مقاله پژوهشی

دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان

محمدجواد کبیر [۱]، حسن اشرفیان امیری [۲]، زهرا حسن‌زاده‌رستمی [۳]، رضا ممتهن [۴]، رسول ظفرمند [۵]، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی [۶*]

[۱] استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران

[۲] متخصص داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، بابل، ایران

[۳] دانشجوی دوره دکتری علوم تغذیه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

[۴] دکتری داروسازی، اداره کل بیمه سلامت استان فارس، شیراز، ایران

[۵] دکتری حرفه‌ای، اداره کل بیمه سلامت استان مازندران، ساری، ایران

[۶] استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل، بابل، ایران

* **نویسنده مسؤول:** سیدداود نصرالله‌پور شیروانی
dnshirvani@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: برنامه پزشک خانواده شهری یکی از اصلاحات نسبتاً بزرگ نظام مراقبت سلامت ایران است که از سال ۱۳۹۱ در استان‌های فارس و مازندران اجرا شد. نظر به گذشت نزدیک به ۵ سال از اجرای برنامه، این مطالعه با هدف شناخت دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه مدیران و مجریان انجام گرفت.

روش پژوهش: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ در استان‌های فارس و مازندران انجام گرفت. جامعه پژوهش مدیران و کارشناسان پایش‌گر برنامه پزشک خانواده شهری و نمایندگان پزشکان خانواده و مراقبین سلامت بودند که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته حاوی ۲ بخش و ۱۵ سؤال بود که روایی آن به تائید رسید. با برگزاری ۲۹ پانل خبرگان، داده‌ها جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS 23 با آزمون‌های t مستقل و آنووا تحلیل شد.

یافته‌ها: از کل ۶۴۷ نفر مورد مطالعه در کل ۲ استان با احتساب موارد تکراری، ۱۵۴۰ مورد دستاورد، ۲۳۸۷ مورد چالش و ۱۶۴۱ مورد راهکار عنوان گردید. میانگین تعداد دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده به ازای هر فرد به ترتیب ۲/۰ ± ۲/۳۸، ۲/۷ ± ۳/۷۰ و ۲/۰ ± ۲/۵۴ مورد بود. تکرارترین دستاورد، چالش و راهکار ذکر شده به ترتیب، افزایش میزان بیماریابی و مراقبت بیماری‌ها (۴۳۰ نفر)، عدم پرداخت به موقع به پزشکان (۱۹۸ نفر) و تامین منابع پایدار جهت پرداخت‌های به موقع (۱۱۹ نفر) بود. بین میانگین دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده و بعضی از متغیرهای فردی و اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود داشت ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد افزایش میزان بیماریابی مهم‌ترین دستاورد و عدم پرداخت به موقع بزرگترین چالش برنامه بود که باید مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: دستاوردها و چالش‌ها، پزشک خانواده، پزشک خانواده شهری، دیدگاه مدیران، دیدگاه مجریان

کاربرد مدیریتی: بهره‌مندی از دیدگاه مدیران و مجریان استانی و شهرستانی جهت اعمال اصلاحات لازم در سیاست‌های اجرایی پزشک خانواده شهری

ارجاع: کبیر محمدجواد، اشرفیان امیری حسن، حسن‌زاده‌رستمی زهرا، ممتهن رضا، ظفرمند رسول، نصرالله-پور شیروانی سیدداود. دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۴(۲): ۵۹-۱۴۸.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۴
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۰۵/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۱۹

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

مقدمه

نظام مراقبت سلامت به منظور ارتقای کارایی و اثربخشی هر چند وقت یکبار با اصلاحات و تغییراتی مواجه می‌گردد. اما علی‌رغم مواجهه با اصلاحات نسبتاً مداوم، هنوز بسیاری از کشورهای جهان نظام‌های چندان کارآمدی را ندارند (۱). نوع ساختار نظام‌های بهداشتی درمانی و نحوه انسجام آن موجب می‌گردد که دستاوردهای متفاوتی از نظام‌های مختلف ارایه گردد. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، کشور آمریکا با سرمایه‌گذاری ۱۵- ۱۳ درصد از درآمد ناخالص ملی رتبه ۳۷، سنگاپور با سرمایه‌گذاری ۳/۱ درصد در رتبه ۶ و ایران با ۴/۴ درصد، رتبه ۹۳ را در سلامت دنیا دارد (۲). طبیعی است که اختلافات موجود ریشه در ساختار نظام مراقبت سلامت و فراتر از آن ریشه در مسایل اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی جوامع دارد. اگر یک ساختار نظام مراقبت سلامت در کشوری کارایی و اثربخشی مطلوبی دارد، در کشور دیگر ممکن بسیار ناکارآمد و غیر اثربخش باشد. بنابراین هر کشوری که ساختار جاری نظام سلامت را اصلاح می‌نماید و یا با ایجاد یک برنامه جدید آن را تکمیل می‌نماید، بسته به شرایط اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی خود ممکن است با دستاوردها و چالش-های پیش‌بینی شده و یا پیش‌بینی نشده مواجه شود (۳).

در ایران در راستای پاسخگویی به نیازهای بر حق آحاد مردم، چندین اصلاحات بزرگ و کوچک به بوته آزمایش گذاشته شد. طرح ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در طول سال‌های ۱۳۵۶-۱۳۵۱ که نتیجه آن شکل‌دهی ساختار و خلق یک واحد جدید ارائه کننده خدمات اولیه بهداشتی به‌نام خانه بهداشت و بهورز بود و همچنین طرح راه‌اندازی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها در سال ۱۳۶۳ و تکمیل آن تا اوایل دهه ۱۳۷۰ در کلیه شهرستان‌های کشور از ۲ اصلاحات بزرگ و مهم ایران هستند که بعد از ده‌ها سال علی‌رغم داشتن چالش‌های قدیم و جدید هنوز به عنوان طرح‌های موفق در حال اجرا می‌باشند (۴). برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از سومین اصلاحات بزرگ نظام سلامت ایران است که از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت کشور به منظور تقویت برنامه‌های سلامت اجرا شده است. چند سال بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، سیاست‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تنظیم شد که بعد از اصلاحات متعدد، نهایتاً این برنامه از تیرماه ۱۳۹۱ در کلیه شهرستان‌های بالای ۲۰ هزار نفر ۲ استان فارس و مازندران اجرا گردید. طرح‌های مذکور ضمن شباهت‌های زیاد در ساختار و ساز و کارهای اجرایی، تفاوت‌های فراوانی با هم دارند (۵،۶).

برنامه پزشک خانواده شهری به عنوان یکی از اصلاحات نسبتاً بزرگ و جدید نظام مراقبت سلامت ایران مثل خیلی از برنامه‌های جدید تندرستی در نظام سلامت نیازمند به ارزیابی‌های ملی و محلی است تا ضمن شناسایی نقاط قوت و موارد نیاز به بهبود، میزان رسیدن به اهداف را مشخص و در صورت نیاز مداخلات مرتبط انجام گیرد (۷،۸).

در خصوص مشکلات اجرای پزشک خانواده شهری در کشور مطالعات محدودی انجام گرفت که هر کدام به بخشی از مسائل پرداختند. در مطالعه‌ای که به صورت کیفی در سال ۱۳۹۶ به منظور شناخت چالش‌ها و نقاط قوت اجرای برنامه پزشک شهری استان فارس انجام گرفت، ۳ چالش شامل مشکلات اجتماعی، مشکلات مالی و مشکلات ساختاری و ۳ نقطه قوت شامل افزایش پاسخگویی، برگزاری جلسات اجرایی و ایجاد سیستم نظارتی شناسایی شد (۹). در مطالعه ثابت سروستانی و همکاران (۱۳۹۴) که با رویکرد تحلیل کیفی محتوا انجام گرفت، ۲ چالش اصلی و ۷ چالش فرعی شامل زیرساخت ضعیف (فقدان عوامل انگیزشی، شکست در اجرای آزمایشی برنامه، همکاری ناکافی پزشکان متخصص، انحراف از اهداف اصلی) و ضعف در مکانیسم اجرایی (دغدغه پزشکان خانواده، سردرگمی مردم) در اجرای پزشک خانواده در مناطق شهری ایران مطرح شد (۱۰). مطالعه‌ای که دشمنگیر و همکاران (۱۳۹۴) در خصوص زیرساخت استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران انجام دادند، به نارسایی در ۶ زیرساخت اشاره و نتیجه‌گیری نمودند که تولیت واحد در نظام سلامت، تأمین اعتبارات مکفی، مشارکت و تعامل تمامی ذی‌نفعان جهت استقرار دقیق، به موقع، صحیح و پرهیز از تضاد قدرت، تعیین تعرفه‌های منطقی و تحت پوشش قراردادن همه مردم از مهمترین عوامل قابل توجه در جهت استقرار کارامد این سیاست ملی می‌باشد (۱۱).

یکی از گروه‌هایی که می‌توانند هر برنامه‌ای را نقد و نقاط مثبت و زمینه‌های نیاز به بهبود را شناسایی و راهکارهای

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

اصلاحی آن را ارایه نمایند، خود مدیران و مجریان به عنوان صاحبان فرایند هستند که احتمالاً در بعضی از قسمت‌های اجرای برنامه، بیش از دیگر گروه‌های ذینفع شناخت کامل‌تر و عمیق‌تری دارند. این مطالعه به منظور شناخت دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای اصلاحی اجرای برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران انجام گرفت.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ در استان‌های فارس و مازندران که فعلاً استان‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری در ایران هستند، انجام گرفت. جامعه پژوهش مدیران و کارشناسان پایش‌گر شاغل در شبکه بهداشت و درمان، مدیران بیمارستان‌ها، مدیر و کارشناس پایش‌گر سازمان‌های بیمه‌گر (بیمه سلامت و تامین اجتماعی)، مدیر و کارشناس پایش‌گر سازمان نظام پزشکی، کارشناس پایش‌گر کمیته امداد امام خمینی (ره)، نمایندگان پزشکان خانواده شهری و مراقبین سلامت شهرستان‌های استان‌های مذکور بودند که به صورت سرشماری انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه طراحی شده حاوی ۲ بخش شامل متغیرهای فردی و اجتماعی (استان و شهرستان محل خدمت، جمعیت شهری محل خدمت، جنس، سن، تحصیلات، رشته تحصیلی، کل سابقه خدمت، سازمان محل خدمت، سمت فعلی، سابقه خدمت در سمت فعلی) و ۳ سؤال باز در خصوص دستاوردها، چالش‌ها و راه‌کارهای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری بود که روایی آن با نظرخواهی از ۶ نفر از مدیران و کارشناسان سازمان بیمه سلامت ایران، ۲ نفر از کارشناسان پایشگر برنامه پزشک خانواده شهری و ۳ نفر از پزشکان خانواده شهری به شکل صوری به تائید خبرگان رسید.

برای جمع‌آوری داده‌ها ۱۶ پانل خبرگان برای ۲۸ شهرستان استان فارس و ۱۳ پانل خبرگان برای ۱۶ شهرستان استان مازندران برگزار گردید. در هر پانل برگزار شده توضیحات مختصری در خصوص ضرورت انجام اصلاحات در نظام سلامت، اصلاحات انجام شده در نظام سلامت ایران و نقد و بررسی از اصلاحات عمده انجام شده ارائه گردید. بعد از ارائه توضیحات مختصر و بحث و تبادل نظر و ارایه نقطه نظرات تعدادی از شرکت‌کنندگان در پانل، خواسته شد نظر به شناختی که از نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری و دستاوردها و چالش‌ها یا نقاط قوت و ضعف آن در استان و شهرستان محل خدمت خود دارند و همچنین با توجه به مسئولیت حرفه‌ای و اخلاقی، آگاهانه و مسئولانه دستاوردها، چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری و همچنین راهکارهای اصلاحی مورد نظر خود را به صورت مکتوب ذکر نمایند. بدین ترتیب مدیران و مجریان شرکت کننده در پانل با اعلام رضایت شفاهی، پرسشنامه را به صورت خودایفاد تکمیل و افرادی که از نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری و نقاط قوت و ضعف آن شناخت لازم را نداشتند با عدم ارزیابی و قضاوت برنامه از مطالعه خارج شدند.

برای امتیازدهی در سؤالات بخش اول، پاسخ سؤالات بسته مثل جنس و سازمان محل خدمت با کدگذاری و سؤالات باز مثل سن و سابقه خدمت که کمی گسسته بوده به همان شکل (اعداد صحیح) و همچنین تعداد دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای ارائه شده هر فرد، شمارش و به شکل اعداد صحیح وارد نرم‌افزار Excel شد.

برای استخراج و طبقه‌بندی دستاوردها و چالش‌های اعلام شده ۵ مرحله به شرح زیر طی شد: ۱- تک‌تک دستاوردها و چالش‌های ذکر شده در پرسشنامه با همان نوشتار در اوراقی یادداشت گردید. ۲- بعضی از مواردی که جزء دستاورد بودند ولی در جای چالش نوشته شدند و بالعکس را جابجا و در طبقات مربوط قرار داده شدند. ۳- موارد کاملاً همسان با هم ادغام شدند که بعد از این مرحله ۲۰۹ نوع دستاورد با تکرارپذیری حداکثر ۱۴۷ بار تا حداقل ۱ بار و ۴۴۴ نوع چالش با تکرارپذیری حداکثر ۱۹۸ بار تا حداقل ۱ بار و ۴۳۵ راهکار با تکرارپذیری حداکثر ۱۱۹ بار تا حداقل ۱ بار ثبت شد. ۴- موارد با عبارت مختلف ولی محتوای مشابه با هم ادغام که در این مرحله تعداد دستاوردها به ۱۷۹ نوع و تعداد چالش‌ها به ۲۱۱ نوع و تعداد راهکار به ۲۱۷ نوع تعدیل شد. ۵- در مرحله آخر موارد با نیت و منظور مشابه در هم ادغام که نهایتاً، تعداد دستاوردها به ۱۳۹ مورد، تعداد چالش‌ها به ۱۵۱ مورد و تعداد راهکارها به ۱۱۲ مورد تعدیل داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های t مستقل و آنووا برای مقایسه میانگین‌ها در نرم‌افزار SPSS 23 در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پس از تأیید پروپوزال و دریافت کد اخلاق

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

(IR.MUBABOL.REC.۱۳۹۷.۰۳۲) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل و کسب مجوزهای لازم، هماهنگی با مسؤولین بیمه سلامت استان‌های فارس و مازندران و معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران، بابل، شیراز، جهرم، فسا، لارستان صورت گرفت. به کلیه افرادی که آزادانه در مطالعه شرکت کردند در مورد اهداف انجام این تحقیق اطلاعات کافی داده شد. پس از اخذ موافقت شفاهی و اطمینان دادن از محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، اقدام به تکمیل پرسشنامه گردید. اطلاعات فردی همچنان به صورت محرمانه باقی ماند. در بحث و تبادل نظر و ارایه نقطه نظرات، حفظ کرامت انسانی افراد مورد بررسی، رعایت گردید.

یافته‌ها

از بین ۶۴۷ مدیر و مجری برنامه پزشک خانواده شهری مورد بررسی در کل استان‌های فارس و مازندران، ۳۶۹ نفر (۵۷/۱ درصد) مرد و ۲۷۷ نفر (۴۲/۹ درصد) زن بودند. میانگین سنی افراد ۷/۷ ± ۴۲/۶۰ سال بود. از کل ۶۴۷ نفر مورد مطالعه، ۱۵۷ نفر (۲۴/۳ درصد) در خصوص دستاوردهای برنامه پزشک خانواده شهری هیچ دستاوردی را ذکر نکردند و بقیه از حداقل ۱ مورد تا حداکثر ۹ مورد و مجموعاً با احتساب تکرار پذیری ۱۵۴۰ مورد را به عنوان دستاورد اعلام کردند. در خصوص چالش‌های برنامه، ۹۵ نفر (۱۴/۷ درصد) هیچ چالشی را ذکر نکردند و بقیه از حداقل ۱ مورد تا حداکثر ۱۵ مورد و مجموعاً با احتساب تکرار پذیری ۲۳۸۷ مورد را به عنوان چالش‌های برنامه اعلام کردند. ۱۲۹ نفر (۱۹/۹ درصد) در اصلاح برنامه پزشک خانواده شهری هیچ راهکاری را ارائه ندادند و بقیه از حداقل ۱ راهکار تا حداکثر ۱۱ مورد و مجموعاً با احتساب تکرار پذیری ۱۶۴۱ مورد را به عنوان راهکار برای اصلاح برنامه پیشنهاد دادند. میانگین تعداد دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده به ازای هر شرکت‌کننده در کل استان‌های فارس و مازندران به ترتیب ۲/۰ ± ۲/۳۸، ۲/۷ ± ۳/۷۰ و ۲/۰ ± ۲/۵۴ مورد بود. جدول ۱ فراوانی و میانگین تعداد دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده را به تفکیک استان‌های فارس و مازندران نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی و میانگین تعداد دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده توسط مدیران و مجریان به تفکیک استان‌های فارس و مازندران

فراوانی	دستاوردها				چالش‌ها				راهکارها			
	فارس		مازندران		فارس		مازندران		فارس		مازندران	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰ یا بدون ذکر موردی	۱۱۰	۳۰/۳	۴۷	۱۶/۵	۶۲	۱۷/۱	۳۳	۱۱/۶	۷۶	۲۰/۹	۵۳	۱۸/۷
ذکر ۱ مورد	۵۴	۱۴/۹	۳۴	۱۲/۰	۲۱	۵/۸	۲۳	۸/۱	۴۷	۱۲/۹	۴۳	۱۵/۱
ذکر ۲ مورد	۶۲	۱۷/۱	۵۲	۱۸/۳	۴۶	۱۲/۷	۳۶	۱۲/۷	۶۴	۱۷/۶	۳۷	۱۳/۰
ذکر ۳ مورد	۵۰	۱۳/۸	۵۸	۲۰/۴	۴۴	۱۲/۱	۵۱	۱۸/۰	۵۹	۱۶/۳	۶۷	۲۳/۶
ذکر ۴ مورد	۴۵	۱۲/۴	۳۳	۱۱/۶	۵۳	۱۴/۶	۵۷	۲۰/۰	۶۶	۱۸/۲	۴۸	۱۶/۹
ذکر ۵ مورد	۲۴	۶/۶	۲۷	۹/۵	۴۶	۱۲/۷	۴۱	۱۴/۴	۲۶	۷/۲	۱۹	۶/۷
ذکر ۶ مورد	۱۲	۳/۳	۲۲	۷/۷	۳۷	۱۰/۲	۱۵	۵/۳	۱۰	۲/۸	۹	۳/۲
ذکر بیش از ۶ مورد	۶	۱/۶	۱۱	۴/۰	۵۴	۱۴/۹	۲۸	۹/۹	۱۵	۴/۱	۸	۲/۸
کل افراد مورد مطالعه	۳۶۳		۲۸۴		۳۶۳		۲۸۴		۳۶۳		۲۸۴	
میانگین موارد ذکر شده	۱/۹ ± ۲/۰۵		۲/۰ ± ۲/۸۰		۳/۰ ± ۳/۸۵		۲/۲ ± ۳/۴۹		۲/۰ ± ۲/۵۴		۱/۹ ± ۲/۵۳	
مقدار p	۰/۰۰۰				۰/۰۸۹				۰/۹۵۸			

جدول ۱ نشان می‌دهد بین استان محل خدمت و میانگین تعداد دستاوردهای ارایه شده ارتباط معنی‌دار و بین استان محل خدمت و میانگین تعداد چالش‌ها و راهکارهای ارایه شده ارتباط غیرمعنی‌دار وجود دارد.

بین میانگین تعداد دستاوردهای اعلام شده و جنس (مرد ۲/۵۴، زن ۲/۱۷) (p = ۰/۰۲۹)، رشته تحصیلی (با بالاتر بودن میانگین تعداد دستاوردهای اعلام شده توسط فارغ‌التحصیلان پزشکی) (p < ۰/۰۰۱)، سمت فعلی (با بالاتر بودن میانگین تعداد دستاوردهای اعلام شده توسط نمایندگان پزشکان بخش خصوصی و مدیران) (p < ۰/۰۰۱) و جمعیت شهری شهر محل خدمت r = ۰/۰۸۲ و p = ۰/۰۳۸ ارتباط معنی‌دار وجود داشت. بین متغیرهای فردی افراد و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

میانگین تعداد چالش‌ها و راهکارها ارتباط معنی‌دار وجود نداشت ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۲ میانگین تعداد دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده توسط مدیران و مجریان را به تفکیک سازمان و استان محل خدمت نشان می‌دهد.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد در کل ۲ استان میانگین تعداد دستاوردهای اعلام شده توسط پزشکان و مراقبین سلامت در پایگاه سلامت شهری، چالش‌های اعلام شده توسط مدیران و کارشناسان شبکه و پزشکان و مراقبین سلامت در پایگاه سلامت شهری، راهکارهای اعلام شده توسط پزشکان و مراقبین سلامت در پایگاه سلامت شهری و مدیران و کارشناسان تامین اجتماعی بالاتر از سایر گروه‌ها بود.

بین واحد محل خدمت و میانگین تعداد دستاوردها ($p < ۰/۰۰۱$) ، چالش‌ها ($p = ۰/۰۰۱$) و راهکارها ($p = ۰/۰۰۳$) در کل ۲ استان ارتباط معنی‌دار وجود داشت.

در مجموع در کل ۲ استان با احتساب موارد تکراری ۱۵۴۰ مورد دستاورد، ۲۳۸۷ مورد چالش و ۱۶۴۱ مورد راهکار و بدون تکرارپذیری ۱۳۹ مورد دستاورد، ۱۵۱ مورد چالش و ۱۱۲ مورد راهکار عنوان گردید. جداول ۵-۳ حداکثر ۱۵ مورد از دستاوردها، چالش‌ها و راهکارها را (به ترتیب فراوانی تکرار شده) از دیدگاه مدیران، کارشناسان، نمایندگان پزشکان و مراقبین سلامت به تفکیک استان‌های فارس و مازندران را نشان می‌دهد.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد بالاترین دستاوردهای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، افزایش میزان بیماریابی و مراقبت بیماری‌ها (نظر ۴۳۰ نفر یا ۶۶/۵ درصد) و کاهش پرداختی از جیب مردم (نظر ۲۳۸ نفر یا ۳۶/۸ درصد) بوده است.

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد بیشترین چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری عدم پرداخت به موقع به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت (نظر ۱۹۸ نفر یا ۳۰/۶ درصد)، تامین ناکافی منابع و نداشتن زیرساخت‌های مناسب (نظر ۱۴۶ نفر یا ۲۲/۶ درصد) و قانون‌مند نبودن نظام ارجاع (نظر ۱۱۹ نفر یا ۱۸/۴ درصد)، بود.

جدول ۲: میانگین تعداد دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده توسط مدیران و مجریان بر حسب محل خدمت

محل خدمت	فارس				مازندران			
	تعداد افراد	انحراف معیار ± میانگین			تعداد افراد	انحراف معیار ± میانگین		
		دستاوردها	چالش‌ها	راهکارها		دستاوردها	چالش‌ها	راهکارها
بیمه سلامت	۴۰	۲/۸۰ ± ۲/۱	۴/۰۰ ± ۳/۲	۲/۶۰ ± ۱/۷	۳۸	۲/۲۰ ± ۲/۱	۳/۱۰ ± ۲/۷	۲/۱۰ ± ۱/۷
تامین اجتماعی	۹	۲/۴۰ ± ۲/۰	۳/۲۰ ± ۲/۰	۳/۸۰ ± ۳/۰	۹	۱/۸۰ ± ۱/۹	۲/۴۰ ± ۱/۸	۲/۲۰ ± ۱/۶
کمیته امداد امام	۱۳	۱/۶۰ ± ۱/۲	۳/۲۰ ± ۲/۲	۱/۹۰ ± ۱/۳	۱۲	۲/۷۰ ± ۱/۶	۳/۴۰ ± ۲/۲	۱/۹۰ ± ۱/۲
شبکه بهداشت	۱۶۴	۱/۸۰ ± ۱/۸	۴/۳۰ ± ۳/۴	۲/۵۰ ± ۲/۰	۱۰۵	۲/۶۰ ± ۱/۹	۳/۸۰ ± ۲/۳	۲/۵۰ ± ۱/۹
بیمارستان	۲۵	۱/۴۰ ± ۱/۴	۲/۰۰ ± ۱/۷	۱/۸۰ ± ۲/۱	۱۲	۲/۲۰ ± ۱/۷	۳/۱۰ ± ۱/۶	۲/۲۰ ± ۱/۵
مراکز مجری	۴۵	۱/۸۰ ± ۱/۸	۳/۷۰ ± ۳/۳	۲/۱۰ ± ۱/۹	۷۴	۲/۸۰ ± ۱/۸	۳/۱۰ ± ۱/۹	۲/۵۰ ± ۱/۹
پایگاه سلامت شهری	۵۹	۲/۸۰ ± ۲/۳	۴/۰۰ ± ۲/۵	۳/۱۰ ± ۲/۱	۳۲	۴/۵۰ ± ۲/۴	۴/۲۰ ± ۲/۳	۳/۵۰ ± ۳/۱
نظام پزشکی	۴	۱/۳۰ ± ۱/۵	۱/۳۰ ± ۲/۵	۳/۳۰ ± ۲/۸	۰	-	-	-
کل	۳۵۹	۲/۱۰ ± ۱/۹	۳/۹۰ ± ۳/۰	۲/۵۰ ± ۲/۰	۲۸۲	۲/۸۰ ± ۲/۰	۳/۵۰ ± ۲/۲	۲/۵۰ ± ۱/۹

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

جدول ۳: مواردی از دستاوردهای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه مدیران و مجریان

ردیف	گروه خبرگان و فراوانی دستاورد	فارس				مازندران		کل
		مدیران و کارشناسان شبکه	مدیران و کارشناسان بیمه گر	نمایندگان پزشکان و مراقبین سلامت	سایر	مدیران و کارشناسان شبکه	مدیران و کارشناسان بیمه گر	نمایندگان پزشکان و مراقبین	
۱	افزایش میزان بیماریابی و مراقبت بیماری‌ها	۹۰	۳۱	۸۴	۶	۷۲	۳۷	۱۱۱	۴۳۰
۲	کاهش پرداختی از جیب مردم	۴۸	۳۰	۳۹	۴	۵۷	۳۰	۳۰	۲۳۸
۳	افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی	۳۴	۱۶	۲۳	۱	۴۰	۸	۳۹	۱۶۱
۴	تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت شهری	۲۵	۵	۱۱	۰	۱۸	۵	۲۰	۸۴
۵	اشتغال‌زایی	۲۴	۱۱	۱۶	۱	۱۳	۴	۷	۷۶
۶	بهبود روابط بین پزشک و بیمار	۷	۶	۱۳	۰	۱۱	۵	۳۲	۷۴
۷	الکترونیکی شدن پرونده سلامت	۱۶	۹	۶	۱	۹	۱۰	۱۰	۶۱
۸	بهبود و قانون‌مند شدن نظام ارجاع	۸	۵	۵	۰	۱۱	۲	۶	۳۷
۹	حمایت از قشر محروم جامعه	۱۱	۴	۱۲	۰	۴	۰	۳	۳۴
۱۰	افزایش توانمندسازی و بهبود جایگاه و معیشت پزشکان	۷	۰	۵	۰	۱۰	۴	۶	۳۲
۱۱	ارتقاء سطح سلامت جامعه	۰	۲	۷	۰	۴	۳	۱۲	۲۸
۱۲	کاهش بار مراجعات غیرضروری	۳	۴	۲	۱	۱۰	۰	۵	۲۵
۱۳	افزایش رضایتمندی مردم	۴	۲	۰	۰	۹	۰	۹	۲۴
۱۴	دسترسی به آموزش همگانی و اطلاع رسانی	۵	۰	۱	۰	۱	۱	۹	۱۷
۱۵	ارتقاء شاخص‌های بهداشتی	۰	۲	۱	۰	۵	۱	۶	۱۵
	کل	۲۸۲	۱۲۷	۲۲۵	۱۴	۲۷۴	۱۱۰	۳۰۵	۱۳۳۶

جدول ۴: مواردی از چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه مدیران و مجریان

ردیف	گروه خبرگان و فراوانی چالش	فارس				مازندران		کل
		مدیران و کارشناسان شبکه	مدیران و کارشناسان بیمه گر	نمایندگان پزشکان و مراقبین	سایر	مدیران و کارشناسان شبکه	مدیران و کارشناسان بیمه گر	نمایندگان پزشکان و مراقبین	
۱	عدم پرداخت به موقع به پزشکان	۴۰	۱۴	۲۶	۲	۳۷	۱۴	۶۵	۱۹۸
۲	عدم تامین منابع و زیرساخت‌های لازم	۳۹	۱۰	۱۷	۰	۴۵	۴	۳۱	۱۴۶
۳	وجود مشکلات اجرایی در نظام ارجاع	۳۷	۹	۱۹	۰	۲۳	۱۳	۱۸	۱۱۹
۴	افزایش بار مراجعات غیرضروری	۲۵	۱۱	۲۱	۰	۸	۱۴	۱۲	۸۹
۵	پیچیدگی در سامانه سیب و مشکلات تکمیل پرونده	۸	۵	۷	۰	۲۴	۱۶	۲۴	۸۴
۶	عدم فرهنگ‌سازی مناسب	۱۲	۱۴	۱۸	۱	۲	۱۰	۱۱	۶۸
۷	افزایش ارجاعات القایی	۲۱	۱۱	۱۵	۲	۱	۰	۰	۵۰
۸	کمبود حقوق مراقبین سلامت	۲۱	۱	۱۷	۰	۸	۰	۰	۴۷
۹	ناکافی و ناکارآمد بودن نظارت و پایش	۱۷	۳	۲	۰	۱۱	۵	۴	۴۲
۱۰	رایگان بودن خدمات	۳	۳	۴	۲	۸	۶	۱۰	۳۶
۱۱	بالا بودن حجم کار مراقبین سلامت	۱۰	۰	۱۳	۰	۴	۰	۴	۳۱
۱۲	پایین بودن کیفیت خدمات	۱۷	۵	۴	۰	۳	۱	۱	۳۱
۱۳	خدشه دارکردن شان و منزلت پزشک	۸	۱	۱۳	۱	۴	۰	۴	۳۱
۱۴	بالا بودن سرانه جمعیت به ازای هر پزشک	۱۹	۴	۴	۰	۰	۰	۳	۳۰
۱۵	ناراضی بودن مردم از برنامه	۱۸	۱	۷	۱	۲	۰	۰	۲۹
	کل	۲۹۵	۹۲	۱۸۷	۹	۱۸۰	۸۳	۱۸۷	۱۰۳۱

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

جدول ۵: مواردی از راهکارهای ارایه شده توسط مدیران و مجریان جهت اصلاح برنامه پزشک خانواده شهری

ردیف	گروه خبرگان و فراوانی راهکار	فارس				مازندران			کل
		مدیران و کارشناسان شبکه	مدیران و کارشناسان بیمه گر	نمایندگان پزشکان و مراقبین	سایر	مدیران و کارشناسان شبکه	مدیران و کارشناسان بیمه گر	نمایندگان پزشکان و مراقبین	
۱	پرداخت‌های به موقع به پزشکان	۲۰	۵	۱۷	۱	۲۲	۱۲	۴۲	۱۱۹
۲	توسعه فرهنگ سازی جامعه	۲۲	۱۵	۱۵	۱	۴	۸	۸	۷۳
۳	برطرف نمودن مشکلات نظام ارجاع	۲۴	۳	۱۱	۱	۱۳	۴	۸	۶۴
۴	کاهش تعداد جمعیت هر پزشک	۲۶	۷	۱۲	۱	۰	۲	۳	۵۱
۵	جداکردن حقوق مراقبین از پزشکان	۱۶	۱	۱۹	۰	۳	۰	۰	۳۹
۶	برطرف کردن مشکلات سامانه	۴	۰	۸	۰	۱۱	۰	۸	۳۱
۷	افزایش تعرفه پزشک	۶	۰	۷	۰	۹	۰	۰	۲۲
۸	اطلاع رسانی به مردم	۰	۴	۱	۰	۶	۶	۵	۲۲
۹	حذف برنامه	۱۱	۲	۱	۱	۳	۳	۱	۲۲
۱۰	برداشتن فرم ارجاع	۷	۴	۹	۱	۰	۰	۰	۲۱
۱۱	تامین نیروی انسانی	۳	۰	۱	۰	۸	۴	۵	۲۱
۱۲	اختیاری کردن برنامه	۱۲	۲	۳	۱	۲	۰	۱	۲۱
۱۳	ایجاد زیرساخت مناسب	۶	۴	۲	۰	۶	۰	۲	۲۰
۱۴	تامین مالی	۵	۵	۳	۰	۳	۳	۱	۲۰
۱۵	استقرار پزشک خانواده و مراقب در مراکز دولتی	۱۱	۰	۴	۰	۳	۲	۰	۲۰
	کل	۱۷۳	۵۲	۱۱۳	۷	۹۳	۴۴	۸۴	۵۶۶

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد بیشترین راهکارهای ارایه شده برای رفع مشکلات اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری، تامین منابع پایدار مالی و پرداخت به موقع به ارایه‌دهندگان (نظر ۱۱۹ نفر یا ۱۸/۴ درصد)، تاکید بیشتر به توسعه فرهنگ‌سازی جامعه (نظر ۷۳ نفر یا ۱۱/۳ درصد) و برطرف کردن موانع موجود به منظور اصلاح نظام ارجاع (نظر ۶۴ نفر یا ۹/۹ درصد) بوده است.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد از نظر همه گروه‌های درگیر، اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ۲ استان فارس و مازندران هم دستاوردهایی را به ارمغان آورده، هم با چالش‌های متعددی مواجه است و در قسمت‌های مختلف برنامه نیازمند به انجام اصلاحات ملی و یا محلی است. چیزی که نظر همه گروه‌های ذینفع را باید جلب نماید این است که تعداد چالش‌های شناسایی شده و راهکارهای اصلاحی ارایه شده بیش از دستاوردهای آن است که این با مطالعه نصرالله‌پور شیروانی (۱۳۹۳) که تحت عنوان اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران: دست‌آوردها و چالش‌ها انجام گرفت، تا حدود زیادی همخوانی دارد (۱۲). یکی از دلایلی که باعث می‌شود چالش‌های اجرای برنامه، سایر جنبه‌های مثبت را تحت الشعاع قرار دهد، شتاب‌زدگی در طراحی، اتخاذ و اجرای یک سیاست جدید است که عمدتاً تحت تاثیر عوامل سیاسی قرار می‌گیرد (۱۳) و به خاطر عدم شناسایی یا نادیده گرفتن همه عوامل تاثیرگذار، مشکلات عدیده‌ای را در فرایند اجرا ایجاد می‌کند. در مطالعه‌ای که در خصوص زیرساخت استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران انجام گرفت، به الزام‌آور بودن ۶ زیرساخت شامل زیرساخت‌های ارتباطی، ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان سیاست، زیرساخت‌های ساختاری، زیرساخت‌های فنی و منابع مورد نیاز، زیرساخت‌های قانونی و حقوقی و زیرساخت‌های تولیتی و حاکمیتی تاکید شده (۱۱) که به خاطر همین شتاب‌زدگی، همه این زیرساخت‌ها در اجرای سیاست پزشک خانواده شهری به طور کامل دیده نشده است و اگر کمی به جدول ۴ که مواردی از چالش‌ها و جدول ۵ که مواردی از راهکارهای اصلاحی را ارایه می‌دهد توجه شود، هر کدام به نوعی در یکی از زیرساخت‌های تاکید شده قرار می‌گیرند. در مطالعه‌ای که دلایل موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت مورد بررسی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

قرار گرفت، عنوان شده که سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و تحلیل‌گران سیاست نظام سلامت ترکیه با درک شرایط و چالش‌های این نظام، تحول در نظام سلامت کشور خود را از طریق تعهد سیاسی، تغییر و باز تعریف مؤلفه‌های جدید رهبری، سیاست‌گذاری و حاکمیتی وزارت بهداشت، تأمین منابع مالی و نظام بیمه دولتی سلامت و سازمان‌دهی مجدد ارایه خدمات سلامت به اجرا درآوردند. اقدامات اساسی فوق نشان می‌دهد که طراحان سیاست پوشش همگانی سلامت در ترکیه با اجتناب از هر گونه شتاب‌زدگی تقریباً به همه عوامل تاثیرگذار عمیقاً توجه و زیرساخت‌های لازم را برای تحقق پوشش همگانی فراهم نمودند (۱۴).

این مطالعه نشان داد که افزایش بیماریابی و مراقبت بیماری‌ها، کاهش پرداختی از جیب مردم، افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت شهری از مهمترین یا ملموس‌ترین دستاوردهای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران بوده است که بعضی از موارد فوق را بدون نیاز به انجام مطالعه دیگری می‌توان به یقین پذیرفت. مثلاً کاهش پرداختی از جیب یکی از دستاوردهای ملموسی است که مثل روز برای همه روشن است. شهروندانی که در استان مازندران کلیه خدمات را به رایگان از پزشک خانواده دریافت می‌کنند و در صورت ارجاع، ۵ هزار تومان به متخصص می‌پردازند و در استان فارس ویزیت پزشک خانواده ۲۵۰۰ و فرانشیز ویزیت سرپایی سطح ۲ در بخش دولتی به ۱۰۵۰ تومان و بخش خصوصی به ۳۵۰۰ تومان کاهش پیدا کرده است، طبیعی است که تاثیر چشمگیری را در کاهش هزینه خدمات سرپایی مردم ایجاد نموده است (۱۵). یا در مورد تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت شهری شرایطی فراهم شده که هر شهروند دارای بیمه پایه می‌تواند همه خدمات مورد نیاز سطح اول را همانند روستائیان که از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی می‌گیرند، از پزشک خانواده خود دریافت نماید. نقد و حتی اعتراضی که سازمان جهانی بهداشت از نظام شبکه ایران داشت، این بود که نظام شبکه ایران انحصاراً به جمعیت روستایی تعلق دارد و به جمعیت شهری، خصوصاً جمعیت کلان شهرها توجه چندانی نمی‌شود. بنابراین در صورت نهادینه شدن برنامه پزشک خانواده شهری، می‌توان ادعا نمود که خدمات مورد نیاز سطح اول برای همه جمعیت شهری و روستایی به نسبت تقریباً برابر ارایه می‌گردد.

افزایش بیماریابی و مراقبت بیماری‌ها که در این مطالعه به عنوان دستاورد مطرح شد با سایر مطالعات از جمله مطالعات زیر همخوانی دارد. در مطالعه خدیوی و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی پرونده خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان اصفهان گزارش شد، تیم‌های پزشک خانواده تاکنون توانسته‌اند به ترتیب ۳۱/۵ و ۵۵/۰ درصد از بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت نوع ۲ موجود در مناطق روستایی شهرستان اصفهان را شناسایی نمایند و تحت مراقبت قرار دهند (۱۶). مطالعه جباری و همکاران (۱۳۹۲) که به شکل مروری نقلی با بررسی ۳۶ مقاله مرتبط انجام گرفت، بیماریابی و تشخیص زود هنگام بیماری‌ها یکی از نقاط قوت اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی بود که از دیدگاه مدیران، سیاست‌گذاران و ارایه دهندگان خدمات مطرح گردید (۱۷).

در این مطالعه بعضی از مواردی که به عنوان دستاورد مطرح شد، جای تامل دارد. مثلاً الکترونیکی شدن پرونده سلامت (احتمالاً منظور همان سامانه سیب است) که به عنوان دستاورد ذکر شد، چندان به اجرای برنامه پزشک خانواده شهری مرتبط نمی‌باشد. چرا که سامانه سیب برای کل مراکز ارایه‌دهنده خدمات سلامت طراحی شده و هم-اکنون در شهرهایی که فاقد برنامه پزشک خانواده شهری هستند، هم مورد استفاده قرار می‌گیرد. حال باید در یک مطالعه دیگری بررسی نمود که کمیت و کیفیت تکمیل سامانه و میزان بهره‌مندی از آن چه تفاوتی بین شهرهای مجری برنامه پزشک خانواده شهری با سایر شهرهای کشور دارد (۱۸).

این مطالعه نشان داد عدم پرداخت به موقع به پزشکان یکی از بزرگترین یا برجسته‌ترین چالشی است که همه گروه‌های مورد بررسی به آن اشاره نمودند. مازلو که سلسله مراتب نیازهای کارکنان و کارگران را به ۵ سطح از پایین به بالا به نیازهای فیزیولوژیک، ایمنی، اجتماعی، احترام و خودیابی تقسیم می‌کند، اظهار می‌نماید که اولین نیازی که باعث می‌شود کارکنان جذب و وارد یک سازمان شوند، نیازهای فیزیولوژیک یا همان حقوق، دستمزد یا سرانه مالی است و نیازهای بعدی در صورت تامین نیازهای فیزیولوژیک به تدریج ظاهر می‌شود (۱۹). بر اساس مدل انگیزشی مازلو اگر پزشکان خانواده سرانه خود را به موقع دریافت نمایند،

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

برای حفاظت از بیمار (ایمنی) هوشیارانه عمل می‌کنند، سعی می‌کنند با جمعیت تحت پوشش روابط دوستانه داشته باشند (اجتماعی) و به نحوی شایسته رفتار می‌کنند که بیماران به آنها اعتماد کنند و دوست‌شان بدارند (احترام) و در والاترین نیاز انسانی، اگر نیمه شب به پزشک خبر دهند که حال بیمار شما وخیم می‌باشد، ممکن است سراسیمه به منزل بیمار مراجعه و برای نجات جان بیمار حاضر به انجام هر گونه فداکاری شود (خودیابی). حال سیاست‌گذران تصور نمایند پزشکانی که برای تامین نیازهای فیزیولوژیک ماه‌ها منتظر طلب خود هستند آیا رغبتی خواهند داشت که با عشق و علاقه خدمات با کیفیت مناسب را با رعایت شان و منزلت بیمار ارایه دهند؟ گرچه اگر نیازهای فیزیولوژیک تامین گردد، توجه به انتظارات سطوح بالاتر با اما و اگرهای دیگری به چالش گرفته می‌شود.

وجود مشکلات اجرایی در نظام ارجاع یکی از چالش‌های بزرگ شناسایی شده این مطالعه است که تقریباً با همه مطالعاتی که به نظام ارجاع در ایران پرداختند از جمله مطالعات نصرالله‌پور شیروانی و همکاران (۱۳۹۳) (۲۰)، ترابیان و همکاران (۱۳۹۳) (۲۱) و روحانی و باقر (۱۳۹۴) (۲۲) همخوانی دارد. ظاهراً مشکلات نظام ارجاع یکی از مشکلاتی است که به دلیل اینکه تحت تاثیر عوامل سیاسی، اجتماعی و اقتصادی قرار می‌گیرد (۶)، با راهکارهای موجود جواب نمی‌دهد و یک عزم ملی و فرابخشی را می‌طلبد. در طول این مطالعه یکی از پزشکان اظهار نمود بعضی از شهروندان اعتقاد دارند، برخورداری از مزایا و تسهیلات سطح ۲ مثل یارانه، حق بی‌چون و چرای آنان است و پزشک خانواده وظیفه دارد بدون هیچ اعمال نظری با تنظیم فرم ارجاع، آنان را برای دریافت یارانه معرفی نماید. از طرف دیگر چونکه متخصصین سطح ۲ در استان فارس به ازای هر ارجاع ۴۳ هزار تومان از بیمه دریافت می‌کنند، در موارد قابل ملاحظه‌ای، خدماتی که می‌توانند در یک مراجعه ارایه نمایند، آن را به صورت قطعه قطعه در چند مراجعه ارایه می‌دهند (ارجاع القایی).

در مطالعه حاضر بعضی از چالش‌های مطرح شده با دستاوردها در تناقض می‌باشد، مثلاً رایگان شدن خدمات به عنوان یک چالش با کاهش پرداختی از جیب به عنوان یک دستاورد متناقض هم هستند. اما باید توجه داشت رایگان شدن خدمات مثل ویزیت به دلیل اینکه می‌تواند مراجعه غیرضروری مردم به پزشکان خانواده را افزایش دهد، و همچنین مراجعه غیرضروری منجر به افزایش مراجعه روزانه و شلوغی مطب و افت کیفیت خدمات شده و در کنار آن توجه به ارائه خدمات پیشگیری و مراقبت‌های ضروری را کمرنگ نماید. شلوغی مستمر و طولانی مدت مطب پزشکان به جهت اینکه می‌تواند باعث نارضایتی، خستگی زودرس شغلی و فرسودگی پزشکان شود، همواره به عنوان یک چالش جدی مطرح بوده است. در مطالعه مردانی و سردار (۱۳۹۳) (۲۳)، ۷۵/۰ درصد پزشکان از "مراجعات بی‌مورد و در وقت نامناسب" به عنوان رایج‌ترین چالش‌های برنامه شکایت داشتند. اگر به راهکارهای اصلاحی ارایه شده در مطالعه حاضر توجه شود، چند راهکار به حذف رایگان بودن خدمات و یا اصلاح آن متمرکز شده است.

این مطالعه نشان می‌دهد که پزشکان خانواده و مراقبین سلامت بیش از دیگر گروه‌های مورد بررسی، دستاوردها و چالش‌های بیشتری را عنوان کردند. این می‌تواند نشان دهد که ارایه‌دهندگان می‌خواهند وجود و به‌کارگیری‌شان را در برنامه مثبت ارزیابی کنند و علی‌رغم نارسایی‌های عدیده، حاضر به ترک خدمت هم نباشند. مثلاً تعدادی از مراقبین سلامت با وجود اعتراض به خاطر دریافتی کمتر از حد تعیین شده از پزشکان خانواده، به صراحت اظهار می‌نمودند که اگر برنامه پزشک خانواده حذف شود، پزشکان مثل دوره قبل از اجرای برنامه، در بخش خصوصی به فعالیت خود ادامه می‌دهند ولی ما با از دست دادن این شغل عملاً بیکار می‌شویم.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به پوشش وسیع آن اشاره نمود که مناطقی که برنامه پزشک خانواده شهری در آن اجرا شده است را در بر می‌گیرد و از نقاط ضعف آن این است که فقط سطوح اجرایی در حوزه شهرستانی را پوشش داده و مدیران ارشد استانی و کشوری و همینطور سیاست‌گذاران وارد مطالعه نشدند و بدین طریق امکان مقایسه نظرات سطوح مختلف وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ۲ استان فارس و مازندران هم دستاوردهای قابل ملاحظه‌ای را ایجاد نمود و هم چالش‌های متعددی را در پیش‌روی خود دارد. با توجه

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

به راهکارهای اصلاحی ارایه شده، پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و اداره کل بیمه سلامت ۲ استان مجری با اجرای پروژه‌های مداخله‌ای نسبت به افزایش کارایی و اثربخشی و تعدیل چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری خصوصاً در تامین منابع پایدار مالی، قانون‌مند کردن نظام ارجاع و بر طرف نمودن مشکلات اجرایی اقدام نمایند.

سپاسگزاری

نویسندگان بدینوسیله بر خود لازم می‌دانند از سازمان بیمه سلامت ایران به جهت حمایت مالی، از دانشگاه علوم پزشکی بابل به خاطر پشتیبانی در اجراء، از مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی بیمه سلامت و مرکز بهداشت استان‌های فارس و مازندران به جهت ایجاد هماهنگی‌های لازم و از کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه به جهت همکاری‌های مطلوب، تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م.ک، ح. الف، س. ن

جمع‌آوری داده‌ها: ر. م، ر. ظ، س. ن

تحلیل داده‌ها: ز. ح

نگارش و اصلاح مقاله: س. ن

سازمان حمایت کننده

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب سازمان بیمه سلامت ایران با کد ۹۶/۲۳۶۴۰۲ سال ۱۳۹۶ می‌باشد که با مساعدت دانشگاه علوم پزشکی بابل اجرا شد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. JBUMS 2010; 11(6): 46-52. [Persian]
2) Davoudi S. Interoduction to health Sector Reform. 1st ed. Tehran: Asare Mouaser; 2006: 233-7. [Persian]
3) Nasrollahpour Shirvani SD, Mouodi S. Evidence – Based Policymaking in Health System And Its Achievements and Challenge in Iran. 1st ed. Babol: Babol University of Medical Sciences; 2013. [Persian]
4) Malekafzali H. Primary Health case in Islamic Republic of Iran. sjsph 2014; 12(2): 1-10. [Persian]
5) Keshavarzi A, Kabir MJ, Ashrafian H, Rabiee SM, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. An Assessment of the Urban Family Physician Program in Iran from the Viewpoint of Managers and Administrators. JBUMS 2017; 19(11): 67-75. [Persian]
6) Doshmangir L, Bazyar M, Doshmangir P, Mostafavi H, Takian A. Infrastructures Required for the Expansion of Family Physician Program to Urban Settings in Iran. Arch Iran Med 2017; 20(9): 589-97. doi: 0172009/AIM.007.
7) Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. Sjsph 2015; 13(1): 1-16. [Persian]
8) Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. Med J Islam Repub Iran 2015; 29: 303. PMID: 26913266.
9) Fardid M, Jafari M, Vosoogh Moghaddam A, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. J Educ Health Promot 2019; 8: 36. doi: 10.4103/jehp.jehp_211_18.
10) Sabet Sarvestani R, Najafi Kalyani M, Alizadeh F, Askari A, Ronaghy H, Bahramali E. Challenges of Family Physician Program in Urban Areas: A Qualitative Research. Arch Iran Med 2017; 20(7): 446-51. PMID: 28745906.
11) Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for Implementation of Urban Family Medicine in Iran: a Qualitative Document Analysis. Hakim Health Sys Res 2015; 18(1): 1-13. [Persian]
12) Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in Iran: achievements and challenges. J Babol Univ Med Sci 2014; 16(Suppl 1): 15-26. doi: 10.18869/acadpub.jbums. 16.3.15. [Persian]
13) Shiani M, Rashidian A, Mohammadi A. Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran Health System. Social Welfare 2016; 16(62): 59-102. [Persian]
14) Doshmangir L, Alipouri Sakha M. Assessment of Turkey's Achievements in Universal Health Coverage. Hakim Health Sys Res 2015; 18(3): 233-45. [Persian]
15) Homaie Rad E, Delavari S, Aeenparast A, Afkar A, Farzadi F, Maftoon F. Does Economic Instability Affect Healthcare Provision? Evidence Based on the Urban Family Physician Program in Iran. Korean J Fam Med 2017; 38(5): 296-302. doi: 10.4082/kjfm.2017.38.5.296.
16) Khadivi R, Hashemi T, Farrokh Siar E, Rohani M.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

The Assessment of Family Physicians' Performance in Screening of Hypertension and Diabetes Mellitus in Rural Areas of Isfahan County: A 5-year Survey. Journal of Isfahan Medical School 2012; 30(209): 1650-61. [Persian]
17) Jabari A, Sharifirad Gh, Shokri A, Bahman Ziari N, Kordi A. Overview of the Performance of
Rural Family Physician in Iran. Health Inf Manage 2013; 9(7): 1132-45. [Persian]
18) Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Keshavarzi A, Hosseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. Satisfaction of Urban Family Physicians and Health Care Providers in Fars and Mazandaran Provinces from Integrated Health System. Journal of Health and Biomedical Informatics 2018; 4(4): 244-52. [Persian]
19) Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction of health teams about the function of family physician (FPs) in Universities medical of northern provinces of Iran. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2011; 9(3): 180-7. [Persian]
20) Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Jafari N, Tahmasbi B, et al . Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 23(109): 27-35. [Persian]
21) Torabian S, Damari B, Cheraghi MA. Rural Insurance: family physicians' satisfaction. payesh 2014; 13(5): 561-73. [Persian]
22) Rouhani S, Bagher M. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and Improving it (A qualitative study). J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(132): 1-13. [Persian]
23) Mardani A, Sardar A. Investigation of Family Physicians' Problems in Rural Health Centers of Razavi Khorasan Province: a Pilot Study. Journal of Mashhad Medical Council 2014; 18(1): 17-20. doi: 10.22038/jmmc.2014.3954. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]

Research Article

Achievements and Challenges in Implementing Urban Family Physician Program in Iran: Viewpoint of Managers and Executives

Mohammad Javad Kabir [1], Hasan Ashrafian Amiri [2], Zahra Hassanzadeh-Rostami [3], Reza Momtahen [4], Rasoul Zafarmand [5], Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani [6]*

[1] Assistant Professor, Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[2] Internal Disease Specialist, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran
[3] Ph.D. student of Nutrition Sciences, School of Nutrition and Food Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[4] Pharmacologist, Directorate of Health Insurance of Fars Province, Shiraz, Iran
[5] MD, Directorate of Health Insurance of Mazandaran Province, Sari, Iran
[6] Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

*** Corresponding Author:** Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani
dnshirvani@gmail.com

Citation: Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Hassanzadeh-Rostami Z, Momtahen R, Zafarmand R, Nasrollahpour Shirvani SD. Achievements and Challenges in Implementing Urban Family Physician Program in Iran: Viewpoint of Managers and Executives. Manage Strat Health Syst 2019; 4(2): 148-59.

Received: April 13, 2019
Revised: August 06, 2019
Accepted: August 10, 2019

Funding: This study has been supported by Health Insurance Organization of Iran (No 96/236402) in 2016, which was implemented with the assistance of Babol University of Medical Sciences.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Urban family physician program is one of the relatively large reforms in Iran's health care system implemented in Fars and Mazandaran provinces since 2012. Nearly five years after implementation of the program, this study aimed to identify the achievements and challenges of this program from the viewpoints of managers and administrators.

Methods: This cross-sectional study was conducted in winter of 2016. The research population included administrators and experts monitoring the urban family physician program and representatives of the family physicians and health care providers selected using the census method. The data collection tool was a two-part researcher-made questionnaire containing 15 questions with confirmed validity. To collect data, 29 panels of experts were held and the collected information was analyzed by SPSS $_{23}$ using independent t-tests and ANOVA.

Results: Among the total of 647 participants in 2 provinces, 1540 achievement cases, 2387 challenge cases, and 1641 strategies were found. The average numbers of achievements, challenges, and strategies stated by each person were 2.38 ± 2.0, 3.70 ± 2.7, and 2.54 ± 2.0, respectively. The most frequent achievements, challenges, and strategies were increased disease detection and care (430), untimely payment to physicians (198), and providing sustainable resources for timely payments (119). The means of achievements, challenges, and strategies had significant relationship with some of the individual and social variables ($p < 0.05$).

Conclusion: This study showed that increasing the rate of detection was the most important achievement and lack of timely payment was the biggest challenge of the program, which should be considered by policy makers.

Key words: Achievement, Challenges, Family Physician, Urban Family Physician, Viewpoint of Managers, Viewpoint of Administrators.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.7.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1410]