

ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت: مرور سیستماتیک

علی‌رضا حیدریان نایینی^۱، قهرمان محمودی عالمی^{۲*}، جمشید یزدانی چراتی^۳

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، اصلاحات نظام سلامت ایران در قالب طرح پزشک خانواده در حال انجام است. از این رو اصلاح و ارتقای ساختارهای لازم جهت این امر متناسب با اهداف، بیش از گذشته احساس می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر تلاش گردید تا به کلیه ساختارهای اجرایی لازم جهت دستیابی به خدمات با کیفیت در حوزه‌ی پزشکی خانواده که حاصل تجربیات سایر کشورهاست، پرداخته شود. از این رو مقالات حاوی این تجربیات در کشورهای مختلف دنیا که در طی بیست سال اخیر منتشر شده است، جمع‌بندی گردید.

روش بررسی: این مقاله یک مطالعه‌ی مروری نظام‌مند می‌باشد. فهرست کاملی از مولفه‌های اجرایی مورداستفاده در کشورها، از ۱۵ پایگاه داده‌ای الکترونیکی از جمله Science Direct، Springer، ISI، Pubmed با کلیدواژه‌های (پزشک خانواده، کیفیت خدمات) جستجو گردید و ارزیابی کیفی مقالات با استفاده از چک لیست CASP انجام شد.

یافته‌ها: طی بررسی ۶۵ مورد مقاله‌ی گزینش شده، مولفه‌های اجرایی مورد استفاده در کشورهای مختلف، استخراج و طبقه‌بندی گردید. ارتباطات آنها با ابعاد کیفیت بر اساس نتایج مطالعات انجام شد. نتایج نشان داد که جهت دستیابی به کیفیت خدمات در حوزه پزشکی خانواده می‌بایست هشت ساختار مهم اجرایی را مدنظر قرار داد. این ساختارها عبارتند از: ساختارهای سازمانی و مدیریتی که شامل: درگاه‌داری نظام سلامت، مکانیسم‌های حمایتی از درگاه‌داری و نظام ارجاع و همچنین بستر ارتباطی نظام‌مند، خدمات سلامت الکترونیک و فرایندهای ارائه خدمت می‌باشد؛ ساختار بیمه‌ای، ساختار نظارتی و کنترل اعم از مکانیسم‌های کنترل مالی، کنترل رقابتی و کنترل کمی؛ ساختار پرداخت؛ ساختار توسعه کمی و کیفی ارائه‌دهندگان خدمات؛ ساختار کیفیت که شامل: تعریف و ارزیابی کیفیت و مکانیسم‌های پاسخ‌گویی و همچنین مکانیسم‌های تشویقی در قبال کیفیت خدمات؛ ساختار حمایتی از جمله حمایت‌های بیمه‌ای، حمایت طبقه‌بندی شده از گروه‌های خاص؛ و نهایتاً ساختار فرهنگی در دو حوزه فرهنگ‌سازی نظام ارجاع و تقویت جایگاه پزشکان خانواده.

نتیجه‌گیری: در شرایط فعلی، با توجه به ضرورت پیاده‌سازی نظام پزشک خانواده در کشور، استفاده از تجربیات سایر کشورها در جهت دستیابی به خدمات باکیفیت در این حوزه، برای اصلاح و پیاده‌سازی ساختارهای لازم بسیار کمک‌کننده خواهد بود. واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، مراقبت‌های اولیه سلامت، کیفیت خدمات

دریافت مقاله: آذر ۱۳۹۹

پذیرش مقاله: خرداد ۱۴۰۰

* نویسنده مسئول:

قهرمان محمودی عالمی؛

واحد ساری دانشگاه آزاد اسلامی

Email :

mahmudi.alemi@iausari.ac.ir

۱ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم پزشکی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم پزشکی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳ استاد گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از مهم ترین مقوله های سیاست گذاری اجتماعی و متفاوت با سایر کالاها عمومی، جایگاه ویژه ای در رفاه و توسعه هر کشوری دارد. یکی از مهم ترین سیاست ها و برنامه های مطرح در عرصه ی نظام سلامت، برنامه ی پزشک خانواده است که به دلیل ماهیت ریشه ای آن، تغییرات بنیادینی در نظام سلامت و به تبع آن در رفاه مردم ایجاد می کند (۱).

از آنجاکه ارتقای کیفیت به عنوان روشی برای بهبود مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته می شود و همچنین نقش حاکمیت ها نیز در شیوه اجرای نظام ارایه خدمات در جهت بهبود پیامدهای سلامت، مورد توجه قرار گرفته است (۲)؛ لذا در سال های اخیر در سطح کشورها فعالیت های گسترده ای در راستای ارتقای کیفیت مراقبت های اولیه بهداشتی انجام شده است (۳).

کیفیت در مراقبت های اولیه بهداشتی بسیار پیچیده است؛ زیرا خدمات توسط یک تیم چند تخصصی ارایه می گردد و عملکرد هر فرد در تیم و ارتباط بین افراد و گیرندگان خدمات، در کیفیت نهایی تاثیر گذار می باشد (۴). متأسفانه علیرغم اهمیت زیادی که بخش بهداشت و درمان دارد، شیوه ارایه خدمات توسط این بخش به نوعی است که در موارد زیادی نارضایتی جامعه را به دنبال دارد، چراکه به لحاظ خطیر بودن خدمات این بخش، اشتباهات بسیار کوچک در اجرا، خسارات بزرگ و جبران ناپذیری را به دنبال خواهد داشت (۵).

با توجه به اینکه ساختار مراقبت های اولیه در هر کشوری متفاوت و متناسب با زیرساخت های نظام سلامت آن می باشد (۶)، استفاده از تجربیات کشورهای موفق متناسب با شرایط و ویژگی های جوامع می تواند به ساختاردهی مناسب جهت دستیابی به کیفیت مراقبت های اولیه کمک نماید (۷).

سازمان های بین المللی مانند سازمان بهداشت جهانی و سازمان توسعه و همکاری های اقتصادی، استراتژی هایی را برای افزایش کیفیت خدمات در حوزه ی مراقبت های اولیه ارایه کرده اند (۸). بریتانیا «پرداخت مبتنی بر عملکرد» را در سال ۲۰۰۲ ارایه کرد که منجر به اعمال عمومی ۲۵ درصد از تامین بودجه مراقبت های اولیه سلامت بر اساس نتایج کیفیت شد (۹). ایالات متحد آمریکا نیز در مورد گزینه هایی از جمله پرداخت بر اساس اهداف کیفیت خدمات در حوزه پزشک خانواده ساختار اجرایی را طراحی نمود (۱۰). نیوزیلند یک چارچوب ساختاری را در اجرا جهت هدایت کیفیت بالینی در مراقبت های اولیه ایجاد کرد (۱۱).

استرالیا نیز اقدامات اجرایی را در جهت افزایش کیفیت خدمات در حوزه ی

مراقبت های اولیه سلامت انجام داد؛ از جمله این برنامه ها می توان به ساختار مشوق های دولتی و بازبینی نظام پرداخت ها، در سال ۲۰۰۲ اشاره نمود (۱۲). استانداردهای دانشگاه سلطنتی استرالیا استانداردهای رسمی پزشکی خانواده استرالیا را تشکیل می دهند و شامل عناصری از قبیل زیرساخت و مدیریت اجرایی و بالینی می شوند (۱۳).

در برخی کشورهای موفق نیز در جهت ارایه خدمات باکیفیت و همچنین استمرار و توسعه ی کیفیت خدمات، اقداماتی انجام شده است (۱۴). این اقدامات اجرایی شامل رهبری؛ مدیریت منابع انسانی؛ تعامل فعال همه کارکنان؛ ارایه خدمات چندوجهی و ایجاد هماهنگی بین خدمات در همه سطوح سیستم سلامت مانند آموزش و سیستم قابل اعتماد و به موقع داده های پزشکی از طریق پشتیبانی فناوری اطلاعات بوده است (۱۵). توجه به فرایندهای ارزیابی و همچنین مقوله های فرهنگی نیز به نوبه ی خود منجر به توسعه ی کیفیت مراقبت های اولیه به عنوان بخشی از مفهوم وسیع تر بهبود مستمر کیفیت در حوزه ی سلامت می گردد که در برخی کشورها به آن توجه شده است (۱۶).

ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده در توسعه ی کیفیت خدمات و پیامدهای سلامت آن اثرگذار خواهد بود، از این رو استفاده از تجربیات کشورهای موفق به فرایند اجرا و توسعه ی خدمات در حوزه ی مراقبت های اولیه سلامت و پزشکی خانواده کمک خواهد نمود (۱۲).

مطالعه ی حاضر با هدف جمع آوری و ترکیب یافته های اجرایی که در جهت دستیابی به خدمات باکیفیت در حوزه ی پزشکی خانواده در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته، به منظور ایجاد مبانی اجرایی برای سیاست گذاران و مجریان طرح پزشک خانواده در نظام سلامت کشور انجام شده و می تواند جهت اصلاح یا توسعه طرح به سایر استان ها استفاده گردد.

روش بررسی

مطالعه حاضر، یک مرور نظام مند می باشد که در سال ۱۳۹۹ در خصوص مولفه های اجرایی طرح پزشک خانواده جهت دستیابی به کیفیت خدمات در کشورهای موفق دنیا و کشورهای مشابه انجام شد. در این بخش مطالعات فارسی و انگلیسی انجام شده که به مولفه های اجرایی، ساختار و شیوه اجرای پزشک خانواده پرداخته اند به صورت نظام مند جستجو شده و با استفاده از تکنیک مرور سیستماتیک که یک تفکر آگاهانه در مورد نتایج پژوهش های انجام شده است

که تفکر کلید اصلی آن محسوب می شود، تحلیل محتوا و ترکیب شده اند.

روش تحقیق مرور سیستماتیک روشی مبتنی بر مرور نظام مند مطالعات کتابخانه‌ای جهت دستیابی به شناخت عمیق پیرامون پدیده‌ی مورد مطالعه بوده و از طریق جستجو، ارزیابی، ترکیب و تفسیر مطالعات کمی یا کیفی در یک حوزه خاص با ترکیب داده‌های ثانویه نتایج حاصل از سایر مطالعات، برای پاسخ‌گویی به نتایج خود نتایج جدیدی را به دست می آورد.

در این مطالعه از الگوی هفت مرحله‌ای Sandelowski مطابق مراحل زیر استفاده گردید:

۱. تنظیم پرسش‌های پژوهش

۲. بررسی نظام مند متون

۳. جستجو و بررسی مقاله‌های مرتبط

۴. استخراج اطلاعات مقالات

۵. تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی

۶. پایایی و اعتبار مدل (کنترل کیفیت)

۷. ارایه یافته‌ها (۱۶).

۱. **استراتژی جستجو:** این مطالعه در سال ۲۰۱۹ به بررسی مقالات منتشر شده در زمینه‌ی شیوه‌ی اجرای طرح پزشکی خانواده در کشورهای مختلف پرداخت. بدین منظور مقالات منتشر شده در مجلات داخلی و خارجی از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۹ جستجو گردیدند که در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Web of Science، Springer، ProQuest، Google Scholar، Elsevier، Science Direct، Wiley، Scientific Information Database (SID)، ISC، Magiran، Iranmedex 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 پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سال‌های اخیر می باشد.

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 پزشکی خانواده و با استفاده از دو دسته کلیدواژه‌های انگلیسی و فارسی شامل پزشکی خانواده، کیفیت خدمات، مراقبت‌های اولیه سلامت و Primary Health care or Health service و Family Physician or Practice Family Medicine و جستجو شدند و مطالعاتی که در زمینه‌ی پزشکی خانواده در حوزه غیر اجرایی بودند،

به دلیل عدم تطابق با هدف پژوهش مورد استفاده قرار نگرفتند. در مرحله‌ی بعدی با کمک دو پژوهشگر دیگر، به صورت تصادفی نشان داده شد که هیچ مطالعه‌ای از دست نرفت. در گام نهایی با استفاده از فهرست منابع مطالعات استخراج شده و برای وسعت بخشیدن به دامنه‌ی جستجو، به بررسی و ورود تعدادی از مقالاتی که دریافت آنها از طریق پایگاه‌های مختلف داده میسر نشد، اقدام گردید تا حساسیت پژوهش افزایش یابد.

۲. معیارهای ورود و خروج مطالعات: معیار انتخاب مطالعات این بود

که مقالات مروری و پژوهشی مرتبط، بیشترین ارتباط را با موضوع داشته، در محدوده سال‌های تعیین شده و به زبان فارسی یا انگلیسی بوده و حداقل نمره را در ارزیابی کیفی به دست آورند.

۳. انتخاب مطالعات: بعد از جستجو در پایگاه‌های مورد نظر، مطالعات

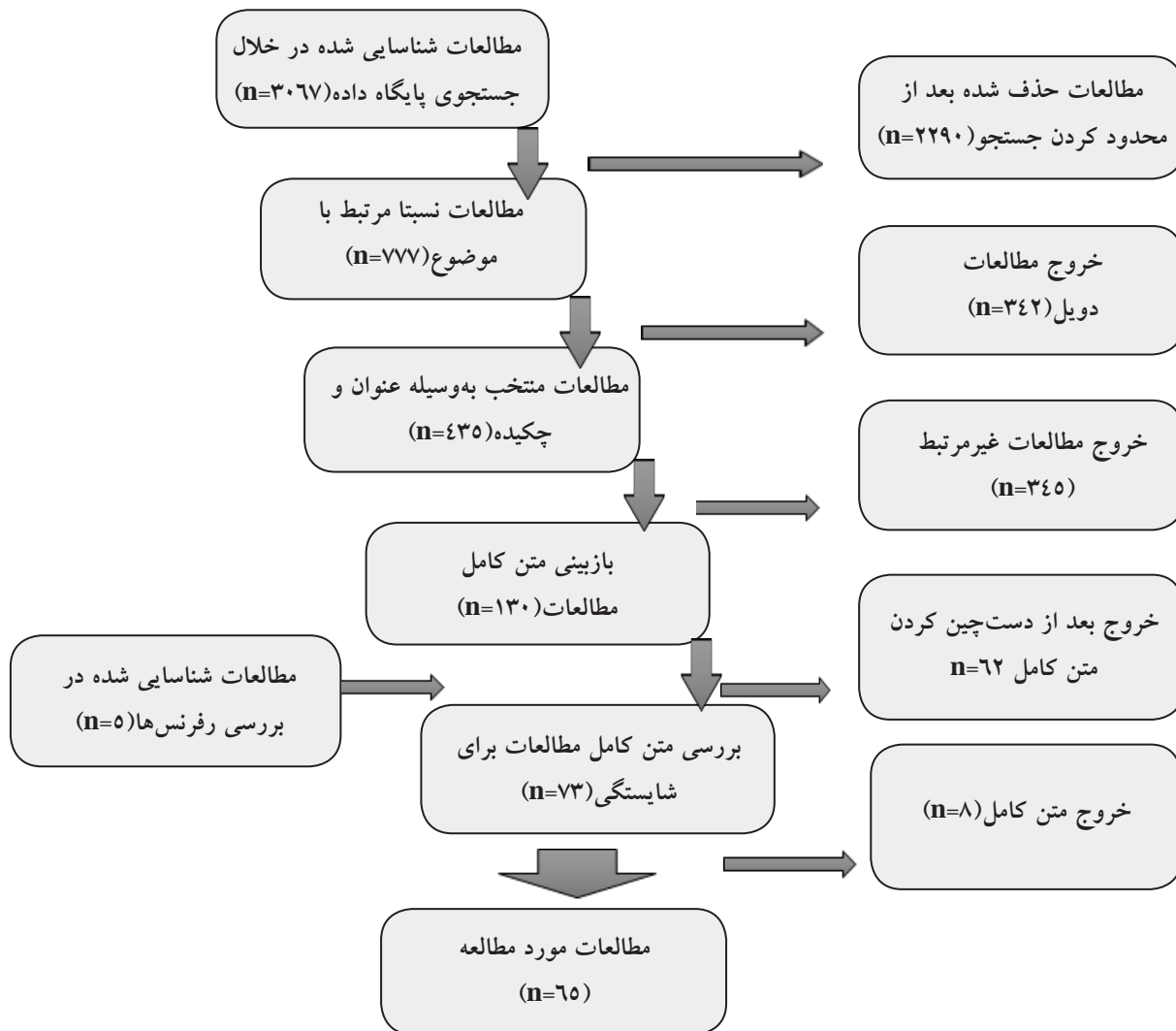
در چند گام توسط سه پژوهشگر پالایش شدند. ابتدا بعد از مطالعه عناوین و چکیده، عناوین غیر مرتبط حذف شده و برخی نیز بعد از خواندن چکیده کنار رفتند. کتاب‌ها، مقالات همایش‌ها، گزارش‌ها، سرمقاله روزنامه‌ها و مطالعات به دست آمده از موتورهای جستجوی غیر علمی نظیر Google از تحلیل‌های بعدی ما کنار گذاشته شدند. همین‌طور مقالاتی که فارسی یا انگلیسی نبودند، از مطالعه خارج شدند. سپس تمام مقالاتی که باقی ماندند با دسته‌بندی بر اساس معیارهای ورود و خروج، ارزیابی گردیدند. اختلاف نظرها نیز در این خصوص با برگزاری نشست‌های مشترک برطرف می گردید. این سخت‌گیری در انتخاب مقالات، برای اطمینان از کیفیت علمی آنها برای استفاده در این پژوهش بود.

۴. جستجوی پایگاه داده: پس از جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های یاد شده

مجموعاً ۳۰۶۷ مقاله از پایگاه‌های الکترونیکی داده‌ای و موتورهای جستجوگر شناسایی شد که با محدود کردن جستجو، تعداد ۷۷۷ مقاله با عناوین نسبتاً مرتبط شناسایی شد که تعداد ۳۴۲ مقاله با عنوان تکراری حذف و ۴۳۵ مقاله با دستچین کردن عنوان و چکیده باقی ماندند که در مرحله‌ی بعد با خروج ۳۰۵ مورد عناوین نامرتب از پژوهش، ۱۳۰ متن کامل مقالات باقی ماند که چکیده مقالات مرتبط بازخوانی شد تا مرتبط‌ترین چکیده مقالات مشخص شود. در این مرحله ۷۳ مقاله‌ی مرتبط انتخاب شد و ۵۲ مقاله‌ی دیگر حذف گردید. در مرحله‌ی بعدی، متن کامل ۷۳ مقاله برای تعیین شایستگی انتخاب شد و هم‌چنین ۵ مقاله نیز از سایر منابع به مطالعه وارد گردید. در مرحله‌ی آخر، متن کامل ۶۵ مقاله‌ی انتخابی با توجه به معیارهای ورود و خروج و بعد از تعیین شایستگی

دسته‌بندی شد 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 به دست آوردند، در پژوهش ماندند. به منظور افزایش اعتبار و کاهش سوگیری مرور، کیفیت مقالات به وسیله‌ی سه نفر به صورت مستقل ارزیابی شد و اختلاف نظر بین سه نفر با بحث و تبادل نظر برطرف گردید. نمودار جریان فرایند انتخاب مطالعات برای مطالعه‌ی مروری منظم در شکل ۱ نشان داده شده است.

مطالعات برای بررسی در این مطالعه انتخاب گردید.
 ۵. ارزیابی کیفی: کیفیت مقالات با استفاده از چک لیست (CASP: Critical Appraisal Skills Programme) مورد بررسی قرار گرفت. به طوری که ابتدا اهداف مقالات بررسی گردید و در صورت متناسب بودن اهداف مقالات، از چک لیست CASP استفاده گردید. این چک لیست حاوی ۱۰ سوال است و استفاده از آن کمک می‌کند تا یک بررسی منظم درک شود. براین اساس کیفیت مقالات در سه سطح (کم، متوسط و با کیفیت بالا)



شکل ۱: فلوچارت فرایند بررسی و انتخاب مطالعات مبتنی بر روش مروری منظم

به ماهیت کیفی پژوهش، از تجزیه و تحلیل چارچوب کیفی برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها استفاده گردید و در نهایت مهم‌ترین مولفه‌های اجرایی پزشکی خانواده در قالب جدول شماره ۱ طبقه‌بندی گردیده و ارتباط هر مقوله با ابعاد کیفیت مطرح شده توسط کمیسیون مشترک اعتباربخشی (۱۷) مطابق با محتوای متون

۶. استخراج داده‌ها: ابزار مورد استفاده برای استخراج داده‌ها، فرم محقق ساخته بود که کلیه داده‌های مطالعات انجام شده از جمله نام نویسنده اول، سال انتشار، نوع پژوهش، مکان پژوهش در آن ذکر شد.
 ۷. تحلیل داده‌ها: بعد از استخراج و جمع‌آوری داده‌های هر مقاله، با توجه

بررسی شده و نظرات پژوهشگران اصلی مقاله مشخص گردید. این بخش نیز توسط سه پژوهشگر اصلی مقاله صورت گرفت.

و مدیریتی، ساختار بیمه‌ای، ساختار نظارتی و کنترل، ساختار پرداخت، ساختار ارایه‌دهندگان، ساختار کیفیت، ساختار حمایتی و ساختار فرهنگی.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی مطالعات نشان داد که ساختار و مولفه‌های اجرایی جهت پیاده‌سازی طرح پزشک خانواده را می‌توان به هشت مولفه‌ی اصلی (ساختار) و چندین مولفه‌ی فرعی دسته‌بندی کرد. ساختارها و مولفه‌های اصلی اجرایی جهت پیاده‌سازی طرح پزشک خانواده عبارتند از: ساختار سازمانی

نهایتاً دسته‌بندی ثانویه مولفه و زیرمولفه بر اساس ابعاد کیفیت مطرح شده توسط کمیسیون مشترک اعتباربخشی (کارایی و کنترل هزینه‌ها، اثربخشی و مبتنی بر شواهد بودن خدمات، متناسب با نیاز فرد، خانواده و جامع بودن خدمات، ایمنی خدمات، احترام و توجه افراد، استمرار و تداوم خدمات، ارایه خدمات به موقع، عدالت دسترسی به خدمات) بر طبق محتوای مقالات و نظرات محققان مقاله مطابق جداول زیر تعیین گردید:

جدول ۱: مولفه‌های اجرایی طرح پزشک خانواده و ارتباط آن با ابعاد کیفیت

ابعاد کیفیت	زیر مولفه	مولفه فرعی	مولفه اصلی
کارایی، بیمارمحوری، تداوم خدمات	درگاه‌داری نظام سلامت توسط پزشکان عمومی	الف: درگاه‌داری نظام سلامت	
کارایی، بیمارمحوری، تداوم خدمات	نظام ارجاع	ب: برقراری نظام ارجاع هدفمند	
اثربخشی، کارایی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، ایمنی، تداوم خدمات	پزشک خانواده، محوریت درمان و مسئول اصلی هماهنگی مراقبت‌ها		
اثربخشی، کارایی، ایمنی، تداوم خدمات	مکانیسم ارایه پس‌خوراند کامل توسط ارایه‌دهندگان خدمات تخصصی		
کارایی، بیمارمحوری، تداوم خدمات	اجبار و تشویق توأم جهت ثبت نام جامعه نزد پزشکان خانواده		
کارایی، دسترسی	پوشش کامل هزینه‌های مسیر ارجاع یا کاهش هزینه‌های بیمار در صورت رعایت مسیر ارجاع		
کارایی، دسترسی	زمان انتظار کمتر و هماهنگی بهتر در مشاوره با متخصصان در نظام ارجاع	ج: مکانیسم‌های حمایتی از درگاه‌داری و مسیر ارجاع	
دسترسی، خدمات به موقع	امکان استفاده از خدمات پزشکی خانواده در ساعات کاری عصر		
دسترسی	خدمات رایگان پزشک خانواده و یا معافیت از پرداخت مشارکتی برای برخی داروها در پزشکی خانواده		
کارایی	محدودیت ویزیت از جانب پزشکان متخصص خارج از نظام ارجاع		
اثربخشی، دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، تداوم خدمات	با جمعیت و جامعه، انجمن‌های پزشکی، سازمان‌های امدادی، سایر متخصصان سلامت، بیمارستان‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان‌های مراقبت اجتماعی، نهادهای سیاست‌گذار سلامت، سازمان‌های آموزشی و دانشگاه‌ها، نهادهای ارزیابی‌کننده نیازهای سلامت جامعه	د: بستر ارتباطی نظام مند	ساختار سازمانی و مدیریتی
دسترسی، خدمات به موقع، تداوم خدمات، احترام و توجه	نظام ارجاع الکترونیک و بر خط		
اثربخشی، کارایی، دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، ایمنی، تداوم خدمات، احترام و توجه	پرونده‌ی الکترونیک سلامت، بر خط، طراحی شده بر اساس کیفیت، با قابلیت‌های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها، دارای پایش اپیدمیولوژیک، مرتبط با گایدلاین‌های درمانی، با امکان ادغام مراقبت‌های ارایه‌شده توسط ارایه‌دهندگان مختلف، ارتباط با سیستم آرشو بازایی تصاویر پزشکی، دارای قابلیت برخط برای انتقال اطلاعات بین ارایه‌کنندگان (پرونده‌ی اشتراکی)، هماهنگ بین تمامی ارایه‌کنندگان مراقبت‌ها		
احترام و توجه	کارت اعتباری الکترونیکی جهت دسترسی به پرونده الکترونیک	ه: خدمات سلامت الکترونیک	
کارایی، ایمنی، احترام و توجه	نسخه‌نویسی الکترونیک با قابلیت پایش عملکرد و قابلیت پیشگیری از خطاهای پزشکی، سیستم‌های هشدار الکترونیک در اشتباهات تجویز با قابلیت‌های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها		
دسترسی، ایمنی، احترام و توجه	دسترسی آنلاین افراد به پرونده پزشکی سلامت خود		
احترام و توجه	رعایت محرمانگی و دسترسی مدیریت‌شده به پرونده افراد		
کارایی، دسترسی، خدمات به موقع، احترام و توجه	توسعه خدمات غیرحضور پزشکان خانواده (مشاوره تلفنی) تله‌مدیسن و دسترسی الکترونیک به خدمات		

دسترسی، احترام و توجه	حفظ حق انتخاب بیمار در دریافت خدمات مراقبت اولیه و خدمات بیمارستان‌ها و خدمات تخصصی و مکانیسم قابل انعطاف در ثبت نام و جابجایی پزشک خانواده	
دسترسی، خدمات به موقع	مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات مراقبت‌های سلامت اولیه	
دسترسی، خدمات به موقع	ارایه خدمات در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل، در موارد مرخصی یا عدم توان ارائه خدمات از جمله سیستم پزشکان مراقبت‌های مداوم	
کارایی، دسترسی، خدمات به موقع، احترام و توجه	ارایه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت به صورت ادغام یافته، تجمیعی و تیمی	
اثربخشی، کارایی، دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، احترام و توجه	بیمارمحوری خدمات و ارایه خدمات مبتنی بر نیاز جامعه، خانواده و افراد و پایش اپیدمیولوژیک توسط پزشک خانواده	
اثربخشی، کارایی، دسترسی، خدمات به موقع	سلامت محور بودن خدمات و غربالگری جمعیت در مراقبت‌های اولیه سلامت و پوشش بیمه‌ای این خدمات	و: فرایندهای ارایه خدمات
اثربخشی، کارایی، ایمنی	گایدلاین محور بودن خدمات و تدوین و به‌کارگیری استانداردهای بالینی و گایدلاین حرفه‌ای پزشکان خانواده و ارتباط پزشکان خانواده با مراکز تحقیقات مراقبت‌های اولیه سلامت و لینک پرونده الکترونیک با گایدلاین‌های درمانی	
دسترسی، خدمات به موقع، احترام و توجه	فراگیر بودن خدمات و ارایه خدمات در منزل توسط پزشکان خانواده	
کارایی	تعریف دقیق حیطه وظایف پزشکان خانواده	
کارایی	محدودیت ویزیت سالانه در ارایه‌دهندگان خدمات تخصصی	
کارایی	محدود بودن فعالیت متخصصان فقط در بیمارستان‌ها	
کارایی	حجم خدمات استاندارد تعیین شده	
کارایی	محدودیت ارجاع به متخصص از سوی پزشک خانواده	
کارایی، دسترسی، خدمات به موقع	ایجاد بستر بیمه همگانی	
دسترسی، خدمات به موقع	مشارکت بیمه‌های خصوصی در پوشش خدمات پزشک خانواده	
اثربخشی، کارایی	قرارداد بیمه‌ها با پزشکان بر اساس الگوی عملکرد و انطباق با اهداف	
اثربخشی، کارایی	پایش و تایید دوره‌های ارایه‌کنندگان توسط بیمه‌ها	
دسترسی، خدمات به موقع	بیمه‌های اختیاری برای کاهش زمان انتظار	
کارایی، دسترسی، خدمات به موقع	پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت محور مانند پیشگیری	
کارایی	معیارهای انضباط مالی و ارتباط معیارهای مالی با پرداخته	
کارایی	پرداخت گلوبال به مراکز پزشک خانواده و تسهیم سود مبتنی بر گروه	
کارایی	انتقال ریسک هزینه‌ها از بیمه به پزشکان خانواده از طریق پرداخت سرانه	
کارایی	پرداخت ثابت بابت هزینه‌های جاری و خدمات آزمایشگاهی علاوه بر سرانه به پزشکان عمومی	الف: کنترل از طریق مکانیسم پرداخت
کارایی	مدیریت بودجه خدمات تخصصی توسط گروه‌های تخصصی	
اثربخشی، کارایی	مکانیسم پرداخت بیمارمحوری	ساختار نظارتی و کنترل
اثربخشی، کارایی	پرداخت مبتنی بر نتایج دستیابی به اهداف به پزشکان خانواده	
کارایی	طرح اجازه گرفتن برای مصرف منابع	
اثربخشی، کارایی	رقابت مدیریت شده توسط بیمه‌ها بر اساس کیفیت خدمات	ب: کنترل رقابتی
اثربخشی، کارایی، تداوم خدمات	پایش عملکرد پزشکان خانواده و مراکز پزشک خانواده توسط انجمن پزشکان خانواده از طریق پرونده الکترونیک سلامت و نسخه‌نویسی الکترونیک	ج: کنترل کمی
اثربخشی، کارایی	نظارت بر الگوی نسخه‌نویسی	
بیمارمحوری، خدمات به موقع، تداوم خدمات	پرداخت سرانه به پزشکان عمومی به خصوص برای مدیریت بیماران مزمن	
اثربخشی، دسترسی، بیمارمحوری، ایمنی، تداوم خدمات، احترام و توجه	برقراری ارتباط میزان پرداخت با کیفیت خدمات و خدمات اولویت دار	ساختار پرداخت
اثربخشی، دسترسی، بیمارمحوری، ایمنی، تداوم خدمات	مکانیسم‌های تشویق مالی در دستیابی به اهداف کیفیت و چارچوب کیفیت نتایج ارایه خدمات خاص	

برنامه‌ریزی جهت آموزش پزشکان و پرستاران متخصص در پزشکی خانواده بر اساس نیاز جامعه	اثربخشی، دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، ایمنی
توزیع عادلانه و مناسب پزشکان خانواده	دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع
اجازه فعالیت‌های اضافی پزشکان در بخش خصوصی داخل سازمان‌های سیستم خدمات سلامت ملی	دسترسی، خدمات به موقع
مشارکت بخش خصوصی در نظام ارجاع با پشتیبانی بیمه‌های خصوصی	دسترسی، خدمات به موقع
پرداخت به ازای خدمت و متغیر به پزشکان عمومی به صورت کارانه برای برخی خدمات منتخب	کارایی، دسترسی
مکانیسم پرداخت‌های تشویقی برای ارائه خدمات خاص	دسترسی، خدمات به موقع
به‌کارگیری پزشکان متخصصان بازنشسته به‌عنوان پزشکان خانواده	اثربخشی، کارایی
تقویت نقش و به‌کارگیری پرستاران در سیستم پزشک خانواده و انجام برخی خدمات تخصصی توسط ایشان	کارایی، دسترسی، خدمات به موقع، تداوم خدمات
درگاه‌داری نظام سلامت توسط پرستاران قبل از پزشکان خانواده	کارایی، دسترسی، تداوم خدمات
انتقال خدمات از سطوح تخصصی به سطوح عمومی و ارائه خدمات تخصصی توسط پزشکان خانواده در صورت داشتن گواهی مربوطه	کارایی، دسترسی، خدمات به موقع
استفاده از طرح پزشک خانواده با علائق خاص	کارایی، دسترسی، خدمات به موقع
به‌کارگیری متخصصان پزشک خانواده	اثربخشی، دسترسی، خدمات به موقع، ایمنی
به‌کارگیری پزشکان متخصص از جمله متخصصان داخلی و اطفال در نقش پزشک خانواده	اثربخشی، دسترسی، خدمات به موقع، ایمنی
آموزش تخصصی پزشکان خانواده از طریق کوریکولوم اختصاصی آموزشی	اثربخشی، ایمنی
توسعه مداوم حرفه‌ای پزشکان خانواده به شیوه‌های مختلف	اثربخشی، ایمنی
تدوین استاندارد حرفه‌ای، مراقبتی و مدیریتی حوزه مراقبت‌های اولیه مراقبت‌های مدیریت‌شده استانداردسازی زمان دسترسی به خدمات استانداردهای بالینی و گایدلاین حرفه‌ای پزشکان خانواده	اثربخشی، کارایی، دسترسی، خدمات به موقع، ایمنی، تداوم خدمات
تعریف شاخص‌های کیفیت ملی برای مراقبت‌های سرپایی	اثربخشی، کارایی، دسترسی، ایمنی، تداوم خدمات، احترام و توجه
ردیابی، نظارت و تحلیل کیفیت خدمات خودارزیابی ارزیابی دوره‌های موفقیت مراکز پزشک خانواده در رعایت کیفیت توسط نهادهای ناظر بر کیفیت خدمات	اثربخشی، کارایی، بیمارمحوری، ایمنی، تداوم خدمات، احترام و توجه
نظارت هوشمند سیستمی بر تجویز	اثربخشی، کارایی، ایمنی
اعتباربخشی مراکز پزشک خانواده	اثربخشی، کارایی، ایمنی، تداوم خدمات
جایزه مراقبت با کیفیت و پاداش به ازای دستیابی به اهداف مورد توافق	اثربخشی، کارایی، بیمارمحوری، ایمنی، تداوم خدمات
پاسخ‌گو بودن مراکز پزشک خانواده به جوامع محلی در خصوص اطمینان از کیفیت خدمات	اثربخشی، کارایی، دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، ایمنی، تداوم خدمات، احترام و توجه
انتشار عمومی اطلاعات ارزیابی کیفیت و عملکرد مراکز پزشک خانواده	اثربخشی، کارایی، دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، ایمنی، تداوم خدمات، احترام و توجه
دسترسی مردم به پرونده الکترونیک سلامت	دسترسی، ایمنی
گزارش اجباری پزشکان خانواده در مورد خطاهای دارویی و پزشکی و آسیب بیمار	ایمنی
پیگیری قانونی تجویز نادرست توسط نهادهای ناظر	ایمنی
الف: حمایت بیمه‌ای	دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، تداوم خدمات، احترام و توجه
ب: حمایت طبقه‌بندی‌شده از گروه‌های خاص	دسترسی، بیمارمحوری، خدمات به موقع، تداوم خدمات، احترام و توجه
آموزش عمومی، فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی جهت رعایت نظام ارجاع و نظام درگاه‌داری	اثربخشی، کارایی، خدمات به موقع، تداوم خدمات، احترام و توجه
فرهنگ‌سازی در جهت تقویت اعتماد عمومی به پزشکان خانواده	اثربخشی، کارایی، تداوم خدمات، احترام و توجه

توسعه کمی
ارایه‌دهندگان

ساختار
ارایه‌دهندگان

توسعه کیفی
ارایه‌دهندگان

الف: تعریف کیفیت

ب: ارزیابی کیفیت

ج: مکانیسم‌های تشویقی

د: پاسخ‌گویی

ساختار حمایتی

ساختار فرهنگی



درگاه‌داری نظام سلامت و برقراری نظام ارجاع و پس‌خوراند (۱۸)، از مهم‌ترین مکانیسم‌های اجرایی در حوزه‌ی 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 می‌گیرد. فرایند درگاه‌داری به گونه‌ای است که پزشک خانواده محوریت درمان را برعهده داشته و مسئول اصلی هماهنگی مراقبت‌ها در تمامی سطوح می‌باشد (۱۸). در این میان می‌توان از مکانیسم‌های حمایتی نیز جهت استقرار نظام ارجاع و درگاه‌داری استفاده نمود. اجبار و تشویق توأم جهت ثبت‌نام نزد پزشکان خانواده (۱۹)، پوشش بیمه‌ای خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع و یا برخورداری از برخی مزیت‌ها نظیر کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات در صورت رعایت نظام ارجاع از مکانیسم‌های اجرایی است که کشورهای موفق از آنها جهت نهادینه‌نمودن نظام ارجاع، درگاه‌داری و پزشکی خانواده استفاده نموده‌اند (۲۰). در این میان ارایه خدمات سطوح تخصصی در بسیاری از کشورها متناسب و همگام با سطح یک یعنی پزشک خانواده ارایه می‌گردد. 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 نمی‌توان پزشک خانواده موفق را ترسیم نمود. از این رو قانون‌مند نمودن و اعمال محدودیت‌هایی در میزان، نوع، شیوه و محدوده ارایه خدمات برای سطوح تخصصی و هماهنگ با پزشک خانواده از مولفه‌های اجرایی است که در اجرای طرح پزشک خانواده به آن توجه می‌گردد (۱۸).

ایجاد بستر ارتباطی نظام‌مند بین پزشکان خانواده، افراد، خانواده‌ها و جامعه، سایر متخصصان سلامت، بیمارستان‌ها (۲۲)، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان‌های مراقبت اجتماعی، نهادهای سیاست‌گذار سلامت، سازمان‌های آموزشی و دانشگاه‌ها، نهادهای ارزیابی‌کننده‌ی نیازهای سلامت جامعه، انجمن‌های پزشکی و سازمان‌های امدادی در جهت اجرای موفق طرح و دستیابی به اهداف اثربخشی خدمات، افزایش سطح دسترسی به خدمات، بیمارمحوری، خدمات به‌هنگام و استمرار خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۵-۲۱).

خدمات سلامت الکترونیک از قبیل پرونده الکترونیک سلامت، نظام ارجاع (۱۹) و نسخه‌نویسی الکترونیک و پزشکی از راه‌دور در جهت دستیابی به اهداف کیفیت در برخی کشورها مورد توجه قرار می‌گیرد. شکل و شیوه اجرا و ویژگی‌های پرونده الکترونیک سلامت در دستیابی به اهداف کیفیت، از

اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲۳). این ویژگی‌ها عبارتند از: برخط‌بودن (۲۶)، طراحی شده بر اساس کیفیت (۱۹)، دارای قابلیت‌های پژوهشی و ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها (۲۲)، دارای پایش اپیدمیولوژیک (۱۸)، مرتبط با راهبردهای درمانی (۲۲)، امکان ادغام مراقبت‌های ارایه‌شده توسط ارایه‌دهندگان مختلف (۱۸)، ارتباط با سیستم بایگانی بازاریابی تصاویر پزشکی (۲۲)، با قابلیت برخط برای انتقال اطلاعات بین ارایه‌کنندگان (پرونده‌ی اشتراکی) و قابلیت هماهنگی بین تمامی ارایه‌کنندگان مراقبت‌هاست که در بسیاری از کشورها در نظر گرفته شده است (۱۸). اجرای درست و کامل پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند در دستیابی به همه اهداف کیفیت مدنظر کمیسیون مشترک کمک نماید. نظام ارجاع الکترونیک نیز علاوه بر بهبود سطح دسترسی می‌تواند جهت به‌هنگام‌شدن و تداوم و استمرار خدمات و رعایت احترام و توجه به استفاده‌کنندگان از خدمات پزشکی خانواده استفاده گردد (۱۹). همچنین نسخه‌نویسی الکترونیک نیز جهت افزایش ایمنی، کارایی، احترام و توجه و کاهش هزینه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۲). توسعه‌ی خدمات غیرحضوری نظیر پزشکی از راه دور نیز جهت کاهش هزینه‌ها، افزایش سطح دسترسی، ارایه خدمات به‌هنگام و احترام و توجه در برخی کشورها دنبال می‌شود (۲۳).

در سازماندهی خدمات، توجه به طراحی فرایندها از قبیل ارایه خدمات در ساعات غیراداری، ارایه خدمات به صورت تجمیعی (۱۸)، ادغام‌یافته و تیمی همچنین بیمارمحوری (۲۷)، سلامت محوری و راهبرد محوری خدمات با در نظر گرفتن حق انتخاب بیمار (۲۸) و همچنین جامع و فراگیر بودن آنها و قانون‌مندی و اعمال محدودیت‌های فرایندی برای میزان ارجاعات به سطوح تخصصی علاوه بر مدیریت هزینه‌ها و افزایش کارایی در جهت افزایش اثربخشی، ایمنی، به‌هنگام نمودن، افزایش سطح دسترسی و افزایش احترام و توجه به مراجعان در برخی کشورها مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۱).

از دیگر ساختارهایی که در طرح پزشک خانواده به آن توجه می‌شود، ساختار بیمه‌ای و نظام پرداخت است. ایجاد بستر بیمه همگانی، مشارکت بیمه‌های خصوصی، توسعه پوشش خدمات توسط بیمه‌ها از جمله خدمات غربالگری و سایر خدمات پزشک خانواده در جهت افزایش کیفیت خدمات از جمله افزایش سطح دسترسی، کارایی و ارایه خدمات به‌هنگام مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۹). همچنین شیوه عقد قرارداد بیمه‌ها با ارایه‌دهندگان، پایش دوره‌های آنان (۲۸) و برقراری ارتباط بین پرداخت‌ها و اهداف کیفیت در دستیابی به اهداف کیفیت

ساختار کیفیت از ساختارهای مهم در اجرای موفق طرح پزشک خانواده است. تعریف کیفیت، ارزیابی کیفیت، مکانیسم‌های تشویقی جهت اعمال کیفیت و در نهایت مکانیسم‌های پاسخ‌گویی از مولفه‌های اجرایی فرعی ساختار کیفیت هستند که به صورت همه‌جانبه جهت دستیابی به همه‌ی ابعاد کیفیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۴).

تعریف کیفیت به شیوه‌های مختلف نظیر استانداردهای حرفه‌ای، مراقبتی و مدیریتی حوزه‌ی مراقبت‌های اولیه (۲۵)، مراقبت‌های مدیریت شده (۳۵)، استانداردهای خدمات (۲۸)، استانداردهای بالینی و راهبردهای حرفه‌ای پزشکان خانواده (۲۲) و شاخص‌های کیفیت ملی برای مراقبت‌های سرپایی استفاده قرار می‌شود (۱۸). ارزیابی کیفیت نیز در قالب خودارزیابی (۲۵)، ارزیابی دوره‌ای موفقیت و اعتباربخشی مراکز پزشک خانواده (۲۵) که می‌تواند توسط نهادهای ناظر (۲۹) یا نظارت هوشمند سیستمی (۱۹) اجرا گردد، صورت می‌گیرد. در این میان در برخی کشورها از مکانیسم‌های تشویقی نظیر جایزه مراقبت با کیفیت (۳۶) و یا پاداش به‌زای دستیابی به اهداف کیفیت در حوزه‌ی پزشک خانواده استفاده می‌شود (۲۸).

مکانیسم‌های اجرایی در حوزه‌ی پاسخ‌گویی نیز به شیوه‌های مختلف صورت می‌گیرد. پاسخ‌گوبودن مراکز پزشک خانواده به جوامع محلی در خصوص اطمینان از کیفیت خدمات (۲۳)، انتشار عمومی اطلاعات و نتایج ارزیابی کیفیت و عملکرد مراکز پزشک خانواده، دسترسی مردم به پرونده الکترونیک سلامت (۲۴)، گزارش اجباری پزشکان خانواده در مورد اهداف کیفیت و اعمال پیگیری‌های قانونی در این خصوص استفاده می‌شود (۲۸).

ساختار حمایتی از قبیل حمایت‌های بیمه‌ای (۲۱) و مالی از گروه‌های خاص (۳۷) در جهت افزایش سطح دسترسی اقشار ضعیف و فقرا به خدمات پزشکی خانواده استفاده می‌گردد. این امر همچنین در استمرار و تداوم خدمات، ارائه خدمات به هنگام، بیمارمحوری و رعایت احترام و توجه به مراجعان به‌خصوص برای طبقه ضعیف جامعه کمک می‌نماید.

ساختار فرهنگی نیز در دستیابی به اهداف کیفیت به‌طور موثر مورد توجه قرار می‌گیرد. آموزش عمومی، فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی جهت استقرار نظام درگاه‌داری سلامت، رعایت نظام ارجاع و تقویت پزشکی خانواده و همچنین تقویت اعتماد عمومی به پزشکان خانواده در جهت دستیابی به اهداف کارایی، اثربخشی، ارائه خدمات به‌هنگام، استمرار خدمات و احترام و توجه مورد استفاده

نقش مهمی را ایفا می‌کند. پرداخت سرانه به پزشکان عمومی به خصوص برای بیماران مزمن و همچنین برقراری ارتباط بین پرداخت به ارائه‌دهندگان و دستیابی به اهداف کیفیت و خدمات اولویت دار و خاص (۳۰) در جهت افزایش دستیابی به تمامی ابعاد کیفیت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مکانیسم‌های نظارتی و کنترل نیز از مولفه‌های اجرایی مهم جهت دستیابی به اهداف کیفیت است. اعمال این کنترل‌ها از طریق مکانیسم پرداخت یا به صورت کنترل‌های کمی و رقابتی صورت می‌گیرد. آنچه از اهمیت برخوردار است، انتقال ریسک هزینه از بیمه‌ها به پزشکان یا مراکز پزشک خانواده است که از طریق پرداخت‌های سرانه، گلوبال یا ثابت صورت می‌گیرد تا با مدیریت هزینه‌ها باعث افزایش کارایی خدمات پزشک خانواده گردد (۲۸). پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۹) و یا پرداخت مبتنی بر دستیابی به اهداف (۲۰) 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 اثربخشی خدمات از آن استفاده می‌نمایند (۳۱).

توسعه کمی و کیفی ارائه‌دهندگان از مهم‌ترین مقوله‌هایی است که در اجرای پزشک خانواده و میزان دستیابی به اهداف کیفیت نقش دارد. توسعه کمی ارائه‌دهندگان از قبیل توزیع عادلانه نیروهای انسانی (۱۸)، مشارکت بخش خصوصی (۳۲)، به‌کارگیری پزشکان متخصص در حوزه‌ی پزشکی خانواده علاوه بر افزایش سطح دسترسی به خدمات جهت ارائه خدمات به‌هنگام و افزایش اثربخشی خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۳). انتقال خدمات از سطوح تخصصی به سطوح عمومی یعنی انجام برخی خدمات تخصصی توسط پزشکان خانواده (۲۵) و همچنین افزایش نقش پرستاران و مراقبان سلامت در ارائه خدمات پزشکی خانواده (۲۲) حتی در حوزه‌ی درگاه‌داری در جهت افزایش کارایی و سطح دسترسی به خدمات و ارائه خدمات به‌هنگام مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۸).

در خصوص توسعه کمی ارائه‌دهندگان به دو شیوه عمل می‌شود. یا از نیروهای توانمند نظیر متخصصان در حوزه پزشکی خانواده استفاده می‌شود (۲۵) و یا نیروهای موجود را بر اساس قابلیت‌ها توانمند می‌کنند. آموزش تخصصی پزشکان خانواده، کوریکولوم آموزشی اختصاصی برای پزشکان خانواده و توسعه مداوم حرفه‌ای ایشان در توسعه کیفی ارائه‌دهندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۹).

قراری می‌گیرد (۳۸).

هوشمند و همکاران (۲۰۱۶) به ضرورت پرونده الکترونیک سلامت جهت دستیابی به کارایی و کیفیت خدمات اشاره می‌کنند (۴۹ و ۵۰).

در راستای مطالعه‌ی حاضر که توسعه‌ی خدمات غیرحضور و آرایه خدمات به صورت ادغام یافته و تجمیعی را از راهکارهای افزایش کارایی خدمات می‌داند، Baum و همکاران نیز در سال ۲۰۱۶ در مطالعه خود به تاثیر ادغام خدمات جهت افزایش کارایی خدمات اشاره می‌کنند (۵۱).

همچنین در راستای یافته‌های این مطالعه، Sloane و همکاران (۲۰۱۱)، هوشمند و همکاران (۲۰۱۹) به نقش مکانیسم پرداخت و تشویق مالی در بهبود کارایی و کیفیت خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت پرداختند (۵۰ و ۱۴).

Katz و Mac Donald (۲۰۰۲) (۵۲) و Lacny و همکاران (۲۰۱۶) به اهمیت نقش پرستاران و دستیاران پزشک در کارایی خدمات مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها می‌پردازند. همچنین استفاده از کارکنان غیرپزشک جهت کاهش هزینه‌ها مقوله‌ای است که در مطالعه‌ی Smolowitz و همکاران (۲۰۱۵) نیز به چشم می‌خورد که این نتایج نیز در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌باشد (۵۴ و ۵۳). از نظر Fries و همکاران (۱۹۹۳) اجرای برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های مزمن و رفتارهای پرخطر و کاهش بار بیماری، برنامه خودمراقبتی بیماران و برنامه ارتقای سلامت محیط کار نیز موجب کاهش نیاز و در نتیجه کاهش تقاضای خدمات سلامت شده و نهایتاً موجب کاهش هزینه‌های غیرضروری خواهد شد (۵۵). Gilson, Sauerborn و Reerink و همکاران نیز در سال‌های ۱۹۹۵ و ۱۹۹۶ به اهمیت ارزیابی عملکرد و نظارت و همچنین ساختار کیفیت در دستیابی به کارایی و کیفیت خدمات در خدمات مراقبت‌های اولیه و پزشکی خانواده تاکید دارند (۵۷ و ۵۶). دماری و همکاران (۲۰۱۶) نیز عنوان می‌کنند که سلامت‌نگری، محور فعالیت‌های پزشک خانواده را تشکیل می‌دهد. کلیه موارد فوق نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کند (۶۶).

۲- اثربخشی و مبتنی بر شواهد بودن خدمات

سید برادران و همکاران (۲۰۱۳)، به پزشکی مبتنی بر شواهد و راهبردهای مراقبت‌های اولیه سلامت اشاره می‌کنند (۵۸). همچنین فردوسی و همکاران در سال ۲۰۱۲، دستورالعمل‌های اجرایی و نظارت را از مولفه‌های اجرایی جهت دستیابی به اثربخشی خدمات عنوان می‌کنند (۳۹).

در خصوص نقش آموزش و توانمندسازی در جهت افزایش اثربخشی خدمات، Crossland و همکاران در سال ۲۰۱۴ و Alahmadi و Roland در

بحث

کیفیت طبق تعریف کمیسیون مشترک اعتباربخشی از مولفه‌های متعددی برخوردار است؛ از این رو جهت حفظ ساختار بحث، هر بعد از کیفیت به صورت مجزا مورد بحث قرار می‌گیرد:

۱- کارایی خدمات

کارایی خدمات به عنوان یکی از مهم‌ترین مولفه‌های کیفیت محسوب می‌گردد. در راستای دستیابی به این مهم فردوسی و همکاران در سال ۲۰۱۲ نظام ارجاع هدف‌مند و ساختاریافته را از مولفه‌های اجرایی جهت دستیابی به کیفیت و کارایی خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشکی خانواده دانسته و اجرای درست سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع را گامی مهم جهت کاهش دستیابی به این مهم عنوان می‌کنند (۳۹). Hsiao و Yip نیز در پژوهشی که در سال ۲۰۰۸ انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که عدم هماهنگی بین سطوح آرایه خدمات در مراقبت‌های اولیه باعث افزایش آرایه خدمات غیر ضرور و ناکارایی نظام مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشکی خانواده می‌گردد که همه این نتایج در راستای نتایج پژوهش حاضر می‌باشد (۴۰).

فردوسی و همکاران (۳۹) و Crossland و همکاران در سال ۲۰۱۴ (۱۲)، یزدی فیض‌آبادی و همکاران (۱۳۹۲) و Hann و همکاران در سال ۲۰۰۷ طی مطالعات خود، فرهنگ‌سازی را در دستیابی به کیفیت خدمات دخیل می‌دانند (۴۱ و ۴۲). همان‌گونه که در یافته‌های این پژوهش نیز به اهمیت آموزش عمومی، فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی جهت رعایت نظام ارجاع و نظام درگاه‌داری فرهنگ‌سازی در جهت تقویت اعتماد عمومی به پزشکان خانواده اشاره گردید. همچنین ارزمانی و همکاران (۲۰۱۱)، نصراله‌پور شیروانی و موعودی (۲۰۱۳)، شعبانی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۲)، دماری و همکاران (۲۰۱۶) نیز به اهمیت فرهنگ‌سازی قبل از اجرای اصلاحات در مراقبت‌های اولیه سلامت اشاره کرده‌اند (۴۶-۴۳). Martin و همکاران در سال ۲۰۰۴ اقدام به آرایه‌گزارشی با عنوان آینده‌ی پزشک خانواده نمودند که استفاده از پرونده الکترونیک سلامت را از مهم‌ترین مقوله‌هایی می‌داند که در کارایی و کیفیت خدمات پزشکی خانواده تاثیرگذار خواهد بود (۴۷). کریمی (۲۰۰۷) نیز ایجاد پرونده سلامت (ترجیحاً الکترونیکی) را توصیه می‌کند (۴۸). همچنین جباری و همکاران (۲۰۱۳) و

سال ۲۰۰۵ دانش و مهارت کارکنان و آموزش حرفه‌ای را در دستیابی به اثربخشی خدمات دخیل می‌دانند (۱۲ و ۵۹).

همچنین Reerink و Sauerborn در سال ۱۹۹۶ و Gilson و همکاران در سال ۱۹۹۵ به اهمیت ارزیابی عملکرد و نظارت و همچنین ساختار کیفیت در دستیابی به اثربخشی خدمات اولیه سلامت تاکید دارند (۵۷ و ۵۶). از طرف دیگر، Kaye و همکاران در سال ۲۰۱۰ عنوان کردند که مکانیسم‌های هماهنگی بین سطوح یک و دو نظام ارجاع منجر به افزایش اثربخشی خدمات اولیه سلامت و پزشکی خانواده می‌گردد (۶۰).

فرجی خیابوی و همکاران در سال ۱۳۹۶ به مقوله‌های ارتباط بین بیمار و پزشک، در جهت افزایش اثربخشی خدمات سطح یک اشاره می‌کنند (۶۱). همین نتیجه را Crossland و همکاران نیز در سال ۲۰۱۴ عنوان می‌کنند و حسابرسی، نظارت و اعتباربخشی خدمات را نیز در اثربخشی آن موثر می‌دانند (۱۲). هوشمند و همکاران (۲۰۱۹) به نقش مکانیسم پرداخت و تشویق مالی در بهبود کیفیت خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت اشاره کرده و آن را در افزایش اثربخشی خدمات موثر می‌دانند (۵۰). Katz و Mac Donald (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان آینده پزشکی خانواده به مقوله‌های آموزش علائق خاص، اشاره و از آن به‌عنوان یکی از راهکارهای افزایش اثربخشی خدمات یاد می‌کند که کلیه موارد فوق، نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کنند (۵۲).

۳- متناسب‌سازی خدمات با نیاز فرد، خانواده و جامعه

در توضیح کالج پزشک خانواده چنین تصریح شده است که پزشک خانواده برای اینکه بتواند وضعیت بیمار را مدیریت کند، باید بیمار محور باشد و خدمات پیچیده پزشکی را به گونه‌ای هدایت کند که نیازهای بیماران و تمامی جامعه‌ی زیرپوشش برآورده شود، و باید طیف جامعی از خدمات را به‌طور هماهنگ با سایر ارایه‌دهندگان و به موقع فراهم نماید (۶۲). برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند که طرح‌های بیمار محور، ارایه‌دهندگان خدمات پزشکی خانواده را تشویق می‌کند تا تغییراتی در جهت ارایه خدمات مبتنی بر نیاز جامعه و بیماران ارایه کنند.

Ramírez و همکاران نیز در سال ۲۰۱۱ و Backer و همکاران در سال ۲۰۰۶ طی پژوهش‌هایی که در آمریکای جنوبی و نبراسکا انجام دادند جامعه محوری خدمات، ارایه خدمات مبتنی بر نیاز و فرهنگ و مکانیسم‌های پاسخ‌گویی در محل، را از مولفه‌های اجرایی مهم جهت ارایه خدمات مبتنی بر نیاز می‌دانند (۶۴ و ۶۳).

از سوی دیگر Ogle و همکاران در پژوهشی با عنوان Family medicine in ۲۰۱۸ به مقوله‌های پاسخ‌گویی اجتماعی در جهت افزایش پاسخ‌گویی به نیازهای جمعیت توسط پزشکان خانواده اشاره می‌کنند و این همان نتایجی است که پژوهش اخیر نیز به آن اشاره می‌کند (۶۵).

۴- ایمنی خدمات

ایمنی خدمات یکی از مهم‌ترین مقوله‌های کیفیت محسوب می‌گردد. Lowe و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود عنوان می‌کنند که عدم هماهنگی در ارایه مراقبت‌های سلامت در میان ارایه‌دهندگان و مراجعه به ارایه‌دهندگان متعدد، منجر به افزایش خطای پزشکی در تشخیص و درمان بیماری، افزایش مراجعات به اورژانس و ارایه مراقبت‌های تکراری خواهد شد (۶۶) از این رو پزشک خانواده‌ای که بتواند محوریت درمان را برعهده گرفته و مسئول اصلی هماهنگی مراقبت‌ها باشد، تاثیر چشمگیری بر افزایش ایمنی خدمات در پزشکی خانواده خواهد داشت (۶۶).

Gilson و همکاران در سال ۱۹۹۵ ارزیابی عملکرد و نظارت، فردوسی و همکاران در سال ۲۰۱۲ به توسعه منابع انسانی، همکاری بین‌بخشی، ارتباطات و دستورالعمل‌های اجرایی و نظارت؛ Crossland و همکاران در سال ۲۰۱۴ حسابرسی و نظارت و آموزش حرفه همچنین Ogle و همکاران (۲۰۱۰) ارتباط و پاسخ‌گویی اجتماعی را در دستیابی به خدمات ایمن در خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشکی خانواده موثر می‌دانند (۶۵ و ۵۷ و ۳۹ و ۱۲).

۵- احترام و توجه

Ramírez و همکاران در سال ۲۰۱۱ توجه و تمرکز بر قشر محروم و آسیب‌پذیر، خانواده‌ها، جوامع و گروه‌های اجتماعی، مکانیسم‌های پاسخ‌گویی در محل، ادغام و تجمیع خدمات بهداشتی (۶۳)؛ Bower و همکاران در سال ۲۰۰۳ اهمیت ساختار تیمی در ارایه خدمات پزشکی خانواده را در جهت افزایش رضایت‌مندی استفاده‌کنندگان از خدمات پزشکی خانواده عنوان می‌کنند که این دقیقاً منطبق با موارد ذکر شده در پژوهش حاضر است (۶۷).

Ogle و همکاران (۲۰۱۰) به مقوله‌های ارتباط، پاسخ‌گویی اجتماعی (۶۵)، Reerink و Sauerborn (۵۶) در سال ۱۹۹۶ به اهمیت ارزیابی عملکرد و نظارت و همچنین ساختار کیفیت و فرجی خیابوی و همکاران در سال ۲۰۱۸ به بررسی و تعیین ابعاد و گویه‌های کیفیت خدمات سرپایی پرداختند که حق انتخاب بیمار، ارتباط بین بیمار و پزشک، توجه به توانایی پرداخت بیماران را

برخی مقالات اشاره نمود که با جستجو به روش‌های مختلف تا حدودی این امر میسر گردید.

نتیجه‌گیری

پیاده‌سازی پزشکی خانواده در هر کشوری بنا بر مقتضیات جوامع و روند توسعه کشورها، ارایه خدمات درمانی نظام‌ها و تعاریف سلامت، صنعت بیمه همگانی و نگرش سیاست‌گذاران به امر سلامتی متغیر بوده و مولفه‌های اجرایی متفاوتی دارد. اما با مطالعه و جمع‌بندی تجربیات کشورهای مختلف می‌توان الگوی اجرای پزشکی خانواده را در قالب مولفه‌های اجرایی زیر پیگیری و اجرا نمود:

- برقراری کامل نظام درگاه‌داری، ارجاع و هماهنگی خدمات
- استفاده از رویکرد تیمی، جمعیتی و ادغام‌یافته و مبتنی بر سلامت، شواهد و نیاز جامعه برای ارایه 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 حوزه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت
- به‌طورکلی افزایش کیفیت خدمات در حوزه‌ی مراقبت‌های اولیه، نیازمند تغییر ساختار می‌باشد. تغییر رویکرد ارایه خدمات از درمان محوری به سمت سلامت محوری، از پزشک‌محوری به بیمارمحوری و همچنین ارایه خدمات مبتنی بر شواهد و نیاز جامعه تجلی می‌یابد.
- در این میان بهترین راهکاری که در کشورهای مختلف استفاده شده 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.

در کیفیت خدمات مهم فرض کرده اند (۶۱).

فرهنگ‌سازی نیز طبق این مطالعه در افزایش رضایت‌مندی و احترام و توجه موثر بوده که مطالعات ارزشمندی و همکاران (۲۰۱۱)، نصراله پور شیروانی و موعودی (۲۰۱۳)، شعبانی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۲)، Hann و همکاران در سال ۲۰۰۷ نیز آن را تایید می‌کنند (۴۵-۴۲).

۶- استمرار و تداوم خدمات

فرجی خیابوی و همکاران در سال ۲۰۱۸ نیز تداوم خدمات را از ضرورت‌های کیفیت در مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشکی خانواده می‌داند. مطالعه‌ی حاضر نشان داد که نظام ارجاع، درگاه‌داری و پرونده الکترونیک سلامت از مهم‌ترین زیرساخت‌ها برای استمرار خدمات در پزشکی خانواده است (۶۱). فردوسی و همکاران در سال ۲۰۱۲ نیز به همین مقوله اشاره می‌کنند (۳۹). اما جهت دستیابی به استمرار خدمات، نیاز به فرهنگ‌سازی نیز وجود دارد. این امر را در مطالعات ارزشمندی و همکاران (۲۰۱۱)، نصراله پور شیروانی و موعودی (۲۰۱۳)، شعبانی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۲)، دماری و همکاران (۲۰۱۶)، نیز مشاهده می‌کنیم (۴۶-۴۳) که کلیه موارد فوق نتایج تحقیقات پیش‌رو را تایید می‌کند.

۷- دسترسی به خدمات و ارایه به موقع خدمات

Liddy و همکاران در سال ۲۰۱۶ به اهمیت پزشکی از راه‌دور در کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات در حوزه‌ی مراقبت‌های اولیه می‌پردازد (۶۹). همچنین فردوسی همکاری بین‌بخشی و ارتباطات (۳۹)، Sheshinski و Lopez Calva (۲۰۰۳) (۷۰) و علی گل و محمدیگی (۲۰۱۴) (۷۱)، مشارکت بخش خصوصی، Bower و همکاران (۲۰۰۳) (۶۷)، Ramirez و همکاران (۲۰۱۱) و Backer و همکاران (۲۰۰۶) (۶۷ و ۶۴ و ۶۳)، ادغام و تجمیع خدمات بهداشتی، هماهنگی محلی و ملی و همچنین Beaulieu و همکاران (۲۰۱۳) ارزیابی و نظارت و پرداخت‌های تشویقی، ارایه کار به‌صورت تیمی را از راهکارهای افزایش سطح دسترسی و ارایه به‌موقع خدمات می‌دانند که کلیه موارد فوق، نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کنند (۷۳).

در پژوهشی نیز که توسط Lowe و همکاران در سال ۲۰۰۵ صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که عوامل جغرافیایی و جمعیتی، بیش‌تر از هر عاملی بر افزایش سطح دسترسی و ارایه خدمات به‌موقع در مراقبت‌های اولیه سلامت موثر است که در این مطالعه عنوان شده است (۶۶).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به متون کامل

در خاتمه بررسی تدوین مدل اجرایی پزشک خانواده منطبق با ساختار نظام سلامت ایران توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر مستخرج از پایان‌نامه مقطع دکتری با عنوان «ارایه مدل کیفیت خدمات ارایه شده در طرح پزشک خانواده» با کد ۱۴۸۲۶۱۸ و کد اخلاق IR.IAU.CHALUS.REC.1399.027 است. نویسندگان مقاله حاضر به پاس حمایت‌ها و پشتیبانی فنی و رسمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری در انجام پایان‌نامه و انتشار مقاله حاضر قدردانی می‌نمایند.

از این‌رو پیشنهاد می‌گردد که جهت افزایش کیفیت خدمات در حوزه‌ی پزشکی خانواده، ساختار اجرایی موجود بازنگری گردیده و مواردی را که در کشور به آن کمتر توجه گردیده است مطابق تجربیات سایر کشورها بازنگری شود. از این‌رو استفاده از مولفه‌های اجرایی به‌دست آمده در مطالعه‌ی اخیر که جمع‌بندی اقداماتی است که در کشورهای موفق در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشک خانواده داشته‌اند، می‌تواند در جهت افزایش کیفیت خدمات در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت و پزشک خانواده در استان‌های پایلوت و همچنین توسعه طرح به سایر استان‌ها مورد استفاده مدیران اجرایی و سیاست‌گذاران قرار گیرد.

References

- Shiyani M, Rashidian A & Mohammadi A. A study of the challenges of family physician implementation in Iran health system. *Hakim Health Systems Research Journal* 2016; 18(4): 264-74 [Article in Persian].
- 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. *The Medical Journal of Australia* 2010; 193(10): 602-7.
- Baltussen R, Ye Y, Haddad S & Sauerborn RS. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 2002; 17(1): 42-8.
- Heath I, Rubinstein A, Stange KC & Van Driel ML. Quality in primary health care: A multidimensional approach to complexity. (*BMJ*) *British Medical Journal* 2009; 338(1): b1242.
- West E. Management matters: The link between hospital organisation and quality of patient care. *Quality in Health Care* 2001; 10(1): 40-8.
- Wollschlaeger B. Primary care in the twenty-first century—an international perspective. (*JAMA*) *The Journal of the American Medical Association* 2007; 298(6): 687-90.
- World Health Organization. Conceptual and strategic approach to family practice: Towards universal health coverage through family practice in the Eastern Mediterranean Region. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250529/EMROPUB_2014_EN_1783.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2014.
- World Health Organization. Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205035/9789241549615_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 2016.
- Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care—a major experiment in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(14): 1448-54.
- Berenson RA & Rich EC. US approaches to physician payment: The deconstruction of primary care. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 25(6): 613-8.
- Perera GR, Dowell AC & Morris CJ. Constructing a framework for quality activity in primary care. *Australian Health Review* 2013; 37(1): 98-103.
- Crossland L, Janamian T & Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: A systematic review. *The Medical Journal of Australia* 2014; 201(S 3): 47-51.

13. 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(1): 557.
14. 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. The Journal of the American Board of Family Medicine 2011; 24(4): 360-9.
15. 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. Implementation Science 2013; 8(1): 35.
16. Sandelowski M & Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. USA: Print Bang; 2006: 165-92.
17. Da Costa FA, Van Mil JF & Alvarez Risco A. The pharmacist guide to implementing pharmaceutical care. Switzerland: Springer; 2019: 225-490.
18. Keskimaki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrja V, Vuorenkoski L, et al. Finland: Health system review. Health System in Transition 2019; 21(2): 1-166.
19. Roland M, Guthrie B & Thome DC. Primary medical care in the United Kingdom. The Journal of the American Board of Family Medicine 2012; 25(S 1): S6-S11.
20. Chevreul K, Brigham B, Durand Zaleski I & Hernández Quevedo C. France: Health system review. Health System in Transition 2015; 17(3): 1-218.
21. Ontario H. Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: An evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series 2013; 13(6): 1-41.
22. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J & van Ginneken E. Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition 2010; 18(2): 1-240.
23. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2012, The thirteenth biennial health report of the Australian institute of health and welfare. Available at: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/5fd0fcfe-bac9-4a4c-8128-1152d0ae9d8d/14178.pdf.aspx?inline=true>. 2012.
24. Health Council of Canada. A background paper to accompany, Health care renewal in Canada: Accelerating change. Available at: https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/ccs-hcc/H174-37-2005-2-eng.pdf. 2005.
25. Busse R & Blumel M. Germany. Health system review. Health Systems in Transition 2014; 16(2): 1-296.
26. Schieber GJ, Poullier JP & Greenwald LM. Health system performance in OECD countries, 1980–1992. Health Affairs 1994; 13(4): 100-12.
27. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E & Coyle N. Primary health care in Canada: Systems in motion. The Milbank Quarterly 2011; 89(2): 256-88.
28. Anell A, Glennard AH & Merkur SM. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition 2012; 14(5): 1-159.
29. Thomson S, Osborn R, Squires D & Jun M. International profiles of health care systems, 2013: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Available at: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2013_nov_1717_thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf. 2013.
30. 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 Affairs 2012; 31(1): 93-102

31. Hutchison B & Glazier R. Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Affairs* 2013; 32(4): 695-703.
32. Jommi C, Cantu E & Anessi Pessina E. New funding arrangements in the Italian national health service. *The International Journal of Health Planning and Management* 2001; 16(4): 347-68.
33. Takemura Y. Family medicine: What does it mean in Japan? *Asia Pacific Family Medicine* 2003; 2(1): 188-92.
34. Schlette S, Lisac M & Blum K. Integrated primary care in Germany: The road ahead. *International Journal of Integrated Care* 2009; 9(2): e14.
35. Sturm R. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2002; 15(5): 367-77.
36. Royal College of General Practitioners. It's your practice: A patient guide to GP services. Available of: https://www.cornfordhouse.org/website/D81012/files/rcgp_iyp_full_booklet_web_version.pdf. 2011.
37. Menon R, Mollahaliloglu S & Postolovska I. Toward universal coverage: Turkey's green card program for the poor. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13309/75012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 2013.
38. Mokuau N. A family-centered approach in native Hawaiian culture. *Families in Society* 1990; 71(10): 607-13.
39. 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. *Journal of Military Medicine* 2012; 14(2): 129-35[Article in Persian].
40. Yip W & Hsiao WC. The Chinese health system at a crossroads. *Health Affairs* 2008; 27(2): 460-8.
41. Yazdi Feyzabadi V, Baneshi MR, Mirzaei S & Oroomiei N. Association between pilot urban family physician program and health financial protection measures in Fars and Mazandaran provinces. (IRJE) *Iranian Journal of Epidemiology* 2018; 13(13): 48-58[Article in Persian].
42. Hann M, Bower P, Campbell S, Marshall M & Reeves D. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family Practice* 2007; 24(4): 323-9.
43. Arzamani M, Doulatabadi T & Hashemi M. Effect of training on the degree of completeness of medical records in the hospitals of North Khorasan University of medical sciences in Bojnurd. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2011; 3(1): 15-21[Article in Persian].
44. Nasrollahpour Shirvani SD & Mouodi S. Evidence-based policymaking in health system and its achievements and challenge in Iran. Babol: Education Development Center Publication; 2013: 24-91[Book in Persian].
45. 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[Article in Persian].
46. 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[Article in Persian].
47. 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. *The Annals of Family Medicine* 2004; 2(S 1): S3-S32.
48. Karimi S. Comparative study of the situation villagers access to health services in selected countries and provide a model for Iran [Thesis in Persian]. Tehran: Islamic Azad University; 2007.
49. Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahmanziari N & Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. *Health Information Management Journal* 2013; 9(7): 1132-45.



50. Hooshmand E, Nejatizadegan Z, Ebrahimpour H, Bakhshi M, Esmaili H & Vafaenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *International Journal of Healthcare Management* 2019; 12(2): 123-30.
51. Baum F, Freeman T, Sanders D, Labonte R, Lawless A & Javanparast S. Comprehensive primary health care under neo-liberalism in Australia. *Social Science and Medicine* 2016; 168(1): 43-52.
52. Katz A & Mac Donald J. Physicians' perceptions of nurse practitioners. *The Canadian Nurse* 2002; 98(7): 28-31.
53. 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. *Journal of Advanced Nursing* 2016; 72(9): 2138-52.
54. 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. *Nursing Outlook* 2015; 63(2): 130-6.
55. 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. *New England Journal of Medicine* 1993; 329(5): 321-5.
56. Reerink IH & Sauerborn R. Quality of primary health care in developing countries: Recent experiences and future directions. *International Journal for Quality in Health Care* 1996; 8(2): 131-9.
57. Gilson L, Magomi M & Mkangaa E. The structural quality of Tanzanian primary health facilities. *Bulletin of the World Health Organization* 1995; 73(1): 105-14.
58. Seyed Baradaran 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. *International Journal of Preventive Medicine* 2013; 4(3): 340-8.
59. Al Ahmadi H & Roland M. Quality of primary health care in Saudi Arabia: A comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17(4): 331-46.
60. 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 and Marketing in Healthcare* 2010; 3(2): 163-75.
61. Faraji Khiavi F, Qolipour M, Dashtinejad Z & Mirr I. Determination of dimensions and items of outpatient service quality for Ahvaz hospitals. *Journal of Payavard Salamat* 2018; 11(5): 490-500 [Article in Persian].
62. Canada CoFPo. A vision for Canada: Family practice: The patient's medical home. Available at: https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_A_Vision_for_Canada.pdf. 2011.
63. Ramirez NA, Ruiz JP, Romero RV & Labonte R. Comprehensive primary health care in south America: Contexts, achievements and policy implications. *Cadernos de Saude Publica* 2011; 27(10): 1875-90.
64. Backer EL, Mc Ilvain HE, Paulman PM & Ramaekers RC. The characteristics of successful family physicians in rural Nebraska: A qualitative study of physician interviews. *The Journal of Rural Health* 2006; 22(2): 189-91.
65. Ogle KD, Boule R, Boyd RJ, Brown G, Cervin C, Dawes M, et al. Family medicine in 2018. *Canadian Family Physician* 2010; 56(4): 313-5.
66. 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. *Medical Care* 2005; 43(8): 792-800.
67. Bower P, Campbell S, Bojke C & Sibbald B. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: An observational study. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 12(4): 273-9.
68. Omaha K, Melendez V, Uehara N & Ohi G. Study of a patient referral system in the republic of Honduras. *Health Policy and Planning* 1998; 13(4): 433-45.

69. Liddy C, Deri Armstrong C, Mc Kellips F & Keely E. A comparison of referral patterns to a multispecialty eConsultation service between nurse practitioners and family physicians: The case for eConsult. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2016; 28(3): 144-50.
70. Sheshinski E & Lopez Calva LF. Privatization and its benefits: Theory and evidence. *CESifo Economic Studies* 2003; 49(3): 429-59.
71. 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[Article in Persian].
72. Davari M, Haycox A & Walley T. Health care financing in Iran; Is privatization a good solution? *Iranian Journal of Public Health* 2012; 41(7): 14-23[Article in Persian].
73. 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. *The Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* 2013; 185(12): 590-6.

Required Structures for Family Physician Program to Achieve Service Quality Dimensions in Primary Health Care: A Systematic Review

Ali Reza Heidarian Naeini (M.S.)¹, Ghahraman Mahmoudi Alemi (Ph.D.)^{2*}, Jamshid Yazdani Charati³ (Ph.D.)

1 Ph.D. Candidate in Health Services Management, School of Medical Sciences, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2 Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Medical Sciences, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3 Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Abstract

Received: Nov 2020
Accepted: May 2021

Background and Aim: In recent years, the family physician plan has been implemented as a main strategy of health system in Iran. Therefore, the necessity to reform organizational structure based on experiences of other countries is felt more than before. The aim of this study was to explore required structures of Family Physician Program to achieve service quality dimensions in Primary Health care through analyzing country experiences.

Materials and Methods: This study was a systematic review. All relevant databases were searched using appropriate search strategies and keywords (Family Physicians, Primary Health Care, Quality of Care). To evaluate the quality of selected papers, CASP tool was applied by 4 experts, and their choices were discussed to reach a final decision.

Results: In order to achieve the quality of services in the field of family medicine, based on the findings of this study, eight important executive structures must be considered. These structures are: Organizational and managerial structures, including health system governance, Support mechanisms and referral system, Systematic communication platform, Electronic health services, Service delivery processes, Insurance structure, Supervisory and control structure including financial control mechanisms, competitive control and quantitative control, Payment structure, quantitative and qualitative development structure of service providers, Quality structure that includes the definition and evaluation of quality and accountability mechanisms as well as incentive mechanisms for service quality, Support structure including insurance support, classified support for specific groups, and finally, the cultural structure in the two areas of culture building of the referral system and strengthening the position of family physicians.

Conclusion: Quality improvement in primary health care requires attention to executive structures. Use of executive experiences of other countries will be useful in achievement of quality health care in family physician system.

Keywords: Family Physician, Primary Health Care, Quality of Health Care

* Corresponding Author:
Mahmoudi Alemi Gh
Email:
mahmudi.alemi@iausari.ac.ir