DOI: 10.22034/yafteh.28.2.88

Yafteh
Volume 28, Issue 2, 2026

Editorial

Family Physician: The Great Test of Health Governance in Iran

Masoud Behzadifar[1]

1. Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

***Corresponding author:** Masoud Behzadifar, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran. E-mail: masoudbehzadifar@gmail.com

How to Cite this Article:
Behzadifar M. Family Physician: The Great Test of Health Governance in Iran. Yafteh. 2026;28(2):88-92.

Keywords:
Family physician
Governance
Health policy

Abstract

For nearly two decades, the family physician program has been proposed as one of the most transformative initiatives for Iran's health system. Conceived as the cornerstone of an efficient, equitable, and preventive healthcare model, this program promises to replace fragmented, reactive care with a continuous, coordinated, and patient-centered approach. It aims to strengthen primary healthcare, streamline the referral system, reduce unnecessary costs, and ultimately restore dignity and clarity to patients navigating a complex medical landscape. Despite its undeniable advantages and repeated emphasis in national development plans, the program remains largely unimplemented. This persistent delay reflects deeper governance challenges rather than technical or financial barriers alone. The absence of a unified, cross-sectoral commitment has fragmented responsibilities among various institutions, while policy incoherence and short-term decision-making have undermined long-term planning. Furthermore, inadequate investment in infrastructure development, particularly the establishment of an integrated electronic health record system, has hindered the seamless coordination required for effective implementation of this program. The success of the family physician program hinges on a fundamental shift in health governance. This requires a clear strategic vision, sustainable resource allocation, transparent accountability mechanisms, and active engagement of all stakeholders, including healthcare providers, insurers, and the public. Equally important is investment in human capital, empowering general practitioners through targeted training and creating meaningful career pathways that enhance their motivation and professional standing. Public awareness and cultural acceptance are also essential to transform the community's understanding of health from a curative to a preventive paradigm. The family physician program is not merely a policy option; it is a critical test of Iran's capacity for strategic governance in health. The window of opportunity remains open, but decisive action cannot be postponed any longer.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-06]

Copyright © 2026 The Author(s); Published by Lorestan University of Medical Sciences.

This is an open-access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/), which permits others to copy and redistribute material just in non-commercial usages, provided the original work is properly cited.

یافتـــه
دوره ۲۸، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵

DOI: 10.22034/yafteh.28.2.88

سخن سردبیر

پزشک خانواده؛ آزمون بزرگ حکمرانی سلامت در ایران

مسعود بهزادی‌فر[۱]

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

***نویسنده مسئول:** مسعود بهزادی فر، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران. ایمیل: masoudbehzadifar@gmail.com

استناد: بهزادی‌فر، مسعود. پزشک خانواده؛ آزمون بزرگ حکمرانی سلامت در ایران. یافته. دوره ۲۸، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵.

واژگان کلیدی:
سیاست گذاری سلامت
حکمرانی
پزشک خانواده

چکیده

برنامه پزشک خانواده، نزدیک به دو دهه است که به عنوان راهبردی کلیدی برای ساماندهی نظام سلامت ایران مطرح شده، اما همچنان در مرحله وعده باقی مانده است. اجرای این برنامه می تواند نظام سلامت را از رویکرد واکنشی و درمان محور به سمت مراقبت پیوسته و پیشگیرانه سوق دهد، هزینه ها را کاهش دهد و عدالت را در دسترسی به خدمات ارتقا بخشد. تأخیر طولانی مدت در اجرا، بیش از آنکه ناشی از کمبود منابع باشد، ریشه در چالشهای حکمرانی، نبود هماهنگی بین بخشی، ضعف زیرساختها و فقدان عزم راهبردی دارد. تحقق این برنامه، نیازمند سیاستگذاری یکپارچه، تأمین منابع پایدار، سرمایه گذاری در نیروی انسانی و فرهنگسازی عمومی است و آزمونی جدی برای کارآمدی نظام مدیریت سلامت کشور محسوب میشود.

Copyright © 2026 The Author(s); Published by Lorestan University of Medical Sciences.

This is an open-access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/), which permits others to copy and redistribute material just in non-commercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-06]

سرمقاله

نزدیک به دو دهه از طرح ایده پزشک خانواده در نظام سلامت ایران می گذرد. ایده ای که از همان ابتدا به عنوان یکی از هوشمندانه ترین راهکارها برای ساماندهی نظام سلامت معرفی شد؛ راهبردی که وعده می داد با ایجاد یک نقطه اتکای واحد برای هر شهروند، پراکندگی خدمات درمانی را سامان دهد، هزینه های سربار را کاهش دهد و از همه مهمتر، سلامت را از یک واکنش درمانی صرف به یک فرآیند مستمر و پیشگیرانه تبدیل کند. با این همه، این وعده همچنان در هاله ای از ابهام باقی مانده و این پرسش اساسی مطرح است که چرا طرحی با این همه مزیت، همچنان بر زمین مانده است و چه باید کرد تا از این بن بست طولانی عبور کنیم [۱].

پزشک خانواده در اصل، قلب تپنده یک نظام سلامت کارآمد است. این برنامه، بیمار را از سرگردانی میان مطب های متعدد و درمانگاه های شلوغ نجات میدهد و با ایجاد یک رابطه مستمر و مبتنی بر اعتماد میان پزشک و بیمار، امکان تشخیص به موقع، درمان منطقی و پیگیری مداوم را فراهم می آورد. از سوی دیگر، نظام ارجاع که به عنوان مکمل ضروری این طرح شناخته می شود، دسترسی به خدمات تخصصی را هدفمند کرده و از اتلاف منابع هنگفت جلوگیری می نماید. در عصری که هزینه های سلامت روزبه روز گران تر می شود و جمعیت کشور به سمت سالمندی پیش می رود، اجرای این برنامه نه یک انتخاب، بلکه یک الزام استراتژیک برای بقای نظام سلامت تلقی می شود [۲].

اما چرا با وجود این مزایای آشکار، هنوز شاهد اجرای کامل این طرح در سراسر کشور نیستیم؟ شاید مهمترین مانع را بتوان در نبود عزمی فرابخشی و یکپارچه جستجو کرد. اجرای پزشک خانواده صرفاً یک پروژه وزارت بهداشت نیست؛ این برنامه نیازمند هماهنگی میان نهادهای بیمه ای، سازمان برنامه و بودجه، نظام پزشکی و حتی نهادهای آموزشی کشور است. هر کدام از این بازیگران سهمی در موفقیت طرح دارند و ناهماهنگی میان آنها، طرح را از مسیر اصلی خود منحرف کرده است [۳].

عامل دیگر، به چالش های ساختاری و مدیریتی بازمی گردد. نظام سلامت ایران سالهاست که با رویکردی بیمارستان محور و واکنشی اداره می شود و تغییر به سمت یک نظام پیشگیرانه و مبتنی بر مراقبت اولیه، نیازمند تحولی عمیق در نگرش مدیران و سیاستگذاران است. این تحول، نیازمند طراحی دقیق ساختارهای جدید، تعیین نقش ها و مسئولیت ها به صورت شفاف و ایجاد انگیزه های مناسب برای تمامی ذینفعان است. پزشکان، پرستاران، بیمه ها، بیماران و حتی مدیران بیمارستانها همگی باید نقش جدید خود را در این نظام بازتعریف کنند و این بازتعریف، به سیاستگذاری هوشمندانه و مشارکت جویی نیاز دارد که متأسفانه در سالهای گذشته کمتر به آن توجه شده است [٤].

نکته حائز اهمیت دیگر، ضرورت ایجاد زیرساختهای فنی و اطلاعاتی است. استقرار نظام ارجاع الکترونیک و پرونده الکترونیک سلامت، یکی از پیش شرط های اجتناب ناپذیر برای اجرای موفق پزشک خانواده محسوب می شود. بدون چنین زیرساختی، امکان پیگیری مستمر بیمار و تبادل اطلاعات میان سطوح مختلف ارائه خدمت میسر نخواهد بود و عملاً یکی از مهمترین کارکردهای این طرح، یعنی یکپارچگی اطلاعات سلامت، از بین خواهد رفت. سرمایه گذاری در این حوزه، هرچند زمان بر و هزینه بر است، اما زیربنای هرگونه تحول پایدار در نظام سلامت خواهد بود [٥].

از سوی دیگر، موضوع منابع مالی را نم یتوان نادیده گرفت. اجرای این برنامه، مستلزم تأمین منابع پایدار و قابل اتکاست که هم هزینه های جاری طرح را پوشش دهد و هم بتواند انگیزه کافی برای مشارکت فعال جامعه پزشکی و کادر سلامت فراهم آورد. تجربه سالهای گذشته نشان داده که تخصیص اعتبارات مقطعی و غیرمستمر، نه تنها کمکی به اجرای طرح نمیکند، بلکه اعتماد تمامی بازیگران را نسبت به جدیت و پایداری این برنامه مخدوش می سازد. الگوی تأمین مالی باید به گونهای طراحی شود که منابع آن، پیش بینی پذیر و پایدار باشد و در طول زمان، دچار نوسانهای شدید نشود [٦].

نکته ظریف تر، به موضوع فرهنگسازی و پذیرش اجتماعی باز می گردد. مردم ایران سالهاست که به دریافت خدمات درمانی مستقیم و بدون واسطه عادت کرده اند و نظام ارجاع برای بسیاری از آنها، مفهومی ناآشنا یا حتی مزاحم تلقی می شود. این نگاه، نیازمند اصلاح از طریق اطلاع رسانی شفاف و مستمر و نیز ارائه تجربیات موفق و ملموس برای عموم مردم است. بدون همراهی و مشارکت فعال مردم، هر طرحی، هرچند از نظر علمی بی نقص باشد، با مانع بزرگ عدم پذیرش اجتماعی مواجه خواهد شد [۷].

و اما نیروی انسانی؛ این برنامه نیازمند پزشکان عمومی توانمند و آموزش دیده ای است که نقش محوری در نظام ارجاع ایفا کنند. تقویت آموزش های عمومی پزشکی، ایجاد دوره های بازآموزی مستمر و فراهم سازی مسیرهای پیشرفت شغلی، از جمله اقداماتی است که می تواند انگیزه پزشکان عمومی را برای پذیرش نقش کلیدی خود در این نظام افزایش دهد [۸]. در نهایت، تحقق کامل پزشک خانواده، مستلزم طراحی یک نقشه راه جامع و گام به گام است که در آن اولویتها مشخص باشد و به جای شتابزدگی یا توقف، برنامهای واقع بینانه برای استقرار تدریجی

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-06]

این نظام در سراسر کشور تدوین گردد. این نقشه راه باید متناسب با شرایط بومی استانهای مختلف طراحی شود و امکان بازخورد و اصلاح مستمر را در خود داشته باشد [۹].

پزشک خانواده، وعده دیروز و ضرورت امروز نظام سلامت ایران است. گذر از این برزخ طولانی، نیازمند اراده ای جمعی و فراتر از رویه های گذشته است. سیاستگذاران، مدیران، جامعه پزشکی و مردم، همگی باید در این مسیر گام بردارند؛ آنگاه می توان امیدوار بود که این طرح کهنسال، سرانجام از خواب طولانی بیدار شود و نظام سلامت کشور را به افق های نوینی از کارآمدی و عدالت برساند.

تعارض منافع

نویسنده اعلام می دارد هیچگونه تعارض منافعی در نگارش این پژوهش ندارد.

حمایت مالی

نویسنده برای انجام این پژوهش از هیچ حمایت مالی استفاده نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به اینکه این مقاله از نوع سخن سردبیر است ، ملاحظات اخلاقی موضوعیت ندارد.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-06]

References

1. Mohammadibakhsh R, Sohrabi R, Aghighi N, Alihosseini S, Behzadifar M, Martini M, et al. Barriers and challenges of establishing family physician policy for urban population: evidence from a qualitative study in Iran. J Prev Med Hyg. 2024;65(3):E434-E441. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.3.3346
2. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Taheri Moghadam S, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: a systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. Fam Pract. 2018;35(6):652-660. DOI: 10.1093/fampra/cmy035
3. Shams L, Mobinizadeh M, Nasiri T, Mohammadi F. Prioritizing implementation solutions for the urban family physician policy in Iran: a multi-criteria decision-making study. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):143. DOI: 10.1186/s12913-025-12291-x
4. Moghri J, Arabloo J, Rahatlou MB, Saadati M, Yousefzadeh N. Current knowledge of physicians' dual practice in Iran: a scoping review and defining the research agenda for achieving universal health coverage. PLoS One. 2022;17(11):e0277896. DOI: 10.1371/journal.pone.0277896
5. Lankarani KB, Honarvar B, Shahabi S, Zarei F, Behzadifar M, Hedayati M, et al. The challenges of urban family physician program over the past decade in Iran: a scoping review and qualitative study with policy-makers. J Prev Med Hyg. 2023;64(2):E232-E264. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.2.3029
6. Mehrolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1336. DOI: 10.1186/s12913-021-07367-3
7. Safarpoor Z, Lotfi F, Bayati M, Moordzade H, Goudarzi Z, Keshavarz K. The effect of family physician program and health transformation plan on utilization and cost of health services. Cost Eff Resour Alloc. 2025;23(1):30. DOI: 10.1186/s12962-025-00637-5
8. Heidarzadeh A, Hedayati B, Huntington MK, Madani ZH, Farrokhi B, Mohseni F, et al. Near two decades of the family physician program in Iran and the structural challenges: a systematic review. Int J Prev Med. 2023;14:44. DOI: 10.4103/ijpvm.ijpvm_234_22
9. Kakemam E, Hajizadeh A, Doshmangir L. Insufficient evidence on the effectiveness of family physician program in Iran: a systematic review of existing literature. BMC Public Health. 2026;26(1):951. DOI: 10.1186/s12889-026-26636-6

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-10-06]