



پزشکی خانواده شهری در ایران: راهی که تاکنون رفته‌ایم و آینده پیش رو

حسین ابراهیمی پور^{۱،۲}

^۱ گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

* نویسنده مسئول: حسین ابراهیمی پور، پست الکترونیک: hebrahimip@gmail.com

Citation: Ebrahimipour H. Urban family medicine in Iran: the path we have taken so far and the future ahead. Iran J Health Insur. 2023;6(3):237-41.

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۹/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۸

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۳۰

سردبیر محترم:

بررسی چالش‌ها و سپس ارائه راه کارهایی برای انجام اقدامات سیستماتیک و هماهنگ برای بهبود نتایج در آینده دارد.

راهی که برنامه پزشکی خانواده در ایران تاکنون طی کرده

قبل از انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، مناطق روستایی ایران با ۶۵ درصد جمعیت کشور در حدود ۳۵,۰۰۰,۰۰۰ نفر، به طور کلی توسعه نیافته و دارای شاخص‌های بهداشت عمومی ضعیفی بودند [۴]. در این بین، اعلامیه آلماتا (۱۳۵۷) که توسط سازمان بهداشت جهانی صادر شد، نقش اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه را در تقویت سیستم‌های بهداشتی برجسته کرد [۶] و از آنجا که ارزش‌ها و اهداف PHC به شدت با ایدئولوژی زیربنایی انقلاب اسلامی، یعنی عدالت اجتماعی، برابری، حقوق بشر، دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی، اولویت‌بندی آسیب‌پذیرترین اقشار و مشارکت جامعه مطابقت داشت، مجلس شورای اسلامی و دولت اعلامیه آلماتا را در سال ۱۳۶۳ تأیید کرد [۷]. در نتیجه، وزارت بهداشت در آن زمان رویکرد PHC را به عنوان هسته اصلی برای طراحی مجدد ارائه خدمات سلامت در ایران اتخاذ کرد. اجرای ملی، جامع و ارزان شبکه‌های PHC مبتنی بر جامعه از اوایل دهه ۱۳۵۹ در ایران آغاز شد و به طور گسترده‌ای در طول دهه ۱۳۶۰ گسترش یافت و بسیاری از چالش‌های نظام سلامت آن زمان را حل کرد [۸].

به دلیل بار بالای بیماری‌های غیرواگیر و افزایش هزینه‌های درمانی، انتظار عمومی برای دسترسی به پزشکان واجد شرایط و توسعه فناوری‌های روبه‌روشد در ایران، قدرت خود را از دست

سلامت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است که دولت موظف به تأمین آن به طور برابر و با رعایت عدالت است. برنامه پزشکی خانواده، هسته اصلی عدالت، بهبود کیفیت هزینه- اثربخشی در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی است [۱]. اهداف برنامه پزشکی خانواده شامل: ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات است [۲]. در برنامه پزشکی خانواده، پزشک عمومی و تیم او، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت او را نیز به عهده دارند [۳].

در مدیریت نظام سلامت به این شیوه، خدمات ارائه‌شده توسط نظام سلامت و حرکت بیمار برای دریافت این خدمات در سطوح مختلفی تعریف شده و نظام‌مند شده است. به این سازوکار نظام‌مند، نظام ارجاع گفته می‌شود که براساس آن، بیمارانی که صرفاً در قالب این نظام سطح‌بندی شده حرکت کنند، می‌توانند از خدمات بیمه سلامت ایرانیان و پوشش تمام هزینه‌های درمانی توسط بیمه استفاده کنند [۴]. در این راستا، عوامل متعددی بر کیفیت نظام ارجاع تأثیر می‌گذارد که به صورت متقابل علت و معلول یکدیگر هستند. از این رو هرگونه تلاش به منظور بهبود کیفیت نظام ارجاع و پزشک خانواده در ایران، نیازمند شناخت دقیقی از سیاست‌ها و نحوه شکل‌گیری این نظام در کشور،

فراهم کند. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش برنامه به شهرها و پزشکی خانواده شهری شد [۱۱-۱۲].

تأمین منابع مالی برنامه از مهم‌ترین اقدامات اجرایی پیش رو بود که باید از طریق همکاری تمامی بیمه‌ها و در غیر این صورت از محل اعتبارت مستقیم دولت اجرایی می‌شد. پیرو تفاهمنامه‌ای که در تیر ماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه منعقد شد، در آبان ماه همان سال تفاهمنامه‌ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های مذکور منعقد شد [۹]. این تفاهمنامه با توجه به مفاد بند ب ماده ۳۷ قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده ۹۱ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم و تاکید هیئت محترم دولت و مجلس محترم شورای اسلامی وقت، مبنی بر اجرای هر چه سریع‌تر برنامه پزشک خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین شد و موضوع آن اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کلیه شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود [۹].

در ادامه تیم اجرایی برنامه، نتایج حاصل از اجرای نسخه ۰۱ برنامه در شهرهای منتخب سه استان مجری را در شهریور ۱۳۹۰ به هیئت دولت ارائه کرد و براساس این گزارش، برنامه آتی دو وزارتخانه برای گسترش برنامه پزشک خانواده به مناطق شهری به این صورت اعلام شد که تا پایان سال ۱۳۹۰ شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور، تا پایان سال ۱۳۹۱ همه شهرها به جز کلان شهرهای کشور، تا پایان سال ۱۳۹۲ همه کلان شهرهای کشور به جز تهران و تا پایان سال ۱۳۹۲ تمامی شهرهای کشور مشمول اجرای برنامه شوند. همچنین، در این گزارش اعلام شد که وزارت بهداشت در نظر دارد تا پایان سال ۱۳۹۲ اقدام به تربیت پزشکان عمومی دارای گواهینامه عالی بهداشت عمومی (MPH) گرایش پزشک خانواده کرده و از این طریق پزشکان خانواده موردنیاز در شهرهای بزرگ غیردانشگاهی را تأمین کند. اما برخلاف آنچه در این گزارش ارائه شد، مبتنی بر نظر شخص مقام ریاست جمهوری وقت، مقرر شد که تا پایان سال ۱۳۹۲ برنامه در کل کشور اجرا شود. بنابراین، به منظور فراهم ساختن پشتوانه سیاسی اجرای برنامه، شورای عالی سلامت در تاریخ ۱۳۹۱/۰۱/۲۶ اقدام به مصوب کردن دستورالعمل اجرایی نسخه ۰۲ و مصوبات آتی آن در هیئت وزیران کرد و از تابستان سال

داد و برای رسیدگی به این مسائل، اصلاحات از طریق FPP و بیمه سلامت همگانی آغاز شد [۷].

از اواخر سال ۱۳۸۱ تمامی سازمان‌های بیمه‌گر و تعدادی از کارشناسان بخش‌های مختلف نظام سلامت پس از مطالعه جامع درمورد نظام‌های مختلف سلامت دنیا و الگوبرداری از نظام‌های سلامت در بعضی از این کشورها از جمله کانادا و انگلستان، تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت را تشکیل دادند. از اقدامات اجرایی این تیم می‌توان به تعیین ۵ استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان و بوشهر به عنوان نقاط پایلوت در استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی بر پزشک خانواده با هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر اشاره کرد. با وجود انجام برنامه‌ریزی‌های مدون، برآورد نیازهای مالی و انسانی در استان‌های پایلوت و رسیدن به توافق جمعی مسئولان وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت کشور و سازمان‌های بیمه‌گر، به سبب اجرا نشدن تعهدات در نظر گرفته شده، هیچ‌گام عملی برای اجرای برنامه مدون اصلاحات در استان‌های پایلوت برداشته نشد [۹]. لازم به ذکر است که پیش‌نویس‌های آیین‌نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد. پس از وقوع زلزله فاجعه‌بار بم در سال ۱۳۸۲ نسخه نهایی این آیین‌نامه برای سامان‌دهی نظام سلامت شهرستان بم توسط مرکز گسترش شبکه معاونت سلامت و با همکاری تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، عملیاتی شد و شواهد و تجربیات حاصل از پیاده‌سازی آن، به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادات بخش سلامت در لایحه برنامه چهارم توسعه ورود پیدا کرد [۹، ۱۰].

در سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس، تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار دادند تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحد در اجرای برنامه‌های سلامت فراهم شود. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شود. بنابراین براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرها با جمعیت زیر ۲۰,۰۰۰ نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع

برنامه پوشش همگانی سلامت شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را هموار سازد.

نظر سیاست‌گذار فعلی نظام سلامت آن است که «پزشک خانواده» ترجمه مناسبی از Family Medicine نیست زیرا منظور از کلمه Medicine در این عبارت، صرفاً پزشک نیست. به عبارتی این فقط پزشک نیست که می‌تواند باعث سلامت خانواده شود؛ بلکه نیروهای بهداشتی و مراقبان سلامت نیز می‌توانند قبل از اینکه فرد بیمار شود از بروز آن پیشگیری کنند. در حقیقت، وزارت بهداشت به دنبال تحقق شعار «هر ایرانی باید یک مراقب بهداشت داشته باشد» است و الزامی ندارد که این مراقب سلامت حتماً پزشک باشد؛ بلکه سایر نیروهای کادر بهداشتی و درمانی نیز قرار است در این برنامه، وضعیت سلامتی افراد را پیش‌کنند و در صورت نیاز او را به پزشک ارجاع دهند. در این راستا، تیم اجرایی با تشکیل پنج کمیته تخصصی در حال طراحی نسخه ۰۳ دستورالعمل اجرایی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشور است. بنابراین، بررسی کارشناسانه چالش‌های شناسایی شده، ارائه راهکارهایی برای حل آنها و ترسیم مسیر آینده طرح برای سیاست‌گذار ضروری به نظر می‌رسد.

عمده چالش‌های شناسایی شده در مسیر اجرای برنامه پزشکی خانواده تاکنون

برنامه استقرار نظام پزشکی خانواده شهری با وجود نقش محوری در نظام سلامت، طبق سیاست‌های از پیش تعریف شده پیش نرفت. برای اجرای برنامه، بیشترین چالش‌ها شامل کافی نبودن تعهد سیاسی و التزام عملی و هماهنگی مسئولان به ویژه در خارج از وزارت بهداشت و پذیرش عمومی است. استقبال ناکافی از رعایت سلسله مراتب در دریافت مراقبت‌ها و خدمات سلامت در واقع دائقه عمومی مردم برای مراجعه مستقیم به متخصصان، خاصه در شهرهای بزرگ است که اصلاح آن نیازمند آموزش و ارتقای فرهنگ و سواد سلامت مردم است. تضعیف نقش بهورز و سایر مراقبان سلامت، و لزوم تقویت آن (روزآمد کردن آموزش و تقویت مهارت‌ها، ارتقای شرح وظایف و نقش‌ها، ارتقای منزلت اجتماعی، ارتقای حقوق و مزایا و سایر حمایت‌های اجتماعی و معنوی)؛ بیماری‌محوری و درمان‌محوری و توجه ناکافی به آموزش و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر؛ ضعف فرهنگ کار تیمی در نظام سلامت کشور؛ پایین بودن میزان گرایش و انگیزه پزشکان

۱۳۹۱ اجرای برنامه براساس نسخه ۰۲ دستورالعمل اجرایی برنامه در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد و روند اجرا در این دو استان توسط ستاد اجرایی کشوری برنامه مورد رصد قرار گرفت. در این بین، چالش‌های پیش روی برنامه در این دو استان نظیر فرایند ثبت نام مردم، انتخاب پزشک و عقد قرارداد با پزشکان خانواده، تدوین و تصویب آیین‌نامه اجرایی ارائه خدمات در سطح ۱ و ۲، آیین‌نامه نحوه مدیریت بیماران اورژانس، بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج و مسافران، نحوه پرداخت کارانه به پزشکان در سطح ۱ و ۲ طرف قرارداد برنامه، نحوه نشان‌دار شدن دفاتر بیمه جمعیت تحت پوشش، نحوه مدیریت و تغییر قراردادهای پیشین سازمان‌های بیمه‌گر پایه در استان‌های مجری، تدوین فرمت عقد قرارداد با انواع مراکز، نحوه همکاری با پیراپزشکان (مشاوره تغذیه، مشاوره روانشناسی و خدمات توانبخشی)، فرایند ارجاع به سطوح بالاتر و نحوه الکترونیک کردن فرم ارجاع، نحوه ارائه خدمت پزشکان تک‌شیفت، تعیین تعرفه توافقی خدمات پاراکلینیک، سقف جمعیت تحت پوشش در شهرستان‌هایی که برای تأمین پزشک با مشکل مواجه هستند و همچنین چک‌لیست افتتاح برنامه در سایر استان‌های کشور شناسایی، مورد بررسی و سپس آیین‌نامه‌های تدوین شده در این خصوص مورد تصویب قرار گرفت [۹، ۱۰، ۱۲].

با گذشت بیش از ۱۰ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران، استفاده از توان موجود در بخش خصوصی برای ارائه خدمات سلامت، اجرای طرح تحول نظام سلامت در بخش بهداشت و ارائه خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه نشین و شهری بالای ۲۰ هزار نفر، اکنون سیاست‌گذار مبتنی بر سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه‌های سلامت و در راستای وظایفی که برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استناد بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ کشور، ماده ۸۹، ۹۰ و ۹۱ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم، بند د ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم، بند الف ماده ۷۴ و بند ث ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه به عنوان الزامات قانونی این برنامه گذاشته شده، بر آن است تا با بازنگری در شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع الگویی را طراحی کند که در عین پاسخگویی به چالش‌های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتواند در قالب برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مسیر دستیابی به اهداف

دانشگاه استفاده شود و آموزش پاسخگو به مراکز خدمات جامع سلامت یا عرصه‌های مختص پزشکی خانواده محدود نشود. تحول و ارتقای محتوای آموزشی به صورتی که به طور چشمگیری بر ارتقای سلامت و پیشگیری متمرکز باشد، برنامه آموزشی با تأثر از فرهنگ بومی و اسلامی طراحی شود. همچنین توصیه می‌شود سطح بندی مراقبت‌ها و خدمات، سطوح ارجاع، و پزشکی خانواده جنبه‌های بین‌بخشی و فرابخشی سلامت در برنامه‌های درسی ادغام شود. از آنجا که با اجرای این طرح آزادی‌های مردم در انتخاب پزشک محدود می‌شود، این طرح نیاز به فرهنگ‌سازی در حوزه اجتماعی دارد. بی‌تردید برای جامعه‌ای که همیشه در انتخاب پزشک آزاد بوده و حتی در برخی موارد دستور تجویز دارو توسط بیمار به پزشک صورت می‌گیرد، اجرای موفق آن به یک فرهنگ‌سازی اساسی نیاز دارد. در حوزه نوع ارائه خدمات بهتر است که صرفاً در حوزه خدمات سرپایی از طرح پزشک خانواده شهری استفاده شود. پست سازمانی متخصصان پزشکی خانواده در ساختار تشکیلات حوزه‌های بهداشت، درمان و آموزش نظام سلامت پیش‌بینی شود.

راهنماهای طبابت بالینی برای پزشکی خانواده در سطوح مختلف نظام ارجاع تدوین شود. مدل شایستگی‌ها و توانمندی‌های تیم پزشکی خانواده اعم از پزشک و مراقب سلامت تدوین و جذب نیروی انسانی براساس این شایستگی‌ها صورت گیرد. از طرفی، باید این نکته را نیز مدنظر داشت که موضوع پزشکی خانواده و ارجاع برای اولین بار در درون شبکه‌های بهداشت طراحی، پیاده‌سازی و استقرار یافته و مطرح کردن آن به صورت مستقل انحراف از ایده اصلی است و می‌تواند سبب فراموش شدن اصالت شبکه و توانایی‌های آن شود. به نظر می‌رسد که در گام اول به منظور عملیاتی شدن پزشکی خانواده در ایران و دستیابی به اهدافی که برای آن طراحی شده؛ نظام آموزش پزشکی خانواده باید در سطح عملیاتی با عرصه ارائه خدمات سلامت ادغام شده و معاونت‌های آموزش و بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مفهوم‌سازی، آموزش، تصمیم‌گیری، بسترسازی و اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع در عرصه مراکز سرپایی با یکدیگر تعامل و همکاری دو سویه در قالب تشکیل کمیته‌های کاری مشترک داشته باشند.

تأییدیه اخلاقی: موردی گزارش نشده است.
تضاد منافع: نویسنده این مقاله هیچ گونه تعارضی اعلام نکرده‌اند.
منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

عمومی نسبت به خدمت در شبکه بهداشتی درمانی، به عنوان پزشک خانواده و تبدیل مفهوم پزشک خانواده به پزشکی خانواده و جذب افرادی تحت عنوان مراقبان سلامت به جای پزشکان عمومی در قالب طرح و تعهدات که پایداری این نظام را با چالش مواجه می‌کند؛ فقدان توسعه و تعمیم شبکه بهداشتی درمانی به شهرها و حاشیه شهرها بیشتر به دلیل نبود زیرساخت‌های مورد نیاز همچون پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی و مراکز جامع سلامت شهری در برخی شهرها به ویژه شهرهای بزرگتر؛ فقدان برنامه آموزش کوتاه‌مدت پزشکان عمومی قبل از انجام وظیفه به عنوان پزشک خانواده؛ نبودن برنامه منسجم برای آموزش پزشکان خانواده در حین خدمت؛ کم‌رنگ بودن نقش مردم، نهادها، سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش خصوصی در برنامه پزشکی خانواده با نظارت دقیق؛ فقدان منابع پایدار و نشاندار برای شبکه بهداشتی درمانی که در حال حاضر تبدیل به یکی از چالش‌های اصلی وزارت بهداشت با سازمان‌های بالادستی برنامه ریز در کشور شده؛ نقص نظام ارزشیابی و نظارت و پایش فرایندها و فعالیت‌ها و نیز رصد کلان جامع و فراگیر؛ کم‌رنگ بودن فرهنگ‌سازی، حفظ و تقویت اعتماد، تأمین رضایت و جلب مشارکت مردم؛ ناکافی بودن زیرساخت‌های لازم برای ایجاد پرونده‌های الکترونیک سلامت، فقدان عرصه مرکز جامع سلامت در برخی از دانشگاه‌ها؛ به ویژه دانشگاه‌های موجود در شهرهای بزرگ‌تر، نبود گایدلاین‌های مبتنی بر شواهد کافی در این خصوص است.

راهکارهای اجرایی پیش‌بینی شده و مسیر آینده

در نهایت در خصوص راهکارهای تحقق نظام پزشکی خانواده در ایران پیشنهاد می‌شود الزام قانونی برای آموزش پاسخگو در عرصه برای گروه‌های بالینی ایجاد شود. معاونت آموزشی متولی درمانگاه‌های سلامت محور و جامعه‌نگر آموزشی در دانشگاه‌ها باشد. مراکز جامع خدمات سلامت آموزشی همراه با بیمارستان‌های آموزشی برای آموزش فراگیران در مقاطع مختلف تاسیس شود. یا در حداقل شرایط در هر استان فقط یک مرکز جامع خدمات سلامت آموزشی که در آن آموزش و پژوهش بایکدیگر ادغام شده باشد راه‌اندازی شده و ادغام در سطح عملیاتی شکل بگیرد، طول دوره حضور دانشجویان پزشکی در فیلد شبکه بهداشت و درمان افزایش یابد، آموزش پزشکی خانواده به صورت کوریکولوم مارپیچی به دانشجویان پزشکی عمومی ارائه شود. از تمامی عرصه‌های آموزشی سرپایی نظیر کلینیک‌های سرپایی تخصصی

References

1. World Health Organization. World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization 2008; Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
2. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010;11(6):46-52. [Persian]
3. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health*. 2010;4(4):39-44. [Persian]
4. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir M J. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2016;14(2):17-38. [Persian]
5. Khedmati J, Davari M, Aarabi M, Soleymani F, Kebriaeezadeh A. Evaluation of urban and rural family physician program in Iran: a systematic review. *Iran J Public Health*. 2019;48(3):400-9. doi: [10.18502/ijph.v48i3.882](https://doi.org/10.18502/ijph.v48i3.882).
6. Abedi G, Marvi A, Soltani Kentaie SA, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadehe Chamokhtari K, et al. SWOT analysis of implementation of urban family physician plan from the perspective of beneficiaries: A qualitative study. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2017;27(155):79-93. [Persian]
7. Mousavi Bojnourdi SM, Davarzani M. Family Medicine, Realization of Equity in Healthcare Based on Imam Khomeini's Approach. *Pajouheshnameh Matin*. 2015;17(66):27-52. [Persian]
8. Walley J, Lawn JE, Tinker A, De Francisco A, Chopra M, Rudan I, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet*. 2008;372:1001-7. doi: [10.1016/S0140-6736\(08\)61409-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61409-9).
9. Ministry of Health and Medical Education. Guidelines for Family Medicine Program and Referral System in Urban Areas. Version 03, 2015. [Persian]. Available from: <https://sanitary.zbmu.ac.ir/file/download/page/648ecee27cbd9-03.pdf>
10. Ferdosi M, Goli F, Aghili G, Daneshvar SM. A brief history of family medicine development and training in Iran (2005–2018). *Int J Body Mind Culture*. 2018;5(2):89-93.
11. Kabir MJ, Heidari A, Adel R, Khatirnamani Z. Assess the Quantitative and Qualitative Status of the Family Physician Plan from the Perspective of Family Physicians, Health Team Members and Staff Experts. *Health Research Journal* 2021;6(4):308-18. [Persian]
12. Heidarzadeh A, Nojomi M, Alvandi M, Mohammadi A, Mohseni F, Naghshpour P. Evaluating the Current Status of Education in Family Physicians in Iranian Medical Schools. *Research in Medical Education*. 2022;14(3):29-37. [Persian] doi: [10.52547/rme.14.3.29](https://doi.org/10.52547/rme.14.3.29).
13. Chaman R, Amiri M, Raei Dehaghi M. The national family physician and the quality of referral system. *Payesh*. 2012;11(6):785-90. [Persian]