نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، صفحات

خلاصه سیاستی

بررسی آسیب‌ها و توصیه‌هایی برای اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده در ایران براساس تجربه‌ی فارس و مازندران

سیدحسن امامی‌رضوی[۱]، علی اکبری‌ساری[۲]، محمدحسین حیدرزاده[۳*]

۱. استاد جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استاد گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. ***نویسنده مسئول:** دکترای حرفه‌ای پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، mhheidarzadeh99@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۰۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۱۲

چکیده

این خلاصه‌ی سیاستی به تحلیل تجربه اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران از سال ۱۳۹۱ می‌پردازد. با بهره‌گیری از مصاحبه با دوازده نفر از خبرگان و توزیع پرسشنامه میان گروه‌های سیاست‌گذار، مدیران، ارائه‌دهندگان خدمت و پژوهشگران، این خلاصه‌ی سیاستی به روش swot (SWOT مخفف کلمات Strengths, Weaknesses, Opportunities و Threats به معنی نقاط قوت، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدات است) تهدیدات برنامه را بررسی کرده است. یافته‌ها نشان می‌دهد اجرای سراسری برنامه مستلزم اصلاحات ساختاری در سه حوزه‌ی کلیدی شامل تأمین مالی، نظام پرداخت و قراردادها و مقررات است. تأمین مالی پایدار و از طریق صندوق‌های بیمه، نظام پرداخت با تعرفه‌های منصفانه و ایجاد زیرساخت برای پرداخت مبتنی بر عملکرد، و قراردادهایی که انگیزه ماندگاری پزشکان و ارتقای کیفیت خدمات را تضمین کنند، از مهم‌ترین پیش‌نیازها برای موفقیت برنامه در سطح ملی به شمار می‌روند. همچنین، تعهد سیاسی، فرهنگ‌سازی اجتماعی، هماهنگی آموزش پزشکی و جلب مشارکت مردم برای پایداری و اثربخشی اجرای برنامه ضروری است.

کلیدواژه‌ها: پزشکی خانواده، تأمین مالی، رگولیشن، قرارداد، نظام پرداخت

مقدمه

برنامه‌ی پزشکی خانواده‌ی شهری در جمهوری اسلامی ایران به صورت پیش‌آزمایی و از سال ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران اجرا شد تا با شناسایی چالش‌ها و دستاوردهای آن الگویی برای اجرای برنامه در سراسر کشور، در دسترس باشد.

این خلاصه‌ی سیاستی که برگرفته از مطالعه‌ای است (۱). که از طریق مصاحبه با دوازده نفر از خبرگان در رده‌ی سیاست‌گذاران، مدیران اجرایی و پژوهشگران نظام سلامت و همچنین توزیع پرسشنامه در میان خبرگان از رده‌های مسئولان ستادی، مسئولان استانی و شهرستانی، ارائه‌دهندگان خدمت و پژوهشگران انجام شده است، در تلاش است تا با تحلیل SWOT، به بررسی آسیب‌ها و ارائه‌ی پیشنهاداتی برای اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده با توجه به تجربه‌ی این دو استان بپردازد. نقاط قوت (Strengths) به توانایی‌ها یا ویژگی‌های داخلی این برنامه که به پیشرفت برنامه کمک می‌کند می‌پردازد. نقاط ضعف (Weaknesses)، عوامل و موانع داخلی که مانع پیشرفت برنامه هستند را بررسی می‌کند. فرصت‌ها (Opportunities) و تهدیدها (Threats) نیز به عوامل مؤثر که در خارج از برنامه مطرح می‌شوند اما به ترتیب به موفقیت برنامه کمک می‌کنند و یا مانع پیشرفت آن می‌شوند، می‌پردازد.

نقاط قوت (Strengths)

۱. کاهش پرداخت از جیب مردم در سطح یک، هم در پرداخت ویزیت و هم پرداخت دارو.
۲. تسهیل و افزایش دسترسی مردم به پزشک.
۳. بهبود رابطه‌ی جامعه‌ی پزشکی با مردم و مورد توجه قرار گرفتن جامعه‌ی پزشکی.
۴. توزیع مناسب بیمار میان پزشکان جوان و تازه‌کار.
۵. بیماریابی بهتر و ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیرانه.
۶. ارائه‌ی مراقبت‌های دوره‌ای و پایش بیماری‌های مزمن مانند فشارخون و دیابت و...

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-28]

نقاط ضعف (Weaknesses)

۱. توقف برنامه در سطح یک و عدم اجرای یکپارچه در سطح دو و سه و اتصال آن‌ها به سطح یک و در نتیجه ایجاد تبعاتی چون ناتوانی برنامه در صرفه‌جویی هزینه‌های ناشی از تقاضاهای القایی و غیرضروری در سطوح بالاتر، دشواری ارزیابی نمونه‌ها از نظر اثربخشی برنامه در کاهش هزینه‌های سلامت عمومی جامعه، تحت فشار قرار گرفتن پزشک برای زدن مهر ارجاع توسط مراجعه کننده و...
۲. کافی نبودن نظام ارزشیابی برای کنترل رفتار مراجعان و درخواست‌های غیرضروری آن‌ها.
۳. نقص در ارائه‌ی خدمات جامع اعم از خدمات سلامت روان، تغذیه، توانبخشی و...
۴. عدم نظرخواهی از همه‌ی افراد سود بر از جمله پزشکان عمومی در طراحی و اجرای برنامه.
۵. کمبود نظارت‌ها بر عملکرد پزشک و تیم پزشکی به خصوص در زمان همه‌گیری کرونا.
۶. در نظر نگرفتن شاخص‌های بهداشتی و مراقبت سلامت و پیشگیری در ارزیابی عملکرد پزشکان.
۷. مبتنی بر مسائل بومی نبودن شاخص‌های ارزیابی پزشکان.
۸. ارزیابی عملکرد پزشکان توسط کارشناسان نامناسب.
۹. تفاوت در نحوه‌ی اجرای برنامه در فارس و مازندران علیرغم دستورالعمل‌های واحد.
۱۰. وابستگی زیاد اجرای برنامه در فارس و مازندران به عملکرد مدیران محلی به علت ایفای نقش ناکامل وزارت بهداشت در پشتیبانی از برنامه.
۱۱. انتخاب نمونه‌های (نمونه‌های) نامناسب که از نظر اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی، نماینده (Representative) برای کل کشور نبود.
۱۲. طولانی شدن زمان نمونه.
۱۳. عدم ارزیابی و آسیب‌شناسی دقیق نمونه‌ها برای توسعه به کل کشور.
۱۴. تشکیل کلینیک‌های چندتخصصی در فارس که منجر به ارجاع‌های غیرضروری و تقاضای القایی شد.
۱۵. عدم اختصاص منابع مجزا برای بیمه‌ها توسط دولت برای نمونه پزشکی خانواده در فارس و مازندران و در نتیجه مضاعف شدن هزینه‌های بیمه‌ها در این دو استان.
۱۶. کلی‌گویی در طراحی نظام پرداخت در سندهای پزشکی خانواده و عدم توجه به جزئیات نظام پرداخت در آن‌ها.
۱۷. ضعف در کارکرد انگیزشی (تشویقی یا جریمه‌ای) نظام پرداخت فعلی پزشکی خانواده.
۱۸. ناتوانی سرانه‌ی پرداخت ثابت (Fix Payment) در کنترل ارجاع‌ها و تصمیمات درمانی غیرضروری و هزینه‌زا و هزینه محور (Cost Oriented) کردن تصمیم‌های پزشک خانواده.
۱۹. عدم تناسب دریافتی پزشکان با بهای واقعی خدمات.
۲۰. تعرفه‌های ناکافی و تعیین تعرفه به صورت غیرتوافقی و به تبع سرانه‌ی ناکافی.
۲۱. عدم افزایش سرانه متناسب با رشد تورم و اختلاف سرانه‌ی مصوب با سرانه‌ی پیشنهادی توسط شورای بیمه.
۲۲. تأخیر در پرداخت به پزشکان خانواده.
۲۳. اختلاف درآمد بارز پزشک خانواده و سایر متخصصان.
۲۴. نبود نظام تشویقی و جبران خدمات برای پزشکان سطح دو و سه در نظام پرداخت پزشکی خانواده.
۲۵. ضعف نظام پرداخت در همراه کردن طرف‌های درگیر از جمله بخش خصوصی با برنامه‌ی پزشکی خانواده.
۲۶. تقلیل نظام جبران خدمات که شامل مالی و غیرمالی و تسهیلات مختلف می‌شود به صرف پرداخت مالی.
۲۷. کافی نبودن دستمزد مراقبان سلامت در برنامه و آسیب‌زا بودن ارتباط مالی آن‌ها با پزشک برای دریافت دستمزد. و کمرنگ شدن استفاده از مراقبان سلامت در فارس به دلیل ناتوانی در پرداخت دستمزد آن‌ها.
۲۸. نبود مشوق‌هایی برای حفظ و ماندگاری پزشکان خانواده در برنامه.
۲۹. عدم توجه به جبران خدمات مالی غیرمستقیم و غیرمالی در نظام جبران خدمات.
۳۰. عدم احساس امنیت شغلی توسط پزشکان خانواده با تمدید سالیانه قرارداد آن‌ها.
۳۱. نبود مشوق‌هایی برای جلب همکاری بخش خصوصی در برنامه‌ی پزشکی خانواده.
۳۲. عدم شفافیت انتظارات از پزشکان و مسئولیت‌های آن‌ها در قرارداد.
۳۳. نبود آموزش حین خدمت کارآمد.

فرصت‌ها (Opportunities) و راهکارهای سیاستی

۱. تصویب پزشکی خانواده در جایگاه فراوزارتی و حتی در سطح سران سه قوه.
۲. اجرای یکپارچه‌ی برنامه در سطح دو و سه.
۳. نگاه به برنامه‌ی جامع ارائه‌ی خدمات به عنوان یک راهبرد برای دستیابی به توسعه‌ی درون‌زا.
۴. ارزیابی و مطالعه‌ی مقایسه‌ای تفاوت در میزان موفقیت برنامه در فارس و مازندران و علل آن.
۵. توجه به پیشرفت‌های فن‌آوری و طراحی مجدد پزشکی خانواده با درنظرگرفتن نقش فن‌آوری‌ها و هوش مصنوعی در ارائه‌ی خدمت و سازماندهی اطلاعات شهروندان.
۶. توجه به امکان ارائه‌ی خدمات و پایش بیماران از راه دور با

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-28]

فن‌آوری‌های جدید که می‌تواند تعداد پزشکان موردنیاز و ساعت‌های حضور و مسئولیت‌های محوله و بار کاری آن‌ها را تحت‌تاثیر قرار بدهد.

۷. تقویت انجمن‌های صنفی پزشکان عمومی و پزشکان خانواده جهت تسهیل تعامل با دانشگاه‌ها و بیمه‌ها و پیگیری مطالبات پزشکان.

۸. آموزش پزشکی در رشته پزشکی (فیلد).

۹. گنجاندن ابعاد دیگر سلامت مانند سلامت معنوی و سلامت اجتماعی در نظام یکپارچه‌ی ارائه‌ی خدمات.

۱۰. توجه به یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده به عنوان منبعی پایدار برای تأمین مالی سلامت.

۱۱. توجه به عوارض بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت و نشاندار کردن این منابع به همراه آگاهی بخشی به جامعه.

۱۲. خرید راهبردی خدمات توسط بیمه‌ها و بی‌واسطه از ارائه‌کنندگان خدمات.

۱۳. پیشرفت بیمه‌ها از صندوقداری به سمت صنعت بیمه به معنای دریافت مبتنی بر درآمد و توزیع احتمال خطر و خرید راهبردی خدمات.

۱۴. در نظرگرفتن استانداردهایی نظیر ویزیت تنها در صورت ارجاع، استانداردهای زمانی ویزیت، مستندسازی داده‌ها در پرونده‌ی الکترونیک، ویزیت بیمار منطبق بر گایدلاین‌ها، ارائه‌ی پسخوراند از سطوح بالاتر به سطح یک و پیگیری مراقبت‌های بعدی و پیگیری (Follow up) بیمار در سطح یک، توسط بیمه و در خرید راهبردی خدمت در پزشکی خانواده.

۱۵. جلب همکاری‌های بین بخشی توسط بیمه‌ها برای ارائه‌ی مراقبت‌های فعال و پیشگیرانه.

۱۶. گردآوری منابع مالی در بیمه‌ها و نشانه‌گذاری این منابع توسط وزارت بهداشت.

۱۷. اولویت قوانین و تنظیم یکسان بیمه‌ها بر گردآوری صندوق‌های بیمه‌ها.

۱۸. طراحی بسته‌ی خدمات مبتنی بر شواهد علمی و ارزیابی‌های فن‌آوری سلامت و نه مسائل سیاسی.

۱۹. طراحی بسته‌ی خدمات متناسب با درآمدها و منابع موجود.

۲۰. طراحی بسته‌ی خدمات متناسب با بوم‌ها.

۲۱. مشخص کردن سهم بهداشت و پیشگیری از هزینه کرد بیمه‌ها توسط یک نهاد مستقل قانونگذار و نظارتی.

۲۲. بازنگری در ترکیب شورای عالی بیمه.

۲۳. استفاده از ظرفیت بخش خصوصی در ارائه‌ی خدمت.

۲۴. در نظر گرفتن روش پرداخت «حقوق ثابت به اضافه سرانه به اضافه پرداخت مبتنی بر عملکرد به اضافه کارانه" به عنوان یک روش پرداخت ترکیبی در برنامه.

۲۵. به‌کارگیری نظام‌های پرداخت ترکیبی در هر سه سطح و هماهنگی آن‌ها با هم (سرانه در سطح یک و DRG در سطوح بالاتر)

۲۶. به‌کارگیری نظام‌های پرداخت ترکیبی در هر سه سطح و هماهنگی آن‌ها با هم (سرانه در سطح یک و DRG ([diagnosis related group] که به معنی گروه مرتبط با تشخیص است) در سطوح بالاتر)

۲۷. تنظیم (Adjustment) سرانه‌ی پرداختی به هر جمعیت با توجه به داده‌های سلامت آن جمعیت.

۲۸. اختیار کامل پزشک خانواده در هزینه کرد سرانه و پرداخت هزینه‌ی تصمیمات بهداشتی و درمانی خود.

۲۹. ایجاد و ارتقای سیستم ثبت اطلاعات و عملکرد پزشکان خانواده و ارزیابی الکترونیک آن‌ها.

۳۰. تعیین معیارهای مناسب، پیشگیری‌محور، قابل اندازه‌گیری در بازه‌ی زمانی مشخص و مطابق با نیازهای هر بوم برای ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده.

۳۱. انتخاب ارزیاب‌ها از میان پزشکان خانواده باسابقه و آموزش دیده.

۳۲. تدوین گایدلاین‌های ([Guidelines] مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها و استانداردهاست که برای ایجاد نظم و هماهنگی در فرآیندها و نتایج تدوین می‌شود) بالینی.

۳۳. تسهیل کار پزشک در تصمیم‌گیری بر اساس گایدلاین‌های بالینی برای مثال با امکان تیک زدن موارد در پرونده‌ی الکترونیک سلامت.

۳۴. بیمه‌ها فقط هزینه‌ی سطوح بالاتر بیمارانی را پرداخت کنند که از نظام ارجاع تبعیت می‌کنند.

۳۵. پرداختی بیشتر به پزشکان متخصص در صورت ویزیت بیمار ارجاعی نسبت به ویزیت بیماری که به‌طور مستقیم به متخصص مراجعه کرده است.

۳۶. در نظر گرفتن ضریب برای دریافتی پزشکان در مناطق محروم.

۳۷. تربیت نیروهای میان‌رده‌ی پزشکی و پرستاری ویژه‌ی ارائه‌ی خدمت در فیلد در دانشگاه‌های علوم پزشکی.

۳۸. تربیت پزشکان بومی برای ماندگاری در برنامه‌ی پزشکی خانواده.

۳۹. تصمیم‌گیری راجع به اجباری بودن ارسال پزشکان، با توجه به جذابیت و تراکم پزشکان در هر منطقه.

۴۰. توجه به رعایت قرارداد، خوش‌قولی، عدم تاخیر در پرداخت، حفظ احترام و عزت و جایگاه پزشک خانواده.

۴۱. توجه به ظرفیت انسانی پزشک خانواده برای تحمل مسئولیت‌ها و بار کاری در بسته‌ی جبران خدمات.

۴۲. الزام پزشک خانواده به شناسایی جمعیت تحت پوشش و ویژگی‌های جمعیتی و شاخص‌های سلامتی آن در ابتدای کار.

۴۳. آموزش مهارت‌های رهبری، مدیریت، تصمیم‌گیری، ارتباط، بازاریابی اجتماعی و... به پزشکان خانواده.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-28]

۴۴. توجه ویژه به جبران خدمات غیرمالی (مانند تسهیلات خرید خودرو و ملک و...) با توجه به وضعیت بد اقتصادی کشور و ناتوانی در رقابت با کشورهای همسایه برای پرداخت مالی به پزشکان.
۴۵. توجه به اهمیت احساس پیشرفت شغلی و حرفه‌ای پزشکان خانواده در نظام جبران خدمات.
۴۶. تعیین مشوق‌هایی که هم متناسب با اولویت‌های پزشکان باشد و هم به ماندگاری آن‌ها در رشته پزشکی (فیلد).کمک کند.
۴۷. در نظر گرفتن تسهیلات ورود به رشته‌های تخصصی پایه مثل داخلی یا کودکان یا پزشکی خانواده برای پزشکان خانواده و افزایش درآمد آن‌ها با افزایش تحصیلات.

تهدیدها (Threats)

۱. عدم تعهد سیاسی، فهم غلط سیاست‌گذاران از اصلاحات نظام سلامت و تأثیرگذاری گرایش‌های سیاسی در تصمیم‌سازی‌ها.
۲. نبود اراده و بی‌تفاوتی دولت‌ها نسبت به برنامه و نبود پشتیبانی مناسب از جانب وزارتخانه‌ها و مشکلات مدیریت کلان کشور.
۳. عدم ثبات در سیاستگذاری و تغییر رویکرد با تغییر دولت‌ها
۴. ابهام در سیاست‌ها و نبود سند کتبی روشن و متقن.
۵. نادیده گرفتن ناهماهنگی ساختاری موجود در نظام سلامت در اجرای برنامه مانند ناهمسانی منافع سیاست‌گذاران، عدم تناسب در آموزش پزشکی، مشخص نبودن روند طراحی بسته‌ی خدمت و...
۶. عدم رهبری مناسب وزارت بهداشت در جلب همکاری‌های بین بخشی.
۷. عدم توجه به ابعاد اجتماعی و فرهنگی و سیاسی برنامه علاوه بر بعد سلامت و عدم فرهنگ‌سازی در جامعه.
۸. طراحی نامتناسب نظام سلامت ایران با نظام سطح‌بندی ارائه‌ی خدمات یا پزشکی خانواده و دادن فرصت رشد به بازارهای رقیب پزشکی خانواده.
۹. ضعف در زیرساخت‌های اطلاعات جامع سلامت شهروندان.
۱۰. عدم تناسب آموزش پزشکی با ارائه‌ی خدمات با محوریت پیشگیری و پزشکی خانواده.
۱۱. مشخص نبودن نحوه‌ی آموزش و تربیت پزشکان خانواده (تخصص پزشکی خانواده یا آموزش‌های هنگام خدمت یا آموزش‌های بعد از فارغ‌التحصیلی [Post Graduation] و...)
۱۲. نداشتن برنامه برای تربیت پزشکان بومی و طراحی برنامه درسی (کوریکولوم) آموزش پزشکی بومی برای ارائه‌ی خدمت متناسب با مسائل هر بوم.
۱۳. ناکارآمدی قراردادهای اجباری برای اضافه شدن پزشکان به برنامه‌ی پزشکی خانواده و اجازه ندادن برای فعالیت بالینی خارج از طرح، با تسهیل مهاجرت و جذابیت‌های دیگری که برای پزشکان وجود دارد.
۱۴. ضعیف شدن اقتصاد کلان کشور و تحریم‌های بین‌المللی.
۱۵. کاهش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (Gross Domestic Product [GDP])
۱۶. ابهام در اتخاذ یک سیاست تأمین مالی مشخص (طب ملی یا بیمه‌های اجتماعی).
۱۷. عدم پایداری منابع، چون روند تأمین مالی مبتنی بر شواهد نیست.
۱۸. اولویت باورشناسی (ایدئولوژی) و سلایق فردی بر شواهد علمی و قانون در تخصیص و توزیع منابع.
۱۹. بی‌انضباطی مالی دولت در مدیریت منابع سلامت (مانند وجود اختلاف بین بودجه‌ی مصوب برای وزارت بهداشت و بودجه‌ای که در نهایت به آن پرداخت می‌شود یا عدم ابلاغ بخشی از بودجه‌ی سلامت توسط دولت جهت به‌کارگیری آن در بخش‌های دیگر)
۲۰. عدم رایزنی‌های بین بخشی وزارت بهداشت برای احقاق منابع قانونی مانند عوارض بر کالاهای آسیب‌رسان.
۲۱. سهم بیشتر درمان نسبت به بهداشت و پیشگیری در بودجه.
۲۲. پیش‌بینی بخشی از منابع وزارت بهداشت از درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها، در ناهمسانی با هدف دروازه‌بانی ([Gate Keeping] فعالیت کنترل و معمولاً محدود کردن دسترسی عمومی به چیزی) نظام ارجاع است.
۲۳. چندپارگی و تعدد بیمه‌ها و قوانین حاکم بر هر یک از آن‌ها.
۲۴. یکی بودن خریدار و ارائه‌دهنده‌ی خدمات.
۲۵. مناسب نبودن ترکیب شورای عالی بیمه به عنوان نهاد نظم‌دهنده (رگولاتوری Regulatory) بیمه.

نتیجه‌گیری

پیش از پرداختن به اصلاحات سه اهرم کنترل یاد شده و فرای این اصلاحات، برای فراهم شدن زمینه‌های اجرای سراسری پزشکی خانواده اصلاحاتی نظیر توجه به بافتار سیاسی و اجتماعی ایران، اجرای کامل و یکپارچه‌ی اصلاحات در سه سطح، تعهد سیاسی در سطح سه قوه، فرهنگ‌سازی در جامعه و جلب مشارکت مردم در برنامه، تغییر نگرش به برنامه به عنوان راهی برای توسعه‌ی درون‌زا و هماهنگی آموزش پزشکی با برنامه‌ی پزشکی خانواده باید مورد توجه قرار بگیرد.

اصلاحات تأمین مالی و نظام پرداخت و مقررات و قرارداد پزشکی خانواده که برای اجرای یکپارچه‌ی آن در سراسر کشور باید در اولویت قرار بگیرد، به این شرح است:

تأمین مالی

اصلاحات جمع‌آوری منابع (Revenue Raising): مشخص کردن نظام تأمین مالی سلامت، پایدار شدن منابع، مبتنی بر شواهد شدن روند

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-28]

پیش‌بینی منابع، حذف اعمال نفوذ سیاسی و فردی در روندهای تأمین منابع، تولیت مناسب وزارت بهداشت در احقاق منابع سلامت و تخصیص مناسب آن.

تأمین مالی از طریق صنعت بیمه‌ای قدرتمند: حاکم شدن قواعد و نهادهای نظارتی (رگولیشن Regulation) یکسان بر همه‌ی بیمه‌ها به جای گردآوری بیمه‌ها، گردآوری منابع در بیمه‌ها، دریافت سرانه‌ی بیمه (Contribution) متناسب با درآمد هر فرد و ریسک بیمار شدن او یا مشوق‌هایی برای رفتارهای سالم، خرید راهبردی خدمات، کامل و کافی شدن بسته‌ی خدمات پایه، رفع تأخیر در پرداخت.

نظام پرداخت

اصلاحات در تعرفه و نظام تعرفه‌گذاری: حضور افراد سود بر و تعیین تعرفه به صورت توافقی، تعرفه‌های واقعی و متناسب با بهای واقعی خدمات، رشد متناسب با تورم سالانه، تفاوت عادلانه بین تعرفه‌ی خدمات سطح اول و تخصصی، جلب همراهی پزشکان سطح دو و سه، تفاوت مبرز تعرفه در صورت ارجاع توسط پزشک خانواده در برابر مراجعه‌ی مستقیم به متخصص.

فراهم آوردن زیرساخت‌ها به‌خصوص زیرساخت‌های الکترونیک برای اجرای صحیح روش پرداخت مبتنی بر عملکرد (Pay for performance): انتخاب ارزیاب‌ها از میان پزشکان خانواده‌ی با تجربه، ایجاد زیرساخت‌های الکترونیک برای ثبت عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت و ارزیابی عملکرد آن‌ها به روش الکترونیک، ایجاد زیرساخت‌ها برای تسهیل ارائه‌ی خدمات با کیفیت توسط ارائه‌دهندگان خدمت، تدوین گایدلاین‌های بالینی و ایجاد سیستم‌های الکترونیکی که پزشک برای معاینه و تجویز از آن کمک بگیرد، معیارهای مناسب، قابل اندازه‌گیری در بازه‌های زمانی مشخص، پیشگیری محور و متناسب با هر بوم.

همچنین به‌کارگیری نظام‌های پرداخت ترکیبی در هر سه سطح و هماهنگی آن‌ها با هم (سرانه در سطح یک و DRG در سطوح بالاتر)، مشخص کردن سهم بهداشت و پیشگیری از هزینه‌کرد بیمه‌ها توسط نهاد نظم دهنده، تلاش برای مشارکت مردم در پزشکی خانواده و تبعیت آن‌ها از نظام ارجاع با فرهنگ‌سازی و الزامات بیمه‌ای در پرداخت از اصلاحات مدنظر در نظام پرداخت است.

قرارداد و مقررات

ایجاد مشوق‌ها و جذابیت برای ماندگاری بیشتر پزشکان در برنامه، مشوق‌هایی برای حضور و ماندگاری پزشکان سطح دو و سه در برنامه، توجه به آموزش‌های حین خدمت کارآمد، ذکر شدن دقیق وظایفی که از پزشکان خانواده انتظار می‌رود و مسئولیت‌های آن‌ها و شاخص‌های کیفیت ارائه خدمات که مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت در قرارداد، توجه به ظرفیت‌ها و محدودیت‌های انسانی پزشکان در تحمل فشار کاری و مسئولیت‌های محوله به آن‌ها (اعم از رفتارهای محترمانه و یا دادن مشوق‌های غیرمالی و غیرمستقیم)، ایجاد جذابیت‌هایی برای تیم پزشکی خانواده برای ماندگاری در مناطق محروم، آموزش و ارتقای علمی و توانایی‌های حرفه‌ای مانند نگاه سلامت محور و مهارت‌های ارتباطی پزشکان خانواده و سپس مطالبه‌ی استانداردهای کیفی از آن‌ها.

منابع

1. “Heidarzadeh MH, Emami-Razavi SH, Akbari Sari A, Harirchi I, Sadeghat Siahkal M. An Analysis of the Challenges in Financing, Payment System, and Regulations of the Family Medicine Program in the Islamic Republic of Iran and Proposals for Its Improvement [PhD dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2024.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-28]

Policy Brief

An Analysis of Challenges and Strategic Recommendations for Implementing the Family Medicine Program in Iran: Insights from the Fars and Mazandaran Provinces

Seyed Hassan Emami-Razavi[1], Ali Akbari Sari[2], MohammadHossein Heidarzadeh[*3]

1. Professor of Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. ***Corresponding Author**: Doctor of Medicine (MD), School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, mhheidarzadeh99@gmail.com

Abstract

This policy brief analyses the experience of implementing the Urban Family Physician Program in Fars and Mazandaran provinces since 2012. Drawing on interviews with 12 experts and questionnaires distributed among policymakers, managers, service providers, and health researchers, the brief applies a SWOT framework to examine the strengths, weaknesses, opportunities, and threats of the program. Findings indicate that nationwide implementation requires structural reforms in three key areas: financing, payment systems, and contracts/regulations. Sustainable financing through insurance funds, fair tariff-setting and infrastructure for performance-based payments, as well as contracts that incentivize physician retention and service quality, are identified as critical prerequisites for the program's success at the national level. Furthermore, political commitment, public awareness, alignment of medical education with program goals, and active community participation are essential to ensure the program's sustainability and effectiveness.

Keywords: Contracts, Family Practice, Healthcare Financing, Health Regulations

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-28]