

^۱ دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

^۲ استاد آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

^۳ 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

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

چکیده

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

به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تعیین ساختار و مولفه های 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 سیاست گذاران و مجریان طرح پزشک خانواده انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه ۱۵ پایگاه الکترونیکی و موتورهای جستجوگر با کلید واژه های 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، در نهایت ۶۷ مقاله با عنوان، چکیده و متن مرتبط بررسی شد.

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

نتیجه گیری: به طور کلی افزایش کیفیت خدمات در حوزه مراقبت های اولیه، نیازمند توجه به ساختار اجرایی آن می باشد. استفاده از مولفه های اجرایی بدست آمده در مطالعه اخیر که جمع بندی اقداماتی است که در کشورهای موفق در حوزه مراقبت های 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 سیاست گذاران قرار گیرد.

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

مقدمه

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

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 گرفته است (۳-۷). در سال‌های اخیر در سطح کشورها فعالیت‌های گسترده‌ای 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 (۱۱ و ۱۲)، لذا استفاده از تجربیات کشورهای موفق متناسب با شرایط و ویژگی‌های جوامع می‌تواند به ساختاردهی مناسب جهت دستیابی به کیفیت مراقبت‌های 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). ایالات متحده نیز در مورد گزینه‌هایی از جمله پرداخت بر اساس اهداف کیفیت خدمات در حوزه پزشکی 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 مراقبت‌های اولیه سلامت انجام داد، از جمله این برنامه‌ها می‌توان 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 (۲۳-۲۵). 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 داده‌های پزشکی از طریق پشتیبانی فن‌آوری اطلاعات بوده است (۲۸-۲۶). توجه به فرآیندهای ارزیابی و همچنین مقوله‌های فرهنگی نیز، به نوبه خود منجر به توسعه کیفیت مراقبت‌های اولیه به عنوان بخشی از مفهوم وسیع‌تر بهبود مستمر کیفیت در حوزه سلامت می‌گردد که در برخی کشورها به آن توجه شده است (۱).

از آنجا که ساختار اجرایی طرح پزشکی 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 سیاست‌گذاران و مجریان طرح پزشکی خانواده انجام شده است.

روش کار

مطالعه حاضر، یک مرور نظام‌مند و متاستز می‌باشد که در سال ۱۳۹۹ در خصوص مولفه‌های اجرایی طرح پزشکی 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 پزشکی خانواده پرداخته‌اند به صورت نظام‌مند جستجو شده و با استفاده از تکنیک متاستز 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 متاستز 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.

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 از تحلیل های بعدی ما کنار گذاشته شدند. همین طور مقالاتی که فارسی یا انگلیسی نبودند، از مطالعه خارج شدند. سپس تمام مقالاتی که باقی ماندند با دسته‌بندی براساس معیارهای ورود و خروج، مورد ارزیابی قرار گرفتند. این سخت‌گیری در انتخاب مقالات، برای اطمینان از کیفیت علمی آن‌ها برای استفاده در این 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، تعداد ۷۷۷ مقاله با عناوین نسبتاً مرتبط شناسایی شد که تعداد ۳۴۲ مقاله با عنوان تکراری حذف و ۴۳۵ مقاله با دست چین کردن عنوان و چکیده باقی ماندند که در مرحله بعد با خروج ۳۰۵ مورد چکیده مقالات مرتبط از پژوهش، ۱۳۰ متن کامل مقالات باقی ماند که چکیده مقالات مشخص شود. در این مرحله ۷۳ مقاله مرتبط انتخاب شد و ۵۲ مقاله دیگر حذف گردید. در مرحله بعدی، متن کامل ۷۳ مقاله برای تعیین شایستگی انتخاب شدند و همچنین ۵ مقاله، کتاب و پایان نامه نیز از سایر منابع به مطالعه وارد گردید. در مرحله آخر متن کامل ۶۸ مقاله انتخابی با توجه به معیارهای ورود و خروج و بعد از تعیین شایستگی مطالعات از مطالعه برای بررسی در این مطالعه انتخاب گردید.

ارزیابی کیفی: کیفیت مقالات با استفاده از چک 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 و نمره 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 در شکل ۱ نشان داده شده است.

استخراج داده‌ها: ابزار مورد استفاده برای استخراج داده‌ها، فرم محقق ساخته بود که کلیه داده‌های مطالعات پیشین از جمله نام نویسنده اول، سال انتشار، نوع پژوهش، مکان پژوهش در آن ذکر شد. **تحلیل داده‌ها:** بعد از استخراج و جمع آوری داده‌های هر مقاله، با توجه به ماهیت کیفی پژوهش، از تجزیه و تحلیل چارچوب کیفی برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده گردید و در نهایت مهمترین

۱. تنظیم پرسش های پژوهش

۲. بررسی نظام مند متون

۳. جستجو و بررسی مقاله های مرتبط

۴. استخراج اطلاعات مقالات

۵. تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته های کیفی

۶. پایایی و اعتبار مدل (کنترل کیفیت)

۷. استخراج اطلاعات مقالات

استراتژی جستجو: مطالعه حاضر در سال ۲۰۱۹ به بررسی مقالات منتشر شده 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 اطلاعاتی ISI، Scopus، PubMed، web of Science، Springer، Google scholar، Ebsco، Pro-Quest، ScienceDirect، Google، Willey، Scientific Information 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.

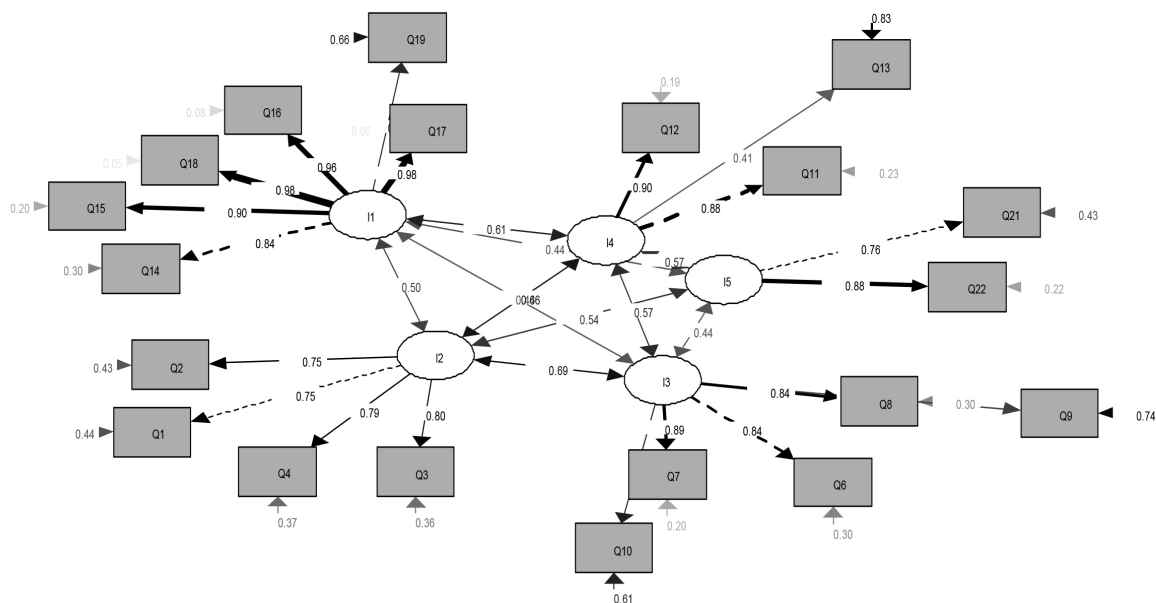
تمامی اصطلاحات کلیدی از طریق یک جستجوی ابتدایی به دست آمد. سپس با کمک دو کارشناس موضوعی برای بهبود استراتژی و اصطلاحات جستجو، مطالعات مرتبط با موضوع اجرای طرح پزشک خانواده و با استفاده از دو دسته کلید واژه های انگلیسی و فارسی شامل

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

جستجو شدند 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 از فهرست 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 از جستجو در پایگاه های موردنظر، مطالعات در چند گام پالایش شدند. ابتدا بعد از مطالعه عناوین و چکیده، عناوین



شکل ۱: فلوجارت فرآیند بررسی و انتخاب مقاله مبتنی بر روش مطالعات مروری منظم و متاتالیز

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، کارایی 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 توأم 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 موفق را ترسیم نمود. از این رو قانونمند نمودن و اعمال محدودیت هایی در میزان، نوع، شیوه و محدوده ارائه خدمات برای سطوح تخصصی و هماهنگی 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 بیمه گر، سازمان های مراقبت اجتماعی، نهادهای سیاستگذار سلامت، سازمان های آموزشی و دانشگاه ها، نهادهای ارزیابی کننده نیازهای

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

یافته ها

نتایج حاصل از بررسی مطالعات پیشین نشان داد که ساختار و مولفه های اجرایی جهت پیاده سازی طرح پزشک خانواده را می توان به هشت مولفه اصلی (ساختار) و چندین مولفه فرعی دسته بندی کرد. ساختارها و مولفه های اصلی اجرایی جهت پیاده سازی 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 نهایتاً دسته بندی ثانویه مولفه و زیر مولفه بر اساس ابعاد کیفیت مطرح شده توسط کمیسیون مشترک اعتباربخشی (کارایی و کنترل هزینه ها (En)^۱، اثربخشی و مبتنی بر شواهد بودن خدمات (Ef)^۲، متناسب با نیاز فرد، خانواده و جامعه بودن خدمات (P)^۳، ایمنی خدمات (S)^۴، احترام و توجه افراد (R)^۵، استمرار و تداوم خدمات (C)^۶، ارائه خدمات به موقع (T)^۷، عدالت و دسترسی به خدمات (A)^۸) مطابق جدول ۱ تعیین گردید.

درگاهداری نظام سلامت و برقراری نظام ارجاع و پسخوراند، از مهم

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)

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	۳۶. درگاه داری نظام سلامت توسط پزشکان عمومی (۳۰، ۲۹) (۳۳-۳۱) (۳۷-۳۴)	En.P.C. En.P.C.
	ب. برقراری نظام ارجاع هدفمند	پزشک خانواده، محوریت درمان (۳۵) و مسئول اصلی هماهنگی مراقبتها (۳۰، ۳۹، ۴۳) مکانیسم ارائه پسخوراند کامل توسط ارائه دهندگان خدمات تخصصی (۴۴)	Ef.En.P.T.S.C. Ef.En.S.C.
	ج. مکانیسم های حمایتی از درگاهداری و مسیر ارجاع (۹۶)	اجبار و تشویق توأم جهت ثبت نام جامعه نزد پزشکان خانواده (۴۴) (۴۵) پوشش کامل هزینه های مسیر ارجاع (۳۲) یا کاهش هزینه های بیمار در صورت رعایت مسیر ارجاع (۴۶) زمان انتظار کمتر و هماهنگی بهتر در مشاوره با متخصصین در نظام ارجاع (۳۷) امکان استفاده از خدمات پزشکی خانواده در ساعات کاری عصر (۳۷) خدمات رایگان پزشک خانواده (۴۷) و یا معافیت از پرداخت مشارکتی برای برخی داروها در پزشکی خانواده (۳۷) محدودیت ویزیت از جانب پزشکان متخصص خارج از نظام ارجاع (۳۵، ۳۶)	En.P.C. En.A. En.A. A.T. A. 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) ۵۸. پرونده 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 آرشو بازبایی تصاویر پزشکی (۳۸) دارای قابلیت برخط برای انتقال اطلاعات بین ارائه کنندگان (پرونده ی اشتراکی) (۶۰) هماهنگ بین تمامی ارائه کنندگان مراقبتها (۳۹) کارت اعتباری الکترونیکی جهت دسترسی به پرونده الکترونیک (۳۷، ۵۱) نسخه نویسی الکترونیک (۵۳) با قابلیت پایش عملکرد (۵۱) (۳۹، ۴۳) و قابلیت پیگیری از خطاهای پزشکی (۵۱، ۵۵) سیستم های هشدار الکترونیک در اشتباهات تجویز (۵۵) با قابلیت های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبتها (۵۱) دسترسی آنلاین افراد به پرونده پزشکی سلامت خود (۵۵، ۵۶) ۶۵. رعایت محرمانگی و دسترسی مدیریت شده به پرونده افراد (۴۵، ۶۲، ۶۵) توسعه خدمات غیر حضوری پزشکان خانواده (مشاوره تلفنی) تله مدیسین (۵۲) (۴۳) و دسترسی الکترونیک به خدمات (۶۱)	A.T.C.R Ef.En.A.P.T.S.C.R R En.S.R A.S.R R En.A.T.R
و. فرایندهای ارائه خدمات	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) مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات مراقبتهای سلامت اولیه (۴۱) 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) ۶۷-۶۸. ارائه خدمات مراقبت های اولیه سلامت به صورت ادغام یافته، تجمیعی و تیمی (۲۹، ۳۱، ۳۹، ۴۳، ۶۲، ۶۳) (۳۷، ۴۷، ۵۲، ۵۳، ۶۴-۶۷) 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) سلامت محور بودن خدمات و غربالگری جمعیت در مراقبت های اولیه سلامت (۵۳) (۳۱) و پوشش بیمه ای این خدمات (۶۹، ۷۱) 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) فراگیر بودن خدمات و ارائه خدمات در منزل توسط پزشکان خانواده (۳۰، ۳۱) تعریف دقیق حیطه وظایف پزشکان خانواده (۷۲) محدودیت ویزیت سالانه در ارائه دهندگان خدمات تخصصی (۵۲) محدود بودن فعالیت متخصصین فقط در بیمارستانها (۳۷، ۷۳) حجم خدمات استاندارد تعیین شده (۳۷) محدودیت ارجاع به متخصص از سوی پزشک خانواده (۴۷)	A.R A.T. A.T. En.A.T.R Ef.En.A.P.T.R Ef.En.A.T. Ef.En.S. A.T.R En. En. En. En. En.

En.A.T.	ایجاد بستر بیمه همگانی(۳۰, ۳۲, ۳۷, ۴۶, ۵۱, ۵۴, ۷۴-۷۹)	ساختار بیمه‌ای	
A.T.	مشارکت بیمه‌های خصوصی در پوشش خدمات پزشک خانواده (۷۱, ۷۹) (۴۱)		
Ef.En.	قرارداد بیمه‌ها با پزشکان بر اساس الگوی عملکرد و انطباق با اهداف (۸۰)		
Ef.En.	پایش و تایید دوره‌ای ارائه کنندگان توسط بیمه‌ها (۲۹)		
A.T.	بیمه‌های اختیاری برای کاهش زمان انتظار (۵۴)		
En.A.T.	پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت محور مانند پیشگیری(۷۱)		
En.	معیارهای انضباط مالی و ارتباط معیارهای مالی با پرداختها (۸۱)	ساختار نظارتی و کنترل	الف. کنترل از طریق مکانیسم پرداخت
En.	پرداخت گلوبال به مراکز پزشک خانواده (۵۵) و تسهیم سود مبتنی بر گروه(۶۹)		
En.	انتقال ریسک هزینه‌ها از بیمه به پزشکان خانواده از طریق پرداخت سرانه(۳۱), ۳۲, ۴۱, ۵۴, ۸۲)		
En.	پرداخت ثابت بابت هزینه‌های جاری و خدمات آزمایشگاهی علاوه بر سرانه به پزشکان عمومی(۸۲)		
En.	مدیریت بودجه خدمات تخصصی توسط گروه‌های تخصصی(۸۳)		
Ef.En.	مکانیسم پرداخت P4P (۳۷, ۵۵, ۸۴)		
Ef.En.	پرداخت مبتنی بر نتایج دستیابی به اهداف به پزشکان خانواده (۳۲, ۵۴, ۷۴, ۸۲)		
En.	طرح اجازه گرفتن برای مصرف منابع (۸۵)		ب. کنترل رقابتی
Ef.En.	رقابت مدیریت شده توسط بیمه‌ها بر اساس کیفیت خدمات (۵۱, ۵۴)		
Ef.En.C.	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)		ج. کنترل کمی
Ef.En.	نظارت بر الگوی نسخه نویسی(۴۴, ۵۵) (۳۹)		
P.T.C.	پرداخت سرانه به پزشکان عمومی به خصوص برای مدیریت بیماران مزمن (۳۱), ۳۲, ۴۱, ۵۴, ۸۲)	ساختار پرداخت	توسعه کمی ارائه دهندگان
Ef.A.P.S.C.R	برقراری تعادل بین درآمد پزشکان عمومی خود اشتغال با پزشکان خانواده (۲۹)		
Ef.A.P.S.C.	برقراری ارتباط میزان پرداخت باکیفیت خدمات (۵۵) و ارائه خدمات مبتنی بر نیاز جامعه (۸۶) و خدمات اولویت دار (۷۱)		
Ef.A.P.T.S.	مکانیسم‌های تشویق مالی در دستیابی به اهداف کیفیت (۶۳) (۷۱) و چارچوب کیفیت نتایج(۵۴, ۷۴, ۷۶, ۸۲) (۳۷, ۵۵) ارائه خدمات خاص (۶۷)		
A.P.T.	برنامه ریزی جهت آموزش پزشکان و پرستاران متخصص در پزشکی خانواده بر اساس نیاز جامعه (۴۴, ۵۱, ۵۲, ۶۹, ۷۱, ۸۷)		
A.T.	توزیع عادلانه و مناسب پزشکان خانواده (۳۷, ۴۷, ۷۹, ۸۸)		
A.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 بیمه‌های خصوصی (۴۴)		
En.A.	پرداخت به ازای خدمت و متغیر به پزشکان عمومی به صورت کارانه برای برخی خدمات منتخب (۳۱, ۵۴) (۸۹)		
A.T.	مکانیسم پرداخت‌های تشویقی بازای ارائه خدمات خاص (۶۷)		
Ef.En.	بکارگیری پزشکان متخصصین بازنشسته به عنوان پزشکان خانواده (۹۰)		
En.A.T.C.	تقویت نقش و بکارگیری پرستاران در سیستم پزشک خانواده و انجام برخی خدمات تخصصی توسط ایشان(۴۳) (۵۱, ۵۴)		
En.A.C.	درگاه‌داری نظام سلامت توسط پرستاران قبل از پزشکان خانواده (۳۹)	توسعه کیفی ارائه دهندگان	
En.A.T.	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)		
Ef.A.T.S.	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.S.	آموزش تخصصی پزشکان خانواده(۳۶, ۷۱, ۹۲, ۹۳) از طریق کوریکولوم اختصاصی آموزشی (۱۷۹)		
Ef.S.	توسعه مداوم حرفه ای پزشکان خانواده (۱۲۷۰, ۱۲۵۰, ۹۰, ۴۶, ۱۶۱) به شیوه‌های مختلف(۱۳۱, ۴۸)		

ساختار کیفیت	الف. تعریف کیفیت	تدوین استاندارد حرفه ای، مراقبتی و مدیریتی حوزه مراقبت های اولیه (۳۷) مراقبت های مدیریت شده (۹۴) استاندارد سازی زمان دسترسی به خدمات (۵۴) استانداردهای بالینی (۶۹) و گایدلاین حرفه ای پزشکان خانواده (۵۱)	Ef.En.A.T.S.C.
	ب. ارزیابی کیفیت	تعریف شاخصهای کیفیت ملی برای مراقبت های سرپایی (۳۷، ۴۷، ۷۱، ۹۵) ردیابی، نظارت و تحلیل کیفیت خدمات (۵۴) خودارزیابی (۳۷) ارزیابی دوره ای موفقیت مراکز پزشک خانواده در رعایت کیفیت (۳۷، ۵۳، ۶۹، ۷۱) توسط نهادهای ناظر بر کیفیت خدمات (۲۹، ۷۱)	Ef.En.A.S.C.R
	ج. مکانیسم های تشویقی	نظارت هوشمند سیستمی بر تجویز (۵۵) اعتبار بخشی مراکز پزشک خانواده (۴۹، ۵۳، ۵۴، ۹۶، ۹۷)	Ef.En.P.S.C.R
	د. پاسخگویی	جایزه مراقبت با کیفیت (۵۳) و پاداش به ازای دستیابی به اهداف مورد توافق (۵۴، ۷۴، ۸۲) (۷۶، ۵۴)	Ef.En.S.
	ساختار حمایتی	پاسخگو بودن مراکز پزشک خانواده به جوامع محلی در خصوص اطمینان از کیفیت خدمات (۵۲)	Ef.En.S.C.
	ب. حمایت طبقه بندی شده از گروههای خاص (۴۴) (۹۸)	انتشار عمومی اطلاعات ارزیابی کیفیت و عملکرد مراکز پزشک خانواده (۶۹)	Ef.En.P.S.C.
	ساختار فرهنگی	دسترسی مردم به پرونده الکترونیک سلامت (۴۹)	Ef.En.A.P.T.S.C.R
	فرهنگ سازی در جهت تقویت اعتماد عمومی به پزشکان خانواده (۱۰۰)	گزارش اجباری پزشکان خانواده در مورد خطاهای دارویی و پزشکی و آسیب بیمار (۵۴)	Ef.En.A.P.T.S.C.R
		پیگیری قانونی تجویز نادرست توسط نهادهای ناظر (۴۴)	A.S.
		الف. حمایت بیمه ای (۳۰، ۳۲، ۳۷، ۴۶، ۵۱، ۵۴، ۷۴-۷۹)	S.
	آموزش عمومی، فرهنگ سازی و اطلاع رسانی جهت رعایت نظام ارجاع و نظام درگاهداری (۹۹)		S.
			A.P.T.C.R
	Ef.En.C.R		Ef.En.T.C.R

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 فرایندها 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 محدودیت های فرآیندی برای میزان ارجاعات به سطوح تخصصی علاوه بر مدیریت هزینه ها و افزایش کارایی می تواند 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 بیمه ای و نظام پرداخت است. ایجاد بستر بیمه همگانی، مشارکت بیمه های خصوصی، توسعه پوشش خدمات توسط بیمه ها 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 می نماید. همچنین شیوه عقد قرارداد بیمه ها با ارائه دهندگان، پایش دوره ای آنان و برقراری ارتباط بین پرداخت ها و اهداف کیفیت در دستیابی به اهداف کیفیت نقش مهمی را ایفا می کند. پرداخت سرانه به پزشکان عمومی به

سلامت جامعه، انجمن های 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 ویژگی ها عبارت از بر خط بودن، طراحی شده بر اساس کیفیت، دارای قابلیت های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبت ها، دارای پایش اپیدمیولوژیک، مرتبط با گایدلاین های درمانی، امکان ادغام مراقبت های ارائه شده توسط ارائه دهندگان مختلف، ارتباط با سیستم آرشیو بازیابی تصاویر پزشکی، با قابلیت برخط برای انتقال اطلاعات بین ارائه کنندگان (پرونده ی اشتراکی) و قابلیت هماهنگی بین تمامی ارائه کنندگان مراقبت ها می باشند 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،

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. آنچه 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 مقوله ای 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 قابلیت 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، استاندارد سازی 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). ربرینک و گیلسون در سالهای ۱۹۹۵ و 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 ارائه دهندگان منتقل کرده و این روش نسبت به روش های پرداخت دیگر از جمله کارانه و حقوق، برای خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت اولویت دارد (۱۰۴). یزدی فیض آبادی و همکاران و هان و همکاران (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که فرهنگ و فرهنگ سازی نقش مهمی در دستیابی به کیفیت خدمات

پذیر جامعه و اجرای 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 (ترجیحاً 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 مکانیسم‌های هماهنگی بین سطوح یک و دو نظام ارجاع از مهم‌ترین مولفه‌های اجرایی در جهت دستیابی به کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت می‌باشد (۱۳۰).

Yip و همکاران در پژوهشی که در سال ۲۰۰۸ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که عدم هماهنگی بین سطوح ارائه خدمات در مراقبت‌های اولیه باعث افزایش ارائه خدمات غیر ضرور و موجب ناکارایی نظام مراقبت‌های اولیه سلامت می‌گردد (۱۳۱). همچنین لاو و همکاران نیز در پژوهش خود عنوان کردند که 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) شش‌پنجه‌ای 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 پژوهش‌های خود به توسعه منابع انسانی در افزایش کیفیت خدمات تاکید دارند (۱۳۷ و ۱۳۸). مطالعاتی نیز در خصوص مولفه‌های اجرایی جهت کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی در خدمات اولیه سلامت، به ارایه مراقبت‌های درمانی در منزل (۱۳۹)، جامعیت مراقبت‌های پزشک خانواده (۱۴۰ و ۱۴۱)، 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 برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های 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 می‌شود. این امر موجب کاهش هزینه‌های غیرضروری خواهد شد (۱۴۳). همچنین لیدی و همکاران در سال ۲۰۱۶ به اهمیت تله مدیسین

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 مراقبت‌های 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)، کاتر و همکاران (۱۱۵) و لاسنی و همکاران (۱۱۶) به اهمیت نقش پرستاران و دستیاران پزشک در کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها پرداختند (۱۱۷). همچنین استفاده از کارکنان غیر پزشک جهت کاهش هزینه‌ها مقوله اجرایی است که در مطالعه پیلر 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 مهم‌ترین عوامل دستیابی به کیفیت خدمات در مراقبت‌های اولیه می‌داند (۱۱۹). دماری و همکاران نیز سلامت‌نگری را محور فعالیت‌های 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 گونه‌ای هدایت کند که نیازهای بیماران و تمامی جامعه تحت پوشش برآورده شود و باید طیف جامعی از خدمات را به طور هماهنگ با سایر ارائه‌دهندگان و به موقع فراهم نماید (۱۲۰). برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند که طرح‌های بیمارمحور که هدف کاهش هزینه‌های سلامت را دارد، به طور موثر بیماران را تشویق میکند تا تغییراتی در دریافت مراقبت‌ها ایجاد کنند و هزینه‌های غیرضروری و مراقبت‌های مربوط به بیماری‌های مزمن و قابل پیشگیری کاهش می‌یابد (۱۲۱-۱۲۳) و این همان نتایجی است که پژوهش اخیر نیز به آن اشاره می‌کند.

پناهی و همکاران در سال ۲۰۰۹ در پژوهش خود در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت عنوان کردند که کارایی نظام ارجاع بستگی به کارایی 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 یافته‌های 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

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

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

از طرفی ارائه خدمات به صورت تیمی و مشارکت چند رشته‌ای، ارائه خدمات پیشگیری و خدمات مبتنی بر شواهد و همچنین پرداخت مبتنی بر عملکرد، استفاده از پرونده الکترونیک سلامت، استفاده از خدمات تجمیعی و بهره‌وری تجمیعی، مکانیسم‌های سنجش کیفیت و وجود ارتباطات بین سطوح داخلی و خارجی مراقبت‌های اولیه سلامت و همچنین محوریت قرار گرفتن پزشکان خانواده در امر سلامت از مهم‌ترین مقوله‌هایی است که در کیفیت خدمات تأثیر گذار خواهد بود (۱۴۱).

بیلیو و همکاران در سال ۲۰۱۳ به تأثیر ارزیابی و نظارت و پرداخت‌های تشویقی، مکانیسم‌های 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 مطالعه‌ای که در خصوص عوامل مهم در دستیابی به کیفیت خدمات در مراقبت‌های 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 تأثیر ادغام خدمات، همکاری بین بخشی، پرداخت بر اساس نتایج در دستیابی به کیفیت خدمات اشاره کردند (۱۴۷).

خیای در سال ۱۳۹۶ به 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، تداوم 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، سیستم‌های 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، توانمندسازی نیروی انسانی، همکاری بین بخشی و ارتباطات، دستورالعمل‌های اجرایی و نظارت را از مولفه‌های اجرایی جهت دستیابی به کیفیت خدمات عنوان می‌کنند (۱۵۱) که کلیه موارد فوق، نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند.

نتیجه‌گیری

پایه‌سازی 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 مولفه‌های اجرایی متفاوتی را دارد. اما با مطالعه و جمع‌بندی تجربیات کشورهای مختلف می‌توان الگوی اجرای پزشکی خانواده را در قالب مولفه‌های 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 بیمه‌ای و مکانیسم‌های کنترلی
- بهبود فضای ارتباطی پزشکان خانواده با ذینفعان و جامعه
- استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی و سیستم‌های اطلاع‌رسانی برای خدمت‌رسانی 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 مراقبت‌های 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 اخیر که

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.

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.

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. Atención 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.

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

31. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fatore 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, Rudy 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. Keskimäki I, Tynkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä 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 thir-

teenth 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/gp-pracguide.pdf>. [Accessed April 13].

56. Weber-Jahnke JH. The Canadian health record interoperability infrastructure. In Encyclopedia 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, Schaefer R, Heiderhoff M, Szeceenyi 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.

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://www.canstarcom.au/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. Tataru 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/myth-busters/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, Gholipour 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, Doulatbadi 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, Prokhoras 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.

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 University 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 University 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 stakeholders perspective 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, Miri 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.