

Relationship of Provision Financial Resources, Physical and Legal Infrastructures, and Manpower in Implementing "Health Insurance of Villagers and Nomads Program" Developed by Iran Health Insurance Organization

Mohammad Reza Rezaee¹, Said Daei-Karimzadeh^{1,*}, Mehdi Fadaei², Akbar Etbarian¹, Hamid Bahrami²

¹ Department of Management, faculty of Management, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Payame Noor University, Isfahan, Iran

* **Corresponding Author:** Saeed Daei-Karimzadeh, Associate Professor, Department of Economics, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: saeedkarimzade@yahoo.com

Received: 06 Jan 2019

Revised: 18 Feb 2019

Accepted: 25 May 2019

Online Published: 18 June 2019

Abstract

Introduction: The family physician program and the referral system in health insurance of Iranian villagers and nomads were implemented in 2005 by the Iran Health Insurance Organization, after being approved by the Islamic Consultative Assembly. Financial resources and other physical and legal infrastructures as well as human resources are the essential requirements for implementing this program. The present study aimed at examining the factors contributing to the success of this national program in the described areas, considering their ease, accessibility, and role in the success of the family physician program and the referral system in health insurance of Iranian villagers and nomads in 2017.

Methods: In the current study, the variables involved in the physical and legal infrastructures, manpower, and provision of financial resources were first examined using Delphi method according to the experts' opinion including practitioners involved in the rural programs, inspectors, and supervisors of health insurance plan as well as experts and managers of Khuzestan, Isfahan, Lorestan, Ilam, Kermanshah, Chaharmahal va Bakhtiari, and Kohgiluyeh va Boyer-Ahmad provinces selected based on the purposive and chain sampling methods. Student t-test was then used to compare the responses with standard tables.

Results: In the provision of financial resources, physical and legal infrastructure and manpower after several years of implementating the program were approved by the indices such as the timely allocation of funds and provision of service packages, the determination of the actual per capita and the payment of services per capita, approval of referral system law and upstream laws, the payment of franchises at levels 2 and 3, and the number of specialists in the villages, their appropriate distribution on the basis of population density and the expansion of health centers based on this density, appropriate training, and long-term contracts, which create a sense of usefulness and ease of using services in insures and has a significant relationship with changing the family physician program and the success of the project.

Conclusions: After several years of implementing rural family physician program, the project has a relatively appropriate performance in terms of financing and other infrastructures. However, the referral system is still not implemented properly and feedbacks from specialized physicians are not sent to family physicians.

Keywords: Family Physician, Referral System, Insurance of Villagers and Nomads, Health Insurance

Citation:

Rezaee MR, Daei-Karimzadeh S, Fadaei M, Etbarian A, Bahrami H. Relationship of Provision Financial Resources, Physical and Legal Infrastructures, and Manpower in Implementing "Health Insurance of Villagers and Nomads Program" Developed by Iran Health Insurance Organization. *Iran J Health Insur.* 2019;2(1):21-29.

بررسی رابطه تأمین منابع مالی، زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی و نیروی انسانی در اجرای برنامه بیمه درمانی روستاییان و عشایر سازمان بیمه سلامت کشور

محمد رضا رضائی^۱، سعید دائی کریم زاده^{۱*}، مهدی فدائی^۲، اکبر اعتباریان^۱، حمیدرضا بهرامی^۱

^۱ دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: سعید دائی کریم زاده، دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. پست الکترونیک: saeedkarimzade@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۳/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۴

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۱۱/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۶

چکیده

مقدمه: برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بیمه درمانی روستاییان و عشایر ایرانی در سال ۱۳۸۴ با تصویب در مجلس شورای اسلامی در سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز بکار نمود. جهت اجرای این برنامه توجه به منابع مالی و سایر زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی، منابع انسانی اجتناب‌ناپذیر است. این پژوهش به بررسی عوامل مؤثر در موفقیت این طرح ملی در حوزه‌های بیان شده با توجه به میزان سهولت و قابلیت در دسترس بودن و نقش آنها در موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بیمه درمانی روستاییان و عشایر ایرانی طی سال ۱۳۹۶ می‌پردازد.

روش بررسی: این مطالعه ابتدا بر اساس روش دلفی و با استفاده از نظر متخصصین این حوزه که عبارت‌اند از: پزشکان شاغل در طرح روستایی، بازرسان و ناظران اجرای طرح بیمه سلامت و کارشناسان و مدیران استان‌های خوزستان، اصفهان، لرستان، ایلام، کرمانشاه، چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویراحمد که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و زنجیره‌ای انتخاب شده‌اند، به احصاء متغیرهای دخیل در زیرساخت فیزیکی، قانونی، نیروی انسانی و تأمین منابع مالی پرداخت. سپس از طریق آزمون تی استیودنت به مقایسه جوابیه‌ها با جداول استاندارد اقدام گردید.

یافته‌ها: در نهایت مشخص گردید در تأمین منابع مالی، زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی و نیروی انسانی پس از گذشت چند سال از شروع طرح، شاخص‌های همچون، تخصیص به موقع منابع مالی و تأمین بسته خدمتی، تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به صورت سرانه‌ای، تصویب قانون نظام ارجاع و قوانین بالادستی، پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۳ به همراه تعداد نیروی متخصص در روستاها، توزیع مناسب آنها بر اساس تراکم جمعیتی در کنار گسترش مراکز درمانی بر اساس این تراکم، آموزش مناسب و عقد قراردادهای بلندمدت، موجب ایجاد احساس سودمندی و سهولت استفاده از خدمات نزد بیمه‌شدگان می‌گردد که با تغییر نگرش به طرح پزشک خانواده و موفقیت اجرای این طرح، رابطه معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: پس از گذشت چند سال از اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی، این طرح به لحاظ تأمین منابع مالی و سایر زیرساخت‌ها عملکرد نسبتاً خوبی دارد، ولی هنوز نظام ارجاع به‌درستی اجرا نمی‌شود و پس‌خورانها از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده ارسال نمی‌گردد.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، نظام ارجاع، بیمه روستاییان و عشایر، بیمه سلامت

مقدمه

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. با توجه به اینکه سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه است، دولت موظف به تأمین آن به‌طور برابر با رعایت عدالت است [۱]. هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم با دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی است [۲]. از این‌رو دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است [۳]. در دو دهه اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به سبب عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات ملزم به اجرای برنامه‌های اصلاحی بوده‌اند [۴]. بدون شک اصلاحات در نظام سلامت ایران همانند همه نظام‌های سلامت در جهان،

اجتناب‌ناپذیر است. علل اصلی ضرورت اصلاحات در نظام سلامت ایران را می‌توان تغییرات اپیدمیولوژیکی (افزایش بیماری‌های غیر واگیر و حوادث)، تغییرات دموگرافیکی، افزایش هزینه‌های سلامت، نابرابری‌ها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌ها و چالش‌های مدیریت سلامت در سطوح مختلف نام برد [۵].

با توجه به ظهور این عوامل اصلاحات لازم از سال ۱۳۸۱ باهدف تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت در ایران آغاز شد. یکی از کارهایی که در این زمینه صورت گرفته تدوین آیین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده بود که در سال ۸۴ در روستاها به اجرا گذاشته شد [۶]. در طرح پزشک خانواده روستایی

استفاده از روش دلفی به نظرات و آرای صاحب‌نظران و کارشناسان وابسته است [۱۵]. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۲۱ نفر از متخصصان خبره و باتجربه که شامل ۸ نفر اعضای هیئت‌علمی دانشگاه، ۷ نفر از سازمان اجراکننده (دانشگاه علوم پزشکی) و ۶ نفر از بازرسی گروه‌های نظارت سازمان بیمه سلامت به‌عنوان نمونه بر اساس تخصص آنان انتخاب شدند.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها پرسشنامه بدون ساختار و ساختارمند بود. محققان از سه مرحله برای پرسشگری استفاده نمودند. به‌طورمعمول، برای تجزیه‌وتحلیل نتایج دلفی، در مرحله اول، تجزیه‌وتحلیل محتوا برای شناسایی مقوله‌های اصلی در پرسشنامه بدون ساختار اولیه انجام می‌گیرد که در این تحقیق ابتدا با استفاده از نظر خبرگان به شناسایی متغیرهای دخیل در موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر پرداخته شد سپس نتایج آن پرسشنامه بدون ساختار را به پرسشنامه‌ای با ساختار تبدیل نموده تا اساس مراحل بعدی تشکیل گردد. در دومین مرحله که آغاز به‌کارگیری روش‌های کمی است از آنها خواسته شد تا با توجه به شرایط خاص هر استان مورد پرسش، رابطه هر یک از عوامل را در اجرای این طرح بر اساس طیف لیکرت که شامل پنج گزینه با میزان اهمیت خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم است را مشخص نمایند.

داده‌های حاصل از مطالعات میدانی پس از جمع‌آوری و بهینه‌سازی آنها و تشکیل بانک داده‌ها به‌منظور محاسبات آماری توصیفی و آماره مشخص استنباطی توسط پژوهشگر وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ گردید. در ادامه و مرحله بعد با استفاده از آزمون‌های T-TEST، سطح معنی‌داری و شاخص‌های مرکزی مشخص شد. قلمرو زمانی مورد مطالعه ۶ ماهه ابتدای سال ۱۳۹۶ است.

جدول ۱. اطلاعات مربوط به نمونه

مقادیر	جنسیت
۱۳	مرد
۸	زن
	مدرک تحصیلی
۹	دکتر، دانشجوی دکترا
۱۱	کارشناسی ارشد و سایر
	رشته تحصیلی و حوزه فعالیت
۹	پزشک، داروساز، دندان‌پزشک
۶	مدیریت
۳	پرستاری، مامایی
۳	سایر
	سابقه کاری
۶	۱ تا ۵ سال
۶	۵ تا ۱۰ سال
۴	۱۰ تا ۱۵ سال
۴	۱۵ تا ۲۰ سال
۱	بیش از بیست سال
	حوزه فعالیت
۸	دانشگاه
۷	سازمان مجری
۶	سازمان نظارتی

و نظام ارجاع، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک بوده و هدف کلی، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف‌شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش، صرف‌نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است [۲، ۷-۱۰]. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و گروه وی مسؤولیت سلامت افراد تحت پوشش را بر عهده دارد و پس از ارجاع نیز مسؤولیت پیگیری ادامه درمان با وی است [۱۱]. ضرورت دارد با توجه به شاخص‌های مستتر در برنامه پزشک خانواده و نظام روستاییان و عشایر کشور ایران، بررسی گردد زیرساخت‌های مختلف تا چه اندازه در اجرای این برنامه موفق بوده است. اهداف این پژوهش به شکل کلی احصای متغیرهای تأمین منابع مالی، زیرساخت‌های فیزیکی، انسانی و قانونی در برنامه بیمه درمانی سازمان بیمه سلامت در بین روستاییان و عشایر سطح استان‌های اصفهان، خوزستان، چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد، ایلام، لرستان و کرمانشاه و میزان رابطه آنها در موفقیت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر است.

فرضیه‌های این پژوهش به ارتباط تأمین منابع مالی به همراه زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی و منابع انسانی به‌عنوان متغیرهای مستقل با اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در سازمان بیمه سلامت می‌پردازد [۱۲]. فرضیات مطروحه در جدول ۲ مشخص شده است.

روش بررسی

در این پژوهش به‌منظور بررسی عوامل دخیل در اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در روستاها از روش دلفی استفاده شد. این روش فرآیندی ساختاریافته برای جمع‌آوری و طبقه‌بندی دانش موجود در نزد گروهی از کارشناسان و خبرگان است که از طریق توزیع پرسشنامه‌هایی در بین این افراد و بازخورد کنترل‌شده پاسخ‌ها و نظرات دریافتی، تحقق نتیجه صورت می‌گیرد [۱۳]. از آنجایی که اکثر پژوهش‌های کیفی درصدد بررسی معنای واقعیات هستند و تعمیم‌پذیری در آنها چندان مهم نیست بنابراین پژوهشگران به‌منظور دستیابی به منبع غنی از اطلاعات و جهت درک هر چه بیشتر موضوع مورد بررسی [۱۴] به انتخاب هدفمند مشارکت‌کنندگان پرداخت. شرکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به‌صورت نمونه‌گیری از افراد مهم یعنی افرادی که از لحاظ پدیده موردنظر مهم هستند، انتخاب شدند. در این تحقیق ابتدا به تهیه کاربرگ‌های منابع دانشی اقدام شد و با مشخص شدن افراد و یا سازمان‌های که می‌توان از اطلاعات و تخصص آنها استفاده نمود، به تهیه لیست خبرگان پرداخته شد. در ادامه تحقیق، دسته‌بندی این گروه‌ها که مشتمل بر مدیران کل، بازرسی طرح، پزشکان و کارشناسان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی روستاها انجام شد.

جامعه آماری مطالعه بر اساس جدول ۱، متخصصان حوزه بیمه روستایی در سه سطح دانشگاهی، سازمان‌های اجرایی و سازمان‌های نظارتی در استان‌های خوزستان، اصفهان، لرستان، ایلام، کرمانشاه، چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویر احمد را تشکیل می‌دهد که مطابق با قلمرو مکانی تحقیق نیز می‌باشد. اعتبار جمع‌آوری داده‌ها با

همان‌گونه که بیان شد جمع‌آوری داده‌ها طی چند مرحله صورت پذیرفت. بعد از احصاء متغیرها، پرسشنامه جهت ۲۱ نفر از خبرگان ارسال شد که از این تعداد ۲۱ پرسشنامه کامل و مورد قبول نیز دریافت شد. قلمرو مکانی این تحقیق در استان‌های خوزستان، اصفهان، لرستان، ایلام، کرمانشاه، چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویر احمد است؛ که در فاصله زمانی ابتدای فروردین ۱۳۹۶ به مدت ۶ ماه به گردآوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج و پیشنهادهای پرداخته شد. در مرحله اول بر اساس نظر خبرگان و مطابق نتایج جدول ۲، متغیرهای قابل بررسی در موفقیت برنامه بیمه درمانی روستاییان و عشایر مشخص گردید. سپس با استفاده از مدل مفهومی مطابق مدل شماره ۱ به بررسی موفقیت یا عدم موفقیت برنامه بیمه سلامت روستاییان و عشایر در ایران پرداخته شد.

روایی و پایایی داده‌ها

روایی

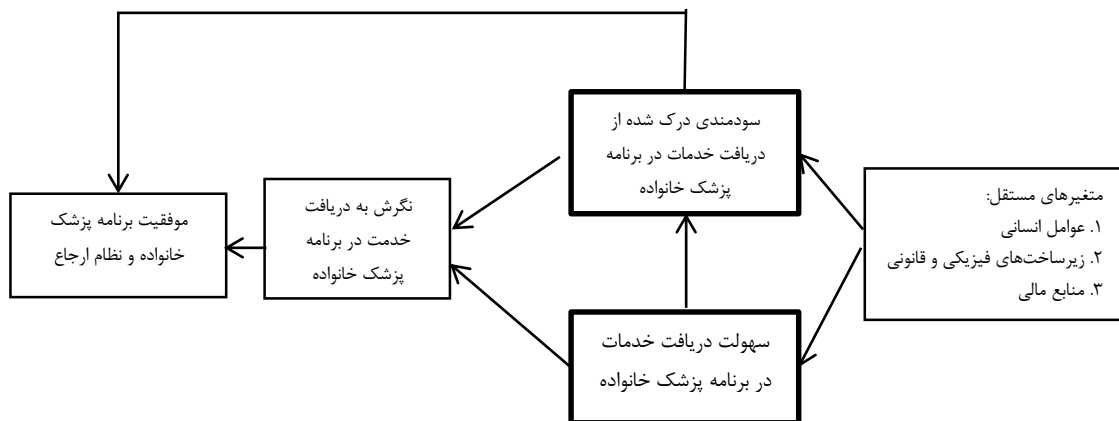
برای سنجش روایی پرسشنامه، ابتدا با بررسی دقیق مبانی نظری و بر اساس نتایج سایر تحقیقات مشابه پس از تنظیم پرسشنامه اولیه، به نظرسنجی توسط ۹ نفر از پزشکان و بازرسان شاغل در طرح پرداخته شد. در این قسمت، خبرگان ضمن تعیین میزان اهمیت هر یک از مؤلفه‌ها در موفقیت طرح مذکور، توانایی سنجش مؤلفه‌ها را در هر یک از شاخص‌های مطرح شده مشخص نمودند و در نهایت پرسش‌نامه نهایی تدوین و نظرسنجی انجام شد.

پایایی

برای سنجش پایایی داده‌ها از طریق ضریب آلفای کرون باخ استفاده شد. این ضریب یکی از مورد استفاده‌ترین ابزارهای سنجش پایایی است که به‌طور کلی مقیاسی پایا منظور می‌شود که دارای ارزش بالای ۰٫۷ باشد که در پرسشنامه مورد پژوهش مقدار ۰٫۸۷۸ به دست آمده که می‌توان به پایایی آنها استناد نمود.

جدول ۲. متغیرهای تحقیق در اجرای برنامه بیمه روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

متغیرهای مستقل	
عوامل انسانی	تعداد نیروی متخصص در روستاها آموزش مناسب به نیروی متخصص توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص از جمله پزشک و ماما و... بر اساس تراکم جمعیتی تجربه مدیریتی موجود نزد گروه‌های کاری در طرح افزایش اعتماد بیمه‌شدگان به کادر درمانی عقد قراردادهای بلندمدت با کادر درمانی
زیرساخت‌های فیزیکی و قانونی	تصویب قانون نظام ارجاع و قوانین بالادستی در برنامه توسعه ۴ و ۵ گسترش مراکز درمانی بر اساس تراکم جمعیتی توسعه سامانه‌های بیمه‌گری، ایجاد پرونده الکترونیک و نظام پرداخت تعیین شاخص پایش و نظارت از سوی کارفرما و ناظر تأمین بسته‌های کامل خدمتی مانند دارو و ... انحصار ارائه خدمت توسط بخش دولتی وجود قوانین بالادستی در همکاری سطوح بالاتر ۲ و ۳ اختلاف نظر در اجرا نزد وزارت‌های بهداشت و درمان و تعاون، کار و رفاه اجتماعی
منابع مالی	تأمین منابع مالی و افزایش به موقع حقوق کادر متناسب با تورم تخصیص اعتبارات طرح فوق تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به صورت کارانه پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۳
متغیر وابسته	اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر
متغیرهای ملاحظه‌گر	سهولت استفاده از خدمات پزشک خانواده روستایی، مفید بودن و سودمندی درک شده، تغییر نگرش به استفاده از خدمات طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در روستاها



شکل ۱. مدل مفهومی برگرفته از لی و همکاران [۱۶] و کیم و همکاران [۱۷]

یافته‌ها

دخیل در اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع نقاط ضعف برنامه فوق به شرح ذیل نیز بیان شد.

تحلیل داده‌های نظرسنجی نخبگان به منظور اهمیت هریک از مؤلفه‌ها در موفقیت طرح پزشک خانواده

در جدول ۴، نتایج آزمون T با در نظر گرفتن مقدار احتمال پایه‌ای پیش‌فرض ۵۰٪ و $TEST\ VALUE=3$ نشان داده شد. فراوانی مشاهده‌شده از ۲۱ نفر که در نظرسنجی مشارکت نمودند، بیان می‌گردد. با توجه به نتایج حاصله از این جدول و با ۹۵٪ اطمینان می‌توان در مورد هر یک از متغیرها اظهار نظر نمود.

همان‌گونه که مشاهده شد، انحصار ارائه خدمت توسط بخش دولتی، وجود قوانین بالادستی در همکاری سطوح بالاتر ۲ و ۳، اختلاف نظر در اجرا نزد وزارت‌های بهداشت و درمان و تعاون، کار و رفاه اجتماعی در زمان اولیه اجرا، تجربه مدیریتی موجود نزد گروه‌های کاری در طرح و تخصیص اعتبارات طرح فوق مورد تأیید خبرگان قرار نگرفت. در مرحله دوم و پس از حذف متغیرهایی که در نظرسنجی خبرگان تأیید نشده است، به بررسی اهمیت هر یک از متغیرها مبتنی بر طیف لیکرت و شامل هفت عبارت کاملاً زیاد، خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم و هیچ پرداخته شد. در قسمت آمار استنباطی، به ازای هر یک از ویژگی‌های زیرمجموعه مراحل مربوط به مدل مورد بحث، اقدامات لازم جهت آزمون تی استیودنت انجام گردید. از طریق انجام این آزمون علاوه بر تعیین مشخصات توصیفی مانند میانگین، تعداد نمونه و انحراف معیار داده‌ها، مشخصات جدول نتایج تی استیودنت تعیین و اقدامات لازم برای مقایسه جوابیه‌ها با جداول استاندارد و مشخص نمودن نتیجه نهایی انجام شد. در گردآوری این اطلاعات نظرات متخصصان حوزه بیمه روستایی در سه سطح دانشگاهی، سازمان‌های اجرایی و سازمان‌های نظارتی در استان‌های خوزستان، اصفهان، لرستان، ایلام، کرمانشاه، چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویر احمد، منجر به نتایج کلی گردید.

این تحقیق شامل ۶۲ درصد مرد و ۳۸ درصد زن است که دارایی میانگین ۱۱ سال سابقه کاری می‌باشند. از مجموع این افراد ۳۸ درصد آنها دانشگاهی، ۳۳ درصد از مشارکت‌کنندگان را سازمان مجری که دانشگاه‌های علوم پزشکی ۶ استان می‌باشند را تشکیل می‌دهد و ۲۹ درصد باقیمانده از سازمان بیمه سلامت به‌عنوان نهاد نظارتی و خریدار خدمت است. در قسمت ارجاع بیمه‌شدگان، از بین بیماران ارجاع شده به سطح ۲ در استان‌های مورد پژوهش، ۴۶ درصد بنا به تشخیص و درخواست پزشک و ۵۶ درصد به درخواست بیمار بود این در حالی است که انتخاب پزشک متخصص تنها در ۳۲/۹ درصد آنها توسط پزشک خانواده صورت گرفته است. از ۶۰ درصد پس‌خوراند ارائه‌شده توسط پزشکان متخصص ۳۲ درصد دارای کیفیت مطلوب، ۳۶ درصد کیفیت نسبتاً مطلوب و ۳۲ درصد کیفیت نامطلوب بوده‌اند. به لحاظ وجود تعداد نیروی متخصص برای جمعیت حدود ۲۳ میلیون نفری ساکن روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، تعداد پزشک خانواده مورد نیاز، معادل ۱۱۵۰۰ نفر است. طبق آخرین اطلاعات موجود (گزارش مرداد ۱۳۸۸) تعداد پزشک عمومی فعال به‌عنوان پزشک خانواده ۵۲۰۴ نفر است [۱۸]. از منظر رضایت بیمه‌شدگان از مهارت کارکنان، میزان ۷۴٫۴ درصد این اعتماد از مهارت نزد بیمه‌شدگان ثبت شده است.

۳/۵۴ درصد از پزشکان خانواده در استان‌ها فاصله بین آموزش‌های تئوری دوران دانشجویی و انتظاراتی که مجریان طرح پزشک خانواده از آنها داشتند را خیلی زیاد و زیاد ذکر کرده‌اند. همچنین ۴۰/۵ درصد فاصله بین مهارت‌های عملی فراگرفته در دوران دانشجویی با مهارت‌های مورد نیاز طرح پزشک خانواده را خیلی زیاد و زیاد ذکر نمودند. مطابق نظر مشارکت‌کنندگان در رابطه با نظام ارجاع، اخذ پذیرش از بیمارستان، سیاست‌های کلی نظام سلامت، اولویت‌های سلامتی و ... نیاز به آموزش دارند. ۶۵ درصد از شاغلین طرح بیمه روستاییان و عشایر، عدم رضایت خود را از قراردادهای کوتاه‌مدت به لحاظ امنیت شغلی بیان نمودند. مطابق جدول ۳، در مصاحبه با افراد

جدول ۳. نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده از دیدگاه افراد دخیل در طرح بیمه درمانی روستاییان و عشایر

بهورزان	ماماهای همکار پزشک خانواده	پزشکان خانواده	مدیران و سیاست‌گذاران
			عدم تأمین شغلی ثابت
			عدم توجه پزشکان و متخصصان از این طرح
			عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان
	✓	✓	عدم پرداخت به‌موقع حقوق پزشکان و ماماها شاغل
	✓	✓	عدم توجه روستاییان به طرح پزشک خانواده
✓	✓	✓	عدم حمایت مناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی
		✓	ایجاد تداخل با برنامه سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان
✓	✓		افزایش حجم کار
✓			محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده
✓			برخورد ناملائم روستاییان با کادر درمان
✓	✓	✓	پذیرش بیمار توسط بیمارستان‌ها
✓	✓	✓	انتخاب متخصصین توسط خود بیمار
✓	✓	✓	مراسلات زیاد و ازدحام بیماران در خانه بهداشت

جدول ۴. نتایج آزمون T در مورد رابطه هر یک از متغیرها بر موفقیت برنامه پزشک خانواده

ردیف	مؤلفه	تعداد	میانگین	سطح معناداری
۱	تصویب قانون نظام ارجاع و قوانین بالادستی در برنامه توسعه ۴ و ۵	۲۱	۴,۲۲	۰,۰۰۰۰
۲	گسترش مراکز درمانی بر اساس تراکم جمعیتی	۲۱	۴,۵۰	۰,۰۰۰۰
۳	توسعه سامانه‌های بیمه‌گری، ایجاد پرونده الکترونیک و نظام پرداخت	۲۱	۴,۵۲	۰,۰۰۰۰
۴	تعیین شاخص پایش و نظارت از سوی کارفرما و ناظر	۲۱	۴,۸۶	۰,۰۰۰۰
۵	تأمین بسته‌های کامل خدمتی مانند دارو و ...	۲۱	۴,۱۶	۰,۰۰۰۰
۶	انحصار ارائه خدمت توسط بخش دولتی	۲۱	۳,۱۳	۰,۳۸۱
۷	وجود قوانین بالادستی در همکاری سطوح بالاتر ۲ و ۳	۲۱	۲,۸۹	۰,۴۵۱
۸	اختلاف نظر در اجرا نزد وزارت‌های بهداشت و درمان و تعاون، کار و رفاه اجتماعی	۲۱	۳,۱۳	۰,۳۸۱
۹	تعداد نیروی متخصص در روستاها	۲۱	۴,۲۳	۰,۰۰۰۰
۱۰	آموزش مناسب به نیروی متخصص	۲۱	۴,۶۴	۰,۰۰۰۰
۱۱	توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص از جمله پزشک و ماما و... بر اساس تراکم جمعیتی	۲۱	۴,۲۰	۰,۰۰۰۰
۱۲	تجربه مدیریتی موجود نزد گروه‌های کاری در طرح	۲۱	۳,۲۵	۰,۰۸۵
۱۳	افزایش اعتماد بیمه‌شدگان به کادر درمانی	۲۱	۴,۷۲	۰,۰۰۰۰
۱۴	عقد قراردادهای بلندمدت با کادر درمانی	۲۱	۴,۵۲	۰,۰۰۰۰
۱۵	تأمین منابع مالی و افزایش به موقع حقوق کادر متناسب با تورم	۲۱	۴,۴۵	۰,۰۰۰۰
۱۶	تخصیص اعتبارات طرح فوق	۲۱	۴,۵۰	۰,۰۹۸
۱۷	تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به صورت سرانه‌ای FFS	۲۱	۴,۲۱	۰,۰۰۰۰
۱۸	پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۳	۲۱	۴,۴۳	۰,۰۰۰۰

رابطه معناداری در سایر متغیرها با این سودمندی درک شده مشاهده نشد.

۲. در بین متغیرهای مؤثر بر سهولت استفاده درک شده در مدل اولیه پژوهش، بین گسترش مراکز درمانی بر اساس تراکم (ارزش T برابر ۵,۵۳)، توزیع مناسب نیروی انسانی (ارزش T برابر ۵,۰۷) و تأمین منابع مالی (ارزش T برابر ۵,۴۴)، آموزش مناسب به نیروی‌های متخصص شاغل (ارزش T برابر ۶,۰۱) و عقد قراردادهای بلندمدت (ارزش T برابر ۸,۷۴) و سهولت استفاده‌شده رابطه معناداری مشاهده می‌شود.

۳. در بین متغیرهای مؤثر بر تغییر نگرش روستاییان و عشایر به سمت استفاده از برنامه پزشک خانواده در مدل تحقیق، بین تعیین سرانه واقعی (ارزش T برابر ۷,۵۲) توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص شاغل در طرح (ارزش T برابر ۴,۰۱) رابطه معناداری وجود دارد. علاوه بر این دو متغیر، بر اساس تحلیل‌های به‌عمل‌آمده از بین متغیرهای خارجی مشخص شد که تصویب قانون نظام ارجاع (ارزش T برابر ۲,۵۴) و تعداد نیروی انسانی متخصص شاغل (ارزش T برابر ۳,۷۳)، پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۳ (ارزش T برابر ۷,۰۲) نیز رابطه معناداری با تغییر نگرش روستاییان و عشایر به سمت استفاده از برنامه پزشک خانواده دارند.

۴. در بین متغیرهای مؤثر بر موفقیت پزشک خانواده و نظام ارجاع در مدل پژوهش مشخص شد بین سهولت استفاده از برنامه پزشک خانواده (ارزش T برابر ۷,۲۴) و سودمندی درک شده استفاده از این برنامه (ارزش T برابر ۴,۶۶) موجب تغییر نگرش به سمت استفاده از برنامه پزشک خانواده (ارزش T برابر ۴,۳۳) است که با موفقیت این طرح رابطه معناداری وجود دارد. علاوه بر این سه متغیر، بر اساس تحلیل‌های به‌عمل‌آمده از بین متغیرهای خارجی گسترش مراکز درمانی بر اساس تراکم جمعیتی (ارزش T برابر ۳,۷۶) و تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به صورت سرانه‌ای (FFS ارزش T برابر ۲,۴۷) نیز رابطه مستقیم در موفقیت طرح فوق را نشان می‌دهد.

تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه دوم در بررسی رابطه

متغیرها در موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین

روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت

پس از اجرای مرحله اول پژوهش که همانا تعیین میزان اهمیت متغیرها است و بر اساس نظرسنجی به‌عمل‌آمده از خبرگان، مؤلفه‌های تأییدشده در قالب شاخص‌ها و سؤالات پرسشنامه دوم نیز سنجیده شدند. در این قسمت بر اساس داده‌های حاصل از پرسشنامه دوم، به بررسی رابطه بین مؤلفه‌ها با توجه به سؤال‌های پژوهش پرداخته شد. در نهایت با توجه به اینکه هدف این تحقیق شناسایی عوامل مؤثر بر موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت در ایران است به بررسی رابطه متغیرها بر هدف پژوهش پرداخته شد.

تحلیل رابطه بین متغیرها در موفقیت برنامه پزشک خانواده و

نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار

نفر جمعیت

در ابتدا رابطه بین متغیرها بررسی شد که بر اساس این آزمون، وجود رابطه معنادار بین همه متغیرها تأیید شد که نتایج حاصله در جدول ۵ قابل مشاهده است.

در ارتباط با رابطه بین متغیرها، زمانی این رابطه تأیید می‌شود که ارزش T بزرگتر از ۲ باشد و با توجه به این مورد و در سطح اطمینان ۹۵٪ در ارتباط با رابطه بین متغیرها موارد زیر حاصل شد:

۱. در بین متغیرهای مؤثر در مدل اولیه پژوهش بین تعداد نیروی متخصص به‌کارگیری شده (ارزش T برابر ۶,۸۲)، تأمین بسته‌های کامل خدمتی (ارزش T برابر ۴,۶۷)، تخصیص اعتبارات طرح فوق به خود طرح (ارزش T برابر ۴,۴۳)، آموزش مناسب به نیروی انسانی (ارزش T برابر ۳,۵۱)، افزایش اعتماد بیمه‌شدگان به کادر درمانی (ارزش T برابر ۵,۸۲) و عقد قراردادهای بلندمدت با کادر درمانی (ارزش T برابر ۴,۵۹) با سودمندی درک شده رابطه معناداری وجود دارد. ولی

جدول ۵. رابطه بین مؤلفه‌ها بر موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر

ضریب مسیر ارزش T (T Value)	سودمندی احساس شده	سهولت استفاده از خدمات	تغییر نگرش به سمت استفاده از طرح پزشک خانواده	موفقیت اجرای پزشک خانواده
زیرساخت‌های فیزیکی و قانونی				
تصویب قانون نظام ارجاع و قوانین بالادستی در برنامه توسعه ۴ و ۵				
ضریب مسیر	-۰.۱۱	-۰.۱۰	۰.۰۹۳	-۰.۳۷
ارزش T	-۱.۲۷	-۴.۱۸	۲.۵۴	-۰.۲۱
گسترش مراکز درمانی بر اساس تراکم جمعیتی				
ضریب مسیر	۰.۰۳۱	۰.۱۴	-	۰.۱۴
ارزش T	۱.۷۴	۵.۵۳	-	۳.۷۶
توسعه سامانه‌های بیمه‌گری، ایجاد پرونده الکترونیک و نظام پرداخت تعیین شاخص پایش و نظارت از سوی کارفرما و ناظر				
ضریب مسیر	۰.۱۲	۰.۱۲	-	۰.۰۱۷
ارزش T	۱.۴۲	۰.۹۷	-	۰.۹۵
تأمین بسته‌های کامل خدمتی مانند دارو و ...				
ضریب مسیر	۰.۳۷	-۰.۰۸۲	-	-
ارزش T	۴.۶۷	-۲.۸۶	-	-
عوامل انسانی				
تعداد نیروی متخصص در روستاها				
ضریب مسیر	۰.۱۱	-۰.۰۹۶	۰.۱۷	-
ارزش T	۶.۸۲	-۳.۹۳	۳.۷۳	-
آموزش مناسب به نیروی متخصص				
ضریب مسیر	۰.۰۷۲	۰.۱۸	-	-
ارزش T	۳.۵۱	۶.۰۱	-	-
توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص از جمله پزشک و ماما و ... بر اساس تراکم جمعیتی				
ضریب مسیر	۰.۰۲۳	۰.۱۶	۰.۱۶	-
ارزش T	۱.۰۹	۵.۰۷	۳.۲۴	-
افزایش اعتماد بیمه‌شدگان به کادر درمانی				
ضریب مسیر	۰.۱۲	-۰.۰۱۳	-	-
ارزش T	۵.۸۲	-۰.۴۵	-	-
عقد قراردادهای بلندمدت با کادر درمانی				
ضریب مسیر	۰.۰۹۴	۰.۲۵	-	-
ارزش T	۴.۵۹	۸.۷۴	-	-
منابع مالی				
تأمین منابع مالی و افزایش به‌موقع حقوق کادر متناسب با تورم				
ضریب مسیر	۰.۰۵۴	۰.۴۰	-	-
ارزش T	-۲.۲۸	۵.۴۴	-	-
تخصیص اعتبارات طرح فوق به خود طرح				
ضریب مسیر	۰.۲۶	-۰.۰۵۱	-	-
ارزش T	۴.۴۳	-۰.۰۱۶	-	-
تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به‌صورت سرانه‌ای FFS				
ضریب مسیر	-	-	۰.۴۰	۹.۷۰
ارزش T	-	-	۷.۵۲	۲.۴۷
پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۳				
ضریب مسیر	-	-	۰.۴۴	۰.۳۹
ارزش T	-	-	۷.۰۲	۴.۶۶
متغیرهای اصلی				
سودمندی درک شده در استفاده از برنامه پزشک خانواده				
-	-	-	۰.۴۲	۰.۷۰
-	-	-	۷.۵۴	۴.۶۶
سهولت استفاده درک شده در برنامه پزشک خانواده				
-	-	-	۰.۲۰	۰.۲۴
-	-	-	۴.۰۱	۷.۲۴
تغییر نگرش به سمت استفاده از برنامه پزشک خانواده				
-	-	-	-	۰.۳۹
-	-	-	-	۴.۳۳

بحث

بررسی فرضیه‌های پژوهش در موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

در فرضیه اول پژوهش بیان شد که متغیرهای انسانی با موفقیت اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر رابطه معناداری دارد که با توجه به نتایج حاصله تعداد نیروی متخصص در روستاها، آموزش مناسب به نیروی متخصص، توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص از جمله پزشک و ماما و... بر اساس تراکم جمعیتی، افزایش اعتماد بیمه‌شدگان به کادر درمانی و عقد قراردادهای بلندمدت با کادر درمانی این رابطه معنادار تأیید می‌شود. در فرضیه دوم پژوهش بیان شد زیرساخت‌های فیزیکی و قانونی با موفقیت اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر رابطه معناداری دارد که با توجه به نتایج حاصله از تصویب قانون نظام ارجاع و قوانین بالادستی در برنامه توسعه پنجم و ششم، گسترش مراکز درمانی بر اساس تراکم جمعیتی، توسعه سامانه‌های بیمه‌گری، ایجاد پرونده الکترونیک و نظام پرداخت تعیین شاخص پایش و نظارت از سوی کارفرما و ناظر و تأمین بسته‌های کامل خدمتی مانند دارو و... این رابطه معنادار تأیید می‌شود.

در فرضیه سوم پژوهش بیان شد که منابع مالی با موفقیت اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع در بین روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر رابطه معناداری دارد که با توجه به نتایج حاصله از تأمین منابع مالی و افزایش به‌موقع حقوق کادر متناسب با تورم، تخصیص اعتبارات طرح فوق، تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به‌صورت سرانه‌ای FFS و پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۳ این رابطه معنادار تأیید می‌شود.

جنتی و همکارانش در شهرستان مراغه مهم‌ترین نقطه ضعف این برنامه را ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارائه بازخورد مناسب توسط پزشکان متخصص به پزشکان خانواده مطرح نمود [۱۹]. مطالعات نجیمی و همکاران [۲۰]، امیری و همکاران [۲۱]، Sans-Corrales و همکاران [۲۲] هدف از طرح‌ریزی برنامه پزشک خانواده، پیاده‌سازی نظام ارجاع، افزایش پاسخ‌گویی، دسترسی و پوشش خدمات، کاهش هزینه، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده سلامت، کنترل کیفیت خدمات و رضایتمندی گیرنده و ارائه‌دهندگان خدمات می‌داند که با نتایج مطالعه حاضر تشابه دارد Dieleman، و همکاران نیز در مطالعه خود، عواملی چون حقوق کم و شرایط سخت کار را از عوامل دلسردی کارکنان بهداشت و درمان می‌داند [۲۳] از جمله چالش‌های مطرح‌شده دیگر در خصوص نظام آموزشی پزشکان خانواده است.

فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی در دوران آموزش پزشک عمومی با انتظاراتی که از پزشک خانواده وجود دارد، در مطالعه کریمی و همکاران هم بیان گردیده است [۲۴]. مطالعه نصراله پور و همکاران نیز به مقاومت پزشکان خانواده و پزشکان متخصص در برابر سیاست پزشک خانواده اشاره کرده است [۲۵] که اصلاح آموزش و مداخله در این زمینه را ضروری می‌داند. وجود ضعف‌های قانونی از دیگر چالش‌های مطرح‌شده سیاست پزشک خانواده است. مهم‌ترین این چالش‌ها، نبود الزامات قانونی جهت مکلف نمودن پزشکان متخصص جهت همکاری

در اجرای این سیاست، تکمیل برگه‌های ارجاع و ارائه پس‌خوراند به سطح اول است. گلهلی زاده و همکاران نیز وجود قوانین دست و پاگیر را از نقاط ضعف سیاست پزشک خانواده برشمردند [۲۶]. فرح‌بخش و همکاران، در بررسی وضعیت نظام اطلاعات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح مرکز بهداشت شهرستان تبریز، فقدان نظام اطلاعاتی مناسب را از جمله چالش‌های نظام اطلاعات سلامت در سطح آن شهرستان می‌دانند [۲۷]. فخرزاد و همکاران نیز در مطالعه خود جایگزین شدن سامانه‌های الکترونیکی به‌جای روش‌های کاغذی در بخش بهداشت و درمان را ضروری دانسته و دلایل آن را وجود مشکلات فراوان در زمینه مستندسازی اطلاعات، از قبیل گم‌شدن اطلاعات، عدم دسترسی به‌موقع به اطلاعات و عدم امکان دسترسی به اطلاعات بیماران در مناطق مختلف جغرافیایی با در نظر گرفتن حجم بالای مراجعات برشمردند [۲۸]. توسلی و همکاران نیز ضعف آگاهی و نگرش روستاییان نسبت به برنامه پزشک خانواده را مورد تأیید قرار داده‌اند [۱].

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی پس از گذشت چند سال از اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی عملکرد نسبتاً خوبی داشته ولی هنوز هم نظام ارجاع به‌درستی اجرا نمی‌شود و پس‌خوراندها از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده ارسال نمی‌شود، در این مورد متغیرهای همچون تعداد نیروی متخصص در روستاها و توزیع مناسب آنها بر اساس تراکم جمعیتی در کنار آموزش مناسب به این افراد و عقد قراردادهای بلندمدت با آنها، تخصیص به‌موقع منابع مالی و تأمین بسته خدمتی که موجب اعتماد بیمه‌شدگان می‌گردد موجب ایجاد احساس سودمندی درک شده در موفقیت اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع است. از منظر سهولت استفاده از این طرح، شاخص گسترش مراکز درمانی بر اساس تراکم جمعیتی، توزیع مناسب آنها بر اساس تراکم جمعیتی و عقد قراردادهای بلندمدت با افراد شاغل در طرح، تخصیص به‌موقع منابع مالی، دخیل در این موفقیت است و درنهایت در تغییر نگرش به سمت استفاده از برنامه پزشک خانواده شاخص تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به‌صورت سرانه‌ای (FFS)، تعداد نیروی متخصص و توزیع مناسب آنها بر اساس تراکم جمعیت بیمه‌شده در کنار عوامل خارجی همچون تصویب قانون نظام ارجاع و قوانین بالادستی و پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۳ دارای رابطه مستقیم اجرای برنامه پزشک خانواده روستاییان و عشایر است.

در نهایت با توجه به نتایج حاصله، اهتمام دولت در تأمین به‌موقع منابع مالی در بیمه روستاییان و عشایر مشهود است. در مقابل هرچند با گسترش شبکه خدمت‌رسانی در اکثر نقاط جغرافیایی تلاش شده، به دلیل کمبود نیروهای متخصص و یا عدم تمایل به حضور در برخی از نقاط کشور، این برنامه با کمبود پزشک و دندان‌پزشک مواجه است. در این زمینه لازم است قسمت اعظمی از هزینه‌ها که در مباحث درمانی صرف می‌گردد به سمت سرمایه‌گذاری در حوزه آموزش نیروی متخصص، تجهیز مراکز و اقامتگاه‌ها، توجه به نقاط دورافتاده و صعب‌العبور و تغییر نگاه از درمان به پیشگیری سوق داده شود.

References

1. Tavasoli E, Alidousti M, Sharifirad G, Hasanazadeh A. Relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in Shahrekord (2010). *Health Sys Res.* 2010;6(3):498-505.
2. Janati A, Maleki M, Gholizadeh M, Narimani M. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *Knowledge Health J.* 2010;4(4):39-44.
3. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *Arak Med Univ J.* 2010;49(4):92-104.
4. Aglmand S, Porreza A. Health system reform. *J Socl Welfare Res.* 2004;4(3):28-36.
5. Jabari A. A look at the performance of the village family physician in Iran. *Health Info Manag.* 2012;9(7):1133.
6. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Tooloe Behdasht.* 2009;8(1-2):16-25.
7. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi J Med Sci.* 2012;18(92):23-30.
8. Gotalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili MR, Ahangar N. Challenges of the second in level referral program in family practice: a qualitative study. *J Med Council Iran.* 2011;29(4):309-21.
9. Raeissi P, Azar FEF, Roudbari M, Kia H. The impact of family physician program on mother and child health indices in rural population auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran; 2009. *J Health Admin.* 2011;14(43):27-36.
10. Gholaamzade-Nikjo R, Janati A, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. *Zahedan J Res Med Sci.* 2012;13(10):39-44.
11. Narimani M. Educational needs of family physicians working in rural health centers of Esfahan province in five health. *Iran J Med Edu.* 2015;10(5):726-34.
12. Bahrami H, Rezai MR. Explain the role of physical, legal, human and financial infrastructures in the success of the family physician program and referral system for the treatment of Iranian villagers and nomads, the International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences 2005 [updated 2018; cited 2015]. Available from: https://www.civilica.com/Paper-HPSCONF01-HPSCONF01_229.html.
13. Stitt-Gohdes WL, Crews TB. The Delphi Technique: A Research Strategy for Career and Technical Education. *J Career Tech Edu.* 2004;20(2). doi: 10.21061/jcte.v20i2.636
14. Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*: SAGE Publications, inc; 1990.
15. Hanafin S. Review of Literature on the Delphi Technique 2004 [updated 2010; cited 2018]. Available from: http://www.dcy.gov.ie/documents/publications/delphi_tech_nique_a_literature_review.pdf.
16. Lee C-Y, Tsao C-H, Chang W-C. The relationship between attitude toward using and customer satisfaction with mobile application services. *J Enterprise Info Manage.* 2015;28(5):680-97. doi: 10.1108/jeim-07-2014-0077
17. Kim DJ, Ferrin DL, Rao HR. A trust-based consumer decision-making model in electronic commerce: The role of trust, perceived risk, and their antecedents. *Decis Support Sys.* 2008;44(2):544-64. doi: 10.1016/j.dss.2007.07.001
18. Farzadi F, Kazem M, Maftun F, Ghasemi L, Tabibzade R, Dezfuli N. General practitioner in family practice and possible implementation of human resources. *Payesh J.* 2010;8(4):415-21.
19. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *Knowledge Health J.* 2010;4(4):39-44.
20. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res.* 2012;7(6):883-90.
21. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences.* 2012;18(92).
22. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.* 2006;23(3):308-16.
23. Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Hum Resour Health.* 2003;1(1):10. doi: 10.1186/1478-4491-1-10 pmid: 14613527
24. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. *J Med Edu Dev.* 2012;6(1):39-46.
25. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafi Amir H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci.* 2010;11(6):46-52.
26. Gotalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahanga rN. Challenges related to second level of the referral system in family medicine plan: A qualitative research. *J Med Council Iran.* 2012;29(4):309-21.
27. Farahbakhsh M, Zakeri A, Khodae N. Health information system in the district health center, Tabriz. *Sci J School Pub Health Inst Pub Health Res* 2008;6(3-4):1-10.
28. Fakhrazad M, Fakhrazad N, Dehghani M. The role of electronic health records in presenting health information. *Mag Elearn Distribut Acad.* 2012;2(4):31-40.