



Factors Affecting the Acceptance of Referral System and Family Physician in Alborz Province, Iran

Sudeh Bagheri Rizi¹ MA, Mohammad Ahmadi^{2*} PhD, Mahtab Shahbazi³ MA, Rohollah Javadi⁴ PhD

¹ Department of Strategic Management, Payame Noor University, Saveh, Iran

² Department of Business Management, Payame Noor University, Tehran, Iran

³ Department of Public Administration, Payame Noor University, Saveh, Iran

⁴ Department of Accounting, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Correspondence to: Mohammad Ahmadi. Email: ahmadi1284@pnu.ac.ir

Received: August 31, 2022

Revised: January 27, 2023

Accepted: April 24, 2023

Online Published: May 27, 2023

Abstract

Introduction: The implementation of the family physician program in Iran Health Insurance Organization will change the payment system, reduce payments at the first level of service provision, and create a referral system. This study has been conducted with the aim of investigating the factors influencing the adoption of the referral system and the family physician of health insurance, including the adoption of the referral system, the creation of infrastructure and reforms, management factors, public interests, appropriate health system policies, appropriate health insurance structure and satisfaction.

Methods: The current research is descriptive and correlational in terms of applied purpose and data collection method. 184 people were included in the study by census. The data collection tool is a questionnaire with closed questions. After confirming the face validity and construct validity and reliability of the research instrument (Cronbach's alpha 0.848), data analysis was performed using structural equation modeling (PLS-SEM).

Results: The findings of this research showed that the insurance structure in the health system was the most influential factor on the acceptance of the referral system and the family physician, and the effect path coefficient was estimated at 0.231. In addition to these policies included in the guidelines of the family physician program, infrastructure and reforms in society, management factors, public interest and satisfaction are other factors that have been confirmed to have an effect on the adoption of the family physician and referral system.

Conclusion: According to the findings, in addition to the appropriate health insurance structure, management and satisfaction factors are more important in accepting the referral system and the family physician. It seems that the insurance structure can create a sense of justice for people regarding health insurance because the plan of the referral system and family physician is based on necessities such as establishing proper access to the people of the country, equality in benefiting from health and treatment services, as well as the purposefulness of providing services and productivity. It is formed from the available human resources.

Keywords: Referral System, Family Physician, Iran Health Insurance Organization

Highlights

1. The development of Iran's health insurance system as well as the establishment of a family physician and referral system seems necessary.
2. Management and satisfaction factors are more important in accepting the referral system and family physician.

Citation:

Bagheri Rizi S, Ahmadi M, Shahbazi M, Javadi R. Factors affecting the acceptance of referral system and family physician in Alborz province, Iran. Iran J Health Insur. 2023;6(1):47-56.



عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده در استان البرز

سوده باقری ریزی^۱ MA، محمد احمدی^۲ PhD^{ID}، مهتاب شهبازی^۳ MA، روح‌الله جوادی^۴ PhD

^۱ گروه مدیریت استراتژیک، دانشگاه پیام نور، ساوه، ایران

^۲ گروه مدیریت بازرگانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳ گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، ساوه، ایران

^۴ گروه حسابداری، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمد احمدی، پست الکترونیک: ahmadi1284@pnu.ac.ir

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۴

تصحیح: ۱۴۰۱/۱۱/۰۷

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۰۹

چکیده

مقدمه: اجرای برنامه پزشک خانواده، در سازمان بیمه سلامت ایران موجب تغییر در سیستم پرداخت، کاهش پرداخت‌ها در سطح اول ارائه خدمات و ایجاد یک سیستم ارجاع خواهد شد. این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده بیمه سلامت، شامل پذیرش نظام ارجاع، ایجاد زیرساخت و اصلاحات، عوامل مدیریتی، منافع عمومی، سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت، ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت و رضایتمندی انجام گرفته است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی و از نوع همبستگی است. ۱۸۴ نفر به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه، با سؤالات بسته است. پس از تأیید روایی صوری و روایی سازه و پایایی ابزار پژوهش (آلفای کرونباخ ۰/۸۴۸)، تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (PLS-SEM) انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ساختار بیمه در نظام سلامت تأثیرگذارترین عامل بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده بوده و ضریب مسیر اثر به میزان ۰/۲۳۱ برآورد شده است. علاوه بر این سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده، زیرساخت و اصلاحات در جامعه، عوامل مدیریتی، منافع عمومی و رضایتمندی دیگر عواملی هستند که تأثیرگذاری آنها بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده تأیید شده است. **نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌ها علاوه بر ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت، عوامل مدیریتی و رضایتمندی از اهمیت بیشتری در پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده برخوردار هستند. به نظر می‌رسد ساختار بیمه‌ای می‌تواند تا حد زیادی احساس عدالت افراد نسبت به بیمه‌ای سلامت ایجاد کند زیرا طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده بر اساس ضرورت‌هایی چون برقراری دسترسی مناسب آحاد کشور، برابری در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین هدفمندی ارائه خدمات و بهره‌وری از امکانات نیروی انسانی موجود شکل گرفته است.

واژگان کلیدی: نظام ارجاع، پزشک خانواده، سازمان بیمه سلامت ایران

نکات ویژه

- ۱- توسعه نظام بیمه سلامت ایران و همچنین ایجاد نظام ارجاع و پزشک خانواده ضروری به نظر می‌رسد.
- ۲- عوامل مدیریتی و رضایتمندی از اهمیت بیشتری در پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده برخوردار است.

مقدمه

و در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه‌های اصلاحی تحت فشار قرار گرفته‌اند. اگرچه اهداف اصلاحات برحسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه‌یافتگی در ظاهر می‌تواند متفاوت از هم باشد اما در حالت کلی تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر

با آنکه استقرار نظام سلامت از اصول بنیادین توسعه محسوب می‌شود، هنوز بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان به شکل مناسب و کارآمدی اداره نمی‌شوند [۱]. در دو دهه اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته

در آینده کشور گذشته، تاکنون در زمینه اجرای این طرح در کشور، توفیق چندانی به دست نیامده و آنچه در عمل به وقوع پیوسته، محدود شدن اجرای آن به روستاها و دو استان فارس و مازندران به صورت پایلوت آن هم به سبک و روشی متفاوت از اهداف اصلی خود برنامه پزشک خانواده است [۸].

در سال‌های اخیر، سازمان بیمه سلامت با رفع برخی از موانع کلیدی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، از جمله ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، برای رسیدن به سلامت بهتر در آینده کشور از طریق پیشگیری و ارتقای سلامت، مجدد در سال ۱۳۹۷ راهاندازی شده است. با اینکه سازمان‌های خدماتی، به خصوص بیمه سلامت، به اهمیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و همچنین طرز پیگیری و مراقبت از بیمار به واحد ارجاع دهنده واقفند، برخی از بیمه‌شدگان تمایلی به استفاده از خدمات آن ندارند و تا حدودی به آن بی‌اعتماد هستند [۹]. استان البرز نیز مانند سایر نقاط کشور از این قاعده مستثنی نیست.

یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور برعهده این سازمان نهاده شده که در آن، زمینه تحقق اهداف بلندی از جمله تجمیع منابع مالی سلامت، رفع همپوشانی بیمه‌های درمانی، برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت، تأمین پوشش کامل بیمه سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی حوزه بیمه سلامت، تشکیل امور مراکز طرف قرارداد، تشکیل پرونده سلامت، فعال‌سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان به ۳۰ درصد باید فراهم شود.

کولسنیک و همکاران در سال ۲۰۲۱ در مطالعات خود به بررسی تحلیل راهبردهای اجرای یک برنامه پزشک خانوادگی به منظور غربالگری دولتی مبتنی بر شواهد بیماری‌های رایج در کشور اوکراین پرداختند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل SWOT در پژوهش مذکور نشان داد که نقاط قوت داخلی رویکرد توانمندسازی چند بعدی از پایین به بالا، آموزش غربالگری مبتنی بر شواهد و توسعه یک پلتفرم مبتنی بر اینترنت «مشاور غربالگری» برای کمک به تصمیم‌گیری مشترک برای برنامه‌های غربالگری فردمحور است. نقاط ضعف داخلی که برای پزشکان خانواده مشخص شده، شامل غربالگری ناهمگن و خطر کاهش انگیزه برای غربالگری است [۱۰]. سپهری و همکاران در سال ۲۰۲۰ مطالعات مربوط به بررسی اجرا و عملکرد برنامه پزشک خانواده در ایران و کشورهای منتخب را انجام دادند. نتایج حاصل

حوزه سلامتی هدف اصلی هر نظام اصلاحی است [۲]. در کشور ما سهم سلامت از تولید ناخالص ملی ۶/۷ درصد است. این در حالی است که متوسط این شاخص در کشورهای پیشرفته حدود ۱۲ درصد است. هدف از اصلاح نظام سلامت در ایران دست زدن به سلسله تغییراتی هدفمند و مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی و اصلاح نظام بوده است. برنامه پزشک خانواده به عنوان شالوده دست زدن به اصلاح نظام سلامت انتخاب شده است [۳، ۴]. بنابراین با توجه به اینکه سلامت و امنیت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه محسوب می‌شود، دولت موظف به تأمین آنها با رعایت اصل عدالت است.

پس از جنگ جهانی دوم، با افزایش تخصص‌های پزشکی، جهان شاهد به انزوا رفتن پزشکان عمومی بود. بر این اساس طرح پزشک خانواده، با هدف تشکیل پرونده سلامت برای همه اعضای خانوارهای تحت پوشش بیمه سلامت، انجام معاینات دوره‌ای و ثبت کلیه خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده در سطح اول و همچنین خدمات تشخیصی و درمانی ارائه شده توسط متخصصان و همکاران آنها در سطح ۲ و ۳ در قالب نظام ارجاع، برای نخستین بار در سال ۱۹۵۰ در انگلیس اجرا شد [۵]. بعد از آن به اروپا، کانادا و سایر کشورها که در زمینه بهداشت و درمان پیشرفت قابل توجهی داشتند، گسترش یافت. سازمان بهداشت جهانی پزشک خانواده را به عنوان پایه بهبود کیفیت، مقرون به صرفه بودن و عدالت در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی پیشنهاد می‌کند [۶].

طرح پزشک خانواده در ایران، در پی دلایلی از جمله تغذیه ناسالم، بی‌حرکی، وجود مشکلات بهداشتی و شیوع بیماری‌های عفونی، قلبی-عروقی، هزینه‌های بالای درمان و بستری شدن در بیمارستان‌ها، و همچنین هزینه‌های بالای رفت و آمد از روستاها و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ، با مصوبه مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۴، ابتدا در روستاها و شهرهای کوچک اجرا شد. سپس با دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال ۱۳۹۱ در مناطق شهری و نهایتاً کل کشور گسترش یافت [۷]. بنابراین براساس قوانین موجود، همچون برنامه‌های ۵ ساله توسعه چهارم و پنجم، این طرح می‌بایست تاکنون در سرتاسر ایران اجرایی می‌شد [۸] اما با اینکه قریب به ۱۵ سال از معرفی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای رسیدن به سلامت بهتر

پزشکان خانواده شهری و سیستم ارجاع در استان‌های فارس و مازندران پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش ایشان نشان داد که برنامه پزشک خانواده با چالش‌هایی از جمله مباشرت ارائه خدمات، منابع انسانی، مالی و اطلاعاتی زیادی روبه‌رو است. البته این برنامه موجب افزایش دسترسی به خدمات، افزایش هماهنگی بین سازمان‌های بیمه و دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌دهی و مدیریت پرونده‌های بهداشتی در مناطق مورد مطالعه شده است [۱۴].

بلاوبروک و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی تسهیل پیگیری پزشک خانواده از بازماندگان سرطان‌های دوران کودکی برای سلامتی آنها در دوره بزرگسالی با استفاده از یک طرح مراقبت پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش ایشان نشان داد که «طرح مراقبت از بازماندگان مبتنی بر وب» برای بازماندگان و پزشکان خانواده می‌تواند به عنوان یک وسیله ارتباطی مؤثر برای ارائه مراقبت مشترک کافی توسط کلینیک پیگیری طولانی‌مدت و پزشکان خانواده باشد. علاوه بر این، اکثر بازماندگان و پزشکان خانواده از طرح مراقبت راضی بودند [۱۵].

ظهیری و همکاران در سال ۱۳۹۶ در پژوهش خود سیاست‌های برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را از دیدگاه پزشکان عمومی در مناطق شهری استان خوزستان بررسی کردند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که در راستای اجرای طرح نظام ارجاع، ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش‌های نظام سلامت از جمله فرهنگ‌سازی در جامعه، سیستم اطلاعات سلامت، تربیت نیروی انسانی ماهر و مرتبط و دستورالعمل‌های مرتبط با نظام پرداخت و چگونگی ارائه خدمت ضروری است [۱۶].

بیاتی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود بیان کردند که دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده در زمینه پویاسازی شامل دو درون‌مایه «عوامل مدیریتی (سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی نیروی انسانی، فرایند ارائه خدمات، ارزشیابی، آشناسازی، منافع بهداشتی و درمانی و منافع اقتصادی) و منافع عمومی (عوامل بازدارنده اداری، عوامل بازدارنده رفاهی، عوامل بازدارنده انگیزشی، توجیه ناکافی نظام بهداشتی و درمانی و توجیه ناکافی مردم)» بود [۱۷].

تاکنون مطالعات متعددی در بافت‌ها و سطوح مختلف در زمینه نظام ارجاع و پزشک خانواده صورت گرفته، اما مسئله

از این پژوهش نشان داد که در اجرای برنامه پزشک خانواده و اختلاف نسبتاً کمی و در عملکرد آن بین ایران و کشورهای منتخب مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد [۱۱].

فردید و همکاران در سال ۲۰۱۹ در مطالعات خود به بررسی چالش‌ها و نقاط قوت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش ایشان نشان داد که رفع کمبود کارکنان، کاهش مقاومت عمومی و از بین بردن مراجعه‌های غیرضروری از جمله راهکارهای مورد استفاده فارس در طول اجرای پزشک خانواده بود [۶]. هوشمند و همکاران در سال ۲۰۱۹ در پژوهشی خود به تحلیل چالش‌های موجود برنامه پزشک خانواده در سال ۲۰۱۶ در استان خراسان از دیدگاه پزشکان و مدیران شاغل در این برنامه پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش ایشان نشان داد که از نظر مدیران، بزرگ‌ترین و کوچک‌ترین چالش‌ها به ترتیب مربوط به سیستم اطلاعاتی و ارزیابی است. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بزرگ‌ترین چالش‌ها در حوزه جبران خدمات، سیستم بیمه خدمات درمانی، استخدام و نگهداری منابع انسانی و مالی است [۱۲].

کاووسی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی عملکرد سیستم ارجاع در برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش ایشان نشان داد مهم‌ترین مشکلات سیستم ارجاع شامل ارجاع به خود، فرم‌های ناقص ارجاع و مراجعه غیرضروری بود. مراجعه به خود از طریق آموزش، ایجاد سیستم ارجاع الکترونیکی و معیارهای قانونی قابل حل است. همچنین آموزش پزشکان، ساخت سیستم ارجاع الکترونیکی و استفاده از اقدامات کمکی و تشویقی کارکنان می‌تواند ناقص بودن فرم‌های ارجاع را کاهش دهد. برای کاهش مراجعه‌های غیرضروری بیماران، ایجاد دستورالعمل‌های ارجاع ممکن است بسیار مؤثر باشد [۱۳]. دهنویه و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به ارزیابی سیستم ارجاع در برنامه پزشک خانواده روستایی ایران پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش ایشان نشان داد که وضعیت ارجاع به سطح ۲ در مطالعه حاضر ضعیف بود. از این رو سهولت دسترسی به خدمات تخصصی سطح ۲ و مداخله آموزشی برای کارکنان بهداشت و درمان و آشنایی افراد با اهداف برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع توصیه شده است [۹].

دماری و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی به ارزیابی برنامه

مقالات، مجلات داخلی و خارجی، طرح‌های پژوهشی و بانک‌های اطلاعاتی اینترنتی برای تدوین و نگارش بخش ادبیات موضوع و مبانی نظری استفاده شد.

همچنین برای پاسخگویی به سؤالات پژوهش، از روش میدانی استفاده شد. ابزار و تکنیک جمع‌آوری داده‌ها در این بخش به صورت پرسشنامه محقق‌ساخته با سؤالات انتها بسته و به صورت چندگزینه‌ای و طیف لیکرت است که باتوجه به اهداف و چارچوب نظری پژوهش تهیه شد. این پرسشنامه ۴۴ سوالی شامل سؤالات مربوط به پذیرش نظام ارجاع، ایجاد زیرساخت و اصلاحات، عوامل مدیریتی، منافع عمومی، سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت، ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت و رضایتمندی بود (جدول ۱). پایایی پرسشنامه حاضر به شرح جدول ۲ مورد بررسی قرار گرفت.

برای بررسی روایی پرسشنامه از روایی صوری و روایی سازه استفاده شده، به این صورت که پرسشنامه به متخصصان موضوعی (به کارگیری نظر ۱۰ تن از اساتید و کارشناسان) تحویل داده شد، از آنان در مورد هر سؤال و توانایی آن سؤال درخصوص ارزیابی هدف مربوطه نظر خواهی شد. با نظر آنان اصلاحات مورد نیاز در پرسشنامه صورت گرفت و در نهایت روایی صوری پرسشنامه توسط آنان مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این برای تأیید روایی سازه، از آزمون میانگین واریانس استخراجی AVE و آزمون فورنل-لارکر استفاده شده است.

جدول ۳ نتایج روش فورنل و لارکر در زمینه بررسی روایی واگرا را نشان می‌دهد. جذر AVE هر متغیر در قطر اصلی قرار دارد و مقادیر همبستگی متغیرها در زیر قطر اصلی قرار گرفته

این بوده که هیچ کدام از جامعیت و کفایت لازم برخوردار نبوده و اکثر آنها به بررسی موانع اجرایی طرح و شناسایی عوامل مؤثر بر آن پرداخته‌اند. بنابراین هیچ یک از مقالات مذکور میزان اثر عوامل تأثیرگذار را بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده بررسی نکرده‌اند. این مقاله قصد دارد تا عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده در صنعت بیمه سلامت را که عمدتاً از عوامل اجرایی طرح هستند، بررسی کند. بدیهی است شناخت این عوامل، اطلاعات جامع و شفاف را برای تصمیم‌گیری درخصوص اجرایی ساختن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار می‌دهد.

روش بررسی

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی تلقی می‌شود و از نظر روش و شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی و رگرسیون است، زیرا در انجام پژوهش حاضر، پژوهشگر از روش آمار استنباطی و مدل‌سازی معادلات ساختاری برای بررسی تأثیرگذاری متغیرها و روابط بین آنها استفاده کرده است. بدین منظور از الگویابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شده که یک روش همبستگی چندمتغیری است. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه کارکنان در بخش دولتی و خصوصی بیمه سلامت استان البرز است که ۹۵ نفر از آنها در بخش دولتی و ۸۹ نفر دیگر در بخش خصوصی در بخش‌های کرج، فردیس، ساوجبلاغ و نظرآباد مشغول به کار هستند. در این مطالعه نمونه‌گیری صورت پذیرفت و کلیه افراد جامعه (۱۸۴ نفر) وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از روش کتابخانه‌ای، مانند مطالعه کتاب‌ها،

جدول ۱ | متغیرهای استفاده شده در پژوهش

شماره	متغیر	شماره سوال	منابع پرسشنامه
۱	پذیرش نظام ارجاع	سوال ۱ تا ۶	کوه پیمای جهرمی و همکاران (۱۳۹۶)
۲	ایجاد زیرساخت و اصلاحات	سوال ۷ تا ۱۰	ظهیری و همکاران (۱۳۹۶) [۱۶]
۳	عوامل مدیریتی	سوال ۱۱ تا ۱۵	بیاتی و همکاران (۱۳۹۳) [۱۷]
۴	منافع عمومی	سوال ۱۶ و ۱۷	بیاتی و همکاران (۱۳۹۳) [۱۷]
۵	سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت	سوال ۱۸ تا ۲۸	توکلی و همکاران (۱۳۹۶) [۱۸]
۶	ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت	سوال ۲۹ تا ۳۹	توکلی و همکاران (۱۳۹۶) [۱۸]
۷	رضایتمندی	سوال ۴۰ تا ۴۴	موسی زاده (۱۳۹۴)

جدول ۲ | ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی

متغیرها	ضریب آلفای کرونباخ (Alpha >0.7)	ضریب پایایی ترکیبی (CR>0.7)	نتیجه
ایجاد زیر ساخت و اصلاحات	۰/۷۶۴	۰/۸۵۰	مطلوب
رضایتمندی	۰/۷۶۶	۰/۸۴۴	مطلوب
ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت	۰/۹۱۰	۰/۹۲۵	مطلوب
سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت	۰/۹۲۲	۰/۹۳۴	مطلوب
عوامل مدیریتی	۰/۹۱۰	۰/۹۳۳	مطلوب
منافع عمومی	۰/۸۰۷	۰/۹۱۲	مطلوب
پذیرش نظام ارجاع	۰/۸۶۲	۰/۸۶۲	مطلوب

محاسبه شده بین تمامی متغیرهای مستقل مدل و وابسته موجود در مدل بزرگ‌تر از ۱/۹۶ بوده و در سطح ۹۵ درصد معنادار هستند.

جدول ۳ | نتایج روایی واگرا به روش فورنل و لارکر

متغیرها	ایجاد زیر ساخت و اصلاحات	رضایتمندی	ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت	سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت	عوامل مدیریتی	منافع عمومی	پذیرش نظام ارجاع
ایجاد زیرساخت و اصلاحات	۰/۷۷						
رضایتمندی	۰/۳۷	۰/۷۲					
ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت	۰/۳۱	۰/۵۴	۰/۷۳				
سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت	۰/۲۳	۰/۵۰	۰/۴۵	۰/۷۵			
عوامل مدیریتی	۰/۴۵	۰/۳۰	۰/۲۳	۰/۱۶	۰/۸۶		
منافع عمومی	۰/۵۷	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۳۱	۰/۵۵	۰/۹۲	
پذیرش نظام ارجاع	۰/۵۸	۰/۶۱	۰/۵۸	۰/۴۸	۰/۵۴	۰/۶۱	۰/۷۷

جدول ۴ | توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش

درصد فراوانی	فراوانی	متغیرهای جمعیت‌شناختی
۵ سال و کمتر	۳۲	۱۸/۳
۶ تا ده سال	۷۷	۴۴
۱۱ تا ۱۵ سال	۳۶	۲۰/۶
بیشتر از ۱۵ سال	۳۰	۱۷/۱
دیپلم	۳	۱/۷
کارشناسی	۶۴	۳۶/۵
کارشناسی ارشد	۲۸	۱۶
فوق لیسانس و بالاتر	۸۰	۴۵/۷
کل	۱۷۵	۱۰۰/۰

جدول ۵ | نتایج مربوط به معناداری روابط بین متغیرها

مسیر: متغیر مستقل ← متغیر وابسته	β	t_value	سطح معناداری	نتیجه
ایجاد زیر ساخت و اصلاحات ← پذیرش نظام ارجاع	۰/۱۹۵	۲/۸۷۲	۰/۰۰۴	معنادار
عوامل مدیریتی ← پذیرش نظام ارجاع	۰/۲۰۸	۴/۰۶۹	۰/۰۰۱	معنادار
منافع عمومی ← پذیرش نظام ارجاع	۰/۱۸۹	۳/۱۸۴	۰/۰۰۲	معنادار
سیاست‌گذاری مناسب نظام سلامت ← پذیرش نظام ارجاع	۰/۱۳۰	۲/۹۷۸	۰/۰۰۳	معنادار
ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت ← پذیرش نظام ارجاع	۰/۲۳۱	۳/۷۶۷	۰/۰۰۱	معنادار
رضایتمندی ← پذیرش نظام ارجاع	۰/۲۱۷	۲/۹۶۷	۰/۰۰۳	معنادار

است. لزوم تأیید روایی واگرا در این روش، بیشتر بودن قطر اصلی از مقادیر زیرین آن است که در این پژوهش، این اتفاق رخ داده و روایی واگرا به روش فورنل و لارکر تأیید می‌شود. در نهایت برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (PLS-SEM) استفاده شد.

شکل ۱ یک چارچوب مفهومی از پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده را ارائه می‌دهد که نه تنها این مفهوم را در زمینه‌های نظری وسیع‌تری پایه‌گذاری می‌کند، بلکه آن را در درون نظریه‌های اساسی سطح خرد خود جای می‌دهد. توجه به این نکته مهم است که نظریات کمی مستقیماً به پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده، پرداخته‌اند.

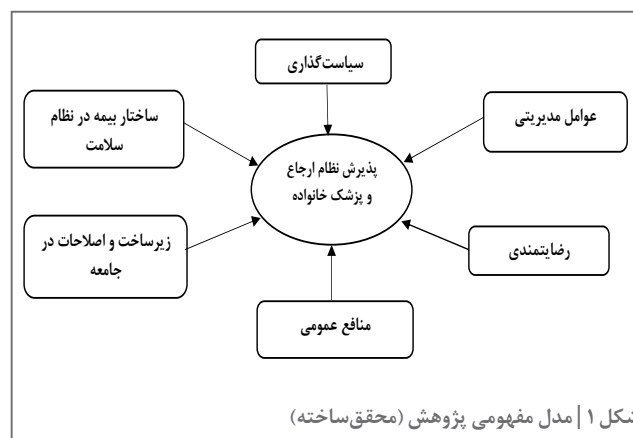
یافته‌ها

در پژوهش حاضر محقق برای بررسی تحلیل توصیفی از مولفه‌های (سابقه کار و تحصیلات) استفاده کرده که در جدول ۴ به آن اشاره شده است.

نمودار ۱ و ۲ ضرایب استاندارد و معناداری را برای مدل اندازه‌گیری (ضرایب t برای سوالات و متغیرها مربوط به آنها) و مدل ساختاری (ضرایب t برای مسیرهای مطرح شده در مدل در بین متغیرها) نشان می‌دهد.

پس از بررسی مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری و کلی باید به تفسیر فرضیات پرداخته شود. تصمیم‌گیری درخصوص تأیید یا رد فرضیات بر اساس مقدار آماره تی و سطح معناداری صورت خواهد گرفت. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ و یا مقدار تی بیشتر از ۱/۹۶ تأیید فرضیات را نشان می‌دهد (جدول ۵).

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، مقادیر t

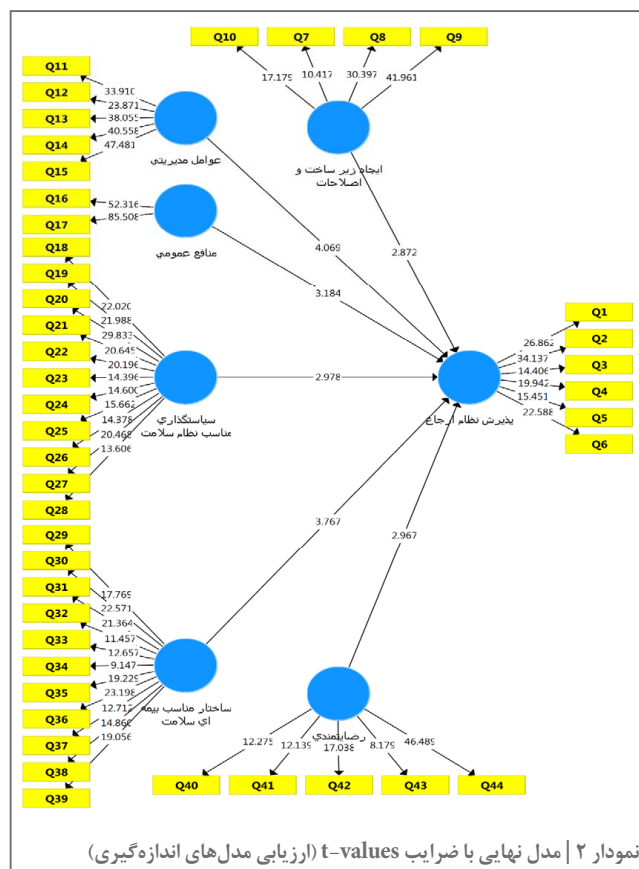
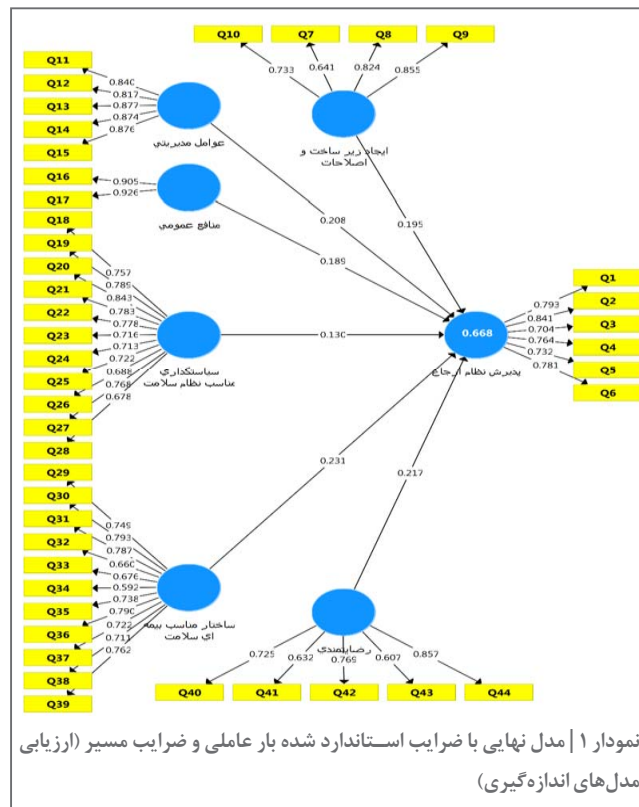


بحث

این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده در سازمان بیمه سلامت از نظر عوامل اجرایی طرح در استان البرز انجام شد و با بررسی پیشینه پژوهش ۶ متغیر سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و ساختار بیمه در نظام سلامت، نیاز به ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش‌های سلامت، عوامل مدیریتی و منافع عمومی و رضایتمندی به عنوان عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفتند. توسعه نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهم‌ترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران است.

سازمان بیمه سلامت ایران به عنوان یکی از مهم‌ترین مصوبات دولت خدمتگزار به ارائه خدمات درمانی یکسان به بیمه‌شدگان در سراسر کشور می‌پردازد. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن نهاده شده و زمینه تحقق اهداف بلندی از جمله تجمیع منابع مالی سلامت، رفع همپوشانی بیمه‌های درمانی، برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت، تأمین پوشش کامل بیمه سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی حوزه بیمه سلامت، تشکیل امور مراکز طرف قرارداد، تشکیل پرونده سلامت، فعال‌سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان به ۳۰ درصد محقق می‌شود.

مرور شواهد نظری و پژوهشی حاکی از این است که کشورهای پیشرو در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توانسته‌اند با رویکرد سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع با هزینه‌کرد کارآ و اثربخش منابع منجر به عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای رضایت مردم و ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی شوند [۱۱]. اما در ایران با گذشت قریب به ۱۰ سال از پیاده‌سازی و عملکرد برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع بیمار، با چالش‌ها و بارهای جدی روبه‌رو



و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند اجرای برنامه پزشک خانواده شهری موجب افزایش رضایتمندی بیماران در مراکز مجری شده است [۴].

نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر علاوه بر ساختار مناسب بیمه‌ای سلامت، عوامل مدیریتی، رضایتمندی از اهمیت بیشتری در پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده برخوردار است. به نظر می‌رسد ساختار بیمه‌ای می‌تواند تا حد زیادی احساس عدالت افراد نسبت به بیمه‌ای سلامت ایجاد کند، زیرا طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده بر اساس ضرورت‌هایی چون برقراری دسترسی مناسب آحاد کشور، برابری در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین هدفمندی ارائه خدمات و بهره‌وری از امکانات نیروی انسانی موجود شکل گرفته است. لازم به ذکر است این پژوهش بین کارکنان بیمه سلامت استان البرز انجام شده است، بنابراین ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به سایر استان‌ها و مرکز مربوطه نباشد.

پیشنهادها

- * بسترسازی برای دسترسی عادلانه بیمه‌شدگان به امکانات سیستم ارجاع و تقویت نیروی انسانی تخصصی کارآموده (پرستار، پزشک، دندانپزشک، ماما و...) از طریق مکانیسم‌های تشویقی به منظور ماندگاری کادر متخصص در طرح.
- * رفع نقاط ضعف طرح و مشکلات زیرساختی آن از قبیل تجمیع اطلاعات بیمار، ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، بانک اطلاعات پزشکی و امکان بهره‌برداری از طریق لینک الکترونیک در سطوح بالا در بیمارستان‌ها.
- * تأسیس واحدهای مشاوره مرتبط با طرح نظام ارجاع به منظور هدایت و پاسخگویی به سوالات بیمه‌شدگان با استفاده از تلفن و...
- * افزایش انگیزه اعضای تیم سلامت برای ارائه خدمات باکیفیت، با حل مشکلات معیشتی آنها و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنان متناسب با تورم.
- * ایجاد انگیزه و توجه پزشکان متخصص و مراکز بالاتر در نحوه

است [۶، ۹، ۱۴]. در همین رابطه نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داد که پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده نسبت به سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و ساختار بیمه در نظام سلامت [۱۸]، نیاز به ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش‌های سلامت [۱۶]، زیرساخت‌ها و رشد فرهنگ [۶]، عوامل مدیریتی و منافع عمومی [۱۷] تأثیرپذیر است.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که ساختار بیمه در نظام سلامت تأثیرگذارترین عامل بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده بوده و ضریب مسیر اثر به میزان ۰/۲۳۱ برآورد شده است. علاوه بر این سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده، زیرساخت و اصلاحات در جامعه، عوامل مدیریتی، منافع عمومی و رضایتمندی دیگر عواملی هستند که تأثیرگذاری آنها بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده تأیید شده است.

نتایج مطالعه نشان داد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده، زیرساخت و اصلاحات در جامعه، عوامل مدیریتی، منافع عمومی و رضایتمندی بر پذیرش نظام ارجاع و پزشک خانواده تأثیر دارد. این نتایج با نتایج پژوهشی ظهیری و همکاران (۱۳۹۶) [۱۶]، توکلی و همکاران (۱۳۹۶) [۱۸]، فردید و همکاران (۲۰۱۹) [۶]، بیاتی و همکاران (۱۳۹۳) [۱۷]، سپهری و همکاران (۲۰۲۰) [۱۶]، عابدی و همکاران (۱۳۹۸) [۴] همسو است.

ظهیری و همکاران (۱۳۹۶) بیان کردند که ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش‌های سلامت از جمله سیستم اطلاعات سلامت، تربیت نیروی انسانی ماهر و مرتبط، فرهنگ‌سازی در جامعه و چگونگی ارائه خدمت منجر به ارتقای عملکرد اجرای نظام ارجاع می‌شود [۱۶]. در همین راستا سپهری و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند که برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، با توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع با هزینه‌کرد کارا و اثربخش منابع، منجر به عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای رضایت مردم و ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی شوند [۱۶]. علاوه بر این عابدی

of Medical Education. 2013;13(6):470-9. [Persian]

8. Rashidian A, Mohammadi A. Status and barriers to implementation of family physician program in Iran health system. *Social Welfare Quarterly*. 2016;16(62):59-102. [Persian]
9. Dehnavieh R, Movahed E, Rahimi H, Zareipour MA, Jadgal KM, Alizadeh S, Atabay RA, Dehbarez AH. Evaluation of the referral system in Iran's rural family physician program; a study of Jiroft University of Medical Sciences. *Electron Physician*. 2017;9(4):4225. doi: [10.19082/4225](https://doi.org/10.19082/4225).
10. Kolesnyk P, Frese T, Vinker S, Shushman I, Zharkova A, Messaadi N, Kolesnyk A, Bayen S. Steps towards implementing evidence-based screening in family medicine in Ukraine: SWOT-analysis of an approach of multidimensional empowerment. *BMC Fam Pract*. 2021;22:20. doi: [10.1186/s12875-021-01367-2](https://doi.org/10.1186/s12875-021-01367-2).
11. Sepehri B, Ghaffari R, Jeddian A, Salek F, Emrouzi R, Ghaffarifar S, Rezvan FB. A Descriptive-Comparative Study of Implementation and Performance of Family Physician Program in Iran and Selected Countries. *Iran J Public Health*. 2020;49(3):539-48. doi: [10.18502/ijph.v49i3.3151](https://doi.org/10.18502/ijph.v49i3.3151).
12. Hooshmand E, Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *Int J Healthc Manag*. 2019;12(2):123-30. doi: [10.1080/20479700.2017.1402422](https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1402422).
13. Kavosi Z, Siavashi E. A study of the performance of referral system in urban family physician program in Fars Province, Iran. *J Health Man Info*. 2018;5(3):88-95.
14. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2016;14(2):17-38. [Persian]
15. Blaauwbroek R, Barf HA, Groenier KH, Kremer LC, Van der Meer K, Tissing WJ, Postma A. Family doctor-driven follow-up for adult childhood cancer survivors supported by a web-based survivor care plan. *J Cancer Surviv*. 2012;6:163-71. doi: [10.1007/s11764-011-0207-5](https://doi.org/10.1007/s11764-011-0207-5).

برخورد با بیماران ارجاعی به منظور حفظ حلقه‌های زنجیره ارجاع در راستای پایداری طرح پزشک خانواده.

تأییدیه اخلاقی: مقاله حاضر از پایان‌نامه در مقطع کارشناسی ارشد خانم مهتاب شهبازی استخراج شده و با کد ۶۵۷۱۱ در تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۹ مورد تصویب دانشگاه پیام نور واحد ساوه قرار گرفته است.

سهم نویسندگان: سوده باقری و مهتاب شهبازی: استخراج و تحلیل داده‌ها، گزارش طرح و نگارش مقاله اولیه (۵۰ درصد)؛ محمد احمدی و روح‌الله جوادی: نگارش و اصلاح مقاله (۵۰ درصد).

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را اعلام نکردند.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National family physician program in Shahroud: assessing quality of implementation and condition of settings. *Hakim Research Journal*. 2011;14(2):123-9. [Persian]
2. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Tolooebehdasht Journal*. 2009;6(1 and 2):16-25. [Persian]
3. Saadat T, Mohamad C, Amir A. Family physician program: physicians' satisfactions in Hamadan, Iran. *Payesh*. 2013;12(3):289-96. [Persian]
4. Abedi G, Charati JY, Marvi A. Satisfaction of Service Recipients and Providers in Health Centers with Urban Family Physician Services and Other Health Centers in Sari and Gorgan, North of Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2019;29(172):80-9. [Persian]
5. Kabir MJ, Jafari N, Nahimi Tabihi M, Mikaniki E, Ashrafi Amir H, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. Health record and provided services recording among centers implementing rural family physician and insurance program in Northern provinces of Iran. *Journal of Hospital*. 2015;14(2):61-9. [Persian]
6. Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. *J Educ Health Promot*. 2019;8:36.
7. Omid A, Yammani N, Heidari K, Mousavi T, Mousavi A. Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System. *Iranian Journal*

16. Zahiri A, Mohamadi E, Najafpoor Z, Mobini Zadeh MR, Guodarzi Z. Survey of General Practitioners Point of View about Family Physician and Referral System Policies in Urban Areas for 2013. *Journal of Healthcare Management*. 2017;8(2):63-73. [Persian]
17. Bayati A, Ghanbari F, Hosseini SS, Maleki A, Shamsi M. Factors influencing family physician program from the perspective of the health team *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014;24(115):22-35. [Persian]
18. Tavakoli F, Nasiripour A, Riahi L, Mahmoodi M. The Effect of Health Policy and Structure of Health Insurance on Referral System in the Urban Family Physician Program in Iran. *Journal of Healthcare Management*. 2017;8(3):85-93. [Persian]