مقـــاله تحقیقی

ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه مراقبت های اولیه سلامت: مطالعه فراتحلیل

قهرمان محمودی عالمی[1]، جمشید یزدانی چراتی[2]، علیرضا حیدریان نایینی[3*]

[1] دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی،دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری،ساری، ایران.

[2] استاد آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

[3] دانشجوی دوره دکتری مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

ساری، میدان خزر، کیلومتر ۷ جاده دریا (فرح آباد)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.

نشانی الکترونیک:
alireza.h120@gmail.com

چکیده

زمینه: از آنجا که شیوه اجرای طرح پزشک خانواده می‌تواند در توسعه کیفیت خدمات آن اثر گذار باشد، استفاده از تجربیات سایر کشورها می‌تواند به فرآیند اجرا و توسعه خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشکی خانواده کمک نماید.

به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تعیین ساختار و مولفه‌های اجرایی طرح پزشک خانواده جهت دستیابی به کیفیت خدمات در کشورهای موفق دنیا و کشورهای مشابه به شیوه فراتحلیل و به منظور ایجاد مبانی اجرایی برای سیاست‌گذاران و مجریان طرح پزشک خانواده انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه ۱۵ پایگاه الکترونیکی و موتورهای جستجوگر با کلید واژه‌های مرتبط از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ مورد جستجو قرار گرفت و مقالات انگلیسی یا فارسی در موضوعات بهداشتی مورد بحث قرار گرفت. ارزیابی کیفیت مقالات با استفاده از چک لیست CASP انجام شد و از مجموع ۳۰۶۷ مقاله، درنهایت ۶۷ مقاله با عنوان، چکیده و متن مرتبط بررسی شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته های این مطالعه، ساختارها و مولفه‌های اصلی اجرایی بدست آمده و استفاده شده توسط کشورهای مورد مطالعه جهت پیاده سازی طرح پزشک خانواده عبارت از ساختارهای سازمانی و مدیریتی، بیمه‌ای، نظارتی و کنترل، پرداخت، ارائه دهندگان، کیفیت، حمایتی و فرهنگی بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی افزایش کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه، نیازمند توجه به ساختار اجرایی آن می‌باشد. استفاده از مولفه‌های اجرایی بدست آمده در مطالعه اخیرکه جمع‌بندی اقداماتی است که در کشورهای موفق در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشک خانواده داشته‌اند، می‌تواند در جهت افزایش کیفیت خدمات در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشک خانواده مورد استفاده مدیران اجرایی و سیاستگذاران قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، مراقبت‌های اولیه سلامت، کیفیت خدمات، ساختار اجرایی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین مقوله‌های سیاست‌گذاری اجتماعی و متفاوت با سایر کالاهای عمومی، جایگاه ویژه‌ای در رفاه و توسعهٔ هر کشوری دارد. یکی از مهم ترین سیاست‌ها و برنامه‌های مطرح در عرصهٔ نظام سلامت، برنامهٔ پزشک خانواده است که بدلیل ماهیت ریشه‌ای آن، تغییرات بنیادینی در نظام سلامت و به تبع آن در سلامت و رفاه مردم ایجاد می‌کند (۲ و ۱).

از آنجا که ارتقای کیفیت به عنوان روشی برای بهبود مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته می‌شود و همچنین نقش حاکمیت‌ها نیز در شیوه اجرای نظام ارائه خدمات در جهت بهبود پیامدهای سلامت، مورد توجه قرار گرفته‌است (۷-۳). در سال‌های اخیر در سطح کشورها فعالیت‌های گسترده ای در راستای ارتقای کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی انجام شده است (۸).

کیفیت در مراقبت‌های اولیه بهداشتی بسیار پیچیده است؛ زیرا خدمات توسط یک تیم چند تخصصی ارائه می‌گردد و عملکرد هر فرد در تیم و ارتباط بین افراد و گیرندگان خدمات، در کیفیت نهایی تاثیرگذار می‌باشد(۹). متأسفانه علیرغم اهمیت زیادی که بخش بهداشت و درمان دارد، شیوه ارائه خدمات توسط این بخش به نوعی است که در موارد زیادی نارضایتی جامعه را به دنبال دارد، چرا که به لحاظ خطیر بودن خدمات این بخش، اشتباهات بسیار کوچک در اجرا، خسارات بزرگ و جبران‌ناپذیری را به دنبال خواهد داشت (۱۰). با توجه به اینکه ساختار مراقبت‌های اولیه در هر کشوری متفاوت و متناسب با زیر ساخت‌های نظام سلامت آن می‌باشد (۱۲ و ۱۱). لذا استفاده از تجربیات کشورهای موفق متناسب با شرایط و ویژگی‌های جوامع می‌تواند به ساختاردهی مناسب جهت دستیابی به کیفیت مراقبت های اولیه کمک نماید (۱۳).

سازمان‌های بین المللی مانند سازمان بهداشت جهانی و سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی، استراتژی‌هایی را برای افزایش کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه ارائه کرده‌اند (۱۸-۱۴). بریتانیا "پرداخت مبتنی بر عملکرد" را در سال ۲۰۰۲ ارائه کرد که منجر به اعمال عمومی ۲۵ درصد از تامین بودجه مراقبت‌های اولیه سلامت بر اساس نتایج کیفیت شد (۱۹). ایالات‌متحده نیز در مورد گزینه‌هایی از جمله پرداخت بر اساس اهداف کیفیت خدمات در حوزه پزشک خانواده ساختار اجرایی را طراحی نمود (۲۰). نیوزیلند یک چارچوب ساختاری را در اجرا جهت هدایت کیفیت بالینی در مراقبت‌های اولیه ایجاد کرد (۲۱).

در استرالیا نیز اقدامات اجرایی را در جهت افزایش کیفیت خدمات در حوزه مراقبت های اولیه سلامت انجام داد ، از جمله این برنامه ها می توان به ساختار مشوق‌های دولتی و بازبینی نظام پرداخت‌ها، در سال ۲۰۰۲ اشاره نمود. (۱).استانداردهای دانشگاه سلطنتی استرالیا استانداردهای رسمی پزشکی خانواده استرالیا را تشکیل می‌دهند و شامل عناصری از قبیل زیرساخت و مدیریت اجرایی و بالینی می‌شوند (۲۲).

در برخی کشورهای موفق نیز درجهت ارائه خدمات با کیفیت و همچنین استمرار و توسعه کیفیت خدمات اقداماتی انجام شده است (۲۵-۲۳). این اقدامات اجرایی شامل رهبری، مدیریت منابع انسانی؛ تعامل فعال همه کارکنان؛ ارائه خدمات چندوجهی و ایجاد هماهنگی بین خدمات در همه سطوح سیستم سلامت مانند آموزش و سیستم قابل اعتماد و به موقع داده های پزشکی از طریق پشتیبانی فن‌آوری اطلاعات بوده است (۲۸-۲۶) . توجه به فرآیندهای ارزیابی و همچنین مقوله های فرهنگی نیز، به نوبه خود منجر به توسعه کیفیت مراقبت‌های اولیه به عنوان بخشی از مفهوم وسیع‌تر بهبود مستمر کیفیت در حوزه سلامت می گردد که در برخی کشورها به آن توجه شده است (۱).

از آنجا که ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده در توسعه کیفیت خدمات و پیامدهای سلامت آن اثر گذار خواهد بود، از این رو استفاده از تجربیات کشورهای موفق به فرآیند اجرا و توسعه خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشکی خانواده کمک خواهد نمود (۱). مطالعه حاضر با هدف جمع‌آوری و ترکیب یافته‌های اجرایی که در جهت دستیابی به خدمات با کیفیت در حوزه پزشکی خانواده در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته، به منظور ایجاد مبانی اجرایی برای سیاست گذاران و مجریان طرح پزشک خانواده انجام شده است.

روش کار

مطالعه حاضر، یک مرور نظام‌مند و متاسنتز می‌باشد که در سال۱۳۹۹ در خصوص مولفه‌های اجرایی طرح پزشک خانواده جهت دستیابی به کیفیت خدمات در کشورهای موفق دنیا و کشورهای مشابه انجام شد. لذا در این بخش مطالعات فارسی و انگلیسی که به مولفه‌های اجرایی، ساختار و شیوه اجرای پزشک خانواده پرداخته‌اند به صورت نظام‌مند جستجو شده و با استفاده از تکنیک متاسنتز که یک تفکر آگاهانه در مورد نتایج پژوهش‌های انجام شده است و تفکر کلید اصلی آن محسوب می‌شود، تحلیل محتوا و ترکیب شده‌اند.

روش تحقیق فرا ترکیب Meta-synthesis یا متاسنتز روشی مبتنی بر مرور سیستماتیک مطالعات کتابخانه‌ای جهت دستیابی به شناخت عمیق پیرامون پدیده مورد مطالعه بوده و از طریق جستجو، ارزیابی، ترکیب و تفسیر مطالعات کمی یا کیفی در یک حوزه خاص با ترکیب داده‌های ثانویه یافته‌های حاصل از سایر مطالعات، برای پاسخگویی به نتایج خود یافته‌های جدیدی را به دست می‌آورد.

این مطالعه از الگوی هفت مرحله‌ای سندلوسکی و باروسو استفاده کرده و مطابق مراحل ذیل انجام گرفت.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

۱. تنظیم پرسش های پژوهش
۲. بررسی نظام‌مند متون
۳. جستجو و بررسی مقاله‌های مرتبط
۴. استخراج اطلاعات مقالات
۵. تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی
۶. پایایی و اعتبار مدل (کنترل کیفیت)
۷. استخراج اطلاعات مقالات

استراتژی جستجو: مطالعه حاضر درسال ۲۰۱۹ به بررسی مقالات منتشرشده در زمینه شیوه اجرای طرح پزشک خانواده در کشورهای مختلف پرداخت. بدین منظور مقالات منتشر شده در مجلات داخلی و خارجی از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۹ مورد جستجو قرار گرفتند که در پایگاه‌های اطلاعاتیISI، Scopus، PubMed، web of Science، Springer ، Google scholar، Ebsco ، Pro-Quest ، ScienceDirect، Google، Willey، Scientific In-formation Database (SID) ، Iranmedex, Magiran ،ISC، نمایه شده بودند. علت انتخاب این بازه زمانی، پی بردن به ضرورت اصلاحات از سوی سیاستگذاران نظام سلامت کشور در این سال‌ها و متعاقب آن، اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سالهای اخیر می‌باشد.

تمامی اصطلاحات کلیدی ازطریق یک جستجوی ابتدایی به دست آمد . سپس با کمک دوکارشناس موضوعی برای بهبود استراتژی و اصطلاحات جستجو، مطالعات مرتبط باموضوع اجرای طرح پزشک خانواده و با استفاده از دو دسته کلید واژه های انگلیسی وفارسی شامل

(Family) & (Physician / Practice /Medicine) AND (Primary Health care/Health service/Medical service)

جستجوشدند و مطالعاتی که در زمینه پزشکی خانواده در حوزه غیر اجرایی بودند، به دلیل عدم تطابق با هدف پژوهش مورد استفاده قرار نگرفتند. در مرحله بعدی با کمک دو پژوهشگر دیگر، به صورت تصادفی نشان داده شد که هیچ مطالعه ای از دست نرفت. درگام نهایی با استفاده ازفهرست منابع مطالعات استخراج شده و برای وسعت بخشیدن به دامنه جستجو، به بررسی و ورود تعدادی از مقالاتی که نتوانستیم از طریق پایگاه های مختلف داده دریافت نمائیم، اقدام گردید تا حساسیت پژوهش افزایش یابد.

معیار انتخاب مطالعات این بود که مقالات دارای متن کامل، مرتبط با موضوع باشند یا بیشترین ارتباط را با موضوع داشته، جدید و در محدوده سال های تعیین شده و به زبان فارسی یا انگلیسی بوده و حداقل نمره را در ارزیابی کیفی بدست آورند.

انتخاب مطالعات: بعد ازجستجو در پایگاه های موردنظر، مطالعات درچندگام پالایش شدند. ابتدا بعد از مطالعه عناوین و چکیده، عناوین غیرمرتبط حذف شده و برخی نیز بعد از خواندن چکیده کنار رفتند. کتاب‌ها، مقالات همایش‌ها، گزارشات، سرمقاله روزنامه‌ها و مطالعات بدست آمده از موتورهای جستجو غیرعلمی نظیر Google ازتحلیل های بعدی ما کنارگذاشته شدند .همین طور مقالاتی که فارسی یا انگلیسی نبودند ،ازمطالعه خارج شدند. سپس تمام مقالاتی که باقی ماندند با دسته‌بندی براساس معیارهای ورود وخروج، مورد ارزیابی قرار گرفتند. این سخت‌گیری در انتخاب مقالات، برای اطمینان از کیفیت علمی آن‌ها برای استفاده دراین پژوهش بود.

جستجوی پایگاه داده: پس از جستجو با استفاده از کلید واژه های فوق مجموعاً ۳۰۶۷ مقاله از پایگاه های الکترونیکی داده ای و موتورهای جستجوگرشناسایی شد که با محدودکردن جستجو، تعداد۷۷۷ مقاله باعناوین نسبتاًمرتبط شناسایی شدکه تعداد ۳۴۲ مقاله با عنوان تکراری حذف و ۴۳۵ مقاله با دست چین کردن عنوان وچکیده باقی ماندند که درمرحله بعد با خروج ۳۰۵ مورد عناوین نامرتبط از پژوهش، ۱۳۰ متن کامل مقالات باقی ماند که چکیده مقالات مرتبط مورد بازخوانی قرار گرفت تا مرتبط ترین چکیده مقالات مشخص شود. در این مرحله ۷۳ مقاله مرتبط انتخاب شد و ۵۲ مقاله دیگرحذف گردید. در مرحله بعدی ، متن کامل ۷۳ مقاله برای تعیین شایستگی انتخاب شدند و همچنین ۵ مقاله، کتاب و پایان نامه نیز از سایرمنابع به مطالعه واردگردید. درمرحله آخر متن کامل ۶۸ مقاله انتخابی باتوجه به معیارهای ورود وخروج و بعدازتعیین شایستگی مطالعات از مطالعه برای بررسی در این مطالعه انتخاب گردید.

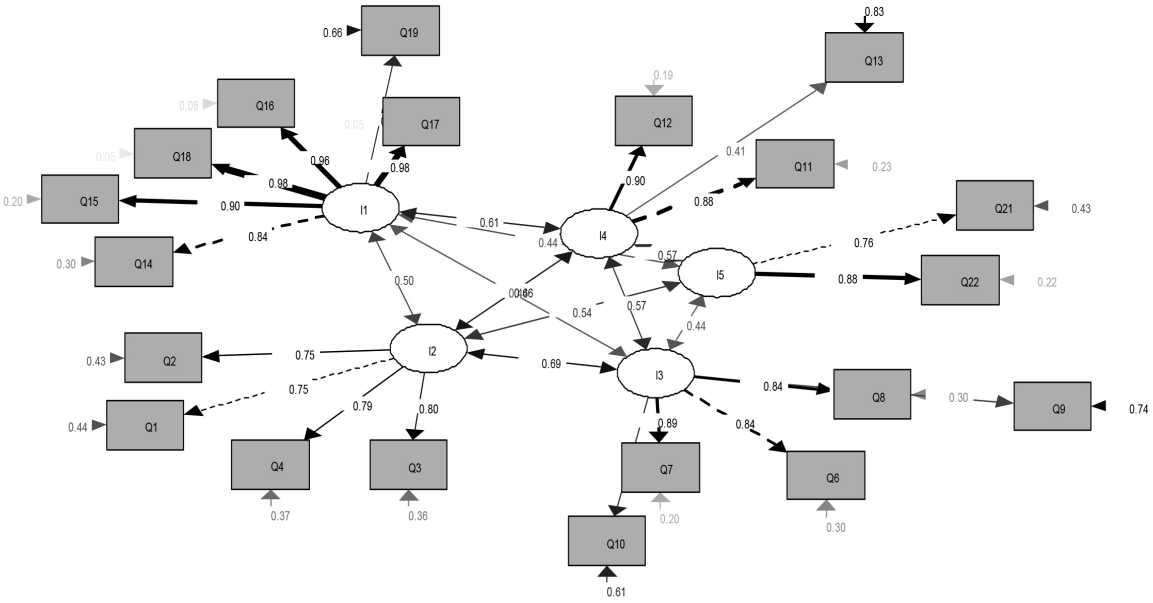
ارزیابی کیفی: کیفیت مقالات با استفاده ازچک لیست CASP مورد بررسی قرار گرفت، بطوریکه ابتدا اهداف مقالات مورد بررسی قرار گرفت و در صورت متناسب بودن اهداف مقالات، از چک لیست CASP استفاده گردید. این چک لیست حاوی ۱۰ سوال بود و استفاده از آن به ما کمک می کرد تا یک بررسی منظم را درک کنیم. براین اساس ما کیفیت مقالات را در سه سطح (کم، متوسط و با کیفیت بالا) دسته‌بندی کردیم که اگر نمره مقاله کمتر از ۴ بود، مطالعه با کیفیت پایین ونمره بین ۴ تا ۷ با کیفیت متوسط و نمره ۷ به بالا، با کیفیت بالا ارزیابی شد. لذا مقالاتی که نمره بالای ۷ بدست آوردند، در پژوهش ماندند.

نمودار جریان فرایند انتخاب مقالات برای مطالعات مروری منظم و متا آنالیز درشکل ۱ نشان داده شده است.

استخراج داده‌ها: ابزار مورد استفاده برای استخراج داده‌ها، فرم محقق ساخته بودکه کلیه داده‌های مطالعات پیشین ازجمله نام نویسنده اول، سال انتشار، نوع پژوهش، مکان پژوهش در آن ذکرشد.

تحلیل داده‌ها: بعداز استخراج و جمع آوری داده‌های هرمقاله، باتوجه به ماهیت کیفی پژوهش، از تجزیه و تحلیل چارچوب کیفی برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده گردید و در نهایت مهمترین

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]



شکل ۱ : فلوچارت فرآیندبررسی وانتخاب مقاله مبتنی برروش مطالعات مروری منظم ومتاآنالیز

مولفه های اجرایی پزشکی خانواده درجدول شماره ۱ طبقه بندی گردید و ارتباط هر مقوله با ابعاد کیفیت مطرح شده توسط کمیسیون مشترک اعتباربخشی مشخص گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی مطالعات پیشین نشان داد که ساختار و مولفه‌های اجرایی جهت پیاده سازی طرح پزشک خانواده را می‌توان به هشت مولفه اصلی (ساختار) و چندین مولفه فرعی دسته بندی کرد. ساختارها و مولفه های اصلی اجرایی جهت پیاده‌سازی طرح پزشک خانواده عبارتند از: ساختار سازمانی و مدیریتی،ساختار بیمه ای ،ساختار نظارتی و کنترل، ساختار پرداخت، ساختار ارائه دهندگان، ساختار کیفیت، ساختار حمایتی و ساختار فرهنگی

نهایتا دسته‌بندی ثانویه مولفه و زیر مولفه بر اساس ابعاد کیفیت مطرح شده توسط کمیسیون مشترک اعتباربخشی (کارایی و کنترل هزینه‌ها (En)[۱]، اثربخشی و مبتنی بر شواهد بودن خدمات[۲](Ef.)، متناسب با نیاز فرد، خانواده و جامعه بودن خدمات[۳](P)،ایمنی خدمات[۴](S)، احترام و توجه افراد[۵](R)، استمرار و تدوام خدمات[۶](C)، ارائه خدمات به موقع[۷](T)، عدالت و دسترسی به خدمات[۸](A)) مطابق جدول ۱ تعیین گردید.

درگاهداری نظام سلامت و برقراری نظام ارجاع و پسخوراند، از مهم ترین مکانیسم های اجرایی در حوزه ساختار سازمانی و مدیریتی پزشکی خانواده است که جهت دستیابی به اهداف کیفیت از جمله تداوم و استمرار خدمات،کارآیی و تناسب خدمات با نیازهای جامعه مورد استفاده قرار می گیرد. فرآیند درگاهداری به گونه ای است که پزشک خانواده محوریت درمان را بر عهده داشته و مسئول اصلی هماهنگی مراقبتها در تمامی سطوح می باشد. در این میان می توان از مکانیسم های حمایتی نیز جهت استقرار نظام ارجاع و درگاهداری استفاده نمود. اجبار و تشویق توام جهت ثبت نام نزد پزشکان خانواده، پوشش بیمه ای خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع و یا برخورداری از برخی مزیت ها نظیر کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات در صورت رعایت نظام ارجاع از مکانیسم های اجرایی است که کشورهای موفق از آنها جهت نهادینه نمودن نظام ارجاع، درگاهداری و پزشکی خانواده استفاده نموده اند. در این میان ارائه خدمات سطوح تخصصی باید متناسب و همگام با سطح یک یعنی پزشک خانواده ارائه گردد. زیرا جلب همکاری سطوح تخصصی در موفقیت طرح پزشک خانواده نقشی اساسی خواهد داشت و بدون اعمال اصلاحات در سطوح تخصصی و فرایندهای مرتبط با آن نمی توان پزشک خانواده موفقی را ترسیم نمود. از این رو قانونمند نمودن و اعمال محدودیت هایی در میزان، نوع، شیوه و محدوده ارائه خدمات برای سطوح تخصصی و هماهنگ با پزشک خانواده از مولفه های اجرایی است که در اجرای طرح پزشک خانواده باید به آن توجه نمود.

ایجاد بستر ارتباطی نظام مند بین پزشکان خانواده، افراد، خانواده ها و جامعه، سایر متخصصین سلامت، بیمارستانها ، سازمانهای بیمه‌گر، سازمان‌های مراقبت اجتماعی، نهادهای سیاستگذار سلامت، سازمان‌های آموزشی و دانشگاه‌ها، نهادهای ارزیابی کننده نیازهای

۱. Efficiency (En.)
۲. Effectiveness and evidence base services (Ef.)
۳. Patient center (P)
۴. Safety (S)
۵. Respect and caring (R)
۶. Continuity in care (C)
۷. Timeliness (T)
۸. Availability & accessibility (A)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

جدول ۱: دسته‌بندی ثانویه مولفه و زیر مولفه براساس ابعاد کیفیت

مولفه اصلی	مولفه فرعی	زیرمولفه	ابعاد کیفیت
ساختار سازمانی و مدیریتی	الف.درگاه داری نظام سلامت	۳۶درگاه داری نظام سلامت توسط پزشکان عمومی(۲۹, ۳۰) (۳۱-۳۳) (۳۴-۳۷)	En.P.C.
	ب.برقراری نظام ارجاع هدفمند	نظام ارجاع(۳۰, ۳۱, ۳۸-۴۲)	En.P.C.
		پزشک خانواده، محوریت درمان (۳۵) و مسئول اصلی هماهنگی مراقبتها (۳۰, ۳۹, ۴۳)	Ef.En.P.T.S.C.
		مکانیسم ارائه پسخوراند کامل توسط ارائه دهندگان خدمات تخصصی(۴۴)	Ef.En.S.C.
	ج. مکانیسم های حمایتی از درگاهداری و مسیر ارجاع (۹۶)	اجبار و تشویق توام جهت ثبت نام جامعه نزد پزشکان خانواده (۴۴) (۴۵)	En.P.C.
		پوشش کامل هزینه های مسیر ارجاع (۳۲) یا کاهش هزینه های بیمار در صورت رعایت مسیر ارجاع (۴۶)	En.A.
		زمان انتظار کمتر و هماهنگی بهتر در مشاوره با متخصصین در نظام ارجاع(۳۷)	En.A.
		امکان استفاده از خدمات پزشکی خانواده در ساعات کاری عصر (۳۷)	A.T.
		خدمات رایگان پزشک خانواده(۴۷) و یا معافیت از پرداخت مشارکتی برای برخی داروها در پزشکی خانواده(۳۷)	A.
		محدودیت ویزیت از جانب پزشکان متخصص خارج از نظام ارجاع (۳۵, ۳۶)	En.
	د. بستر ارتباطی نظام مند	با جمعیت و جامعه (۴۸) انجمن های پزشکی (۳۷, ۴۹) سازمانهای امدادی (۳۷) سایر متخصصین سلامت(۴۸, ۵۰, ۵۱) بیمارستانها (۵۱, ۵۲) سازمانهای بیمه گر (۵۱) سازمانهای مراقبت اجتماعی (۵۲) نهادهای سیاستگذار سلامت (۴۹) سازمانهای آموزشی و دانشگاهها (۴۹, ۵۱, ۵۳) نهادهای ارزیابی کننده نیازهای سلامت جامعه (۴۹)	Ef.A.P.T.C.
	ه. خدمات سلامت الکترونیک	نظام ارجاع الکترونیک(۴۴) (۴۳) بر خط(۴۳)	A.T.C.R
		۵۸پرونده ی الکترونیک سلامت(۳۹, ۴۳) (۵۱, ۵۴-۵۷) ، بر خط(۵۸) ، طراحی شده بر اساس کیفیت (۵۵) با قابلیت های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبتها (۵۱) دارای پایش اپیدمیولوژیک(۴۷)، مرتبط با گایدلاینهای درمانی(۵۱)،با امکان ادغام مراقبت های ارائه شده توسط ارائه دهندگان مختلف(۳۹, ۵۹) ارتباط با سیستم آرشیو بازیابی تصاویر پزشکی(۳۸) دارای قابلیت برخط برای انتقال اطلاعات بین ارائه کنندگان (پرونده ی اشتراکی) (۶۰) هماهنگ بین تمامی ارائه کنندگان مراقبتها (۳۹)	Ef.En.A.P.T.S.C.R
		کارت اعتباری الکترونیکی جهت دسترسی به پرونده الکترونیک (۳۷, ۵۱)	R
		نسخه نویسی الکترونیک (۵۳) با قابلیت پایش عملکرد (۵۱) (۳۹, ۴۳)و قابلیت پیشگیری از خطاهای پزشکی (۵۱, ۵۵) سیستم های هشدار الکترونیک در اشتباهات تجویز (۵۵) با قابلیت های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبتها (۵۱)	En.S.R
		دسترسی آنلاین افراد به پرونده پزشکی سلامت خود (۵۵, ۵۶)	A.S.R
		۶۵رعایت محرمانگی و دسترسی مدیریت شده به پرونده افراد(۴۵, ۶۲, ۶۵)	R
		توسعه خدمات غیر حضوری پزشکان خانواده (مشاوره تلفنی) تله مدیسین(۵۲) (۴۳) و دسترسی الکترونیک به خدمات (۶۱)	En.A.T.R
	و. فرایندهای ارائه خدمات	حفظ حق انتخاب بیمار در دریافت خدمات مراقبت اولیه (۵۴)و خدمات بیمارستانها (۵۱) و خدمات تخصصی(۴۴) و مکانیسم قابل انعطاف در ثبت نام و جابجایی پزشک خانواده (۵۳)	A.R
		مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات مراقبتهای سلامت اولیه (۴۱)	A.T.
		ارائه خدمات در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل، در موارد مرخصی یا عدم توان ارائه خدمات (۵۳) از جمله سیستم پزشکان مراقبتهای مداوم (۳۱)	A.T.
		۶۷-۶۸ارائه خدمات مراقبت های اولیه سلامت به صورت ادغام یافته، تجمیعی و تیمی(۲۹, ۳۱, ۳۹, ۴۳, ۶۲, ۶۳) (۳۷, ۴۷, ۵۲, ۵۳, ۶۴-۶۷)	En.A.T.R
		بیمار محوری خدمات و ارائه خدمات مبتنی بر نیاز جامعه، خانواده و افر اد (۳۴, ۵۲, ۶۸-۷۰) و پایش اپیدمیولوژیک توسط پزشک خانواده (۴۵, ۵۲)	Ef.En.A.P.T.R
		سلامت محور بودن خدمات و غربالگری جمعیت در مراقبت های اولیه سلامت(۵۳) (۳۱) و پوشش بیمه ای این خدمات (۶۹, ۷۱)	Ef.En.A.T.
		گایدلاین محور بودن خدمات (۳۷, ۶۵, ۷۱) و تدوین و بکارگیری استانداردهای بالینی (۶۹) و گایدلاین حرفه ای پزشکان خانواده (۵۱) و ارتباط پزشکان خانواده با مراکز تحقیقات مراقبت های اولیه سلامت و لینک پرونده الکترونیک با گایدلاینهای درمانی (۵۱, ۵۴)	Ef.En.S.
		فراگیر بودن خدمات و ارائه خدمات در منزل توسط پزشکان خانواده (۳۰, ۳۱)	A.T.R
		تعریف دقیق حیطه وظایف پزشکان خانواده(۷۲)	En.
		محدودیت ویزیت سالانه در ارائه دهندگان خدمات تخصصی(۵۲)	En.
		محدود بودن فعالیت متخصصین فقط در بیمارستانها(۳۷, ۷۳)	En.
		حجم خدمات استاندارد تعیین شده (۳۷)	En.
		محدودیت ارجاع به متخصص از سوی پزشک خانواده (۴۷)	En.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

ساختار بیمه‌ای		ایجاد بستر بیمه همگانی(۳۰, ۳۲, ۳۷, ٤٦, ٥١, ٥٤, ٧٤-٧٩)	En.A.T.
		مشارکت بیمه‌های خصوصی در پوشش خدمات پزشک خانواده (٦٩, ٧١) (۴۱)	A.T.
		قرارداد بیمه ها با پزشکان بر اساس الگوی عملکرد و انطباق با اهداف (۸۰)	Ef.En.
		پایش و تایید دوره‌ای ارائه کنندگان توسط بیمه‌ها (۲۹)	Ef.En.
		بیمه‌های اختیاری برای کاهش زمان انتظار (٥٤)	A.T.
		پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت محور مانند پیشگیری(۷۱)	En.A.T.
ساختار نظارتی و کنترل	الف. کنترل از طریق مکانیسم پرداخت	معیارهای انضباط مالی و ارتباط معیارهای مالی با پرداختها (۸۱)	En.
		پرداخت گلوبال به مراکز پزشک خانواده (۵۵) و تسهیم سود مبتنی بر گروه(۶۹)	En.
		انتقال ریسک هزینه ها از بیمه به پزشکان خانواده از طریق پرداخت سرانه(۳۱, ۳۲, ۴۱, ۵۴, ۸۲)	En.
		پرداخت ثابت بابت هزینه های جاری و خدمات آزمایشگاهی علاوه بر سرانه به پزشکان عمومی(۸۲)	En.
		مدیریت بودجه خدمات تخصصی توسط گروههای تخصصی(۸۳)	En.
		مکانیسم پرداخت P٤P (۳۷, ۵۵, ٨٤)	Ef.En.
		پرداخت مبتنی بر نتایج دستیابی به اهداف به پزشکان خانواده (۳۲, ۵۴, ۷۴, ۸۲) (۵۴, ۷۶)	Ef.En.
	ب. کنترل رقابتی	طرح اجازه گرفتن برای مصرف منابع (۸۵)	En.
		رقابت مدیریت شده توسط بیمه ها بر اساس کیفیت خدمات (۵۱, ۵۴)	Ef.En.
	ج. کنترل کمی	پایش عملکرد پزشکان خانواده و مراکز پزشک خانواده(۳۷, ۵۱, ۵۳, ۶۹, ۷۱) توسط انجمن پزشکان خانواده (۳۷) از طریق پرونده الکترونیک سلامت و نسخه نویسی الکترونیک (۵۳) (۵۱) (۳۹, ۴۳)	Ef.En.C.
		نظارت بر الگوی نسخه نویسی(۴۴, ۵۵) (۳۹)	Ef.En.
ساختار پرداخت		پرداخت سرانه به پزشکان عمومی به خصوص برای مدیریت بیماران مزمن (۳۱, ۳۲, ٤١, ٥٤, ۸۲)	P.T.C.
		برقراری تعادل بین درآمد پزشکان عمومی خود اشتغال با پزشکان خانواده (۲۹)	
		برقراری ارتباط میزان پرداخت باکیفیت خدمات (۵۵) و ارائه خدمات مبتنی بر نیاز جامعه (٨٦) و خدمات اولویت دار (۷۱)	Ef.A.P.S.C.R
		مکانیسم های تشویق مالی در دستیابی به اهداف کیفیت (۶۳) (۷۱)و چارچوب کیفیت نتایج(٥٤, ٧٤, ٧٦, ۸۲) (۳۷, ۵۵) ارائه خدمات خاص (٦٧)	Ef.A.P.S.C.
ساختار ارائه دهندگان	توسعه کمی ارائه دهندگان	برنامه ریزی جهت آموزش پزشکان و پرستاران متخصص در پزشکی خانواده بر اساس نیاز جامعه (۴۴, ۵۱, ۵۲, ۶۹, ۷۱, ۸۷)	Ef.A.P.T.S.
		توزیع عادلانه و مناسب پزشکان خانواده (۳۷, ۴۷, ۷۹, ۸۸)	A.P.T.
		اجازه فعالیتهای اضافی پزشکان در بخش خصوصی داخل سازمانهای سیستم خدمات سلامت ملی (۸۶)	A.T.
		مشارکت بخش خصوصی در نظام ارجاع با پشتیبانی بیمه های خصوصی (۴۴)	A.T.
		پرداخت به ازای خدمت و متغیر به پزشکان عمومی به صورت کارانه برای برخی خدمات منتخب (۳۱, ۵۴) (۸۹)	En.A.
		مکانیسم پرداخت های تشویقی بازای ارائه خدمات خاص (۶۷)	A.T.
		بکارگیری پزشکان متخصصین بازنشسته به عنوان پزشکان خانواده (۹۰)	Ef.En.
		تقویت نقش و بکارگیری پرستاران در سیستم پزشک خانواده و انجام برخی خدمات تخصصی توسط ایشان(۴۳) (۵۱, ۵۴)	En.A.T.C.
		درگاهداری نظام سلامت توسط پرستاران قبل از پزشکان خانواده (۳۹)	En.A.C.
		انتقال خدمات از سطوح تخصصی به سطوح عمومی و ارائه خدمات تخصصی توسط پزشکان خانواده در صورت داشتن گواهی مربوطه (۳۷, ۹۱)	En.A.T.
		استفاده از طرح پزشک خانواده با علایق خاص(۷۱, ۹۲)	En.A.T.
	توسعه کیفی ارائه دهندگان	بکارگیری متخصصین پزشک خانواده (۵۳)	Ef.A.T.S.
		بکارگیری پزشکان متخصص از جمله متخصصین داخلی و اطفال در نقش پزشک خانواده (۳۷, ۹۰)	Ef.A.T.S.
		آموزش تخصصی پزشکان خانواده(۳۶, ۷۱, ۹۲, ۹۳) از طریق کوریکولوم اختصاصی آموزشی (۱۷۹)	Ef.S.
		توسعه مداوم حرفه ای پزشکان خانواده (۱۲۷،۱۲۵،۹۰،۴۶،۱۶۱) به شیوه های مختلف(۱۳۱،۴۸)	Ef.S.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

ساختار کیفیت	الف. تعریف کیفیت	تدوین استاندارد حرفه ای، مراقبتی و مدیریتی حوزه مراقبت های اولیه (۳۷) مراقبت های مدیریت شده (۹٤) استاندارد سازی زمان دسترسی به خدمات (٥٤) استانداردهای بالینی (٦۹) و گایدلاین حرفه ای پزشکان خانواده (٥۱)	Ef.En.A.T.S.C.
		تعریف شاخصهای کیفیت ملی برای مراقبت های سرپایی(۲۹, ۳۷, ۴۷, ۷۱, ۹٥)	Ef.En.A.S.C.R
	ب. ارزیابی کیفیت	ردیابی، نظارت و تحلیل کیفیت خدمات (٥۴)خودارزیابی (۳۷) ارزیابی دوره ای موفقیت مراکز پزشک خانواده در رعایت کیفیت (۳۷, ٥۳, ٦۹, ۷۱) توسط نهادهای ناظر بر کیفیت خدمات (۲۹, ۷۱)	Ef.En.P.S.C.R
		نظارت هوشمند سیستمی بر تجویز (٥٥)	Ef.En.S.
		اعتبار بخشی مراکز پزشک خانواده (۴۹, ٥۳, ٥۴, ۹٦, ۹۷)	Ef.En.S.C.
	ج. مکانیسم های تشویقی	جایزه مراقبت با کیفیت (٥۳) و پاداش به ازای دستیابی به اهداف مورد توافق (٥۴, ۷۴, ۸۲) (٥۴, ۷٦)	Ef.En.P.S.C.
	د. پاسخگویی	پاسخگو بودن مراکز پزشک خانواده به جوامع محلی در خصوص اطمینان از کیفیت خدمات (٥۲)	Ef.En.A.P.T.S.C.R
		انتشار عمومی اطلاعات ارزیابی کیفیت و عملکرد مراکز پزشک خانواده (٦۹)	Ef.En.A.P.T.S.C.R
		دسترسی مردم به پرونده الکترونیک سلامت (۴۹)	A.S.
		گزارش اجباری پزشکان خانواده در مورد خطاهای دارویی و پزشکی و آسیب بیمار (٥۴)	S.
		پیگیری قانونی تجویز نادرست توسط نهادهای ناظر (۴۴)	S.
ساختار حمایتی ب. حمایت طبقه بندی شده از گروههای خاص(۴۴) (۹۸)		الف. حمایت بیمه ای (۳۰, ۳۲, ۳۷, ۴٦, ٥۱, ٥۴, ۷۴-۷۹) A.P.T.C.R	A.P.T.C.R
ساختار فرهنگی فرهنگ سازی در جهت تقویت اعتماد عمومی به پزشکان خانواده (۱۰۰)		آموزش عمومی، فرهنگ سازی واطلاع رسانی جهت رعایت نظام ارجاع و نظام درگاهداری (۹۹) Ef.En.C.R	Ef.En.T.C.R

سلامت جامعه، انجمن‌های پزشکی و سازمانهای امدادی در جهت اجرای موفق طرح و دستیابی به اهداف اثر بخشی خدمات،افزایش سطح دسترسی به خدمات، بیمار محوری، خدمات به هنگام و استمرار خدمات مورد استفاده قرار می گیرد.

خدمات سلامت الکترونیک از قبیل پرونده الکترونیک سلامت، نظام ارجاع و نسخه نویسی الکترونیک و تله مدیسین در جهت دستیابی به اهداف کیفیت می تواند مورد توجه قرار گیرد. لازم به ذکر است شکل و شیوه اجرا و ویژگیهای پرونده الکترونیک سلامت در دستیابی به اهداف کیفیت، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این ویژگی‌ها عبارت از بر خط بودن، طراحی شده بر اساس کیفیت، دارای قابلیت‌های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبتها ،دارای پایش اپیدمیولوژیک، مرتبط با گایدلاینهای درمانی، امکان ادغام مراقبت‌های ارائه شده توسط ارائه دهندگان مختلف، ارتباط با سیستم آرشیو بازیابی تصاویر پزشکی، با قابلیت برخط برای انتقال اطلاعات بین ارائه کنندگان (پرونده‌ی اشتراکی) و قابلیت هماهنگی بین تمامی ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها می‌باشند که در بسیاری از کشورها در نظر گرفته شده است. اجرای درست و کامل پرونده الکترونیک سلامت می تواند در دستیابی به همه اهداف کیفیت مد نظر کمیسیون مشترک کمک نماید. نظام ارجاع الکترونیک نیز علاوه بر بهبود سطح دسترسی می تواند جهت بهنگام شدن و تداوم و استمرار خدمات و رعایت احترام و توجه به استفاده کنندگان از خدمات پزشکی خانواده استفاده گردد. همچنین نسخه نویسی الکترونیک نیز جهت افزایش ایمنی، کارایی، احترام و توجه و کاهش هزینه ها مورد استفاده قرار می گیرد. توسعه خدمات غیر حضوری نظیر تله مدیسین نیز می تواند جهت کاهش هزینه ها، افزایش سطح دسترسی، ارائه خدمات به هنگام و احترام و توجه دنبال شود.

در سازماندهی خدمات، توجه به طراحی فرآیندها از قبیل ارائه خدمات در ساعات غیر اداری، ارائه خدمات به صورت تجمیعی، ادغام یافته و تیمی همچنین بیمار محوری، سلامت محوری و گایدلاین محوری خدمات با در نظر گرفتن حق انتخاب بیمار و همچنین جامع و فراگیر بودن آنها و قانونمندسازی و اعمال محدودیت‌های فرآیندی برای میزان ارجاعات به سطوح تخصصی علاوه بر مدیریت هزینه‌ها و افزایش کارآیی می‌تواند در جهت افزایش اثر بخشی، ایمنی، به هنگام نمودن، افزایش سطح دسترسی و افزایش احترام و توجه به مراجعین مورد توجه قرار گیرد.

از دیگر ساختارهایی که در طرح پزشک خانواده باید به آن توجه نمود ساختار بیمه‌ای و نظام پرداخت است. ایجاد بستر بیمه همگانی، مشارکت بیمه‌های خصوصی،توسعه پوشش خدمات توسط بیمه‌ها از جمله خدمات غربالگری و سایر خدمات پزشک خانواده در جهت افزایش کیفیت خدمات از جمله افزایش سطح دسترسی،کارایی و ارائه خدمات به هنگام کمک شایانی می‌نماید. همچنین شیوه عقد قرارداد بیمه ها با ارائه دهندگان، پایش دوره‌ای آنان و برقراری ارتباط بین پرداخت‌ها و اهداف کیفیت در دستیابی به اهداف کیفیت نقش مهمی را ایفا می‌کند. پرداخت سرانه به پزشکان عمومی به

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

خصوص برای بیماران مزمن و همچنین برقراری ارتباط بین پرداخت به ارائه دهندگان و دستیابی به اهداف کیفیت و خدمات اولویت دار و خاص می تواند در جهت افزایش دستیابی به تمامی ابعاد کیفیت کمک نماید.

مکانیسمهای نظارتی و کنترل نیز از مولفه های اجرایی مهم جهت دستیابی به اهداف کیفیت است. اعمال این کنترل ها می تواند از طریق مکانیسم پرداخت یا به صورت کنترل های کمی و رقابتی صورت گیرد. انچه از اهمیت برخوردار است، انتقال ریسک هزینه از بیمه ها به پزشکان یا مراکز پزشک خانواده است که می تواند از طریق پرداختهای سرانه، گلوبال یا ثابت صورت گیرد تا با مدیریت هزینه ها باعث افزایش کارایی خدمات پزشک خانواده گردد. پرداخت مبتنی بر عملکرد (P4P) و یا پرداخت مبتنی بر دستیابی به اهداف و همچنین مدیریت بودجه برای خدمات تخصصی و برقراری معیارهای انضباط مالی از مکانیسمهای اجرایی است که در بسیاری از کشورهای موفق در جهت افزایش کارایی و اثر بخشی خدمات از آن استفاده می نمایند.

توسعه کمی و کیفی ارائه دهندگان از مهم ترین مقولهای است که در اجرای پزشک خانواده و میزان دستیابی به اهداف کیفیت نقش دارد. توسعه کمی ارائه دهندگان از قبیل توزیع عادلانه نیروهای انسانی،مشارکت بخش خصوصی، بکارگیری پزشکان متخصص در حوزه پزشکی خانواده علاوه بر افزایش سطح دسترسی به خدمات می تواند به ارائه خدمات به هنگام و افزایش اثربخشی خدمات نیز منجر گردد. انتقال خدمات از سطوح تخصصی به سطوح عمومی یعنی انجام برخی خدمات تخصصی توسط پزشکان خانواده و همچنین افزایش نقش پرستاران و مراقبین سلامت در ارائه خدمات پزشکی خانواده حتی در حوزه درگاهداری می تواند در جهت افزایش کارایی و سطح دسترسی به خدمات و ارائه خدمات به هنگام مورد استفاده قرار گیرد.

در خصوص توسعه کیفی ارائه دهندگان به دو شیوه می توان عمل نمود. یا از نیروهای توانمند نظیر متخصصین در حوزه پزشکی خانواده استفاده نمود و یا نیروهای موجود را بر اساس قابیلت ها توانمند نمود. آموزش تخصصی پزشکان خانواده، کوریکولوم آموزشی اختصاصی برای پزشکان خانواده و توسعه مداوم حرفه ای ایشان در توسعه کیفی ارائه دهندگان نقش مهمی را ایفا می کند.

ساختار کیفیت از ساختارهای مهم در اجرای موفق طرح پزشک خانواده می باشد. تعریف کیفیت، ارزیابی کیفیت، مکانیسمهای تشویقی جهت اعمال کیفیت و در نهایت مکانیسم های پاسخگویی از مولفه های اجرایی فرعی ساختار کیفیت می باشند که می تواند به صورت همه جانبه همه ابعاد کیفیت را پشتیبانی و حمایت نماید.

تعریف کیفیت می تواند از طریق تدوین استانداردهای حرفه ای، مراقبتی و مدیریتی حوزه مراقبت های اولیه، مراقبت های مدیریت شده، استانداردسازی خدمات، استانداردهای بالینی و گایدلاینهای حرفه ای پزشکان خانواده و شاخصهای کیفیت ملی برای مراقبت های سرپایی صورت گیرد. ارزیابی کیفیت نیز در قالب خودارزیابی، ارزیابی دوره ای موفقیت و اعتبار بخشی مراکز پزشک خانواده که می تواند توسط نهادهای ناظر یا نظارت هوشمند سیستمی اجرا گردد، صورت گیرد. در این میان می توان از مکانیسمهای تشویقی نظیر جایزه مراقبت با کیفیت و یا پاداش به ازای دستیابی به اهداف کیفیت در حوزه پزشک خانواده استفاده نمود.

مکانیسم های اجرایی در حوزه پاسخگویی نیز می تواند به شیوه های مختلف صورت گیرد. پاسخگو بودن مراکز پزشک خانواده به جوامع محلی در خصوص اطمینان از کیفیت خدمات ، انتشار عمومی اطلاعات و نتایج ارزیابی کیفیت و عملکرد مراکز پزشک خانواده، دسترسی مردم به پرونده الکترونیک سلامت، گزارش اجباری پزشکان خانواده در مورد اهداف کیفیت و اعمال پیگیری های قانونی می تواند در این خصوص مورد استفاده قرار گیرد.

ساختار حمایتی از قبیل حمایتهای بیمه ای و مالی از گروههای خاص می تواند در جهت افزایش سطح دسترسی اقشار ضعیف و فقرا به خدمات پزشکی خانواده مورد استفاده قرار گیرد. این امر همچنین در استمرار و تداوم خدمات، ارائه خدمات به هنگام، بیمار محوری و رعایت احترام و توجه به مراجعین به خصوص برای طبقه ضعیف جامعه کمک نماید.

توجه به ساختار فرهنگی نیز می تواند در دستیابی به اهداف کیفیت کمک می کند. آموزش عمومی، فرهنگ سازی و اطلاع رسانی جهت استقرار نظام درگاهداری سلامت، رعایت نظام ارجاع و تقویت پزشکی خانواده و همچنین تقویت اعتماد عمومی به پزشکان خانواده می تواند در دستیابی به اهداف کارایی، اثربخشی، ارائه خدمات به هنگام، استمرار خدمات و احترام و توجه نقش به سزایی داشته باشد.

بحث

باور و همکاران در سال ۲۰۰۳ به اهمیت ساختار تیمی و کیفیت ارائه خدمات پرداخته که نتایج آن در راستای نتایج پژوهش حاضر می باشد(۱۰۱). ریرینک و گیلسون در سالهای ۱۹۹۵و ۱۹۹۶ به اهمیت ارزیابی عملکرد و نظارت و همچنین ساختار کیفیت در دستیابی به خدمات با کیفیت در خدمات مراقبت های اولیه سلامت تاکید داشتند (۱۰۳ و ۱۰۲). همچنین مجاهد و همکاران در پژوهش خود در سال ۲۰۱۵ عنوان کردند که روش پرداخت سرانه زیان ناشی از عدم کارایی را به ارائهدهندگان منتقل کرده و این روش نسبت به روش‌های پرداخت دیگر از جمله کارانه و حقوق، برای خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت اولویت دارد (۱۰۴). یزدی فیض‌آبادی و همکاران و هان و همکاران (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که فرهنگ و فرهنگ سازی نقش مهمی در دستیابی به کیفیت خدمات

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

ایفا می‌کند (۱۰۵ و ۱۰۶). اوهارا و همکاران دریافتند که اجرای درست نظام ارجاع به آموزش و فرهنگ‌سازی و اعتقاد مدیران به آن بستگی دارد (۱۰۷). ارزمانی (۲۰۱۱)، نصراله‌پور (۲۰۱۳)، شعبانی‌نژاد (۲۰۱۲)، و دماری و همکاران نیز به اهمیت فرهنگ‌سازی قبل از اجرای اصلاحات در مراقبت‌های اولیه سلامت اشاره کرده‌اند (۱۱۱–۱۰۸)، که کلیه موارد فوق نتایج تحقیقات ما را تایید می‌کند.

الاحمدی و رولاند در سال ۲۰۰۵ به اهمیت سازماندهی خدمات و دانش و مهارت کارکنان در افزایش کیفیت خدمات در مراقبت های اولیه اشاره داشتند (۱۱۲). کالنان و همکاران در سال ۱۹۹۴ به اهمیت مکانیسم‌های اجرایی جهت افزایش رضایتمندی و احترام و توجه به مراجعین در دستیابی به کیفیت خدمات اشاره داشتند (۱۱۳). برجسون و همکاران (۱۱۴)، کاتز و همکاران (۱۱۵) و لاسنی و همکاران (۱۱۶) به اهمیت نقش پرستاران و دستیاران پزشک در کیفیت مراقبت های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها پرداختند (۱۱۷). همچنین استفاده از کارکنان غیر پزشک جهت کاهش هزینه ها مقوله اجرایی است که در مطالعه پیله رودی نیز به آن پرداخته شده است (۱۱۸)، که این یافته‌ها نیز در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

استارفیلد در سال ۲۰۰۹ بیمار محوری و مکانیسم‌های اجرایی مربوط به آن را از مهم ترین عوامل دستیابی به کیفیت خدمات در مراقبت های اولیه می داند(۱۱۹). دماری و همکاران نیز سلامت‌نگری را محور فعالیت های پزشک خانواده دانستند (۱۱۱). در توضیح کالج پزشک خانواده نیز چنین تصریح شده است که پزشک خانواده برای این که بتواند وضعیت بیمار را مدیریت کند، باید بیمارمحور باشد و خدمات پیچیده پزشکی را به گونه ای هدایت کند که نیازهای بیماران و تمامی جامعه تحت پوشش برآورده شود و باید طیف جامعی از خدمات را به طور هماهنگ با سایر ارائه دهندگان و به موقع فراهم نماید(۱۲۰).برخی مطالعات نیز نشان میدهند که طرحهای بیمارمحور که هدف کاهش هزینه های سلامت را دارد، به طور موثر بیماران را تشویق میکند تا تغییراتی در دریافت مراقبتها ایجاد کنند و هزینه های غیرضروری و مراقبتهای مربوط به بیماریهای مزمن و قابل پیشگیری کاهش می‌یابد (۱۲۳–۱۲۱) و این همان نتایجی است که پژوهش اخیر نیز به آن اشاره می کند.

پناهی و همکاران در سال ۲۰۰۹ در پژوهش خود در حوزه مراقبت های اولیه سلامت عنوان کردند که کارآیی نظام ارجاع بستگی به کارآیی سیستم اطلاع‌رسانی دارد (۱۲۴). در پژوهشی که توسط لاو و همکاران در سال ۲۰۰۱ صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که عوامل جغرافیایی و جمعیتی، بیشتر از روش پرداخت در طراحی نظام ارجاع نقش دارند که با یافته های این پژوهش مطابقت ندارد (۱۲۵). ولی ابن احمدی بر نقش چشمگیر دولت در تامین منابع مالی ارایه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و توجه به حمایت از اقشار آسیب پذیر جامعه واجرای قانونمند و اجباری نظام ارجاع در جهت دستیابی به کیفیت خدمات تاکید می نماید (۱۲۶).

کریمی ایجاد پرونده سلامت برای ارجاع بیماران را توصیه میکند و تاکید می نماید که خدمات مراکز بهداشتی باید رایگان باشد تا افراد بتوانند با مبالغ کمتر از خدمات بیمه‌ای بهره‌مند شوند، همچنین برای بهبود کیفیت خدمات سلامت، ایجاد پرونده سلامت (ترجیحًا الکترونیکی) را توصیه می‌کند (۱۲۷). همچنین جباری و همکاران و هوشمند و همکاران نیز به ضرورت پرونده الکترونیک سلامت جهت دستیابی به کیفیت خدمات اشاره می‌کنند (۱۲۹ و ۱۲۸).

کایه و همکاران در سال ۲۰۱۰ عنوان کردند که مکانیسم های هماهنگی بین سطوح یک و دو نظام ارجاع از مهم ترین مولفه های اجرایی در جهت دستیابی به کیفیت خدمات در حوزه مراقبت های اولیه سلامت می باشد(۱۳۰).

Yip و همکاران در پژوهشی که در سال۲۰۰۸ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که عدم هماهنگی بین سطوح ارائه خدمات در مراقبت های اولیه باعث افزایش ارائه خدمات غیر ضرور و موجب ناکارایی نظام مراقبت های اولیه سلامت می‌گردد (۱۳۱). همچنین لاو و همکاران نیز در پژوهش خود عنوان کردندکه عدم هماهنگی در ارایه مراقبت‌های سلامت در میان ارائه‌دهندگان و مراجعه به ارائه‌دهندگان متعدد، منجر به افزایش خطای پزشکی در تشخیص و درمان بیماری، افزایش مراجعات به اورژانس و ارائه مراقبت‌های تکراری خواهد شد (۱۳۲).

علی گل و همکاران (۱۳۳) ششینسکی و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ انجام دادند، مشارکت بخش خصوصی را در جهت افزایش کیفیت خدمات مورد توجه قرار دادند (۱۳۴ و ۱۳۵). برادران و همکاران در بررسی‌های انجام شده در کشورهای پیشرفته، به انجام مراقبتهای اولیه سلامت مبتنی بر شواهد و گایدلاین تاکید کردند (۱۳۶). همچنین غضنفری و امیر اسماعیلی و همکارانشان در پژوهش های خود به توسعه منابع انسانی در افزایش کیفیت خدمات تاکید دارند (۱۳۸ و ۱۳۷). مطالعاتی نیز در خصوص مولفه‌های اجرایی جهت کاهش هزینه ها و افزایش کارایی در خدمات اولیه سلامت، به ارایه مراقبتهای درمانی در منزل (۱۳۹)، جامعیت مراقبت‌های پزشک خانواده (۱۴۱ و ۱۴۰)، اجرای درست سطح بندی خدمات و نظام ارجاع اشاره می‌کنند (۱۴۲) که این نتایج نیز در راستای نتایج پژوهش حاضر باشد.

از نظر فریز و همکاران اجرای برنامه های پیشگیری از بیماری های مزمن و رفتارهای پرخطر و کاهش بار بیماری، برنامه خودمراقبتی بیماران و برنامه ارتقای سلامت محیط کار، موجب کاهش نیاز به خدمات سلامت و در نتیجه کاهش تقاضای خدمات سلامت می شود. این امر موجب کاهش هزینه های غیرضروری خواهد شد(۱۴۳). همچنین لیدی و همکاران در سال ۲۰۱۶ به اهمیت تله مدیسین

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

در افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها در حوزه مراقبت اولیه پرداختند (۱۴۴) که دقیقا منطبق با موارد ذکر شده در پژوهش حاضر می باشد.

محققین دیگری نیز به مقوله‌های ارتباط، پاسخگویی اجتماعی، آموزش علایق خاص، تکنولوژی اطلاعات، بازپرداخت در جهت ارتقای کیفیت خدمات اشاره کردند (۱۴۵).

از طرفی ارائه خدمات به صورت تیمی و مشارکت چند رشته ای، ارائه خدمات پیشگیری و خدمات مبتنی بر شواهد و همچنین پرداخت مبتنی بر عملکرد، استفاده از پرونده الکترونیک سلامت، استفاده از خدمات تجمیعی و بهره وری تجمیعی، مکانیسم های سنجش کیفیت و وجود ارتباطات بین سطوح داخلی و خارجی مراقبت های اولیه سلامت و همچنین محوریت قرار گرفتن پزشکان خانواده در امر سلامت از مهم ترین مقوله‌هایی است که در کیفیت خدمات تاثیر گذار خواهد بود(۱۴۱).

بیلیو و همکاران در سال ۲۰۱۳ به تاثیر ارزیابی و نظارت و پرداخت های تشویقی ، مکانیسم های تسهیل در دسترسی خدمات و ارائه کار به صورت تیمی در جهت افزایش کیفیت خدمات پزشک خانواده اشاره داشتند (۱۴۶). کراسلند و همکاران در سال ۲۰۱۴ طی مطالعه ای که در خصوص عوامل مهم در دستیابی به کیفیت خدمات در مراقبت های اولیه سلامت انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که حسابرسی و نظارت، آموزش حرفه‌ای (ادامه آموزش پزشکی)، اعتباربخشی و فرهنگ سازمانی می‌توانند در دستیابی به کیفیت خدمات دخیل باشند (۱). باووم و همکاران در سال ۲۰۱۶ در مطالعه خود به تاثیر ادغام خدمات،همکاری بین بخشی، پرداخت بر اساس نتایج در دستیابی به کیفیت خدمات اشاره کردند (۱۴۷).

خیاوی در سال ۱۳۹۶به بررسی و تعیین ابعاد و گویه‌های کیفیت خدمات سرپایی پرداخت که به مقوله‌های اجرایی احترام و توجه، حق انتخاب بیمار، ارتباط بین بیمار و پزشک، ایمنی خدمات، توجه به توانایی پرداخت بیماران، تدوام خدمات، ارائه خدمات به موقع، توجه به پیشگیری و بهداشت در کیفیت خدمات سطح یک اشاره کردند (۱۴۸). رامیرز و همکاران در سال ۲۰۱۱ و بیکر و همکاران در سال ۲۰۰۶ طی پژوهش‌های خود، مولفه‌های اجرایی در جهت دستیابی به کیفیت خدمات را مطابق ذیل عنوان کردند:

جامع بودن خدمات، نیروی انسانی واجد شرایط، خانواده و جامعه محوری خدمات، فرهنگ سازی و انطباق خدمات با فرهنگ جامعه، استفاده از تیم‌ها در ارائه خدمات، تخصیص مناسب جغرافیایی تیم‌های سلامت، سیستم های اطلاعاتی، ارائه خدمات مبتنی بر نیاز و فرهنگ، توجه و تمرکز بر قشر محروم و آسیب‌پذیر، خانواده‌ها، جوامع و گروه‌های اجتماعی، شناسایی و اولویت‌بندی نیازها، برنامه‌ریزی محلی، توانمندسازی جوامع محلی، مکانیسم‌های پاسخگویی در محل، اجرای مراقبت‌های پیشگیرانه، ادغام و تجمیع خدمات بهداشتی، هماهنگی محلی و ملی، استفاده درست از داده‌های محلی و جلب مشارکت جامعه (۱۵۰ و ۱۴۹).

فردوسی و همکاران نیز در راستای طراحی الگوی مدیریت نظام ارجاع برای درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، نظام ارجاع هدفمند و ساختار یافته، فرهنگ‌سازی، توانمند سازی نیروی انسانی، همکاری بین بخشی و ارتباطات، دستورالعمل های اجرایی و نظارت را از مولفه های اجرایی جهت دستیابی به کیفیت خدمات عنوان می‌کنند (۱۵۱) که کلیه موارد فوق، نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کنند.

نتیجه گیری

پیاده‌سازی پزشکی خانواده در هر کشوری بنا بر مقتضیات جوامع و روند توسعه کشورها، ارائه خدمات درمانی نظام‌ها و تعاریف سلامت، صنعت بیمه همگانی و نگرش سیاستگذاران به امر سلامتی متغیر بوده و مولفه های اجرایی متفاوتی را دارد. اما با مطالعه و جمع بندی تجربیات کشورهای مختلف می توان الگوی اجرای پزشکی خانواده را در قالب مولفه های اجرایی ذیل پیگیری و اجرا نمود:

– برقراری کامل نظام درگاهداری ، ارجاع و هماهنگی خدمات

– استفاده از رویکرد تیمی، تجمیعی و ادغام یافته و مبتنی بر سلامت، شواهد و نیاز جامعه برای ارائه خدمات

– بهره‌گیری از ساختار کیفیت و برقراری ارتباط با مکانیسم پرداخت و بیمه ای و مکانیسم های کنترلی

– بهبود فضای ارتباطی پزشکان خانواده با ذینفعان و جامعه

– استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی و سیستم‌های اطلاع‌رسانی برای خدمت رسانی بهتر به بیماران

– استفاده از مکانیسم‌های فرهنگی و حمایتی در استقرار و تداوم طرح پزشک خانواده

– توانمندسازی کارکنان و استفاده از مکانیسم‌های مدیریت عرضه و تقاضا در حوزه مراقبت های اولیه سلامت

به‌طور کلی افزایش کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه، نیازمند تغییر ساختار می‌باشد. تغییر رویکرد ارائه خدمات از درمان محوری به سمت سلامت محوری، از پزشک محوری به بیمار محوری و همچنین ارائه خدمات مبتنی بر شواهد و نیاز جامعه تجلی می‌یابد. در این میان بهترین راهکاری که در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته است، مکانیسم درگاهداری و نظام ارجاع هدفمند به همراه محور قرار گرفتن سطح یک در امور درمان و همچنین سپردن وظیفه هماهنگی خدمات به این سطح محقق گردیده است. این امر نیز نیازمند تقویت جایگاه پزشکان عمومی نزد جامعه است که با فرهنگ‌سازی جامعه و توانمندسازی کارکنان این حوزه اتفاق می‌افتد.

از این رو استفاده از مولفه‌های اجرایی بدست آمده در مطالعه اخیرکه

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

جمع‌بندی اقداماتی است که در کشورهای موفق در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشک خانواده داشته اند، می تواند در جهت افزایش کیفیت خدمات در سطح مراقبت های اولیه سلامت و پزشک خانواده مورد استفاده مدیران اجرایی و سیاستگذاران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می دانند که از مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری برای پشتیبانی فنی و رسمی خود تشکر نمایند.

منابع

1. Crossland L, Janamian T, Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. Med J Aust 2014;201(3 Suppl):S47-51.

2. Shiyani M, Rashidian A, Mohammadi A. A study of the challenges of family physician implementation in Iran health system. Hakim Research Journal 2016;18(4):264-74.

3. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ 1998;317(7150):61-5.

4. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. Qual Health Care 1999;8(3):184-90.

5. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. Qual Health Care 2001;10(3):152-8.

6. Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. Br J Gen Pract 2002;52 Suppl(Suppl):S12-7.

7. Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, de Lusignan S, Love T, et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. Med J Aust 2010;193(10):602-7.

8. Baltussen RM, Yé Y, Haddad S, Sauerborn RS. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. Health Policy Plan 2002;17(1):42-8.

9. Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. BMJ 2009;338:b1242.

10. West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. Qual Health Care 2001;10(1):40-8.

11. Wollschlaeger B. Primary Care in the Twenty-First Century—an International Perspective. JAMA 2007;298(6):685-90.

12. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, De Maeseneer JM, Hjortdahl P, et al. Atencion primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto [Primary health care and responsibilities of public health in 6 countries of Europe and North America: a pilot study]. Rev Esp Salud Publica 2004;78(1):17-26.

13. World Health Organization. Conceptual and strategic approach to family practice: towards universal health coverage through family practice in the Eastern Mediterranean Region.

14. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care. 2006 Sep;18 Suppl 1:5-13.

15. World Health Organization. Guidelines for the Screening Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis C Infection Updated Version April 2016: Guidelines. World Health Organization; 2016.

16. Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, E, Pisco L, et al OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. Int J Qual Health Care 2006;18 Suppl 1:21-5.

17. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. Breastfeed Med 2009;4 Suppl 1:S17-30.

18. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.

19. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. N Engl J Med 2004;351(14):1448-54.

20. Berenson RA, Rich EC. US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care. J Gen Intern Med 2010;25(6):613-8.

21. Perera GA, Dowell AC, Morris CJ. Constructing a framework for quality activity in primary care. Aust Health Rev 2013;37(1):98-103.

22. Ghosh A, Charlton KE, Girdo L, Batterham M. Using data from patient interactions in primary care for population level chronic disease surveillance: The Sentinel Practices Data Sourcing (SPDS) project. BMC Public Health 2014;14:557.

23. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szécsényi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract 2005;22(2):215-22.

24. Walshe K, Freeman T. Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations. Qual Saf Health Care 2002;11(1):85-7.

25. Sloane PD, Wroth T, Halladay J, Bray P, Spragens L, Stearns S, et al. How eight primary care practices initiated and maintained quality monitoring and reporting. J Am Board Fam Med 2011;24(4):360-9.

26. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implement Sci 2013;8:35.

27. Brennan SE, Bosch M, Buchan H, Green SE. Measuring organizational and individual factors thought to influence the success of quality improvement in primary care: a systematic review of instruments. Implement Sci 2012;7(1):121.

28. Powell AE, Rushmer RK, Davies HT. A systematic narrative review of quality improvement models in health care. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2009.

29. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. Health Syst Transit 2011;13(1):1-483, xix-xx.

30. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. Netherlands: Health System Review.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

Health Syst Transit 2016;18(2):1-240.

31. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy: health system review. Health Syst Transit 2014;16(4):1-168.

32. Chevreul K, Brigham B, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. Health systems in transition. 2015(17/3).

33. Lekhan V, Rudiy V, Shevchenko M, Nitzan Kaluski D, Richardson E. Ukraine: health system review. Health Syst Transit 2015;17(2):1-154.

34. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. Milbank Q 2011;89(2):256-88.

35. http://www.nhs.uk/chq/Pages/1094.aspx?CategoryID=68&-SubCategoryID=153 [Accessed April 21.

36. Tess D, Armstrong K. Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC) & AMWAC General Practice Working Party General Practice Workforce Modelling. Technical Paper 2005;2(1):112-4.

37. Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. Health Syst Transit. 2014;16(2):1-296, xxi.

38. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. Health Syst Transit 2015;17(5):1-126.

39. Keskimaki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrja V, Vuorenkoski L, et al. Finland: Health System Review. Health Syst Transit 2019;21(2):1-166.

40. Healy J, Sharman E, Lokuge B, World Health Organization. Australia: health system review. Health Syst Transit 2006;8(5):155.

41. French S, Old A, Healy J, World Health Organization. Health care systems in transition: New Zealand. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.

42. Organization WH. The Kingdom of Thailand health system review. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2015.

43. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D. 2015 international profiles of health care systems. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016.

44. Roland M, Guthrie B, Thomé DC. Primary medical care in the United kingdom. J Am Board Fam Med 2012;25 Suppl 1:S6-11.

45. Expatica;. Expatica. Guide to health insurance in France. 2016.

46. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark health system review. Health Syst Transit 2012;14(2):i-xxii, 1-192.

47. Tengilimoğlu D, Dinçer WMM, Kisa A, Younis MZ. Evaluation of the Family Medicine Practice in Ankara Province by Family Physicians. J Health Hum Serv Adm. 2016 Autumn;39(2):186-216.

48. Health Quality Ontario. Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser 2013;13(6):1-41.

49. Health Council of Canada. Primary Health Care: A Background Paper to Accompany Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change. Health Council of Canada; 2005.

50. http://www.prospects.ac.uk/general_practice_doctor_job_description.htm.

51. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. Netherlands: Health System Review. Health Syst Transit 2016;18(2):1-240.

52. Australian Institute of Health. Australia's health 2012: the thirteenth biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. AIHW; 2012.

53. Royal College of General Practitioners. It's your practice, a patient guide to GP services. 2016.

54. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden health system review. Health Syst Transit 2012;14(5):1-159.

55. http://systems.hscic.gov.uk/nhsnumber/staff/guidance/gppracguide.pdf. [Accessed April 13.

56. Weber-Jahnke JH. The Canadian health record interoperability infrastructure. InEncyclopedia of Healthcare Information Systems: IGI Global. 2008: pp. 188-193.

57. Osborn R, Schoen C. The commonwealth fund 2013 international health policy survey in eleven countries. Commonw Fund. 2013.

58. Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM. Health system performance in OECD countries, 1980-1992. Organization for Economic Cooperation and Development. Health Aff (Millwood) 1994;13(4):100-12.

59. Health AGDo, Ageing. Building a 21st century primary health care system: Australia's first National Primary Health Care Strategy. 2010.

60. Hospital; FssaehrE. 2015.

61. Schoen C, Osborn R. The Commonwealth Fund 2009 International Health Policy Survey of primary care physicians in eleven countries. New York: The Commonwealth Fund. 2009.

62. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, Lafortune G, Clarke P, Gerdtham UG, et al. Unequal Access to Medical Care in the OECD Countries. 2004.

63. Duckett SJ. Health workforce design for the 21st century. Aust Health Rev 2005;29(2):201-10.

64. Doran T, Roland M. Lessons from major initiatives to improve primary care in the United Kingdom. Health Aff (Millwood) 2010;29(5):1023-9.

65. Schlette S, Lisac M, Blum K. Integrated primary care in Germany: the road ahead. Int J Integr Care 2009;9:e14.

66. Rosemann T, Joest K, Körner T, Schaefert R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. BMC Fam Pract 2006 M;7:14.

67. Australian Government. Improving primary health care for all Australians.2011.

68. Gutkin C. Family medicine in Canada: Vision for the future. Canadian Family Physician 2005;51(2):312.

69. Marchildon GP. Health systems in transition: Canada. University of Toronto Press; 2013.

70. Gutkin C. VITAL SIGNS-Perceptions and realities-What students need to know about family practice. Canadian Family Physician 2002;48:424.

71. Thompson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ. International profiles of health care systems 2013. New York: Commonwealth Fund. 2013.

72. http://www.prospects.ac.uk/general_practice_doctor_related_jobs.htm.

73. Broerse JE, de Cock Buning T, Roelofsen A, Bunders JF. Evaluating interactive policy making on biotechnology: the case of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport. Bulletin of Science, Technology & Society 2009;29(6):447-63.

74. Boyle S. Payment by results in England. Eurohealth-London-. 2007;13(1):12.

75. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Sahin B, Aydin S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. Turkey. Health system review. Health Syst Transit 2011;13(6):1-186, xiii-xiv.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

76. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D. 2015 international profiles of health care systems. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016.

77. Lamb V, Joels C. Improving access to health care for homeless people. Nurs Stand 2014;29(6):45-51.

78. Hurwood J. What Is The Medicare Safety Net? Available at: https://wwwcanstarcomau/health-insurance/what-is-the-medicare-safety-net/ March 6 AA.

79. Paparella G. Person-centred care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures. Policy Briefing. 2016.

80. Chang RE, Lin SP, Aron DC. A pay-for-performance program in Taiwan improved care for some diabetes patients, but doctors may have excluded sicker ones. Health Aff (Millwood) 2012;31(1):93-102.

81. Hutchison B, Glazier R. Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. Health Aff (Millwood) 2013;32(4):695-703.

82. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. BMC Fam Pract 2014;15:38.

83. England NH. Understanding the New NHS: A guide for everyone working and training within the NHS. NHS England; 2014.

84. Bank W. Human Development Sector Unit Europe and Central Asia Region: Report. Turkey Performance-Based Contracting Scheme in Family Medicine–Design and Achievements. USA: The World Bank; 2013.

85. Brügemann B, Manovskii I. Fragility: A quantitative analysis of the US health insurance system. Manuscript, Yale University. 2010.

86. Jommi C, Cantù E, Anessi-Pessina E. New funding arrangements in the Italian National Health Service. Int J Health Plann Manage 2001;16(4):347-68.

87. Dixon A, Robertson R, Bal R. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. Health Econ Policy Law 2010;5(3):295-317.

88. Asaria M, Cookson R, Fleetcroft R, Ali S. Unequal socioeconomic distribution of the primary care workforce: whole-population small area longitudinal study. BMJ Open 2016;6(1):e008783.

89. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. Health Policy Plan 2015;30(9):1152-61.

90. Takemura Y. Family medicine: What does it mean in Japan?. Asia Pacific Family Medicine 2003;2(4):188-92.

91. Royal College of General Practitioners. The GMS contract (overview and resources guide). 2007.

92. Haslam D, Former R. General Practitioners with Special Interests. 2006.

93. Ng VK, Burke CA, Narula A. Knowledge of CanMEDS-Family Medicine roles: survey of Canadian family medicine residents. Can Fam Physician 2013;59(9):e428-34.

94. Sturm R. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care. J Am Board Fam Pract. 2002 Sep-Oct;15(5):367-77.

95. Centers for Medicare and Medicaid Services. Guide to quality performance scoring methods for accountable care organizations. accessed on August. 2011;1:2017.

96. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? Health Policy 2009;90(2-3):156-65.

97. Tatara K, Okamoto E. Health Systems in Transition: Japan: Health System Review. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2009.

98. Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward universal coverage: Turkey's green card program for the poor. 2013.

99. Mokuau N. A family-centered approach in native Hawaiian culture. Families in Society 1990;71(10):607-13.

100. http://www.kingsfund.org.uk/topics/nhs-reform/mythbusters/gp-commissioners.

101. Bower P, Campbell S, Bojke C, Sibbald B. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. Qual Saf Health Care 2003;12(4):273-9.

102. Reerink IH, Sauerborn R. Quality of primary health care in developing countries: recent experiences and future directions. Int J Qual Health Care 1996;8(2):131-9.

103. Gilson L, Magomi M, Mkangaa E. The structural quality of Tanzanian primary health facilities. Bull World Health Organ 1995;73(1):105-14.

104. Mojahed F, Vahidi R, Asgari Jm, Gholipoor K, Mehri N. Payment Mechanisms Effect on Performance Indicators of Family Physician Program. Health Information Management 2015; 12(41): 88-98.

105. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhasani MH, Baneshi MR, Mirzaei S, Oroomiei N. Association between Pilot Urban Family Physician Program and Health Financial Protection Measures in Fars and Mazandaran Provinces. Iranian Journal of Epidemiology 2018;13:48-58.

106. Hann M, Bower P, Campbell S, Marshall M, Reeves D. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. Fam Pract 2007;24(4):323-9.

107. Ohara K, Meléndez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. Health Policy Plan 1998;13(4):433-45.

108. Arzamani M, Doulatabadi T, Hashemi M. Effect of training on the degree of completeness of medical records in the hospitals of North Khorasan University of Medical Sciences in Bojnurd. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2011 Ju;3(1):15-21.

109. Nasrollahpour Shirvani S, Mouodi S. Evidence–based policymaking in health system and its achievements and challenge in Iran. Babol: Education Development Center Publication. 2013.

110. Shabaninejad H, Arab M, Rashidian A, Zeraati H, Bahrami S. Quality of working life of Family Physicians in Mazandaran. Hakim Research Journal 2012;15(2):178-84.

111. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2016;14(2):17-38.

112. Al-Ahmadi H, Roland M. Quality of primary health care in Saudi Arabia: a comprehensive review. Int J Qual Health Care 2005;17(4):331-46.

113. Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Fam Pract 1994;11(4):468-78.

114. Bergeson J, Cash R, Boulger J, Bergeron D. The attitudes of rural Minnesota family physicians toward nurse practitioners and physician assistants. J Rural Health 1997;13(3):196-205.

115. Katz A, MacDonald J. Physicians' perceptions of nurse practitioners: the nurse practitioner role has been met with mixed reviews. a qualitative study from Manitoba reveals the perceptions of some physicians regarding this relatively new relationship on the health care team. The Canadian Nurse 2002;98(7):28.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

116. Lacny S, Zarrabi M, Martin-Misener R, Donald F, Sketris I, Murphy AL, et al. Cost-effectiveness of a nurse practitioner-family physician model of care in a nursing home: controlled before and after study. J Adv Nurs 2016;72(9):2138-52.

117. Smolowitz J, Speakman E, Wojnar D, Whelan EM, Ulrich S, Hayes C, et al. Role of the registered nurse in primary health care: meeting health care needs in the 21st century. Nurs Outlook 2015;63(2):130-6.

118. Pileroudi S. Township network health and treatment. Iran: UNISEF. 1999:12-3.

119. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. Humanity & Society 2009;33(1-2):56-73.

120. CoFPo C. A vision for Canada: family practice–the Patient's medical home. College of Family Physicians of Canada: Mississauga, ON. 2011.

121. Beeuwkes Buntin M, Haviland AM, McDevitt R, Sood N. Healthcare spending and preventive care in high-deductible and consumer-directed health plans. Am J Manag Care 2011;17(3):222-30.

122. Huckfeldt PJ, Haviland A, Mehrotra A, Wagner Z, Sood N. Patient responses to incentives in consumer-directed health plans: evidence from pharmaceuticals. National Bureau of Economic Research; 2015.

123. Haviland AM, Eisenberg MD, Mehrotra A, Huckfeldt PJ, Sood N. Do "Consumer-Directed" health plans bend the cost curve over time? J Health Econ 2016;46:33-51.

124. Panahi B. Operational process of the social security system. Journal of Social Security 2009;1:91-106.

125. Low A, de Coeyere D, Shivute N, Brandt LJ. Patient referral patterns in Namibia: identification of potential to improve the efficiency of the health care system. Int J Health Plann Manage 2001;16(3):243-57.

126. Ebne Ahmadi A. Comparative Study of Current Practices in Health Care Referral System in Selected countries and Provide Suitable Model for Iran (Doctoral dissertation, Ph. D. Dissertation. Tehran: Azad Islamic Univercity of Science and Research Branch).2002.

127. Karimi S. Comparative Study of the Situation Villagers Access to Health Services in Selected Countries and Provide a Model for Iran (Doctoral dissertation, Ph. D. Dissertation. Tehran: Azad Islamic Univercity of Science and Research Branch).

128. Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. Health Inf Manage 2013;9(7):1132-45.

129. Hooshmand E, Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaeenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. International Journal of Healthcare Management 2019 3;12(2):123-30.

130. Kaye R, Kokia E, Shalev V, Idar D, Chinitz D. Barriers and success factors in health information technology: A practitioner's perspective. Journal of Management & Marketing in Healthcare 2010;3(2):163-75.

131. Yip W, Hsiao WC. The Chinese health system at a crossroads. Health Aff (Millwood) 2008;27(2):460-8.

132. Lowe RA, Localio AR, Schwarz DF, Williams S, Tuton LW, Maroney S, et al. Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a medicaid managed care organization. Med Care 2005;43(8):792-800.

133. Aligol M, Mohammadbeigi A. Assessment of private sector physicians' willingness to participate in family physician program using the diffusion of innovation model, Qom, 2012, Iran. Qom University of Medical Sciences Journal 2014;8(1):27-34.

134. Sheshinski E, López-Calva LF. Privatization and its benefits: theory and evidence. CESifo Economic Studies 2003;49(3):429-59.

135. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care financing in iran; is privatization a good solution? Iran J Public Health 2012;41(7):14-23.

136. Baradaran-Seyed Z, Nedjat S, Yazdizadeh B, Nedjat S, Majdzadeh R. Barriers of clinical practice guidelines development and implementation in developing countries: a case study in iran. Int J Prev Med 2013;4(3):340-8.

137. Ghazanfari F, Hashemi S. The study of relationship between quality of occupational life and progress motivation in health team of Ashayer hospital in Khorramabad. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017;6.

138. Amiresmaili M, Khosravi S, Feyzabadi VY. Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman, Iran. Int J Prev Med 2014;5(10):1314-23.

139. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract 2011;12:24.

140. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. Pediatrics 2004;113(5 Suppl):1493-8.

141. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. Ann Fam Med 2004;2 Suppl 1(Suppl 1):S3-32.

142. SafizadeheChamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the patient referral system in urban family physician program, from stakeholdersperspective using swot approach: A qualitative study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2018;28(161):75-87.

143. Fries JF, Koop CE, Beadle CE, Cooper PP, England MJ, Greaves RF, et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. N Engl J Med 1993;329(5):321-5.

144. Liddy C, Deri Armstrong C, McKellips F, Keely E. A comparison of referral patterns to a multispecialty eConsultation service between nurse practitioners and family physicians: The case for eConsult. J Am Assoc Nurse Pract 2016;28(3):144-50.

145. Ogle KD, Boulé R, Boyd RJ, Brown G, Cervin C, Dawes M, et al. Family medicine in 2018. Can Fam Physician 2010;56(4):313-5, 316-9.

146. Beaulieu MD, Haggerty J, Tousignant P, Barnsley J, Hogg W, Geneau R, et al. Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. CMAJ 2013;185(12):E590-6.

147. Baum F, Freeman T, Sanders D, Labonté R, Lawless A, Javanparast S. Comprehensive primary health care under neo-liberalism in Australia. Soc Sci Med 2016;168:43-52.

148. Faraji Khiavi F, Qolipour M, Dashtinejad Z, Mirr I. Determination of dimensions and items of outpatient service quality for Ahvaz hospitals. Journal of Payavard Salamat 2018;11(5):490-500.

149. Ramírez NA, Ruiz JP, Romero RV, Labonté R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. Cad Saude Publica 2011;27(10):1875-90.

150. Backer EL, McIlvain HE, Paulman PM, Ramaekers RC. The characteristics of successful family physicians in rural Nebraska: a qualitative study of physician interviews. J Rural Health 2006;22(2):189-91.

151. Ferdosi M, Vatankhah S, Khalesi N, Ebadi Fard Azar F, Ayoobian A. Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. J Mil Med 2012;14(2):129-35.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]