نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، پاییز ۱۴۰۰، شماره سوم، صفحات ۳۵۳ تا ۳۶۰

پژوهشی

اجرای اثربخش برنامه پزشکی خانواده در ایران: الزامات و راهبردها

محمدجواد کبیر[۱]، حسین ملک‌افضلی[۲]، محمدعلی محققی[۲]، علیرضا حیدری[۳*]، ناهید جعفری بیدهندی[۴]، نرگس تبریزچی[۵]، سجاد معینی[۶]

۱. دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۳. * **نویسنده مسئول:** استادیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران، alirezaheidari7@gmail.com
۴. استادیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۵. استادیار، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
۶. دانشجوی دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۹/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۹/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: توسعه مراقبت‌های اولیه سلامت با بهره‌گیری از برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع، استراتژی اثربخشی است که در آن شاخص‌های دسترسی و بهره‌مندی به صورت جامع و عادلانه، بهبود می یابد. با توجه به وجود شکاف بین قوانین و سیاست‌های برنامه پزشک خانواده و نحوه پیاده‌سازی این برنامه و همچنین ضرورت اجرای اثربخش برنامه پزشکی خانواده در ایران، مطالعه حاضر با هدف شناسایی الزامات و راهبردهای مورد نیاز انجام شد.

روش: یک مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش را سیاست‌گذاران و مدیران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند. داده‌ها براساس راهنمای مصاحبه و طی ۱۰ جلسه بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل محتوا تحلیل شد.

یافته‌ها: الزامات مورد نیاز برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده در ۶ عنوان اصلی (سیاسی، فرهنگی - اجتماعی، اقتصادی، آموزشی، مدیریتی و اجرایی) و ۲۷ عنوان فرعی طبقه‌بندی شد. راهبردهای مورد نیاز نیز در ۳ عنوان اصلی (مدیریت شبکه‌های بهداشتی، درمانی شهرستان و استان، اجرای برنامه‌های سلامت و آموزش پزشکان خانواده، مدیران و جامعه) و ۲۸ عنوان فرعی استخراج شد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که باید با ایجاد عزم و اراده مناسب استراتژی‌های اجرایی در مدیریت برنامه و پایش و ارزشیابی مورد توجه قرار گیرد. همچنین توجه به بهره‌گیری از ظرفیت بخش غیردولتی و جانمایی آن در ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی و تقویت همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی می تواند راهکارهای اجرایی مناسب باشد.

کلید واژه‌ها: ارجاع و مشاوره، ارائه مراقبت‌های بهداشتی، پزشکی خانواده، مراقبت بهداشتی اولیه

مقدمه

سلامت از حقوق اولیه هریک از افراد جامعه است که دولت موظف به تأمین آنها به طور برابر و با رعایت عدالت می‌باشد(۱). پزشکی خانواده، هسته اصلی عدالت، بهبود کیفیت، هزینه ـ اثربخشی در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی است(۲). اهداف برنامه پزشکی خانواده شامل: ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات می‌باشد(۳). در برنامه پزشکی خانواده، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به به سطح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارند(۴).

بررسی اسناد بالادستی نشان می‌دهد که بند(ب) ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی ـ اجتماعی و فرهنگی کشور تصریح کرد که تا پایان برنامه باید تمهیدات لازم برای استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع فراهم شود(۵). براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرها با جمعیت زیر ۲۰،۰۰۰ نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب پزشک

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد(۷-۶).

اجرای برنامه پزشک خانواده، سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع به عنوان اصلی‌ترین استراتژی موفق در برون‌رفت از مشکلات نظام ارائه خدمات سلامت و ارتقای شاخص عدالت در دسترسی و بهره‌مندی آحاد مردم از خدمات پایه اجرای برنامه فوق نیازمند اقداماتی در راستای رفع موانع و مشکلات پیش‌رو در کمیت و کیفیت خدمت، دسترسی عادلانه، تناسب‌سازی و کنترل تقاضا، منطقی کردن مدیریت هزینه، براساس سطوح پیشگیری است.از طرف دیگر توجه و تعهد به پاسخگویی اجتماعی سلامت نیازمند سازوکارهایی است تابتواند با رویکرد پوشش همگانی سلامت، امکان بهره‌گیری از خدمات پایه را برای آحاد جامعه مهیا کند (۸).

گزارش‌های کشوری نشان می‌دهد موفقیت‌های چشمگیری از نظر پوشش کمی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع خصوصا در زمینه تأمین پزشک و مامای خانواده در روستاها به دست آمده است هرچند اعتراضاتی در مورد فراهم نبودن الزامات موردنیاز و ناکارامدی فرایندهای پیش‌بینی شده در اجرای برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع مطرح است. ارزیابی به عمل آمده نشان می‌دهد عمده مشکلات پیش رو حاکی از نادیده انگاشتن استانداردها، ناکافی بودن ضوابط و مقررات، ناپایداری منابع، نقص در کمیت و کیفیت تجهیزات، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، ناکافی بودن ارتباط بین سطوح ارائه خدمت و در نهایت کم توجهی جدی به فرایند ارجاع و پس‌خوراند بوده است(۹) و این امر موجب شده با وجود مستندات ارزشمند بسیارخوب برنامه نتواند از حمایت لازم در بین صاحبان فرایند برخوردار شود. مهم‌ترین علت مشکلات فوق ناکافی بودن عزم و اراده و تعهد مورد نیاز در مدیران ارشد برای اصلاح نظام ارائه خدمات سلامت و بهره‌گیری درست از استراتژی‌ها است. در واقع باید اذعان کرد نظام ارائه خدمات سلامت، نیازمند بازنگری جدی و آسیب‌شناسی مشکلات پیش‌رو در علل و عوامل به وجود آمدن آنها است که برای برون رفت از شرایط پیش‌رو باید مورد توجه جدی قرار گیرد. در فرایند نظام مراقبت فعال در همه‌گیری کرونا، توسعه کمی و کیفی مراقبت‌های اولیه سلامت در چارچوب شبکه‌های بهداشتی، درمانی به عنوان یک اقدام استراتژیک مهم مورد تأکید همه کارشناسان و صاحب‌نظران بین‌المللی و کشور قرار گرفت. از طرفی تجارب ارزشمند گذشته باعث شد تا مقام معظم رهبری توسعه و تقویت شبکه‌های بهداشتی درمانی به عنوان استراتژی مهم در مقابله با بحران‌های ناشی از همه‌گیری کرونا را مورد توجه قرار دهند. از این رو در آغاز به کار دولت سیزدهم و ارائه برنامه وزیرمحترم بهداشت جدید به مجلس محترم پنجره فرصت ارزشمندی را برای توجه به کارآمدترسازی نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی فراهم آورده است و می‌تواند آغاز یک تحول در اصلاح نظام سلامت و تاب‌آوری آن باشد. تحقق در امر فوق مستلزم فراهم آوردن زیرساخت‌های مورد نیاز و بازسازی و نوسازی واحدهای ارائه خدمت موجود است تا بتواند به عنوان بستر مناسب در پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع مورد توجه قرار گیرد. بدون شک این اتفاق می‌تواند سهم قابل‌توجهی در ارتقای کمی و کیفی خدمات تعریف شده در بسته مراقبت‌های سلامت ایفا کند. براین‌اساس، این مطالعه با هدف تبیین الزامات و راهبردهای موردنیاز به منظور اجرای اثربخش برنامه پزشکی خانواده در ایران انجام شد و یافته‌های آن می‌تواند به عنوان چارچوب اجرایی مناسب و دستمایه ای ارزشمند برای مدیران سطوح مختلف نظام سلامت کشور مورد استفاده قرار گیرد.

روش

مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا به شیوه استقرایی انجام شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش را سیاست‌گذاران و مدیران وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه سلامت و تأمین اجتماعی و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تشکیل دادند. ویژگی‌های زیر برای انتخاب نمونه مصاحبه در نظر گرفته شد: داشتن حداقل ۵ سال تجربه مدیریتی و اجرایی در حوزه پزشک خانواده، داشتن حداقل ۳ مقاله علمی در این زمینه و علاقه به مشارکت در پژوهش. ۱۰ جلسه بحث گروهی متمرکز با مشارکت صاحب‌نظران علمی و اجرایی انجام شد و تا رسیدن به حد اشباع و تکرار یافته‌ها ادامه یافت. راهنمای مصاحبه تدوین شد. به منظور انجام بحث گروهی، ابتدا توضیحاتی در مورد ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن، ارائه شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از سئوالات باز صورت گرفت. بحث گروهی تا به مرحله saturation (اشباع) ادامه یافت و پس از آن معیارهای مورد نیاز از مباحث انتخاب شد. در ادامه با مشارکت شرکت‌کنندگان در جلسه و بهره‌گیری از معیارهای انتخاب شده، بحث و تبادل نظر ادامه یافته تا شرایط تحقق معیارهای اصلی فراهم شود و بحث خاتمه یابد. در فرایند اجرایی مطالعه، با ضبط مکالمات و مصاحبه‌ها دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان با دقت مورد توجه قرار گرفت و حقوق فردی افراد محترم شمرده شد.

حین ضبط مکالمات، از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد صداهای ضبط شده پیاده‌سازی و نوشتن متن در نزدیک‌ترین فاصله زمانی ممکن انجام شد. مصاحبه‌های پیاده‌سازی شده با همکاری مشارکت‌کنندگان کنترل شد. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق Lincoln و Guba شامل معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری استفاده شد(۱۲-۱۰). برای افزایش مقبولیت از تلفیق در تحقیق و بازنگری ناظرین استفاده شد. برای افزایش انتقال‌پذیری، نمونه‌های مناسب انتخاب و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان انجام شد. برای افزایش همسانی، داده‌ها توسط محققان مختلف و ناظران خارجی تجزیه‌وتحلیل شد و نتایج مشابهی به دست آمد و برای افزایش تأییدپذیری تمام روند پژوهش از ابتدا تا انتها توضیح داده شد. اصول اخلاقی مطالعه شامل گمنام بودن، حفظ احترام و رعایت حقوق افراد، تشریح هدف و ماهیت پژوهش، اجازه برای ضبط صدا، استفاده از عین کلمات افراد در تحلیل بدون کم و کاست در نهایت، تحلیل محتوا انجام شد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

جدول ۱- راهبردها و الزامات مورد نیاز برای فراهم آمدن اجرای برنامه پزشکی خانواده در ایران

عناوین اصلی	عناوین فرعی
حکمرانی(حاکمیتی)	عزم و اراده حوزه‌های مختلف سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در راستای تاب‌آوری نظام سلامت عزم و باور مدیران ارشد در قوای سه گانه به منظور فراهم آوردن الزامات مورد نیاز اصلاح نظام سلامت تعهد برای تأمین منابع پایدار در راستای اصلاحات مورد نیاز نظام سلامت تأکید بر رویکرد اصلاح نظام سلامت عزم و اراده و تعهد سیاسی مدیران ارشد (سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران سطوح مختلف)، رؤسا و مدیران ستادی دانشگاه
فرهنگی ـ اجتماعی	بهره‌گیری از ظرفیت حداکثری اصحاب رسانه در فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی به منظور جلب مشارکت مردم و فراهم آوردن بستر مورد نیاز تدوین دستورالعمل سیاستی و اجرایی بین دستگاه‌های اثرگذار در اصلاح نظام سلامت از طریق تقویت همکاری‌های بین بخشی، هماهنگی و هم‌سویی در سطوح سیاست‌گذاران، کارگزاران سلامت، و عامه مردم تأکید بر استراتژی‌هایی که می‌تواند از طریق اعتباربخشی موجب اعتلای جایگاه و منزلت اجتماعی جامعه پزشکی، پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت شود. تدوین دستورالعمل‌های سیاستی و اجرایی که بتواند به صورت ضابطه‌مند زمینه مشارکت تشکل‌های مردم نهاد و گروه‌های مرجع اجتماعی را در حوزه برنامه‌ریزی اجرا و نظارت تقویت و به رسمیت بشناسد.
اقتصادی	محاسبه منابع مورد نیاز به منظور تعیین سرانه قابل تخصیص به برنامه شناسایی منابع قابل تخصیص از محل درآمد عمومی، مالیات، بیمه، خیرین و تعیین میزان سهم حق بیمه و فرانشیز پرداخت آن توسط مردم فراهم آوردن الزامات مورد نیاز در راستای پیاده‌سازی آیین‌نامه پوشش بیمه همگانی و اجباری سلامت تعیین روش‌های اجرایی در پایدار کردن و نشان‌دار کردن منابع تعریف شده ترسیم چرخه تخصیص منابع و فرایند اجرایی آن بین سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و بیمه سلامت عملیاتی کردن فرایندهای مرتبط با تجمیع و انباشت منابع با بهره‌گیری حداکثری از ظرفیت نظام بیمه تعیین ابزار ارزیابی مدیریت هزینه مبتنی بر منابع تخصیص یافته به رسمیت شناختن فرایند خرید خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر و کارآمدسازی ضمانت اجرایی در الزام پزشکان به همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر ساماندهی خدمات پزشکی (ویزیت و نسخه نویسی و ....) که طرف قرار داد سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشند تعیین دستورالعمل سیاستی و اجرایی مورد نیاز در خرید هوشمند و هدفمند توسط سازمان‌های بیمه‌گر تعیین دستورالعمل سیاستی و اجرایی در راستای اصلاح و منطقی کردن نظام پرداخت مبتنی بر قیمت تمام شده استقرار نظام رصد و دیده‌بانی مدیریت هزینه مبتنی بر اهداف پیش‌بینی شده
آموزشی	تهیه و تدوین دستورالعمل سیاستی و اجرایی در ایفای نقش حوزه آموزش(دانشکده‌های مرتبط) در تقویت و توسعه برنامه‌های مهارت آموزی در محیط دانشکده‌ها و عرصه‌های آموزشی به نحوی که اعضای هیئت علمی مشارکت اثربخش و کارآمد داشته باشند. اصلاح برنامه پایش و نظارت در فرایند اعتباربخشی دانشکده‌ها و مراکز آموزشی در راستای تقویت و ارتقای ضمانت اجرایی برای تحقق تعهدات و تکالیفی که می‌تواند منجر به تقویت فعالیت‌های آموزشی اثرگذار در برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع شود بازنگری جدی در فرایند ارزیابی فعالیت‌های گروه‌های آموزشی در برنامه‌های مداخله‌ای به‌نحوی که بتوان با سنجه‌های روشن و قابل اندازه‌گیری میزان مداخله گروه‌های آموزشی را در ارتقای کمیت و کیفیت برنامه‌های ابلاغی سلامت مورد توجه قرار داد. تهیه و تدوین‌ساز و کار مناسب در اصلاح آیین‌نامه ارتقای اعضای هیئت علمی با تأکید بر ارزش‌گذاری فعالیت‌های انجام شده در پاسخگویی به نیازهای سلامت و کمک به توسعه کمی و کیفی برنامه پزشکی خانواده و مداخلات سلامت‌محور جامعه تهیه و تدوین‌سازو کار مناسب در راستای تشویق و ترغیب اعضای محترم هیئت علمی که دارای تجارب و موفقیت‌های خوبی در ارتقای کمی و کیفی نظام ارائه خدمت داشته و در این مسیر توانسته اند آثار ارزشمندی را تولید و منتشر کنند تهیه و تدوین‌ساز و کار مناسب در راستای تأمین منابع مورد نیاز برای گرنت‌های تحقیقات کاربردی که در راستای حل مشکلات سلامتی توسط اعضای محترم هیئت علمی مورد توجه قرار گرفته است. تهیه و تدوین‌ساز و کار مناسب در راستای تأمین نیازهای پشتیبانی و مالی در راستای فراهم آمدن مداخلات مورد نیاز در عرصه‌های آموزشی به نحوی که بتواند تناسب لازم را با نیازها داشته باشد.
مدیریتی	تعیین ظرفیت‌ها و اولویت‌های حوزه‌های مدیریتی سطوح مختلف نظام سلامت که عهده‌دار اصلاح نظام ارائه خدمت از طریق اجرای برنامه پزشکی خانواده و پیاده‌سازی زنجیره ارجاع هستند. تهیه و تدوین‌سازو کار مناسب سیاستی و اجرایی در راستای پیاده‌سازی برنامه‌هایی که موجب توسعه کمی و کیفی دانش و مهارت مدیران سطوح مختلف و فراهم آوردن امکان تبادل تجاربیات مورد نیاز و موفق برای مدیران اجرایی می‌شود تأکید بر پیاده‌سازی نظام ارزیابی عملکرد مدیران با تأکید بر عوامل اثرگذار بر خلاقیت و نوآوری، تعهد سازمانی، صیانت از منابع، اخلاق حرفه‌ای و اهتمام و ممارست در انجام تکالیف پیش‌بینی شده در برنامه‌های ابلاغی اتخاذ سازوکار مورد نیاز در پیاده سازی رویکرد عدم تمرکز و تفویض اختیار و مسئولیت در مدیریت سطوح مختلف نظام ارائه خدمت مبتنی بر استراتژی‌های ابلاغی اتخاذ سازوکار لازم در فراهم آوردن هم‌سویی و هماهنگی بیشتر در مدیریت اجرایی از طریق شکل‌گیری فرماندهی واحد مدیریت اجرایی با محوریت مرکز بهداشت استان و تفویض اختیار کامل به آن در اجرای توسعه مراقبت‌های سلامت، برنامه پزشکی خانواده و پیاده‌سازی زنجیره ارجاع
اجرایی	بازنگری و ارتقای کمی و کیفی مراقبت‌های تعریف شده در بسته خدمات مبتنی بر نیازهای روز جامعه با بهره‌گیری از ظرفیت بخش دولتی و خصوصی ابلاغ دستورالعمل اجرایی باهدف افزایش پاسخگویی اجتماعی سلامت مبتنی بر استراتژی‌های اجرایی تعیین شده در سطوح شبکه بهداشتی درمانی کشور ابلاغ چارچوب مناسب به منظور پیاده‌سازی برنامه‌های عملیاتی و تفصیلی مبتنی بر جدول زمان‌بندی پیش‌بینی شده فعالیت‌ها ارزیابی مستمر در روند پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت به منظور روان‌سازی تبادل داده‌ها در سامانه‌ها و در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت ابلاغ دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مورد نیاز بین‌بخشی در چارچوب الزامات برنامه به صورت هم سو و هم‌افزا ابلاغ چارچوب نظام پایش و ارزشیابی به صورت سطح به سطح با بهره‌گیری از ابزارهای معتبر و مناسب مبتنی بر سنجه‌های قابل اندازه‌گیری با بهره‌گیری از بستر فناوری اطلاعات

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

یافته‌ها

الزامات مورد نیاز برای اجـرای اثـربخش برنامـه پزشـکی خانواده در ایران

الزامات در ۶ عنوان اصلی(سیاسی، فرهنگـی - اجتمـاعی، اقتصـادی، آموزشی، مدیریتی و اجرایی) و ۲۷ عنوان فرعی طبقه‌بندی شد(جدول۱)

راهبردهای مورد نیاز برای اجرای اثربخش برنامه پزشـکی خانواده در ایران

راهبردهای مورد نیاز برای پیاده‌سازی برنامـه پزشـکی خـانواده در ۳ عنوان اصلی (مدیریت شبکه‌های بهداشتی درمـانی شهرسـتان و اسـتان، اجرای برنامه‌های سلامت و آموزش پزشکان خانواده، مدیران و جامعـه) و ۲۸ عنوان فرعی طبقه‌بندی شد(جدول۲)

بحث

عزم و اراده حوزه‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزان در قوای سه‌گانه و اعتقاد و باور مدیران ارشد به منظور فراهم آوردن الزامات مورد نیاز اصلاح نظام سلامت مهم‌ترین رکن سیاست‌گذاری، برنامه‌ریـزی و اجـرا اسـت. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت یکی از دلایل عمده موفقیت در کشورهای پیش‌رو تعهد مدیران ارشد و اتخاذ روش‌هـایی اسـت کـه توانسـته نظـام سیاست‌گذاری را در قالب یک فرایند دو سویه از بالا به پـایین و بـالعکس ساماندهی کند (۹). کشورهایی که در اجرای اصلاح نظام سلامت با چالش جدی مواجه شدند، در حوزه تولیت نتوانسته‌اند از رویکـرد مناسـب بـرای فراهم آوردن تعهدات مورد نیاز بهره‌مند شوند(۱۳). نظام مراقبت‌های اولیه سـلامت در کشـور مـا در چـارچوب شـبکه‌هـای بهداشـتی، درمـانی در محیطی‌ترین سطح مدیریت، نظام شهرستان، تعریف و پایه‌ریـزی شـد. از این رو برنامه پزشکی خانواده و پیاده‌سازی زنجیره ارجاع بـه عنـوان یـک راهبرد اصلاح نظام ارائه خدمات سلامت، نیز بایـد در چـارچوب مـدیریت شهرستان تعریف شود. شهرستان محیطی است که می‌توانـد بـا مـدیریت محلی زمینه جلب مشارکت بین‌بخشی را به‌خوبی فـراهم آورد و مـدیریت اجرایی آن می تواند ضمن آسیب شناسی و ارزیابی وضعیت موجود نسبت به تعیین مداخلات، اولویت‌بندی آن‌ها و نیازها و اختیـارات ایفـای نقـش کند. برنامه پزشکی خانواده در حوزه خدمات شـهری دارای ظرافـت‌هـای خاص فرهنگی و اجتماعی است که براساس آن مشارکت مردم و همراهی آنان در اجرای برنامه می‌تواند بسیار تعیین‌کننده و تأثیرگذار باشد. از ایـن رو شهرستان بهترین محدوده جغرافیایی برای نقطه آغازین ایـن مداخلـه است. در محدوده شهرستان می‌توان ضرورت‌ها و نیازها را احصـا و عـزم و اراده مدیریتی را تبیـین و تعیـین کـرد و بـا اسـتفاده از چـارچوب آن در مدیریت استان و کشور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کـرد. بـه عبـارتی در مدیریت شهرستان می‌توانیم به عنوان محیطی‌ترین نقطه مدیریتی جریان دو سویه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی را مورد ارزیابی قرار دهیم.

اصلاح نظام سلامت دارای ابعاد جسمی، روانـی، اقتصـادی، سیاسـی، اجتماعی، فرهنگی است که در این حوزه بایددر سطح سیاسـت‌گـذاری و برنامه‌ریزی تمامی الزامات مورد نیاز آن فراهم شود از طرفی باید توجه کرد که در خدمات شهری با این مداخله نوعی نظم و انظباط برقرار می‌شود که نتیجه آن ممکن است ایجاد محدودیت‌هایی را بـه همـراه داشـته باشـد و برای کاهش آثار ناشی از این محدودیت‌ها، مسئولیت‌پذیری و پاسـخگویی در تدوین برنامه‌ها بسیار مهم می‌باشد.

جلب مشارکت جامعه و بهره‌گیری از ظرفیت‌های اجتماعی و تشکل‌هـای مردم نهاد، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، فرهنگ‌سـازی و آمـوزش عمـومی نقش مهمی در اعتلای برنامه خواهد داشت. از طرفی توجه به جایگاه و منزلت اجتماعی پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت از مهم‌تـرین الزامـات اجرایـی برنامه خواهد بود. باید توجه داشت اجرای مداخلات پیشگیری با پیـاده‌سـازی برنامه پزشـکی خـانواده و زنجیـره ارجـاع بـه شـدت مـی‌توانـد از همراهـی و مشـارکت جامعـه تأثیرپـذیر باشـد(۱۴). درحـال حاضـر مسـئولیت‌پـذیری و پاسخگویی اجتماعی سلامت تحت تأثیر اقداماتی نظیر ترویج تخصـص گرایـی در بین مردم و پزشکان، مراجعه غیرضروری به متخصصـان، بـی‌اعتمـادی بـه پزشکان خانواده و افزایش تقاضای غیرضرور قرار گرفته است. این امر از جملـه مشکلات فرهنگی عمده جوامع در حال توسعه به ویژه کشـورهایی اسـت کـه اهداف برنامه پزشکی خانواده در آن به‌خوبی تبیین نشـده اسـت. رویکردهـای اخیر در تحول و اصلاح برنامه‌های سلامت نقـش مهـم فرهنـگ را بـه عنـوان عاملی مرتبط با برنامه‌ها و مداخلات سلامتی نشان می‌دهد(۱۵).

به‌طورکلی در ایران، تأمین منـابع مـالی نظـام سـلامت از دو بخـش عمـومی و اختصاصی صورت می‌گیرد که در بخش عمومی عمده منابع از محل درآمد عمومی‌دولت (نفت و مالیات و عوارض) می‌باشـد و در بخـش اختصاصی از پرداخت حق بیمه و فرانشیز توسط مـردم اسـت(۱۶). اکثـر صاحب‌نظران، به الزامات اقتصادی در حوزه‌های تـأمین مـالی و کارآمـدتر کردن روش پرداخت به عنوان عامل مهم اصلاح رفتار در اجرای اثـربخش برنامه پزشکی خانواده تأکید کردند. استراتژی‌های پیشنهادی عبارتنـد از: تعیین نقش بیمه، ارزش‌گذاری اقتصادی خدمات، نشـان‌دار کـردن منـابع قابل تخصیص، اصلاح نظام‌های پرداختی، بازنگری در فرایند تعرفه‌گذاری در بخش دولتی و غیردولتی مبتنی بر قیمت تمام شده خدمات مورد توجه قرار دارد. در اجرای برنامه پزشکی خانواده باید توجه جدی به هـر یـک از روش‌های اصلی تأمین منابع مالی نظـام سـلامت و عوامـل مـؤثر بـر آن داشته باشیم زیرا اهداف آن بر افزایش پوشش همگانی و دسترسی عادلانه به خدمات پایه سـلامت استوار است(۱۷). نظام پرداخت ناکارآمد FFS در اجرای برنامه پزشکی خانواده، یکی از موانع اصلی به شمار مـی‌رفـت کـه برنامه فوق را به شدت تحت تأثیر قرار داده بود به‌صورتی که تبعات آن در سطح تخصصـی و زیرتخصصـی موجـب افـزایش تقاضـای غیرضـروری و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

جدول ۲- استراتژی‌های اجرایی و اثرگذار در پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت ایران

حیطه‌های اصلی	عنوان فرعی
انتخاب شهرستان به عنوان محیطی‌ترین سطح تعریف شده در ساختار اجرایی مدیریت نظام سلامت کشور	تعیین و تعریف محدوده جغرافیایی شهرستان به تفکیک جمعیت در حوزه‌های شهری و روستایی در محدوده شهرستان برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی مدیران و کارشناسان ستادی در راستای اجرای برنامه، استراتژی‌ها و فعالیت‌های پیش بینی شده با تقویم زمانی مشخص ارزیابی سریع وضعیت جمعیت تحت پوشش به تفکیک گروه‌های سنی، اماکن عمومی و سایر بخش‌ها، وضعیت نظام ارائه خدمات سلامت شهرستان در بخش دولتی و غیردولتی در چارچوب ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی شناسایی و تعیین عوامل اجتماعی-فرهنگی-سیاسی و اثرگذار اقتصادی در برنامه پیاده‌سازی پزشکی خانواده در محدوده شهرستان و روش ایفای نقش آنان در فرایند اجرایی تعیین وظایف و ترسیم فرایندهای اجرایی موردنیاز در ایفای نقش دستگاه‌های اثرگذار در اجرای برنامه برای همکاری‌های بین بخشی و جلب مشارکت بخش غیردولتی ترسیم فرایند عملیاتی شیوه همکاری و مشارکت مردم با بهره‌گیری از ظرفیت تشکل‌های مردم نهاد و حوزه‌های اثرگذار اجتماعی مبتنی در چارچوب محلات و مناطق و نواحی تعریف شده حوزه شهری ترسیم فرایند اجرایی و ابلاغ وظایف تعیین شده در حوزه‌های درون بخشی(بهداشت، درمان، غذا و دارو، توسعه و مدیریت منابع، آموزش، تحقیقات) در ایفای نقش برای انجام وظایف ابلاغی در برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت چیدمان واحدهای ارائه خدمت براساس وظایف پیش‌بینی شده در بسته خدمتی و تناسب‌سازی تنوع، فراوانی و حجم عملیات اجرایی با تعداد جمعیت تحت پوشش تعریف شده در محدوده شهرستان مبتنی بر ساختار عملیاتی برنامه پزشکی خانواده ترسیم نقشه استقرار واحدهای ارائه خدمات سلامت در محدوده شهرستان مبتنی بر نظام سطح بندی از خانه بهداشت، پایگاه سلامت شهری، مراکز جامع سلامت شهری و روستایی، مطب و کلینیک‌های بخش دولتی و غیردولتی اجرای برنامه آموزش و بازآموزی اعضای تیم سلامت و پزشکان خانواده در راستای توجیه وظایف و فعالیت‌های پیش‌بینی شده اقدام سریع برای تعیین و تأمین ملزومات نظام ثبت و گزارش‌دهی و بهره‌گیری از بستر فناوری اطلاعات و رفع نیازها تأمین و تخصیص به هنگام منابع مورد نیاز با توجه به سرانه تعریف شده جمعیت تحت پوشش شهرستان به سازمان‌های بیمه‌گر پایه و پیاده‌سازی چرخه مدیریت منابع تعیین و ابلاغ محدوده اختیارات و مسئولیت به مدیریت شهرستان
مدیریت فنی در پیاده‌سازی برنامه‌های سلامت	آشنایی مدیران سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت به اهمیت اولویت‌گذاری در شیوه تدوین، ترکیب و اجرای بسته خدمات پایه به عنوان مهم‌ترین رکن مداخله نظام ارائه خدمات سلامت برای جمعیت تحت پوشش و گروه‌های هدف ترسیم فرایند دو سویه بین سطوح نظام ارائه خدمات در راستای تعیین اولویت‌های خدمات سلامت مبتنی بر مستندات و شواهد حاصل از نظام ثبت و گزارش‌دهی و پیمایش‌های ملی و استانی و ارزیابی اقتصادی مداخلات با توجه به بار ناشی از بیماری، بار مراجعه، بار هزینه‌ای آشنایی و تأکید بر ضوابط و مقررات و استانداردهای تعریف شده در ساختار شبکه بهداشتی درمانی کشور و جانمایی بخش‌های دولتی و غیردولتی در نظام ارائه خدمت ترسیم فرایند و ابلاغ مداخلات پیش‌بینی شده در بسته خدمات پایه برای سطوح مختلف نظام ارائه خدمت ترسیم و تعیین و ابلاغ فرایندهای مورد نیاز در تدوین استانداردهای نیروی انسانی متناسب با اجزای تعریف شده در بسته خدمات پایه ترسیم و تعیین و ابلاغ فرایندهای اجرایی مورد نیاز در ادغام فعالیت‌ها و برنامه‌ها براساس گروه‌های سنی با تأکید بر الزامات موردنیاز در نظام مراقبت فعال ترسیم و تعیین چرخه نظام ثبت و گزارش‌دهی با بهره‌گیری از بستر فناوری اطلاعات و محوریت پرونده الکترونیک سلامت ترسیم و تعیین و ابلاغ چرخه تبادل داده‌ها بین سامانه‌های نظام ثبت و گزارش‌دهی در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت با محوریت پرونده الکترونیک سلامت ترسیم و تعیین چرخه نظام پایش و ارزشیابی با بهره‌گیری از داشبوردهای مدیریتی حاصل از فناوری اطلاعات سلامت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت برنامه‌ریزی در راستای تشویق و ترغیب و ارتقای سطح علمی و اجرایی مدیران موفق در پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده
برنامه‌ریزی و مدیریت آموزش برنامه پزشکی خانواده برای پزشکان خانواده، اعضای تیم سلامت، مدیران اجرایی و گروه‌های مرجع اجتماعی	تعیین سرفصل‌های آموزشی مورد نیاز مبتنی بر حیطه‌های مهارتی و رفتاری ترسیم و تعیین و ابلاغ چرخه اصلاح برنامه‌های آموزشی از طریق مشارکت و حمایت همه‌جانبه معاونان محترم آموزش، بهداشت، درمان، غذا و دارو و تحقیقات و توسعه ابلاغ برنامه‌های اصلاحی برای تطبیق سازی حیطه‌های دانشی و مهارتی اعضای تیم سلامت از طریق تدوین بسته‌های آموزشی مهارتی کوتاه‌مدت، میان‌مدت برای اعضای تیم سلامت و پزشکان عمومی ترسیم و تعیین و ابلاغ برنامه‌های آموزشی ویژه اعضای هیئت علمی و کارشناسان ارشد حوزه فنی اثرگذار در سطوح مدیریتی آموزش دانشگاهای علوم پزشکی به صورت حضوری و غیرحضوری آماده‌سازی عرصه‌های آموزشی در واحدهای پیش بیمارستانی و بیمارستانی در راستای توسعه کمی‌و کیفی مهارت‌های موردنیاز تهیه و تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی برای اعضای هیئت علمی ساماندهی سریع و هدفمند کردن آموزش‌های مصوب حین خدمت از جمله آموزش (MP.h) و (Family Physician Group Bridging program) تهیه و تدوین و ابلاغ ضوابط و مقررات مربوط به اجرای دستورالعمل‌های حاصل از راهنمای بالینی مبتنی بر استانداردهای تعریف شده در بسته خدمت تعیین روش اجرایی در راستای پیاده‌سازی فرایندهای موردنیاز در زمینه کسب مهارت‌های اخلاق حرفه ای درعلوم پزشکی، توجه به اهمیت و جایگاه و نقش مداخلات مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها، انسجام بخشی مراقبت‌های سلامت، تأکید بر فرامین سلامت معنوی،آشنایی برای کسب مهارت در بهره‌گیری از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده و اثر گذار بر سلامت، تقویت و توسعه همکاری‌های بین‌بخشی، توجه به نشانگرهای اثرگذار عدالت در سلامت، جلب مشارکت مردم در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت، فراهم آوردن بستر مورد نیاز در ایجاد کار تیمی و همراهی مؤثر اعضای تیم سلامت تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی مورد نیاز برای اعضای تیم سلامت خصوصاً کارشناسان، مراقبان سلامت، بهورزان و سایر همکاران در شبکه بهداشتی درمانی تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی در کسب دانش و مهارت‌های موردنیاز در مقررات اداری و مالی و مدیریتی برای پزشکان خانواده در راستای ارتقای مداخلات آنان در امر برنامه‌ریزی، سازماندهی، اجرا، کنترل، بودجه‌ریزی تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی برای مدیران سطوح مختلف در راستای کسب دانش و مهارت‌های مورد نیاز در اجرای برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع و آشنایی آنان با چگونگی ایفای نقش در فرایندهای پیش‌بینی شده تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی در راستای ارتقای سطح دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای گروه‌های مرجع اجتماعی و تشکل‌های مردم نهاد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

ادامه جدول ۲- استراتژی‌های اجرایی و اثرگذار در پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت ایران

حیطه‌های اصلی	عنوان فرعی
فرایندهای اجرایی در مدیریت اداری و مالی و پشتیبانی مورد نیاز برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع	ارزیابی سریع منابع موجود در راستای تطبیق‌سازی و برآورد منابع مورد نیاز برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع ترسیم و ابلاغ فرایند برآورد، شناسایی و تأمین منابع مورد نیاز برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع تشکیل ستاد ملی تهیه و تدوین دستورالعمل و ابلاغ آن در راستای روش تأمین نیازهای زیرساختی از جمله فضای فیزیکی، فناوری اطلاعات و تجهیزات و ملزومات مورد نیاز تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای شیوه مدیریت بر منابع تخصیص یافته و چرخه اجرایی آن در سطح استان و شهرستان تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای تأمین، جذب و به کار گیری نیروی انسانی مورد نیاز در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای شیوه بهره گیری از ظرفیت بخش غیردولتی و فرایند عقد قرارداد با سازوکار بیمه‌ای تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای الزامات مورد نیاز در تأمین و تخصیص به هنگام منابع مالی تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای ارزیابی عملکرد و مکانیزم پرداخت با بهره‌گیری از سازوکار بیمه‌ای تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای تأمین اختیارات مورد نیاز مرکز بهداشت استان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان در ایفای نقش مدیریت اجرایی با سازوکار بیمه‌ای

کم‌رنگ کردن زنجیره ارجاع شد. همچنین عدم شفافیت فرایند تأمین و تخصیص منابع، تأخیر و بی‌عدالتی در پرداخت موجب نارضایتی پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت شده است. از طرفی فاصله درآمدی فاحش بین پزشکان خانواده و متخصصان به عنوان یک متغیر مهم اثرگذار در کاهش انگیزه پزشکان عمومی برای ایفای نقش به عنوان پزشک خانواده به شمار می‌آید(۱۸). اصلاح نظام پرداخت با استفاده از مکانیسم مختلط (سرانه،FFS، حقوق و مبتنی بر عملکرد) و بهره‌گیری از منابع تعریف شده با ساز و کار بیمه ای، می تواند از ظرفیت عوامل اثرگذار در نظارت، شرایط مناسب تری را در تناسب سازی تقاضا و منطقی کردن هزینه‌ها به همراه داشته باشد(۱۹). همچنین انتخاب راهبرد درست برای تاب آوری نظام ارائه خدمت برای تأمین منابع مورد نیاز در شرایط و محدودیت‌های شدید می‌تواند امکان سازماندهی و برنامه ریزی را در بهینه سازی مدیریت منابع میسر نماید تا از طریق همکاری اثربخش بین سازمان‌های تأمین کننده منابع استمرار و پایداری نظام ارائه خدمت فراهم شود (۲۰).

نکته مهم آماده ساختن اعضای تیم سلامت برای انجام ماموریت‌های پیش‌بینی شده در چارچوب وظایف بسته خدمات پایه سلامت است. کارآمدتر کردن کمیت و کیفیت خدمات در این چارچوب در گرو دانش، مهارت و ایفای نقش مؤثر تیم پزشکی خانواده است. وجود گروه‌های تخصصی مرکز بهداشت استان، بهره‌گیری از ظرفیت مرکز آموزش بهورزی و همراهی گروه‌های آموزشی در دانشکده‌ها، می‌تواند پشتوانه علمی مناسب در افزایش سطح آگاهی و توانمندی مجریان برنامه در عرصه باشد.از این جهت مطابق با اولویت‌های پیش‌بینی شده در بسته خدمات پایه و توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌های منطقه ظرفیت‌های پیش گفت می‌بایست در راستای همسویی و هماهنگی برای هم‌افزایی به کار گرفته شود تا موجب بهبود کمی‌و کیفی نظام ارائه خدمت توأم با مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی به مراجعان شود. در این راستا لازم است تا آیین‌نامه‌های اجرایی موجود برای ایجاد کاربست‌های مورد نیاز تهیه شود. از جمله تعیین معیارهای ارزش گذاری مشارکت اعضای هیات علمی، اصلاح آیین‌نامه ارتقا، بازنگری در نظام اعتباربخشی و ارزشیابی مراکز آموزشی، که می‌تواند پشتوانه قابل قبول اجرایی در تحقق فرایندهایی باشد که نیازمند ضمانت اجرایی مناسب هستند.

از طرفی بررسی مطالعات نشان می دهد که کشورها ضمن تأکید بر آموزش، از راهکارهای مختلفی بهره جسته‌اند به‌طوری‌که در آمریکا تخصص پزشکی خانواده بر آموزش مهارت در زمینه مراقبت‌های سرپایی در یک محیط مناسب و واقعی تأکید دارد. این محیط‌ها همان موضوعات و مسائلی را پوشش می‌دهد که اغلب پزشکان مراقبت‌های اولیه با آن مواجه می‌شوند(۲۱). در سنگاپور متخصصان در آموزش پزشکان خانواده نقش مهمی ایفا می‌کنند. این امر منجر به تقویت همکاری نزدیک بین پزشکان خانواده و متخصصان شده و در نهایت به مراقبت از بیمار کمک می‌کند(۲۲). در اکثر کشورهای اروپایی، پزشک خانواده یک تخصص به حساب می‌آید که لازمه آن گذراندن دوره تحصیلات تکمیلی براساس دستورالعمل‌های موجود در کشورهای اروپایی و همچنین دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت می باشد. در کرواسی تمام پزشکان شاغل در حوزه خدمات پزشک خانواده موظف بودند تا سال ۲۰۱۵ تخصص کسب کنند(۲۴-۲۳).

در نهایت برای کارآمدتر کردن حیطه‌های دانشی و مهارتی دانش‌آموختگان و اعضای تیم سلامت در حوزه آموزش می‌توان نسبت به برنامه‌ریزی برای برگزاری دوره‌های آموزشی به دو خدمت و حین خدمت و همچنین در دوره‌های تکمیلی از جمله (MP.h) و (Family Physician Group Bridging program) و نهایتاً امکان‌سنجی برای دوره تخصصی پزشکی خانواده ویژه مراکز جامع سلامت آموزشی اقدام کرد.

همچنین پیاده‌سازی زنجیره ارجاع به عنوان شریان حیاتی نظام سلامت نیازمند سازوکارهای اجرایی خاصی است که تأمین و فراهمی الزامات اجرایی آن، توسط صاحب نظران حوزه سلامت مورد توجه قرار گرفته است.

تجارب موفق موجود در کشورهای انگلیس، کانادا و ایالات متحده نشان داده است که حمایت و پشتیبانی سیاسی، تعهد به استانداردها، استفاده از دستورالعمل‌های ارجاع وپرونده‌های الکترونیکی و تبادل اطلاعات یکی از اصلی‌ترین استراتژی‌های کارآمد در پیاده‌سازی زنجیره ارجاع

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

است(۲۶-۲۵). همچنین اکثر مشارکت‌کنندگان پیاده‌سازی نظام پایش و ارزشیابی را به عنوان الزامات و راهبردها مطرح کردند. ارزشیابی صحیح باید با استفاده از ابزارهای علمی و استاندارد و تعیین زمینه‌های کلی ارزشیابی و در نهایت شاخص‌های عملکردی با هدف تسهیل پاسخگویی، پایش عملکرد و اصلاح رفتار انجام شود(۲۷). در آمریکا پزشکان و بیمارستان‌ها توسط سازمان‌های دولتی در سطح فدرال، ایالتی و سازمان‌های غیر دولتی و سازمان‌های نظارتی، نظارت و ارزیابی می‌شوند و کسب مجوز مجدد منوط به اجرای استانداردهای اولیه از طریق اعمال قدرت برای تعلیق و یا لغو مجوز برای فعالیت است (۲۱). در ترکیه نیز ارزیابی عملکرد تیم پزشکی خانواده برای دستیابی به اهداف و ارائه خدمات کیفی، به صورت پایش ۶ ماهه و ممیزی تصادفی ماهیانه صورت می‌گیرد که در صورت عملکرد نامطلوب، منجر به لغو قرارداد خواهد شد(۲۸).

نتیجه‌گیری

پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع نیازمند الزامات خاصی است؛ نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در حوزه سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرایی باید با ایجاد عزم و اراده مناسب استراتژی‌های اجرایی در مدیریت برنامه و پایش و ارزشیابی مورد توجه قرار گیرد. همچنین توجه به بهره‌گیری از ظرفیت بخش غیردولتی و جانمایی آن در ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های قابل توجه به‌شمار می‌آید. می‌توان با بازنگری در نظام برنامه‌ریزی و اجرای استراتژی‌های پیش‌بینی شده از طریق تقویت همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی برای توسعه مراقبت‌های اولیه سلامت، اجرای برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع راهکارهای اجرایی مناسب را ارائه کرد. اگر چه سعی شد حداکثر تنوع در نمونه‌ها درنظر گرفته شود ولی این مطالعه کیفی با نمونه‌های محدودی که به طورهدفمند انتخاب شده بودند، انجام شد که امکان تعمیم‌دهی یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه، جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان بود که با پیگیری مستمر و توجیه اهمیت مطالعه این مشکل رفع شد. پیشنهاد می‌شود نتایج حاصله در برنامه‌های استراتژیک و عملیاتی وزارت بهداشت گنجانده شود و میزان و نحوه اجرایی شدن راهکارها مورد پایش و ارزیابی مداوم قرار گیرد.

Original

Effective Implementation of Family Medicine Program in Iran: Requirements and Implementation of Strategies

Mohammad Javad Kabir[1], Hossein Malekafzali[2], Mohammad Ali Mohagheghi[2], Alireza Heidari*[3], Nahid jafari[4], Narges Tabrizchi[5], Sajad Moeini[6]

1. Associated professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. Professor, Tehran University Medical Sciences, Iran
3. ∗**Corresponding Author:** Assistant professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran, alirezaheidari7@gmail.com
4. Assistant professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical sciences, Gorgan, Iran
5. Assistant Professor of Community Medicine. Academy of Medical Sciences of I.R of Iran, Tehran, Iran
6. PhD Student, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background: Indicators such as access and benefit from the comprehensive and basic health services package are improved by primary health care development and using family medicine program and referral chain as an effective strategy. Due to the gap between the rules and policies of the family medicine program and its implementation, this study aims to identify the requirements and strategies for the implementation of the program in Iran.

Methods: A qualitative study was conducted in 1400. Participants in the study were policy makers and managers of the Ministry of Health and insurance organizations and faculty members of medical universities. Data were collected based on the interview guide during 10 sessions of focused group discussion and analyzed by using content analysis method.

Result: The implementing requirements for family medicine program were classified into 6 titles (political, cultural-social, economic, educational, managerial and executive) and 27 sub- titles. The required strategies were extracted in 3 titles (management of health care networks in the city and province, implementation of health programs and training of family physicians, managers and the community) and 28 sub-titles.

Conclusion: The results of the study show that executive strategies in program management, monitoring and evaluation should be considered by creating appropriate determination and will. And appropriate executive solutions could be using the capacity of the non-governmental sector in the structure of health care networks, intra-sectoral and inter-sectoral collaborations.

Keywords: Family Medicine, Health Care, Referral Chain

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

منابع

1. Damari B, Heidari A, Rahbari Bonab M, Vosoogh Moghadam A. Designing a toolkit for the assessment of health in all policies at a national scale in Iran.Health Promot Perspect 2020; 10(3): 244-9.
2. 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.
3. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al . Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province, Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2016; 25 (132):23-32.
4. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health 2010; 4(4): 39-44.
5. Abbasi A, Kabir MJ,Kavian Telouri F, Heidari A,Khatirnamani Z, Rafiei N, et al. Referral Burden and Cost of Outpatient Care of Patients Covered by the Rural Insurance Fund before and after the Implementation of Electronic Referral System in Golestan Province. Manage Strat Health Syst 2021; 5(4): 318-27.
6. Chaman R, Amiri M, Raei Dehaghi M. The national family physician and the quality of referral system. Payesh 2012; 11(6): 785-790.
7. Kabir MJ, Heidari A, Adel R, Khatirnamani Z. Assess the Quantitative and Qualitative Status of the Family Physician Plan from the Perspective of Family Physicians, Health Team Members and Staff Experts. Health Research Journal 2021;6(4)
8. Motlagh E, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical universities. Journal of Guilan University of medical sciences 2011;19(76):48-55.
9. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir M J. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. sjsph. 2016; 14 (2) :17-38.
10. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Education for Information 2004; 22: 63-75.
11. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Evidence from Iran. Indian J Palliat Care 2018; 24(2):145–149.
12. Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B, Kabir MJ. Challenges of Implementation of the National Phenylketonuria Screening Program in Iran: A Qualitative Study. Electron Physician 2016; 8(10):3048-3056.
13. Choices P, Change P. The Political Economy of Reform in Developing Countries. Baltimore: John Hopkins University Press; 1991.
14. Napier D, et al. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe; 2017.
15. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. Annu Rev Public Health 2004; 25: 439-55.
16. Wagstaff A, Doorslaer EV. Equity in the finance of health care: some international comparisons. J Health Econ 1992; 11: 361-87.
17. Doshmangir L, Azimzadeh S. A Comparative Study of Health Financing Frameworks. Health Syst Res 2018;14(2):142-52.
18. Gowin E, Horst-Sikorska W, Michalak M, Avonts D, Buczkowski K, Lukas W, et al. The attractiveness of family medicine among Polish medical students. Eur J Gen Pract 2014; 20(2): 121-4.
19. Bai Y, Shi C, Li X, Liu F. Healthcare system in Singapore. New York: Columbia University, 2012.
20. De Maeseneer J, Van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. Br J Gen Pract 2008; 58(546): 3-4.
21. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB. United States of America: health system review. Health syst Transit 2013; 15(3): 1-431.
22. Thomas SL. Family medicine specialty in Singapore. J family Med Prim care 2013; 2(2): 135.
23. Katiæ M, Jureša V, Oreškoviæ S. Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges. Croat Med J 2004; 45(5): 543-9.
24. Mudiyanse RM. Need to teach family medicine concepts even before establishing such practice in a country. Asia Pac Fam Med 2014; 13(1): 1.
25. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health serv Res 2006; 6(1): 5.
26. Davies GP, Perkins D, McDonald J, Williams A. Integrated primary health care in Australia. Int J Integr Care 2009;9(4).
27. Bahrami MA, Vatankhah S, Tabibi SJ, Tourani S. Designing a health system performance assessment model for Iran. Journal of Health Information Management 2011; 8(3): 285-305.
28. Güneş ED, Yaman H. Transition to family practice in Turkey. J Contin Educ Health Prof 2008; 28(2): 106-12.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]