

اولویت گذاری در تأمین سلامت

نویسندگان: دکتر علی اکبر سپاری^۱،
دکتر محسن اسدی لاری^۲

خلاصه

با توجه به پیشرفتهای وسیع تکنولوژی بهداشتی از یک سو و روند روبه تزاید نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و عیدم توازن بین نیازها و توانائی ارائه‌کنندگان خدمات از سوی دیگر، اولویت‌گذاری در تأمین خدمات بهداشتی درمانی ضروری می‌باشد. کلید واژه: اولویت‌گذاری، سهمیه‌بندی، سرویس خدمات بهداشتی

مقدمه

تغییرات وسیع و عمیق علمی و تکنولوژی جهان، روش زندگی و توسعه شهرنشینی، تغییرات اپیدمیولوژیک بیماریها، مرگ و تغذیه‌ای و دموگرافیک، بهبود کیفیت زندگی، بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، افزایش دسترسی به اطلاعات، انتظارات فزاینده عمومی و پیشرفتهای چشمگیر و بکارگیری فن آوری نو در تشخیص، پیشگیری، درمان و توانبخشی بیماریها، همگی حکایت از پیچیده تر شدن نیازهای بهداشتی درمانی دارند. این نیازها روندی فزاینده دارد و فاصله میان عرضه و تقاضا را توسعه می‌دهند.

در طول چهار دهه گذشته، هزینه‌های بهداشتی درمانی در سطح جهانی بطور سرسام آور افزایش پیدا کرده بطوریکه هزینه‌های این بخش به نسبت تولید ناخالص ملی در طی این دوره در سوئیس ۳ برابر، در آمریکا و فرانسه ۲ برابر و در انگلستان نزدیک ۲ برابر شده

است. (۱) این درحالیست که سهم بخش عمومی در تأمین هزینه‌های سلامت در بسیاری از کشورها روبه کاهش گذاشته و مردم هزینه‌های بیشتری را بابت خدمات باید بپردازند بطوری که در ایران بیشتر از ۶۰ درصد هزینه‌ها توسط مردم پرداخت می‌شود و یاد بر برخی دیگر نظامهای بهداشتی درمانی که کاملاً متکی به بخش عمومی است، خدمات روز به روز کم‌رنگ‌تر شده و یا لیست انتظار طولانی تر همراه می‌شوند. در این میان همه نظامهای بهداشتی درمانی مجبور به نوعی از اولویت بندی خدمات شده اند تا در حد امکان پاسخگوی تقاضای روبه تزاید مردم باشند. وجود تخصص‌های مختلف در بین تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گزاران و عوامل انسانی دخیل در نظامهای پیشرفته بهداشتی درمانی نیز به پیچیدگی نیازها افزوده اند. (۲) هدف این مقاله مروری بر مفهوم و مکانیزمهای اولویت بندی و تجربه برخی

کشورها در این زمینه است. بهره‌گیری از این تجربیات و جلب مشارکت مردم در مراحل مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند نظام در حال تحول ارائه خدمات در کشورمان را پایدارتر و با مخاطرات کمتری مواجه کند.

♦ اولویت گذاری خدمات بهداشتی

درمانی

اولویت گذاری (Prioritization) در تأمین سلامت عمدتاً از کمبود منابع ناشی می‌شود. در واقع نوعی عدم توازن بین تقاضا برای تأمین خدمات بهداشتی درمانی و توانایی ارائه‌کنندگان خدمات برای پوشش تقاضای مصرف‌کنندگان وجود دارد. منابع برای تأمین هرچه بیشتر و بهتر خدمات کافی نیستند و بنابراین می‌بایست گزینه‌های بهتر انتخاب شوند. صرف نظر از علل محدودیت منابع برای بخش سلامت، بدلیل گستردگی،

تنوع و حساسیت این بخش می بایست منابع افزونتری در اختیار قرار گیرد.

اولویت های سلامت بایستی در زمینه های مختلف تعیین شوند که برخی از آنها در جدول ۱ فهرست شده اند. در کشور، بحث در مورد نحوه دسترسی آنان به خدمات، نحوه رضایت آنان از کیفیت خدمات، اثر بخشی خدمات و بالاخره کارآئی بخش و راههای تأمین منابع مالی و پایداری آن موضوع روز شده است.

در برخی کشورهای پیشرفته، مردم به نوع خدمات قابل ارائه و گروههای اولویت دار حساسیت نشان می دهند (۳) که معرف مشارکت آگاهانه تر و فعال تر آنان در تعیین اولویتهای بهداشتی درمانی است.

اولویت گذاری بر طبق تعریف در سه سطح کلان (macro: توزیع منابع برای بخش سلامت)، میانی (meso: توزیع منابع بخش بر حسب اولویت برنامه ها و مناطق) و خرد (micro: تصمیم در خصوص نحوه بکارگیری منابع برای درمان یک فرد بیمار) انجام می پذیرد (۴) در این نوشتار تاکید اصلی بر اولویت گذاری در سایر بخشهای مرتبط با ارائه خدمات مانند پژوهش

(Health system Research) و یا آموزش نیز ضرورتی انکارناپذیر است. کمیسیون ویژه وابسته به سازمان جهانی بهداشت در اوایل دهه ۹۰ همه کشورهای رابه انجام مطالعات پایه در زمینه پژوهشهای بهداشتی درمانی (ENHR) تشویق نمود (۵). گروه ارزیابی کننده اقدامات کشورها در این زمینه، ۵ معیار را برای اولویت بندی پژوهش های بهداشتی به منظور مقابله با مشکلات تهدید کننده سلامت ارائه نموده است: بزرگی و حجم مشکل، علل بقای مشکل، دانش موجود، هزینه اثربخشی

مداخلات و اقدامات جاری برای حل موضوع (۶). در حالیکه اولویت گذاری در همه بخشهای مرتبط با سلامت اهمیت داشته و لازمه سیاستگزاری کلان بهداشتی درمانی برای رسیدن به نقطه مطلوب است، اما تأکید این مقاله بر اولویت گذاری در ارائه خدمات بهداشتی درمانی است.

راه گریز ناپذیر

تحقیقاً برای جبران فاصله روبه رشد

جدول ۱: زمینه های عمومی اولویت بندی در سلامت

- ۱- ارزشها: عدالت اجتماعی، امنیت روانی برای نیازمندان به خدمات، توجه به حقوق مدنی، حق انتخاب برای نیازمندان، تأمین کیفیت مطلوب زندگی
- ۲- سیاستهای ملی: تقدم پیشگیری بر درمان، اولویت روستا بر شهر، عدم تمرکز، برابری در دسترسی به خدمات، اولویت مناطق محروم
- ۳- گروههای آسیب پذیر: (vulnerable) کودکان، زنان، سالمندان، گروههای کم درآمد
- ۴- اپیدمیولوژی ابتلا به بیماریها، مرگ و میر ناشی از آن: علل عمده بیماریهای واگیردار و غیرواگیردار با قابلیت پیشگیری و مداخله
- ۵- نوع خدمات: انواع خدماتی که به مردم ارائه می شود، میزان پوشش بیمه، هزینه اثربخشی خدمات
- ۶- روشها: پانل متخصصان، مشارکت گروههای مختلف مردم، سازمانهای غیردولتی، نهادهای مدنی
- ۷- توانمندسازی: افزایش آگاهی، برابری در دسترسی به اطلاعات، صیانت از سلامت خود

افزایش منابع از طریق:

تلاش برای افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص ملی بویژه از محل منابع عمومی، مشارکت مردمی در سرمایه گذاری و توسعه پوشش بیمه همگانی و مکمل تردیدی نیست که همه راههای ممکن برای تأمین کسری اعتبارات مورد نیاز بخش سلامت می بایست مورد توجه قرار گیرد. بعنوان مثال برای افزایش سهم بخش بهداشت از ۴/۴٪ در سال ۱۳۷۶ (برآورد سازمان جهانی بهداشت - گزارش سال ۲۰۰۰) به ۵/۳٪

در سال ۱۳۷۹ (گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) تلاش زیادی صورت گرفته که نشانگر توجه دولت به این بخش بوده است. ولی تا رسیدن به نقطه مطلوب فاصله بسیاری وجود دارد و متأسفانه از حیث تأمین منابع مالی - این فاصله هر روز در حال عمیق تر شدن است.

تلاش برای افزایش منابع بخش بهداشت و درمان بدلیل اصطکاک با سایر بخشها و نیاز به اولویت گذاری ملی با مشکلات پیچیده ای که معمولاً وجه سیاسی دارند، روبروست. توقف ارائه خدماتی که

تأثیر اثبات شده ای ندارند نیز راهکار ساده ای برای کاهش هزینه در نظام های بهداشتی درمانی مکرراً تجربه می شود. (بعنوان مثال تصمیم شورای عالی بیمه در سال ۱۳۷۸ مبنی بر حذف ویتامین ها از پوشش بیمه). در نهایت برای تأمین سلامت فرد و جامعه با استفاده از منابع موجود، چاره ای جز افزایش بهره وری و نیز اولویت بندی خدمات نیست. در این نوشتار فرصت آن نیست که به ارجحیت هر کدام از این دوروش پرداخته شود ولی بایستی اشاره نمود عده ای فقط به افزایش

عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی درمانی و رسیدن به رفاه و عدالت اجتماعی در بعد سلامت، راهکارهای متفاوتی وجود دارد:

کاهش هزینه ها از طریق

- افزایش کارآیی و بهره وری نظام ارائه خدمات
- توقف ارائه خدماتی که تاثیر مثبت آنها اثبات نشده است.
- اولویت بندی در ارائه خدمات و گیرندگان خدمت

بهره وری می اندیشند و هرگونه اولویت بندی خدمات و یا سهمیه بندی و جیره بندی (Rationing) امکانات را نافی حقوقی انسانها می دانند و اعتقاد دارند امکانات موجود تکافوی تقاضای جامعه برای تأمین سلامت را می نماید. (۷) برای نمونه در یک بررسی از مراکز بهداشت ویزا داده شده است حدود ۲۲٪ از اعتبارات به نوعی بدهزینه شده است و قابل دفاع در دادگاه نیست، مثلاً هزینه هایی که بابت خدمات بدون اثربخشی مشخص پرداخت شده و یا خدمات با قیمت بالاتر یا بیش از حد ضرورت خریداری شده اند. (۸)

برخی نیز در آن سرطیف فقط به سهمیه بندی امکانات می اندیشند و عملاً نقش چندانی برای افزایش بهره وری در جهت پرکردن خلأ بین عرضه و تقاضا قایل نمی شوند. گروه اول معمولاً گروه دوم را عمل گرا و شامل مدیران دولتی و سیاستگزاران دانسته و متهم به سوء مدیریت، بدهزینه کردن اعتبارات، بی توجهی به بهره وری تمایل ذاتی به اولویت گذاری و سهمیه بندی امکانات می کنند در حالیکه تجربه جهانی نشان داده است که علیرغم ضرورت افزایش بهره وری در زمینه های مختلف تأمین سلامت، ضرورت پرداخت به راهکارهای شفاف برای اولویت بندی تأمین خدمات بهداشتی درمانی اجتناب ناپذیر و دارای ارجحیت است (۹). در برخی مراحل و برای بعضی اقدامات (بویژه درمانی) می بایست گروههایی را از فهرست خدمات حذف کرد تا به گروههای دیگری که آسیب پذیرترند، امکان ارائه خدمت میسر باشد. از جمله راهکارهایی که گروههای مخالف سهمیه بندی خدمات ارائه می دهند قطع ارائه خدماتی است که ارتباط کمتری با درمان بیماران دارد، برای نمونه خدماتی که به

منظور ارتقای یادگیری در افراد دچار مشکلات روانی در انگلستان ارائه می شود. آنها معتقدند این خدمات بیشتر جنبه اجتماعی دارند تا جنبه درمانی و نباید اعتبارات متعلق به بخش سلامت در سایر بخشهای اجتماعی هزینه شود. (۱۰)

علیرغم درستی اشکالاتی که منتقدان به سهمیه بندی بیان کرده اند ولی به دلیل منظور نکردن ظرفیت اجرایی پیشنهادها و نیز فاصله عظیم میان عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی درمانی، این انتقادات دوامی نیافته است. تردیدی نیست که ضرورتاً می بایست نسبت به اصلاح روشهای مدیریتی و کارآمد کردن واحدهای ارائه خدمات و بهینه سازی سازکارهای تصمیم گیری و اجرا برای پرهیز از به هدر رفتن منابع، اقدام نمود، اما واقعیت آن است که اگر اداره امور سلامت در سطح ملی یا منطقه ای بدست همین منتقدان سپرده شود، راهی جز اولویت گذاری خدمات بهداشتی درمانی انتخاب نخواهند کرد.

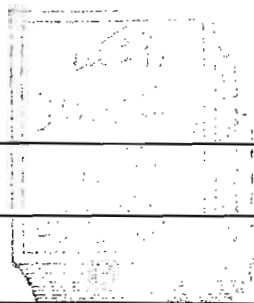
◆ معیارهای پنهان یا آشکار

همه نظامهای بهداشتی درمانی که هزینه خدمات توسط دولت و یا شرکتهای بیمه به صورت غیرمستقیم به ارائه کننده خدمت پرداخت می شود (Third party payment) ناگزیر از سهمیه بندی خدمات می باشند از طرف دیگر در سیستم های بهداشتی درمانی که بصورت دولتی یا نیمه دولتی اداره می شوند، خدمات از تصمیمات سیاسی نیز تأثیر پذیرند (۹) بسیاری از دولتها چنین وانمود می کنند که سهمیه بندی خدمات بهداشتی درمانی وجود ندارد، ولی به عبارت بسیار روشن، پول کافی برای ارائه همه خدمات در صندوق هیچ دولتی نیست. بنابراین گریزی از سهمیه بندی خدمات با معیارهای روشن نمی توان داشت.

با این وجود بسیاری از سیاستمداران ترجیح می دهند بجای معیارهای سهمیه بندی و اولویت گذاری خدمات بهداشتی-درمانی، در عمل مردم و استفاده کنندگان از خدمات را مواجه با یک سلسله تصمیمات با معیارهای پنهان نمایند. به عنوان مثال ترجیح سیاستمداران انگلیسی بر پایداری بر معیارهای ناآشکار در اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی گرچه بسیار انعطاف پذیر و مصلحت اندیشانه است، ولی با انتقادات وسیع گروههای مختلف اجتماعی مواجه شده است. این نحوه تصمیم گیری و اولویت بندی با معیارهای پنهان، موجب عدم شفافیت و گریز از نقدپذیری است و در نهایت با مردم سالاری موافقت ندارد (۱۱)

در انگلستان در حال حاضر بسیاری از اختیارات هزینه کردن منابع به گروههای مراقبت اولیه (Primary Care Groups=PCGs) تفویض شده تا براساس اولویتهای منطقه ای و بومی اقدام کنند. قرار است گروههای مراقبت اولیه در چهار مرحله ایفای نقش کنند. در مرحله اول و دوم صرفاً نقش مشاوره در زمینه توزیع امکانات و منابع برای مراکز بهداشت شهرستانها (Health Authorities) و در مرحله سوم مستقلاً نقش توزیع منابع را خواهد داشت و در مرحله آخر اختیارات خود را به سطح پزشکان خانواده و PHC گسترش خواهند داد. این گروهها در آینده نزدیک یکی از ارکان اصلی سهمیه بندی خدمات در نظام بهداشت و درمان انگلستان (NHS) خواهند بود (۱۲)

طبیعتاً فشار ناشی از درخواست اعتبار بیشتر در وهله اول گریبان گروههای مراقبت اولیه (PCGs) را می گیرد و چنانچه آنها بخواهند خدمت اضافی را ارائه دهند الزاماً می بایست از ارائه خدمت دیگری صرف نظر نمایند که بیان کننده هزینه فرصت (cost)



opportunity) است. بدیهی است دولت نیز با تفویض اختیار خود به مراکز پایین تر، عواقب ناشی از تصمیمات آنها را بردوش نخواهد گرفت و در نتیجه از به چالش کشیده شدن توسط مردم و نهادهای مردمی تا حدود زیادی مصون خواهد ماند. این مکانیزم ناشی از نبود معیارهای آشکار برای اولویت بندی و سیاستگزاری در سطح کلان است. اما از طرف دیگر معیارهای آشکار برای اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی منجر به ارائه خدمات قابل قبول، معقول و قابل دفاع می شود و مردم نیز احساس مسئولیت بیشتری در قبال خدمات خواهند نمود (۱۳)

اشکال متفاوت سهمیه بندی خدمات

در یک سیستم بهداشتی درمانی که با معیارهای آشکار برای اولویت بندی خدمات، اداره نشود، برای کم کردن هزینه ها و پوشش مشکلات مدیریتی و اعتباری و از طرف دیگر جلوگیری از اعتراضات استفاده کنندگان از خدمات در کوتاه مدت، روشهای مختلفی که در جدول ۲ به آنها اشاره شده است، به منظور کاهش بار فشار بر نظام ارائه

خدمات بکار می رود. بکارگیری این روشها خود حکایت از وجود اشکالات جدی در نظام ارائه خدمات دارد. این روشها به ویژه در هنگام ارائه خدمات در سطح اول به نیازمندان (مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستانها، داروخانه ها و مراکز تشخیصی) وضوح بیشتری دارند.

اما معیارهای آشکار (explicit) «از جمله دستور العمل های کشوری در پیشگیری و درمان بیماریها» (clinical practice guidelines)

جدول ۲: اشکال مرسوم سهمیه بندی خدمات بهداشتی درمانی

■ عدم پذیرش (Denial): بسادگی ارائه یک خدمت مورد نیاز قطع و یا انکار می شود: فلان دارو یا واکسن وجود ندارد و یا برای کاهش هزینه ها بیماران زودتر از حد استاندارد از بیمارستان مرخص می شوند.

■ سر دو اندن (Deflection): پزشک یک بیمارستان بدون دلیل موجه بیمار را به یک بیمارستان دیگر ارجاع می دهد و یا یک معضل اجتماعی (مثل اعتیاد) به گردن بخش سلامت می افند، و یا معضل اجتماعی دیگر (ایدز) به دلیل اختلاف نظر بین سیاستگزاران بین زمین و آسمان رها می شود.

■ تأخیر (Delay): لیست انتظار کاذب - یا واقعی - و طولانی درست می شود. بیمار در نهایت عطای درمان را به لقایش می بخشد.

■ کم رنگ کردن (Dilution): به دلیل ازدحام متقاضیان، کمیت و کیفیت کار رنگ می بازد. بجای آنکه پزشک بیمار را ویزیت کند، بیماران گروه گروه به ملاقات پزشک می روند و یا برای کاهش هزینه ها پزشکان مجبورند کمتر از حد استاندارد آزمایش بنویسند.

■ موانع دسترسی (Deterrence): عدم دسترسی آسان حتی مانع استفاده از خدمات رایگان می شود: مثل دوری راه یا مشکلات ترافیکی و نبود پارکینگ، یا چنانچه یک هموطن آذری به دلیل مشکل گویش نتواند به پزشک در تهران مراجعه کند (یا بالعکس)، یا برخورد دون شأن پرسنل یک مرکز باعث رنجش و عدم مراجعه بیماران شود، اختلافات نژادی یا مذهبی نیز در استفاده از خدمات تأثیر گذار هستند. (۱۶)

انتخاب (Selection): افرادی که می توانند بهترین بهره را از ارائه یک خدمت ببرند انتخاب می شوند، مثلاً چنانچه برای جراحی قلب باز (CABG) بیماران با وضعیت بهتر انتخاب شوند و در نتیجه شهرت پزشک و مرکز درمانی مربوط بالا تر خواهد رفت.

سود جستن (Profit): افرادی که می توانند بیشترین بهره مالی را برسانند: مثلاً چنانچه بیماران متمول راحتتر در بیمارستان پذیرش شوند.

(۱۴) به برخی سهمیه بندی مرسوم و کاذب پایان خواهد داد، بویژه اگر چاشنی قوی مقبولیت (acceptability) مردمی نیز به آن افزوده شود. (۱۵)

اشکال مرسوم سهمیه بندی خدمات بهداشتی درمانی

■ عدم پذیرش (Denial): بسادگی ارائه یک خدمت مورد نیاز قطع و یا انکار می شود: فلان دارو یا واکسن وجود ندارد و یا برای

کاهش هزینه ها بیماران زودتر از حد استاندارد از بیمارستان مرخص می شوند.

■ سر دو اندن (Deflection):

پزشک یک بیمارستان بدون دلیل موجه بیمار را به یک بیمارستان دیگر ارجاع می دهد و یا یک معضل اجتماعی (مثل اعتیاد) به گردن بخش سلامت می افند، و یا معضل اجتماعی دیگر (ایدز) به دلیل اختلاف نظر بین سیاستگزاران بین زمین و آسمان رها می شود.

■ تأخیر (Delay): لیست

انتظار کاذب - یا واقعی - و طولانی درست می شود. بیمار در نهایت عطای درمان را به لقایش می بخشد.

■ کم رنگ کردن (Dilution):

بدلیل ازدحام متقاضیان، کمیت و کیفیت کار رنگ می بازد. بجای آنکه پزشک بیمار را ویزیت کند، بیماران گروه گروه به ملاقات پزشک می روند و یا برای کاهش هزینه ها پزشکان مجبورند کمتر از حد استاندارد آزمایش بنویسند.

■ موانع دسترسی (Deterrence): عدم دسترسی آسان حتی مانع استفاده از خدمات رایگان می شود: مثل دوری راه یا مشکلات ترافیکی و نبود پارکینگ، یا چنانچه یک هموطن آذری بدلیل مشکل گویش نتواند به پزشک در تهران مراجعه کند (یا بالعکس)، یا برخورد دون شأن پرسنل یک مرکز باعث رنجش و عدم مراجعه بیماران شود، اختلافات نژادی یا مذهبی نیز در استفاده از خدمات تأثیر گذار هستند. (۱۶)

انتخاب (Selection): افرادی که می توانند بهترین بهره را از ارائه یک خدمت ببرند انتخاب می شوند؛ مثلاً چنانچه برای جراحی قلب باز (CABG) بیماران با وضعیت بهتر انتخاب شوند و در نتیجه شهرت پزشک و مرکز درمانی مربوط بالاتر خواهد رفت.

سودجستن (Profit): افرادی که می توانند بیشترین بهره مالی را برسانند؛ مثلاً چنانچه بیماران متمول راحتتر در بیمارستان پذیرش شوند.

◆ رویکردهای اولویت بندی

دو روش اصلی برای تعیین اولویت های بهداشتی درمانی وجود دارد یکی براساس نفع و دیگری دفع. رویکرد اول برخورد اثباتی دارد و از شاخصهای استاندارد برای جستجوی پرمفعت ترین مداخله بهداشتی درمانی استفاده می کند. رویکرد دیگر برپایه حذف (exclusion) روشهایی است که اولویت لازم را برای اجرا بدست نمی آورند. برای مثال یکی از مسایل رایج در دنیای غرب استفاده گسترده از داروهای است که برای رفع عوارض ناشی از روش زندگی بکار می روند (lifestyle drugs) و در حقیقت برای درمان بیماری مصرف نمی شوند مثل داروهای جدید مبارزه با چاقی و یا اختلالات نعوظی. سالانه رقم هنگفتی در کشورهای غربی صرف تولید و فروش این گونه داروهای می شود. در سال ۱۹۹۹ شرکتهای دارویی آمریکا فقط برای تبلیغات ۴ دارو از این دسته حدود ۳۲۵ میلیون دلار هزینه کرده اند (۱۷). سوال اینجاست که آیا برای همه اقدامات درمانی - از جمله مصرف داروهای فوق - می بایست از اعتبارات عمومی استفاده کرد؟ کشورهای مختلف روشهای گوناگونی برای پوشش هزینه خدمات اتخاذ کرده اند و میزان استفاده از اعتبارات عمومی برای پوشش

داروهای (lifestyle) هم اکنون به موضوعی برای بحث سهمیه بندی تبدیل شده است و برخی برای حذف این خدمات تلاش می کنند. (۱۸) داروهای مشابه فعلاً توسط بیمه های خدمات درمانی در ایران پوشش داده نمی شوند ولی مآلاً موضوعی برای آینده نزدیک می باشد.

روش سوم برای اولویت بندی «چارچوب اخلاقی» است که در طی آن یک سلسله توصیه های اخلاقی و چارچوب ارزشمند ارائه برای اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی عنوان ولی از ذکر نکات اجرایی صرف نظر می شود برای نمونه «کمسیون اولویت گذاری پارلمان سوئد» در سال ۱۹۹۵ براساس سه اصل اقدام به اولویت گذاری خدمات بهداشتی درمانی نمود.

اصل اول

ملاحظه شان انسانی است که در آن همه انسانها علیرغم اختلاف ظاهری، حقوق برابر برای استفاده از خدمات دارند.

اصل دوم

«نیاز»، منابع می بایست مصرف افرادی شود که نیاز بیشتری دارند؛

اصل سوم

«همبستگی اجتماعی» - گروههای آسیب پذیر می بایست اولویت خاص برای استفاده از خدمات و دریافت منابع داشته باشند.

براساس این سه اصل، کمسیون مذکور اقدام به تهیه فهرستی از خدمات و خدمت گیرندگان نمود. کمسیون مذکور روشهای مبتنی بر رویکرد هزینه - فایده را بطور کلی رد کرد، رویکردی که دلالت بر انتخاب روشهایی دارد که بیشترین منفعت را نصیب تعداد بیشتری از بیماران بنماید به عبارت دیگر کمسیون سوئدی با این تفکر که منابع

می بایست برای تعداد زیادی از افراد با بیماری خفیف در مقایسه با تعداد کمتر با بیماری شدید، مصرف شود، مقابله نمود. یا جنبه دیگر تفکر اقتصادی که مورد مخالف کمسیون مزبور قرار گرفت، استفاده منابع و منظور نمودن ارجحیت برای افرادی است که بیشترین منفعت را برای جامعه دارند (۱۹) مثلاً رسیدگی به کودکان در مقایسه با سالمندان، نیروی کار در مقایسه با بیکاران و... این روش - اولویت بندی براساس چارچوب های اخلاقی - علاوه بر سوئد، در هلند و کانادا نیز تجربه شد (۲۰) و کمابیش همین چارچوب ها در تجربه اورگون نیز مدنظر قرار گرفته است با این تفاوت که ملاحظات اقتصادی بر تجربه اورگون سایه افکنده است (۲۱).

◆ QALY و اولویت بندی

رویکرد اصلی مورد توجه متخصصان اقتصاد بهداشت برای اولویت گذاری در بخش بهداشت و درمان، بکارگیری شاخص QALY (Quality Adjusted Life Years) است که خود از دو قسمت تشکیل شده است. سنجش کیفیت زندگی (Quality of life) و طول عمر، که در نهایت نشانگر مناسبی برای مقایسه مداخلات بهداشتی درمانی مختلف بشمار می رود. (۲۲) کیفیت زندگی بوسیله پرسشنامه های استاندارد مانند SF-36 یا (SF-12)، SIP, NHP, WHOQOL (EQ-5 D) EURoQoL: یا دهها پرسشنامه عمومی یا اختصاصی دیگر اندازه گرفته می شود که در جای دیگر به تفصیل مورد بحث قرار گرفت است. (۳)

برنامه های مداخلاتی که با صرف هزینه یکسان منجر به QALY بیشتر می شوند (HEALTHGAIN)، طبعاً از اولویت بیشتری برخوردارند. شاید مهمترین اعتراض منتقدان به استفاده از QALY در اولویت بندی، در مورد

ارزش اقداماتیست که برای نجات جان انسان در موارد اضطراری بکار می رود، در مقایسه با اقداماتی که منجر به بهبود کیفیت زندگی می شود. منتقدان می گویند این دو دسته اقدام نباید در یک چارچوب اولویت بندی می شوند، اقدامات اورژانس (LIFE SAVING)، اولویت قطعی بر اقداماتی دارند که باعث بهتر شدن کیفیت زندگی می شود (LIFE ENHANCEMENT) (۲۴). با این دیدگاه، جایگاه اقدامات ارتقاء سلامت نظیر بسیج مبارزه با استعمال دخانیات و یا افزایش آگاهی عمومی در مورد بیماریهای قلبی و عروقی که جمعیت بسیار زیادی را پوشش داده و مقادیر بالای QALY را بدست می دهد، در مقایسه با نجات جان یک مصدوم در تصادف رانندگی که در اثر بی احتیاطی و نداشتن کمربند ایمنی دچار حادثه شده است، در رتبه پائین تری برای دریافت منابع قرار می گیرد. علیرغم آنکه QALY مقیاس قابل قبولی برای اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی محسوب می شود، ملاحظات دیگری نیز در این موضوع ممکن است منظور گردند، مثل اولویت جمعی و درجه خطر. اگر بر فرض روش درمانی (الف) فقط در یک فرد بیمار منجر به کیفیت زندگی (QOL) متوسط با طول عمر ۱ سال شود و روش درمانی (ب) برای یک گروه ۱۰ نفره بیماران منجر به همان کیفیت زندگی (متوسط) با طول عمر برابر شود، منطقاً از دید مردم روش درمانی (ب) بر روش (الف) ارجحیت دارد، این ملاحظه بنام «اولویت جمعی (Butiona Consideration Distri)» معروف است (۲۵).

ملاحظه دوم مربوط به زمانی است که منابع بهداشتی درمانی مصروف بیمارانی می شود که امید چندانی برای بهبودشان وجود ندارد. در سال ۱۹۹۵ یکی از مراکز بهداشت منطقه ای انگلستان (AUTHORITY

CAMBRIDGE HEALTH)، با اظهار نداشتن اولویت درمان، از تقبل هزینه های درمان یک کودک ۱۰ ساله (JAYMEE BOWEN) مبتلا به لوسمی حاد که برای بار دوم دچار حمله حاد بیماری شده بود و احتمال موفقیت پیوند مغز استخوان یا شیمی درمانی کمتر از ۱۰٪ برآورد می شد، امتناع ورزید. دلیل اصلی امتناع مسئولین بهداشتی درمانی منطقه، محدودیتهای مالی ناشی از هزینه هنگفت درمان (بدون تاثیر) کودک بود. پدر کودک به دادگاه شکایت کرد و در مرحله اول دادگاه به نفع شاکی رای داد تا مرکز بهداشت مربوطه هزینه های درمان کودک را بپردازد. از آن زمان موضوع مورد توجه شدید رسانه های گروهی انگلستان قرار گرفت و به (CHILD B CASE) معروف شد (۲۶).

در مرحله بعدی موضوع در دادگاه استیناف مطرح و در نهایت دادگاه مزبور اولویت بندی (اگرچه از نوع پنهانی) را در تامین خدمات بهداشتی درمانی منطقه مورد تأیید قرار داد. اگرچه بعداً مراکز خیریه تقبل هزینه ۷۵۰۰۰ پوندی درمان دختر خردسال را نمودند و با روشهای درمانی ابداعی طول عمر بیشتر از انتظار (حدوداً یک سال) را نیز تجربه کردند. شاید یکی از مهمترین درسهایی که می توان از این مورد گرفت، ضرورت پاسخگویی و مسئولیت پذیری (ACCOUNTABILITY) و شفافیت راه کارهای تصمیم گیری در میان پزشکان، متخصصان و مدیران ذیربط است. چنانچه هر یک از افرادی که به نوعی با این گونه موارد سروکار دارند، به اندازه کافی از جهات علمی و اجتماعی به کار خود مسلط باشند و پاسخگویی و تصمیم گیری مبتنی بر معیارهای آشکار را سرلوحه کار خود قرار دهند، مواردی چون کودک B، تا این اندازه درد سرفزین نباشند (۲۷).

در اینگونه موارد که طول عمر پس از درمان نیز بسیار کم است ولی فشار افکار عمومی متوجه بیمار خاص و نتیجه درمان اوست، تا چه اندازه می بایست منابع بهداشتی درمانی مصروف بیمار خاص شود؟ آیا اصولاً روش منطقی برای اولویت گذاری ارائه خدمات وجود دارد؟ این سوالی است که افکار عمومی، متخصصان و دست اندرکاران تأمین سلامت در ایران نیز هر از چند گاه بطور جدی با آنان روبرو می شوند ولی تحلیل دقیقی جوابگوی موضوع نیست. به هر روی یکی از نتایج موضوع کودک B، ضرورت توجه دست اندرکاران تأمین سلامت به لزوم درگیر نمودن افکار عمومی در روند تصمیم گیری و سیاستگذاری بهداشتی درمانی است. (۲۸) این موضوع در تجربه اورگون بخوبی مشهود است.

مورد B همچنین باعث بحث و جدالهایی در مورد سیاست های بهداشتی در انگلستان شد، بحثهایی که هنوز هم در پاره ای از موارد ادامه دارد مانند «ارزش پول در خدمات بهداشتی درمانی»، درگیری پزشکان در مدیریت خدمات، کیفیت ارائه خدمات از حیث اثر بخشی، دسترسی و مقبولیت خدمات برای مردم و پاسخگویی و شفافیت تصمیم گیرندگان بخش سلامت (۲۹). این موارد همگی در چارچوب اصول و ارزشهای اخلاقی است که در حقیقت رویکرد سوم اولویت بندی را تشکیل می دهد. اما در عمل مشاهده می شود شاخصهای اولویت گذاری مثل QALY یا DALY (ADJUSTED LIFE YEARS) (DISABILITY) به تنهایی نمی توانند نظر مصرف کنندگان نهایی خدمات (مردم) را برای اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی تأمین کنند. برای مثال نتایج تحقیق بر روی یک گروه ۹۱ نفره سالم نشان داد که در اولویت گذاری ارائه خدمات بهداشتی

درمانی، نظر آنها انطباق چندانی با محاسبات QALY ندارد، گروه مزبور ترجیح دادند بیماران کیفیت زندگی بهتر و گرچه عمر کوتاه تری داشته باشند (۳۰). اگرچه ضعف عمده این مطالعه، انجام آن بر روی افراد سالم است و ممکن است ارزیابی نظر بیماران بویژه با سایر روشهای استاندارد ارزیابی اقتصادی مثل (SG) TRADE-OFF (TTO) یا STANDARD GAMBLE TIME، با یافته های این مطالعه متفاوت باشد. اما نکته مهم تاکید یافته های مطالعه فوق و سایر

مطالعات مشابه بردیافت مستقیم نظرات مردم و درگیر نمودن آنها در اولویت گذاری خدمات بهداشتی درمانی، علاوه بر راهکارهای مرسوم مثل QALY یا DALY است.

◆ رویکرد های مختلف مداخله مردم

از جهات نظری و عملی، یکی از جنبه های مردم سالاری دخالت دادن مستقیم مردم در سیاستگذاری های بهداشتی درمانی است. در کشور ما مجلس شورای اسلامی و نهادهای نوپای مدنی بطور مستقیم یا غیرمستقیم در سیاستگذاری و اولویت بندی مسائل مرتبط با سلامت تأثیر گذارند، اما تاکنون به نقش مستقیم مردم مناطق مختلف در سیاستگذاری بهداشتی در مناطق خود کمتر پرداخته شده است. اخیراً رویکرد توسعه محلی « نیازهای اساسی توسعه» (BDN) توسط سیاستگذاران مورد توجه قرار گرفته

است (۳۱). این طرح بصورت فرابخشی موضوع تأمین سلامت (توجه به Health Needs) به جای تمرکز بر روی Health Care Needs را هدفگیری کرده و بر نقش محوری مردم در

برنامه توسعه پایدار محل خود تاکید دارد. تجارب ارزنده ای از روشهای گوناگون دخالت دادن مردم در روند تصمیم گیری و اولویت گذاری در فرآیندهای بهداشتی درمانی در کشور های پیشرفته وجود دارد و این تجارب در حال فزونی است. چرخش سیاستگذاری و اجرای برنامه های بهداشتی درمانی از رویه «پزشک محوری» (پابه تعبیر عام محوریت نظرات متخصصان) به «مردم محوری» و «نیاز محوری» و توجه به نظرات

کننده خدمت عامل تعیین کننده برقراری چرخه خدمات رسانی است و هم مردم جرات، دانش و تجربه کافی برای ایفای نقش حقیقی خود در این فرایند را ندارند (۳۳). نمونه هایی از روشهای گوناگون جلب مشارکت مردم در فرایند های بهداشتی درمانی در جدول ۳ به اختصار ذکر شده است. عموماً دست یافتن به نظری که نمایانگر اعتقاد عموم مردم باشد، مشکل است و از طرف دیگر به هنگام تحلیل نتایج، فهرست کردن نظرات افراد عادی و عامی و

اولویت بندی اقدامات بهداشتی درمانی (بویژه اقدامات درمانی)، ممکن است در نظر اول متهم به «سطحی بودن» شود (۳۴). انتخاب یک روش، با ملاحظه عوامل مختلف مربوط به منطقه و امکانات تحقیق انجام می گیرد و به هر روی، هر روش دارای نقاط ضعف و قوت است، اما نکته مهم پذیرش این مسئله است که استفاده کننده از خدمات نقش محوری در هر امر ارائه خدمت و نیز اولویت گذاری خدمات، بویژه در سطوح محیطی دارد (۳۵).

◆ توزیع پرسشنامه:

یکی از روشهای معمول و کم هزینه است که امکان بهره مندی از نظرات تعداد زیادی از افراد را در یک زمان معین فراهم می آورد (۳۶)

تجربه های مفیدی در نقاط مختلف دنیا در زمینه نیاز سنجی خدمات بهداشتی درمانی (Care Needs Assessment) وجود دارد (۳۷)، که به صورت جداگانه نیازمند تفصیل است. اما

جدول ۳: روشهای گوناگون سنجش نظرات مردم در فرآیندهای بهداشتی درمانی

روش سنجش نظر مردم	ظرفیتهای موجود برای اقدام
جلسات عمومی	ارتباز بهورزان با مردم در جلسات عمومی و یا جلسات رابطان بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی
فرمهای نظرسنجی	نظرسنجی در مراکز بهداشتی درمانی و یا مطبها، و یا فرآیندهای ارتقاء کیفیت که رد برخی استانها اجرامی شود
توزیع پرسشنامه	سنجش نیازهای بهداشتی درمانی از طریق توزیع پرسشنامه در سطوح مختلف
مصاحبه	انجام مصاحبه با بیماران بستری برای ارتقاء کیفیت خدمات
بحث گروهی (Focus groups)	اجرای بحثهای گروهی در مراکز بهداشتی درمانی با حضور استفاده کنندگان از خدمات
ارتباط تلفنی (Hotline)	اختصاص خطوط ارتباطی تماس مردم با ارائه کنندگان خدمات
صندوق پیشنهاد و انتقاد	تعبیه صندوق در واحدهای بهداشتی درمانی
روشهای جانشین ارزیابی سریع (Rapid appraisal)	ارزیابی نیاز به خدمات از افراز کلیدی جامعه مورد مطالعه این روش به ویژه در مناطق محروم توصیه می شود
هیئت منصفه	تشکیل هیئت منصفه از اقشار مختلف جامعه برای ارزیابی نیاز و به ویژه اولویت بندی خدمات
رسانه های گروهی	توجه به انتقاد و پیشنهاد های مردم که از طریق رسانه ها منعکس می شود

استفاده کنندگان از خدمات، فزاد و نشیب های زیادی در طی سالیان متمادی بویژه دو دهه اخیر داشته است (۳۲). هم متخصصان بهداشت و درمان نمی پذیرند که نظر مصرف

ضعف مهم این روش عدم قابلیت آن در بررسی عمیق نیازها و نیز محدود کردن نیاز های بهداشتی درمانی به موارد مندرج در پرسشنامه است. بر خلاف پرسشنامه های ارزیابی کیفیت زندگی (HRQOL) که ممکن است به دو صورت عمومی و اختصاصی طراحی و بکار گرفته شوند، پرسشنامه های

یک یا چند جلسه در مورد مسایل مختلف بهداشتی درمانی مبتلا به منطقه خود بحث و تبادل نظر می کنند. نتیجه این جلسات در اصلاح روشها و یا اولویت بندی خدمات نقش بسزایی می تواند داشته باشد (۳۸).

برای مثال در پژوهشی که در شمال انگلستان بعمل آمد، نظر شرکت کنندگان در مورد افراد موثر در اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی و افراد اولویت دار و بدون اولویت برای دریافت خدمات، قبل از مشارکت در گفتگوی گروهی و پس از آن، در برخی موارد تفاوت آماری قابل توجهی نشان می داد. مثلاً در ابتدای بحث، شرکت کنندگان بر لزوم اجتناب مدیران از مداخله در اولویت بندی خدمات نظر

داشتند (۵۲٪ افراد) ولی پس از گفتگو و روشن شدن زوایایی از مسائل پیچیده بهداشتی درمانی، تنها ۳۰٪ افراد بر نظر اول خود اصرار ورزیدند (۳۹).

این موضوع بیانگر تاثیر بحث و تبادل نظر پیرامون موضوع گفتگوی گروهی در هدایت نظر شرکت کنندگان و در نهایت اولویت بندی خدمات است. این روش از یک سو زوایای پنهان نیازهای واقعی مردم را برای ارائه کنندگان خدمات روشن می کند و مدیران خدمات بهداشتی درمانی را به تغییر روشها و یا ارائه خدمات جایگزینی برای برآوردن نیاز واقعی مردم ترغیب می نماید و از سوی دیگر

شرکت کنندگان را به واقعیتهای موجود در راه ارائه خدمات بهداشتی درمانی آشنا می سازد تا بصیرت بیشتری نسبت به اولویت سیاستگذاران، ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی تحت عنوان «شورای کشوری اولویت گذاری در سلامت» تشکیل شود. در این شورا حضور متخصصان سازمان های غیر دولتی، نظام پزشکی، نمایندگان مجلس شورای اسلامی و انجمن های علمی در کنار سیاستگذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه کنندگان خدمات در استانها، ضرورت دارد تا نسبت به «تعیین اولویت ملی سلامت مبتنی بر یافته های علمی و نیازسنجی های مستمر در مورد سلامت مردم» اقدام نمایند. اطلاع رسانی شفاف و بهنگام به مردم در زمینه های مختلف اولویت گذاری و سهمیه بندی خدمات، هم اکنون به یکی از اصول راهبردی برای آینده نظامهای خدمات بهداشتی درمانی کشورهای پیشرفته تبدیل شده است.

«در حال حاضر تعداد بسیار کمی از مراکز بهداشت انگلستان اطلاعات لازم را برای ارزیابی یا بحث در مورد تصمیمات اتخاذ شده در زمینه اولویت بندی خدمات ارائه می کنند. حتی مسئولان ذیربط نیز اطلاع کافی از مبانی تصمیم گیری ندارند. (۴۱)

بندی خدمات داشته باشند. در این روش نقش تسهیل کنندگان بحث مهم است. یکی از نقاط ضعف مهم این روش عدم امکان فراگیری (generalizability) نتایج به دلیل مشکلات ناشی از انتخاب نمونه برای شرکت در بحث های گروهی است.

در ضمن هزینه بری و صرف وقت بیشتری نسبت به روش توزیع پرسشنامه دارد.

جدول ۴: گفتگوی گروهی
منافع

منافع	معایب
جدید بودن و سادگی روش باعث جلب نظر و مشارکت افراد عادی می شود	اشکال در تحلیل اطلاعات کیفی
اجازه اظهار نظر بدون واسطه به اعضا می دهد	نیاز به همکار با تجربه
افراد بی سواد یا کم سواد نیز اجازه ابراز عقیده دارند	گروه منتخب نمونه کامل جامعه نیست (اشکال در انتخاب نمونه)
تشویق افراد کم حرف به ارائه نظر	صرف وقت بسیار برای پیاده کردن دقیق نوار گفتگو
ایجاد طوفان ذهنی در افراد شرکت کننده	افراد ناتوان یا بیمار معمولاً نمی توانند در بحث شرکت کنند

عمومی سنجش نیاز بهداشتی درمانی که به نیازهای عموم مردم می پردازند چندان کارایی ندارند. نیاز گروههای مختلف مردم و بویژه بیماران، متفاوت و دائماً در حال تغییر است، بنابراین برای هر گروه از بیماران می بایست پرسشنامه اختصاصی طراحی و بکار رود.

◆ گفتگوی گروهی (groups Focus):

در این روش گروهی از استفاده کنندگان خدمات بهداشتی درمانی (یا سایر افراد) در

◆ سایر روشهای جلب مشارکت مردم: با توجه به حضور چشمگیر رابطان بهداشت در مناطق شهری در سراسر کشور می توان از این گروه به عنوان تسهیل کننده بحث گروهی برای سنجش نظرات گروههای دیگر که کمتر با مسایل بهداشتی درمانی سروکار دارند بهره جست. در انگلستان روش دیگری برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ تجربه شده است. تشکیل هیئت منصفه متشکل از ۱۶ نفر که بصورت تصادفی از میان ساکنان یک منطقه انتخاب شده بودند. این گروه در یک بحث ۴ روزه مشارکت کردند. مسائلی مرتبط با اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی توسط متخصصان و مدیران بهداشت و درمان مطرح و سپس هیئت منصفه پس از بحث و تبادل نظر، رای خود را صادر می کرد. مثلاً از آنها سوال شد مداخلات درمانی اثبات شده برای اختلالات جزئی (برای نمونه: اصلاح انحراف بینی) را ترجیح می دهند و یا مداخلات درمانی اثبات نشده برای بیماریهای خطرناک (برای نمونه: ایمونوتراپی برای درمان سرطان). هیئت منصفه ترجیح داد مراکز بهداشت هزینه های درمان مداخلات اثبات نشده برای بیماریهای خطرناک را تقبل کنند و یا هیئت منصفه معتقد بودند که «اولویت های بهداشتی درمانی می بایست در سطح ملی تدوین شود» و نیز برای تأمین مداخله موثر مردم در اولویت

بندی سلامت «می بایست اطلاعات و وقت کافی در اختیار مردم قرار گیرد» (۴۰).

◆ جمع بندی و پیشنهادهایی برای اجرا

افزایش و تنوع هزینه های ارائه خدمات بهداشتی درمانی صرف نظر از عوامل موثر بر آن، نظامهای مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه را ناگزیر از اعمال اولویت بندی به عنوان یکی از اصول پایدار سیاستهای بهداشتی درمانی نموده است. این مقاله درصدد برشمردن ضرورتها و اشکال متفاوت اولویت بندی، توضیح معیارها و پافشاری بر ملاک های روشن در اولویت بندی و نهایتاً روشهای جاری برای جلب مشارکت مردم در زمینه اولویت بندی خدمات بهداشتی درمانی برآمد. در زمان حاضر که نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور در حال گذراندن مرحله دوم اصلاحات عمیقی است که با تشکیل «معاونت سلامت» آغاز و با نگرش سلامت محوری، عدم تمرکز و مشارکت سازمان یافته مردم ادامه خواهد یافت، اطلاع از روشهای سایر کشورها در زمینه های یاد شده و بطور کلی در مورد «اصلاحات در بخش سلامت Health sector reform و بکارگیری نوع بومی آن، منجر به پایداری اصلاحات در این بخش خواهد شد. با مرور

تجربیات سایر کشورها، پیشنهاد می شود در وهله اول شورای فراگیری متشکل از سیاستگذاران، ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی تحت عنوان «شورای کشوری اولویت گذاری در سلامت» تشکیل شود. در این شورا حضور متخصصان سازمان های غیردولتی، نظام پزشکی، نمایندگان مجلس شورای اسلامی و انجمن های علمی در کنار سیاستگذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه کنندگان خدمات در استانها، ضرورت دارد تا نسبت به «تعیین اولویت ملی سلامت» مبتنی بر یافته های علمی و نیازسنجی های مستمر در مورد سلامت مردم اقدام نمایند. اطلاع رسانی شفاف و به هنگام به مردم در زمینه های مختلف اولویت گذاری و سهمیه بندی خدمات، هم اکنون به یکی از اصول راهبردی برای آینده نظامهای خدمات بهداشتی درمانی کشورها پیشرفته تبدیل شده است.

«در حال حاضر تعداد بسیار کمی از مراکز بهداشت انگلستان اطلاعات لازم را برای ارزیابی یا بحث در مورد تصمیمات اتخاذ شده در زمینه اولویت بندی خدمات ارائه می کنند. حتی مسئولان ذیربط نیز اطلاع کافی از مبانی تصمیم گیری ندارند. (۴۱)

References:

1. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2001. <http://www.Oecd.org/els/health/>
2. Armenian HK, Steinwachs DM. Management of health services: importance of epidemiology in the year 2000 and beyond. *Epidemiologic Review* 2000; 22(1):164-8
3. Mullen PM. Public involvement in health care

- priority setting: an overview of methods for eliciting values. *Health Expectations* 1999, 2:222-234
4. Klein R, Redmayne S. Patterns of priorities: A study of the purchasing and rationing policies of health authorities. *NAHAT* 1992, Birmingham
 5. Roberts C, Crosby D, Dunn R, et al. Rationing is a desperate measure. *Health Service Journal* 1995 Jan 12; 105(5435):15
 6. Commission on Health research for Development. *Health research: essential link to equity in development*. New York: Oxford University Press, 1990
 7. The Working Group on Priority Setting. *Priority setting for health research: lessons from developing countries*. *Health Policy and Planning* 2000, 15(2): 130-136
 8. Crosby D, Grundy P, Lewis P. Purchasing The wasted millions. *Health Service Journal* 1996 October 10, 106:24-27
 9. New B. The rationing agenda in the NHS. *British Medical Journal* 1996, 312:1593-1601
 10. Roberts C, Crosby D, Dunn R, et al. What do we mean by care? *Health Service Journal* 1995 March 30; 105(5446):21
 11. Harrison S. The case against. *British Medical Journal* 1997, 314:970-973
 12. Pickard S, Sheaff R. Primary Care Groups and NHS rationing: Implication of the child B case. *Health Care Analysis* 1999, 7:37-56
 13. Fox DM, Leichter HM. Rationing care in Oregon: the new accountability. *Health Affairs (Millwood)* 1991 Summer; 10(2):7-27
 14. Grimshaw JM, Hutchinson A. Clinical practice guidelines-do they enhance value fo money in health care? *British Medical Bulletin* 1995, 51(4):927-40
 15. Norheim OF. Halthcare rationing- are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? *British Medical Journal* 1999, 319:1426-1429
 16. Bhopal R. Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States. *British Medical Journal* 1998; 316:1970-1973
 17. Lexchin J. Lifestyle drugs: issues for debate. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 2001, 164(10):1449-1451
 18. Gilbert D, Walley T, New B. Lifestyle medicines. *British Medical Journal* 2000, 321:1341-1344
 19. Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in Health Care*. Stockholm: Ministry of Health and Social affairs, 1995
 20. Klein R. Priorities and rationing: pragmatism or principles? *British Medical Journal* 1995, 311:761-762
 21. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy* 1997, 42:49-66
 22. Drummond MF, et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2nd ed. Oxford University Press 1997, Oxford.
۲۳. سیاری علی اکبر،
گری دیوید اسدی لاری محسن،
سنجش کیفیت زندگی، تجربه
جهانی و ضرورت اقدام بر ایران،
طب و تزکیه پلینز ۸۰
24. Klein, R, Day P, Redmayne S. *Managing scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service*. Open University Press 1996, Buckingham
 25. Dolan P. The measurement of individual utility and social welfare. *Journal of Health Economics* 1998, 17(1): 39-52
 26. Entwistle VA, Watt IS, Bradbury R, Pehl LJ. Media coverage of the Child B case. *British Medical Journal* 1996, 312:1587-1591
 27. Ham C. The role of doctors, patients and managers in priority

- setting decisions: lessons from the
Expectations 1999, 2(1):61-68
28. Price D. Lessons for health
care rationing from the case of
child B. British Medical Journal
1996, 312:167-169.
29. Department of Health. The
new NHS, modern, dependable.
HMSO 1997, London
30. Roberts T, Bryan S,
Heginbotham C, McCallum A.
Public involvement in health care
priority setting: an economic
perspective. Health Expectations
1999, 2(4):235-244.
- ۳۱... عصبی علی صفر، ابتکار عنایت
له BON نیازهای سلسلی توسعه دفتر
منطقه ای میدترانه شرقی زمستان ۱۳۷۷
32. Gerties M. Conference
eyes-improvement strategies that
work. The Joint Commission
Journal on Quality Improvement
1999 Jul; 25(7):335-42
33. Fitzpatrick R. Health needs
assessment, chronic illness and the
social sciences. In: Popay J,
Williams G (eds.) Researching the
Routledge,
London, 1994
34. Bowling A. Health care
British Medical Journal 1996,
312:670-674
35. Jordan J, Dowswell T,
Harrison S. et al Health needs
assessment: Whose priorities?
Listening to users and the public.
British Medical Journal 1998,
316:1668-1670
36. Fitzpatrick R. Surveys of
patient satisfaction: II
a questionnaire and conducting a
survey. British Medical Journal
1991, 302:1129-32
37. Höpton JL, Długolecka M.
primary health care services:
useful for priority setting? British
Medical Journal 1995, 310:1237-
1240
38. Bowie C, Richardson A,
Sykes W. Consulting the public
about health service priorities.
British Medical Journal 1995,
311:1155-1158
39. Dolan P, Cookson R,
Ferguson B. Effect of discussion
views of priority setting in health
care: focus group study. British
Medical Journal 1999, 318:916-
919
40. Lenaghan J, New B,
Elizabeth M. Setting priorities: is
ther
British Medical Journal 1996,
312:1591-1593
41. Klein R, Day P, Redmayne S.
Managing Scarcity: Priority
setting and rationing in the
national Health Service.
- OpenUniversity Press,
Buckingham, 1988, pp:120-139