تلاش‌ها برای تقویت مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کانون توجهات اصلاح سیستم سلامت قرار گرفته است، پزشکان خانواده اغلب توسط بیماران نادیده گرفته شده و دور زده می‌شوند. خدمات بهداشت عمومی اساساً از طریق برنامه‌های عمودی مجزا با یکپارچگی محدود نسبت به مراقبت اولیه بهداشتی ارائه می‌گردد (۶۵).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

بر اساس قوانین، مشاوره با پزشک عمومی دولتی رایگان است اما کمک‌هزینه‌های دولتی به بخش سلامت محدود می‌باشد. از این رو بیماران به‌طور روزافزونی مجبور به جبران کسری بودجه بخش سلامت از طریق پرداخت کمک‌های غیررسمی می‌باشند. در سال‌های اخیر اتکا به پرداخت‌های غیر رسمی بطور چشمگیری اهمیت بالایی پیدا کرده است (۶۵).

▲ دسترسی / انتخاب ارائه کننده

ساختمان‌های زیاد و ناکارآمد بخش اجرایی خدمات بهداشتی و همچنین خدمات تکراری بین سطوح مختلف خدماتی همچون شهرستان مرکزی، بیمارستان‌های شهری و بیمارستان‌های منطقه‌ای وجود دارد موجب ناکارآمدی سیستم سلامت در تاجیکستان شده است. علاوه بر این، بدلیل نبود ساختار اجرایی به منظور دسترسی به خدمات و سطح بندی ناکارآمد خدمات که موجب عدم رعایت سیستم ارجاع می‌شود باعث شده است دسترسی به خدمات سطوح مختلف بدون هیچ ضابطه‌ای امکان پذیر باشد. همچنین بدلیل نبود هماهنگی بین خدمات بهداشت عمومی و ارائه این خدمات از طریق برنامه‌های عمودی مجزا یکپارچگی کمی بین مراقبت اولیه بهداشتی وجود دارد (۶۵).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

دسترسی به خدمات در مناطق شهری و روستایی اندکی باهم متفاوت می‌باشد. در مناطق روستایی بیماران از طریق مراجعه به خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، و در مناطق شهری مردم از طریق بیمارستان‌های شهری و مراکز بهداشتی و درمانی شهری به خدمات دسترسی پیدا می‌کنند. باوجود تعیین نقش درگاه‌داری در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی هیچ گونه محدودیتی در دسترسی به خدمات بیمارستانی برای افراد وجود ندارد. بر اساس طرح جدیدی در سال ۲۰۰۷ که از سوی دولت در ۱۴ منطقه به صورت پایلوت اجرا شده است بیماران تنها در صورتی امکان دسترسی رایگان به بسته خدمتی را دارند که از طریق سیستم ارجاع از خدمات استفاده نمایند (۶۵).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

در زمان ارجاع، پزشک خانواده به‌عنوان هماهنگ کننده بیماران به منظور استفاده از خدمات تخصصی نقش ایفا می‌کند نرخ ارجاع بین ۲-۴ درصد شاخصی کلیدی در سیستم مراقبت بهداشتی و علی‌الخصوص در مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد. بیماران برای دریافت خدمات از متخصصین و همچنین بیمارستان‌های منطقه‌ای نیازی به ارجاع از سوی پزشک خانواده ندارند. ولی در طرح جدیدی از سوی دولت دسترسی به خدمات بسته خدمتی تنها از طریق رعایت نظام ارجاع امکان پذیر می‌باشد و در غیر این صورت فرد باید هزینه‌های مستقیم زیادی را پرداخت نماید (۶۵).

▲ **ویزیت متخصص**

بر اساس مطالعات، نیاز به تشخیص و درمان توسط متخصص تنها برای ۱۹٪ از ارجاع شوندگان تأیید شده است. میزان ارجاع در میان بیماران پزشک خانواده بسیار بالا است و خود ارجاعی بیماران به متخصصین گسترده است و در میان بیماران چشم پزشکی رایج تر از سایر تخصص‌ها است (۷۶،۰٪) (۶۵).

▲ **نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع**

با توجه به نرخ بالای پرداخت‌های مستقیم در تأمین مالی هزینه‌های سلامت در تاجیکستان نقش بیمه‌ها و پیش پرداخت‌ها در این سیستم بسیار محدود می‌باشد. عملاً بیمه‌های سلامت خصوصی نیز فعالیتی در این کشور ندارند (۶۵).

▲ **نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع**

بر اساس مطالعه‌ای که در زمینه الگوی ارجاع در دو شهرستان انجام شد، مشخص گردید که میزان ارجاع اغلب بدلیل نبود تست‌های تشخیصی در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی و همچنین خودارجاعی به متخصصین، بالا می‌باشد. همچنین سیستم اطلاعات موجود نیز توانایی جمع‌آوری اطلاعات در خصوص ارجاعات را ندارد (۶۵).

▲ **دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت**

نرخ ارجاع بین ۲-۴ درصد در سیستم مراقبت بهداشتی و علی‌الخصوص در مراقبت‌های بهداشتی اولیه نشانگر این است که بیماران برای دریافت خدمات از متخصصین و همچنین بیمارستان‌های منطقه‌ای نیازی به ارجاع از سوی پزشک خانواده ندارند. هر چند بر اساس طرح جدید بسته پایه خدمت، سیستم ارجاع در ۱۴ منطقه به صورت پایلوت در حال اجرا می‌باشد (۶۵).

▲ **پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)**

استفاده از سیستم اطلاعات پزشکی در تاجیکستان به دلیل محدودیت‌های زیرساختی و همچنین توانمندی پایین ارائه‌کنندگان خدمات ضعف‌های فراوانی دارد و اطلاعات حاصل از سیستم‌های موجود قابل اعتماد و معتبر نمی‌باشند. بر اساس برنامه‌ای که از سال ۲۰۱۴ و با کمک نهادهای خارجی شروع شده است، دولت قصد ایجاد یک سیستم اطلاعات سلامت ملی را دارد و برای این منظور متخصصین بسیاری از سوی وزارت بهداشت به‌منظور توانمندسازی درزمینه‌ی استفاده از سیستم اطلاعات آموزش‌دیده و تجهیز شده‌اند (۶۵).



کشور مشترک‌المنافع استرالیا (Commonwealth of Australia)؛ کشوری است توسعه‌یافته در نیمکره جنوبی، این کشور با ۷,۶۸۶,۸۵۰ کیلومتر مربع وسعت، ششمین کشور پهناور دنیا است. استرالیا یکی از قلمروهای مشترک‌المنافع است و در سال ۱۹۰۱ از بریتانیای کبیر استقلال یافته است. پایتخت استرالیا شهر کانبرا است، شهری که در آن مجلس کشور و مقر فرماندار کل قرار دارد. فرماندار کل به صورت تشریفاتی و به نمایندگی از ملکه بریتانیا ریاست دولت در استرالیا را بر عهده دارد. در عمل نخست‌وزیر منتخب در کنار دولت و مجلس اداره کشور را در دست دارند. استرالیا از نظر مساحت دومین کشور پهناور عضو مجموعه‌ی اتحادیه کشورهای مشترک‌المنافع است. سیدنی و ملبورن دو شهر بزرگ استرالیا هستند. این کشور دارای مرز خاکی با کشور دیگری نیست و دور آن را از شرق، اقیانوس آرام، از جنوب اقیانوس منجمد جنوبی، از غرب اقیانوس هند و از شمال چندین دریا و خلیج در بر گرفته است. استرالیا همچنین سرزمین اصلی قاره‌ی اقیانوسیه به شمار می‌آید که کوچک‌ترین قاره‌ی دنیاست.

جمعیت استرالیا در ژوئیه ۲۰۱۵ به‌طور تقریبی ۲۲,۷۵۱,۰۱۴ نفر بوده است. و با تراکم نسبی ۱۴/۳ نفر در هر کیلومتر مربع، یکی از کم تراکم‌ترین کشورها در جهان می‌باشد. کرانه جنوب شرق این کشور تراکم جمعیتی بیشتری نسبت به سایر نقاط دارد. یک‌سوم جمعیت کشور در ایالت نیو ساوت ولز و یک چهارم دیگر در ایالت ویکتوریا به سر می‌برند. میانگین نرخ رشد جمعیت در سال ۱,۲۲۱ است. بومیان استرالیا حدود نیم میلیون نفر تخمین زده شده‌اند که دو و نیم درصد جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند (۶۷).

پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

استرالیا دارای ساختاری برای پوشش همگانی سلامت در قالب بیمه مدیکیر می‌باشد که عمدتاً توسط دولت فدرال تأمین مالی می‌شود. بیمه سلامت ملی ۷۵٪ هزینه‌های پزشکان عمومی، ۸۵٪ هزینه خدمات تخصصی و ۱۰۰٪ هزینه خدمات بیمارستانی را بر عهده دارد. در استرالیا نزدیک به ۶۷٪ هزینه‌های سلامت از محل منابع دولتی تأمین مالی می‌شود که این رقم در مقایسه با متوسط ۷۲٪ کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی پایین می‌باشد.

بیماران می‌توانند برای پوشش هزینه‌های مازاد بر تعهدات بیمه‌ی ملی از خدمات بیمه‌های خصوصی نیز بهره‌مند شوند که این پوشش می‌تواند در قالب پوشش جامع خدمات و یا پوشش انتخابی خدمات باشد. در هر صورت به دلیل بالا بودن هزینه‌ی خدمات در بیمارستان‌های خصوصی همچنان بخشی از هزینه‌ها با وجود بیمه خصوصی توسط خود افراد پرداخت خواهد شد.

در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ تأمین منابع مالی سیستم سلامت از منابع عمومی و خصوصاً از طریق وضع مالیات نزدیک ۷۰٪ بود، و ۳۰٪ باقی‌مانده از منابع خصوصی تأمین می‌شد. تأمین مالی بیمه ملی سلامت در استرالیا از طریق وضع ۲٪ مالیات بر افراد با درآمدهای بالای سقف معین، و ۱٪ مالیات اضافه بر درآمدهای بالای افرادی که تصمیم به خرید بیمه‌های خصوصی جهت پوشش خدمات بیمارستانی را ندارند، صورت می‌گیرد.

در حسابرسی‌های سال ۲۰۰۴ هزینه‌های بیمه مدیکیر برابر ۱۸٪ از کل هزینه‌های دولت مرکزی و حدود ۸٫۵٪ از تولید ناخالص داخلی بود. مبلغ پرداختی توسط هر شخص در زمان دریافت مراقبت (پرداخت از جیب) از کل هزینه‌های سلامتی در استرالیا ۲۰٫۳٪ است (۶۸). اعضای تحت پوشش سازمان‌های بیمه سلامت خصوصی می‌توانند خود را در برابر هزینه‌های درمان و اقامت در قالب بیمار خصوصی در بیمارستان‌ها به‌منظور پوشش مابه‌التفاوت هزینه مراقبت‌های پزشکی و خدمات جانبی بیمه و هزینه‌های پرداختی مدیکیر، بیمه نمایند (۶۷).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

هم بخش عمومی و هم بخش خصوصی در استرالیا خدمات بهداشتی ارائه می‌کنند. بخش خصوصی بسیاری از مراقبت‌های اولیه و مراقبت‌های فوق تخصصی پزشکی، بیمارستان‌های خصوصی و بسیاری از خدمات مراقبتی بهداشتی مشخص را ارائه می‌دهند. دولت فدرال و فرمانداری‌ها، بیمارستان‌های عمومی را ایجاد و برنامه‌های سلامت عمومی بسیاری را پشتیبانی می‌کنند ولی بخش کمی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به‌طور مستقیم ارائه می‌کنند. در دهه گذشته دولت مرکزی و ایالت‌ها به‌طور کلی تصمیم به کاهش نقش خود در ارائه مستقیم خدمات بهداشتی و افزایش نقش سازمان‌های داوطلبانه و سرمایه‌گذاران بخش خصوصی گرفته‌اند (۶۷).

مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط پزشکان عمومی و پرستاران و اغلب در قالب کلینیک‌های پزشکی ارائه می‌شود. اغلب پزشکان عمومی به‌طور مستقل فعالیت دارند. در برخی مواقع پزشکان عمومی بر اساس قرارداد با شرکت‌ها و سازمان‌های مختلف خدمات پزشکی را به کارکنان آن‌ها ارائه می‌نمایند. هزینه‌های پزشکان عمومی بر اساس سیستم کارانه و از طریق بیمه‌ی مدیکر پوشش داده می‌شود. همچنین به‌منظور ارتقای کیفیت خدمات، بسته‌ی پرداخت‌های تشویقی برای مطب‌ها^۱ در نظر گرفته شده است. اغلب پزشکان به‌طور داوطلبانه در این برنامه مشارکت می‌کنند. همچنین برنامه تقویت خدمات اولیه^۲ به‌منظور تشویق ارائه‌کنندگان به ارائه خدمات پیشگیری به سالمندان نیز از سال ۱۹۹۹ به وجود آمده است. از سال ۲۰۰۲-۲۰۰۱ برنامه پرداخت تشویقی خدمات^۳ با تمرکز بر پوشش خدمات مربوط به بیماری‌های مزمن همچون آسم، دیابت، غربالگری سرطان سرویکس و سلامت روان ایجاد شده است و در قالب این برنامه در صورت ارائه خدمات مشخص شده مبالغ مازادی به پزشکان پرداخت می‌شود (۶۷).

بسیاری از خدمات و مراقبت‌های اولیه از طریق پرستاران ارائه می‌شود. مدیکر هزینه مشاوره‌های پرستاری هزینه‌های متخصصین تغذیه و فیزیوتراپیست‌ها را پوشش نمی‌دهد و این خدمات می‌تواند از طریق بیمه‌های خصوصی پوشش داده شود (۶۷).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

مشاوره‌های تخصصی تحت پوشش مراقبت‌های پزشکی بیمه مدیکر است. هزینه برنامه‌های خدمات پزشکی برای خدمات تخصصی پس از مشاوره‌های پزشکان عمومی و در قالب نظام ارجاع پوشش داده می‌شود. ۷۵ درصد از هزینه‌های ویزیت متخصصین توسط بیمه‌ی مدیکر پوشش داده می‌شود. مابقی هزینه‌ها و هزینه‌های وسایل کمکی پزشکی می‌تواند از طریق بیمه‌های خصوصی پوشش داده شوند (۶۹).

1- Practice Incentives Program (PIP)

2- Enhanced Primary Care (EPC)

3- Service Incentive Payments (SIPs)

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

با توجه به افزایش شاخه‌های تخصصی ایجادشده در چند دهه اخیر، متخصصین پزشکی در حوزه تخصصی خود، از آموزش‌های تکمیلی برخوردارند و بایستی از طرف دانشگاه خود دارای مدرک تخصصی باشند. تعداد متخصصین از دهه ۱۹۶۰ به بعد افزایش قابل توجهی داشته است. همه‌ی متخصصین آموزش دیده هستند و اکثر آن‌ها در بیمارستان‌ها مشغول می‌شوند. این در حالی است که متخصصین ارشد هم در کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی و هم در مناصب دانشگاهی فعالیت می‌کنند (۶۷).

متخصصین، اصلی‌ترین راه جذب بیماران به بیمارستان جهت انجام عمل‌های جراحی اختیاری هستند. زیرا بسیاری از جراحی‌ها در بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌پذیرد. متخصصین، خدمات بیمارستانی را در بیمارستان‌ها برای بیماران تحت پوشش بیمه‌های خصوصی و عمومی ارائه می‌کنند (۶۹).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

دولت کارگری در سال ۱۹۷۳ و ۱۹۷۴ دوبار در تلاش برای تصویب قانون بیمه سلامت ملی ناکام بود ولی در سال ۱۹۷۴ بدلیل اینکه سلامت، به یک موضوع چالشی تبدیل شده بود مجلس نمایندگان و مجلس سنا، قانون بیمه سلامت ملی را در قالب برنامه مدیابانک^۱ تصویب کردند و کمیسیون بیمه سلامت نیز مدیریت بیمه سلامت ملی را بر عهده گرفت. بر اساس این قانون بیماران پس از پرداخت هزینه‌های پزشکی و درمانی ۸۵ درصد از هزینه‌ها را از بیمه سلامت دریافت می‌کنند و یا در صورت توافق پزشک با سیستم بیمه، با پذیرش ۸۵ درصد تعرفه به‌عنوان کل هزینه، هزینه‌ها به صورت مستقیم به پزشک پرداخت می‌شود. همچنین دولت مرکزی با همکاری دولت‌های ایالتی سعی در پوشش هزینه‌های بیمارستانی شهروندان دارد. در بین سال‌های ۱۹۷۵ - ۱۹۸۳ دولت ائتلافی لیبرال، تغییراتی در برنامه مدیابانک ایجاد کرد و افراد تا حدودی مختار به خروج از برنامه و خرید بیمه‌های خصوصی شدند. ولی از سال ۱۹۸۳ - ۱۹۹۶ دولت کارگری با بازسازی بیمه سلامت ملی در قالب مدیکیر و افزایش سهم مالیات از ۱ درصد به ۱.۵ درصد، پوشش همگانی بیمه را احیا نمود. از سال ۲۰۰۴ نیز با افزودن برخی الحاقات به برنامه مدیکیر برای پوشش پرداخت‌های مستقیم و پوشش مناطق روستایی و کودکان گام‌هایی برداشته شد. همچنین پوشش

بیمه‌ای هزینه‌های پزشکان عمومی نیز از ۸۵ درصد به ۱۰۰ درصد افزایش پیدا کرد (۶۷)

مسیر زیر برای تشریح مراحل ویژه ورود استرالیایی‌ها به سیستم مراقبت‌های پزشکی ترسیم شده است. برای مثال یک زن برای جایگزینی مفصل ران در التهاب مفصلی بایستی مسیر درمانی زیر را طی نماید؛ او بایستی به انتخاب خود به پزشک عمومی مراجعه نماید و اگر مراقبت‌های پزشکی هزینه‌ای در برداشت هیچ مبلغی پرداخت ننماید و پزشک هزینه‌ها را بر اساس قرارداد از سازمان بیمه دریافت نماید و یا بیمار می‌تواند هزینه‌ی خدمات را پرداخت نماید و بعداً ۱۰۰٪ مبلغ پرداختی برای مراقبت‌های پزشکی را دریافت کند. پزشکان عمومی او را به متخصصین ارتوپدی ارجاع می‌دهند و سپس بیمار ۷۵٪ از مبلغ پرداختی خود به متخصص را از شرکت بیمه دریافت می‌کند. و یا پزشک عمومی وی را به بخش سرپایی ارتوپدی بیمارستان معرفی می‌نماید. او به همه بیمارستان‌های عمومی استرالیا به صورت رایگان دسترسی دارد. در غالب موارد بیمار به بیمارستان منطقه خود مراجعه می‌کند. پزشک عمومی او به بیمار درباره بیمارستان، زمان انتظار و کیفیت مراقبت‌ها در بخش‌های ارتوپدی مشاوره و بر اساس تجربیات خود راهنمایی ارائه می‌دهد (۶۷).

اگر بیمار نمی‌خواهد منتظر بماند می‌تواند به متخصص خصوصی ارجاع گردد و به‌عنوان بیمار خصوصی در بیمارستان‌های خصوصی یا عمومی تحت درمان قرار گیرد. مراقبت‌های پزشکی ۷۵٪ از مبلغ متخصصین درمانی و آزمایش‌های روتین را پرداخت خواهد کرد، اما بیمار بایستی مستقیماً یا از طریق بیمه‌های درمانی خصوصی آن را به‌عنوان هزینه خدمات در بیمارستان‌های خصوصی پرداخت نماید. در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ حدود ۶۲٪ از بیمارانی که تحت عمل جراحی التهاب مفصلی قرار گرفته‌اند، گزینه‌ی خدمات خصوصی را انتخاب کرده‌اند (۶۷).

پزشک عمومی بیمار داروهای ضروری موقتی را تجویز می‌نماید. بیمار بعد از مراجعه سرپایی به بیمارستان عمومی ممکن است جهت معاینه از سوی متخصص سه ماه یا بیشتر منتظر بماند. پس‌ازاین، او مجبور است برای تأیید بستری شدن و عمل جراحی منتظر بماند. در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ در استرالیا میانگین زمان انتظار برای جایگزینی مفصل ران ۹۲ روز با آمار ۱۱٪ انتظار بیش از ۱۲ ماهه بود (۶۷).

ادامه عمل جراحی و مراقبت‌های سطح دوم در بیمارستان‌های استرالیا و در طول زمان

بستری در بیمارستان تقریباً برای موارد ساده در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ حدود ۸ روز بود و بیمار در صورت نیاز به مراقبت‌های خانگی به خانه منتقل می‌شود (۶۷).

اگر وی توسط بیمارستان یا پزشک عمومی به‌عنوان بیمار نیازمند دریافت کمک تشخیص داده شود و به آژانس‌های مراقبت‌های خانگی ارجاع گردد، رسیدگی از طریق خدمات پرستاری منطقه، آژانس‌های خدمات خانگی و یا نهادهای تغذیه‌ای با در نظر گرفتن توان مالی وی انجام می‌پذیرد. پزشک عمومی خلاصه‌ای از وضعیت تریخیص از بیمارستان را دریافت می‌کند. همچنین پزشک عمومی مسئولیت اقدامات بعدی بیشتر، از قبیل ارجاع به فیزیوتراپیست، را برعهده دارد. بیمار میتواند از طریق پرداخت حداقل هزینه در بیمارستان‌های دولتی و یا پرداخت کامل جهت دریافت مراقبت‌های خصوصی، که احتمالاً از طریق بیمه‌های سلامتی خصوصی تحت پوشش قرار گرفته‌اند، خدمات مورد نیاز را دریافت کند (۶۷).

▲ **ویزیت متخصص**

هیچ اطلاعاتی در سطح ملی در زمینه میزان انتظار برای دریافت خدمات تخصصی وجود ندارد (به‌جز خدمات بیمارستانی که جزئیات آن در بالا ارائه گردیده است). زمان انتظار به‌طور چشم‌گیری بر اساس انواع تخصص‌های بالینی و همچنین در میان مناطق مختلف متفاوت است (۶۷).

▲ **نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع**

بیمه‌های خصوصی در استرالیا بر اساس قوانین تجاری و بیمه‌ای و تحت نظر شورای مدیریت بیمه‌های سلامت خصوصی فعالیت دارند و اطلاعات عملکردی خود را به دولت ارائه می‌کنند (۶۷).

▲ **نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع**

ارائه خدمات ناهماهنگ و بخش بندی شده توسط طیف گسترده‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات ساختاری سیستم سلامت استرالیا و همچنین ناکارآمدی سیستم ارجاع آن می‌باشد. تحلیل این مشکلات دولت استرالیا را برای تدوین استراتژی جهت هماهنگی و مدیریت بیماری‌های مزمن ترغیب می‌کند (۶۷).

دولت مرکزی مسئولیت تأمین منابع لازم برای ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه

بهداشتی با محوریت پزشک عمومی را بر عهده دارد. این مراکز مسئول هدایت و برنامه‌ریزی مراقبت‌های اولیه بهداشتی و همچنین ارائه خدمات بهداشتی خارج از زمان کاری را بر عهده دارند.

مراقبت‌های مربوط به بیماری‌های مزمن از طریق بیمه‌های خصوصی، سازمان‌های امور نظامیان و همچنین تعدادی از شبکه‌های بیمارستانی محلی ارائه می‌شود. این برنامه‌ها با درجه‌ای از تفاوت از سوی دولت‌های ایالتی هدایت می‌شود ولی هیچ سیاستی در سطح ملی جهت حمایت از این بیماران در مقابل خدمات وجود ندارد. با این حال برای مراقبت‌های سلامت و مراقبت‌های طولانی مدت اجتماعی برای سالمندان بالای ۶۵ سال در قالب تیم ارزیابی مراقبت‌های سالمندی، سیاست واحدی وجود دارد (۳۸).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

اساساً پزشکان عمومی اغلب مشکلات بهداشتی و درمانی را مدیریت می‌کنند و تنها ۱۱٫۶ درصد از بیماران به سطوح بالاتر ارجاع داده می‌شوند. همچنین آمار نشان می‌دهد نسبت تجویز برخی داروها همچون داروهای فشار خون و دیابت توسط پزشکان عمومی در بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۴ کاهش پیدا کرده است. مراقبت‌های اولیه بهداشتی ارائه شده توسط پزشکان از سوی بیمه‌های خصوصی پوشش داده نمی‌شوند و از سال ۱۹۸۴ با ایجاد مدیکیر بیمه‌های خصوصی هیچ کدام از خدمات غیر بیمارستانی حتی مابه‌التفاوت تعرفه‌های مصوب و هزینه‌های پرداختی را پوشش نمی‌دهند. هر چند هزینه‌های تجهیزات دندانپزشکی و چشم پزشکی نیز از سوی بیمه‌های خصوصی پوشش داده می‌شود. از سال ۱۹۹۶ تلاش‌هایی برای افزایش نقش بیمه‌های خصوصی مخصوصاً در توانمندسازی جهت افزایش حق انتخاب بیماران در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات و همچنین کاهش زمان انتظار صورت گرفته است (۶۷).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

ارتقاء سامانه اطلاعات فناوری در سیستم بهداشتی استرالیا برای ارائه خدمات بالینی و پزشکی، نیازمند الزامات زیادی است. در سال ۲۰۰۳ وزیر بهداشت استرالیا

ایجاد دو نهاد جدید؛ انجمن اطلاعات بهداشتی استرالیا^۱ و گروه اطلاعات بهداشتی ملی^۲ را جهت مدیریت اطلاعات و فناوری در سیستم بهداشتی این کشور امضا کرد (۶۸). بسیاری از پزشکان عمومی و ارائه‌کنندگان بخش عمومی از پرونده الکترونیک پزشکی استفاده می‌کنند. همچنین در سال‌های اخیر سیاست‌های واحدی برای استفاده در برنامه‌های پرونده‌ی الکترونیک پزشکی اتخاذ شده است و دولت به دنبال اختصاص کدهای شناسایی واحدی برای هر کدام از بیماران و پزشکان می‌باشد. که در این راستا در سال ۲۰۱۳ بیش از ۱,۲ میلیون نفر در این برنامه ثبت نام کرده بودند. هر چند این برنامه در حال حاضر در مراحل توسعه خود قرار دارد (۳۸).

نیوزیلند

نیوزیلند کشوری در جنوب غربی اقیانوس آرام است. این کشور از دو جزیره بزرگ و تعداد زیادی جزیره کوچک تشکیل شده و مناطق خودمختار نیو، جزایر کوک، توکلاتو و راس را هم در برمی‌گیرد.

نیوزیلند فاصله زیادی با دیگر خشکی‌های کره زمین دارد، به طوری که استرالیا نزدیک‌ترین همسایه این سرزمین در دو هزار کیلومتری آن قرار دارد، دریای میان این دو کشور به دریای تاسمان معروف است. نزدیک‌ترین همسایگان این کشور از شمال جزایر تونگا، فیجی و نیوکالدونیا هستند. جمعیت نیوزیلند ۴,۳ میلیون نفر است. حدود ۷۸٪ آنان خود را اروپایی معرفی می‌کنند. اروپائیان نیوزیلند به «Pākehā» معروف هستند. این کشور از لحاظ نژادی به دو بخش عمده و بزرگ تقسیم شده است.

پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

بودجه سیستم سلامت نیوزیلند اساساً از طریق مالیات و پرداخت از جیب تأمین می‌گردد. همچنین برای آسیب‌ها و تصادفات بیمه اجباری حوادث^۳ وجود دارد. بستری در بیمارستان و خدمات سرپایی و خدمات بهداشت عمومی برای ساکنان نیوزیلند به صورت رایگان ارائه می‌شود، اما برای پزشکان عمومی و خدمات مربوطه

1- Australian Health Information Council-AHIC

2- National Health Information Group- NHIG

3- The Accident Compensation Corporation- ACC

هزینه پرداخت می‌شود. حدود یک‌سوم از جمعیت به‌طور داوطلبانه دارای بیمه‌های تکمیلی سلامت هستند. پرداخت‌های از جیب مردم ۱۶٪ از کل هزینه‌های سلامتی را شامل می‌شود (۲۰۰۳ / ۲۰۰۲). در سال‌های اخیر، نهادهای عمومی در جهت کاهش فشار پرداخت‌ها بر مردم تقویت شده‌اند (۷۰٪). در سال ۲۰۱۱ در حدود ۸۲٫۷ درصد از کل مخارج سلامت از طریق مالیات‌های عمومی تأمین شد که حدود ۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی این کشور را تشکیل می‌داد. ۸۷٫۸ درصد از کل بودجه عمومی سلامت، به خدمات سلامت اختصاص پیدا می‌کند و ۸۰ درصد از این رقم به ۲۰ شورای سلامت شهرستان^۱ و ۲۰ درصد باقی مانده به صورت مستقیم به ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌شود. ۹٫۴ درصد از کل بودجه عمومی سلامت به واحد جبران خسارت حوادث و سوانح^۲ و ۲٫۸ درصد باقی مانده نیز به سایر خدمات ملی و محلی اختصاص پیدا می‌کند.

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

بسیاری از پزشکان عمومی به صورت شخصی و مستقل و دوسوم به صورت گروه‌های شغلی خصوصی، فعالیت می‌کنند. مراقبت‌های تخصصی در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های عمومی و خصوصی ارائه می‌شوند. بسیاری از متخصصین در بخش عمومی و همچنین به‌طور نیمه‌وقت در بخش خصوصی کار می‌کنند. کلینیک‌های خصوصی در زمینه‌ی جراحی‌های انتخابی و مراقبت‌های طولانی‌مدت فعالیت دارند. با استراتژی جدید مراقبت‌های اولیه بهداشتی (۲۰۰۱) دولت اقدام به تشویق گسترش «سازمان‌های مراقبت‌های سلامت اولیه»^۳ (PHOs) به‌عنوان نهادهای غیردولتی کرد تا در مناطق موردنیاز به افراد ثبت‌نام‌شده خدمات ارائه کنند. تعداد نهادهای مراقبت‌های اولیه به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. سیستم سلامت نیوزیلند از طریق PHOs به تدریج در جهت انتقال پرداخت‌ها از سیستم پرداخت به ازای خدمت در سطوح مختلف به سیستم سرانه در سطح PHO حرکت می‌کند. در جولای ۲۰۰۵، ۷۹ PHOs حدود ۹۳٪ از جمعیت را پوشش می‌دادند (۷۰٪).

1- District Health Boards (DHBs)

2- Accident Compensation Corporation-ACC

3- Primary Health Organizations- PHOs

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

متخصصان در نیوزلند به صورت مشترک در بخش خصوص و دولتی فعالیت دارند. بیشتر متخصصان در مراکز و کلینیک‌های جامعه‌محور و بیمارستان‌های بخش عمومی، حقوق‌بگیر هستند. در بخش خصوصی نیز به متخصصان بر اساس قراردادی که با بیمارستان منعقد می‌کنند، پرداخت با سیستم کارانه صورت می‌گیرد (۷۰).

مراقبت‌های تخصصی در بخش‌های سرپایی بیمارستان‌های عمومی رایگان است. هزینه خدمات ارائه‌شده به‌وسیله متخصصین در بیمارستان‌های خصوصی، بایستی توسط بیمار و مستقیم از جیب و یا از طریق بیمه‌های سلامت اختیاری انجام گیرد (۷۰).

پرداخت به پزشکان، از منابع مختلفی صورت می‌گیرد و به‌طورکلی ۱۵ درصد از هزینه ویزیت به صورت سرانه و ۸۵ درصد به صورت کارانه پرداخت می‌شود. پرداخت مستقیم بیماران منبع دیگر درآمد پزشکان عمومی می‌باشد. از آنجایی که سیستم کارانه برای پزشکان عمومی، منجر به افزایش ارائه خدمات می‌شود و فارغ از اولویت‌های طی پوشش، یارانه‌ها به تمامی خدمات و مشاوره‌ها ارائه می‌شود و از سوی دیگر بدلیل عدم ایجاد مسئولیت در پزشکان برای دستیابی به اهداف و پیامدهای مشخص، دولت را تشویق به اجرای سیستم سرانه کرده است.

بر اساس رویکردهای دولت از سال ۲۰۰۱ حرکت به سمت پرداخت سرانه برای پزشکان عمومی و بهره‌گیری از توان پرستاران در زمینه‌ی خدمات ساده و استفاده از توان پزشکان برای خدمات پیچیده منجر به توجه بیشتر پزشکان عمومی به خدمات جامعه‌محور شده است.

▲ دسترسی/انتخاب ارائه‌کننده

ممکن است بیماران علی‌رغم ایجاد PHOs همراه با ثبت بیماران، هنوز استفاده از پزشکان عمومی مستقل را انتخاب نمایند، اما برای دسترسی به خدمات سطح دوم نیازمند ارجاع خواهند بود. همچنین معمولاً بیماران نیازمند ارجاع از سوی پزشکان عمومی جهت دسترسی به مراقبت‌های سطح دوم خصوصی می‌باشند. دسترسی به خدمات تخصصی سرپایی و بستری بدون هزینه برای مردم در دسترس می‌باشد. از نظر توزیع بیمارستان‌ها در حدود ۹۰ درصد از مردم نیوزیلند حداکثر به‌اندازه یک ساعت رانندگی تا نزدیک‌ترین بیمارستان شهرستان فاصله دارند. هرچند در سال‌های

اخیر استفاده از بالگرد دسترسی به بیمارستان‌ها را تسهیل کرده است (۷۰).

انتخاب مراقبت‌های تخصصی

تقریباً تمام متخصصان، خدمات تخصصی سرپایی را در مراکز و کلینیک‌های جامعه‌محور و یا بخش‌های سرپایی بیمارستان‌ها ارائه می‌کنند. بسیاری از متخصصین در استخدام بخش عمومی هستند، هر چند برخی از آن‌ها همچنان در مطب‌های شخصی خود و با حداقل ساعت کار معین مانند پزشکان تمام‌وقت کار می‌کنند. بسیاری از خدمات بستری و سرپایی بیمارستانی توسط متخصصین و در بیمارستان‌های عمومی ارائه می‌گردد که زیر نظر شورای سلامت شهرستان اداره می‌شود (۷۰).

تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

تمامی شهروندان نیوزیلند به طیف گسترده‌ای از خدمات سلامت و بازتوانی در قالب تأمین مالی دولتی دسترسی دارند و از سال ۲۰۱۴ نیز تمامی جمعیت مشمول خدمات سلامت عمومی هستند (۳۸).

بیماران برای دسترسی به خدمات مجبور به ثبت نام نزد پزشکان عمومی نیستند، اما پزشکان عمومی به‌عنوان درگاه داران خدمات، ارجاع به متخصص را انجام می‌دهند و بسیاری از بیماران مجبور به انجام مراجعات منظم به آن‌ها هستند. دسترسی به متخصصین و خدمات تخصصی در بخش عمومی به‌جز در موارد اورژانس منوط به ارجاع از سوی پزشکان عمومی می‌باشد. بسیاری از متخصصین بخش خصوصی نیز تنها از طریق ارجاع از سوی پزشکان عمومی قابل دسترسی می‌باشند. مدل جدید مراقبت تحت عنوان استراتژی مراقبت‌های بهداشتی اولیه از بیماران می‌خواهد تا در دفتر ثبت جمعیت تحت پوشش «ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه طرف قرارداد» (معمولاً GP‌های خود) جهت دسترسی به خدمات تخصصی در بخش عمومی ثبت نام نمایند. در این راستا پزشکان عمومی هم برای جذب منابع به صورت سرانه در قالب کلینیک‌های مستقل فردی^۱ فعال شده‌اند و مدیریت منابع حاصله را به صورت گروه‌هایی متشکل از ۶-۸ پزشک در اکثر مناطق و تا ۳۴۰ پزشک در اکلند بر عهده دارد (۷۰).

از سال ۲۰۰۸ دولت به منظور ارائه خدمات بهتر، سریع‌تر و آسان‌تر به مردم

1- Independent Practitioner Associations (IPAs)

و ارتقای دسترسی، با تمرکز بر مدیریت بیماری‌های مزمن در خارج از محیط‌های بیمارستانی، مراکز بزرگ ادغام یافته سلامت خانواده^۱ را ایجاد نمود. مراکز ادغام یافته سلامت خانواده، خدمات بهداشتی جامع و هماهنگی مراقبت‌ها، خدمات خارج از ساعات کاری و برخی از جراحی‌های انتخابی را برای جمعیت تحت پوشش ارائه می‌کنند. بودجه لازم برای اداره این مراکز از طریق بودجه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و همچنین شورای سلامت شهرستان^۲ تأمین می‌شود. این مراکز با هدف ارتقای ادغام خدمات سلامت و همچنین ارائه خدمات بیمارمحور از سوی دولت پیگیری می‌شوند. مراکز ادغام یافته سلامت خانواده در این راستا ایجاد شده‌اند و از سال ۲۰۱۳ نیز در قراردادهای همکاری با سازمان‌های مراقبت‌های سلامت اولیه به منظور ادغام هر چه بیشتر خدمات اجتماعی و خدمات سلامت، وارد شده‌اند (۳۸).

▲ **ویزیت متخصص**

از PHOs انتظار می‌رود تا یکپارچگی مراقبت‌ها را از طریق تشویق پزشکان به همکاری در راستای مسئولیت‌های حرفه‌ای، بهبود بخشند. مدل‌های زیادی از مراقبت‌های یکپارچه در سراسر کشور مورد آزمایش قرار گرفته است؛ از بین این برنامه‌ها می‌توان به یکپارچه‌سازی مراقبت‌های اولیه و سطح دوم برای افراد مسن در کانتربری اشاره کرد (۷۰).

▲ **نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع**

بیمه‌های خصوصی سلامت از سوی شرکت‌های مختلفی شامل سازمان‌های غیرانتفاعی و سازمان‌های انتفاعی ارائه می‌شود و در حدود ۵ درصد از هزینه‌های کل سلامت را پوشش می‌دهند. بیمه‌های تکمیلی و خصوصی اغلب برای پوشش فرانشیز، هزینه جراحی‌های انتخابی در بیمارستان‌های خصوصی و ویزیت متخصصین در کلینیک‌های خصوصی مورد استفاده قرار می‌گیرند. هر چند پرداخت هزینه‌های خصوصی منجر به دسترسی سریع‌تر به خدمات در بخش خصوصی می‌شود. با این حال در سال ۲۰۱۳ تنها حدود ۳۰٪ از جمعیت نیوزلند از بیمه‌های خصوصی استفاده

1- Integrated Family Health Centers- IFHCs

2- District Health Boards- DHBs

می‌کردند (۳۸).

▲ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

با توجه به پوشش همگانی سلامت برای تمامی شهروندان نیوزلند و همچنین توجه به فاکتورهای عدالت در سلامت به منظور توزیع منابع، در نظام سلامت نیوزیلند وضعیت دسترسی و بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت وضعیت مناسبی دارد. همچنین تلاش برای ایجاد برنامه‌های مراقبتی ادغام یافته در خصوص بیماری‌های مزمن، یکی از نقاط قوت نظام ارجاع برای مدیریت استفاده از خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها و ارتقای کیفیت می‌باشد. از سوی دیگر دسترسی به پرونده‌ی الکترونیک پزشکی یکی از مهم‌ترین عوامل در ارتقای کیفیت خدمات و هماهنگی مراقبت‌ها در سیستم سلامت نیوزلند می‌باشد که با تمرکز دولت در سال‌های اخیر برای ارتقای وضعیت آن، می‌تواند به‌عنوان بستری برای ارتقای کیفیت خدمات و مدیریت منابع باشد (۳۸، ۷۰).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

مدیریت بهره‌مندی از خدمات در تمامی سطوح و همچنین تلاش به منظور کاهش هزینه‌ها افزایش دسترسی و کنترل استفاده از خدمات بیمارستانی، در سال‌های اخیر در قالب ایجاد مراکز ادغام یافته سلامت خانواده، از مهم‌ترین برنامه‌های سیستم سلامت در قالب نظام ارجاع می‌باشد (۳۸).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

از سال ۲۰۱۰ که برنامه ملی فناوری اطلاعات سلامت با هدف دسترسی تمامی شهروندان به اطلاعات کلیدی مربوط به سلامت خود تدوین شده است با وجود دشواری‌های مختلف حرکت به سوی آن ادامه پیدا کرده است. بیشترین تمرکز این برنامه بر حمایت از مراقبت‌های ادغام یافته بین ارائه‌کنندگان مختلف در قالب نظام ارجاع بوده است. از این رو در پی این برنامه، ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه بهداشتی در نیوزلند یکی از بالاترین میزان‌های استفاده از فناوری اطلاعات سلامت را در سطح دنیا به خود اختصاص داده‌اند. در گام بعد برنامه به دنبال ایجاد زبان مشترک برای استفاده در تمامی ساختارهای بهداشتی و درمانی از قبیل بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد. تمامی افراد در این سیستم دارای کد شناسایی واحد هستند و می‌توانند به صورت برخط تمامی

اطلاعات پزشکی خود را مشاهده نمایند که این امر می‌تواند در زمینه مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌ها کمک کننده باشد (۳۸).

ترکیه

ترکیه در نیمکره شمالی قرار دارد و پل اروپا و آسیا است. ترکیه با کشورهای یونان، بلغارستان، گرجستان، ارمنستان، جمهوری اسلامی ایران، جمهوری عربی سوریه و عراق هم‌مرز است. این کشور دارای جمعیت ۷۳ میلیون و یک دموکراسی پارلمانی، قدرت قانون‌گذاری و قضایی است. قانون اساسی سال ۱۹۸۲، ترکیه را به‌عنوان یک دولت دموکراتیک، سکولار و به صورت اجتماعی اداره شونده توسط حاکمیت قانون توصیف کرده است. در ترکیه پیشرفت‌های قابل توجه از نظر وضعیت سلامت بوجود آمده است. در سه دهه گذشته، به‌ویژه پس از اجرای برنامه اصلاحات نظام سلامت در سال ۲۰۰۳ شاخص‌های سلامت عمده مانند مرگ‌ومیر نوزادان (IMR)، مرگ‌ومیر مادران، به‌طور قابل توجهی بهبود یافته است. میانگین امید به زندگی در سال ۲۰۱۰ ۷۱،۸ سال برای مردان و ۷۶،۸ سال برای زنان رسیده است. همچنین مرگ‌ومیر نوزادان به‌طور قابل توجهی کاهش یافته و به ۱۰،۱ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۱۰ رسیده است، درحالی که مرگ‌ومیر مادران به سرعت (۵،۵٪ در سال) بیش از گذشته کاهش یافته است. باوجود این پیشرفت، هنوز هم در بین مرگ‌ومیر نوزادان مناطق شهری و روستایی و بین بخش‌های مختلف کشور اختلاف وجود دارد، اگرچه این اختلاف نیز در طول سال‌ها کاهش داشته است. مرگ‌ومیر بالای نوزادان در مناطق روستایی را می‌توان به شرایط اجتماعی و اقتصادی پایین، سطح پایین آموزش و شیوع بیماری‌های عفونی نسبت داد. علل اصلی مرگ در ترکیه بیماری‌های قلبی و عروقی و به دنبال آن سرطان‌ها هستند (۷۱).

سیستم سلامت ترکیه ترکیبی از ارائه‌کنندگان خصوصی و دولتی را شامل می‌شود. این سیستم بر مبنای برنامه پوشش همگانی سلامت و در قالب بیمه همگانی سلامت^۱، خدمات سلامت را به‌تمامی جمعیت خود ارائه می‌کند. تمامی جمعیت با

عضویت در سازمان تأمین اجتماعی^۱ می‌توانند به‌طور رایگان از خدمات بیمارستانی بهره‌مند شوند که شامل خدمات زیر می‌باشد:

- خدمات اورژانس
- حوادث کار و بیماری‌های حرفه‌ای
- بیماری‌های عفونی
- خدمات بهداشتی پیشگیری (مواد مخدر و الکل)
- زایمان
- حوادث فوق‌العاده (صدمات ناشی از جنگ و بلاهای طبیعی)
- درمان باروری برای زنان کمتر از ۳۹ سال
- جراحی زیبایی که از نظر پزشکی ضروری تلقی شوند



همچنین بیمه‌های خصوصی نیز به دلیل لیست انتظار پایین و همچنین کیفیت خدمات بالاتر در بخش خصوصی در حال گسترش هستند (۷۲).

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

منابع مالی خدمات مراقبت‌های بهداشتی ترکیه از چندین منبع تأمین می‌شود. سهم بیمه بهداشتی اجتماعی بیش از بقیه موارد است و پس از آن منابع دولتی، پرداخت‌های مستقیم و منابع خصوصی قرار دارند. طبق داده‌های حساب‌های ملی سلامت اخیر (NHA)، ۴۳٫۹٪ از منابع در سال ۲۰۰۸ از طریق بیمه سلامت اجتماعی، ۲۹٫۱٪ از سایر منابع دولتی، ۱۷٫۴٪ از طریق پرداخت از جیب، و ۹٫۶٪ از منابع خصوصی تأمین شده است. سهم پرداخت از جیب، ۱۷٫۴٪ از کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را در سال ۲۰۰۸ می‌باشد که نسبت به رقم ۲۷٫۶٪ در سال ۲۰۰۰ کاهش چشمگیری داشته است. این کاهش می‌تواند نشانه‌ای از اصلاحات در جهت بهبود پوشش بیمه‌ای جمعیت باشد. پرداخت از جیب می‌تواند برابر پرداخت مستقیم و یا بخشی از آن باشد. پرداخت مستقیم بخشی از هزینه حق ویزیت، تجهیزات پزشکی و مراقبت‌های سرپایی را شامل می‌شود. معافیت‌های پرداخت بخشی از هزینه برای مراقبت‌های

1- Social Security Institution (SGK)

اورژانسی، مراقبت‌های حاد و همچنین افرادی که از بیماری‌های مزمن همچون دیابت و سرطان رنج می‌برند، وجود دارد. بیمه‌های سلامت اختیاری بخش نسبتاً کمی از هزینه‌های بهداشتی را پوشش می‌دهند؛ در سال ۲۰۰۰ این بخش در حدود ۳٫۷٪ از کل هزینه‌های بهداشتی را تشکیل داده است. خرید بیمه سلامت شخصی یا شرکتی برای کارکنان به صورت فردی انجام می‌پذیرد. شرکت‌های بیمه‌های سلامت اختیاری خدمات بیمه‌ای را بر مبنای اصول سودآوری عرضه می‌کنند، در سال‌های اخیر نیز هیچ نوع شرکت غیرانتفاعی در این حوزه فعالیت نمی‌کند (۷۳).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

اصلاحات اخیر تأکید ویژه‌ای بر روی سازمان‌دهی مجدد و تقویت خدمات مراقبت‌های اولیه دارد. سیستم پزشکی خانواده ابتدا در سال ۲۰۰۵ به‌عنوان برنامه‌ای آزمایشی معرفی شد و سپس در سال ۲۰۱۰ برای پوشش کل کشور تعمیم یافت. پزشک خانواده^۱ پزشکی عمومی و پزشکان متخصص خانواده هستند و مراقبت‌های اولیه را برای جمعیت موجود در لیست خود ارائه می‌کنند. در واقع در برنامه‌ی پزشک خانواده مراکز پزشک خانواده^۲ و مراکز سلامت جمعیت^۳ جایگزین مراکز و پایگاه‌های سلامت شدند و خدمات رایگان پزشکی را در اختیار جمعیت تحت پوشش قرار می‌دهند (۷۱).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

پزشکان خانواده، پزشکان عمومی هستند که مراقبت‌های پزشکی خانواده را در قالب مراقبت‌های اولیه بهداشتی به افراد موجود در لیست خود ارائه می‌دهند. آن‌ها با استفاده از منابع مالیاتی تأمین مالی می‌شوند که در راستای حمایت از خدمات پیشگیری است 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 خانواده به‌طور متوسط جمعیتی در حدود ۳۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارند که افزایش این رقم تا ۴۰۰۰ نفر از نظر

1- Aile Hekimi

2- family health centres

3- population health centres

قانونی بلامانع می‌باشد. 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 و حتی قرارداد پزشک خانواده و کارکنان پزشک خانواده را لغو کند (۷۴). پرداخت به پزشکان خانواده بر اساس تعداد افراد ثبت‌نام‌شده در لیست پزشک و بر اساس ضریب متفاوت برای هرکدام از گروه‌ها همچون زنان باردار، کودکان، سالمندان محاسبه می‌شود. تا امتیاز ۱۰۰۰، مبلغی ثابت به پزشکان خانواده پرداخت می‌شود، که این رقم با توجه به وضعیت پزشکان در نوسان است. این مبلغ برای متخصصین و پزشکان بدون تخصص ۲۱۶۷ لییره، و برای متخصصین پزشک خانواده برابر ۳۱۳۹ لییره می‌باشد. برای باقیمانده‌ی امتیازهای بالای ۱۰۰۰ ضریب ۱،۴۴۱۸ به‌منظور محاسبه مبلغ پرداختی به پزشک مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرداخت به پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها بر اساس حقوق به همراه سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد انجام می‌شود (۷۱).

▲ دسترسی / انتخاب ارائه‌کننده

در کنار همه نارسایی‌ها، از اوایل سال ۲۰۰۰ بهبود قابل‌توجهی در توزیع منطقه‌ای مراقبت‌های بهداشتی فردی، علی‌الخصوص در زمینه خدمات پزشکان خانواده ایجاد شده است. خدمات اجباری و قوانین گذرانیدن دوره‌های طرح مراقبت‌های پزشکی به‌عنوان ابزاری برای ایجاد تعادل در نابرابری‌های منطقه‌ای در مناطق محروم اعمال شده است. همچنین به دلیل نبود سیستم درگاه‌داری دسترسی به تمامی خدمات عمومی و تخصصی سطح دو و سه بدون نیاز به ارجاع از سوی پزشک خانواده در دسترس همه‌ی جمعیت قرار دارد. هرچند برنامه‌ای به صورت اختیاری وجود دارد که بر اساس آن در صورت رعایت نظام ارجاع از سوی بیمار در میزان مشارکت در پرداخت تأثیر داشته باشد (۷۱).

▲ انتخاب مراقبت‌های تخصصی

اصلی‌ترین ایراد سیستم سلامت ترکیه نبود سیستم ارجاع بین مراقبت‌های اولیه، سطح دوم و تکمیلی است. هر چند یک سیستم ارجاع اجباری از مراقبت‌های اولیه به بیمارستان در ابتدا در طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد گنجانده شده بود ولی پس از ۳ ماه از اجرای سیستم ارجاع، دولت آن را لغو کرد (۷۴). به عبارت دیگر،

بیماران آزادانه و بدون هیچ هزینه‌ای و از هرکجا که دلشان بخواهد می‌توانند وارد سیستم شده و مراقبت‌های اولیه آن‌چنان که باید مؤثر باشد، عمل نمی‌کند. باین‌وجود، اجرای سیستم جدید پرداخت غیرمستقیم و پوشش بیمه‌ای مشترک برای مراقبت‌های سطوح اولیه و بالاتر جهت اقشار آسیب‌پذیر به منظور ترغیب مراجعه به پزشک عمومی و دریافت نامه ارجاع برای دریافت خدمات سطح دوم و تکمیلی، آغاز شده است (۷۱).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

در ابتدا یک سیستم ارجاع اجباری از مراقبت‌های اولیه به بیمارستان در طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد گنجانده شده بود. پس از ۳ ماه از اجرای سیستم ارجاع دولت آن را لغو کرد (۷۴). باین‌وجود، اجرای سیستم جدید پرداخت غیرمستقیم و پوشش بیمه‌ای مشترک برای مراقبت‌های سطوح اولیه و بالاتر برای اقشار آسیب‌پذیر جهت ترغیب مراجعه به پزشک عمومی و دریافت نامه ارجاع جهت دریافت خدمات سطح دوم و تکمیلی آغاز شده است (۷۱).

هر چند در گذشته دستورالعمل سیستم ارجاع به صورت مصوب وجود داشت ولی اغلب بدلیل تعداد کم پزشکان عمومی شاغل در سطح مراقبت‌های اولیه بهداشتی، رعایت نمی‌شد و از سال ۲۰۰۷ نیز بطور کامل لغو شد. این موضوع ضعف سیستم سلامت را نشان می‌دهد. در این راستا در سال ۲۰۰۹ برنامه‌ای برای اجرای نظام ارجاع در چهار استان که پایلوت برنامه پزشک خانواده بودند اجرا گردید. مدت کوتاهی پس از اجرا این برنامه‌ی پایلوت بدلیل تعداد کم پزشکان عمومی به‌عنوان درگاه‌داران سیستم و همچنین صف طولانی مراجعین به مراکز پزشکی خانواده، این برنامه متوقف شد (۷۱). اصلی‌ترین موضوع در فقدان سیستم الزامی ارجاع، عموماً عدم توانایی در تأمین پزشک در سرتاسر کشور و خصوصاً، تعداد ناکافی پزشکان شاغل در سطح مراقبت اولیه است که می‌توانند به‌عنوان درگاه‌دار عمل نمایند (۷۱).

▲ نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع

در حال حاضر بیمه‌های خصوصی نقش قابل توجهی در سیستم سلامت ترکیه ایفا نمی‌کنند و دسترسی به تمامی خدمات برای تمامی شهروندان ترکیه از طریق بیمه همگانی سلامت انجام می‌گیرد و بدلیل نبود سیستم ارجاع به صورت عمومی،

هیچ‌گونه محدودیت بیمه‌ای برای دریافت خدمات وجود ندارد (۷۱).

▲ نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع

نظام سلامت ترکیه چندین سال است به دنبال ایجاد نظام ارجاع می‌باشد که لازمه آن تقویت مراقبت‌های اولیه بهداشتی و همچنین اجرای برنامه پزشک خانواده است. به دلیل کمبود تعداد پزشکان خانواده اجرای نظام ارجاع با دشواری‌های زیادی روبروست و این امر موجب تحمیل هزینه‌های سنگین بیمارستانی و تخصصی بر دوش سیستم سلامت شده است. 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 (۷۱).

▲ 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 ظرفیت سازی 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 می‌باشد (۷۱).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

سیستم اطلاعات بهداشتی ترکیه اطلاعات بهداشتی موجود را ارائه، پرونده‌های پزشکی افراد را بایگانی و گردش اطلاعات بین سطوح ارجاع و جمع‌آوری اطلاعات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه را فراهم می‌سازد. وزارت بهداشت در سال ۲۰۰۴ پیش‌نویس برنامه اجرایی سیستم اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی در ترکیه^۱ را ارائه کرد؛ که نمای کاملی از استراتژی ملی برای حوزه سلامت را نشان می‌داد. این برنامه در ادامه به برنامه تحول الکترونیک در گزارش‌های پزشکی^۲ که در سال ۲۰۰۶ منتشر شده بود تبدیل شد (۷۱).

1- Action Plan for a Health Care Information System in Turkey

2- e-Transformation in Health Report



کشور بودائی تایلند که قرن‌ها بانام سیام Siam شناخته می‌شد، شاهراه مذهب، فرهنگ و مهاجرت آسیای جنوب شرقی بوده است. تایلند کنونی در سال ۱۲۳۸ ایجادشده و برخلاف کشورهای منطقه، هیچ‌گاه مستعمره و تحت سلطه قدرت‌های اروپایی نبوده است. کلمه تای Thai به معنی لبخند است و تایلند یعنی سرزمین لبخند. قرن‌ها پیش، مردمی از جنوب چین به تدریج به سوخوتای (تایلند کنونی) مهاجرت کرده و در مناطق حاصلخیز کناره رود در جنوب چین، ساکن شدند. در اوایل قرن ۱۴، تایلندی‌ها شهر کوچکی را در سوخوتای بنا کرده و در اواسط این قرن نیز آنجا را به پادشاهی مستقل تایلند تبدیل کردند که پیدایش زبان، فرهنگ و معماری این کشور هم متعلق به همین دوره است. تایلند با نام رسمی پادشاهی تایلند و با نام سابق سیام، کشوری در شبه‌جزیره هند و چین، واقع در جنوب شرقی آسیاست. این کشور از شمال با برمه و لائوس، از شرق با لائوس و کامبوج، از جنوب با مالزی و خلیج تایلند، و از غرب با برمه و دریای آندامان همسایه است. زبان رسمی کشور تایلندی، پایتخت و همچنین پرجمعیت‌ترین شهر آن بانکوک و مذهب حدود ۹۵ درصد مردم بودائی است. حدود ۷۵ درصد مردم قومیت تایبی، حدود ۱۴ درصد چینی‌تبار، ۳ درصد مالایی و بقیه از اقوام کوچک‌تری چون مون‌ها، خمرها، و طوایف کوه‌نشین متعدد هستند.

تأمین مالی

برنامه پوشش همگانی و برنامه خدمات سلامت کارکنان دولت از طریق مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود اما بیمه اجتماعی سلامت یک برنامه مشارکتی سه‌جانبه می‌باشد که از طریق مشارکت برابر دولت، کارکنان و کارفرمایان تأمین مالی می‌شود. هیچ‌گونه منابع مالی بخصوصی برای برنامه پوشش همگانی، دیده نشده است و تأمین مالی آن بر اساس داده‌های استفاده از خدمات و هزینه‌ها مشخص می‌شود.

در تایلند ۱۴ درصد از مخارج دولت در سال ۲۰۱۰ در بخش بهداشت، هزینه شده است. همچنین بر اساس قوانین موجود در تایلند مالیات‌های اختصاصی برای کالاهای دخانی و مشروبات الکلی که دربرگیرنده ۲ درصد مالیات بر ارزش‌افزوده می‌باشد، سالانه رقمی در حدود ۱۲۰ میلیون دلار را که ۱/۵ درصد هزینه‌های عمومی در بخش سلامت را تشکیل می‌دهد برای برنامه‌های بهداشت همگانی و همچنین

پیشگیری از بیماری‌ها اختصاص پیدا می‌کند. برنامه پوشش همگانی در قالب بیش از ۶۰۰۰ صندوق توسعه اجتماعی سلامت که به‌طور مساوی از سوی دولت مرکزی و دولت محلی تأمین مالی می‌شود سالانه رقمی در حدود ۲ میلیون دلار در جهت توسعه سلامت هزینه می‌کند. قبل از اجرای برنامه پوشش همگانی در سال ۲۰۰۲ هیچ برنامه‌ای برای پوشش افراد فقیر و بخش غیررسمی اقتصاد در این کشور در نظر گرفته نشده بود. همگانی بودن این برنامه از تبعیض و انگ‌های اجتماعی در این زمینه جلوگیری کرد (۷۵).

▲ ارائه خدمات

شبکه ارائه خدمات برنامه پوشش همگانی شامل تسهیلات دولتی و خصوصی می‌باشد (بخش عمومی و ارائه‌کنندگان این بخش بیشتر جمعیت‌های روستایی را تحت پوشش دارند. درحالی‌که سهم بخش خصوصی در این زمینه بسیار محدود می‌باشد). قبل از مشارکت تسهیلاتی، در برنامه این واحدها بخش خصوصی باید درخواست خود را ارائه و بر مبنای استانداردهای اداره ملی تأمین سلامت ارزیابی شوند. فرایند مشابهی برای تسهیلات بخش عمومی وجود ندارد و این واحدها به صورت خودکار در برنامه مشارکت داده می‌شوند. در برنامه پوشش همگانی واحدهای مراقبت‌های اولیه^۱ به‌عنوان درگاه داران سیستم و اولین خط تماس مردم و ارائه‌کنندگان در نظر گرفته شده‌اند. در صورت نیاز به دریافت خدمات تخصصی‌تر بیماران به سطوح بالاتر ارجاع داده می‌شوند (۷۵).

▲ پوشش و مکانیسم پرداخت‌ها

کارمندان دولت و وابستگان آن‌ها توسط برنامه خدمات سلامت کارکنان دولت^۲، کارکنان بخش خصوصی توسط طرح اجتماعی بیمه سلامت^۳، و بقیه جمعیت توسط برنامه پوشش همگانی سلامت^۴ تحت پوشش خدمات سلامت قرار می‌گیرند (۷۶).

1- Primary Care Units (PCUs)

2- The Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)

3- Social Health Insurance (SHI)

4- Universal Coverage Scheme (UCS)

تفکیک نقش خریدار و ارائه‌کننده در هر سه بخش سیستم سلامت بحالت‌های مختلفی وجود دارد. برنامه پوشش همگانی از تفکیک نقش خریدار و ارائه‌کننده نسبی برخوردار است چرا که ارائه‌کنندگان خدمات به‌عنوان عضوی از اداره ملی تأمین سلامت می‌باشند. برنامه پوشش همگانی از بودجه محدود و در قالب مدل پرداخت قراردادی سرانه برای خدمات سرپایی، پیشگیری و ارتقایی و گروه‌های تشخیصی وابسته^۱ برای خدمات بیمارستانی و بستری در قالب یک بودجه تعریف‌شده به بخش خصوصی و عمومی استفاده می‌کند. برنامه پوشش همگانی همچنین یک جدول قیمت برای برخی خدمات انتخابی با هدف افزایش دسترسی و تقاضا ارائه کرده است.

بیمه اجتماعی سلامت در قالب قراردادی با ارائه‌کنندگان خصوصی و عمومی، هزینه سرانه مشخصی برای خدمات بستری و سرپایی پرداخت می‌کند. برنامه خدمات سلامت کارکنان دولت، از روش سرانه استفاده نمی‌کند و پرداخت به ازای خدمت به‌عنوان معمول‌ترین روش برای خدمات سرپایی می‌باشد. اخیراً برنامه خدمات سلامت کارکنان دولت نیز از روش گروه‌های تشخیصی وابسته برای خدمات بیمارستانی استفاده می‌کند. هر چند محتوای بسته خدمتی برای هر سه برنامه بهداشتی در تایلند یکسان می‌باشد اما در برنامه خدمات سلامت کارکنان دولت به دلیل تجویز بیش‌ازحد داروها و استفاده از داروهای گران‌قیمت و همچنین خدمات تشخیصی مازاد بر نیاز، سرانه هزینه‌ها بیشتر از دو برنامه دیگر می‌باشد (۷۵).

▲ ارائه مراقبت‌های اولیه / عمومی و تخصصی

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) در قالب برنامه‌ی پوشش همگانی سلامت از طریق قرارداد در مراکز مراقبت‌های اولیه (CUP) ارائه می‌شوند، که حداقل نیروی انسانی مورد نیاز را دارند و شامل شبکه‌ای از مراکز بهداشتی درمانی و یک بیمارستان هستند. در مناطق شهری بخش خصوصی، مرکز مراقبت‌های اولیه غالباً یک واحد مراقبت‌های اولیه بهداشتی است. اغلب مراقبت‌های سطوح دوم و سوم بیمارستان، از طریق سیستم ارجاع (از PHC به سطوح استانی/ منطقه‌ای) ارائه می‌شوند. بر اساس آمار دسترسی و استفاده از خدمات تخصصی (به‌عنوان مثال عمل جراحی قلب باز، پیوند کلیه) در بیمارستان‌ها، در طول زمان افزایش یافته است.

1- Diagnosis-Related Groups (DRGs)

بهبود درجه‌ی اعتباربخشی مراکز بیمارستانی و کاهش میزان مرگ‌ومیر استاندارد نشان می‌دهند که کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی بهبودیافته‌اند (۷۶).

▲ پرداخت برای ویزیت متخصص

بیشتر متخصصان، حقوق‌بگیر هستند و میزان حقوق و دستمزدشان مشابه کارکنان دولتی است. درجانشان از پزشکان بیمارستان‌های منطقه‌ای با توجه به سابقه و آموزش‌های تخصصی، بالاتر است. همچنین همانند سایر پزشکان کمک هزینه‌ای بابت برخی خدمات ویژه و بدلیل سختی کارها می‌تواند به آنها تعلق گیرد (۷۶).

▲ دسترسی به خدمات

دفتر تأمین سلامت ملی^۱ تحت قانون امنیت ملی بهداشت سال ۲۰۰۲ ایجاد شده است. مأموریت اصلی سیستم طب ملی، مدیریت برنامه پوشش همگانی سلامت؛ ازجمله مذاکره سالانه در خصوص بودجه، خرید راهبردی، طراحی مکانیسم پرداخت به ارائه‌دهنده، توسعه بسته مزایا، ممیزی و تضمین پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به جمعیت تحت پوشش می‌باشد. ظرفیت نهادی قوی دفتر تأمین سلامت ملی در خرید راهبردی در نظام سلامت، منجر به بهره‌وری، دسترسی عادلانه به برخی از مداخلات با هزینه بالا برای افراد ذینفع برنامه پوشش همگانی شده است. (۷۶)

▲ انتخاب متخصص

خدمات تخصصی سرپایی اکثراً در بیمارستان‌ها ارائه می‌شود. تقریباً تمام متخصصان در بیمارستان‌های عمومی و یا خصوصی فعالیت دارند. تنها تعداد کمی از پزشکان به صورت تمام‌وقت در مطب خودشان کار می‌کنند. باین حال، بسیاری از پزشکان بخش دولتی (از جمله متخصصان) نیز به صورت پاره‌وقت در بیمارستان‌های خصوصی یا در کلینیک‌های خودشان در خارج از ساعات کار عادی فعالیت می‌کنند. برخی از متخصصان نیز به‌عنوان پزشک عمومی در مطب خودشان نیز کار می‌کنند. خدمات بستری، در انواع بیمارستان‌های دولتی و خصوصی قابل دسترسی می‌باشند. تقریباً ۷۰ درصد از تخت‌های بیمارستانی در تایلند متعلق

1- National Health Security Office (NHSO)

به وزارت بهداشت می‌باشد و تقریباً در همه‌ی شهرستان‌ها یک بیمارستان عمومی وجود دارد. انتخاب متخصص بر اساس سه طرح بیمه‌ای در تایلند قدری متفاوت می‌باشد. بر اساس طرح پوشش همگانی سلامت، بیماران می‌توانند بطور مستقیم از خدمات سرپایی بیمارستانی که در آن ثبت نام کرده‌اند بهره‌مند شوند. با این وجود میزان مراجعه مستقیم و بدون ارجاع به بخش سرپایی بیمارستان‌ها در حال کاهش است. در سیستم بیمه سلامت اجتماعی، بیماران می‌توانند به بخش سرپایی هرکدام از بیمارستان‌های طرف قرارداد دولتی و خصوصی مراجعه نمایند. هر چند در سال‌های اخیر، بیمارستان‌های خصوصی یک بخش سرپایی عمومی به‌عنوان سیستم درگاه‌داری جهت کنترل استفاده از خدمات برای بیماران سیستم بیمه سلامت اجتماعی، ایجاد نموده‌اند. در بیمارستان‌های دولتی، دسترسی به خدمات سرپایی برای بیماران سیستم بیمه سلامت اجتماعی آزاد می‌باشد. بیماران طرح بیمه سلامت کارکنان دولت نیز بدون هیچ‌گونه محدودیتی می‌توانند از خدمات بیمارستان‌های دولتی بهره‌مند شوند. هزینه خدمات در این طرح به صورت گذشته‌نگر و بر اساس سیستم کارانه پرداخت می‌شود (۷۶).

▲ تاریخچه و سیر تکاملی نظام ارجاع

برای استفاده از خدمات تخصصی سرپایی، جمعیت تحت پوشش برنامه پوشش همگانی سلامت نیازمند ارجاع از طرف مرکز ثبت‌نام‌شده مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشد. برای دریافت خدمات تخصصی در قالب نظام ارجاع، فرانشیز وجود ندارد و در صورتی که فرد خارج از این نظام مراجعه کرده باشد باید تمامی هزینه را پرداخت نماید. در بیمه سلامت اجتماعی، امکان استفاده از خدمات تخصصی سرپایی و بستری، محدود به شبکه بهداشت تابعه و بیمارستانی که ثبت‌نام انجام گرفته است، می‌باشد. انتخاب ارائه‌دهنده به هنگام تصادف و مصدومیت در همه‌ی سیستم‌های خدماتی، آزادانه می‌باشد. در برنامه خدمات سلامت، کارکنان دولت حق انتخاب کامل در خدمات بخش دولتی وجود دارد و سیستم ارجاع و درگاه‌داری وجود ندارد (۷۵). مراکز بهداشت که هیچ پزشکی ندارد، نمی‌تواند به‌عنوان یک درگاه دار در طرح پوشش همگانی سلامت عمل کند و مجبور به مشارکت با بیمارستان‌های محلی جهت ایجاد یک سیستم مشارکتی به‌منظور مراقبت‌های اولیه برای جمعیت تحت پوشش (معمولاً منطقه‌ای) هستند. باین‌حال، بسیاری از بیمارستان‌های طرف قرارداد، نیز به‌منظور سهولت دسترسی و کاهش هزینه‌های خدمات ارائه‌شده به

راه‌اندازی شبکه‌هایی با بیمارستان‌های کوچک و واحدهای مراقبت‌های اولیه بهداشتی اقدام کرده‌اند (۷۶).

اگرچه بیماران بیمه سلامت اجتماعی به‌طور مستقیم می‌توانند به خدمات سرپایی در بیمارستان‌های خصوصی طرف قرارداد دسترسی داشته باشند، ولی بیمارستان‌ها معمولاً یک بخش خدمات سرپایی عمومی را به‌عنوان درگاه‌دار برای اعضای بیمه سلامت اجتماعی دارند و دسترسی به درمانگاه تخصصی نیازمند ارجاع از بخش خدمات سرپایی عمومی می‌باشد. دسترسی به کلینیک‌های تخصصی در بیمارستان عمومی طرف قرارداد برای اعضای برنامه بیمه سلامت اجتماعی محدود نیست (۷۶).

▲ **ویزیت متخصص**

بیمارستان‌های جامعی با ۹۰ یا ۱۲۰ تخت، خدمات پیچیده‌تری توسط متخصصان در بخش‌های تخصصی همانند جراحی داخلی، جراحی عمومی، زنان و کودکان ارائه می‌کنند. بیمارستان‌های عمومی مراقبت‌های سطح دو به سطح سه را ارائه می‌دهند و مرکز ارجاع در داخل استان هستند. بیمارستان‌های منطقه‌ای مراقبت‌های سطح فوق تخصصی را فراهم می‌کند و برخی از آن‌ها به قطب خدمات خاص، به‌عنوان مثال، بیماری‌های قلبی، سرطان و تروما تبدیل شده‌اند (۷۶).

▲ **نقش بیمه‌ها در نظام‌های ارجاع**

در برنامه پوشش همگانی سلامت در صورتی که فرد خارج از سیستم ارجاع برای استفاده از خدمات تخصصی مراجعه کرده باشد باید تمامی هزینه را پرداخت نماید. در بیمه سلامت اجتماعی استفاده از خدمات تخصصی سرپایی و بستری محدود به بیمارستانی که ثبت‌نام انجام گرفته است و شبکه بهداشت آن می‌باشد. در برنامه خدمات سلامت کارکنان دولت حق انتخاب کامل در خدمات بخش دولتی وجود دارد و سیستم ارجاع و درگاه‌داری وجود ندارد (۷۵). بیمارستان‌ها معمولاً یک بخش خدمات سرپایی عمومی را به‌عنوان درگاه‌دار برای اعضای بیمه سلامت اجتماعی دارند و دسترسی به درمانگاه تخصصی نیازمند ارجاع از بخش خدمات سرپایی عمومی می‌باشد (۷۶).

▲ **نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع**

وابستگی بیش از حد منابع مالی برنامه خدمات سلامت کارکنان دولت و برنامه

پوشش همگانی سلامت بر روی مالیات‌ها و همچنین تأمین دو سوم منابع مالی بیمه سلامت اجتماعی از سوی دولت خطر کاهش منابع مالی این برنامه‌ها را در طول دوران رکود اقتصادی افزایش می‌دهد (۷۶).

در حال حاضر با وجود اینکه دسترسی به مراقبت‌های بیمارستانی در تایلند وضعیت بهتری دارد، که نیازمند ارتقا زیرساخت‌ها و امکانات می‌باشد و خدمات تخصصی خارج از بیمارستانی، با محدودیت منابع و کمبود متخصصین مواجه می‌باشد که چرخه ارجاع را با مشکل مواجه می‌کند. همچنین برخی از خدمات مانند خدمات سلامت روان، نیازمند شبکه‌سازی و همکاری سطوح مختلف در قالب نظام ارجاع می‌باشد که این امر نیز در حال حاضر بدلیل کمبود نیروی انسانی آموزش دیده با محدودیت‌هایی مواجه می‌باشد (۷۶).

با وجود اینکه پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی نسبتاً مناسب می‌باشد ولی دسترسی در مناطق شهری بدلیل کمبود مراکز بهداشتی اولیه با محدودیت مواجه می‌باشد. همچنین بدلیل نسبت بالای متخصصین به پزشکان عمومی (در سال ۲۰۰۹ در حدود ۸۵ درصد پزشکان متخصص و ۱۵ درصد پزشک عمومی بودند) ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی با محدودیت مواجه است (۷۶).

▲ دستاوردهای نظام ارجاع برای سیستم سلامت

در پی اجرای برنامه پوشش همگانی سلامت و نظام ارجاع، دسترسی به خدمات سرپایی افزایش قابل توجهی پیدا کرده است. بطوری که تعداد ویزیت‌های سرپایی از ۱۱۹٫۳ میلیون ویزیت در سال ۲۰۰۳ به ۱۵۳٫۴ میلیون ویزیت در سال ۲۰۱۰ افزایش پیدا کرده است. همچنین بسیاری از شهروندان در مراجعه به بیمارستان‌ها از کارت عضویت برنامه پوشش همگانی سلامت برای دریافت خدمات استفاده کرده‌اند. همچنین نتایج مطالعات در خصوص بررسی رضایت گیرندگان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها نشان می‌دهد در طول اجرای برنامه و با وجود محدودیت ناشی از نظام ارجاع در دسترسی به خدمات، سطح رضایت در بین گیرندگان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها افزایش پیدا کرده است. سطح رضایت گیرندگان خدمات از ۷٫۸ (از ۱۰) در سال ۲۰۰۳ به ۸٫۵ در سال ۲۰۱۰ ارتقا پیدا کرده است (۷۶).

▲ پرونده‌های پزشکی (کارت هوشمند بیمار، پایگاه داده‌های ملی)

بیشتر بیمارستان‌های عمومی، توسعه فن‌آوری اطلاعات پیشرفته را برای تسهیل ارائه

خدمات و بازپرداخت هزینه‌های بستری بر اساس سیستم‌های گروه‌های تشخیصی وابسته، توسعه داده‌اند. برخی از بیمارستان‌ها سیستم‌های بدون کاغذ را برای پوشش تمام سوابق پزشکی، درخواست فرعی خدمات، گزارش‌ها، و خلاصه تخلیه را توسعه داده‌اند. فقدان رهبری وزارت، صحت عامه فنی منجر به توسعه نرم‌افزارهای گوناگون در بیمارستان‌های متفاوت توسط فروشندگان مختلف شده است، تلاش‌هایی برای رسیدن به هماهنگی و اطمینان از قابلیت همکاری در حال انجام هستند (۷۶).

دسته‌بندی نظام ارجاع

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در خصوص وضعیت نظام ارجاع در کشورهای مورد بررسی، در کل می‌توان سه نوع نظام ارجاع را در کشورهای مختلف مورد شناسایی قرار داد که شامل: نظام ارجاع با سیستم درگاه‌داری اجباری، نظام ارجاع با سیستم نیمه درگاه‌داری اختیاری و نظام ارجاع آزاد می‌باشد. هرکدام از این نظام‌ها در کشورهای مورد بررسی دارای پیامدهای مختلفی بوده‌اند و کشورهای مختلف بنا به دلایل بومی و منطقه‌ای و شرایط اجتماعی و ساختار بخش سلامت اقدام به پایه‌گذاری این نظام‌ها در کشور خود نموده‌اند.

نظام ارجاع با سیستم درگاه‌داری اجباری

در کشورهایی که از نظام ارجاع با سیستم درگاه‌داری اجباری استفاده می‌کنند در اکثر مواقع برنامه پزشکی خانواده برقرار می‌باشد و لازمه دستیابی به مراقبت‌های تخصصی تنها از طریق ارجاع از سوی پزشک عمومی می‌باشد. در این راستا برخی از کشورها تنها ضرورت ارجاع از سوی پزشک عمومی و یا خانواده را تنها برای مراکز تخصصی عمومی و دولتی ضروری می‌دانند و برخی دیگر مراجعه به متخصصین بخش خصوصی را نیز منوط به رعایت نظام ارجاع نموده‌اند. از میان کشورهای مورد بررسی در این مطالعه کشورهای انگلستان (۳۷)، ایتالیا (۴۵)، هلند (۷۷)، فنلاند (۵۶)، استرالیا (۶۷)، نیوزلند (۷۰) و تایلند (۷۶) دارای سیستم درگاه‌داری و نظام ارجاع اجباری بودند. هرچند در میان این کشورها نیز در زمینه‌ی میزان آزادی عمل در نظام ارجاع و حق انتخاب‌های بیماران، تفاوت‌هایی وجود دارد. به صورتی که در نظام ارجاع برخی از آن‌ها علاوه بر تصمیم در خصوص انجام یا عدم انجام ارجاع از سوی پزشکان عمومی و سطح اول ارائه خدمات در زمینه‌ی انتخاب ارائه‌کننده‌ی

سطح بعدی نیز تصمیم‌گیری می‌شود ولی در برخی دیگر از کشورها بعد از ارجاع از سوی پزشک اولیه به سطح بعد، بیمار در انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمات تخصصی حق انتخاب دارد. همچنین در برخی دیگر از کشورها نیز با وجود نبود نظام ارجاع اجباری حرکت‌هایی در راستای تدوین چنین نظامی در جریان می‌باشد. برای مثال کشور اکراین و ترکیه به دنبال گسترش نظام ارجاع می‌باشند.

▲ نظام ارجاع با سیستم نیمه درگاه‌داری اختیاری

بر اساس این ساختار نظام ارجاع بیماران در انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمات تخصصی آزادی دارد و در ازای این امر سهم مشارکت بالاتری نسبت به رعایت نظام ارجاع پرداخت می‌کند. در برخی موارد هزینه‌های دریافت خدمات تخصصی را به صورت کامل از جیب پرداخت می‌کنند. از میان کشورهای موردبررسی در این مطالعه کشورهای فرانسه (۳۹)، دانمارک (۵۳) و سوئد (۵۹) دارای سیستم درگاه‌داری و نظام ارجاع تشویقی بودند. بر اساس این سیستم بیماران در صورتی که از مسیر نظام ارجاع اقدام به دریافت خدمات نمایند تحت پوشش کامل خدمات بیمه‌ای قرار می‌گیرند و در صورت عدم رعایت نظام ارجاع نیز بخش بیش‌تری از هزینه‌ها بایستی توسط خود فرد پوشش داده شود. همچنین در این کشورها تبعیت از نظام ارجاع برای برخی از خدمات تخصصی، ضروری نیست. برای مثال خدمات متخصص گوش و حلق و بینی و بینایی‌سنجی در دانمارک و خدمات متخصص کودکان، زنان و زایمان و بینایی‌سنجی در فرانسه از سیستم درگاه‌داری مستثنا هستند.

▲ نظام ارجاع آزاد

در کشورهایی که در این دسته قرار می‌گیرند عملاً سیستم ارجاع رسمی و قانونی پیش‌بینی نشده است و افراد بدون هیچ‌گونه محدودیتی می‌توانند از سطوح مختلف خدمات سلامت، اقدام به دریافت خدمات نمایند. از میان کشورهای موردبررسی در این مطالعه کشورهای اکراین (۶۱)، تاجیکستان (۶۵) و ترکیه (۷۱) دارای سیستم درگاه‌داری و نظام ارجاع آزاد بودند. هرچند بر اساس اصلاحات اخیر در کشورهای ترکیه و اکراین حرکت به سمت برقراری پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح ملی در جریان است ولی برخی موانع همچون محدودیت‌های مالی و اجرایی این حرکت را با کندی مواجه نموده است.

▲ روش‌های کنترل مصرف خدمات

روش‌های متنوعی برای کنترل مصرف خدمات و مراجعه مستقیم جهت دریافت خدمات تخصصی در سیستم‌های سلامت مختلف بکار برده می‌شود. در کل می‌توان این روش‌ها را در قالب دو دسته کلی مداخلات مربوط به کنترل تقاضا و روش‌های منوط به کنترل عرضه خدمات سلامت، دسته بندی کرد.

مداخلات طرف تقاضا برای کنترل مصرف خدمات:

در روش‌های مربوط به کنترل تقاضا نظام‌های بیمه‌ای سعی می‌کنند با استفاده از یکسری محدودیت‌ها، مانع از مصرف بیش از حد خدمات توسط بیمه شده‌ها شوند. پرداخت بخشی از هزینه‌های خدمات در قالب: فرانشیز (coinsurance)، پرداخت ثابت (copayment)، پرداخت ابتدایی (deductible) از سوی گیرندگان خدمات و همچنین در نظر گرفتن سقف پرداخت (payment ceiling) برای یک دوره مشخص، تشویق به عدم استفاده و برقراری مشوق‌هایی برای بیمه شده‌ها جهت کاهش مصرف خدمات پزشکی و در کنار آن برقراری صف انتظار (waiting list) از مهم‌ترین روش‌هایی است که بر اساس آنها بیمه‌ها اقدام به کنترل میزان مصرف خدمات از طرف تقاضا می‌کنند (۷۸).

همچنین در سال‌های اخیر برقراری حساب‌های پس‌انداز درمانی و پزشکی (Medical Savings Accounts) در برخی کشورها همچون سنگاپور، آفریقای جنوبی و ایالات متحده نیز که در آن فرد مسئول کنترل هزینه‌های پزشکی خود می‌باشد نیز به‌عنوان راهی برای کنترل تقاضای خدمات عمل می‌کند (۷۹).

در مداخلات طرف تقاضا برای کنترل مصرف خدمات برقراری صف انتظار (waiting list) در کنار پرداخت بخشی از هزینه‌های خدمات یکی از پرکاربردترین روش‌های کنترل تقاضای خدمات تخصصی در اکثر کشورهای جهان می‌باشد (۸۰).

مداخلات طرف عرضه برای کنترل مصرف خدمات:

کنترل مصرف خدمات از طرف مداخلات در طرف عرضه‌ی خدمات نیز در قالب روش‌های مدیریت مصرف خدمات^۱، روش‌های پرداخت و مشوق‌های مالی محدود کننده‌ی عرضه‌ی خدمات و همچنین اصلاح ساختار عرضه خدمات از طریق برقراری

سیستم ارجاع و درگاه‌داری اجباری صورت می‌گیرد (۸۱، ۸۲).

در زمینه‌ی روش‌های پرداخت و مشوق‌های مالی محدود کننده‌ی عرضه‌ی خدمات برخی از سیستم‌های بیمه‌ای از روش‌هایی برای بازپرداخت هزینه‌های بیماران استفاده می‌کنند که عرضه‌کننده خدمات را تشویق به محدود کردن عرضه و در نتیجه کاهش هزینه‌ها نماید. در این راستا استفاده از روش پرداخت سرانه که در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد یکی از روش‌هایی است که با ایجاد فشار بر عرضه‌کننده‌ی خدمات و انتقال ریسک به سمت وی منجر به کاهش عرضه خدمات می‌شود. از سوی دیگر استفاده از روش پرداخت بر اساس گروه‌های تشخیصی وابسته و همچنین بودجه کلی (global budghet) و پرداخت گلوبال (global payment) نیز از جمله روش‌هایی است که عرضه‌کنندگان خدمات را تشویق به کنترل عرضه می‌کنند (۳۴، ۳۸، ۴۶).

همچنین یکی از مهم‌ترین و پرکاربردترین روش‌های کنترل مصرف خدمات، استفاده از طیفی از مداخلات می‌باشد که عمدتاً با تأکید بر طرف عرضه به دنبال محدود کردن مصرف خدمات می‌باشد. این روش‌ها تحت عنوان روش‌های مدیریت مصرف خدمات، دسته‌بندی می‌شوند. هر چند نظام ارجاع یکی از مهم‌ترین و مناسب‌ترین روش‌های این مجموعه می‌باشد ولی در سیستم‌هایی که نظام ارجاع در آن اجرایی نشده است روش‌های دیگری همچون پوشش پایین هزینه‌ها، زمان انتظار و همچنین محدودیت در ارائه خدمات به‌عنوان ابزارهایی برای کنترل مصرف خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد.

روش‌های مدیریت مصرف خدمات:

مدیریت مصرف خدمات در برگیرنده‌ی طیفی از روش‌هایی است که به منظور کنترل هزینه‌های خدمات سلامت از طریق کنترل موردی خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران توسط پرداخت کنندگان و خریداران بهره می‌گیرد. در سیستم‌ها و کشورهای مختلف از ترکیب گوناگونی از روش‌های موجود در مدیریت مصرف بهره گرفته می‌شود (۸۱، ۸۲). در ذیل تعریفی از انواع روش‌های مدیریت مصرف خدمات ارائه شده است:

جراحی‌های سرپایی^۱:

در این روش به صورت تشویقی یا اجباری، انجام برخی خدمات جراحی را در واحدهای سرپایی تشویق می‌کند. این برنامه شامل: (۱) برنامه‌هایی که لیستی از اعمال جراحی که به صورت معمول در صورتی که در واحدهای بستری ارائه شوند را پوشش نمی‌دهند و (۲) برنامه‌ای که مشوق‌هایی را برای انجام برخی اعمال جراحی در واحدهای سرپایی در نظر می‌گیرد، می‌شود.

آزمایشات قبل از پذیرش^۲:

سیاستی که بر مبنای آن انجام آزمایشات قبل از جراحی را در واحدهای سرپایی تشویق کرده و یا الزامی می‌کند. روش پرداخت گروه‌های تشخیصی وابسته در این دسته‌بندی قرار نمی‌گیرند.

جراحی در روز پذیرش^۳:

سیاستی که بر مبنای آن به صورت تشویقی یا اجباری بیمار در همان روزی که پذیرش می‌شود جراحی نیز می‌شود.

نظر جراح دوم^۴:

سیاستی که بر مبنای آن در صورتی که پزشکی، جراحی را تجویز کرده باشد به صورت تشویقی یا اجباری نظر جراح دومی نیز الزامی می‌باشد.

گواهی پیش از پذیرش^۵:

گواهی پیش از پذیرش و یا مجوز قبلی (prior authorization)، غربالگری پیش از پذیرش (preadmission screening) و یا برنامه‌های ارزیابی پیش از پذیرش (preadmission review programs) سیاستی است که بر مبنای آن اخذ تاییدیه

-
- 1- Ambulatory Surgery
 - 2- Preadmission Testing
 - 3- Same-Day Admission Surgery
 - 4- second Surgical Opinion
 - 5- Preadmission Certification

بستری توسط پزشک قبل از پذیرش در بیمارستان ضروری می‌باشد.

محدود کردن^۱:

محدود کردن و یا محدود کردن گیرنده برنامه‌ای است که بر مبنای آن افرادی که از خدمات به صورت مازاد و یا غیر معمول استفاده می‌کنند شناسایی شده و به یک ارائه‌کننده‌ی مشخص معرفی می‌شوند تا استفاده از خدمات توسط فرد را کنترل کند. این برنامه با برنامه مدیریت موارد پر هزینه متفاوت می‌باشد. چرا که در این برنامه افرادی که به نظر می‌رسد از خدمات نادرست استفاده می‌کنند شناسایی می‌شوند ولی در برنامه مدیریت موارد خدمات پر هزینه با دقت بیشتری مورد بررسی قرار می‌گیرند.

مدیریت موارد پر هزینه^۲:

برنامه‌ای که بیماران پر هزینه را شناسایی و اقدام به تدوین و اجرای مراقبت‌های کم هزینه تر می‌کند. در این برنامه تمرکز بر کاهش هزینه‌ی خدمات در کنار ارائه خدمات مناسب می‌باشد.

مدیریت موردی مراقبت‌های اولیه^۳:

این برنامه که در قالب نظام درگاه‌داری (gatekeeper) اجرا می‌شود بهره‌گیری از تمامی خدمات غیر اورژانسی را منوط به هماهنگی توسط یک ارائه‌کننده‌ی مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌کند.

مدیریت جمعیت هدف^۴:

این برنامه در برگیرنده‌ی اجرای مدیریت مورد و یا هماهنگی موردی خدمات برای یک جمعیت مشخص همچون: افراد ناتوان، مادران باردار و کودکان می‌باشد. مدیران موردی (case managers) در ارتباط مستقیم با گیرندگان خدمات اطلاعات لازم

1- Lock-In

2- High-Cost Case Management

3- Primary-Care Case Management

4- Targeted Case Management

در خصوص نیازهای سلامتی را جمع آوری کرده و آنها را برای دسترسی به خدمات مناسب راهنمایی می کنند.

| کشور | تأمین مالی | پرداخت به پزشکان عمومی | پرداخت به متخصصین | نظام ارجاع | دسترسی به خدمات | زمان انتظار |
|--------------|--|--|---|---|---|--|
| انگلیس (۳۷) | مالیات عمومی، بیمه‌های پزشکی خصوصی و پرداخت از جیب | سرانه و پرداخت مبتنی بر عملکرد | حقوق، کارانه؛ پرداخت بخشی از هزینه‌های دارو، چشم‌پزشکی، دندانپزشکی توسط بیمار | از طریق پزشکان عمومی و به صورت اجباری | انتخاب ارائه‌دهندگان در سطح ملی | زمان انتظار طولانی برای خدمات بستری |
| فرانسه (۳۹) | بیمه اجتماعی سلامت، بیمه‌های پزشکی خصوصی و پرداخت از جیب | سرانه و پرداخت مبتنی بر عملکرد | کارانه | انتخابی، تشویقی از طریق تفاوت در میزان بازپرداخت هزینه‌ها | حق انتخاب گسترده برای بیماران | بر اساس نوع تخصص متغیر، متخصص داخلی ۱ هفته، چشم‌پزشک ۱ سال |
| ایتالیا (۴۵) | مالیات‌های ملی و منطقه ای، پرداخت از جیب | سرانه و کارانه (برای برخی مداخلات) | حقوق، پرداخت بخشی از هزینه‌های ویزیت | از طریق پزشکان عمومی و به صورت اجباری | انتخاب از بین ارائه‌کنندگان بر اساس لیست انتظار | برای خدمات تخصصی طولانی، در بیمارستان‌های خصوصی کوتاه با پرداخت مستقیم |
| هلند (۷۷) | بیمه اجتماعی سلامت، بیمه‌های پزشکی خصوصی و پرداخت از جیب | کارانه، سرانه و پرداخت مبتنی بر عملکرد | سیستم تشخیص و درمان ترکیبی | از طریق پزشکان عمومی و به صورت اجباری | حق انتخاب بین ارائه‌کنندگان پس از ارجاع | وجود سقف قانونی زمان انتظار، بر اساس نوع تخصص متغیر، ۴-۷ هفته |

Δ جدول ۱-۴: جدول تطبیقی کشورهای منتخب در زمینه‌ی نظام سلامت و نظام ارجاع

| کشور | تأمین مالی | پرداخت به پزشکان عمومی | پرداخت به متخصصین | نظام ارجاع | دسترسی به خدمات | زمان انتظار |
|----------------|--|---|--|---|---|--|
| دانمارک (۵۳) | مالیات‌های ملی و منطقه ای، پرداخت از جیب | دوسوم کارانه، یکسوم سرانه | حقوق، پرداخت بخشی از هزینه‌های ویزیت برای افراد فاقد نامه ارجاع | انتخابی، تشویقی از طریق تفاوت در میزان بازپرداخت هزینه‌ها | بسته به سیستم انتخابی آزاد و یا محدود | مراجعه به متخصص در طول یک یا دو هفته |
| فنلاند (۵۶) | مالیات‌های ملی و منطقه ای، بیمه‌های سلامت ملی، پرداخت از جیب | حقوق، کارانه، پرداخت بخشی از هزینه‌های ویزیت | حقوق، کارانه، پرداخت بخشی از هزینه‌های ویزیت | سیستم ارجاع درون خدمات سلامت شهرداری | دسترسی بر اساس شبکه ارائه‌کنندگان طرق قرارداد | وجود سقف قانونی زمان انتظار، متفاوت بین شهرداری‌ها |
| سوئد (۵۹) | مالیات عمومی، بیمه‌های پزشکی خصوصی و پرداخت از جیب | کارانه، سرانه و پرداخت مبتنی بر عملکرد | پرداخت موردی (گروه‌های تشخیصی وابسته) و پرداخت مبتنی بر عملکرد | انتخابی، کنترل استفاده از خدمات از طریق لیست انتظار | حق انتخاب گسترده برای بیماران | قانون ۷۰-۹۰-۹۰ (۷ روز انتظار برای پزشک عمومی و ۹۰ روز برای متخصص، ۹۰ روز برای جراحی) |
| اکراین (۶۱) | مالیات عمومی، پرداخت از جیب و بیمه‌های سلامت خصوصی | حقوق و پرداخت مبتنی بر عملکرد، پرداخت‌های غیررسمی | حقوق، کارانه، پرداخت بخشی از هزینه‌های ویزیت، پرداخت‌های غیررسمی | سیستم ارجاع اجباری در حال گسترش می‌باشد | حق انتخاب گسترده برای بیماران | زمان انتظار طولانی برای خدمات بستری، امکان حذف آن از طریق پرداخت مستقیم و غیررسمی |
| تاجیکستان (۶۵) | پرداخت از جیب، مالیات و درآمدهای عمومی، کمک‌های خارجی | حقوق، پرداخت‌های غیررسمی | حقوق، پرداخت‌های غیررسمی | انتخابی | حق انتخاب گسترده برای بیماران | |

۴-۱. ادامه جدول ۱-۴.

| کشور | تأمین مالی | پرداخت به پزشکان عمومی | پرداخت به متخصصین | نظام ارجاع | دسترسی به خدمات | زمان انتظار |
|---------------|---|--|--|--|--|---|
| استرالیا (۶۷) | مالیات عمومی، پرداخت از جیب و بیمه‌های سلامت خصوصی | کارانه یا حقوق، پرداخت‌های تشویقی برای | کارانه، پرداخت بخشی از هزینه‌های ویزیت | از طریق پزشکان عمومی و به صورت اجباری | دسترسی انتخابی به متخصصین بر اساس لیست انتظار/درمان خصوصی | برای ویزیت متخصص در بیمارستان عمومی ۳ ماه |
| نیوزلند (۷۰) | مالیات عمومی، پرداخت از جیب و بیمه‌های سلامت خصوصی | ۱۵ درصد سرانه، ۸۵ درصد کارانه و پرداخت بیماران | حقوق در بخش دولتی، کارانه در بخش خصوصی | در بخش عمومی اجباری، در بخش خصوصی ترجیحی | دسترسی انتخابی به متخصصین و پزشکان عمومی | برای جراحی‌های انتخابی در بخش عمومی نسبتاً طولانی |
| ترکیه (۷۱) | بیمه اجتماعی، سلامت، مالیات، بیمه‌های پزشکی خصوصی و پرداخت از جیب | سرانه تعدیل یافته، بودجه ثابت و پرداخت مبتنی بر عملکرد | حقوق و پرداخت مبتنی بر عملکرد | انتخابی | توزیع نامناسب پزشکان در مناطق دورافتاده، دسترسی انتخابی به متخصصین | --- |
| تایلند (۷۶) | مالیات، بیمه اجتماعی، سلامت و پرداخت از جیب | سرانه تعدیل یافته | گروه‌های تشخیصی وابسته | اجباری برای خدمات سرپایی، در بیمه‌های اجتماعی خدمات سرپایی و بستری | محدود به شبکه که ثبت نام انجام گرفته است با ارجاع، پرداخت کل هزینه در صورت عدم رعایت ارجاع | --- |

۴-۱. ادامه جدول ۱-۴.

فصل چهارم - بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر سیستم سلامت و نظام ارجاع ۱۳ کشور دنیا مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس یافته‌های مطالعه بسیاری از کشورهای پیشرو در زمینه‌ی سلامت و دارای عملکرد مناسب سیستم سلامت، به نوعی از نظام ارجاع بهره‌گیری می‌کنند. مطالعات مختلف نیز نشان داده است که نظام ارجاع به‌عنوان یک ابزار در تسهیل هماهنگی‌های مراقبتی بین ارائه‌کنندگان مختلف خدمات سلامت و همچنین کاهش هزینه‌های سیستم سلامت عمل کرده است.

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 (۸۳). بر اساس یافته‌های مطالعه کلمن^۱ ۵۵ درصد از بیمارانی که برای دریافت خدمات سلامت به واحدهای اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند نیازهای غیر فوری

1- Coleman



و غیر اورژانسی داشتند که می‌توانست در مراکز مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده شود (۸۴). در این راستا بر اساس یافته‌های مطالعه برخی از کشورها همچون دانمارک در حال افزایش نقش پزشکان عمومی و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در پوشش خدمات می‌باشند (۵۳). از سوی دیگر در کشورهایی همچون انگلیس (۳۷)، فرانسه (۳۹)، ایتالیا (۴۵) و هلند (۷۷) نیز پزشکان عمومی نقشی محوری در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایفا می‌کنند. در این کشورها افزایش نقش پزشکان عمومی باهدف افزایش دسترسی، هماهنگی مراقبتی و کاهش هزینه‌ها انجام می‌گیرد. بر اساس برنامه پزشک خانواده در ایران نیز هدف کنترل استفاده از خدمات و ارتقای دسترسی و کاهش هزینه‌ها با محوریت پزشک خانواده بود. هرچند مطالعات مختلفی ناکارآمدی مقطعی این برنامه را در کنترل ارجاعات نشان داده‌اند. طی پژوهشی در ۵ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در ارتباط با تعیین وضعیت بیماران از نظر رعایت نظام ارجاع مشخص شد ۱۸٫۵ درصد از مراجعین روستایی خود ارجاع بوده‌اند و از این میان نیز ۳۳٫۲ درصد از این افراد بدون برگ ارجاع مراجعه کرده‌اند (۸۵). بر این اساس نتایج مطالعه شیروانی و همکاران در استان‌های شمالی ایران تنها ضرورت ۴۶ درصد از ارجاعات به سطوح تخصصی مراقبت‌ها از سوی پزشکان خانواده تأیید شده است و ۵۶ درصد مابقی ارجاعات بر اساس خواست و اصرار بیماران بوده است (۸۶). بر اساس تجربیات کشورهای پیشرو در زمینه‌ی نظام ارجاع پایداری رابطه بین پزشک مراقبت‌های اولیه و بیماران و همچنین نقش کلیدی این پزشکان در سیستم سلامت موجب شده است که تمامی مراقبت‌های تخصصی با نظر مستقیم پزشکان خانواده انجام گیرد. همچنین در برخی دیگر از کشورها که از سیستم ارجاع اجباری استفاده نمی‌کنند استفاده از مکانیسم‌های پرداخت و پوشش هزینه‌های خدمات تخصصی از سوی بیماران در صورت عدم رعایت نظام ارجاع موجب شده است دسترسی به خدمات تخصصی مبتنی بر نیاز و تشخیص تخصصی از سوی پزشکان خانواده هدایت شود. یکی دیگر از کاربردهای نظام ارجاع در سیستم سلامت کاهش استفاده از خدمات غیرضروری تخصصی و همچنین افزایش ارتباط بین ارائه‌کنندگان سطوح مختلف خدمات سلامت می‌باشد. در مطالعه‌ای که در کشور عربستان انجام شد مشخص گردید در پی پیاده‌سازی نظام ارجاع میزان مراجعه به بیمارستان جهت دریافت خدمات تخصصی سرپایی ۴۰٫۶ درصد کاهش یافته است و همچنین

میزان مراجعه به مراکز مراقبت‌های بهداشتی ۱۹٫۶ درصد افزایش یافته است (۸۷). تقویت ارتباط بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطوح مختلف یکی از اهداف برقراری نظام ارجاع می‌باشد که در کشورهای مختلف مورد بررسی بهره‌گیری از سیستم‌های نوین ارتباطی و پرونده‌ی الکترونیک سلامت به‌عنوان ابزاری برای تقویت ارتباط بین سطوح مختلف مراقبتی استفاده می‌کنند. بر اساس مطالعات انجام‌گرفته علاوه بر پایین بودن میزان بیماران ارجاعی مراجعه‌کننده به متخصصین سطح ارائه پس‌خوراند از متخصصین به پزشکان خانواده نیز پایین می‌باشد. بر این اساس نتایج مطالعه شیروانی و همکاران در استان‌های شمالی ایران نشان داد تنها در حدود ۲۵ درصد از بیماران ارجاع داده‌شده به سطح دو بعد از دریافت مراقبت‌ها جهت پیگیری روند درمان به سطح اول مراقبت‌ها مراجعه کرده بودند و از این میان نیز اطلاعات تنها نیمی از آن‌ها در پرونده ثبت‌شده بود (۸۶). در این راستا مطالعات انجام‌گرفته توسط حسینی (۸۸) و عبادی آذر (۸۵) نشان داد از بین بیماران ارجاع داده شده به سطوح تخصصی مراقبت‌ها هیچ‌کدام پس‌خوراندی جهت ارائه به مراکز مراقبت‌های بهداشتی دریافت نکرده‌اند. بر اساس مطالعه چمن و همکاران در شهرستان شاهرود نیز از میان بیماران ارجاع داده شده به سطوح دوم تنها ۵۱ درصد پس‌خوراند دریافت کرده‌اند و از این میان نیز کیفیت پس‌خوراند تنها ۸٫۴ درصد از بیماران مطلوب ارزیابی شده است (۸۹). نتایج یک مطالعه مرور نظام‌مند در خصوص بهره‌گیری از نظام ارجاع الکترونیک^۱ نشان داد کشورهای مختلفی همچون انگلستان، نروژ، اسکاتلند، هلند، دانمارک، کانادا، استرالیا، نیوزلند، فنلاند و ایالات‌متحده از سیستم ارجاع الکترونیک استفاده کرده‌اند. هرچند نتایج استفاده از سیستم ارجاع الکترونیک طیف گسترده‌ای را در برمی‌گیرد ولی در کل موجب ارتقای دسترسی به خدمات تخصصی، کاهش زمان انتظار، بهبود ارتباط بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطوح مختلف و همچنین ارتقای دقت انتقال اسناد پزشکی و تقویت ارتباط بین مراکز خدمات سلامت شده است (۹۰).

نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه و در بررسی وضعیت پوشش خدمات در کشورهای منتخب مشخص شد که در اغلب کشورهایی که از نظام ارجاع اجباری پیروی می کنند در کنار الزام به رعایت نظام ارجاع از سوی مردم روش های دیگری نیز همچون لیست انتظار به عنوان ابزاری برای کنترل مصرف خدمات تخصصی در نظر گرفته شده است و یا در کشورهایی با نظام ارجاع انتخابی مشارکت در تأمین هزینه های خدمات تخصصی به عنوان ابزاری کنترلی برای محدودسازی مصرف خدمات در نظر گرفته می شود. در این راستا در کشورهای منتخب فاقد نظام ارجاع رسمی از نظر ساختاری هیچ گونه محدودیت رسمی در زمینه بهره گیری از خدمات وجود ندارد. ولی در این کشورها عواملی همچون هزینه های بالای خدمات تخصصی، پرداخت های غیررسمی، پوشش پایین خدمات از سوی بیمه ها و سیستم سلامت عمومی و کیفیت پایین خدمات دولتی به عنوان مکانیسم های کنترل استفاده از خدمات تخصصی عمل می کنند.

همچنین یافته های مطالعه نشان داد که کشورهای پیشرفته با درآمد سرانه ملی بالا و همچنین سرانه هزینه های سلامت بالا از نظام ارجاع بیشتر استفاده می کنند. ولی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین با وجود محدودیت فراوان در تأمین منابع مالی بخش سلامت و لزوم بهره گیری از نظام ارجاع به منظور کنترل هزینه ها و ارتقای اثربخشی خدمات برخلاف انتظار نظام ارجاع به درستی رعایت نمی شود.

بر اساس یافته های مطالعه حاضر کشورهایی که از نظام ارجاع ساختارمند و متشکلی پیروی می کردند دارای نظام اطلاعاتی قوی در زمینه اطلاعات سلامت و پرونده الکترونیک سلامت بودند. به طوری که هرگونه بهره برداری و استفاده از خدمات سلامت معمولاً در این کشورها به دقت پیگیری و رصد می شود. ولی کشورهایی که از نظام ارجاع پیروی نمی کنند غالباً با یکی از دلایل و محدودیت های خود را در بهره گیری از نظام ارجاع نبود سیستم اطلاعاتی جامع در زمینه خدمات سلامت و پرونده الکترونیک سلامت می دانند.

▲ پیشنهادات اجرایی

بر اساس نتایج مطالعه حاضر و مرور تجربیات سایر کشورها اجرای برخی اقدامات در ایران برای دستیابی به نظام ارجاع کارآمد ضروری می‌باشد که می‌توان بدین صورت دسته بندی کرد.

- ایجاد زیرساخت‌های اطلاعات سلامت و پرونده‌ی الکترونیک سلامت به منظور دسترسی به اطلاعات جامع و بروز در خصوص استفاده از خدمات و همچنین هماهنگی بین ارائه‌کنندگان در سطوح مختلف
- گسترش برنامه پزشکی خانواده با همکاری تمامی سازمان‌های دخیل در امر بیمه و ارائه خدمات سلامت بخصوص وزارت بهداشت و سازمان تأمین اجتماعی به منظور پوشش تمام جمعیت کشور
- تصویب و اجرایی کردن دستورالعمل‌های نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و الزام تمامی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به رعایت این دستورالعمل‌ها
- برقراری حق انتخاب بین رعایت نظام ارجاع و پرداخت هزینه‌های خدمات تخصصی به صورت مستقیم از سوی بیماران و یا بر اساس پوشش بیمه‌های سلامت خصوصی و تکمیلی
- توانمندسازی پزشکان خانواده در خصوص خدمات سلامت و نیازهای اولیه بهداشتی برای جامعه تحت پوشش
- استفاده از روش‌های پرداخت متناسب همچون سرانه و پرداخت مبتنی بر عملکرد جهت واگذاری مسئولیت استفاده از خدمات برعهده‌ی پزشکان خانواده
- استفاده از ظرفیت‌های بخش دولتی و خصوصی در زمینه طرح پزشکی خانواده و ایجاد حق انتخاب در بین مردم برای انتخاب ارائه‌کنندگان سطح اول
- فرهنگ‌سازی در بین مردم در خصوص استفاده بهینه از خدمات پزشکی و لزوم رعایت سطح‌بندی خدمات در قالب فعالیت‌های آموزشی، رسانه‌ای و تبلیغاتی.



منابع

1. Safdari R, Saidi M, Godini A, Monajemi F. Comparative study of health insurance payment mechanism in Iran, USA and Australia. *Medicine*. 2010;77:41-51.
2. WHO. Toolkit on monitoring health systems strengthening service delivery. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available at http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_ServiceDelivery.pdf; 2008.
3. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
4. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford university press; 2008.
5. Organization WH. Everybody's business- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007.
6. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *Jama*. 2009;301(6):603-18.
7. O'malley AS, Grossman JM, Cohen GR, Kemper NM, Pham HH. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(3):177-85.
8. Pham HH, O'Malley AS, Bach PB, Saiontz-Martinez C, Schrag D. Primary care physicians' links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Annals of internal medicine*. 2009;150(4):236-42.
9. Craig C, Eby D, Whittington J. Care coordination model: better care at lower cost for people with multiple health and social needs: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
10. Marinker M. The referral system. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1988;38(316):487.
11. Stevens R. Medical practice in modern England: the impact of specialization and state medicine: Transaction Publishers; 2003.
12. Sweeney B. The referral system. *BMJ: British Medical Journal*. 1994;309(6963):1180.



13. Loudon I. The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *Br J Gen Pract.* 2008;58(547):128-30.
14. Bapna J, Tekur U, Pradhan S, Shashindran C, editors. Why patients prefer referral hospitals. *World health forum*; 1990.
15. Atkinson S, Ngwengwe A, Macwan'gi M, Ngulube T, Harpham T, O'Connell A. The referral process and urban health care in sub-Saharan Africa: the case of Lusaka, Zambia. *Social Science & Medicine.* 1999;49(1):27-38.
16. Kloos H. Utilization of selected hospitals, health centres and health stations in central, southern and western Ethiopia. *Social science & medicine.* 1990;31(2):101-14.
17. Meléndez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. *Health Policy and Planning.* 1998;13(4):433-45.
18. Tulloch J. Report on a visit to the ARI Impact Demonstration Project, Kidiri subdistrict, Lombok, Indonesia, 15–17 October 1987. Geneva: World Health Organization. 1997.
19. Mwabu GM. Referral systems and health care seeking behavior of patients: an economic analysis. *World Development.* 1989;17(1):85-91.
20. Kamau KJ, Onyango-Osuga B, Njuguna S. Challenges Facing Implementation Of Referral System For Quality Health Care Services In Kiambu County, Kenya. *Health Systems and Policy Research.* 2017.
21. BASICS I. the Ghana Health Service. 2003. The status of referrals in three districts in Ghana: analysis of referral pathways for children under five Arlington, VA: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for USAID.
22. aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002).
23. Peterson S, Nsungwa-Sabiiti J, Were W, Nsabagasani X, Magumba G, Nambooze J, et al. Coping with paediatric referral—Ugandan parents' experience. *The Lancet.* 2004;363(9425):1955-6.
24. Ilboudo TP, Chou Y-J, Huang N. Compliance with referral for curative care in rural Burkina Faso. *Health policy and planning.* 2012;27(3):256-64.
25. Ganatra B, Hirve S. Male bias in health care utilization for under-fives in a rural community in western India. *Bulletin of the World*



- Health Organization. 1994;72(1):101.
26. Organization WH. Referral Systems-a summary of key processes to guide health services managers. Management of health facilities: Referral systems(accessed 24 March, 2015) Available at <http://www.who.int/management/facility/referral/en/index3.html>. 2005.
 27. Roberts R G, Hunt V R, Kulie T I, Schmidt W. Family medicine training: the international experience. MJA. 2001;194(11):84-8.
 28. Glazier RH MR, Agha MM, Zagorski B, Hall R, Manuel DG, et al. The impact of not having a primary care physician among people with chronic conditions. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2008.
 29. 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.
 30. education Moham. Illustration of health team and family physician services. First, editor. Tehran: Arvij; 2009.
 31. Shalileh K, Mahdanian A. Family physicians' satisfaction in Iran: a long path ahead. Informatin Management. 2010;6(3):10-3.
 32. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. Milbank Quarterly. 2001;79:149-77.
 33. Seán Boyle. United Kingdom (England): Health system review. World Health Organization. 2011;13(1)::1-486.
 34. S B. Payment by results in England. Eurohealth. 2007;13(3)::12-6.
 35. England N. Understanding the New NHS: A Guide for Everyone Working and Training Within the NHS2014.
 36. NHS. Information for those visiting or moving to England, How to access NHS services in England 2015 [Available from: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/uk-visitors/Pages/access-services-in-England.aspx>.
 37. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. Health systems in transition. 2015;17(5):1-126.
 38. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund. 2015;2016.
 39. Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. Health Systems in Transition, 2015. World Health Organization. 2015;17(3):1-218.
 40. Expatca. Guide to health insurance in France: Expatca; 2016



- [Available from: http://www.expatica.com/fr/healthcare/Guide-to-health-insurance-in-France_108848.html].
41. Devaux M, M dL. Income-related inequalities in health service utilization in 19 OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development. 2012;107(58):17-35.
 42. Berchet C, Jusot F. Immigration and health care utilization in France: new evidences from the Health, Health Care and Insurance Survey. France journal. 2011;2(4):17-21.
 43. Touraine M. Health inequalities and France's national health strategy. The Lancet. 2014;383(9923):1101.
 44. France still seeks an electronic health record: European Hospital; 2015 [Available from: <http://www.healthcare-in-europe.com/en/article/14069-france-still-seeks-an-electronic-health-record.html>].
 45. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L. Health System Review. Health Systems in Transition, Italy, 2014. World Health Organization. 2014;16(4):1-168.
 46. Jommi C, Cantù E, Anessi-Pessina E. New funding arrangements in the Italian National Health Service. international Journal Health Planning Management. 2001;16(4):347-68.
 47. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L. Health System Review. Health Systems in Transition, 2014. World Health Organization. 2014;16(4):1-168.
 48. Pelone F, Kringos DS, Valerio L, Ricciardi W, de Belvis AG. The measurement of relative efficiency of general practice and the implications for policy makers. Health Policy. 2012;107(2):258-68.
 49. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P. The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition, 2016. World Health Organization. 2016;18(2):15-208.
 50. N B. Personalized Primary Care for Older People: An evaluation of a nurse-led care programme. Utrecht: University Utrecht. 2013;17(4):25-30.
 51. Batenburg R, Kroneman M, A S. The impact of the crisis on the health system and health in the Netherlands. World Health Organization, Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. 2015;18(2):82-247.
 52. Berg M, van der Grinten T, Klazinga N. Technology assessment,



- priority setting, and appropriate care in Dutch health care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2004;20(1):35-43.
53. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, C H-Q. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012. World Health Organization. 2012;14(2):1 – 192.
 54. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, A K. Are joint health plans effective for coordination of health services? An analysis based on theory and Danish pre-reform results. *International Journal of Integrated Care*. 2015;35(7).
 55. Schieber GJ, Poullier JP, LM G. Health system performance in OECD countries. *Health Affairs*. 2015;13(2):100 – 12.
 56. Vuorenkoski L, Mladovsky P, E M. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. World Health Organization. 2008;10(4):1–168.
 57. Häkkinen U. The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics*. 2005;14(2):101-18.
 58. Linna M, Virtanen M. NordDRG: The benefits of coordination. *Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. 2011.
 59. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012. World Health Organization. 2012;14(5):1–159.
 60. van Doorslaer E, Masseria C, Lafortune G, Clarke P, Gerdtham Ulf LU, Häkkinen U, et al. Unequal access to medical care in the OECD countries. *Canadian Medical Association Journal*. 2012;17(2)::177–83.
 61. Lekhan VN, Rudiya VM, Shevchenko MV, Nitzan Kaluski D, E R. Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015. World Health Organization. 2015;17(2):1–153.
 62. Balabanova D, Roberts B, Richardson E, Haerpfer C, McKee M. Health care reform in the former Soviet Union: Beyond the transition. *Health Services Research*. 2012;47(2):840–64.
 63. Lekhan VN, al e. Modernization of primary care for the population in line with global trends. *Health of the Nation*. 2012;22(2):63–9.
 64. Danyliv A, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Willingness to pay for physician services at a primary contact in Ukraine: Results of a contingent valuation study. *BMC Health Services Research*.



- 2013;13(2):208-9.
65. Khodjamurodov G, Sodiqova D, Akkazieva B, B. R. Tajikistan: health system review. Health Systems in Transition, 2016. World Health Organization. 2016;18(1):1–114.
 66. Akkazieva B, Tello J, Smith B, Jakab M, Krasovsky K, Sautenkova N, et al. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Tajikistan country assessment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2015;12(2).
 67. Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review. Health Systems in Transition 2006. World Health Organization. 2006;8(5):1–158.
 68. Bloom A. Health Reform in Australia and New Zealand. Melbourne, Oxford University Press. 2008;14(2):235–50.
 69. Duckett S. Health workforce design for the 21st century. Australian Health Review. 2009;29(2):201–10.
 70. French S, Old A, Healy J. Health care systems in transition: New Zealand. Health care systems in transition: New Zealand 2001.
 71. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, C H. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 2011. World Health Organization. 2011;13(6):1–186.
 72. Angloinfo. The Health Insurance System in Turkey 2016 [Available from: <https://www.angloinfo.com/how-to/turkey/healthcare/health-system/health-insurance>].
 73. Tatar M. Informal payments in the health sector: a case study from Tu. Health Affairs. 2007;26(4):1029–39.
 74. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC family practice. 2014;15(1):38.
 75. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. HEALTH POLICY AND PLANNING. 2014:1-10.
 76. Pongpisut J, Samrit S, al e. The Kingdom of Thailand health system review. world health organization. 2015;5(5):4-299.
 77. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition. 2016;18(2):1-239.
 78. Jack W. Principles of health economics for developing countries:



- World Bank Publications; 1999.
79. Schreyogg J. Demographic development and moral hazard: health insurance with medical savings accounts. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*. 2004;29(4):689-704.
 80. Felder S. To wait or to pay for medical treatment? Restraining ex-post moral hazard in health insurance. *Journal of Health Economics*. 2008;27(6):1418-22.
 81. Buck JA, Silverman HA. Use of utilization management methods in state Medicaid programs. *Health Care Financing Review*. 1996;17(4):77.
 82. Parties IoMCoUMBt, Field MJ, Gray BH. Controlling costs and changing patient care?: The role of utilization management: National Academies; 1989.
 83. Morrell D. Symptom interpretation in general practice. *JR Coll Gen Pract*. 1972;22(118):297-309.
 84. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency Medicine Journal*. 2001;18(6):482-7.
 85. EBADIFARD AF. Patients admission and referral system observance in live educational centers (IUMS). 2002.
 86. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010;11(6):46-52.
 87. Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *EMHJ* 1997;3(2):236-53.
 88. Hosseini S, Mesbah N, Hajian K, HAJI AM, Sajadi P, Dadashpour M, et al. Assessment of referral system in health care delivery center of paengatab (Babol; 2003). 2005.
 89. CHAMAN R, AMIRI M, RAEI DM. The national family physician and the quality of referral system. 2012.
 90. Naseriasl M, Adham D, Janati A. E-referral solutions: successful experiences, key features and challenges-a systematic review. *Materia socio-medica*. 2015;27(3):195-9.