

## *SWOT Analysis of Implementation of Urban Family Physician Plan from the Perspective of Beneficiaries: A Qualitative Study*

Ghasem Abedi<sup>1</sup>,  
Aboalfazl Marvi<sup>2</sup>,  
Saied Amir Soltani Kentaie<sup>2</sup>,  
Ehsan Abedini<sup>3</sup>,  
Mehran Asadi Aliabadi<sup>4</sup>,  
Khadije Safizadehe Chamokhtari<sup>2</sup>,  
Alireza Abasi Chaleshtari<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Healthcare Management, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> MSc Student in Health Care Management, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> PhD Student in Health Care Management, Student Research Committee, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>4</sup> PhD student of Epidemiology, Preventive Medicine and Public Health research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received March 14, 2017 Accepted November 18, 2017)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Urban family physician was implemented as a pilot project in Fars and Mazandaran provinces in Iran since 2012. This study aimed at SWOT analysis of urban family physician from the perspective of beneficiaries.

**Materials and methods:** This qualitative research was conducted through in-depth and semi-structured interviews in 2016. Nine people including faculty members, family physicians, senior managers and health professionals who were fully informed about the family physician project. They were selected via purposive sampling. Verbatim transcription of interview data was done and analyzed using framework method.

**Results:** The main strengths included health services provision, easy accessibility to health services, classification of services, and decrease in unnecessary costs. The weak points according to SWOT analysis included management and planning, human resources, physical resources, referral system, electronic health records, payment mechanism, health services purchasing organizations, intersectoral coordination, and assessment and control systems. Authorities' support, legal backing, educated human resources, and capacity of private section along public section were identified as the opportunities of the project. Furthermore, failure in public-private sector cooperation, health market and, society needs were considered as the threats.

**Conclusion:** This study showed the strengths and weaknesses of family physician plan, and the opportunities and threats it is faced with. Hence, it is necessary to find solutions and perform necessary interventions in order to eliminate the weaknesses and threats and maintain and improve the strengths and opportunities before its implementation throughout the country.

**Keywords:** urban physician family, SWOT, referral system, electronic health records, payment mechanism

## تحلیلی بر استقرار برنامه پزشکی خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی

قاسم عابدی<sup>۱</sup>  
ابوالفضل مروی<sup>۲</sup>  
امیر سلطانی کنتابی<sup>۲</sup>  
احسان عابدینی<sup>۳</sup>  
مهران اسدی علی آبادی<sup>۴</sup>  
خدیجه صفی زاده چم مختاری<sup>۲</sup>  
علیرضا عباسی چالشتی<sup>۲</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** برنامه‌ی پزشکی خانواده شهری از سال ۱۳۹۱ در دو استان منتخب فارس و مازندران به صورت پایلوت اجرا شد. از نگاه کارشناسان، اجرای آن مناسب‌ترین استراتژی جهت تشکیل نظام ارجاع و افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی است. این مطالعه با هدف تحلیلی بر استقرار برنامه پزشکی خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به صورت کیفی با روش مصاحبه‌ی عمیق و نیمه ساختارمند در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. نمونه‌ی آماری شامل ۹ نفر از اعضای هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه‌ی پزشکی خانواده بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. مصاحبه‌ها پس از انجام بروی کاغذ پیاده‌سازی و داده‌ها به روش چارچوبی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نقاط قوت طرح شامل فراهمی خدمات سلامت، دسترسی آسان به خدمات سلامت، سطح‌بندی خدمات و کاهش هزینه‌های غیر ضروری، نقاط ضعف شامل مدیریت و برنامه‌ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، فرایند ارائه خدمات، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمت، هماهنگی درون‌بخشی، نظام کنترل و ارزشیابی شناسایی شدند. فرصت‌ها شامل حمایت‌های مسئولین، پشتوانه قانونی، نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس، ظرفیت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی و تهدیدها شامل همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی، بازار سلامت و نیازهای جامعه بودند.

**استنتاج:** مطالعه‌ی حاضر نشان داد که طرح پزشکی خانواده شهری از چه نقاط قوت و وضعی برخوردار بوده و با چه فرصت‌ها و تهدیدهایی رو به رو است. لذا ارائه راهکارها و مداخلات موثر جهت رفع نقاط ضعف و تهدیدهای پیش‌روی برنامه با بهره‌گیری هرچه بیش تر از نقاط قوت و فرصت‌های موجود، قبل از توسعه برنامه به سراسر کشور به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت، ضروری می‌نماید.

**واژه‌های کلیدی:** پزشکی خانواده شهری، مدل SWOT، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت

### مقدمه

مطالعه قرار دهند (۱). نظام‌های سلامت به منظور افزایش کارایی و اثربخشی، ایجاد عدالت و امکان دسترسی مردم به خدمات سلامت، همواره مورد اصلاحات قرار

امروزه اهمیت سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های بشر، پژوهشگران را بر آن داشته است تا اصلاحات نظام سلامت را به گونه‌ای هدفمند مورد

Email: mabolfazl@Yahoo.com

**مؤلف مسئول: ابوالفضل مروی** - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت

۱. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
  ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
  ۳. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
  ۴. دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- © تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۷/۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۶/۸/۲۷

می‌گیرد (۲). یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام سلامت، سطح‌بندی خدمات است که پزشک خانواده در اولین سطح، خدمات پیشگیری و درمانی را به جمعیت ارائه نموده و در صورت نیاز جمعیت به خدمات تخصصی‌تر از طریق سیستم ارجاع، آن‌ها را به سطوح بالاتر هدایت و سرنوشت آن‌ها را تا حصول نتیجه پیگیری می‌نماید (۳، ۴).

دستاوردهای برنامه پزشک خانواده سبب شده است که سازمان جهانی بهداشت آن را مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، اثربخشی، برابری و کاهش هزینه‌ها در سیستم‌های مراقبت سلامت معرفی نماید (۵). مطالعات متعدد نیاز کم‌تر به منابع و اجرای خدمات موثر را در برنامه پزشک خانواده نسبت به سطوح تخصصی تایید نموده‌اند (۶، ۷).

امروزه در بسیاری از کشورهای امریکای شمالی و اروپای غربی، پزشک خانواده محور ارائه خدمات سلامت است (۸). در ایران برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۷۶ برای مددجویان کمیته امداد اجرا و اصلاحات گسترده آن از سال ۱۳۸۴ با شروع برنامه ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ هزار نفر و مناطق روستایی سراسر کشور آغاز گردید. با توجه به توزیع حدود ۶۵ درصد جمعیت کشور در شهرها، بر اساس برنامه پنجم توسعه این طرح از سال ۱۳۹۱ در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران به صورت پایلوت اجرا شد (۹، ۱۱).

به منظور افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، سطوح ارائه خدمات و نظام ارجاع شکل گرفت. عدم تحقق مناسب نظام ارجاع در سطوح ارائه خدمات یک نقطه ضعف بارز در نظام سلامت می‌باشد (۴). به علت عدم موفقیت نظام ارجاع و طرح شبکه‌های بهداشتی درمانی در شهرها، کارشناسان مناسب‌ترین استراتژی را در قالب نظام ارجاع در مناطق شهری اجرای برنامه پزشک خانواده برشمردند (۱۲). سطح‌بندی خدمات سلامت موجب می‌گردد تا از

مراجعات غیر ضروری به مراکز تخصصی جلوگیری و در منابع مادی و انسانی صرفه جویی گردد (۱۳). بنابراین نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کاهش هزینه‌ها و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی‌تر نقش اساسی دارد (۱۴). نتایج پژوهشی نشان داد که عمده هزینه خدمات بهداشتی درمانی چه در بعد مالی و چه انسانی، در بیمارستان تا حدودی با تکمیل چرخه نظام ارجاع کاهش می‌یابد (۱۵). از طرفی تشکیل پرونده الکترونیک با محوریت پزشک خانواده برای جامعه تحت پوشش، امکان کنترل کیفیت خدمات، انضباط مالی، پیگیری خدمات انجام شده و پاسخگویی به بیمار را ایجاد و حرکت بیمار در سطوح سه گانه را تسهیل می‌کند (۱۶، ۱۸).

اگرچه برنامه پزشک خانواده افزایش دسترسی به خدمات سلامت را فراهم نموده است، ولی در برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری، نیازهای جامعه، نظام ارجاع و یکپارچگی بیمه‌ها چالش‌هایی وجود دارد (۱۹). اجرای برنامه پزشک خانواده به دلایل مختلف نیازمند پایش و ارزیابی بر اساس مدل‌های مختلف می‌باشد. یکی از مدل‌هایی که می‌توان بر اساس آن اجرا و عملکرد این طرح را مورد ارزشیابی قرار داد، مدل (SWOT) یعنی نقاط قوت (Strengths)، ضعف (Weaknesses)، فرصت‌ها (Opportunities) و تهدیدها (Threats) است. بر این اساس یک استراتژی مناسب قوت‌ها و فرصت‌های یک برنامه را به حداکثر، ضعف‌ها و تهدیدها را به حداقل می‌رساند (۲۰).

ارزشیابی برنامه پزشک خانواده شهری که پنج سال از اجرای آن می‌گذرد، امری ضروری است تا ضمن شناسایی نقاط قوت و چالش‌های موجود، میزان دستیابی به اهداف و نتایج مشخص و در صورت نیاز، مداخلات موثر قبل از اجرای برنامه در کشور انجام گردد. لذا مطالعه حاضر با هدف تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT طراحی و انجام شد.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی است که در سال ۱۳۹۵ به صورت تحلیل ساختار و تحلیل درون مایه انجام شد. تحلیل ساختار روشی است مناسب در زمینه تحقیقات کاربردی با هدف کسب اطلاعات خاص و ارائه پیامدها با توصیه‌ها؛ از سوی دیگر تحلیل درون مایه روشی است برای شناسایی و تحلیل و بیان محتوای داده‌های متنی که هر دو به میزان وسیعی در مطالعات مرتبط با سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند (۲۲، ۲۱).

جامعه آماری شامل ۹ نفر از اعضای هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه‌ی پزشک خانواده بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری دیدگاه صاحب نظران از روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند استفاده گردید. جهت انجام مصاحبه‌ها فرم عناوین راهنما که حاوی چهار سوال کلی برای روشن کردن اهداف مطالعه بود، تهیه شد. سوالات عبارت بودند از: شما به عنوان خبره، پزشک خانواده، مدیر و کارشناس اجرایی چه نقاط قوت/ضعف/فرصت/تهدیدی را در اجرای طرح پزشک خانواده می‌بینید. در طراحی این سوالات علاوه بر مروری بر متون، از تجارب چند نفر از خبرگان در این حوزه نیز استفاده گردید. زمان انجام مصاحبه‌ها با افراد مورد نظر به صورت تلفنی یا حضوری هماهنگ گردید و ضمن ارائه توضیحات در مورد هدف کار به افراد اطمینان داده شد که نظرات آنان به طور کامل و محرمانه حفظ خواهد شد و در عین حال مجازند علیرغم موافقت اولیه، در هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند، از ادامه کار انصراف دهند. در مرحله بعدی برای تمام مشارکت کنندگان فرم رضایت کتبی تکمیل و به امضای آن‌ها رسید. سپس مصاحبه‌ها در دفتر اعضا هیات علمی و مدیران ارشد و محل کار سایر مصاحبه شوندگان انجام گردید. زمان مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. در انجام

مصاحبه‌ها برای جلوگیری از مشکلات احتمالی از دو دستگانه ضبط استفاده گردید و عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده‌سازی متون، بلافاصله پس از پایان هر جلسه توسط دو کارشناس جداگانه انجام شد. به طوری که پس از سه بار گوش دادن هر فایل ضبط شده، نسبت به پیاده‌سازی مصاحبه‌ها اقدام گردید. ضمناً از آن‌جا که از نکات کلیدی سخنان مصاحبه شوندگان و حالات صورت و علائم غیرکلامی آن‌ها در زمان مصاحبه یادداشت برداری شد، در زمان پیاده‌سازی فایل‌ها به این مطالب نیز توجه شد. در نهایت به منظور افزایش قوام و صحت داده‌ها بعد از پایان هر بخش از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، برداشت‌های صورت گرفته به رویت و تأیید مصاحبه شوندگان رسید و بدین ترتیب مورد بازبینی قرار گرفت.

به منظور تحلیل داده‌ها از یک فرآیند پنج مرحله ای تحت عنوان تحلیل چارچوبی به شرح زیر استفاده گردید. مرحله یک آشنا سازی، مرحله دو شناسایی یک چارچوب موضوعی، مرحله سه نمایه کردن، مرحله چهار ترسیم جداول و مرحله پنج کشیدن نقشه و تفسیر که سرانجام داده‌ها استخراج و طبقه بندی شده و درون مایه‌ها انتزاع و پیشنهادهای لازم ارایه گردید (۲۳).

## یافته ها

در پژوهش حاضر، سه نقطه قوت اصلی شامل فراهمی خدمات سلامت، دسترسی آسان به خدمات سلامت، سطح‌بندی خدمات در مناطق شهری و کاهش هزینه‌های غیر ضروری، ده نقطه ضعف شامل مدیریت برنامه ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، فرایند ارائه خدمات، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمت، هماهنگی درون بخشی، نظام کنترل و ارزشیابی به دست آمد.

فرصت‌های برنامه پزشکی خانواده در این مطالعه شامل حمایت‌های مقام معظم رهبری و مسئولین، پشتوانه قانونی برنامه پزشکی خانواده، نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس، ظرفیت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی و تهدیدهای برنامه در این پژوهش شامل همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی، بازار سلامت و نیازهای جامعه می‌باشد.

نزدیک‌تر کنیم. نکته دیگر، ما هم زمان را افزایش دادیم و هم کیفیت زمان را، قبلاً زمان خدمت، ساعت ۷ تا ۱۴ بود و الان دو نوبت کاری شد. در گذشته بخش زیادی از جمعیت شهر را در صبح از دست می‌دادیم، خصوصاً مادران».

#### سطح‌بندی خدمات در مناطق شهری و کاهش

##### هزینه‌های غیر ضروری

در این پژوهش، سطح‌بندی خدمات در شهر و کاهش هزینه‌های غیر ضروری یکی دیگر از نقاط قوت برنامه بود. (م ۶) «در گذشته ما در شهر خدمات سطح اول را به این شکل ارائه نمی‌دادیم. الان توانسته‌ایم ۸۰ درصد نیازها را پوشش بدیم و ۲۰ درصد را پزشک راهنمایی و ارجاع دهد که هزینه‌های سیستم و مردم نیز کم شده است». (م ۴) «وقتی خدمات رو سطح‌بندی کنیم که الان از گذشته در شهر بهتر شده است، بیمار سردرگم نمیشه و اولین حرکت را از پزشک خانواده شروع میکنه، از طرفی هزینه‌های حمل و نقل کاهش می‌یابد. از طرفی هزینه ویزیت و داروهای که متخصص می‌نویسد گرون تر است».

#### نقاط ضعف

##### مدیریت و برنامه‌ریزی

مشارکت کنندگان از نحوه مدیریت برنامه پزشک خانواده ناراضی بودند و مدیریت اصولی را مهم‌ترین عامل موفقیت برنامه‌های بهداشتی عنوان کردند. اجرای شتابزده و بدون ارزیابی شرایط موجود در بحث ساختار و منابع را ضعف مدیریتی برنامه قلمداد کردند. (م ۴) «خود طرح بسیار زیبا است و هرچه نقطه ضعف است، مربوط به مدیریت برنامه است، به خاطر این که مدیریت درست نیست. طرح به این بزرگی را می‌خواهند ظرف سه ماه اجرا کنند. به پزشک آموزش ندادند و مردم را مجبور کردند که یکی از پزشکان عمومی را انتخاب کند». (م ۲) «ما به فاز صفر اعتقاد نداریم و تفویض

#### نقاط قوت

##### فراهمی خدمات سلامت

از جمله نقاط قوت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، فراهمی خدمات سلامت است که شامل ارتقاء پوشش خدمات در مناطق شهری از طریق بهبود وضعیت نیروی انسانی پزشک و غیر پزشک و ادغام و اجرای بسته‌های خدمتی برای گروه‌های هدف می‌باشد که نسبت به قبل از اجرای برنامه بهبود یافته است. در این راستا مشارکت کننده شماره ۶ (م ۶) گفت «الان با مطب پزشک خانواده توانسته‌اند پوشش صد در صدی داشته باشند». (م ۳ و ۶) «ما توانستیم همه بسته‌های خدمت را برای همه گروه‌های سنی توسط یک تیم سلامت به آن‌ها ارائه کنیم با اجرای طرح، پزشک در کنار غیر پزشک قرار گرفت و ما از ظرفیت بخش خصوصی استفاده کردیم».

#### دسترسی آسان به خدمات سلامت

یکی دیگر از نقاط قوت اجرای برنامه، دسترسی آسان به خدمات سلامت در سطح اول است که هم دسترسی زمانی و هم دسترسی مکانی را افزایش داده است. (م ۷) «نکته قوت این طرح این بود که دسترسی‌ها رو برای مردم آسون و بهتر کرد، مثلاً ما در گذشته برای هر ۱۵ هزار نفر یک مرکز بهداشتی درمانی و یک پزشک داشتیم، حالا برای این ۱۵ هزار نفر، پنج پایگاه پزشک خانواده داریم. از دیگر نقاط قوت این بود که ما توانستیم مکان‌های ارائه خدمت را به محل زندگی مردم

اختیار و عدم تمرکز درست انجام نمی‌شود. برنامه کلی نوشته می‌شود و دستور داده می‌شود که اجرا بشود.

#### منابع انسانی

مشارکت کنندگان کمبود نیروی انسانی را یکی از مشکلات برنامه عنوان کردند. نظر ایشان این بود تعریف تیم سلامت در دستورالعمل پزشکی خانواده و تعداد نیرو و تخصص‌های مطرح شده در مراکز مجری و پایگاه‌های پزشکی خانواده به ویژه بخش خصوصی رعایت نشده است. (م ۲) «در حال حاضر ما در مطب‌های خصوصی پزشکی خانواده یک دستیار بیش‌تر نداریم که باید همه کارها رو انجام بده». در بحث آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی: (م ۴) «به نظرم در بحث آموزش کوتاهی شد. باید برای پزشکان خانواده کلاس آموزش اجباری گذاشته بشه و باید گفته شه اگر می‌خواهید در این طرح ادامه دهید، باید n ساعت آموزش ببینید. از طرفی بازآموزی‌ها در راستای پزشکی خانواده باشد، چون خیلی از بازآموزی‌ها برای پزشکان برای کسب امتیاز است و به درد پزشکی خانواده نمی‌خوره». (م ۲) «نیروها متناسب با نیاز آموزش ندیده و در فیلد عملی کار نکرده‌اند در دوران تحصیل». در ادامه (م ۵) «پزشکان خانواده کنونی با این مقاصد آموزش ندیده‌اند».

#### منابع فیزیکی

منابع فیزیکی و ساختاری در این برنامه یکی از نقاط ضعف مهم است. نبود سازوکار قانونی در خصوص تدارک فضای فیزیکی در پایگاه‌های پزشکی خانواده یکی چالش است. (م ۷) «پزشک خانواده خصوصاً در بخش خصوصی، فضای فیزیکی لازم را ندارد که بسته‌های خدمتی را مثل واکسیناسیون انجام بده». در ادامه گفت «مکان استقرار مطب‌ها در مرکز شهر و در حاشیه شهرها نیست، این کار رو مشکل کرده که پزشک حاضر نیست به خاطر امکانات پایین

در حاشیه شهر مطب دایر کنه». (م ۹) «ما وسایل و تجهیزات لازم برای ارائه خدمت را نداریم، خصوصاً در بخش خصوصی و در اجرای بسته‌ها دچار مشکل شدیم و آن را پیش‌بینی نکردیم».

#### فرایند ارائه خدمات

فرایند ارائه و اجرای بسته‌های خدمتی با مشکل مواجه است. (م ۲) «چه طوری بسته‌ها رو اجرا کنیم با این که پرونده‌ها و اطلاعات در مراکز دولتی است و خدمت در مطب پزشکی انجام بشه». (م ۷) «خدمات رایگان مثل مکمل‌ها رو در مطب‌های خصوصی تعریف نکردیم که چطور تحویل بدیم که اشکال قانونی دارد. قانون مطب می‌گوید عرضه هر گونه دارو در مطب ممنوع است» در مورد اجراء، اکثر بسته‌های خدمت را باید مراقب سلامت اجرا کند «اکثر بسته‌ها رو باید دستیار انجام بده نه پزشک».

#### نظام ارجاع

مشارکت کنندگان بر مشکل نظام ارجاع در برنامه تاکید داشتند. (م ۷) «سوپرچالش طرح پزشکی خانواده این است که ما سیستم ارجاع رو فقط در سطح اول داریم و در سطح دو ارجاع وجود نداره و بیمار رها شد. نصف برنامه اجرا شده در دستورالعمل دیده شد ولی اجرا نشد». (م ۶) «طرح شتاب زده و فرهنگ سازی نشده بود». در خصوص ارجاع معکوس و زمان حضور پزشک (م ۴) «بعد از ساعات کاری پزشکی خانواده خصوصاً در بخش دولتی سازوکاری طراحی نشده و مریض باید به مراکز معین بره، اما به علت همکاری نکردن بیمه در بحث تعرفه‌ها، شرایط درست برقرار نشده و مریض سرگردان می‌شود و بحث بعدی پزشک جایگزین در سیستم ارجاع است که مشکل دارد».

در خصوص بحث ارجاع و همکاری بیمارستان (م ۳) «بیمارستان نباید مریض رو بدون برگ ارجاع ببیند و باید بین کسی که ارجاع داره و کسی نداره فرق گذاشته

بشه». در خصوص مراجعه بیماران در ساعات غیر اداری (م ۳) «اورژانس جای مراجعه بیماران غیر اورژانسی نیست، چطور می شود خدمات سطح یک رو ارائه کرد». در خصوص مشارکت سطح دو در ارجاع بیماران (م ۱) «در ارجاع مشکل داریم، برنامه ارجاع مشخص نیست. خیلی از پزشکان متخصص ارجاع قبول نمی کنند».

#### پرونده الکترونیک سلامت

یکی از اهداف برنامه پزشک خانواده، اجرای نظام خدمات نوین سلامت همراه با تشکیل پرونده الکترونیک بود که همزمان با اجرای طرح عملیاتی نشد. (م ۷) «در ذات پزشک خانواده، پرونده الکترونیک بود که در ابتدای اجرا ما طراحی نکردیم، یکی این که ما زیرساخت نداشتیم، دوم کارکنان بلد نبودند که با سیستم الکترونیک کار کنند و ما چگونه می خواستیم بسته ها را اجرا کنیم». (م ۱) «برنامه مفصل و کلی است، وقت گیر است و اگر فرد مشکل نداشته باشد، صدا تا سوال رو باید جواب داد تا تایید بشه و وقت گیر است». (م ۲) «بالاخره پزشک خانواده بدون نسخه الکترونیک همیشه اجرا شود».

در خصوص حجم کاری و ثبت خدمات (م ۳) «با توجه به این که سامانه سیب اومده، من یکسره دارم کار می کنم و ثبت می کنم، حجم کار زیاد و نیرو کم و ماما باید خیلی کارها رو انجام بده و نمی رسه».

در بحث میزان پرداخت و ثبت سامانه جدید (م ۴) «حقوق ما بر این اساس داده میشه، مجبوریم یکسره سامانه وارد کنیم و به مریض ها نمی رسیم». با راه اندازی درست و طراحی دقیق نسخه الکترونیک نظام ارجاع تسهیل و در وقت صرفه جویی و حجم کار کاهش می یابد. (م ۳) «اگه نسخه الکترونیک باشه، من نسخه می نویسم، میره داروخانه و آزمایشگاه و برمی گرده و من تایید می کنم و دوباره کاری نمیشه». (م ۳ و ۲) «اگه ارتباط آنلاین باشه و پزشکان ارتباط الکترونیک داشته باشند، ما در پیگیری مریض راحتیم».

#### مکانیسم پرداخت

نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و خرید راهبردی نیست. (م ۹) «ابتدا پول به صورت سرانه داده میشه و بعد می خواهیم بسته ها رو اجرا کنند. پرداخت باید مبتنی بر عملکرد باشه». پرداخت به اعضای تیم سلامت عادلانه نیست و این باعث نارضایتی و کاهش انگیزه و انصراف ماماها در بخش خصوصی شده است. (م ۷) «ما پزشک رو خوب دیدیم و درآمزش پنج یا شش برابر شد، ولی متاسفانه مراقب سلامت رو ندیدیم و به پزشک واگذار کردیم که براساس قانون کار پرداخت کند، علی رغم اینکه باید صبح و عصر کار کند». (م ۱) «ماماها انصراف میدند و پزشکان ماما ندارند و مجبورند تنها کار کنند». برنامه پزشک خانواده در قالب تیم سلامت طراحی شده است. (م ۲) «پزشکان خانواده می خواهند کار تیمی بکنند ولی در پرداخت ها جدا دیده می شوند». مشکل دیگر، تفاوت تعرفه در پزشکان روستا و شهر می باشد (م ۵) «هزینه پزشک روستا رو مجبور شدیم زیاد کنیم، چون در شهر این رو تعریف کردیم و پزشکان روستا انصراف میدن و میان شهر». اختلاف تعرفه در شهر و روستا یکی از تفاوت های برنامه روستا و شهر است. (م ۵) «مردم روستا در شهر پزشک انتخاب کردند و آدرس اشتباه میدن به خاطر تعرفه پزشک و ما مدیریت اطلاعات جامع نداریم». در خصوص پرداخت متناسب با زمان ارائه فعالیت (م ۳) «این با روح عدالت اسلامی ناسازگار است، ما دو شیفت کار می کنیم و پزشکان دولتی یک شیفت اند ولی سرانه هر دو یکی است».

#### سازمان های خریدار خدمت

بیمه ها به عنوان تامین کننده منابع مالی، برنامه ریزی و مدیریت اطلاعات سلامت جماعی ندارند. (م ۵) «هدفشان فقط تامین مالی و در پایش ها فقط به میزان پرداخت فکر می کنند و سلامتی محور پایش نیست». (م ۶) «پایش کنندگان بیمه تخصص لازم در بحث پایش

پزشکان رو ندارند که خدمات باید چگونه باشه». در خصوص استمرار پایش‌ها (م ۳) «بیمه بعد از ظهرها نیستند و پزشکان در ساعت مقرر حضور ندارند». در بحث پرداخت به موقع (م ۱) «بیمه‌ها به وعده خود عمل نکردند و پول ما رو با تاخیر پرداخت می‌کنند». یکی از مشکلات جدی، صندوق‌های متعدد بیمه‌ای و ناهماهنگی بین آن‌ها است (م ۲) «تنها سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی قرارداد بسته و طرح رو قبول کرده». (م ۷) «جمعیتی که پزشک ندارند و بیمه‌های مختلف دارند، انتظار خدمات رایگان بهداشتی دارند و سرانه‌شان مشخص نیست». (م ۴) «بیمه شدگان نیروهای مسلح و بانک‌ها و وزارت نفت و نیرو هر جا آزادن برن ولی بیمه شدگان تامین اجتماعی و خدمات درمانی مجبورند از طرح استفاده کنند. این عادلانه نیست».

ابزار دقیق لازمه آن است (م ۲) «نیروی انسانی برای پایش آموزش ندیده و تجربه کافی ندارند و مادام عوض میشن». (م ۷) «چک لیست ساختاری است و فنی نیست با این که از اجرای برنامه زمان زیادی می‌گذره». در بحث حق الزحمه (م ۲) «ما به پایش کنندگان حق الزحمه نمی‌دیم و انگیزه ندارند، چطوری کسی که دو میلیون می‌گیره، یک پزشک رو پایش کنه. اصلاً جور در نیما». در خصوص مشارکت واحدهای فنی (م ۷) «پزشک خانواده فقط واحد گسترش رو می‌شناسه و به گسترش جوابگو است». در میزان دستیابی به اهداف (م ۲) «پایش فقط برای تعیین حقوق پزشک است». (م ۵) «هنوز ارزشیابی از برنامه صورت نگرفته تا میزان دستیابی به اهداف مشخص بشه».

#### فرصت‌ها

##### حمایت مقام معظم رهبری و مسئولین

مهم‌ترین عاملی که حمایت مسئولین را در جهت طراحی و اجرای برنامه به همراه داشت، تبیین سیاست‌های سلامت با محوریت پیشگیری توسط مقام معظم رهبری بود. مدیران دریافتند ارائه خدمات پیشگیری تنها توسط مدلی به نام پزشک خانواده عملی خواهد شد. (م ۲) «ما شبکه کارآمد داریم و مدیران و مسئولین در تمام سطوح از طرح حمایت می‌کنند و آن را یک راهکار خوب می‌بینند برای سلامت مردم».

##### پشتوانه قانونی برنامه پزشک خانواده

یکی از فرصت‌های اجرایی برنامه، وجود پشتوانه قانونی در برنامه چهارم و پنجم توسعه می‌باشد. (م ۲) «اصلاً برنامه پشتوانه قانونی قوی داره، اگر در مسیرش هدایت بشه و از تخصص مدیریت استفاده بشه بسیار موفق خواهد بود».

##### نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس

##### هماهنگی و ارتباطات درون سازمانی

یکی از مشکلات، تربیت نیروی انسانی متناسب با اهداف پزشک خانواده، ناهماهنگی در دانشگاه‌های علوم پزشکی است. (م ۴) «پزشکان در ابتدای طرح نمی‌دونستند که طرح چیه و کار بهداشتی چی هست». (م ۵) «نظام آموزش در علوم پزشکی دنیایی دیگر دارد، با این که نیاز جامعه یک چیز دیگه است. اگر از نیروی انسانی پرسند چه کاری می‌تونید انجام بدید، پاسخ مشخص است کاری بلد نیستند». نظام ارجاع نقش اساسی در موفقیت و به ثمر نشستن برنامه دارد که نیازمند هماهنگی تمام بخش‌ها است. (م ۳) «بیمارستان‌ها با سطح اول هماهنگ نیستند و کار خودشان را انجام میدن». (م ۴) «ما فقط مهر می‌زنیم و ارجاع میدیم و بیمارستان برای کاهش هزینه‌ها مریض رو به ما ارجاع معکوس میده».

##### پایش و ارزشیابی

راه اصلی تشخیص انحرافات برنامه‌های بهداشتی از اهداف، پایش و ارزشیابی است که نیروی انسانی ماهر و

امکان دسترسی به نیروی انسانی آموزش دیده شامل پزشکان عمومی و مراقبین سلامت در ابتدای شروع برنامه یک فرصت بود که اگر برنامه‌ریزی مناسب در جهت آموزش و بازآموزی این افراد می‌شد، موقعیت مناسبی برای موفقیت طرح بود. (م ۲) «ما به اصطلاح نیروی آموزش دیده و شبکه کارآمدی داریم که طرح را روی آن پیاده کردیم». (م ۶) «ما متخصص و نیرو به اندازه کافی داریم، حتی اگر ارجاع رعایت و بالاتر هم بره، باز هم آزمایشگاه و نیروی کافی داریم».

#### ظرفیت بخش خصوص در کنار بخش دولتی

مشارکت بخش خصوصی در اجرای برنامه فرصتی مناسب است، اگر موانع قانونی تسهیل گردد. طرح بسیار کارآمد خواهد بود (م ۷) «با استفاده از بخش خصوصی، ما دسترسی رو افزایش دادیم». (م ۶) «بخش خصوصی اگه حمایت بشه، انگیزه بسیار خوبی داره که همیشه کیفیت رو افزایش داد». (م ۷) «ما متأسفانه رضایت بخش خصوصی رو جلب نکردیم و این بخش به فکر حذف برنامه است».

#### تهدیدها

##### همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی

ما در هماهنگی و سیاست‌گذاری این دو بخش مشکل داریم. (م ۲) «بخش خصوصی همه چیز را در اختیار داره و کار خودش رو انجام میده». در خصوص نظام ارجاع (م ۶) «ما باید قانونی داشته باشیم که بخش خصوصی بیاد پای کار. الان داره هر جور مردم می‌خوان خدمت می‌ده و سیستم ارجاع رو قبول نداره». (م ۲) «ما باید از توان این بخش در جهت صرفه جویی در منابع استفاده کنیم نه این که اون رو دشمن خود بدانیم».

##### بازار سلامت و نیازهای جامعه

تغییر بازار سلامت و از طرفی تنوع نیازهای سلامتی مردم یک تهدید جدی است که اگر استراتژی موثر

انتخاب نشود، ذینفعان کلیدی که مردم یا بیماران‌اند، به عنوان استفاده کننده از خدمات مراجعه نمی‌کنند و برنامه در اجرا با مشکل مواجه می‌گردد. باید جامعیت خدمات یعنی آنچه مورد نیاز مردم است، در مراکز پزشک خانواده ارائه گردد. (م ۵) «اگر ما پزشک خانواده قوی داشتیم، مردم خودشان هزینه‌ها رو می‌دادن. نیاز به این همه حمایت نبود»، ادامه داد «اگر خدمات رایگان نبود، مردم مراجعه نمی‌کردند. البته الان هم خیلی‌ها نمیانند چون برحسب نیاز شون نیست». (م ۶) «مردم می‌گن ما چه طور بیمارمون رو به اونجا ببریم، اینا مهارت کافی ندارند و تازه کارند یا سن شان بالا است».

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای برنامه، نقاط قوتی را در پی داشته است که یکی از نقاط قوت، فراهمی خدمات سلامت است. فراهم بودن یکی از شاخص‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی است که با میزان استفاده از خدمات رابطه مستقیم داشته و انعکاسی از توزیع عادلانه منابع سلامت در کشور است (۲۴). پژوهشی نشان داد که اجرای برنامه پزشک خانواده باعث افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت شده است (۲۵). مطالعه جباری بیان کرد که با اجرای پزشک خانواده، پوشش بسته‌های خدمت از جمله مراقبت مادران افزایش یافته است که نتایج این مطالعه را تایید می‌کند (۲۶). افزایش دسترسی به خدمات سلامت یکی از نقاط قوت برنامه است. پژوهشی نشان داد که اجرای برنامه پزشک خانواده دسترسی زمانی و مکانی مردم را به خدمات افزایش داده است (۲۷). در مطالعه جنتی و همکاران، مدیران و اعضای تیم سلامت به افزایش سطح دسترسی مردم به خدمات سلامت تاکید داشتند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۱۲).

سطح بندی خدمات در مناطق شهری و کاهش هزینه‌های غیر ضروری، یکی از نقاط قوت برنامه است.

نتایج مطالعه ترابسی اردکانی و همکاران، افزایش دسترسی و کاهش هزینه‌های درمان را نشان داد (۲۷). پژوهشی دیگر، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در برنامه پزشکی خانواده روستایی را تایید کرد (۲۵).

یافته‌ها در این مطالعه نشان می‌دهد علیرغم وجود نقاط قوت، چالش‌هایی بر سر راه طرح وجود دارد که یکی از نقاط ضعف، مدیریت و برنامه ریزی طرح می‌باشد. دمازی و همکاران، مشخص نبودن تولید برنامه، ضعف هماهنگی بین وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه، دستورالعمل کاربردی، عدم ارزیابی ابتدایی طرح و عدم فرهنگ سازی جامعه را از چالش‌های برنامه عنوان کردند (۱۹). در پژوهش گل علی زاده، عدم فرهنگ‌سازی در جامعه به عنوان یکی از نقاط ضعف برنامه عنوان شد که با نتایج این مطالعه مصداق دارد (۲۸). موضوع منابع انسانی در پزشکی خانواده، یکی از نقاط ضعف اشاره شده در این مطالعه است. نتایج پژوهشی نشان داد که اختلاف درآمدی بین پزشکان باعث جا به جایی آن‌ها شده است. از طرفی نیروی انسانی شاغل در طرح پزشکی خانواده جهت ارائه خدمات بهداشتی آموزش ندیده‌اند و نگاه درمان محور دارند (۱۹). پژوهش دیگر، ضعف دوره آموزشی و بازآموزی در پزشکان خانواده را یکی از نقاط ضعف برنامه عنوان کرد (۲۷). منابع فیزیکی و امکانات ساختاری یکی از مشکلات اصلی برنامه پزشکی خانواده است. در مطالعه‌ای، پزشکان خانواده نبود زیرساخت‌ها را یک مشکل جدی عنوان کردند (۲۷). در مطالعه‌ای، ارائه کنندگان خدمات، محیط سازمانی و مکان ارائه خدمت را نامناسب عنوان کردند (۲۹). پژوهش دیگر در برنامه پزشکی خانواده، عدم تامین منابع مالی، نبود فضای فیزیکی مناسب جهت ارائه خدمات و مشکلات زیرساختی جهت راه اندازی پرونده الکترونیک را از نقاط ضعف برنامه عنوان کردند (۲۰).

یکی دیگر از نقاط ضعف برنامه، فرآیند ارائه خدمات می‌باشد که در دو بخش خصوصی و دولتی

هماهنگی لازم مشاهده نمی‌شود. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که طراحی بسته‌های خدمت و تناسب محتوای بسته‌ها با تخصص تیم سلامت هم‌خوانی ندارد (۱۹). اسدی در مطالعه خود عدم تناسب حجم کاری تیم سلامت را یکی از نقاط ضعف در بحث اجرای بسته‌های خدمت عنوان کرد (۲۰).

نظام ارجاع مهم‌ترین چالش پزشکی خانواده است. مطالعه‌ای نشان داد که اجرای دقیق نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی، ضمن دسترسی بیمار به سطوح تخصصی از تکرار خدمات جلوگیری و باعث کاهش هزینه‌های غیر ضروری می‌گردد (۱۴). مطالعه‌ای در استان‌های شمالی ایران نشان داد که فقط ۴۰/۵ درصد بیماران مراجعه کننده از طریق سیستم ارجاع هدایت شده بودند (۳۰). پژوهشی دیگر نشان داد از ۲۲۲ نفر بیمار ارجاع شده به سطح دو، تنها ۶۵ درصد بیماران به تشخیص پزشک خانواده بوده است و پزشکان متخصص فقط برای ۳۰/۴ درصد بیماران پسخوراند ارجاع تکمیل و به سطح یک ارسال کرده‌اند (۱۴). مطالعه‌ای در برنامه پزشکی خانواده، ناهماهنگی در نظام ارجاع بین سطوح ارائه خدمت را ناشی از عدم آموزش و همکاری پزشکان متخصص عنوان کرد (۲۷). در مطالعه موسی زاده و همکاران، ارائه کنندگان خدمات، نظام ارجاع را نامناسب ارزیابی نمودند (۲۹). پژوهشی در تایلند، آموزش پزشکان را در خصوص سیستم ارجاع مفید ارزیابی کرد (۳۱). یافته‌های این پژوهش عدم تشکیل پرونده الکترونیک سلامت را در آغاز برنامه یک نقطه ضعف بارز قلمداد کرد. شناسنامه الکترونیک یکی از منابع ذخیره اطلاعات مراقبتی فرد در طول زندگی است که فرایند ارتباط بین بیمار و پزشک را تسهیل می‌کند (۳۲). دمازی و همکاران در مطالعه خود ضعف در توسعه زیر ساخت‌های ارتباطی و مهارت نیروی انسانی را از فاکتورهای مهم محقق نشدن پرونده الکترونیک عنوان کردند (۱۹). جباری و همکاران نبود پرونده الکترونیک را یک مشکل جدی بر سر راه پزشکی خانواده برشمردند (۳۳).

نصراالله پور و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند که از ۶۷۵ بیمار ارجاعی به سطح ۲، تنها ۱۶۳ نفر از سطح دو برگشتند و تنها ۱۰ درصد نتایج ارجاع در فرم الکترونیکی آنها توسط پزشکان ثبت شده است (۳۰).

یافته‌های این پژوهش به ضعف مکانیسم پرداخت اشاره دارد. مطالعه‌ای در شیراز عدم تناسب در سرانه پرداخت شده به جمعیت، پرداخت نامنظم و غیر شفاف، افزایش تقاضای غیر ضروری ناشی از رایگان بودن خدمات را از مشکلات نظام پرداخت در برنامه پزشک خانواده می‌داند (۲۷). حافظی و همکاران در پژوهشی نارضایتی پزشکان را ناشی از نظام پرداخت عنوان کردند (۳۴). شوایزر در مطالعه خود مکانیسم پرداخت مناسب را عامل انگیزه کارکنان عنوان کرد (۳۵).

سازمان‌های خریدار خدمت در این پژوهش یکی از نقاط ضعف برنامه عنوان شد. دماری و همکاران در مطالعه خود تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، سیاست‌های چندگانه، عدم تجمیع بیمه‌ها و تاخیر در پرداخت‌ها را از مشکلات برنامه برشمردند (۱۹). در مطالعه ترابی، همکاری ضعیف بیمه‌ها نیز به عنوان یک مشکل جدی مطرح گردید (۲۷).

هماهنگی درون بخش به عنوان یکی از نقاط ضعف برنامه مطرح است. ترابیان در مطالعه خود ضعف ارتباط بین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها را ناشی از ارتباط نامناسب درون سازمانی عنوان کرده است (۳۶). در مطالعه‌ای در یزد، فاصله بین مهارت‌های عملی پزشکان در طی دوران دانشجویی و مهارت‌های مورد نیاز در طرح را خیلی زیاد عنوان کرد که باید هماهنگی بین بخش‌های آموزشی و بهداشتی صورت گیرد (۳۷).

یکی دیگر از نقاط ضعف برنامه، طراحی نظام پایش و کنترل است. پژوهشی، نبود یک سیستم پایش و ارزیابی دقیق را یکی از نقاط ضعف برنامه برشمرد (۱۹). تبیین سیاست‌های سلامت و حمایت‌های قانونی یکی از فرصت‌های برنامه است که برنامه پنج ساله

چهارم و پنجم توسعه بر اجرای برنامه پزشک خانواده با محوریت نظام ارجاع و خدمات جامع سلامت تاکید دارد که وزارت بهداشت مکلف به اجرای آن و سازمان‌های بیمه نیز باید به سیاست‌های ابلاغی در این راستا عمل نمایند (۳۸).

در این پژوهش نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس به عنوان یک فرصت تلقی شده است که در مطالعه اسدی، وجود نیروی انسانی آموزش دیده و آماده به خدمت به عنوان یکی از نکات قوت برنامه عنوان شده است (۲۰).

همکاری بخش خصوصی در کنار بخش دولتی یک فرصت تلقی شده است. ترابی در پژوهشی، اجرای طرح به این روش را افزایش دسترسی زمانی و مکانی مراجعین به خدمات برشمرده است (۲۷).

در مطالعه‌ای، استفاده از ظرفیت و توان بخش خصوصی به صورت محدود از دستاوردهای برنامه عنوان شده است که باعث گسترش خدمات سطح یک شده است (۱۹). همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی به عنوان یک تهدید در اجرای برنامه تلقی شده است.

پژوهشی در برنامه پزشک خانواده شهری، دیده نشدن منافع بخش خصوصی و از طرفی نبود سیاست‌های جبرانی را یکی از مشکلات و ناهماهنگی‌های برنامه برشمردند (۱۹). اسدی در مطالعه خود تضاد منافع بخش خصوصی و مقاومت این بخش را یک تهدید در اجرای برنامه عنوان کرد (۲۰).

تغییر نیازها و بازار خدمات سلامت به عنوان یکی از تهدیدهای جدی برنامه گزارش گردید که در مطالعه جباری و همکاران به پایین بودن کیفیت خدمات و عملکرد پزشک خانواده ناشی از مهارت ناکافی پرسنل، ضعف در سیستم ارجاع، کمبود امکانات هتلینگ و درمانی متناسب نیاز مردم و از طرفی بی اعتمادی به پزشکان اشاره شده است (۳۳). نتایج پژوهشی در مازندران نشان داد که تنوع خدمات سلامت از دیدگاه بیماران، بیش‌ترین نقش را در تبیین کیفیت خدمات

برنامه در سراسر کشور به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت با بهره‌گیری از نقاط قوت و فرصت‌های موجود، مداخلات موثرتری جهت رفع نقاط ضعف و تهدیدهای پیش‌روی برنامه انجام تا دستیابی به اهداف طرح محقق و از اتلاف منابع جلوگیری گردد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات جامع‌تری در خصوص ابعاد مهم طرح از جمله تدوین و اجرای بسته‌های خدمتی، پرونده الکترونیک، شاخص‌های پیامدی و عملکردی انجام گیرد تا چالش‌های برنامه شناسایی و در جهت رفع آن اقدام گردد.

### سپاسگزاری

این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی مصوب با کد طرح ۳۴۴ و کد اخلاق R.MAZUMS.S-3441 با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به انجام رسیده است. در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کلیه عزیزانی که ما را در اجرای این مطالعه همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

### References

1. Tavakkoli M, Karimi S, Javadi M, Jabbari A. The Survey weaknesses performance - Based Scheme (New Guidelines fee for Service Design) in Selected Teaching Hospitals of Isfahan 2014, a Qualitative Study. *Qualitative Research in Health Sciences*. 2016; 6(4):81-89.
2. Reform Structure of Ministry of Health and Medical Education. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 1999. (persian)
3. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual

سلامت دارد (۳۹). مطالعه اسدی به ورود تکنولوژی‌های جدید در بازار سلامت و آشفته‌گی این بازار اشاره دارد (۲۰) که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که برنامه پزشک خانواده شهری از نقاط قوتی نظیر فراهمی خدمات، کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش دسترسی زمانی و مکانی بیماران به خدمات سلامت و فرصت‌هایی چون حمایت‌های مقام معظم رهبری و مسئولین، پشتوانه قانونی برای اجرا، ظرفیت بخش خصوصی در کشور و نیروی انسانی آموزش دیده برخوردار است که نقش اساسی در استقرار و اجرای طرح به صورت پایلوت ایفا نمودند. از سوی دیگر نقاط ضعف و چالش‌هایی چون مدیریت و طراحی اولیه برنامه، منابع مالی و انسانی، تدوین و اجرای بسته‌های خدمتی، نظام ارجاع، طراحی و اجرای نسخه الکترونیک در ثبت خدمات در سطوح مختلف، ناهماهنگی و عدم سیاست‌های جبرانی برای ذینفعان، نبود یک مکانیسم پرداخت مبتنی بر عملکرد و نظام پایش و ارزشیابی و نیز مواردی چون همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی، آشفته‌گی و تغییر در بازار سلامت به عنوان تهدید، مانع تحقق اهداف برنامه شده است. بنابراین ضروری است قبل از اجرای

- satisfaction of physicians and health care team members. *RJMS*. 2012;18(92):23-30. (persian)
4. Pileroudi s. Township network health and treatment. 1,editor. Iran: UNISEF Office; 1999.
5. Rivo ML. Practicing in the new millennium: do you have what it takes? *Fam Pract Manag*. 2000;7(1):35- 40.
6. Joolae H, Alizadeh M, Fallahzadeh MH, Baseri A, Sayadi M. Evaluation of clinical skills of family physicians in Fars province by means of observed structured clinical evaluation. *Strides*

- in Development of Medical Education. 2011;7(2):92-98. (persian)
7. Weiss B. The death of academic family medicine: can it be prevented? *Fam Med* . 1995;27(2):139.
  8. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3):308-316.
  9. Family Physician Instruction. Iran ,Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009.
  10. Masoudi Asl I. Study of family physician system from physicians' opinion who contracted by Imam Khomeini Committee [MSc ]. Tehran: Islamic University Free; 2003.
  11. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan*. 2010;26(2):163-173.
  12. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *Knowledg & Health*. 2010; 4(4):38-43.(persian)
  13. Ebadifard AF. Patients admission and referral system observance in live educational centers (IUMS). *J Qazvin Univ Med Sci*. 2002; 23:30-35 (persian)
  14. Nasrollahpour Sh, Raeisi P, Motlagh M, Kabir M, Ashrafi AH. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Health Sys Res*. 2010; 13(1): 19-25.
  15. Khoja TA, Al Shehri AM, Abdul Aziz AAF, Aziz K. Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region. *East Mediterr Health J*.1997;3(2):236-243.
  16. Budget Act 84. Planning, monitoring the President's strategy. Available in <http://www.dmk.ir/Dorsapax/userfiles/file/033>.
  17. Kordbacheh M, Mardukhi B, Sadighi K. Law of Fourth Economic, Social and Cultural, Development Plan of the Islamic Republic of Iran 2005-2009. Iran, Management & Planning Org. 2005(persian)
  18. WIPO. Law for the Fifth Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2011-2015). Iran; 2011(persian)
  19. 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. *sjsph*. 2016;14(2):17-38. (persian)
  20. Asadi S. Family physician Assessment implementation based on the model (SWOT) in Iran. *The Journal of Medical Education And Development*. 2014;6(2):72-77.
  21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
  22. Donna L, Lacey A. Qualitative Data Analysis. *Qualitative Research Analysis. Journal of Administration and Governance*. 2009;4(2):72-79.

23. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy*. 2008;85(2):148-161.
24. Alibabaei R, Sadeghi A, Vahidi RG, Akaberi A. Determination of Quality of Services Provided by Family Physician Team from Recipients' Perspective in Ajabshir City. *j health*. 2014;5(2):170-181. (persian)
25. Nasrollahpour S S. The Implementation of Family Physician Program in I.R. Iran: Achievements and Challenges. *J Babol Univ Med Sci*. 2014;16(S1):15-26. (persian)
26. Jabbari BH, Gasemzade H, Bakhshian F, Mohammadpourasl A, Asadzade R. Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices. *Knowledge & Health* 2012;7(3):124-128.
27. Torabi AA, Hosseini S, Orumiehei N, Mirzaei S. Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz. *Journal of Medical council of Iran*. 2015;33(2):147-155. (persian)
28. Golalizadeh EM, Amir Esmaili M, Ahangar N. The challenges of second level referral of family physician program. *Journal of Medical Council of Islamic Republic*. 2011;29(4):309-321. (persian)
29. Moosazadeh M, Abedi G, Farshidi F, Naghibi A, Rostami F, Afsharimoghaddam A. Satisfaction Rate of Service Recipients and Providers of Rural Family Physician Program in Iran: A systematic Review and Meta-analysis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015;25(131):165-80. (persian)
30. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci*. 2010;11(6):46-52. (persian)
31. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Fam Pract*.. 2007;8(1):14.
32. Richardson W, Berwick D, Bisgard J, Bristow L, Buck c, Cassel C. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC. National Academies Press. 2001
33. Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahman-Ziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. *Health Inf Manage*. 2013;9(7):1132-1145.
34. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Toloo Behdasht*. 2009; 8(1-2): 16-25.
35. Schweizer K. 24th Annual salary & Job Satisfaction Survey, Food Engineering. 2007;76(12):32-36.
36. Torabian S, Damari B, Cheraghi MA. 'Rural Insurance': family physicians' satisfaction. *Payesh*. 2014; 13: 561-73 ( Persian)

37. Shiri M, Asgari H, Talebi M, Rohani M, Narimani S. Educational needs assessment of family (general) physicians working in rural health centers of esfahan districts in five domains. Iranian Journal of Medical Education. 2011;10(5):726-734. (persian)
38. Shariati M, Moghimi D, Rahbar M, Kazemeini H, Mirmohammadkhani M, Family physician in the health plan in 1404 Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: National Institutes of Health Research; 2011. ( Persian).
39. Tahmasbi B, Abedi G, Abedini E, Nadi A, Moosazadeh M, Rostami F. Analysis of Patients' Satisfaction from Urban Family Physician Program in Mazandaran Province. J Mazandaran Univ Med Sci. 2017;26(144):65-75.(persian)

Archive of SID