Volume 25, Issue 6 (November- December 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Patterns of family physician employment in health systems in the world: A scoping review

Parvaneh Isfahani[1], Rasoul Corani Bahador[2], Mahnaz Afshari [3*]

1. Department of Health Services Management, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Research Center for Social Determinants of Health, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

Received: 27 May 2025
Accepted for publication: 23 November 2025
[EPub a head of print- 15 September 2026]
Payesh: 2026; 25(6): 809- 822

Abstract

Objevtive(s): The family physician, as a cornerstone of primary health care, plays a vital role in improving community health, reducing healthcare costs, and promoting equity in access to services. Considering the diversity of family physician employment models and their impact on the quality and efficiency of healthcare services, this study aimed to review and compare various models of family physician employment across health systems worldwide.
Methods: This scoping review was conducted based on the six-stage framework of Arksey and O'Malley. Relevant Persian and English sources were searched in major databases including PubMed, Scopus, Web of Science, Wiley, Science Direct, Magiran, and Google Scholar. Eligible articles were selected according to predefined inclusion criteria, and qualitative data were analyzed thematically using Braun and Clarke's approach with MAXQDA software.
Results: Of 5,069 identified articles, 53 studies met the inclusion criteria. Eighteen family physician employment models were identified and categorized into six main groups: clinic-based, team-based, performance contract, community-based, integrated, and government-financed models. The main advantages included improved efficiency, accessibility, quality, and health equity. The main challenges were found in management, human resources, and service delivery. Success factors were categorized as internal (structural) and external (political, economic, social, and technological).
Conclusion: The efficiency of family physician employment models depends on the structural and contextual characteristics of each health system. Selecting an appropriate model requires consideration of available resources, policies, and population needs. The findings can guide policymakers in optimizing family physician programs and strengthening primary health care.
Keywords: Family physician, health system, employment model, primary care, scoping review

[*] Corresponding Author: Research Center for Social Determinants of Health, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
E-mail: mahnazafshar89@gmail.com

الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت در دنیا: یک مرور حیطه ای

پروانه اصفهانی [۱]، رسول کرانی بهادر[۲]، مهناز افشاری[۳*]

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۲. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ شهریور ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۸۲۲- ۸۰۹ :(۶)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: پزشک خانواده به‌عنوان رکن اصلی مراقبت‌های اولیه سلامت، نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه، کاهش هزینه‌های نظام سلامت و بهبود عدالت در دسترسی به خدمات دارد. با توجه به تنوع الگوهای به‌کارگیری پزشک خانواده و تأثیر آن بر کیفیت و کارایی خدمات، این مطالعه با هدف مرور و مقایسه الگوهای مختلف به‌کارگیری پزشک خانواده در نظام‌های سلامت دنیا انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش به روش مرور حیطه‌ای و بر اساس چارچوب شش‌مرحله‌ای Arksey و O'Malley انجام گرفت. جستجوی منابع در پایگاه‌های معتبر فارسی و انگلیسی شامل PubMed، Scopus، Web of Science، Wiley، Science Direct، Magiran و Google Scholar انجام شد. مقالات واجد شرایط با معیارهای از پیش تعیین‌شده انتخاب و داده‌های کیفی با روش تحلیل موضوعی براون و کلارک و نرم‌افزار MAXQDA تحلیل گردید.

یافته‌ها: از میان ۵۰۶۹ مقاله شناسایی‌شده، ۵۳ مطالعه واجد شرایط وارد بررسی شد. هجده الگو به‌کارگیری پزشک خانواده شناسایی و در شش دسته اصلی شامل الگوهای کلینیک‌محور، تیمی، قرارداد عملکرد، جامعه‌محور، تلفیقی و حمایت مالی دولت طبقه‌بندی گردید. مزایای اصلی این الگوها شامل بهبود کارایی، دسترسی، کیفیت و عدالت سلامت بود. مهم‌ترین چالش‌ها در حوزه مدیریت، منابع انسانی و ارائه خدمات مشاهده شد. عوامل موفقیت به دو گروه داخلی (ساختاری) و خارجی (سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناوری) تقسیم شدند.

نتیجه‌گیری: کارآمدی الگوهای به‌کارگیری پزشک خانواده وابسته به ویژگی‌های ساختاری و زمینه‌ای هر نظام سلامت است. انتخاب الگو مناسب مستلزم توجه به منابع، سیاست‌ها و نیازهای جمعیتی است. یافته‌ها می‌تواند راهنمایی برای سیاست‌گذاران در بهینه‌سازی برنامه پزشک خانواده و تقویت مراقبت‌های اولیه باشد.

کلیدواژه ها: پزشک خانواده، نظام سلامت، الگوی به‌کارگیری، مراقبت اولیه، مرور حیطه‌ای
کداخلاق: IR.NASRME.REC.1404.023

* نویسنده پاسخگو: ساوه، دانشکده علوم پزشکی ساوه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
Email: mahnazafshar89@gmail.com

مقدمه

امروزه اهمیت سلامت به عنوان یکی از مهم ترین دغدغه های بشر، محققان را به مطالعه هدفمند اصلاحات نظام سلامت سوق داده است [۱]. در این راستا توجه به اصول مراقبت های بهداشتی اولیه همچنان به عنوان یک اصل اساسی برای افزایش کارایی و اثربخشی، ایجاد عدالت و دسترسی مردم به خدمات بهداشتی در نظام های سلامت شناخته می شود [۴-۲]. پزشک خانواده به عنوان ستون اصلی مراقبت‌های اولیه سلامت، نقشی اساسی در ارائه مراقبت های اولیه، مدیریت بیماری های مزمن و هماهنگی مراقبت از بیمار در محیط های مختلف مراقبت های بهداشتی ایفا می کنند و منجر به بهبود سلامت جامعه، کاهش هزینه‌های نظام سلامت و ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات درمانی می گردد [۵،۶].

الگوهای بکارگیری پزشک خانواده در نظام‌های سلامت به‌طور قابل‌توجهی متفاوت است که تحت تأثیر عواملی مانند حاکمیت، تأمین مالی و ساختارهای سازمانی است و این تنوع می‌تواند بر کیفیت خدمات، دسترسی و کارایی نظام موثر باشد. این الگوها را می‌توان به‌طور کلی به الگوهای سنتی هزینه‌ای برای خدمات، مبتنی بر سرانه، حقوق و دستمزد و الگوهای مراقبت یکپارچه طبقه‌بندی کرد [۵،۶]. روش های به کارگیری پزشکان خانواده با استفاده از الگو های نوآورانه‌ی جدید، در کنار روش‌های سنتی در حال ظهور و تکامل هستند. با توجه به تغییرات سریع نیازهای بهداشتی جوامع و افزایش بیماری‌های مزمن، نظام‌های سلامت در سراسر جهان به دنبال راهکارهای نوآورانه برای به‌کارگیری و سازماندهی بهتر پزشکان خانواده هستند تا بتوانند پاسخگویی بیشتری به نیازهای بیماران داشته باشند و بهبود مستمر کیفیت را تضمین کنند [۷].

الگوهای سنتی به‌کارگیری پزشک خانواده، که معمولاً مبتنی بر استخدام مستقیم و خدمات فردی بود، قادر به پوشش کامل نیازهای پیچیده امروزی نیستند. در این راستا، نوآوری‌هایی در نحوه سازماندهی، پرداخت، و همکاری تیمی پزشکان خانواده شکل گرفته است که می‌تواند به افزایش اثربخشی نظام‌های سلامت کمک کند. از آن جمله استفاده از الگو تیمی [۸]، کلینیک مبتنی بر بیمار [۹]، الگو مبتنی بر پرداخت ارزش [۱۰]، استفاده از فناوری‌هایی مانند پزشکی از راه دور، پرونده‌های الکترونیکی سلامت و اپلیکیشن‌های موبایل است. الگوهای سنتی بکارگیری پزشک خانواده به دلیل ساختار ساده و رابطه‌ی فردی نزدیک پزشک با بیمار، امکان ایجاد اعتماد و پیوستگی در مراقبت را فراهم می‌کنند که این امر به افزایش رضایت بیماران و پیگیری بهتر سلامت کمک می‌کند [۱۱]. همچنین، در این الگو پزشک از آزادی عمل بیشتری در تصمیم‌گیری برخوردار است. اما این ساختار محدودیت‌هایی همچون بار کاری زیاد بر پزشک، فقدان همکاری تیمی، مدیریت ناکافی بیماری‌های پیچیده و مزمن و عدم بهره‌گیری بهینه از فناوری و منابع سلامت دارد که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت خدمات و کاهش بهره‌وری شود [۱۲]. در مقابل، الگوهای نوآورانه مانند مراقبت تیمی، کلینیک‌های مبتنی بر بیمار، پرداخت مبتنی بر ارزش و ادغام فناوری‌های دیجیتال، با تمرکز بر هماهنگی تیمی و استفاده از فناوری‌های نوین، توانسته‌اند کیفیت مراقبت‌ها را ارتقاء داده، بار کاری پزشک را کاهش داده و دسترسی بیماران به خدمات را تسهیل کنند [۱۳، ۹]. این الگوها ضمن افزایش رضایت بیماران، فرصتی برای مدیریت بهتر بیماری‌های مزمن فراهم آورده‌اند. با این حال، این رویکردها نیازمند تغییرات سازمانی، آموزش‌های مداوم، سرمایه‌گذاری اقتصادی بیشتر و مدیریت پیچیده‌تر هستند و نیز نگرانی‌هایی درباره امنیت داده‌ها و چالش‌های ارزیابی عملکرد باقی مانده است [۱۰،۱۴].

در حالی که تحقیقات متعددی به بررسی اهمیت پزشکان خانواده پرداخته‌اند، بررسی و مقایسه نظام‌مند الگوهای مختلف به‌کارگیری آنها در نظام‌های سلامت مختلف با هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف هر الگو و ارائه راهکارهای بهبود کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه با بررسی و مقایسه الگوهای مختلف استخدام و به‌کارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت متنوع، در پی ارائه تصویری جامع از پیامدهای ساختاری، عملکردی و کیفیت خدمات هر الگو است. همچنین، این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز اتخاذ سیاست‌های بهینه‌تر و افزایش کارایی و اثربخشی در نظام‌های مراقبت اولیه سلامت گردد. با توجه به اهمیت فزاینده موضوع پزشکان خانواده در مراقبت‌های اولیه سلامت و تفاوت قابل توجه الگوهای به‌کارگیری آنها در نظام‌های سلامت مختلف، انجام این پژوهش می‌تواند در بهبود سیاست‌گذاری و تخصیص منابع انسانی در نظام سلامت تاثیر بسزایی داشته باشد.

مواد و روش کار

این مطالعه به روش مرور حیطه‌ای انجام شده است. برای انجام مرور حیطه‌ای در این پژوهش از پروتکل شش مرحله‌ای Arksey و O'Malley استفاده شد. این پروتکل دارای ۶ مرحله است که عبارتند از ۱- شناسایی سوالات پژوهش؛ ۲- شناسایی مطالعات

مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش؛ ۳- انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه؛ ۴- استخراج داده‌ها به صورت نمودار و جدول؛ ۵- جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها و ۶- مشاوره اختیاری با صاحبنظران در مورد یافته‌های بدست آمده [۱۵].

در این مطالعه سوالات پژوهشی عبارتند از: الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت کدام است؟ چه مزایایی برای الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت وجود دارد؟ چه چالش‌های برای الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام-های سلامت وجود دارد؟ ویژگی‌های الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت چیست؟ نیازمندی ها و الزامات الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت چیست؟

برای یافتن منابع علمی مرتبط با این مطالعه، از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی و فارسی مختلفی استفاده شد که شامل Medline از طریق درگاهPubMed ، Web of Science، Scopus، Wiley ، Science Direct و همچنین پایگاه فارسی Magiran و موتورجستجوگر Google Scholar بود (جدول شماره ۱). بازه زمانی جستجو، شروع بدون محدودیت زمانی و تا تاریخ ۲۰ آپریل ۲۰۲۵ بود.

کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل Family physician، Health care system، pattern، employment به زبان انگلیسی و معادل فارسی آن بود (جدول ۲). همچنین، فهرست منابع مقالات به دست آمده در زمینه الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده نیز به صورت دستی جستجو و مقالات مرتبط استخراج شد. داده‌ها ابتدا وارد نرم افزار EndNote شد و سپس برای تحلیل وارد نرم افزار Rayyan گردید.

معیارهای ورود شامل مقالات به زبان انگلیسی و فارسی مرتبط با الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشر شده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، موارد منتشر شده بعد از ۲۰ آپریل ۲۰۲۵، نداشتن متن کامل و تکراری بودن، پایان‌نامه‌ها (عدم دسترسی) بود. پایگاه‌های مورد بررسی توسط پژوهشگران مورد جستجو قرار گرفت. علاوه براین، غربالگری مقالات به طور مستقل توسط دو پژوهشگر صورت گرفت و در صورت بروز هرگونه اختلاف نظر، مقاله با بحث و تبادل نظر میان پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از فرم استخراج داده‌های طراحی شده بر اساس اهداف پژوهش، استفاده شد. این فرم شامل بخش-هایی از جمله مشخصات نویسنده اول، سال انتشار، مکان انجام مطالعه، روش جمع آوری اطلاعات، الگوی بکارگیری، چالش‌ها و مزایای الگوها، نیازمندی‌های اجرا، چارچوب / ویژگی‌های الگو، مراکز و خدمات تحت پوشش بود (پیوست۱). برای ارتقاء پایایی، ۱۰ درصد مقالات به صورت تصادفی انتخاب و توسط ۲ نفر از پژوهشگران با استفاده از فرم طراحی شده، استخراج شد.

از روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای براون و کلارک شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی [۱۶] این مطالعه استفاده شد. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. کلیه ملاحظات اخلاقی مورد نظر در پژوهش‌های مروری در این مطالعه رعایت شد. پژوهشگران نظرات شخصی خود را در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها دخالت ندادند. از چک لیست PRISMA-ScR برای گزارش‌دهی یافته‌ها استفاده شد [۱۷].

یافته ها

به طور کلی، تعداد ۵۱۰۲ مقاله از طریق پایگاه‌ها و موتور جستجوگر استخراج شد. پس از حذف موارد تکراری، تعداد ۴۸۸۶ مطالعه برای بررسی عنوان و چکیده باقی ماند که از این بین، ۴۸۱۸ مورد پس از بررسی عنوان و چکیده حذف شدند. تعداد ۶۸ مقاله در زمینه الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت در این مرحله بدست آمد. پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده تعداد ۱۷ مقاله به‌دلیل عدم ارائه الگوی مشخص در زمینه بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت حذف شدند. ۲ مقاله نیز با بررسی منابع مقالات به دست آمد. در نهایت، تعداد ۵۳ مقاله پژوهشی مرتبط باالگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند (نمودار۱).

تعداد ۵۳ مطالعه به بررسی الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت پرداخته اند. مطالعات بررسی شده شامل مطالعات ۴۲ سال اخیر در این حوزه بوده که بیشتر مطالعات (۶۶/۰۴٪) از سال ۲۰۱۷ میلادی به بعد انجام شده اند (نمودار ۲). اکثر مطالعات در کشورهای انگلستان، کانادا و ایالات متحده امریکا انجام شده است (نمودار شماره ۳). بیشترین مطالعات بررسی‌شده به ترتیب با

روش‌های کیفی (۳۰ درصد)، کمی (۲۸ درصد) و مروری (۲۵ درصد) انجام شده‌اند (نمودار ۴).

در مجموع ۱۸ الگوی به کارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت شناسایی شد. این الگوها در ۶ گروه الگو کلینیک محور، الگو تیمی، الگو قرارداد عملکرد، الگو جامعه محور، الگو تلفیقی و حمایت مالی دولت تقسیم بندی شد (جدول ۳). بررسی تطبیقی نظام‌های به‌کارگیری پزشک خانواده در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که الگوی موفق در این حوزه، وابسته به چند عامل کلیدی است: تأمین مالی پایدار، وجود زیرساخت‌های قانونی و فناوری، آموزش هدفمند، تعریف روشن نقش‌ها و مشارکت تیمی. در کشورهای پیشرو مانند انگلستان، هلند و کانادا، استفاده از الگوهای تیم‌محور و ترکیبی همراه با حمایت ساختاری و قوانین شفاف، به بهبود کیفیت خدمات، افزایش رضایت بیماران و پوشش مؤثر مناطق محروم منجر شده است. در مقابل، کشورهایی مانند ژاپن که به الگو کلینیک‌محور متکی‌اند، با چالش‌هایی چون کمبود پزشک خانواده، نبود مشوق‌های کافی و عدم سیاست توزیع مناسب مواجه‌اند. در کشورهایی همچون ایران، ترکیه و برخی کشورهای در حال توسعه، الگوهای قراردادی با تمرکز بر حمایت دولتی، توسعه آموزش و زیرساخت‌ها در حال اجراست؛ اما چالش‌هایی مانند نابرابری جغرافیایی، ضعف ساختارهای نظارتی و محدودیت منابع همچنان وجود دارد. به طور کلی، استفاده از الگوهای انعطاف‌پذیر و متناسب با شرایط بومی، همراه با تعهد سیاسی و مشارکت بین‌بخشی، از الزامات اصلی موفقیت برنامه پزشک خانواده در سطوح ملی و محلی است.

جدول ۱: راهبرد جستجو و تعداد مطالعات به دست آمده از پایگاههای مورد بررسی

پایگاه داده	کلیدواژه‌ها و راهبردجستجو	مطالعات شناسایی شده
PubMed	(("family physician"[All Fields] OR "general practitioner"[All Fields] OR "GPs"[All Fields] OR "general practice"[All Fields] OR "family practitioner*"[All Fields] OR "family practice"[All Fields] OR "family physician*"[All Fields] OR "family doctor*"[All Fields] OR "primary care physician*"[All Fields] OR "primary care doctor*"[All Fields] OR "primary care practitioner"[All Fields]) AND ("health care system"[All Fields] OR "health system"[All Fields] OR "primary care networks"[All Fields]) AND ("behavior"[MeSH Terms] OR "behavior"[All Fields] OR "behavioral"[All Fields] OR "behavioural"[All Fields] OR "behavior s"[All Fields] OR "behaviorally"[All Fields] OR "behaviour"[All Fields] OR "behaviourally"[All Fields] OR "behaviours"[All Fields] OR "behaviors"[All Fields] OR "pattern"[All Fields] OR "pattern s"[All Fields] OR "patternability"[All Fields] OR "patternable"[All Fields] OR "patterned"[All Fields] OR "patterning"[All Fields] OR "patternings"[All Fields] OR "patterns"[All Fields] OR ("model"[All Fields] OR "model s"[All Fields] OR "modeled"[All Fields] OR "modeler"[All Fields] OR "modeler s"[All Fields] OR "modelers"[All Fields] OR "modeling"[All Fields] OR "modelings"[All Fields] OR "modelization"[All Fields] OR "modelizations"[All Fields] OR "modelize"[All Fields] OR "modelized"[All Fields] OR "modelled"[All Fields] OR "modeller"[All Fields] OR "modellers"[All Fields] OR "modelling"[All Fields] OR "modellings"[All Fields] OR "models"[All Fields])) AND ("employability"[All Fields] OR "employable"[All Fields] OR "employer"[All Fields] OR "employer s"[All Fields] OR "employers"[All Fields] OR "employment"[MeSH Terms] OR "employment"[All Fields] OR "employments"[All Fields] OR ("recruit"[All Fields] OR "recruited"[All Fields] OR "recruiter"[All Fields] OR "recruiters"[All Fields] OR "recruiting"[All Fields] OR "recruitment"[All Fields] OR "recruitments"[All Fields] OR "recruits"[All Fields]) OR "personnel recruitment"[All Fields] OR (("career choice"[MeSH Terms] OR ("career"[All Fields] AND "choice"[All Fields]) OR "career choice"[All Fields]) AND ("glossa psycholinguist"[Journal] OR "gp"[Journal] OR "gp"[All Fields]) AND ("retention, psychology"[MeSH Terms] OR ("retention"[All Fields] AND "psychology"[All Fields]) OR "psychology retention"[All Fields] OR "retention"[All Fields] OR "retentions"[All Fields] OR "retentive"[All Fields] OR "retentiveness"[All Fields])) OR "GP recruitment"[All Fields])) AND ((ffrft[Filter]) AND (1000/1/1:2025/4/20[pdat]) AND (english[Filter] OR persian[Filter]))	۱۷۸
Wiley	"("family physician" OR "general practitioner" OR GPs OR "general practice "OR "family practitioner*" OR "family practice" OR "family physician*" OR "family doctor* " OR "primary care physician*" OR "primary care doctor*" OR "primary care practitioner") AND ("health care system" OR "health system" OR "primary care networks") AND (pattern OR model) AND (employment OR recruitment OR "personnel recruitment" OR "career choice" GP retention" OR "GP recruitment")"	۱۸
Web of Science	(((ALL=("family physician" OR "general practitioner")) AND ALL=("health care system" OR "health system")) AND ALL=(pattern OR model)) AND ALL=(employment) Refined By: Open Access. Click to remove this refine from your search. Document Types: Article. Click to remove this refine from your search. Languages: English. Click to remove this refine from your search. Open Access: All Open Access	۱۷۵
Scopus	ALL ("family physician" OR "general practitioner") AND ALL ("health care system" OR "health system") AND ALL (pattern OR model) AND ALL (employment OR recruitment) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Persian")) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	۲۲۴۰
Science Direct	("family physician" OR "general practitioner") AND ("health care system" OR "health system") AND (pattern OR model) AND (employment OR recruitment)	۲۴۱۶

Google scholar	allintitle: ("family physician" OR "general practitioner" OR GPs OR "general practice "OR "family practitioner*" OR "family practice" OR "family physician*" OR "family doctor*"OR "primary care physician*" OR "primary care doctor*" OR "primary care practitioner") AND ("health care system" OR "health system" OR "primary care networks") AND (pattern OR model) AND (employment OR recruitment OR "personnel recruitment" OR "GP retention" OR "GP recruitment")	۴۵
Magi ran	**پزشک–خانواده**	۳۰
مطالعات نهایی		**۵۱۰۲**

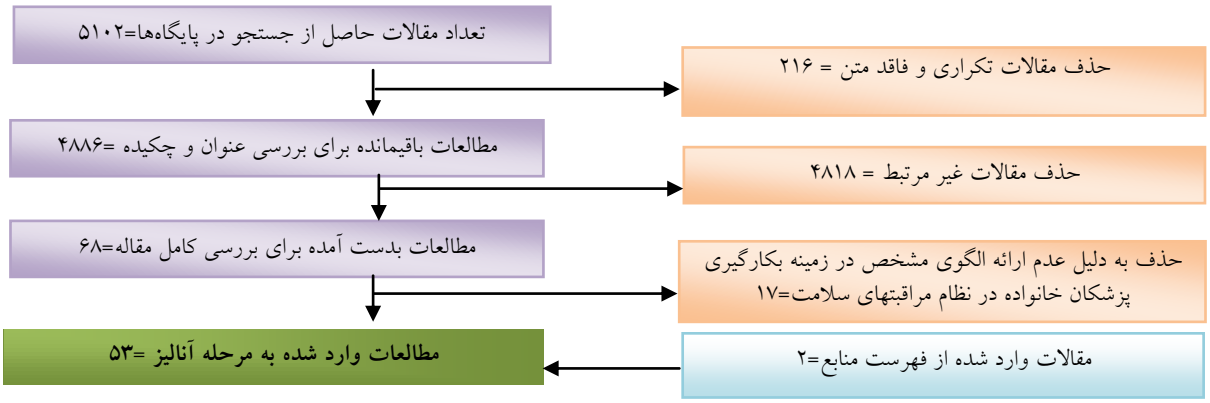
جدول۲: کلیدواژه‌های مورد بررسی در مطالعه

Concepts	Keywords
Family physician	General practitioner; GPs ; General practice ; Family practitioner*; Family practice; Family physician*; Family doctor *; Primary care physician*; Primary care doctor*; Primary care practitioner*
Health care system pattern	Primary care networks; health system; model
Employment	Recruitment; Personnel recruitment; Employment; Career choice GP retention; GP recruitment

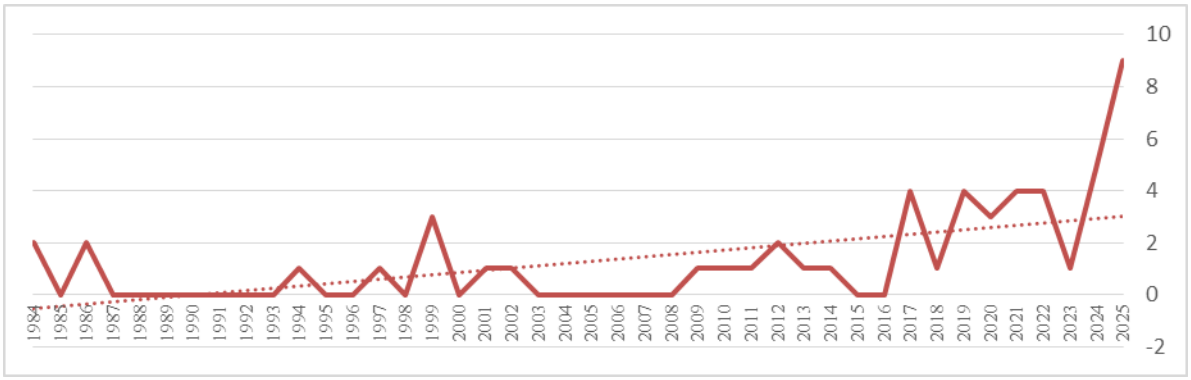
جدول ۳: الگو های بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت

الگو بکارگیری	نمونه هایی از الگوی بکارگیری	توضیح	مزایا	معایب	نیازمندی‌ها و الزامات	کشور
الگو کلینیک محور	۱. کلینیک‌های خصوصی (self-employed clinics)	پزشکان خانواده عمدتاً در کلینیک‌های خصوصی فعالیت می‌کنند	توزیع بهتر پزشک، بهبود دسترسی به مراقبت اولیه	کمبود پزشک خانواده، نبود مشوق مالی و قانونی، هزینه بالا	اصلاحات آموزشی، مشوق‌ها، حمایت دولت، تسهیل تأسیس کلینیک	ژاپن
الگو تیمی	۲. قرارداد استخدامی پزشک یار (دستیار پزشک) با نظارت پزشک ۳. تیم‌های چندحرفه‌ای در مراکز خانه سلامت ۴. طرح بازپرداخت نقش های اضافی (The Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS))	همکاری تیمی شامل پزشک، پرستار، روانشناس و مددکار اجتماعی	افزایش کیفیت خدمات، افزایش رضایت بیماران، کاهش فشار بر پزشکان، ارائه خدمات جامع	چالش‌های هماهنگی تیمی، تفاوت‌های استخدامی، هزینه بالای آموزش، محدودیت‌های قانونی	حاکمیت قوی، آموزش تیمی، زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، حمایت قانونی، توسعه حرفه‌ای	آمریکا، انگلستان، هلند، استرالیا، غنا،کانادا، آفریقای جنوبی، آلمان
الگو قرارداد عمل‌کرد	۵. قرارداد خدمات پزشک خانواده (Family Physician Contract Service (FPCS)) ۶. قراردادهای خدمات بالینی مراقبت اولیه (Primary Care Clinical Services contracts (PCCS)) ۷. برنامه قرارداد موقت و ویزیت پزشکان (Temporary Contracting and Visiting Doctors' Program (TCVDP)) ۸. قرارداد مبتنی بر ثبت بیمار و پرداخت ثابت سالانه و پرداخت برای ساعات خارج از وقت اداری ۹. قرارداد پزشک خانواده با دولت و با صندوق‌های بیمه ۱۰. پیمان‌کاری مستقل با دولت ۱۱. مطب خصوصی پزشک خانواده ۱۲. الگو مبتنی بر فعالیت مستقل پزشک با آزادی انتخاب محل مطب ۱۳. قرارداد پزشکان خانواده خوداشتغال	پرداخت بر اساس کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده	افزایش کیفیت مراقبت، افزایش رضایت بیماران، پوشش مناطق محروم، صرفه‌جویی اقتصادی	آگاهی پایین، تردید در اثربخشی، ضعف نظارت، حقوق پایین، مقاومت در برابر تغییر	آموزش رزیدنتی، نیاز به فناوری اطلاعات، ارزیابی عملکرد، حمایت قانونی، نظام پرداخت اصلاح‌شده	ایران، ترکیه، سوئیس، پرتغال، چین، آمریکا، عربستان، اندونزی، آلمان، هلند، انگلستان، کانادا
الگو جامعه-محور	۱۴. قراردادهای پیمانکاری (Contracting Out) با سازمان های مردم نهاد ۱۵. ترکیبی از قراردادهای خصوصی (Right to Private Practice) ، دولتی و حمایت جامعه	پزشکان خانواده در مراکز سلامت جامعه به فعالیت می‌پردازند	افزایش دسترسی، افزایش کیفیت، جذب در مناطق محروم، مشارکت جامعه	مقاومت در برابر تغییر، تفاوت‌های استانی، فرسودگی شغلی، مشکلات لجستیکی	فناوری سلامت، آموزش تیمی، چارچوب قانونی، مشارکت پزشکان، حمایت ساختاری	بنگلادش، استرالیا
الگو تلفیقی	۱۶. الگو به کارگیری ترکیبی پزشکان خانواده به	ترکیبی از چند الگو	انعطاف‌پذیری،	ضعف نظارت، تفاوت‌های	الگو داده‌محور، ثبت	انگلستان،

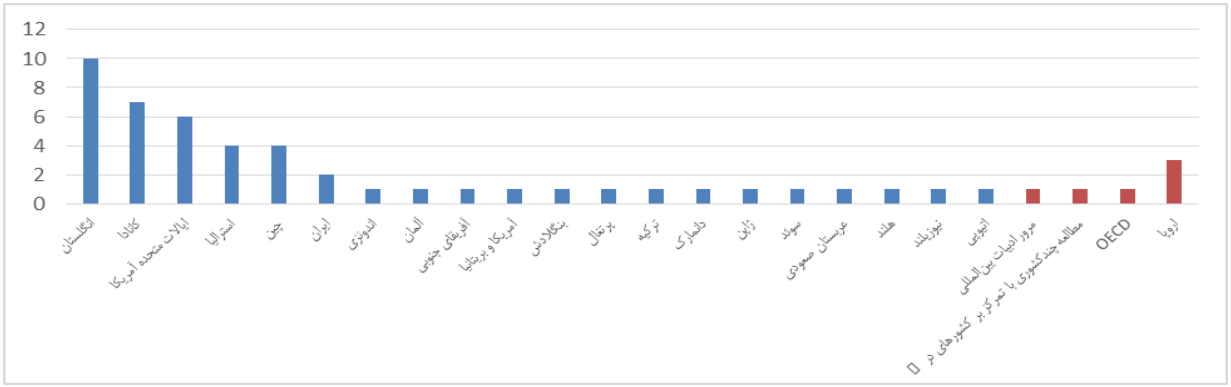
(هیبرید)	صورت شریک (Partner)، حقوق‌بگیر، جایگزین (Locum)، در حال آموزش (Trainee) و شیفت خارج از ساعات اداری، قراردادهای موقت، تعهدخدمت (مانند خدمت اجباری در مناطق محروم)	بالا بسته به نیاز منطقه و وضعیت زیرساخت‌ها	صرفه‌جویی، افزایش کیفیت خدمات، کاهش مراجعات غیرضروری	منطقه‌ای، کمبود داده، فرسودگی شغلی، جذابیت پایین	بیمه‌شده، الزام ارجاع، آموزش طب عمومی، پرداخت ترکیبی	آلمان، هلند، سوئد، نروژ
الگو های حمایت مالی دولت	۱۷. حقوق‌بگیر – استخدام دولتی ۱۸. تضمین حداقل درآمد (Minimum Practice Income Guarantee)	تامین مالی دولت جهت حمایت از برنامه های پزشک خانواده	افزایش دسترسی، حمایت دولت، کاهش نابرابری، مشارکت جامعه	کمبود پزشک، توزیع نامتوازن، رقابت با بخش خصوصی، عدم انسجام سیاستی	برنامه آموزشی تخصصی، نیاز به زیرساخت ارزیابی، حمایت سیاسی و مالی پایدار	نیوزلند، آفریقای جنوبی، کانادا، پرتغال، استرالیا، ایران، نیجریه، اتیوپی



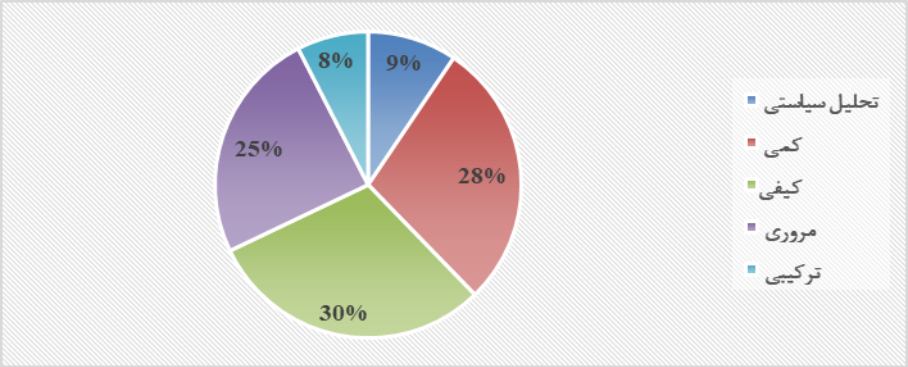
نمودار ۱: روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات



نمودار۲: توزیع فراوانی مطالعات الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت بر اساس سال



نمودار۳: توزیع فراوانی مطالعات الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت بر اساس کشور



نمودار۴: توزیع فراوانی مطالعات الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت بر اساس روش مطالعه

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی الگوهای به‌کارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت انجام شد. در چین، قرارداد پزشک خانواده یکی از ارکان اصلی مراقبت‌های اولیه محسوب می‌شود که نخستین‌بار در سال ۲۰۰۹ به عنوان بخشی از اصلاحات نظام سلامت مطرح و از سال ۲۰۱۶ به‌صورت رسمی اجرا شد. هدف این سیاست، ایجاد ارتباط پایدار میان تیم پزشک خانواده و ساکنان جامعه برای ارائه خدمات جامع، مستمر و مقرون‌به‌صرفه است. الگوی چینی در شهرهای بزرگی چون پکن، شانگهای و هانگژو گسترش یافته اما در مناطق کمتر توسعه‌یافته هنوز به‌طور کامل نهادینه نشده است. این خدمات به‌صورت داوطلبانه، رایگان و با قرارداد یک‌ساله ارائه می‌شود و شامل مراقبت‌های اولیه، پیشگیری، واکسیناسیون، مدیریت بیماری‌ها، آموزش سلامت و ارجاع به خدمات تخصصی است[۱۸]. اجرای خدمات قرارداد پزشک خانواده در چین موجب بهبود تداوم، جامعیت و هماهنگی مراقبت‌های اولیه می‌شود و به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن باعث افزایش آگاهی سلامت، رفتارهای خودمدیریتی و پیروی از درمان می‌گردد. افراد دارای این قرارداد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتری دارند و نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی در آن‌ها کمتر است[۱۹]. با وجود این مزایا، چالش‌هایی همچون آگاهی پایین برخی خانواده‌ها و پزشکان از سیاست، تفاوت در کیفیت اجرا میان مراکز، تمایل اندک به عقد قرارداد در برخی مناطق، نگرش تردیدآمیز نسبت به اثربخشی برنامه و کمبود منابع انسانی و مالی وجود دارد [۲۰]. قرارداد خدمات بالینی مراقبت اولیه که از سال ۲۰۱۶ به‌صورت رسمی اجرا شد، الگوی داوطلبانه است که میان ساکنان و مراکز سلامت جامعه منعقد می‌شود. این الگو با هدف ارتقای دسترسی، کیفیت و اعتماد عمومی به پزشکان خانواده طراحی شده و تا سال ۲۰۱۷ حدود ۴۶ درصد جمعیت چین را پوشش داده است. خدمات در این چارچوب شامل ویزیت، نسخه‌نویسی و معاینه رایگان، اولویت در ارجاع، مدیریت بیماری‌های مزمن و آموزش سلامت است. این الگو ضمن افزایش رضایت بیماران، کاهش هزینه‌های سلامت و بهبود شاخص‌های سلامت جمعیت، موجب تقویت نظام مراقبت اولیه و کاهش مراجعات غیرضروری به سطوح تخصصی می‌شود. با این حال، آگاهی محدود مردم، کیفیت متغیر خدمات، نگرانی از توانمندی پزشکان و نیاز به منابع و زیرساخت‌های فناوری اطلاعات از موانع کلیدی اجرای مؤثر آن است [۲۱]. برنامه قرارداد موقت و ویزیت پزشکان در کشورهایی مانند عربستان سعودی، اندونزی و انگلستان اجرا می‌شود. در عربستان، این سیاست از سال ۲۰۱۲ برای تأمین نیروی انسانی در مناطق محروم و پاسخ به کمبودهای فصلی آغاز شد. تمرکز اولیه بر جذب پزشکان خارجی بود، اما از ۲۰۱۶ به سمت پزشکان داخلی تغییر یافت. در سال ۲۰۱۷ اصلاحات اصلی شامل تشکیل کمیته مرکزی، واگذاری مسئولیت جذب به مناطق و راه‌اندازی پلتفرم الکترونیکی VISITORSبرای ثبت، ارزیابی و اعتبارسنجی پزشکان انجام شد. این سامانه نخستین بانک اطلاعاتی الکترونیک جذب پزشکان در کشور بود. این برنامه خدماتی نظیر جایگزینی نیروهای غایب، تأمین پزشکان در موسم حج، ارائه خدمات تخصصی در مناطق کم‌برخوردار و گسترش مشاوره‌های مجازی از طریق سامانه‌هایی مانند "Life Line" و "۹۳۷" را پوشش می‌دهد. از مزایای آن می‌توان به افزایش انعطاف‌پذیری نظام سلامت، صرفه‌جویی اقتصادی، دسترسی عادلانه‌تر به خدمات تخصصی و توسعه طب مجازی اشاره کرد. از چالش‌های آن نیز نبود نظارت منسجم در سال‌های اولیه، نظام ارزیابی ناکافی و دشواری صدور مجوز برای پزشکان خارجی بوده است [۲۲].

در اندونزی، برنامه قرارداد موقت و ویزیت پزشکان با هدف رفع کمبود پزشک و بهبود دسترسی در مناطق محروم اجرا می‌شود. پزشکان خانواده و متخصصان با قراردادهای ۲ تا ۳ ساله به‌صورت موقت در این مناطق فعالیت می‌کنند. این سیاست در قالب طرح‌هایی مانند Temporary Employment Program و Healthy Archipelago Program اجرا شده و خدماتی از جمله مراقبت‌های اولیه، مدیریت بیماری‌های مزمن و خدمات مادر و کودک را پوشش می‌دهد. این برنامه دسترسی و عدالت سلامت را افزایش داده اما چالش‌هایی مانند ناپایداری نیروی انسانی، کیفیت متغیر خدمات، کمبود زیرساخت و مشارکت محدود دولت محلی دارد [۲۳،۲۴].

در انگلستان، برنامه Visiting Professional Programme فرصتی آموزشی برای پزشکان خارجی است تا حداکثر ۱۲ هفته به‌صورت افتخاری و تحت نظارت در نظام سلامت NHS فعالیت کنند. هدف این برنامه آشنایی با استانداردهای بالینی و فرهنگی انگلستان است؛ پزشکان مجاز به اقدام درمانی مستقل نیستند و تنها فعالیت‌های آموزشی و مشاهده‌ای انجام می‌دهند. شرکت در این برنامه نیازمند ارائه مدارک معتبر و پرداخت هزینه اداری است و نیازی به حق کار ندارد. همچنین، امکان ثبت‌نام موقت افراد به‌عنوان بیمار برای دریافت خدمات پزشک خانواده تا سه ماه وجود دارد [۲۵]. الگو به‌کارگیری پزشکان خانواده در انگلستان ترکیبی است و شامل پزشکان شریک، حقوق‌بگیر، جایگزین و در حال آموزش می‌شود. این ساختار برای جبران کمبود نیرو و حفظ استمرار خدمات اجرا شده است. داده‌های NHS نشان می‌دهد بیش از ۹۲ درصد مطب‌ها حداقل یک پزشک شریک و حدود ۶۸ درصد پزشک حقوق‌بگیر دارند. این الگو با ایجاد انعطاف‌پذیری، توزیع بار کاری و تنوع مسیر شغلی به بهبود دسترسی کمک می‌کند، هرچند هماهنگی بین گروه‌ها و تفاوت منطقه‌ای از چالش‌های آن است [۲۶].

در هلند، الگو شیفت خارج از ساعات اداری توسط تعاونی‌های پزشکان خانواده از اوایل دهه ۲۰۰۰ اجرا شده و خدمات مراقبت اولیه از ساعت ۵ عصر تا ۸ صبح و تعطیلات را پوشش می‌دهد. هر تعاونی با ۵۰ تا ۲۵۰ پزشک، جمعیتی تا ۵۰۰ هزار نفر را خدمت‌رسانی می‌کند. بیماران از طریق تماس تلفنی تریاژ می‌شوند و در صورت نیاز ویزیت حضوری یا خانگی دریافت می‌کنند. این الگو موجب افزایش دسترسی، کاهش بار بیمارستان‌ها و بهبود هماهنگی خدمات شده اما چالش‌هایی مانند هزینه بالا و فشار کاری پزشکان دارد[۲۷]. در کشورهای اروپای غربی نیز قراردادهای موقت و طرح‌های تعهد خدمت برای جذب پزشکان در مناطق محروم اجرا می‌شود که مزایایی چون افزایش دسترسی و توزیع عادلانه نیروی انسانی دارد، اما ممکن است به مراقبت‌های ناپایدار و نارضایتی شغلی منجر شود [۲۸]. در کشورهای مختلف از جمله آمریکا، قرارداد پزشک‌یار تحت نظارت پزشک به افزایش دسترسی بیماران و کاهش بار کاری کمک کرده است، هرچند محدودیت‌هایی در اختیارات بالینی وجود دارد[۲۹].

در انگلستان، نقش‌هایی مانند دستیار پزشک و پرستار مطب تحت نظارت پزشک فعالیت می‌کنند و با قراردادهای NHS یا کلینیک‌های خصوصی تنظیم می‌شوند. این الگو از دهه ۱۹۹۰ توسعه یافته و در پیشگیری، مدیریت بیماری‌های مزمن و آموزش سلامت مؤثر است، هرچند با چالش‌هایی چون استقلال محدود و مقاومت پزشکان همراه است. در استرالیا، پزشک‌یارها و پرستاران مطب در قالب قراردادهای استخدامی با کلینیک یا مطب همکاری کرده و وظایفی مانند معاینه اولیه و واکسیناسیون انجام می‌دهند؛ نقش آن‌ها از دهه ۱۹۹۰ گسترش یافته است[۳۳-۳۱]. در آلمان، فعالیت پزشک‌یار محدود و عمدتاً در قالب پرستاران پیشرفته انجام می‌شود؛ مزیت آن کاهش فشار کاری و تداوم مراقبت است، اما مسیر شغلی روشنی ندارد[۳۳-۳۱]. در آفریقای جنوبی و غنا، به‌دلیل کمبود پزشک، دستیاران پزشک در قالب قراردادهای دولتی نقش پررنگی در مناطق محروم دارند، هرچند محدودیت منابع و نظارت ناکافی چالش‌زا است[۳۳-۳۱].

الگوی پزشکان حقوق‌بگیر در آفریقای جنوبی (از ۲۰۱۱)، کانادا، پرتغال، استرالیا و ایران برای پوشش مناطق کم‌برخوردار به‌کار گرفته می‌شود [۳۴–۳۷]. مزیت آن تضمین درآمد و ثبات شغلی و معایب آن کاهش استقلال و فرسودگی شغلی است. در نیجریه و اتیوپی، استخدام دولتی رایج است اما با حقوق پایین و زیرساخت ضعیف مواجه می‌باشد. سیاست‌های تشویقی مانند افزایش حقوق و آموزش در اتیوپی تأثیر مثبتی بر جذب پزشکان در مناطق روستایی داشته است [۳۸–۳۹]. در نیوزیلند، سیاست تضمین حداقل درآمد از دهه ۱۹۶۰ برای جذب و ماندگاری پزشکان خانواده در مناطق روستایی اجرا شده و دولت درآمد پایه آن‌ها را تضمین می‌کند؛ این سیاست موجب بهبود دسترسی سلامت و کاهش نابرابری جغرافیایی شده است، هرچند نگرانی از کاهش

انگیزه عملکرد و بار مالی دولت وجود دارد [۴۰]. مطب خصوصی پزشک خانواده، یکی از الگوهای اصلی مراقبت اولیه در کشورهای توسعه‌یافته است که پزشکان در آن به‌صورت مستقل فعالیت کرده و خدماتی جامع از پیشگیری تا درمان ارائه می‌دهند. این الگو موجب ارتباط طولانی‌مدت پزشک و بیمار و ارتقای سلامت جامعه می‌شود، اما با چالش‌هایی چون بار مالی، هماهنگی بیمه‌ای و رقابت بازار روبه‌رو است [۴۱]. در دانمارک، مطب خصوصی پزشک خانواده ستون اصلی مراقبت اولیه است. پزشکان به‌صورت خوداشتغال فعالیت دارند اما با دولت قرارداد دارند و حدود ۹۵ درصد درآمدشان از بودجه عمومی تأمین می‌شود. این الگو با پوشش رایگان، تداوم مراقبت و کنترل مسیر درمان شناخته می‌شود؛ هر پزشک حدود ۱۶۰۰ بیمار را پوشش می‌دهد. چالش‌های آن شامل کاهش تمایل پزشکان جوان به مطب‌های انفرادی و تمرکز بر ویزیت‌های کوتاه‌مدت است [۴۲]. در ژاپن، کلینیک‌های خصوصی فردی که معمولاً توسط پزشکان سابق بیمارستانی اداره می‌شوند، شکل رایج مراقبت اولیه‌اند. این الگو استقلال شغلی و درآمد بالا را فراهم می‌کند اما هزینه تأسیس زیاد، نبود الزام تخصص خانواده و تمرکز در مناطق شهری از چالش‌های اصلی آن است [۴۳].

در ایالت کوئینزلند استرالیا، الگو ترکیبی شامل قرارداد خصوصی، حمایت دولتی و مشارکت اجتماعی از دهه ۹۰ میلادی با هدف جذب پزشکان در مناطق روستایی اجرا شده است. این الگو با تلفیق منابع عمومی و خصوصی، رضایت و ماندگاری پزشکان را افزایش داده اما هماهنگی چندسطحی و کمبود زیرساخت از چالش‌های آن است [۴۴،۴۵]. در آلمان، الگو فعالیت مستقل پزشکان خانواده بر آزادی انتخاب محل مطب و رقابت حرفه‌ای استوار است که رضایت شغلی و انعطاف را افزایش می‌دهد، اما موجب کمبود پزشک در مناطق محروم و نابرابری جغرافیایی در دسترسی شده است. در دانمارک، پزشکان خانواده خوداشتغال با قرارداد منطقه‌ای و پرداخت ترکیبی سرانه و خدمت فعالیت دارند. این نظام ضمن تقویت استقلال حرفه‌ای، ثبات درآمد و تداوم مراقبت را فراهم می‌کند، هرچند درآمد آنها کمتر از متخصصان است [۴۲،۴۶].

در دانمارک، بیمه سلامت همگانی و اجباری است و هزینه خدمات در محل استفاده، جز در مواردی مانند دندان‌پزشکی و داروهای سرپایی رایگان می‌باشد. در هلند، نظام سلامت بر پایه بیمه اجتماعی و رقابت میان بیمه‌گران خصوصی است. پزشکان خانواده عمدتاً خوداشتغال‌اند و با پرداخت ترکیبی سرانه، خدمت و عملکرد کار می‌کنند؛ قراردادها معمولاً دو ساله منعقد می‌شوند.

به طور سنتی، پزشکان خانواده هلندی متخصصان خوداشتغالی هستند که یک مطب خانواده را یا به تنهایی یا با همکاری دیگران (پزشکان خانواده یا سایر متخصصان) اداره می‌کنند. در سال ۲۰۲۲، ۱۱،۷۵۴ پزشک خانواده در ۴،۸۷۴ مطب فعال بودند که با در نظر گرفتن کار پاره‌وقت، نسبت پزشک خانواده به جمعیت ۵,۳ معادل تمام وقت به ازای هر ۱۰،۰۰۰ نفر بود. مطب‌های خانواده در هلند نسبتاً کوچک هستند: ۱۷ درصد از مطب‌ها تک‌نفره هستند (یعنی توسط یک پزشک خانواده اداره می‌شوند)، ۴۴ درصد از مطب‌ها توسط دو پزشک خانواده اداره می‌شوند، ۳۹ درصد از مطب‌ها توسط بیش از دو پزشک خانواده اداره می‌شوند [۲۷]. در کانادا، پزشکان خانواده به‌عنوان پیمان‌کاران مستقل با دولت‌های استانی همکاری دارند؛ این الگو استقلال و انعطاف حرفه‌ای را حفظ می‌کند ولی با ریسک مالی همراه است [۴۷]. در انگلستان، طرح Additional Roles Reimbursement Scheme از سال ۲۰۱۹ با هدف جذب نیروهای چندرشته‌ای و کاهش فشار بر پزشکان خانواده اجرا شده و تأمین مالی آن دولتی است [۴۸]. در بنگلادش، دولت از طریق قرارداد با سازمان‌های مردم‌نهاد، خدمات اولیه شهری شامل واکسیناسیون و آموزش سلامت را برون‌سپاری می‌کند تا پوشش خدمات افزایش یابد [۴۹].

در کانادا، تیم‌های چندحرفه‌ای مراقبت اولیه شامل پزشک خانواده، پرستار، داروساز، متخصص تغذیه، روان‌درمانگر و مددکار اجتماعی خدمات جامع، هماهنگ و فردمحور ارائه می‌دهند. این الگو با کاهش هزینه‌ها، افزایش رضایت بیماران و بهبود مراقبت بیماران مزمن همراه است، هرچند مشکلاتی مانند نیاز به هماهنگی و کمبود منابع نیز دارد [۵۰]. در الگو پرداخت سرانه، پزشک خانواده به ازای هر بیمار مبلغ ثابتی دریافت می‌کند که ثبات درآمد، انعطاف‌پذیری و انگیزه کاری را افزایش می‌دهد. در الگوهای جدیدتر مانند FHO، FHN و LFP، پاداش عملکرد و پرداخت ساعات خارج از وقت اداری نیز لحاظ می‌شود.

قرارداد پزشک خانواده با دولت یا بیمه، چارچوب اصلی تأمین مالی مراقبت اولیه در کشورهایی چون ایران، کانادا و اروپا است که پرداخت‌ها معمولاً ترکیبی از سرانه، عملکرد و خدمت است[۵۱].

قرارداد پزشک خانواده با دولت یا صندوق‌های بیمه، الگوی اصلی تأمین مالی و سازماندهی مراقبت اولیه در کشورهایی مانند ایران،

کانادا و اروپا است. در ایران، این قراردادها میان پزشک و سه نهاد اصلی (دانشگاه علوم پزشکی، بیمه سلامت و نظام پزشکی) منعقد می‌شوند و پرداخت‌ها به‌صورت ترکیبی از سرانه و پاداش عملکرد انجام می‌گیرد. هر نهاد نقش متفاوتی در آموزش، تامین مالی و نظارت حرفه‌ای دارد. در انگلستان نیز سه نوع قرارداد شامل خدمات پزشکی خانواده، خدمات پزشکی شخصی و الگو جایگزین غیردولتی اجرا می‌شود که هدف آن افزایش انعطاف و پاسخگویی به نیازهای محلی است [۳۷]. در سایر کشورها نیز الگوهای مختلفی برای قرارداد پزشک خانواده وجود دارد. برای مثال، در انگلستان قرارداد خدمات پزشکی خانواده چارچوبی ملی برای ارائه خدمات پایه سلامت است که پرداخت‌ها بر اساس تعداد بیماران ثبت‌شده صورت می‌گیرد. قرارداد خدمات پزشکی شخصی امکان انعطاف بیشتر و تنظیم خدمات بر اساس نیازهای محلی را فراهم می‌کند و قرارداد خدمات پزشکی ارائه‌شده توسط تامین‌کنندگان جایگزین به سازمان‌های غیردولتی و خصوصی اجازه ورود به نظام سلامت را می‌دهد تا خدمات متنوع‌تری ارائه دهند [۳۷].

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه، تمرکز بر مقالات منتشرشده به زبان فارسی و انگلیسی بود که ممکن است موجب حذف برخی شواهد و تجربیات ارزشمند کشورهای غیرانگلیسی زبان شده باشد. همچنین، به دلیل دسترسی محدود به متن کامل برخی مقالات و پایان‌نامه‌ها، امکان بهره‌گیری از همه منابع مرتبط وجود نداشت و این موضوع می تواند بر جامعیت نتایج تأثیرگذار باشد. ناهمگونی و تنوع زیاد مطالعات از نظر روش شناسی، جمعیت مورد بررسی و ساختار نظام‌های سلامت، مقایسه مستقیم یافته‌ها و تعمیم نتایج را دشوار ساخته است. از سوی دیگر، با توجه به تغییرات سریع سیاستی و ساختاری در نظام های سلامت کشورهای مختلف، برخی یافته‌ها ممکن است به‌سرعت دچار تغییر شوند و نیاز به به روزرسانی مداوم داشته باشند. همچنین، بیشتر مطالعات مرورشده بر پیامدهای کوتاه‌مدت الگوهای به‌کارگیری پزشک خانواده تمرکز داشتند و شواهد کافی درباره اثرات بلندمدت این الگو ها بر کیفیت، کارایی و عدالت سلامت وجود ندارد. بنابراین، این محدودیت ها باید در تفسیر و تعمیم نتایج مطالعه مدنظر قرار گیرد و پیشنهاد می‌شود پژوهش های آینده با دامنه وسیع تر و روش‌های ترکیبی، به بررسی جامع‌تر این موضوع بپردازند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که الگوهای به‌کارگیری پزشکان خانواده در نظام‌های سلامت از تنوع قابل توجهی برخوردارند و هر یک بسته به ساختار، منابع و سیاست‌های سلامت کشورها، مزایا و چالش‌های خاص خود را دارند. الگوهای نوین مانند الگو کلینیک محور، الگو تیمی، الگو قرارداد عمل‌کرد، الگو جامعه-محور، الگو تلفیقی (هیبرید) و الگوهای حمایت مالی دولت توانسته‌اند کیفیت خدمات، دسترسی و رضایت بیماران را ارتقا دهند و نقش مهمی در مدیریت بیماری‌های مزمن و افزایش کارایی نظام سلامت ایفا کنند. با این حال، اجرای این الگوها مستلزم اصلاحات ساختاری، آموزش مداوم نیروی انسانی، سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و مدیریت هوشمندانه منابع است. همچنین، برخی چالش‌ها مانند کمبود نیروی انسانی، نابرابری در دسترسی، ضعف در هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمات و محدودیت‌های مالی همچنان وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرد. با توجه به یافته‌های این مطالعه، به سیاستگذاران و مدیران سلامت ایران توصیه می‌شود که در بازنگری و تقویت برنامه پزشک خانواده، به نکات زیر توجه ویژه داشته باشند:

- توسعه الگوهای تیمی و چندبخشی: حرکت به سوی الگوهای تیمی و همکاری بین‌رشته‌ای، می‌تواند موجب ارتقای کیفیت مراقبت، کاهش بار کاری پزشکان و افزایش رضایت بیماران شود.
- سرمایه‌گذاری در آموزش و توانمندسازی: برگزاری دوره‌های آموزشی مستمر، ارتقای مهارت‌های ارتباطی و مدیریتی پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت، تضمین‌کننده موفقیت الگوهای نوین خواهد بود.
- توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات سلامت: استفاده گسترده از پرونده الکترونیک سلامت، پزشکی از راه دور و ابزارهای دیجیتال، زمینه‌ساز بهبود هماهنگی، افزایش شفافیت و ارتقای کیفیت خدمات است.
- اصلاح نظام پرداخت و مشوق‌های مالی: طراحی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش، همراه با مشوق‌های مالی عادلانه، می‌تواند انگیزه پزشکان را افزایش داده و موجب ارتقای کارایی و کیفیت شود.
- تقویت نظارت، ارزیابی و پاسخگویی: ایجاد نظام‌های پایش و ارزیابی مستمر عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت، به همراه شفافیت و پاسخگویی، تضمین‌کننده بهبود مستمر خدمات خواهد بود.
- توجه به نیازها و شرایط بومی: تدوین سیاست‌ها و الگوهای اجرایی باید با در نظر گرفتن تفاوت‌های منطقه‌ای، فرهنگی و

اجتماعی صورت گیرد تا عدالت در دسترسی و کیفیت خدمات برای همه اقشار جامعه فراهم شود.

- افزایش مشارکت جامعه و ذی‌نفعان: جلب مشارکت فعال بیماران، خانواده‌ها و سایر ذی‌نفعان در طراحی و اجرای برنامه پزشک خانواده، موجب افزایش اعتماد عمومی و موفقیت برنامه خواهد شد.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله هیچگونه تضاد منافعی را گزارش نکردند.

سهم نویسندگان

پروانه اصفهانی: طراحی پژوهش، جمع آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

رسول کرانی بهادر: طراحی پژوهش، جمع آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

مهناز افشاری: طراحی پژوهش، جمع آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح" انواع الگوهای بکارگیری پزشکان خانواده در نظام مراقبت های سلامت" است که با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی اجرا گردید. همچنین این طرح با حمایت موسسه نصر انجام شده است.

منابع

1. Arya N, Gibson C, Ponka D, Haq C, Hansel S, Dahlman B, et al. Family medicine around the world: overview by region: The Besrour Papers: a series on the state of family medicine in the world. Canadian Family Physician 2017;63:436-41
2. Chtioui S. Health sector reform: issues and opportunities. Journal of US-China Public Administration 2022;19:85-94
3. Mohammad A, Mehdi R, Reza C, Eisa N. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. Razi Journal of Medical Sciences 2012; 18:24-30 [in Persian]
4. Than Sein U, editor. Health sector reform: issues and opportunities. Regional Health Forum. WHO South-East Asia Region: India, 2000
5. Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, et al. Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. The Canadian Medical Association Journal 2012;184:E135-E43
6. Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Jafari M, Damari B. Family physician model in the health system of selected countries: A comparative study summary. Journal of Education and Health Promotion 2020;9:160
7. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research 2010;10:1-13
8. Committee FoFMPL. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. The Annals of Family Medicine 2004;2:S3-S32
9. Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Prvu Bettger J, Kemper AR, Hasselblad V, et al. The patient-centered medical home: a systematic review. Annals of Internal Medicine 2013;158: 169-78
10. Porter ME. What is value in health care? New England Journal of Medicine 2010;363:2477-81
11. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. 1st Edition, Oxford university press: United States, 1998
12. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice 2013;63:e742-e50
13. Mitchell, P., M. Wynia, R. Golden, B. McNellis, S. Okun, C.E. Webb V. Rohrbach, Mitchell P, M Wynia R. Golden, B. McNellis, S. OkunC.E. Webb V. Rohrbach, and I. Von Kohorn. Core principles & values of effective team-based health care. 1st Edition, Institute of Medicine: Washington, 2012
14. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. British Medical Journal Publishing Group 2020; 12:368
15. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005;8:19-32
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3:77-101
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Annals of Internal Medicine 2018;169:467-73
18. Nie Z, Chen C, Chen G, Wang C, Gan Y, Feng Y, et al. Development and validation of a model to predict the contract Service of Family Doctor: a National Survey in China. Frontiers in Public Health 2022;10:722-50

19. Lai S, Lu L, Zhou Z, Shen C, Yang X, Zhao Y, et al. The effects of family physician-contracted service on health-related quality of life and equity in health in China. International Journal for Equity in Health 2021;20:1-10
20. Yang H, Cui Y, Wang X, Yin T, Zheng X, Li R, et al. Effect of family physician contract service on patients' perceived quality of primary child healthcare in urban China: Analysis using propensity score matching. Public Health 2025;242:124-30
21. Ye J, Feng J ,Li X, Qu G, Lei Z, Jiang H, et al. Public trust in general practitioners and its association with primary care contracts: a cross-sectional study of community residents in China. Public Health 2024;231:55-63
22. Alenezi FS, Alsagheir AI, Alzubaidi LM, Alharbi SS, Al-Saedi WS, Hassanein MH, et al. The temporary contracting and visiting doctors program in the Saudi Ministry of Health: development, reform and outputs. Materia Socio-Medica 2022;34:278
23. Absori A, Quinncilla KH, Rizka R, Budiono A, Surbakti N. Doctor Placement's Policy and Its Implications in Indonesia: Legal Qualitative Study. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences 2022;10:386-91
24. Mulyanto J, Wibowo Y, Kringos DS. Exploring general practitioners' perceptions about the primary care gatekeeper role in Indonesia. BMC Family Practice 2021;22:0-1
25. University M. Visiting Professionals Programmeguidance Document 2020. Available from: https://mft.nhs.uk/app/uploads/2020/08/Visiting-Professional-Programme-Guidance-Document.pdf [Accessed 4 October 2023]
26. Spooner S, Gibson J, Checkland K, McBride A, Hodgson DE, Hann M, et al. Regional variation in practitioner employment in general practices in England: a comparative analysis. British Journal of General Practice 2020;70:e164-e71
27. Smits M, Peters Y, Broers S ,Keizer E, Wensing M, Giesen P. Association between general practice characteristics and use of out-of-hours GP cooperatives. BMC Family Practice 2015;16:1-7
28. Bes JM, Flinterman LE, González AI, Batenburg RS. Recruitment and retention of general practitioners in European medical deserts: a systematic review. Rural and Remote Health 2023;23:1-11
29. Henry LR, Hooker RS, Yates KL. The role of physician assistants in rural health care: a systematic review of the literature. The Journal of Rural Health 2011;220-279
30. Hutchinson L, Marks T, Pittilo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? British Medical Journal 2001;323:1244-7
31. Patterson E, Del Mar C, Najman J. Nursing's contribution to general practice: general practitioners' and practice nurses' views. Collegian 1999;6:33-9
32. Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallouros J, De Lusignan S, et al. The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. BMC Health Services Research 2013;13:1-13
33. Hooker RS, Everett CM. The contributions of physician assistants in primary care systems. Health & Social Care in the Community 2012;20:20-31
34. Mash RJ, Von Pressentin KB, Esterhuizen TM. Examining the influence of family physician supply on district health system performance in South Africa: An ecological analysis of key health indicators. African Journal of Primary Health Care and Family Medicine 2017;9:1-10
35. Pestana J, Frutuoso J, Costa E, Fonseca F. Heterogeneity in physician's job preferences in a dual practice context–Evidence from a DCE. Social Science & Medicine 2024;343:116551
36. Ostini R, McGrail MR, Kondalsamy-Chennakesavan S, Hill P, O'Sullivan B, Selvey LA, et al. Building a sustainable rural physician workforce. Medical Journal of Australia 2021;215:S5-S33
37. Mohebbifar R, Akbarirad F, Ranjbar M, Rafiei S. What do Iranian general practitioners expect from family physician contracts? Family Medicine and Community Health 2019;7:e000038
38. Bangdiwala SI, Fonn S, Okoye O, Tollman S. Workforce resources for health in developing countries. Public Health Reviews 2010;32:296-318
39. Hilo AA, McPeak J. Addressing concerns of access and distribution of health workforce: a discrete choice experiment to develop rural attraction and retention strategies in southwestern Ethiopia. BMC Health Services Research 2024;24:1603
40. Brown MC, Crampton P. New Zealand policy strategies concerning the funding of general practitioner care. Health Policy 1997;41:87-104
41. Rakel RE. The family physician. 8 th Edition, Elsevier Saunders: Philadelphia, 2011:3-16
42. Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. General practice and primary health care in Denmark.

The Journal of the American Board of Family Medicine 2012;25:S34-S8
43. Yoshida S, Matsumoto M, Kashima S, Koike S, Tazuma S, Maeda T. Geographical distribution of family physicians in Japan: a nationwide cross-sectional study. BMC Family Practice 2019;20:1-7
44. Veitch C, Harte J, Hays R, Pashen D, Clark S. Community participation in the recruitment and retention of rural doctors: methodological and logistical considerations. Australian Journal of Rural Health 1999;7:206-11
45. Shannon GW, Cutchin MP. General practitioner distribution and population dynamics: Munich, 1950–1990. Social Science & Medicine 1994;39:23-38
46. Hasvold T. Denmark. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., editors. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459028[Accessed 10 October 2023]
47. McKay M, Lavergne MR, Lea AP, Le M, Grudniewicz A, Blackie D, et al. Government policies targeting primary care physician practice from 1998-2018 in three Canadian provinces: a jurisdictional scan. Health Policy 2022;126:565-75
48. McDermott I, Spooner S, Checkland K. Employment and deployment of additional roles staff in general practice: a realist evaluation of what works for whom, how, and why. The British Journal of General Practice 2025; 2024:0562
49. Bashar F, Islam R, Khan SM, Hossain S, Sikder AA, Yusuf SS, et al. Making doctors stay: Rethinking doctor retention policy in a contracted-out primary healthcare setting in urban Bangladesh. Plos one 2022;17:e0262358
50. Evidence Synthesis and Guiding Document for Primary Care Delivery: Collaborative family practice team-based care & health homes. Available from https://www.nshealth.ca/documents-and-reports/strengthening-primary-health-care system-nova-scotia [Accessed 4 October 2023]
51. Ammi M, Diop M, Strumpf E. Explaining primary care physicians' decision to quit patient-centered medical homes: Evidence from Quebec, Canada. Health Services Research 2019;54:367-78