



A Comparative Review of Financing Family Physician Programs and Referral Systems in Selected Countries and Iran

Malaki. Taher¹, Mirzaei. Abasat^{2,3*}, Zeydabadi. Sanaz¹, Rasouli. Akbar¹

1- Ph.D. Student, Department of Health Services Management, TeMS.C, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Health Services Management, TeMS.C, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Health Economics Policy Research Center, TeMS. C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Received Date:

2024.12.29

Accepted Date:

2025.4.6

*Corresponding

Author Email:

mirzaei@iautmu.ac.ir

Abstract

Background and purpose: One of the health system reform programs is the Family Physician and Referral System Program. Therefore, the purpose of this study is to review how family physicians and referral systems are financed in selected countries and Iran.

Methods: This study was conducted as a comparative review in 1403. Information was extracted using related keywords and their English equivalents based on specific subject headings (Mesh) in various databases. In addition, data from the World Health Organization and health system reports of selected countries were also reviewed. Information was extracted based on a data extraction form (researcher-made). Finally, the information was categorized and analyzed by subject.

Results: The study results showed that the main source of financial resources was through the budget and public taxes, and the payment system in the family physician program in the majority of the countries studied was based on performance-based per capita payments. Finally, in addition to the weaknesses and challenges of the countries studied in implementing The family physician program, in Iran, lack of public awareness, poor supervision and management, incorrect policymaking, and challenges in implementing electronic health records were also identified as weaknesses of the family physician program.

Conclusion: Despite the many similarities in the implementation of the family physician program among the selected countries, there are differences in terms of policymaking, implementation methods, and funding methods. Based on the research findings, it is suggested that in order to successfully implement the family physician program, the successful experiences of other countries at the international level, as well as evidence and information in implementing this program, be used.

Keywords: Family Physician, Referral System, Financing, Health System



Copyright©2025 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Journal of Hospital, Volume 23, Issue 4, Spring 2025

مروری بر چگونگی تأمین مالی پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشورهای منتخب و ایران

طاهر ملکی^۱، اباسط میرزایی^{۲*}، ساناز زیدآبادی^۱، اکبر رسولی^۱

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳- مرکز تحقیقات سیاستگذاری اقتصاد سلامت، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: یکی از برنامه‌های اصلاح نظام سلامت، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع است. بنابراین، هدف این مطالعه، بررسی نحوه تأمین مالی پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشورهای منتخب و ایران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مروری تطبیقی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. اطلاعات با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط و معادل انگلیسی آن‌ها بر اساس سرعنوان‌های موضوعی خاص (مِش) در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف استخراج گردید. علاوه بر این، داده‌های سازمان جهانی بهداشت و گزارش‌های نظام سلامت کشورهای منتخب نیز بررسی شد. اطلاعات بر اساس فرم استخراج داده‌ها (محقق ساخته) استخراج گردید. در نهایت، اطلاعات بر اساس موضوع دسته‌بندی و تحلیل شد.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که منبع اصلی منابع مالی از طریق بودجه و مالیات‌های عمومی بوده و نظام پرداخت در برنامه پزشک خانواده در اکثر کشورهای مورد مطالعه، بر اساس پرداخت سرانه مبتنی بر عملکرد است. در نهایت، علاوه بر نقاط ضعف و چالش‌های کشورهای مورد مطالعه در اجرای برنامه پزشک خانواده، در ایران نیز کمبود آگاهی عمومی، نظارت و مدیریت ضعیف، سیاست‌گذاری نادرست و چالش‌های استقرار پرونده الکترونیک سلامت به عنوان نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: علیرغم وجود شباهت‌های فراوان در اجرای برنامه پزشک خانواده در بین کشورهای منتخب، تفاوت‌هایی از نظر سیاست‌گذاری، روش‌های اجرایی و شیوه‌های تأمین مالی وجود دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد به منظور اجرای موفق برنامه پزشک خانواده، از تجربیات موفق سایر کشورها در سطح بین‌المللی و همچنین شواهد و اطلاعات در اجرای این برنامه استفاده شود.

کلیدواژه: پزشک خانواده، نظام ارجاع، تأمین مالی، نظام سلامت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۱۷

* نویسنده مسئول مقاله:
mirzaei@iautmu.ac.ir

مقدمه

مطالعات متعدد نشان می‌دهد چنانچه سطح بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی شود، میتوان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین کرد (۱-۴). برنامه پزشکی خانواده نیز مانند بسیاری از برنامه‌های جدید تندرستی در نظام سلامت نیازمند درک درست و دقیق از آن است. برای پیاده سازی یک سیستم ارجاع موثر و کارآمد ترکیبی از عوامل مانند هماهنگی بین ارجاع و مراکز ارجاع، مکانیزم‌ها، ابزارها، روش‌های کاری، سیستم‌های ارتباطی و بازخورد، سیستم حمل و نقل، پروتکل‌های اجرایی، پرسنل آموزش دیده، کار تیمی کارآمد در بین تمام سطوح، سیستم یکپارچه ثبت اطلاعات، پاسخگویی و نظارت بر بهبود عملکرد مورد نیاز است (۱، ۲، ۵-۸).

مطالعاتی که به مقایسه و بررسی نحوه تأمین مالی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع کشورهای منتخب جهان پرداخته باشند، بسیار اندک بوده است. همانطور که اشاره گردید و همچنین با عنایت به اشاره نتایج برخی از مطالعات، مشاهده گردید تأمین مالی در برنامه پزشکی خانواده بسیار حائز اهمیت بوده و به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در موفقیت و یا تداوم برنامه پزشکی خانواده نقش دارد. لذا این مطالعه در راستای بهره‌گیری از تجربیات جهانی در زمینه تأمین مالی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و سیر تکاملی آن‌ها و شناسایی چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی این برنامه‌ها انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری از نوع تطبیقی می‌باشد که در سال ۱۴۰۳ انجام شده است. در این مطالعه با بهره‌گیری از پایگاه داده‌های علمی و همچنین گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت، تارنمای وزارت بهداشت کشورهای منتخب و سازمان‌های ملی و بین‌المللی مرتبط انجام گرفته است. برای این منظور وضعیت نظام ارجاع در کشورهای منتخب در زمینه تأمین مالی و نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

انتخاب نظام‌های ارجاع کشورها به صورت هدفمند انجام شد و برای این منظور، کشورهای توسعه یافته از جمله کشورهای؛ انگلستان، فرانسه، کانادا، ایالات متحده آمریکا و همچنین کشور ایران انتخاب شدند. بدین منظور مقالات، اسناد و گزارش‌های منتشر شده در زمینه مدیریت مالی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشورهای منتخب جستجو شد.

اجرای موفقیت آمیز برنامه پزشکی خانواده و داشتن شاخص‌های عملکرد مناسب، علت انتخاب کشورهای مذکور بوده است و این امر موجب گردید تا با دستاوردهای اجرای پزشکی خانواده در ایران مقایسه‌ای صورت بگیرد. از طرفی در کشور ایران در خصوص استراتژی برنامه پزشکی خانواده تا حدودی از کشورهای توسعه یافته منتخب نیز الهام بهره گرفته شده است. پس از دریافت مقالات، موارد تکراری حذف شدند و غربالگری اولیه بر مبنای عنوان و چکیده انجام شد. سپس متن کامل مقالات باقی‌مانده مورد بررسی قرار گرفتند و مقالات بر اساس معیارهای ورود بازیابی شدند. همچنین از چک‌لیست‌های PRISMA, STROBE COREQ برای انتخاب، بررسی، ارزیابی و ورود نهایی مقالات به مطالعه استفاده گردید.

یافته‌ها

بررسی تجارب کشورهای انگلستان، فرانسه، آمریکا و کانادا نشان می‌دهد که پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان محوری برای سازماندهی، توزیع عادلانه‌تر خدمات و کنترل هزینه‌های سلامت در طول دهه‌ها تکامل یافته‌اند. در انگلستان، نظام NHS با اصلاحات ساختار سازمانی و دادن نقش خریدار به پزشکان عمومی، کنترل بودجه و مسیر ارجاع را به سطح اول واگذار کرده است (۱، ۲، ۸). فرانسه با مکانیسم «قرارداد مسئولانه» و کاهش پوشش بیمه برای بیمارانی که مسیر ارجاع را رعایت نمی‌کنند، انگیزه‌ای قوی برای پیروی از سیستم ایجاد کرده است. آمریکا علیرغم سیستم غیرمتمرکز و مبتنی بر بیمه‌های خصوصی، با قانون «اوباما کر» سعی در گسترش پوشش و کاهش تعداد افراد بدون بیمه داشته و پزشکی خانواده را به عنوان تخصصی شناخته شده تقویت کرده است (۹، ۱۰). در کانادا نیز سیستم غیرمتمرکز اما با پوشش همگانی (مدیکیر ۲) و تأکید بر رابطه بلندمدت پزشک-بیمار، پایه خدمات سلامت است.

تأمین مالی در این کشورها عمدتاً از طریق منابع عمومی (مالیات) و بیمه‌های اجتماعی صورت می‌گیرد و پرداخت به پزشک خانواده اغلب ترکیبی از سرانه و پرداخت مبتنی بر عملکرد است (۱، ۲، ۵، ۸-۱۲). این نظام‌ها دستاوردهای مهمی مانند دسترسی عادلانه‌تر (به ویژه در انگلستان و کانادا)، کنترل بهتر هزینه‌های کلان سلامت، هماهنگی مراقبت و افزایش رضایت بیماران را نشان داده‌اند (۵، ۱۳، ۱۴). به عنوان مثال، در کانادا حضور پزشک خانواده با کاهش معنادار مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، سرطان و تنفسی مرتبط دانسته شده است. با این حال، چالش‌های مشترکی مانند زمان انتظار

طولانی (در انگلستان و کانادا)، نابرابری در دسترسی (به ویژه در آمریکا و فرانسه بین گروه‌های درآمدی) و کمبود نیروی انسانی متخصص در سطح اول (به ویژه در کانادا) همچنان پابرجاست (۱، ۲، ۸).

در ایران، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با اهدافی چون تعمیم پوشش اولیه، کاهش پرداخت از جیب و ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت در اسناد بالادستی تصویب شد، اما اجرای آن به دلیل ناهماهنگی بین نهادهای سیاست‌گذار (به‌ویژه بین وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر)، تغییرات مکرر مسئولین، شتاب‌زدگی در اجرا بدون برنامه‌ریزی دقیق و چالش‌های مالی با کندی و ناهمگونی مواجه شده است. با وجود نقاط قوتی مانند اهمیت سلامت در سیاست‌های کلان و سطح سواد نسبتاً بالای جامعه، تهدیدهایی مانند درمان‌محوری غالب در نظام سلامت، عدم آگاهی کافی مردم و کمبود امکانات و نظارت مناسب، تحقق کامل اهداف را با مشکل روبرو کرده است. جمع‌بندی مقایسه‌ای حاکی از آن است که موفقیت این نظام نیازمند تعهد سیاسی پایدار، هماهنگی بین بخشی، تأمین مالی مناسب و یکپارچه، استفاده از فناوری اطلاعات (مانند پرونده الکترونیک) و توجه به ابعاد فرهنگی جامعه برای پذیرش نقش پزشک خانواده به عنوان محور اصلی نظام سلامت است (۴، ۶، ۱۳، ۱۵).

بحث

در این مطالعه نظام ارجاع کشورهای منتخب در زمینه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ابعاد چون: تأمین مالی سیستم بهداشت و درمان و نقاط قوت، ضعف، فرصت و چالش‌های اجرای نظام ارجاع مورد بررسی قرار گرفت.

¹ Obamacare

² Medicare

بر عهده دارد، پرداخت شود. از طرفی، این رویکرد انگیزه‌ای برای پزشکان مراقبت‌های اولیه ایجاد می‌کند تا بیماران خود را برای خدماتی خارج از محدوده پرداخت سرانه به سایر پزشکان ارجاع دهند. به عنوان مثال: پزشکان مراقبت‌های اولیه تحت یک پرداخت سرانه ممکن است ترجیح دهند بیماران را به متخصصان ارجاع دهند، که ممکن است به جای مراقبت مستقیم از آن‌ها، هزینه‌های کلی را برای پرداخت کننده افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

آنچه در این مقاله درباره چگونگی تامین مالی پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشورهای منتخب و ایران مورد مرور قرار گرفت؛ بدان معنی مرور تجارب جهانی در حیطه مدیریت مالی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع است که با شروع سیاست صندوقداری تغییری در میزان هزینه‌های به عمل آمده توسط دولت ایجاد نشده است. به نظر می‌رسد آنچه تغییر یافت کیفیت هزینه کردن مقدار ثابتی از بودجه در دوره بعد از انجام اصلاحات بوده است. به عنوان مثال دولت وقت انگلیس راهکاری را پیدا کرد که همان بودجه موجودش را معقول تر هزینه کند. این واقعیتی بود که در سایر کشورها به آن به میزان‌های بسیار کمتری پرداخته شده است (۱، ۸، ۱۱، ۱۶-۱۹).

در ایران کمتر به بخش خصوصی امکان انتخاب و امکان ورود به ساختارهای مشابه و تجربه اینگونه روش‌های پرداخت داده شده است. مطالعات نشان می‌دهد اجرای پزشک خانواده در دو استان ایران، یعنی فارس و مازندران، که به صورت مقدماتی و پایلوت اجرا شد موفق نبوده است. به نظر می‌رسد تجربه تامین مالی در نظام سلامت کشورهای مورد بررسی بتواند چراغ راه موفقیت پزشک خانواده و سیستم

زمان انتظار طولانی، بالا بودن هزینه‌های سلامت، عدم هماهنگی تیم ارائه کننده خدمات سلامت، دسترسی کم و نابرابری در برخورداری از خدمات سلامت از مهم‌ترین نقاط ضعف و چالش‌های شناسایی شده در برنامه پزشک خانواده شناسایی شدند. در کشور ایران علاوه بر موارد مذکور، عدم آگاهی مردم، نظارت و مدیریت ضعیف، سیاستگذاری نادرست و چالش‌های اجرای پرونده الکترونیک سلامت از موارد ضعف برنامه پزشک خانواده شناسایی شدند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عمده تامین منابع مالی در کشورهای انگلستان، کانادا و ایران از طریق بودجه و مالیات عمومی صورت می‌گیرد (۱، ۲، ۸)، اما در دو کشور فرانسه و آمریکا بخش خصوصی سهم بیشتری در تامین منابع مالی را دارد (۹، ۱۰). که به نظر می‌رسد سیاست‌های حاکمیتی و همچنین نقش بیشتر بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت باعث شده است که در کشورهای فرانسه و آمریکا، بودجه و یا مالیات عمومی به عنوان بخش عظیم تامین مالی در برنامه پزشک خانواده و به عبارتی در نظام سلامت آن کشورها نباشد.

نتایج مطالعه در خصوص نظام پرداخت در برنامه پزشک خانواده در اکثریت کشورهای مورد بررسی نشان داد که در کنار الزام به رعایت نظام ارجاع از سوی مردم روش‌های دیگری نیز همچون پرداخت‌های سرانه و مبتنی بر عملکرد به جای پرداخت کارانه برای پزشکان خانواده در نظر گرفته شده است (۵، ۱۳، ۱۴). این رویکرد پرداخت می‌تواند برای یک متخصص سلامت به صورت فردی، گروهی یا جمعی و یا برای سازمان‌های ارائه دهنده برای پذیرش ریسک برای اکثر خدمات سلامت استفاده شود. همچنین این امکان وجود دارد که خدمات اولیه، تخصصی و بستری را در یک نرخ سرانه که به یک نهاد واحد که مسئولیت همه خدمات را

سطح اول و دوم نظام ارجاع از هزینه تمام شده خدمات، آگاه نمودن پزشکان در سطح اول نظام ارجاع نسبت به توابع مالی تصمیمات بالینی شان (ارجاعات بی مورد) و توانمند نمودن پزشکان در حیطه های مالی و مدیریتی به سیاستگذاران این حوزه پیشنهاد می گردد (۱, ۲, ۵, ۸-۱۲).

تعارض منافع

نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می بینند که از تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی نمایند.

نظام ارجاع در کشور باشد. تامین مالی کمک می کند تا کشور ایران در اموری مانند به کارگیری بخش خصوصی، اجرایی کردن نظام ارجاع و پزشکی خانواده، پرداخت های مبتنی بر سرانه و عملکرد، و حذف به کارگیری های نابجای نظام کارانه، موفق تر عمل کند (۴, ۶, ۱۳, ۱۵).

در نهایت علاوه بر نقاط ضعف و چالش های کشورهای مورد بررسی در اجرای برنامه پزشک خانواده، در کشور ایران عدم آگاهی مردم، نظارت و مدیریت ضعیف، سیاستگذاری نادرست و چالش های اجرای پرونده الکترونیک سلامت از موارد ضعف برنامه پزشک خانواده نیز شناسایی شدند.

براساس جمع بندی مطالعات انجام شده در خصوص تامین مالی پزشک خانواده مواردی از قبیل؛ آگاه کردن پزشکان در

References

1. Rezaee M, Babadi K, Saeidi H. Evaluating the Challenges of Implementing the Family Physician Plan and the Referral System of Insurance for Villagers and Nomads in Khuzestan Province During 2024. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2024;7(2):94-101.
2. Shiani m, Rashidian A, Mohammadi A. Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran Health System. *Social Welfare*. 2016;16(62):59-102.
3. Sundwall D, Hansen D. Hospital privileges for family physicians: a comparative study between the New England states and the intermountain states. *The Journal of family practice*. 1979;9(5):885-94.
4. Khalili Nezhad R, Golshiri P. The Status of the Referral System in the Family Physician Program in Isfahan Metropolitan Area: a Qualitative Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2023;21(3):351-64.
5. Barati A, Mirmohammadkhani M, Ghods S, Moshiri E. Effective Factors in Improving the Family Physician Referral System in Bojnord, Iran. *Journal of Modern Medical Information Sciences*. 2024;9(4):330-9.
6. Eden AR, Barreto T, Hansen ER. Experiences of new family physicians finding jobs with obstetrical care in the USA. *Family Medicine and Community Health*. 2019;7(3).
7. Garry JP. Musculoskeletal medicine in the USA: education and training of family physicians. *Quality in Primary Care*. 2003;11(2):159-62.
8. Hosseini M, Tabrizchi N. The Trend of Family Physician in Iran and Selected Countries of the World. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2022;6(1):12-8.
9. Liu J, Koran-Scholl J, Geske J, Harrison J, Sitorius M, Jarzynka K. Outcomes of a US-Sino family medicine leadership program. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):788.
10. Aimee RE, Tyler B, Elizabeth RH. Experiences of New Family Physicians Finding Jobs with Obstetrical Care in the USA. *Chinese General Practice*. 2020;23(22):2749.
11. McGovern M, Williams D, Hannaford PC, Taylor MW, Lefevre KE, Boroujerdi M, et al. Introduction of a new incentive and target-based contract for family physicians in the UK: good for older patients with diabetes but less good for women? *Diabetic Medicine*. 2008;25(9):1083-9.
12. Phillips WR, Dai M, Frey JJ, Peterson LE. General practitioners in US medical practice compared with family physicians. *The Annals of Family Medicine*. 2020;18(2):127-30.
13. Armas A, Meyer SB, Corbett KK, Pearce AR. Face-to-face communication between patients and family physicians in Canada: A scoping review. *Patient Education and Counseling*. 2018;101(5):789-803.
14. Bagheri Rizi S, Ahmadi M, Shahbazi M, Javadi R. Factors Affecting the Acceptance of Referral System and Family Physician in Alborz Province, Iran. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2023;6(1):47-56.
15. Campbell C, Hendry P, Delva D, Danilovich N, Kitto S. Implementing competency-based medical education in family medicine: a scoping review on residency programs and family practices in Canada and the United States. *Family Medicine*. 2020;52(4):246-54.
16. Association BM. *Safe working in general practice*. London: BMA. 2016.
17. Dollat M, Bellanger A-P, Millon L, Chirouze C, Lepiller Q, Marguet P. Knowledge and vaccination practices among family physicians in northeastern France regarding tick-borne encephalitis virus. *Ticks and Tick-borne Diseases*. 2021;12(5):101774.
18. Paya N, Pozzetto B, Berthelot P, Vallée J. Vaccination status of family physicians in the Loire district, France. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2013;43(6):239-43.
19. Roberts JH, Perrow F. 226. 'GP Champions' in England; Family Physicians and Youth Workers Collaborate in a New Model of Youth-friendly Primary Care Practice to Address Unmet Need. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(2):S115-S6.