QUALITATIVE RESEARCH

Challenges of Payment System to Primary Health Care Providers in Iranian Comprehensive Health Centers

Mohammad Javad Kabir[1],
Narges Rafiei[2],
Alireza Heidari[3],
Saeide Alidoost[4],
Zahra Saraili[5],
Zeynab Foroughi[4],
Zahra Khatirnamani[6]

[1] Associate Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[2] PhD in Health Services Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[3] Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[4] PhD in Health Policy, National Agency for Strategic Research in Medical Education, Tehran, Iran
[5] MSc Student in Health Services Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[6] MSc in Biostatistics, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

(Received April 27, 2022 ; Accepted November 5, 2022)

Abstract

Background and purpose: The primary health care program for the suburbs is being implemented in Iran after the Health Transformation Plan where services are delivered with the priority of outsourcing and purchasing services from non-governmental sectors. In this program, different payment methods have been used. This study aimed at addressing the challenges associated with payments made to urban primary health care providers in Iran.

Materials and methods: This qualitative study was conducted using a framework analysis approach through semi-structured interviews with 30 experts and service providers. Data were analyzed using MAXQDA.10 and Gale framework analysis method.

Results: The study showed that lack of proper financing of the program is one of the most important challenges of the payment system. Other challenges included insufficient and late payments to providers, impossibility of recording all activities and inability to exchange data between electronic information registration systems (both horizontally and vertically), improper contracting method, incompatibility of service package volume with the amount of payment, the impossibility of applying the monitoring result on the amount of payment due to paying the minimum amount of labor law payment, and inflexibility of payment instructions.

Conclusion: The payment system for urban primary care providers does not have a suitable structure in various dimensions, including financing, payment, contracting method, data registration system, and monitoring and evaluation system. If these problems continue to exist, providers would leave the service system and the quantity and quality of services are reduced.

Keywords: provider payment system, primary health care, urban comprehensive health centers

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 32 (216): 151-173 (Persian).

Corresponding Author: Narges Rafiei - Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. (E-mail: narges.rafiei@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و دوم شماره 216 دی سال 1401 (3 173-151)

چالشهای نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبتهای بهداشتی اولیه در مراکز خدمات جامع سلامت شهری ایران

محمدجواد کبیر[1]
نرگس رفیعی[2]
علیرضا حیدری[3]
سعیده علیدوست[4]
زهرا سرایلی[5]
زینب فروغی[4]
زهرا خطیرنامنی[6]

چکیده

سابقه و هدف: برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای مناطق حاشیه‌نشین بعد از طرح تحول سلامت در حال اجراست و خدمات با اولویت برون‌سپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی ارائه می شود.در این برنامه در طی سال‌های مختلف، روش‌های پرداخت متفاوتی استفاده شده است، بنابراین این مطالعه با هدف بررسی چالش‌های نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه شهری ایران در بخش برون‌سپاری شده، انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل چارچوبی و از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند با 30 نفر از صاحب‌نظران و ارائه‌دهندگان خدمات انجام شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA.10 و روش تحلیل چارچوبی گاله تحلیل شدند.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد، عدم تأمین مالی مناسب برنامه، یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام پرداخت است. پرداخت‌های ناکافی و با تاخیر به ارائه‌دهندگان، عدم امکان ثبت تمامی فعالیت‌ها و عدم قابلیت تبادل داده‌ها بین سامانه‌های الکترونیکی ثبت اطلاعات در سطوح افقی و عمودی، شیوه قراردادبندی نامناسب، عدم تناسب حجم بسته خدمت با میزان پرداختی، عدم امکان اعمال نتیجه پایش بر میزان پرداخت به دلیل پرداخت به میزان حداقل قانون کار، عدم انعطاف‌پذیری دستورالعمل پرداخت، جزو دیگر چالش‌های نظام پرداخت هستند.

استنتاج: نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه شهری از سازوکار مناسبی در ابعاد مختلف از جمله در حیطه‌های تأمین مالی، پرداخت، شیوه قراردادبندی، نظام ثبت داده‌ها و نظام پایش و ارزشیابی، برخوردار نیست و ادامه این روند، موجبات بی‌انگیزگی و خروج ارائه‌دهندگان از نظام ارائه خدمت را فراهم آورده و موجب کاهش کمیت و کیفیت خدمات خواهد شد.

واژه های کلیدی: نظام پرداخت، مراقبتهای بهداشتی اولیه، مراکز خدمات جامع سلامت شهری

مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه، یک رکن اساسی برای عملکرد مؤثر و کارآمد نظام مراقبت هستند(1). اما هنوز در بسیاری از کشورها، بهبود مراقبت‌های اولیه یک چالش است(2) زیرا مشکلات زیادی به دلیل نظام

مولف مسئول: نام: نرگس رفیعی– گرگان:بلوار نهارخوران، بالاتر از عدالت 72/1، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی E-mail: narges.rafiei@gmail.com
1. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
2. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
3. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
4. دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، موسسه ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی، تهران، ایران
5. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
6. کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
تاریخ دریافت : 1401/2/7 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1401/4/28 تاریخ تصویب : 1401/8/14

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

پرداخت نامناسب و ناکارآمد وجود دارد(1). وجود چالش‌هایی مانند پیری جمعیت، افزایش بار بیماری‌های مزمن و در نتیجه افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت(3)، نگرانی درمورد کاهش کارایی،کیفیت، عدالت و دسترسی به مراقبت‌های اولیه، و نیاز به بهبود ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه و مدیریت بیماری‌های مزمن، نظام‌های سلامت را به سمت ارتقا نظام‌های پرداخت و معرفی مدل‌های مختلف پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سوق داده است(4).

نظام‌های پرداخت، یک ابزار سیاست‌گذاری مهم برای پرداخت‌کنندگان و قانون‌گزاران است(5). نظام پرداخت شامل یک یا چند روش پرداخت و همه سیستم‌های پشتیبانی‌کننده، مانند سازوکارهای قراردادبندی، مکانیسم‌های گزارش‌دهی، نظام‌های اطلاعاتی و نظام‌های مدیریت مالی است(6). مطالعات نشان می‌دهند که به کارگیری روش‌های پرداخت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تاثیرات مختلفی بر روی ارائه‌دهندگان از جمله بر روی انگیزه افراد(7)، کیفیت خدمات(8-10)، کمیت و مقدار خدمات انجام‌شده(9-11)، رضایت شغلی و علاقه به کار(12)، کارایی(13،14) و میزان پاسخگویی به بیماران(15) دارد. مطالعه انجام شده در چین بر روی کارکنان مراقبت اولیه نشان می‌دهد پرداخت به کارکنان یکی از عوامل اثرگزار بر عملکرد آنان است(16). در ترکیه و اوگاندا نیز درآمد از عوامل مهم تاثیرگزار بر رضایت شغلی کارکنان مراکز بهداشتی عنوان شده است(17،18).

یکی از برنامه‌های ملی تحول بهداشت، برنامه ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به حاشیه‌نشینان و شهرهای بالای 20 هزار نفر می‌باشد که بعد از طرح تحول سلامت در حال اجراست و خدمات با اولویت برون‌سپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی فراهم و ارائه می شود، در این طرح، 2000 مرکز و پایگاه سلامت شهری برون‌سپاری‌شده، ایجاد شده است و حدود 10,000 پزشک و مراقب سلامت در حال ارائه خدمت هستند(19).

در این برنامه، پرداخت به ارائه‌دهندگان در طی سال‌های مختلف به‌صورت‌های متفاوتی بوده است. بر اساس دستورالعمل سال 1394، پرداخت به ارائه‌دهندگان به‌صورت ترکیبی از پرداخت ثابت و سرانه مبتنی بر عملکرد بود(20). سپس بر اساس دستورالعمل سال 1397، پرداخت به‌صورت سرانه تعدیل‌شده به ازای خدمات سلامت ارائه شده انجام شد(21). بر اساس دستورالعمل سال 1398، به‌صورت پرداخت به ازای عملکرد(22) و در حال حاضر نیز بر اساس دستورالعمل سال 1399، پرداخت به‌صورت ترکیبی از حقوق ثابت (بر اساس طرح هماهنگ طبقه‌بندی مشاغل قانون کار در سال 1399)، درصدی به‌عنوان کارانه (بر اساس عملکرد برگرفته از سامانه) و نتیجه ارزشیابی فصلی (با استفاده از چک‌لیست) است(23).

باید توجه داشت که نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران در دهه 60 هجری شمسی در پاسخ به نیازهای همان زمان ایجاد شد که نظام پرداخت یکی از بلوک‌های ساختاری آن است اما در حال حاضر با توجه به افزایش شهرنشینی، افزایش تراکم جمعیت، ظهور بیماری‌های مزمن و سالمندی جمعیت(24)، افزایش بار مراجعه به بیمارستان‌ها، و افزایش هزینه‌های نظام سلامت ایران، نیاز به ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه مداوم و فعال در سطح شهرها، بیش از پیش احساس می‌شود و ازآنجایی‌که نظام پرداخت یکی از عوامل مؤثر در ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان به منظور بهبود کیفیت و دامنه خدمات، و هم‌چنین توسعه خدمات جامع‌تر و با اثربخشی بالاتر است(25)، بنابراین ادامه ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز خدمات جامع سلامت برون‌سپاری‌شده، منوط به اجرای یک نظام پرداخت صحیح می‌باشد.

با توجه به این‌که در سال‌های اخیر دستورالعمل‌های مختلفی جهت پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه اجرا شده است، به منظور درک عمیق‌تر از چالش‌های مرتبط با نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان و هم‌چنین توصیف تجربیات افراد از نظام پرداخت، این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

مطالعه با رویکرد کیفی و با هدف بررسی چالش‌های نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت شهری ایران، انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل چارچوبی و با هدف شناسایی چالش‌های نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبتهای اولیه شهری در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری در سطح ملی در طی سال 1400 انجام شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه، صاحب نظران کلیدی در ارتباط با نظام مراقبت‌های اولیه و نظام پرداخت بودند. معیارهای ورود افراد به مطالعه، شامل داشتن حداقل 5 سال سابقه علمی یا اجرایی و یا مدیریتی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و یا نظام پرداخت، داشتن تحصیلات مرتبط و تمایل به شرکت در مطالعه بود که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. افرادی که وارد مطالعه شدند شامل خبرگان، مدیران و کارشناسان در حوزه‌های معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت، سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان برنامه و بودجه، پژوهشگران و اعضای هیات علمی مطلع، معاونت‌های بهداشتی، شبکه‌های بهداشتی و درمانی و هم‌چنین مسئولین و کارکنان مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت شهری، بودند که با آن‌ها مصاحبه شد و این کار تا جایی ادامه یافت که اشباع داده‌ها حاصل شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از راهنمای مصاحبه، مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته با شرکت‌کنندگان انجام شد. راهنمای مصاحبه براساس مرور متون و اهداف مطالعه تهیه شد. به منظور ارزیابی اعتبار راهنمای مصاحبه، سوالات مصاحبه توسط تیم پژوهش بررسی و اصلاح شد و به منظور ارزیابی راهنمای مصاحبه، از 3 نفر از افراد غیر شرکت‌کننده در مطالعه، مصاحبه گرفته شد.

برای دعوت از افراد جهت شرکت در مصاحبه، فرم اطلاعات مصاحبه به صورت الکترونیکی به افراد ارسال شد و هماهنگی‌های بعدی از طریق تماس تلفنی صورت گرفت. مصاحبه‌ها در دفتر مصاحبه‌شوندگان و توسط یکی از اعضای آموزش‌دیده تیم پژوهش که سابقه انجام مصاحبه در مطالعات کیفی داشت، انجام شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافتند، به این ترتیب 30 مصاحبه نیمه ساختاریافته در طی 6 ماه انجام شد (جدول شماره 1). هر مصاحبه بین 30 تا 112 دقیقه (با متوسط 50 دقیقه) به طول انجامید. 3 نفر از مصاحبه‌شوندگان به صورت کتبی به سوالات مصاحبه پاسخ دادند. قبل از شروع هر مصاحبه، رضایت‌نامه کتبی از مصاحبه‌شوندگان اخذ شد.

برای تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها از روش تحلیل چارچوبی گالـه(Gale framework analysis) استفاده شد. این رویکرد تحلیل چارچوبی، مشتمل بر هفت مرحله‌ی 1- پیاده‌سازی2- آشناسازی 3- کدگذاری 4- شناسایی چارچوب مفهومی 5- به‌کارگیری چارچوب مفهومی 6- ترسیم جداول 7- تفسیر داده‌ها می‌باشد(27،26). به این صورت که در مرحله پیاده‌سازی، فایل ضبط‌شده مصاحبه‌ها به‌صورت کلمه به کلمه در فایل Word پیاده شد که فرصت مناسبی را برای غوطه‌ور شدن در داده‌ها به وجود آورد. در مرحله آشناسازی، به مصاحبه‌های ضبط‌شده چند بار گوش داده شد و مصاحبه‌های پیاده‌سازی شده نیز مرور شدند. در مرحله کدگذاری، محقق مصاحبه‌های پیاده‌شده را خط به خط خوانده و با توجه به تفسیر خود، جملات را کدگذاری نمود. سه مصاحبه اول را محقق بلافاصله کدگذاری نموده و در مرحله چهارم تمامی محققین، کدهای استخراج‌شده را مقایسه نموده و بر روی مجموعه‌ای از کدها به توافق رسیدند و سپس کدها در قالب طبقه، دسته‌بندی‌شده و چارچوب مفهومی شکل گرفت که این چارچوب جهت کدگذاری بر روی سایر مصاحبه‌ها، اعمال شد، البته چارچوب مفهومی به دست آمده تا زمان کدگذاری آخرین مصاحبه، تجدیدنظر شد. در مرحله پنجم، تمامی مصاحبه‌ها بر اساس کدها و طبقات توافق شده کدگذاری شدند. در مرحله بعدی،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

کدها در قالب طبقات و همچنین نقل‌قول‌های مرتبط با آن‌ها به‌صورت جدول استخراج شدند و در مرحله نهایی، تمامی‌ایده‌ها، تفسیرهای اولیه، کدها و طبقات استخراج‌شده با حضور تمامی اعضای تیم تحقیق به بحث و بررسی گذاشته شده و تفسیر نهایی انجام شد. کلیه مراحل کدگذاری و تحلیل داده‌های کیفی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه 10 انجام شد.

به‌منظور بررسی اعتبار و پایایی یافته‌های مطالعه، از چهار معیار مقبولیت(Credibility)، اعتمادپذیری (Dependability)، تائیدپذیری(Confirmability)، و انتقال‌پذیری(Transferability) لینکلن و گوبا اطمینان حاصل شد، به این صورت که مقبولیت و اعتبار از طریق تعامل طولانی‌مدت و صرف زمان کافی برای مطالعه به دست آمد. برای افزایش مقبولیت، قابلیت اعتماد و تائیدپذیری، تمامی اطلاعات جمع‌آوری‌شده به‌صورت جامع و واضح ثبت شد. به‌منظور افزایش قابلیت اعتماد و تائید پذیری، مصاحبه‌ها و نتایج تحلیل داده‌ها توسط یک محقق در خارج از تیم مطالعه که تجربه کافی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و هم‌چنین تحلیل کیفی مصاحبه‌ها داشت، بررسی شد. به‌منظور افزایش مقبولیت و قابلیت اعتماد، بازبینی مصاحبه‌ها توسط مصاحبه‌شوندگان انجام شد، به این صورت که مصاحبه‌های پیاده شده به افراد مصاحبه‌شونده ارسال شد تا صحت و دقت اطلاعات جمع‌آوری‌شده توسط آنان تائید شود و نظرات اصلاحی آنان نیز اعمال شد. انتقال‌پذیری داده‌های کیفی نیز از طریق توصیف عمیق و مبتنی بر زمینه و ارائه نقل‌قول‌های مستقیم و تحت الفظی، افزایش یافت(28،29).

یافته ها

در نتیجه مصاحبه با افراد صاحب‌نظر، چالش‌های اثرگزار بر نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت شهری در هفت حیطه اصلی و 47 حیطه فرعی طبقه‌بندی شدند (جدول شماره 2).

جدول شماره 1: اطلاعات دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان

ردیف	تجربیات شغلی	محل خدمت	تحصیلات	جنسیت	سن	سابقه کار
1	مدیر گروه و عضو هیات علمی	معاونت بهداشتی وزارت بهداشت	دکتری تخصصی	زن	51	20
2	معاون	سازمان بیمه سلامت	دکترای حرفه‌ای	زن	46	19
3	پژوهشگر	سازمان بیمه سلامت	دکتری تخصصی	زن	30	7
4	رئیس گروه	سازمان بیمه سلامت	دکتری تخصصی	مرد	46	22
5	مسئول پایگاه	پایگاه خدمات جامع سلامت شهری	کارشناسی	زن	36	10
6	رئیس گروه گسترش شبکه	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	کارشناسی ارشد	مرد	50	28
7	مدیر گروه گسترش شبکه	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	دکترای حرفه‌ای	مرد	42	18
8	مشاور وزیر	وزارت بهداشت	دکترای حرفه‌ای	مرد	64	35
9	عضو هیات علمی	دانشگاه علوم پزشکی	دکترای تخصصی	مرد	60	30
10	عضو هیات علمی	دانشگاه علوم پزشکی	دکترای تخصصی	مرد	48	20
11	عضو هیات علمی	دانشگاه علوم پزشکی	دکترای تخصصی	مرد	62	40
12	مدیر کل	سازمان بیمه تامین اجتماعی	دکترای تخصصی	مرد	52	23
13	مشاور	سازمان بیمه تامین اجتماعی	دکترای تخصصی	مرد	45	20
14	رئیس گروه	سازمان بیمه سلامت	کارشناس ارشد	زن	52	18
15	معاون فنی	معاونت بهداشتی	دکترای حرفه‌ای	مرد	61	29
16	عضو هیات علمی	دانشگاه علوم پزشکی	دکتری تخصصی	مرد	36	5
17	معاون فنی	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	دکترای حرفه‌ای	مرد	52	24
18	مدیر گروه گسترش شبکه	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	دکترای حرفه‌ای	مرد	54	25
19	مدیر گروه گسترش شبکه	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	دکترای حرفه‌ای	مرد	50	21
20	مدیر گروه گسترش شبکه	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	دکترای حرفه‌ای	مرد	50	23
21	عضو هیات علمی	دانشگاه علوم پزشکی	دکترای تخصصی	مرد	44	10
22	رییس اداره	سازمان بیمه تامین اجتماعی	دکترای حرفه‌ای	مرد	54	28
23	عضو هیات علمی	دانشگاه علوم پزشکی	دکترای تخصصی	مرد	48	12
24	کارشناس مسئول	معاونت بهداشتی وزارت بهداشت	دکترای حرفه‌ای	مرد	50	17
25	رئیس گروه	معاونت بهداشتی وزارت بهداشت	کارشناس ارشد	زن	60	31
26	معاون سازمان	سازمان برنامه و بودجه	دکترای تخصصی	مرد	55	24
27	معاون فنی	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	دکترای حرفه‌ای	مرد	50	24
28	کارشناس مراقب سلامت	پایگاه خدمات جامع سلامت شهری	کارشناس ارشد	زن	32	5
29	عضو هیات علمی، مدیر کل	دانشگاه علوم پزشکی	دکترای تخصصی	مرد	57	32
30	مدیر گروه گسترش شبکه	معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	کارشناس ارشد	زن	38	14

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول شماره 2: چالش‌های نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت شهری ایران

حیطه اصلی	حیطه فرعی
تأمین مالی	منابع مالی ناپایدار (بودجه ناکافی، کاهش بودجه برنامه نسبت به سال اول اجرای برنامه)
	عدم تخصیص ردیف بودجه مشخص برای برنامه خدمات جامع سلامت شهری
	توزیع نامنظم و نامشخص منابع مالی در طی سال از سوی سازمان برنامه و بودجه
قراردادبندی	عدم واگذاری کامل برنامه به شرکت خصوصی
	عدم امکان رسیدگی وزارتخانه و شبکه بهداشت به شکایت پرسنل شرکتی
	تفاوت سازوکار قرارداد "مرکز بهداشت با شرکت خصوصی" و "شرکت خصوصی با ارائه‌دهندگان خدمات"
	عدم آگاهی پیمانکارها از قوانین کار و قراردادبندی
	عدم آگاهی پرسنل از قوانین کار و قراردادبندی
	عدم حضور بیمه‌های پایه در فرایند خرید خدمت و قراردادبندی
نیروی انسانی	عدم انعطاف‌پذیری دستورالعمل‌های طرح گسترش شبکه در کل کشور
	عدم تناسب حجم بسته خدمت با تعداد نیروی انسانی و کمبود نیروی انسانی درزمینه ارائه خدمت
فرهنگی و رفتاری	مراجعه کم مردم به پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری خصوصاً در مناطق با وضعیت اقتصادی اجتماعی خوب
	اطلاع‌رسانی ضعیف به مردم در مورد خدمات قابل ارائه در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری
	اطلاع‌رسانی نامناسب خدمات قابل ارائه در پایگاه‌ها به سایر واحدها و سطوح تخصصی
	عدم توجه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به بیماران
نظام ثبت داده‌ها	استقرار سریع سامانه‌های ثبت اطلاعات
	مشکلات فنی سامانه/ عدم امکان ثبت تمام فعالیت‌ها
	مشکلات فنی سامانه/ عدم پیروی از استانداردهای بین‌المللی
	مشکلات فنی سامانه/ محدودیت سامانه در پیشگیری از ثبت غیرواقعی
	مشکلات فنی سامانه/ عدم امکان گزارش‌گیری از فعالیت‌ها
	ضعف در ثبت هم‌زمان در سامانه و ارائه خدمت به مراجعه‌کننده
	یکپارچه نبودن سامانه‌های ثبت اطلاعات چه در سطح افقی و چه در سطح عمودی
	سرعت پایین اینترنت و قطع و وصل شدن اینترنت و برق
	دست‌کاری اطلاعات پرونده
	کمبود و خرابی تجهیزات الکترونیکی
نظام پایش و ارزشیابی	فقدان چک‌لیست استاندارد و معیارهای صحیح پایش و ارزشیابی
	فقدان نیروی انسانی متخصص جهت پایش و ارزشیابی
	فقدان دوره‌های آموزشی در خصوص نحوه پایش و ارزشیابی
	کمبود نیروی انسانی جهت پایش و ارزشیابی
	فقدان نرم‌افزارهای نظارتی
	کمبود تجهیزات جهت نظارت (وسیله نقلیه جهت رفت و آمد به مراکز و پایگاه‌ها)
	عدم امکان اعمال نتیجه پایش بر میزان دریافتی افراد به دلیل پرداخت به میزان حداقل قانون کار
	نبود پرتال نظرسنجی بیماران
پرداخت	تأخیر در پرداخت حقوق و مزایای مراقبین سلامت
	نامناسب بودن میزان کف و سقف پرداختی‌ها
	عدم محاسبه تعرفه واقعی خدمات
	تفاوت قیمت تمام شده خدمات در پایگاه‌های مختلف
	وزن‌دهی نامناسب خدمات
	عدم ثبات دستورالعمل‌های پرداخت
	پرداخت حقوق و مزایا از طریق شرکت و عدم پرداخت حق و حقوق افراد از سوی شرکت به‌طور کامل
	پرداخت به ارائه‌دهندگان به میزان حداقل قانون کار و عدم تناسب شیوه و میزان پرداخت به ارائه‌دهندگان با دستورالعمل کشوری
	عدم امکان اجرای پرداخت به ازای عملکرد به‌عنوان مکانیسم تشویقی یا تنبیهی به دلیل پرداخت به ارائه‌دهندگان به میزان حداقل قانون کار
	عدم تناسب حجم بسته خدمت با میزان پرداخت به افراد
	پرداخت سرانه برای جمعیت اسمی و نه جمعیت ثبت‌نام‌شده و عدم اطلاع از جمعیت تحت پوشش
	نامناسب بودن زیرساخت‌ها برای اجرای پرداخت به ازای عملکرد (سامانه‌ها، تجهیزات الکترونیکی، اینترنت)
	عدم انعطاف‌پذیری دستورالعمل پرداخت برای مناطق مختلف کشور
	عدم امکان پرداخت بر اساس عملکرد به ارائه‌دهندگان در مناطق شهری برخوردار به دلیل مراجعه کم افراد

چالش های تأمین مالی

- کمبود منابع مالی

ازنظر اکثر مصاحبه‌شوندگان، یکی از مهم‌ترین چالش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری، منابع مالی ناکافی می‌باشد که نظام پرداخت را نیز تحت تأثیر خود قرار داده است، افزایش حقوق مراقبین سلامت از یکسو و نصف شدن اعتبارات برنامه در طی سال‌های 98-1396 در مقایسه با اعتبارات برنامه در سال اول اجرا (1394)، منجر به پرداخت‌های ناکافی و دیرهنگام به ارائه‌دهندگان شده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

- عدم تخصیص ردیف بودجه مشخص برای برنامه خدمات جامع سلامت شهری

اعتبارات برنامه پایگاه‌ها ومراکز خدمات جامع سلامت از اعتبارات برنامه پزشکی خانواده شهری تأمین می‌شود و برای این برنامه به طور اختصاصی اعتبارات مشخصی در نظر گرفته نشده است که الزاما می‌بایست در سرفصل اعتبارات بخش بهداشت شهری، منابع موردنیاز در اعتبارات جاری دیده می‌شد. برای پایدار نمودن اعتبارات واحدهای مصوب شبکه در منابع جاری هیچ درخواستی از سوی وزارت بهداشت نشده و بخش بهداشت باید از منابع تعریف‌شده برنامه پزشک خانواده و یک درصد مالیات بر ارزش افزوده، گذران امور داشته باشد.

- توزیع نامناسب منابع مالی از سوی سازمان برنامه و بودجه

یکی دیگر از چالش‌های مطرح‌شده، عدم توزیع منظم و مشخص منابع مالی در طی سال بود که حتی تا 5 الی 6 ماه نیز اتفاق افتاده بود که برای این برنامه به وزارت بهداشت هیچ پولی داده نشده بود و دانشگاه‌های علوم پزشکی را با مشکلات بسیاری مواجه کرده است.

چالش های قراردادبندی

- عدم واگذاری کامل برنامه به شرکت خصوصی

در این برنامه، اگرچه اصطلاحا پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت برون‌سپاری شده است اما فرایندهای به کارگیری نیرو، پایش و ارزشیابی و حتی در برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی، تجهیز مراکز با معاونت بهداشتی است، بنابراین این برنامه به شرکت‌های خصوصی ارائه‌دهنده خدمات، به طور کامل واگذار نشده است و شرکت فقط نقش یک نیروی واسطه را دارد که پول را از دانشگاه علوم پزشکی گرفته و به حساب افراد ارائه دهنده خدمات واریز می‌کند.

- عدم امکان رسیدگی وزارتخانه و شبکه بهداشت به شکایت پرسنل شرکتی

در این برنامه با توجه به برون سپاری پایگاه‌ها و مراکز و این که نیروهای ارائه‌دهنده خدمات با شرکت خصوصی قرارداد دارند، لذا وزارت بهداشت امکان رسیدگی مستقیم به شکایت پرسنل را به جز در موارد محدودی ندارد و مراقبین سلامت در صورتی که مشکلی داشته باشند می بایست به اداره کار مراجعه و از طریق آنجا اقدام به طرح شکایت کنند.

- تفاوت سازوکار قرارداد "مرکز بهداشت با شرکت خصوصی" و"شرکت خصوصی با ارائه‌دهندگان خدمات"

در این برنامه، سازوکار قرارداد شبکه بهداشت با پیمانکار بر اساس عملکرد و به میزان خدمات انجام‌شده و ثبت‌شده در سامانه‌ها از جمله سامانه سیب است در صورتی‌که پیمانکار با افراد ارائه‌دهنده خدمت بر اساس قانون کار قرارداد می‌بندد. در قانون کار اشاره‌ای به ارتباط عملکرد افراد با حقوق دریافتی افراد نشده است و حقوق دریافتی بر اساس ساعت حضور افراد و میزان مرخصی‌ها است. بنابراین در این زمینه پیمانکارها با چالش‌های بسیاری مواجه می‌شوند زیرا از یکسو به وی، بر اساس میزان خدمات انجام‌شده پول پرداخت می‌شود و در مواقعی که عملکرد افراد پایین باشد، پیمانکار می‌بایست حداقل حقوق قانون‌کار را پرداخت کند در صورتی که دریافتی پیمانکار بر اساس عملکرد است.

"یه ایراد بزرگی توی این قراردادها و تعامل دانشگاه‌ها با بخش خصوصی، اینه که سازوکار ما (شبکه بهداشت) با طرف دوم قرارداد با سازوکار اون (شرکت خصوصی) با نیروی انسانی متفاوته. سازوکار ما capitation adjusted by service هست و بهش تأکید کردیم از یک قرون اولیه تا سقفی که ما براش تعریف کردیم رو باید با کار به دست بیاری. ولی اون سازوکارش با نیرو بر اساس قانون کاره، قانون کار هم میگه 7 و نیم صبح بیا تایمکس بزن و سه و نیم برو. این ایراد قانون کاره دیگه. قانون کار به کیفیت کار، کاری نداره!" (م20)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

- عدم آگاهی پیمانکارها از قوانین کار و قراردادبندی

عدم آگاهی پیمانکارها از قوانین کار و در نتیجه انجام اقداماتی بر خلاف قوانین، منجر به شکایت کارکنان از آنان شده و در نهایت باعث صدمه دیدن پیمانکار و خروج وی از سیستم می‌شود که همین مساله باعث ضربه خوردن سیستم بهداشتی نیز می‌شود زیرا یک واحد کاری، کلا تعطیل شده و برای جذب پیمانکار جدید نیاز به زمان و هم‌چنین صرف هزینه‌هایی مانند آموزش نیروها و معرفی واحد جدید به مردم منطقه است. هم‌چنین خروج هر پیمانکار از سیستم، تاثیر منفی بر روی پیمانکاران جدید دارد.

- عدم آگاهی پرسنل از قوانین کار و قراردادبندی

در این برنامه، افراد از حقوق و مزایای پرسنل رسمی وزارت بهداشت برخوردار نیستند مانند حق استفاده از مرخصی بدون حقوق و یا ماموریت تحصیلی. افراد بدون آگاهی از این تفاوت‌ها و کسب اطلاعات لازم، با پیمانکار عقد قرارداد می‌کنند که در نهایت منجر به ایجاد توقعات زیاد از سیستم بهداشتی نیز می‌شود:

" نیرویی که با پیمانکاره، فکر میکنه کارمند ماست! یعنی صاف هر مشکلی که پیش میاد، میان پیش ما، بعضی‌ها میگن چرا به ما سهمیه نمیدید ما بریم ادامه تحصیل بدیم؟! چرا به ما مهدکودک نمیدید بچه‌مون رو بذاریم" (م25)

- عدم حضور بیمه‌های پایه در فرایند خرید خدمت و قراردادبندی و در نتیجه عدم نظارت بیمه بر ارائه خدمات

در پرداخت به ارائه‌دهندگان در برنامه خدمات سلامت جامع شهری، بیمه‌ها هیچ مشارکتی ندارند و تأمین منابع مالی و پرداخت به ارائه‌دهندگان در قالب مکانیسم بیمه‌ای مدیریت نمی شود. در حالی که طبق سیاست‌های کلی سلامت، کلیه منابع مالی با محوریت بیمه باید مدیریت شود. در صورتی که پرداخت‌ها با مکانیسم بیمه‌ای انجام شود، سازمان‌های بیمه‌گر نیز بر فرایند ارائه خدمات نظارت خواهند داشت، اما در حال حاضر هیچ نظارتی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر بر خدماتی که در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع می‌شود، نیست:

"نمیدونم با چه فلسفه و طرز فکری، بحث مراقبت اولیه سلامت رو توی شهر کاملاً از نظام بیمه‌ای جدا کردن، درحالی‌که ما توی سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبری داریم که کلیه منابع مالی با محوریت بیمه باید انجام بشه، اگر قرار باشه به این سیاست عمل کنیم پولی نباید خرج بشه الا اینکه از طریق نظام بیمه‌ای...، و به طبع اون اولین اصلاحی که باید صورت بگیره اینه که بیمه بیاد و در قالب مکانیسم بیمه‌ای مدیریت بشه....، چالشی که وجود داره اینه که یه خدمتی داره ارائه میشه که هیچ نظارتی روش نمیشه، نقش نظام بیمه‌ای غیر از مدیریت منابع مالی که تو سیاست‌ها بهش اشاره شده، مستقیماً بحث نظارت هم هست" (م 3)

چالشهای نیروی انسانی

- عدم انعطاف‌پذیری دستورالعمل‌های طرح گسترش شبکه در کل کشور

در حال حاضر یک دستورالعمل شهری واحد برای طرح گسترش شبکه در کل کشور وجود دارد که تعداد جمعیت تحت پوشش هر پایگاه را 12 هزار و 500 نفر تعریف کرده است، در حالی که در مناطق برخوردار شهرهای بزرگ، جمعیت فعال تحت پوشش یک پایگاه بسیار کم‌تر از این تعداد است و نمی‌توان در این پایگاه‌ها پرداخت مبتنی بر عملکرد را اجرا نمود:

"یه مشکل دیگه توی طرح گسترش شبکه هست، وزارت‌خونه یه دستورالعمل واحدی رو نوشته برای کل جمعیت کشور.... ما همچنان بلوک‌هامون 12 هزار و 500 نفری هست. ولی تو بعضی از مناطق تهران، طرف خودش رو خفه هم بکنه، 4000 هزار تا جمعیت رو هم نمیتونه فعال پوشش بده. خب اموراتش با این نمیچرخه اگه بخوایم عملکردی باشه. مجبوریم 2 تا، سه تا بلوک رو، با هم ادغام بکنیم" (م20)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

- عدم تناسب حجم بسته خدمت با تعداد نیروی انسانی و کمبود نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمت

در حال حاضر خدمات تعریف‌شده به ازای هر فرد ارائه‌دهنده خدمت، بیش‌تر از ساعت کاری تعریف‌شده برای وی است. بنابراین حدود انتظارات بالاست و افراد به همه کارهای تعریف شده نمیرسند و بیش‌تر از ساعت کاری روزانه برای افراد، فعالیت تعریف شده است.

چالش‌های فرهنگی و رفتاری

- مراجعه کم مردم به پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری به خصوص در مناطق برخوردار

از آن‌جایی که از سال 1398 پرداخت به مراقبین سلامت به‌صورت پرداخت به ازای عملکرد شده است، تعداد مراجعه افراد به پایگاه‌ها، در میزان پرداخت به مراقبین بسیار تاثیرگذار است. بنابراین پایگاه‌هایی که در مناطق برخوردار قرار دارند با چالش مراجعه کم افراد مواجه هستند، در این پایگاه‌ها و مراکز، پولی که به ازای عملکرد پایگاه پرداخت می‌شود هزینه‌های پایگاه از جمله اجاره مکان و حقوق مراقبین سلامت را تأمین نمی‌کند.

"تو شمیرانات، تو نیاوران، مراجعه‌کننده اش کمتره، خدمات کمتری میگیرن، بنا به اون فرهنگ اقتصادی و اجتماعی اون منطقه، بنابراین برای اینکه برای طرف بصرفه، مجبورم به ازای هر خدمت، پول بیشتری بهش بدم، چرا؟ چون در منطقه ی 12، روزی 50 تا مراجعه‌کننده داره،تو منطقه ی نیاوران خودش رو بکشه پنج تا ده تا مراجعه‌کننده داشته باشه " (م19)

- وجود تقاضای القایی از طرف پزشکان متخصص

در این مطالعه برخی از پزشکان اذعان داشتند که به دلیل نبود برنامه مدون، ناکافی بودن امکانات موردنیاز، وجود برخی از مشکلات دانشی، فضای جلب اعتماد از سوی جامعه گاها دچار اختلال می شود و باعث کاهش بار مراجعات به مراکز ارائه خدمات سطح اول می شود. از طرف دیگر شاهد برخی از مداخلات از سوی پزشکان متخصص می باشیم که سعی در القا بیماران برای مراجعه مستقیم به مطب متخصصین دارند.

"قشر خیلی خیلی تأثیرگذار بر مردم ما در نظام سلامت، پزشک های ما هستن.... و هر چند ما بخواهیم نظام سطح‌بندی رو به مردم، از طریق آموزش و پرورش، صدا و سیما، از طریق مراکزمون بخواهیم فرهنگ‌سازی کنیم و بقبولانیم به مردم، ولی وقتی که یه آدمی که مریض هستش، بره پیش یه پزشکی، پزشک بهش بگه این چیزی که من میگم درسته، حرف ما (مراکز بهداشتی) خیلی تاثیرگذار نیست..." (م2)

- اطلاع‌رسانی ضعیف به مردم در مورد خدمات قابل ارائه در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری

یکی دیگر از چالش‌های مطرح شده، اطلاع‌رسانی ضعیف به مردم در مورد خدمات قابل ارائه در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری است. به ندرت مشاهده می‌شود که در رسانه‌های جمعی، تبلیغاتی در خصوص مراجعه به مراکز بهداشتی شهری انجام شود و در صورتی که انتظار افزایش مراجعه افراد را داریم، می‌بایست تبلیغات زیادی در مورد مراکز بهداشتی صورت پذیرد.

- اطلاع رسانی نامناسب خدمات قابل ارائه در پایگاه‌ها به سایر واحدها و سطوح تخصصی

سایر سطوح تخصصی در نظام سلامت از خدماتی که در پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری ارائه می‌شود نیز اطلاعات کافی ندارند، به طور مثال خدمات کارشناسان روانشناس و تغذیه خیلی شناخته شده نیست:

" متخصص که الان داره تو بیمارستان کار میکنه نمی دونه که توی مرکز من کارشناس روانشناسی هست، نمیدونه کارشناس تغذیه دارم، پس چه‌جوری میتونه ارجاع بده؟ چه‌جوری می‌تونه به هم مرتبط باشن؟

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

ارتباط بین واحدهامون فوق العاده به هم ریخته است." (م7)

- عدم توجه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به بیماران

توجه ناکافی برخی از ارائه‌دهندگان به بیماران مثل عدم ویزیت دوره‌ای نوزادان توسط پزشک مرکز، یکی دیگر از چالش‌های فرهنگی رفتاری است که موجب نارضایتی مراجعه‌کنندگان شده است:

" اگر مراقبت‌های کودک رو در نظر بگیریم، کودکان به صورت دوره‌ای ویزیت پزشک دارن مثل 12 ماهگی، 2 سالگی و... به مادر می گیم بچه رو ببر مرکز برای ویزیت دوره‌ای،... پزشک اصطلاحا بچه رو ویزیت میکنه و میگه مشکلی نداره و برو، بعدش مراجعه‌کننده به ما میگه که اصلا پزشک بچه من رو نگاه نکرد! برای چی به من میگی برو ویزیت 6 ماهگی؟ یا ویزیت یکسالگی؟" (م28)

علاوه بر توجه ناکافی ارائه‌دهندگان به بیماران، خود بیماران نیز تمایلی به مراجعه به برخی از ارائه‌دهندگان به ویژه کارشناسان سلامت روان به خاطر مسائل فرهنگی ندارند:

" نسبت به سال‌های اول، کارشناس تغذیه رو بیشتر مراجعه میکنن تا کارشناس روان، شاید به خاطر بافت فرهنگی یا به خاطر بازخورد روانشناس، کمتر مراجعه میکنن، مثلاً یه روانشناس خانم داشتیم خیلی خوب بود و بار مراجعه‌مون خیلی بیشتر بود" (م28)

چالش های ثبت داده‌ها

- استقرار سریع سامانه‌های ثبت اطلاعات

استقرار نظام‌مند سامانه‌های الکترونیکی می‌تواند در بهبود وضعیت ثبت اطلاعات بسیار مؤثر بوده و در نهایت باعث بهبود وضعیت پرداخت به ارائه‌دهندگان شود، اما در زمانی که سامانه‌ها سریع و بدون توجه به زیرساخت‌های لازم، استقرار پیدا می‌کنند، می‌توانند باعث ایجاد چالش‌های زیادی شوند:

"سامانه رو خیلی دست‌کاری می کنن، یه موقع‌هایی اونقدر سرعتش میاد پایین که ما هیچ خدمتی نمی تونیم بدیم، از موقعی که اومده تو سال 95، خیلی تغییرات داشته.... الان چون همش به‌روزرسانیش میکنن سرعتش خیلی بده، بعضی روزا که اصلا نمیتونی خدمت بنویسی، هی میندازتت از سیستم بیرون، مجبوریم دستی بنویسیم روی کاغذ، بعدا وارد سامانه می کنیم." (م5)

- مشکلات فنی سامانه/ عدم امکان ثبت تمام فعالیت‌ها

عدم امکان ثبت تمامی فعالیت‌ها در سامانه سیب، یکی از موانع اجرای پرداخت مبتنی برعملکرد است و نظارت بر فعالیت‌های اعضای تیم سلامت را با چالش مواجه کرده است:

"در حال حاضر پرداخت مبتنی بر خدمات ارائه‌شده و ثبت‌شده در سامانه سیب است که سامانه هم کامل نیست. قسمتی از بسته خدمتی رو نمی‌توان در سامانه ثبت کرد که برای اون پول هم نمیتوانیم بدهیم!" (م17)

" خیلی از موارد هست که ما نمی تونیم از طریق سامانه نظارت کنیم، مثلاً ویزیت، مسائل مدیریتی، جلسه هیئت امنا..." (م24)

ثبت کلیه خدمات ارائه‌شده در پرونده الکترونیک، مانند آموزش‌های ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگان، یکی از پیش نیازهای اجرای موفق پرداخت مبتنی بر عملکرد است، هم‌چنین برای بسیاری از ارائه‌دهندگان ازجمله کارشناسان بهداشت محیط و تغذیه، امکان ثبت خدماتشان در سامانه وجود ندارد:

"آموزش‌هایی که ارائه میشه، وقتی که برای آموزش گذاشته میشه رو نمیشه ثبت کرد، یا پیگیری افراد، الان اینهمه آدم بلند شدیم رفتیم خونه یه فردی که آزمایش نشون داده جنینشون تالاسمی ماژور هست (3 نفر از استان، 3 نفر از ستاد شهرستان، 5 نفر از مرکز). نیم ساعت صحبت کردم. الان خدمات من رو چجوری میخوای حساب کنی؟" (م 27)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

- مشکلات فنی سامانه/ عدم پیروی از استانداردهای بین‌المللی

عدم مطابقت کامل سامانه‌های طراحی‌شده با استانداردهای بین‌المللی و عدم کسب همه گواهی‌ها و مجوزهای مورد نیاز، یکی دیگر از چالش‌ها و مسائل فنی سامانه‌های الکترونیکی است:

"هنوز شرکت‌های نرم‌افزاری نداریم که استانداردهای جهانی رو داشته باشند و بتوانند سامانه‌های خوبی رو برای ما طراحی کنند. در خارج از کشور ابتدا شرکت‌ها گواهی و مجوزهای لازم رو می‌گیرند و اگر کیفیت لازم را داشته باشند سامانه رو طراحی می‌کنند که در اینجا شرکت‌ها چنین کیفیتی رو ندارند."(م17)

- مشکلات فنی سامانه/ محدودیت سامانه در پیشگیری از ثبت غیر واقعی

ثبت غیرواقعی خدمات و محدودیت سامانه در شناسایی موارد و پیشگیری از آن‌ها، یکی دیگر از معضل‌های اساسی سامانه‌هاست و ثبت خدمات علی‌رغم عدم ارائه آن‌ها، پرداخت مبتنی بر عملکرد را با چالش مواجه کرده است:

"چون ما منوط کرده بودیم به ثبت الکترونیک، حالا ثبت غیر واقعی خیلی زیاد شد، یعنی خدماتی ثبت شد که اصلاً ارائه نشده بود! یه جاهایی می‌شد مچ آدم‌ها رو گرفت که خدمت غیر واقعی بود، می‌شد گزارشش رو گرفت، اما یه چیزایی رو واقعا نمی‌شد گزارشش رو گرفت..." (م1)

- مشکلات فنی سامانه/ عدم امکان گزارش‌گیری از فعالیت‌ها

ضعف سامانه‌ها در ارائه گزارش و فراهم نبودن زیرساخت‌ها برای گزارش‌گیری، یکی دیگر از مشکلات فنی سامانه‌هاست:

" گزارش‌گیری به یه بستری نیاز داره که تعریف بشه، اون بستره برای ما فراهم نشده، یعنی من نمی‌تونم بگم خانم فلانی چقدر خدمت وزن‌دهی شده داره؟ برای تک تک افراد باید در بیاد، تو سامانه سیب این اتفاق افتاده، توی سامانه ناب ما هنوز داریم کار می‌کنیم." (م6)

- ضعف در ثبت هم‌زمان در سامانه و ارائه خدمت به مراجعه‌کننده

در برخی از مواقع، شرایط برای ثبت همزمان در سامانه و ارائه خدمات فراهم نیست که باعث چالش‌های بسیاری شده است:

"اوایل برای نیروی انسانی هم‌زمان کار کردن با کامپیوتر براش مشکل بود. حالا شاید کمتر شده باشه. این رو یه جور تسهیل کردیم. مثلاً برای معاینه دانش آموزان دیفالت رو نرمال گذاشتیم که تیک زدن کمتر بشه، البته برای بعضی قسمتها این کار رو کردیم ولی بعضی قسمتها نمیشه. معمولاً ثبت هم‌زمان مقدور نیست، یا کامپیوتر نداره یا ایراداتی ممکنه سامانه داشته باشه" (م27)

- یکپارچه نبودن سامانه‌های ثبت اطلاعات چه در سطح افقی و چه در سطح عمودی

وجود سامانه‌های الکترونیکی متنوع در سطح کشور مانند سامانه سیب در اکثر استان های کشور، ناب در استان گلستان، سینا در مشهد، پارسا در مازندران، یکپارچگی جمع‌آوری اطلاعات را با مشکل مواجه ساخته است، همچنین هنوز سامانه‌های جداگانه‌ای مانند ثبت سرطان، مالاریا، سل، HIV، مرگ مادر و کودک وجود دارد که این سامانه‌ها به یکدیگر متصل نیستند.

"همه سامانه‌های ثبت الکترونیک ما در سطح یک مشکل دارند و ما اینجا در سطح تجمیع هم مشکل داریم، ولی اگر بگید الان کفایت میکنه؟ نه اصلاً کفایت نمیکنه" (م1)

"در حال حاضر داده‌ها وارد سامانه سیب می‌شوند و قسمتی نیز داخل فرم‌ها، همچنین سامانه‌های جداگانه‌ای مانند سامانه ثبت سرطان، سامانه مالاریا،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

سل، مرگ مادر و کودک داریم که در حال حاضر به هم متصل نیستند و می‌بایست یک کاسه بشوند" (م17)

- سرعت پایین اینترنت و قطع و وصل شدن اینترنت و برق

مشکلات مربوط به سرعت پایین اینترنت و ایجاد وقفه در ارائه خدمات، موجب نارضایتی مراجعه‌کنندگان شده است:

"ما مشکلمون، بحث اینترنتمونه. ثبت داده‌ها رو مختل میکنه. چون پرونده الکترونیکه و نیاز به اینه که آنلاین باشه، یه ساعاتی که همه کاربرها آنلاینند، کند میشه، فرد 20 ساله اومده، 23 تا مراقبت داره، پزشکش میخواد این رو وارد کنه، اگر سیستم سرعتش خوب باشه، شاید در عرض 3 دقیقه 4 دقیقه، همون جایی که فرد حضور داره، آنلاین براش وارد کنه، ولی اگر سرعت کم باشه، این امر ممکنه 7 دقیقه، 8 دقیقه طول بکشه، برای افرادی که پشت در هستند نارضایتی ایجاد میشه. پزشک خسته میشه" (م18)

- دست‌کاری اطلاعات پرونده

امکان ثبت اطلاعات اشتباه، به ویژه ثبت شماره تلفن ارائه‌دهندگان در پرونده بیماران، باعث مشکل اساسی در ارزیابی عملکرد شده است:

"گاهی وقتها تلفن همراه رو از شما نمیگیرم، مثلاً مال خودم رو میدم، چون گفتیم اگه سالمندان تلفن همراه نداشتن و کسی رو هم نداشتن، تلفن مراقب ثبت بشه، چون اگه اون شماره ثبت نشه، بقیه خدمات رو سامانه اجازه نمیده که ثبت بشه، خب بعضیها میان از این امکانی که ما فقط برای شرایط خاص گذاشتیم سوءاستفاده میکنن و تلفن همراه خودشون رو میدن و خودشون هم میگن بله راضی هستیم، بعدش ما میایم چک میکنیم و یه دفعه میبینیم که مثلا برای یک مراقب، 50 مورد با یک شماره ثبت‌شده." (م25)

- کمبود و خرابی تجهیزات فنی و الکترونیکی

ضعف زیرساخت‌ها و عدم دسترسی کامل به تجهیزات با کیفیت، یکی دیگر از مسائل و معضل‌هایی است که ارائه‌دهندگان با آن مواجه هستند و باعث نارضایتی و عملکرد ضعیف آنان شده است:

"ما5 تا نیروی مراقب سلامتیم با 3 تا سیستم کامپیوتری، اگه قراره عملکردی بشه و برحسب عملکرد حقوق‌بگیری، من باید یک کامپیوتری داشته باشم که بشینم پشتش، باید اینترنت پرسرعت داشته باشم که بخوام کار مراجعه‌کننده رو انجام بدم..." (م28)

چالش‌های حیطه پایش و ارزشیابی

- فقدان چک‌لیست استاندارد و معیارهای صحیح پایش و ارزشیابی

صاحب‌نظران به فقدان چک‌لیست‌های پایش و ارزشیابی استاندارد در خصوص ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در جهت اینکه بر مبنای این چک‌لیست‌ها، پرداخت صورت گیرد، اشاره کردند:

"ما خیلی سنتی کار می کنیم، چک‌لیست پایشمون از ده پانزده سال قبل تا حالا تفاوت خیلی کمی کرده، خیلی کم به فرایند به‌صورت واقعی می‌پردازه." (م1)

"الان 30 درصد پرداخت بر اساس کارانه داده میشه که کارانه بر اساس عملکرد هست. بر اساس خدمت که نیست، الان میتونیم از سامانه خدمت رو دربیاریم، بشماری فقط، ولی اینکه این خدمت کیفیتش چجوریه؟ کی تائید کرده اصلا؟ هیچ چی پشتش نیست." (م27)

- فقدان نیروی انسانی متخصص جهت پایش و ارزشیابی

عدم آشنایی کافی افراد با اصول و شیوه‌های پایش و ارزشیابی، یکی از موانع نظارت بر عملکرد و پرداخت مبتنی بر عملکرد می باشد:

"آدم‌های ویژه نظارت بر عملکرد باید داشته باشی، ماموریت بدی که فقط این کار رو انجام بدن، باید تخصصش رو هم داشته باشن، نظارت بر شیوه پرداختش، تخصص کافی برای این کار وجود نداره،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

چون اصلا مبنایی وجود نداره، پس ما نیروی انسانی مناسبش رو نداریم." (م27)

- فقدان دوره‌های آموزشی در خصوص نحوه پایش و ارزشیابی

وجود نیروی انسانی متخصص و آشنا به ارزشیابی و نظارت، مستلزم دریافت آموزش‌های تخصصی در حوزه نظارت است که نبود این دوره‌های آموزشی باعث عملکرد نامناسب و کیفیت ناکافی نیروی انسانی مسئول پایش و ارزشیابی شده است.

- کمبود نیروی انسانی جهت پایش و ارزشیابی

کمیت نیروی انسانی مسئول پایش و ارزشیابی نیز علاوه بر کیفیت آن، با چالش مواجه است. ناکافی بودن نیروی انسانی باعث نظارت ضعیف بر مراکز و عملکرد نامناسب آن ها شده است:

" من مرکز بهداشت شمالی رو داشتم که کل مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاهای دولتیش شاید به 50 تا نمی رسید، الان تو بحث برون‌سپاری و طرح تحول تقریباً به 300 تا رسیده، 50 تا و 300 تا! شش برابر شده مراکز من! ولی نیروی انسانیه من افزایش پیدا نکرده که هیچ، کاهش هم پیدا کرده!" (م19)

- فقدان نرم‌افزارهای نظارتی

اگر بخواهیم نظارت دقیق و صحیحی داشته باشیم، نیاز به نرم‌افزارهای نظارتی هست که در حال حاضر وجود ندارند.

- کمبود تجهیزات جهت نظارت

در بحث ارزشیابی، علاوه بر وجود نیروی انسانی کافی و رویه‌های ارزشیابی صحیح، باید به تامین زیرساخت‌ها و تجهیزات کافی نیز توجه شود. کمبود وسیله نقیله و نبود نرم افزارهای نظارتی یکی از چالش‌های مربوط به این حوزه است.

- عدم امکان اعمال نتیجه پایش بر میزان دریافتی افراد به دلیل پرداخت به میزان حداقل قانون کار

عدم ارتباط منطقی بین نتایج ارزیابی‌ها و میزان پرداختی به افراد، یکی از ضعف‌های سیستم است و اثربخشی سیستم ارزیابی را با چالش مواجه کرده است:

"پایگاهای برون‌سپاری شده، حداقل حقوق رو می‌گیرند، با چک‌لیست پایش هم عملکردشون بررسی میشه ولی به لحاظ اینکه حقوقشون در حداقل هست، امکان اینکه ما بخوایم روی اون حداقل، تنبیه‌شون کنیم فعلا وجود نداره. اون حداقل رو باید بگیرن. " (م6)

- نبود پرتال نظرسنجی بیماران

نبود پرتال نظرسنجی برای دریافت بازخورد از بیماران و مشاهده اطلاعات توسط خود افراد، یکی دیگر از چالش‌های نظام پایش و ارزشیابی است:

"تو سامانه سیب، یکی از چیزایی که آرزوی ما بود و محقق هم نشده، اینه که پرتال بیمار وجود داشته باشه که شهروندان بتونن اطلاعات خودشون رو ببینن و هم اینکه بتونن فیدبک بذارن، با این فیدبک، شما میتونی مراکز بهداشتی درمانیت هم رنک کنی." (م21)

چالشهای پرداخت

- تأخیر در پرداخت حقوق و مزایای مراقبین سلامت

یکی از چالش‌های اصلی مراقبین سلامت در پایگاه‌های خدمات جامع سلامت، تأخیر در پرداخت حقوق و مزایا بود

" الان تو شهریور هستیم، 5 ماه از سال گذشته، هنوز حقوق سال گذشته رو داریم میگیریم، حقوق امسال رو هنوز به ما ندادن، ما سنوات سال گذشته رو نگرفتیم، وضعیت نظام پرداخت برای شرکتی‌ها افتضاحه" (م28)

از سوی دیگر، تأخیر در پرداخت‌ها تأثیر منفی بر روی انگیزه و عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات و همچنین عملکرد ناظرین و نحوه نظارت دارد :

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

"مثلاً 3 ماه پول پیمانکارها رو نداده بودیم و تازه میخواستیم پایششون کنیم! اونا صداشون درمیومد. میخواستیم کسورات بهشون بزنیم دادشون درمیومد؛ میگفتن شما 4 ماهه پولمون رو ندادین! تازه میخواین به ما کسور بزنین؟ وقتی این مشکلات وجود داره، نظارت هم نمیشه درست انجام بشه" (م16)

- نامناسب بودن میزان کف و سقف پرداخت‌ها

در حال حاضر به دلیل کمبود اعتبارات مالی، فاصله حداقل و حداکثر حقوق مراقبین بسیار کم است. به طور مثال، حداکثر حقوق مراقبین سلامت سه میلیون و 150 هزار تومان ذکر شده است، در حالی که حداقل حقوق قانون کار دو میلیون و 850 هزار تومان است و در صورتی که عملکرد مراقبین سلامت نامناسب هم باشد، می بایست حداقل حقوق قانون کار را دریافت کنند، لذا 300 هزارتومانی که تفاوت بین حداقل و حداکثر حقوق است، انگیزه کافی برای بهبود عملکرد ایجاد نمی‌کند .

"الان هم به دلیل مشکلات اعتباری، فاصله کف و سقف پرداخت کمه، امسال سقف رو برای کارشناس گذاشتن 3 میلیون و 150. کف قانون کار هم 2 میلیون و 850 تومنه! خب طرف میگه این وسط فقط 300 تومن فرق داره!" (م20)

- عدم محاسبه تعرفه واقعی خدمات

عدم محاسبه تعرفه واقعی و عدم تعریف ضریب برای همه خدمات، یکی دیگر از چالش‌های پرداخت است:

"هنوز ما نتونستیم قیمت مناسبی برای خدمت پیدا بکنیم ... یعنی من برای خدمتی که مثلاً فرض کنیم به سالمند ارائه میکنم با یه خدمتی که برای کودک ارائه میکنم، یکسان پول میدم. ولی خدمات متفاوته."(م19)

- تفاوت قیمت تمام‌شده خدمات در پایگاه‌های مختلف

در صورتی که هزینه‌های ایجاد یک پایگاه و حقوق پرسنل شاغل در آن پایگاه را بر تعداد مراجعه‌کنندگان آن پایگاه تقسیم کنیم، می‌بینیم که در مناطق با وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا، که مراجعه‌کنندگان کم هستند، هزینه هر خدمت بسیار بیشتر از هزینه همان خدمت در پایگاه‌های مناطق با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین درمی آید. لذا مکان پایگاه‌ها و تفاوت در تعداد مراجعه‌کنندگان باعث تفاوت قیمت تمام‌شده خدمات بین پایگاه‌ها می‌شود و این امر پایگاه‌های برخی از مناطق را با چالش‌های مالی مواجه کرده است .

- وزن‌دهی نامناسب خدمات

وزن‌دهی نامناسب خدمات و وزن پایین خدماتی که زمان‌بر و پیچیده هستند، از چالش‌های حوزه پرداخت است، لذا ارائه‌دهندگان هم انگیزه زیادی برای ارائه این خدمات ندارند:

"سالمندان میان اینجا، طرف میشینه نیم ساعت صحبت میکنه! درد دل میکنه، خیلی وقت گرفته میشه، ولی من مجبورم به حرفش گوش بدم دیگه، هم اینکه رضایت داشته باشه از خدمات، هم اینکه ببینم کاری میتونم براش بکنم؟ " (م5)

- عدم ثبات دستورالعمل‌های پرداخت

عدم ثبات دستورالعمل‌های پرداخت و تغییر مداوم آن‌ها، یکی دیگر از چالش هاست:

"دستورالعمل شهری تا الان 4 تا نسخه اومده و هر سال عوض میشه، حالا هم تکمیل‌تر میشه و هم تو جزئیاتش یک سری تغییرات اتفاق میفته، یکی از نقاط ضعفش، باز بحث اون عدم ثبات هست، این دستورالعمل‌ها مدام تغییر پیدا می کنه، یعنی یک دستورالعمل ثابتی که قابل اجرایی شدن باشه رو ابلاغ نمی‌کنند، الان یه چیزی میگن، باز ممکنه که آخر سال یک بحث دیگه‌ای مطرح بشه." (م6)

- پرداخت حقوق و مزایا از طریق شرکت و عدم پرداخت حق و حقوق افراد از سوی شرکت به‌طور کامل

عدم پرداخت کامل حقوق و مزایای ارائه‌دهندگان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

توسط شرکت، یکی دیگر از چالش‌هایی است که منجر به کاهش کیفیت و آسیب به نظام سلامت می‌شود:

"پرداخت حقوق و مزایا نقص دارد. در مدل حاضر باید پول رو به شرکت بدیم و شرکت هم حق و حقوق ارائه‌دهنده رو کامل نمیده و منجر به‌کاهش کیفیت خدمات می‌شود. هر کسی دنبال سود خودش هست. در اینجا پرداخت کننده (معاونت بهداشتی) متضرر می‌شود." (م17)

- پرداخت به ارائه‌دهندگان به میزان حداقل قانون کار و عدم تناسب شیوه و میزان پرداخت به ارائه‌دهندگان با دستورالعمل کشوری

در طی سه سال اخیر، حقوق مراقبین سلامت در برخی شهرستان‌ها در حد قانون کار بوده است، در حالی که در دستورالعمل پرداخت، مبلغ بیشتری به عنوان حقوق مراقبین سلامت ذکر شده است:

"تو سال‌های 97 و 98 و 99 ما داریم قانون اداره کار می گیریم، هر چی اداره کار میگه به ما همون رو پرداخت میکنن، البته وقتی نظام گسترش شبکه رو واسه ما میفرستن، اونجا مبلغ خیلی بیشتره به ازای هر مراقب سلامت، اونجا پارسال 3,500 بود خب، ما نمیدونیم این پول چی میشه که از این 3,500، فقط 1,700 به ما میرسه؟" (م28)

- عدم امکان اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌عنوان مکانیسم تشویقی یا تنبیهی به‌دلیل پرداخت به ارائه‌دهندگان به میزان حداقل قانون کار

از سوی دیگر پرداخت در حد قانون کار باعث می‌شود نتوان بر اساس عملکرد، به کارکنان حقوق پرداخت کرد:

"گفتیم هر سه ماه یک‌بار برید پایشش کنید و 20 درصد پول رو گذاشتیم بر مبنای پایش، منتها ممکنه برای بعضی‌ها وقتی اون 20 درصد رو کم میکنی، باز بیافتی زیر قانون کار که این باز یکی از مشکلاتمونه "(م25)

"امسال سقف رو برای کارشناس گذاشتن 3 میلیون و 150. کف قانون کار هم 2 میلیون و 850 تومنه! خب طرف میگه این وسط فقط 300 تومن فرق داره! میگن از صفر تا صد این رو باید بهش عملکردی بدی، اما اون کارشناس با خودش میگه عملکرد من هم نرسه اینا باید 2,850 رو به من بدن، و برای اون 300 تومن هم انگیزه نداره." (م20)

- عدم تناسب حجم بسته خدمت با میزان پرداخت به افراد

تعریف خدمات بسیار زیاد و گاهاً غیرمرتبط برای ارائه‌دهندگان و عدم تناسب حجم خدمات با میزان پرداختی، باعث ایجاد مشکلات زیادی در نظام ارائه خدمات شده است، از جمله این‌که ممکن است بسیاری از خدمات در سامانه ثبت شود ولی عملا ارائه نشده باشد :

"یک مساله اینه که خدمات تعریف‌شده برای گروه ارائه‌دهنده خدمت زیاده، به‌ویژه برای پزشکان و خیلی‌هاش هم غیرمرتبط به نظر میرسه" (م27)

- پرداخت سرانه برای جمعیت اسمی و نه جمعیت ثبت‌نام شده و عدم اطلاع از جمعیت تحت پوشش

در ابتدای ایجاد پایگاه‌های خدمات جامع سلامت، مدل پرداخت به‌صورت سرانه بود اما این مدل پرداخت هم با مشکلاتی مواجه بود ازجمله عدم اطلاع از جمعیت تحت پوشش و عدم ارائه خدمت به این افراد:

"در بعضی از شهرها جمعیت ثبت‌نام‌شده خیلی پایینه! مثلاً ما میگیم به ازای هر 2500 نفر یک مراقب دیگه؟ ولی در عمل میبینی جمعیت اسمی پایگاه 10000 نفره! ولی جمعیتی که مراجعه می‌کنند کمتر از اونه!" (م 6)

- نامناسب بودن زیرساخت‌ها برای اجرای پرداخت به ازای عملکرد

یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های موردنیاز برای پرداخت به ازای عملکرد، وجود سامانه‌های الکترونیکی است، به‌صورتی‌که بتوان تمامی خدمات ارائه‌شده را در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

آن‌ها ثبت نمود، در غیر این صورت پرداخت مبتنی بر عملکرد با چالش‌های بسیاری مواجه خواهد شد :

"من اون خدمتی رو میتونم بهش پول بدم که ثبت الکترونیک میشه، بخش زیادی از خدمات ما در سطح یک، الان ثبت الکترونیک نمیشن یا اصلاً ثبت الکترونیک نخواهند شد، اصلاً وضعیتی ندارن که بتونن در پرونده الکترونیک ثبت بشن، خوب اینا مغفول میمونه" (م1)

وابسته بودن پرداخت مبتنی بر عملکرد به بسیاری از زیرساخت‌ها مانند داشتن تجهیزات کامپیوتری مناسب، اینترنت، مکان مناسب ارائه خدمت برای مراجعه‌کنندگان، این نوع پرداخت را با چالش‌های بسیاری مواجه ساخته است، به‌طور مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان در مورد مکان فیزیکی و تأثیر آن بر روی مراجعه افراد می گوید:

"یکی از مشکلات به‌جز زیرساخت و کامپیوتر و اینا، فضای فیزیکیه، ما 3 سال در پایگاهی بودیم که 20 تا پله داشت، وقتی انتظار داری که مراقبت سالمندت 100 درصد باشه، من چه‌جوری میخوام سالمند رو با 20 تا پله بکشونم بیاد؟" (م28)

- عدم انعطاف‌پذیری دستورالعمل پرداخت برای مناطق مختلف کشور

الگوی واحد نظام پرداخت برای کل کشور و متناسب نبودن آن با برخی از مناطق، یکی از چالش‌های نظام پرداخت است:

"با یک فرمول واحد نمی‌توان نسخه نوشت برای 80 میلیون آدم. یا برای 63 تا دانشگاه. توی یک دانشگاه هم ممکنه شما variation ایجاد کنی، ولی متاسفانه یک الگوی واحدیه و این توی نظام پرداخت، ما رو دچار مشکل می کنه."(م20)

- عدم امکان پرداخت بر اساس عملکرد به ارائه‌دهندگان در مناطق شهری برخوردار به دلیل مراجعه کم افراد

در مناطق با وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا، که مراجعه‌کنندگان کم هستند، هزینه هر خدمت، بسیار بیشتر از هزینه همان خدمت در پایگاه‌های مناطق با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین درمی آید. لذا هزینه‌های اجاره بالاتر پایگاه‌ها و تفاوت در تعداد مراجعه‌کنندگان، باعث تفاوت قیمت تمام‌شده خدمات بین پایگاه‌ها شده و در صورتی که قرار باشد بر اساس تعداد خدمات انجام‌شده، پرداخت صورت گیرد، هزینه هر خدمت در این مناطق بسیار بالاتر از سایر مناطق شهر خواهد بود.

بحث

این مطالعه نشان داد چالش‌های نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت شهری در هفت حیطه اصلی از جمله تأمین مالی، قراردادبندی، نیروی انسانی، فرهنگی و رفتاری، نظام ثبت داده‌ها، نظام پایش و ارزشیابی و پرداخت قرار دارد.

از نظر اکثر مصاحبه‌شوندگان، تأمین مالی، یکی از چالش های اصلی و اثرگزار بر نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان در مراکز خدمات جامع سلامت شهری می‌باشد. هم منابع مالی ناکافی و هم توزیع نامناسب منابع مالی در طی سال، از مواردی بود که اکثر مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره داشتند. به‌طور مثال نصف شدن بودجه این برنامه در سال 1398 نسبت به سال شروع این برنامه در سال 1395، هم مدیران سطوح دانشگاهی و هم ارائه‌دهندگان خدمات را نسبت به ادامه اجرای این برنامه با شک و تردید مواجه کرده است و از اثرات مستقیم تأمین مالی نامناسب این برنامه، تأخیر در پرداخت حقوق و مزایای مراقبین سلامت و توزیع نامناسب منابع مالی در طی سال بوده است به‌طوری‌که پرداخت حقوق و مزایای مراقبین سلامت را بیش از دوماه به تأخیر انداخته است. در سایر مطالعات انجام شده بر روی مدل مجتمع‌های سلامت تبریز(30)، برنامه‌های پزشک خانواده شهری(34-31)، روستایی (39-35) و در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

کـل مراقبت‌هـای بهداشـتی اولیـه(40) نیـز، تـأخیر در پرداخت حقوق و مزایا و ناپایداری منابع مـالی، یکـی از چالش‌های اصلی این برنامه‌ها بوده است.

از سوی دیگر باید توجه داشت که بودجـه ناکـافی این برنامه منجر به چالش‌هـای دیگـری در پرداخـت بـه ارائه‌دهندگان شده است ازجمله تعیین کف درآمدی بـه میزان حداقل قانون کار که با توجه به نرخ تـورم، مقـدار حقوق در نظر گرفته شده بسیار پایین می‌باشد کـه منجـر به عدم همخوانی میزان پرداخت بـه مـراقبین سـلامت بـا میزان بار کاری آنان شده است، براساس مطالعات انجام‌شده توسـط دوسـتی و همکـاران نیـز، فشـارکاری بـر روی مراقبین سلامت در مراکز خدمات جامع سلامت شهری، بیش‌تر از یک و در مراکز حاشیه شهر نزدیک به 1/5 بـه ازای هر مراقب سلامت است که یافته‌های مطالعه حاضر را تائیـد می‌کنـد(42-41). در مطالعـه انجام‌شـده توسـط عـرب و همکـاران بـر روی پزشـکان خـانواده روسـتایی دانشگاه علوم پزشـکی تهـران نیـز، عـدم همخـوانی بـین میزان حقوق دریافتی با بار کاری گزارش شده است(36). سازمان جهانی بهداشت نیز شیوه‌های پرداخـت نامناسـب و میزان پرداخت ناکافی را به طور مکرر جزو مشکلات آزاردهنده‌ای دانسته که مـراقبین سـلامت در کشـورهای در حـال توسـعه بـا آن مواجه‌انـد(43). سـایر مطالعـات انجام‌شده در ایـران نیـز نشـان می‌دهنـد کارکنـان مرکـز بهداشت، در زمینه حقوق و مزایا، شـیوه‌های پرداخـت و تناسب حقوق با مقدار کار انجام‌شده، رضایت شغلی کم تا متوسطی دارند(45،44). در مطالعات نصیری‌پور و مقدم نیز پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیـه به عنوان یکی از چالش‌های نظام سلامت ایران ذکر شده است(47،46).

نتایج این مطالعـه نشـان می‌دهـد بعـد از راه‌انـدازی مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت شـهری، در ابتـدا روش پرداخت سرانه به کار گرفته شده و سپس از روش پرداخت مبتنی بر عملکرد، استفاده شده است، که هر یـک با چالش‌هایی مواجه بوده است، به‌طور مثال ارائه‌دهنـدگان در روش سرانه، از جمعیت تحـت پوشـش خـود اطـلاع دقیقی نداشتند و با وجود عدم مراجعه تمامی افراد تحت پوشش، به ازای همه افراد، سرانه دریافت می‌کردنـد کـه موجب ارائه خدمات غیر فعال در مراکز شده بـود. البتـه این روش در سال اول راه‌اندازی پایگاه‌ها و مراکز خـدمات جامع سلامت اجرا شد زیرا هنوز افراد جامعه، اطلاعی از راه‌اندازی ایـن مراکـز نداشـتند، سـپس در سـال بعـدی، سرانه به ازای جمعیتی که حداقل یک‌بـار در طـول سـال گذشته، خدمت دریافت کرده بودنـد، پرداخـت شـد تـا ارائه‌دهندگان به دنبال جذب مراجعه‌کنندگان تحت پوشش خود باشند. در دو سال اخیر نیز برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی روش پرداخـت مبتنـی بـر عملکـرد را در پـیش گرفته‌انـد. در ایـن روش نیـز ارائه‌دهنـدگان خـدمات، اگرچه روش پرداخت مبتنی بر عملکرد را مناسب دانسته و آن را موجب انگیزه بیش‌تر و ارائـه فعـال خـدمات در سطح شهر می‌دانستند اما به دلیـل مشـکلات زیرسـاختی مانند کمبود تجهیزات کامپیوتری، مشکلات سـامانه‌های الکترونیکی از جمله عدم امکان ثبت تمامی فعالیت‌هـای انجام شده، سرعت اینترنت و... که موجب تعلل در ارائه خدمات خواهد شـد، ایـن روش پرداخـت را بـه تنهـایی مناسب نمی‌دانستند و درصورتی‌که با وجود زیرسـاخت‌های ناکافی، این روش پرداخت بخواهد ادامه پیدا کند، منجر به تعطیلی بسیاری از پایگاه‌های بهداشتی خواهد شد.

نظام پاداش و تنبیه به کار گرفتـه شـده کـه قسـمت پرداخت به ازای عملکرد را شامل می‌شود، 20 درصد از کل پرداخت است که عملا کارا نیست، زیرا در صورت کسـر 20 درصـد از حقـوق ارائه‌دهنـدگان، دریـافتی ارائه‌دهندگان کمتر از حـداقل تعیـین شـده توسـط اداره کار خواهد شد، بنابراین نمی‌توان از این طریق اقـدام بـه تشویق یا تنبیه کارکنان نمود. درصورتی‌که نظام پاداش، درصد قابل‌توجهی از حقوق را شامل شده و در صـورت کسر آن از حقوق کارکنـان، بـاز هـم حقـوق کارکنـان بالاتر از حداقل تعیین شده توسط اداره کار باشـد، می‌تـوان آن را به‌عنوان انگیزه‌ای برای کارکنـان در نظـر گرفـت.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

بنابراین برای اجرای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد، باید حداقل درآمد در نظر گرفته شده پس از کسر 20 درصد موردنظر، بالاتر از حداقل حقوق قانون کار باشد، هم‌چنین باید شاخص‌های عملکردی مناسبی تدوین شده و نظام پایش و ارزشیابی قوی براساس پرونده الکترونیک سلامت و گایدلاین‌های بالینی طراحی شود تا پرداخت صورت‌گرفته، اثر ترغیبی و بازدارندگی لازم را داشته باشد(49،48).

نحوه قراردادبندی با نیروهای مراقب سلامت نیز یکی از چالش‌های نظام پرداخت ذکر شده بود. از نظر مصاحبه‌شوندگان، اگرچه خصوصی‌سازی ظاهراً انجام شده است ولی در عمل، پیمانکار به‌عنوان نیروی واسطه عمل می‌کند و هیچ نقشی ندارد، و فقط یه واسطه هست که پول را از معاونت بهداشتی گرفته و به مراقبین سلامت می‌دهد و تمام کارها از جذب، به کارگیری، و پایش نیرو، با معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت شهرستان است. یکی دیگر از مواردی که می‌بایست به آن توجه شود این است که در زمانی که پیمانکار اقدام به گرفتن نیرو می‌کند، می‌بایست از قانون کار تبعیت نماید و حداقل حقوق را ماهانه به کارکنان خود پرداخت نماید، درحالی‌که مرکز بهداشت به پیمانکار بر اساس عملکرد، پرداخت می‌کند، در هر صورت، شرکت خصوصی می‌بایست حداقل حقوق را به پرسنل خود پرداخت نماید حتی اگر دریافتی شرکت از مرکز بهداشت، کمتر باشد. بنابراین در این زمینه نیاز به اصلاح نحوه و چارچوب قرادادبندی و استانداردهای تعیین‌شده می‌باشد. به‌عنوان‌مثال در تایلند دفتر منطقه‌ای NHSO، اختیار عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خصوصی را دارد و استانداردهای خاصی در قرارداد ذکر شده است که می‌بایست توسط ارائه‌دهنده واجد شرایط رعایت شود ازجمله داشتن حداقل سپرده مالی(50).

چالش دیگر، در خصوص پرونده الکترونیک سلامت بود که در حال حاضر با مشکلات فنی متعددی روبروست ازجمله عدم امکان ثبت برخی از خدمات مانند آموزش و مشاوره، پیگیری‌ها، برگزاری جلسات درون‌بخشی و برون‌بخشی، بنابراین به دلیل مشکلات فوق نمی‌توان مقدار دقیق پرداخت مبتنی بر عملکرد را محاسبه نمود. اگرچه پرونده الکترونیک سلامت، ذاتا دارای نکات قوت زیادی است اما درصورتی‌که به درستی پیاده‌سازی و اجرا نشود، دارای مشکلات فراوانی خواهد بود. در حال حاضر سیستم پشتیبانی این سامانه‌ها ازجمله اینترنت نیز با مشکلات متعددی روبروست مانند سرعت پایین آن و همچنین قطعی و وصلی زیاد آن و نبود کامپیوترهای سالم به ازای هر یک از ارائه‌دهندگان خدمات، که باعث شده ارائه خدمات به مراجعه‌کنندگان با مشکلات فراوانی از جمله معطل شدن زیاد، مواجه باشد. ازآنجایی‌که وجود چنین مشکلاتی، باعث کاهش سرعت ارائه خدمت می‌شود، بنابراین بسیاری از ارائه‌دهندگان ترجیح می‌دهند که اطلاعات مراقبت‌ها را ابتدا بر روی کاغذ ثبت کرده و سپس در فرصت مناسبی، اطلاعات را به سامانه ثبت نمایند، که البته این شیوه وارد کردن اطلاعات نیز ممکن است با خطاهایی روبرو باشد و برخی اطلاعات به درستی وارد سامانه نشوند. در مطالعه انجام‌شده توسط غریبی و دادگر نیز ضعف زیرساخت‌های الکترونیکی و هم‌چنین سرعت پایین اینترنت، از چالش‌های پرداخت به ازای عملکرد در برنامه پزشک خانواده ذکر شده است(51). هم‌چنین وجود سامانه‌های الکترونیکی مختلف مانند سامانه سیب در اکثر مناطق کشور، ناب در استان گلستان، سینا در مشهد و پارسا در مازندران، یکپارچگی اطلاعات سلامت افراد را جهت استفاده و تصمیم‌گیری در سطح کلان با مشکل مواجه ساخته است. باید توجه داشت که پرونده الکترونیک سلامت موجب افزایش شفافیت و پاسخگویی نظام سلامت شده و یکی از زیرساخت‌های اصلی برای نظام پرداخت و به خصوص محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد است(53،52).

پس از تبدیل روش پرداخت از سرانه به پرداخت مبتنی بر عملکرد، بعضی از ارائه‌دهندگان انگیزه برای به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

دست آوردن پرداخت بیش‌تر داشتند که به این منظور مراقبت‌هایی را در سامانه ثبت می‌کردند که به‌صورت واقعی انجام نشده بودند، به‌منظور حل این مشکل، سامانه پیامکی ایجاد شد که به دریافت کنندگان مراقبت‌های سلامت پیامک در خصوص اعلام رضایت یا نارضایتی در مورد خدمت دریافت شده ارسال می‌شد، همچنین به‌صورت تصادفی، با دریافت‌کنندگان خدمات نیز تماس گرفته می‌شد تا از واقعی بودن ثبت خدمت اطمینان حاصل شود. بااین‌حال، ارسال پیامک نیز مشکلات خاص خود را دارد زیرا ممکن است فرد فقط یک خدمت واقعی دریافت کرده باشد که رضایت یا نارضایتی خود را از آن نیز اعلام می‌نماید اما ممکن است برای وی چندین خدمت دیگر نیز از سوی ارائه‌دهنده ثبت‌شده باشد که دریافت‌کننده خدمت از آن آگاه نباشد. مطالعات نیز نشان می‌دهند که واحد پرداخت هر چه باشد، ارائه‌دهندگان انگیزه این را دارند که تعداد واحدهایی که بر اساس آن به آن‌ها پرداخت می‌شود را افزایش دهند و درعین‌حال سعی می‌کنند هزینه‌های واحد را کاهش دهند تا بتوانند سود بیشتری کسب کنند(54).

از دیگر چالش‌های مطرح شده در این مطالعه، مراجعه کم مردم به پایگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت شهری به خصوص در مناطق برخوردار بود، که البته این مراجعه کم، می‌تواند ناشی از عدم توجه واحدها و سطوح تخصصی به مراقبت‌های اولیه و امکان دسترسی افراد به مراقبت‌های سطوح بالاتر در خارج از نظام ارجاع باشد. بنابراین در زمانی که روش پرداخت، به‌صورت "پرداخت مبتنی بر عملکرد" باشد، پایگاه‌های سلامتی که در مناطقی با سطح اقتصادی بالا قرار دارند، معمولاً مراجعین کم‌تری نسبت به مناطق با سطح اقتصادی پایین دارند، در نتیجه تعداد خدمات ارائه‌شده نیز به همین نسبت کم‌تر شده و درصورتی‌که قرار باشد پرداخت متناسب با تعداد خدمات ارائه‌شده، صورت گیرد، درآمد پایگاه بسیار کم‌تر از هزینه‌های استقرار پایگاه مانند هزینه اجاره و حقوق نیروها خواهد بود. اگرچه مراجعه کم افراد به مراکز، دلایل دیگری نیز می‌تواند داشته باشد زیرا تاکنون درآمد کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهری به‌صورت حقوق بوده است و جمعیت تحت پوشش مراکز شهری به‌صورت فعال پیگیری نمی‌شدند و کارکنان نیز رغبتی به پذیرش مراجعین به جز در موارد لازم مانند واکسیناسیون، نشان نمی‌دادند، زیرا تعداد مراقبت‌های انجام‌شده، تأثیری در کاهش یا افزایش حقوق ارائه‌دهندگان نداشت، بنابراین نحوه برخورد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه در مراکز شهری در طی سال‌های گذشته، این موضوع را به مراجعه‌کنندگان القا کرده است که به‌جز در موارد ضروری مانند واکسیناسیون، به مرکز بهداشت مراجعه نکنند، مطالعات نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند(55،56).

این مطالعه نشان داد چالش‌های نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت شهری در هفت حیطه اصلی شامل تأمین مالی، قراردادبندی، نیروی انسانی، فرهنگی و رفتاری، نظام ثبت داده‌ها، نظام پایش و ارزشیابی و پرداخت قرار دارد. نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه شهری از سازوکار مناسبی در ابعاد مختلف از جمله در حیطه‌های تأمین مالی، پرداخت، شیوه قراردادبندی، نظام ثبت داده‌ها و نظام پایش و ارزشیابی، برخوردار نیست و ادامه این روند، موجبات بی‌انگیزگی و خروج ارائه‌دهندگان از نظام ارائه خدمت را فراهم آورده و موجب کاهش کمیت و کیفیت خدمات خواهد شد.

محدودیت‌های مطالعه

از محدودیت‌های مطالعه حاضر میتوان به عدم دسترسی به برخی صاحبنظران اشاره نمود. اگرچه زمان و مکان مصاحبه، متناسب با خواست مصاحبه‌شوندگان تعیین شد تا قادر به پاسخگویی باشند، با این حال دسترسی به برخی از صاحب‌نظران به دلیل مشغله کاری و عدم در اختیار گذاشتن زمان مصاحبه، امکان‌پذیر نبود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی مطالعه شامل؛ دریافت کد اخلاق به‌شماره IR.GOUMS.REC.1400.152 از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ارائه معرفی‌نامه به مصاحبه‌شوندگان و کسب اجازه کتبی از آنان برای ضبط صدا، اطمینان دادن به افراد برای محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها و اجازه خروج از مطالعه در زمان درخواست افراد بود.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه که وقت ارزشمند خود را در اختیار مجریان این طرح قرار دادند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Goroll AH, Berenson RA, Schoenbaum SC, Gardner LB. Fundamental reform of payment for adult primary care: comprehensive payment for comprehensive care. J Gen Intern Med 2007; 22(3): 410-415.
2. Joint Learning Network for Universal .Financing and Payment Models for Primary Health Care: Six Lessons from JLN Country Implementation Experience. Arlington :JLN; 2017.
3. Jurgutis A, Vainiomäki P, Stašys R. Primary health care quality indicators for a more sustainable health care system in Lithuania. MT SRBID 2011;26(2):76-86.
4. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: Systems in motion. Milbank Q 2011;89(2):256-288.
5. Charlesworth A, Davies A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. London: Nuffield Trust London; 2012.
6. Agada-Amade Y, Barasa E, Cashin C, Claro V. Using data analytics to monitor health provider payment systems: A toolkit for countries working toward universal health coverage. Arlington: JLN; 2017.
7. Rudoler D, Laporte A, Barnsley J, Glazier RH, Deber RB. Paying for primary care: a cross-sectional analysis of cost and morbidity distributions across primary care payment models in Ontario Canada. Soc Sci Med 2015; 124: 18-28.
8. Yé M, Diboulo E, Kagoné M, Sié A, Sauerborn R, Loukanova S. Health worker preferences for performance-based payment schemes in a rural health district in Burkina Faso. Glob Health Action 2016; 9(1): 29103.
9. Kralj B, Kantarevic J. Quality and quantity in primary care mixed-payment models: evidence from family health organizations in Ontario. Canadian J Econ 2013; 46(1): 208-238.
10. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat AL, Sturdy J, Vermeersch CM. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. Lancet 2011; 377(9775): 1421-1428.
11. Zeng W, Cros M, Wright KD, Shepard DS. Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. Health Policy Plan 2013; 28(6): 596-605.
12. Saltanat Ma, Kural Ka, Brusati LGb. The effectiveness of the new pay system in Kazakhstan: Opinions of health workers. RJPBCS 2014; 5(5): 871-880.
13. Laberge M, Wodchis WP, Barnsley J, Laporte A. Efficiency of Ontario primary care physicians across payment models: a

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

stochastic frontier analysis. Health Econ Rev 2016; 6(1): 22.

14. Andoh-Adjei F-X, Spaan E, Asante FA, Mensah SA, van der Velden K. A narrative synthesis of illustrative evidence on effects of capitation payment for primary care: lessons for Ghana and other low/middle-income countries. Ghana Med J 2016; 50(4): 207-219.
15. Murante AM ,Seghieri C, Vainieri M, Schafer W. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. Soc Sci Med 2017; 186: 139-147.
16. Hong CS, Atlas SJ, Chang Y, Subramanian S, Ashburner JM, Barry MJ, et al. Relationship between patient panel characteristics and primary care physician clinical performance rankings. JAMA 2010; 304(10): 1107-1113.
17. Bodur S. Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. Occup Medicine 2002; 52(6): 353-355.
18. Hagopian A, Zuyderduin A, Kyobutungi N, Yumkella F. Job satisfaction and morale in the Ugandan health workforce. Health Aff 2009; 28(5): w863-w875.
19. Takian A, Alirezaei S, Atashbahar O, Birami F, Bakhtiari A. Health transformation plan in the health system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2016. (Persian). Available from: https://khc.kums.ac.ir/kums_content/media/image/2015/11/68475_orig.pdf. Accessed May 2, 2020.
20. Program for expanding primary health care toward universal health coverage in urban areas. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2015. (Persian). Available from https://nkums.ac.ir/get_file.aspx?fn=Uploaded/Users/371/%D9%82%D9%88%D8%A7%D9%86%DB%8C%D9%86/%D8%AA%D8%AE%D8%B5%D8%B5%DB%8C%20-%20%D8%A8%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B4%D8%AA/%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87%20%DA%AF%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%B4%20%D9%85%D8%B1%D8%A7%D9%82%D8%A8%D8%AA%D9%87%D8%A7%DB%8C%20%D8%A7%D9%88%D9%84%DB%8C%D9%87%20%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%20%D8%A8%D8%B1%D8%A7%DB%8C%20%D8%AA%D8%AD%D9%82%D9%82%20%D9%BE%D9%88%D8%B4%D8%B4%20%D9%87%D9%85%DA%AF%D8%A7%D9%86%DB%8C%20%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%20%D8%AF%D8%B1%20%D9%85%D9%86%D8%A7%D8%B7%D9%82%20%D8%B4%D9%87%D8%B1%DB%8C.pdf. Accessed May 2, 2020.
21. Program for expanding primary health care toward universal health coverage in urban areas. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2018. (Persian). Available from: https://iums.ac.ir/files/shahriar/files/%D8%A7%D8%B5%D9%84%D8%A7%D8%AD%DB%8C%D9%87_%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%85%D9%84_%D8%B4%D9%87%D8%B1%DB%8C.docx. Accessed May 2,2020.
22. Program for expanding primary health care toward universal health coverage in urban areas. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2019. (Persian). Available from: https://iums.ac.ir/files/whc/whc_omomi_723dc/files/%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%85%D9%84_%D8%A7%D8%AC%D8%B1%D8%A7%DB%8C%DB%8C_%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87-%D8%AA%DB%8C%D8%B1%D9% 85%D8%A7%D9%8798.pdf. Accessed May 2, 2020.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

23. Program for expanding primary health care toward universal health coverage in urban areas. Tehran Ministry of Health and Medical Education; 2020. (Persian). Available from: http://sbmu.ac.ir/uploads/%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%85%D9%84%20%D9%86%D8%AD%D9%88%D9%87%20%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D8%A6%D9%87%20%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA.pdf. Accessed May 2, 2020.
24. Asadi-Lari M, Sayyari A, Akbari M, Gray D. Public health improvement in Iran—lessons from the last 20 years. Public Health 2004; 118(6): 395-402.
25. World Bank. Islamic Republic of Iran : Health Sector Review. Middle E &N Africa: World Bank; 2008.
26. Tabibi S, Maleki M, Delgoshaei B. Writing successful theses, dissertations, research projects and scientific articles. 9th ed. Tehran: Ferdos; 2018. (Persian).
27. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol 2013; 13(1): 117.
28. Birt L, Scott S, Cavers D, Campbell C, Walter F. Member checking: a tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? Qual Health Res 2016; 26(13): 1802-1811.
29. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2014.
30. Dehnavieh R, Noorihekmat S, Masoud A, Moghbeli MA, Rahimi H, Poursheikhali A, et al. Evaluating the Tabriz Health Complex Model, Lessons to Learn. IRJE 2018; 13(5): 59-70 (Persian).
31. Sarvestani RS, Kalyani MN, Alizadeh F, Askari A, Ronaghy H, Bahramali E. Challenges of family physician program in urban areas: A qualitative research. Arch Iran Med 2017; 20(7): 446-451.
32. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Rostami-Gooran N, Kabir M. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions. SJSPH 2016; 14(2): (Persian).
33. Abedi Gh, Aboalfazl Marvi A, Soltani Kentaie SA, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadehe Chamokhtari Kh, et al. SWOT Analysis of implementation of urban family physician plan from the perspective of beneficiaries: A qualitative study. J Mazand Univ Med Sci 2017; 27(155): 79-93(Persian).
34. Dehnavieh R, Kalantari AR, Sirizi MJ. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. Med J Islam Repub Iran 2015; 29(1): 1219-1228.
35. Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Hooshmand E, Tabatabaee SS, Esmaili H, Vafaee Najar A. Challenges in the rural family doctor system in Iran in 2013–14: a qualitative approach. Fam Pract 2016; 33(4): 421-425.
36. Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the attitude of family physicians working in health centers of Tehran University of Medical Sciences towards their profession using a qualitative approach. Hospital 2013; 12(3): 19-28 (Persian).
37. Mehrolhassani MH, Jafari Sirizi M, Poorhoseini SS, Yazdi Feyzabadi V. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. J Health Development 2012; 1(3): 193-206 (Persian).
38. Amiresmaili M, Khosravi S, Feyzabadi VY. Factors affecting leave out of general

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]

practitioners from rural family physician program: a case of Kerman, Iran. Int J Prev Med 2014; 5(10): 1314-1323.

39. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the trengths & weaknesses of family ohysician program. Knowledge Health 2010; 4(4): 39-44 (Persian).
40. Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I , Doshmangir L. Iran's primary health care challenges in realizing public health coverage: A qualitative study. Nursing and Midwifery Journal 2020; 18(2): 166-179.
41. Doosty F, Rasi V. Identification of family health care provider challenges in comprehensive health centers. J Nurs Midwifery Sci 2020; 7(3): 200-205.
42. Doosty F, Maleki M, Yarmohammadian MH. An investigation on workload indicator of staffing need: A scoping review. J Educ Health Promot 2019; 8: 22.
43. World Health Organization. The world health report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: WHO; 2000.
44. Rafiei N, Khoshkam A, Heshmati H, Amini S, Seyedghasemi NS. Job satisfaction and related factors among health center staff in Gonbad Kavus city. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci 2015; 3(1): 22-28 (Persian).
45. Heidari S, Sabet B, Faghri J, Amini M. Job satisfaction among the staff in Al-Zahra training hospital. Health Information Management 2005; 2(2): 33-37 (Persian).
46. Nekoei Moghadam M, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. Int J Health Plann Manage 2012; 27(2): e121-e131.
47. Nasiripour AA, Rezaei B, Yarmohammadian MH, Maleki MR. A comparative study of primary health care management in selected countries and designing a model for Iran. IJNMR 2009; 14(3): 137-142.
48. Cashin C, Chi YL, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. London: Open University Press; 2014 .
49. Rafiei N, Vatankhah S, Kabir MJ. Primary care physician payment mechanisms toward universal health coverage: A study of Iran and selected countries. Int J Health Plann Mgmt 2022; 37(1): 372-386.
50. Hanvoravongchai P. Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints. Washington DC: The World Bank; 2013.
51. Gharibi F, Dadgar E. Pay-for-performance challenges in family physician program. Malays Fam Physician 2020;15(2):19-29.
52. World Bank. Turkey Performance-Based Contracting Scheme in Family Medicine-Design and Achievements. Washington, DC: The World Bank; 2013.
53. Farahbakhsh M, Zakeri A, Khodaee N. Health information system in the district health center, Tabriz. SJSPH 2009; 6(3 and 4): 1-10.
54. Cashin C. Assessing health provider payment systems: A practical guide for countries working toward universal health coverage. Arlington: JLN; 2015.
55. Malekafzali H. Primary Health case in Islamic Republic of Iran. SJSPH 2014; 12(2): 1-10.
56. Rouhani S, Akbarzadeh F. The impact of change of payment mechanism on the performance of rural health centers in ambulatory care under family medicine scheme in Sari and Jouybar. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 21(1): 96-103 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-25]