

رضایت پزشکان خانواده استان همدان از قوانین و برنامه‌های طرح بیمه روستایی

سعادت تریایان^۱، بهزاد دماري^{۲*}، محمدعلی چراغی^۳

۱. مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دپارتمان مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه مراقبت‌های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش

سال سیزدهم شماره پنجم مهر - آبان ۱۳۹۳ صص ۵۶۱-۵۷۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۳/۶/۱۹]

چکیده

توافق عمومی بر این است که رضایت پزشکان در حال کاهش است. از جمله علل نارضایتی، می‌توان به قوانین اشاره کرد، مخصوصاً قوانینی که خود مختاری پزشکان را محدود می‌کنند. در این مقاله، قوانین مربوط به برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده که با نارضایتی شغلی در ارتباط است، تشریح گردید.

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی بود که به صورت طرح تحقیقی تداومی از نوع کیفی - کمی انجام شد. در این مطالعه، از روش مصاحبه فردی عمیق نیمه - ساختارمند و پرسشنامه استفاده شده است. در این مقاله، نتایج مربوط به سؤال‌های مرتبط با قوانین پزشک خانواده و بیمه روستایی و نقش آن‌ها در رضایت شغلی، شامل ۳۲ سؤال با طیف لیکرت چهار تایی ارایه شد. نتایج نشان داد فرآیند ارجاع، که اساس طرح پزشک خانواده است، به درستی اجرا نشده و تقاضای بیماران برای ارجاع به متخصص بالا است. مبلغ پایین حق ویزیت، محدود بودن تعداد آزمایش و دارو، ناهماهنگی قوانین وزارت بهداشت و قوانین بیمه، ناهماهنگی درون بخشی، مشکلات اجرایی متعدد در تکمیل و استفاده از پرونده سلامت از دیگر دلایل نارضایتی است. به نظر می‌رسد در زمان تدوین قوانین طرح پزشک خانواده، فرهنگ عمومی مردم و شرایط واقعی موجود در مناطق روستایی به خوبی در نظر گرفته نشده است؛ بنابراین لازم است مسئولان محترم، پیش از گسترش طرح به جمعیت‌های شهری، در جهت رفع مشکلات جاری تلاش نمایند.

کلیدواژه‌ها: رضایت از شغل، پزشک خانواده، نارضایتی، برنامه بیمه روستایی، قوانین

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ایتالیا، پلاک ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

E-mail: Bdamari@gmail.com

مقدمه

امروزه توافق عمومی بر این است که رضایت پزشکان در حال کاهش است [۱، ۲]. در مطالعه Shearer مشاهده شد که از سال ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۹ نارضایتی در پزشکان خانواده آمریکا افزایش یافته است [۳]. ویراستار سابق مجله BMJ اعلام کرده که نارضایتی پزشکان در بسیاری از مطالعات گزارش شده است [۴]. همچنین در این مجله بیان شده که نارضایتی پزشکان یک مسئله جهانی است [۵]. نارضایتی پزشکان دلایل متعددی دارد. از جمله علل نارضایتی می‌توان به قوانین اشاره کرد؛ مخصوصاً قوانینی که خودمختاری پزشکان را محدود می‌کنند [۶]. Stoddard معتقد است که خودمختاری کلینیکی با رضایت مندی کاملاً مرتبط است [۷]. همچنین Robinson گزارش کرده است پزشکان زن که بر روی محیط کاری خود کنترل کمتری دارند، میزان نارضایتی بیشتری را ابراز می‌کنند [۸]. گروه تحقیقاتی انجمن پزشکان داخلی، خودمختاری را این گونه تعریف کرده است: «توانایی انجام کار مستقل از جمله توانایی درمان بیماران با توجه به بهترین قضاوت بالینی» [۹]. بر اساس نظر این گروه، خودمختاری کلینیکی پزشکان شامل دو حیطه اصلی می‌شود: ۱- داشتن کنترل بر روی کار، ۲- توانایی ارائه خدمات مورد نیاز [۱۰، ۷]. در گذشته، پزشکان به صورت مستقل و یا با گروه‌های کوچک خودمختار کار می‌کردند، در حالی که امروزه مجبورند با افراد زیادی مرتبط باشند و شرایط اداری مختلفی را برای انجام اقدامات درمانی تحمل کنند و شواهد نشان می‌دهد این شرایط باعث نارضایتی برخی پزشکان می‌شود [۱۰-۱۲]. Linzer گزارش می‌کند پزشکانی که در مؤسسات تداوم سلامت (Health Maintenance Organizations-HMO) کار می‌کردند، رضایت شغلی پایینی داشتند و مدت زمانی که صرف بیماران می‌کردند یک عامل پیشگویی کننده مهم برای میزان رضایت بود [۱۲]. از جمله علل نارضایتی پزشکانی که در HMO کار می‌کنند، می‌توان به شرایط نامناسب کار از جمله کمبود حمایتی و نداشتن کنترل بر روی محیط کار اشاره کرد [۱۳]. یک فراتحلیل نشان داد که رضایت شغلی پرستاران نیز با ارتباط با سرپرستار و خودمختاری رابطه دارد [۱۴].

رضایت مندی، یک عامل ثابت نبوده، بلکه با تغییر شرایط، می‌تواند تغییر کند. رضایت مندی پزشکان عمومی انگلیس بین سال‌های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰ کاهش و از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۸ افزایش یافت که احتمالاً دلیل کاهش نارضایتی، کاهش استقلال و

خودمختاری پزشکان در بازنگری قانون خدمات ملی سلامت (National Health Services-NHS) بوده است. افزایش رضایت مندی در دهه بعدی به دلیل سازگاری پزشکان با قانون جدید بوده است [۱۵]. در نروژ نیز چنین وضعیتی مشاهده شد؛ به طوری که در زمان پیاده شدن سیستم سرانه در سال ۲۰۰۱، میزان رضایت پزشکان کاهش یافت، که احتمالاً به دلیل افزایش حجم کار و طولانی شدن زمان انتظار بوده است [۱۶]. در یک مطالعه دیگر بر روی پزشکان نروژی، مشخص شد بیش از نیمی از آن‌ها از زندگی خود بسیار راضی هستند و به نظر بیشتر آن‌ها، میزان رضایتشان نسبت به مشاغل دیگر (از جمله وکیل، کشیش، کشاورز، روانشناس و پلیس) بیشتر است. سه چهارم این پزشکان رضایت خود را بیشتر از معلم‌ها و دو سوم آن‌ها رضایت خود را بیشتر از پرستاران می‌دانستند. ۶۷ درصد از پزشکان بیان کردند در صورتی که مجدداً جوان می‌شدند، شغل پزشکی را انتخاب می‌کردند. محققان این مطالعه نتیجه گرفتند که بر خلاف روند نارضایتی جهانی پزشکان، پزشکان نروژ میزان رضایت بالا و رو به افزایشی دارند [۱۷] و مطالعه‌ای بر روی دستیاران پزشکی انجام شده مؤید این مطلب است [۱۸]. در سیستم جاری سرانه در نروژ، هر پزشک به طور متوسط مسئول ۱۲۰۰ نفر است. در این سیستم ۹۹ درصد از مردم و تقریباً همه پزشکان عمومی عضویت دارند و با استقرار این سیستم، سطح رضایت مندی پزشکان به حالت قبل بازگشت. شاید از جمله علل کاهش نیافتن دایم رضایت مندی پزشکان در نروژ این باشد که سیستم سرانه، میزان خودمختاری پزشکان را کم نکرد [۱۶]. میزان رضایت پزشکان عمومی نروژی از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۲ افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است [۱۷]. در مطالعه‌ای که در نروژ انجام شد، مشخص شد پزشکان عمومی شاغل در مطب، رضایت بیشتری نسبت به پزشکان شاغل در بیمارستان دارند [۱۶]. متخصصان داخلی و بیهوشی، کمترین و پزشکان خانواده و روان پزشکان بیشترین رضایت مندی را گزارش کردند. به عبارت دیگر، پزشکانی که خارج از محیط بیمارستان کار می‌کنند رضایت بیشتری داشتند [۱۷].

از جمله علل آن می‌توان به آزادی بیشتر پزشکان عمومی برای انتخاب روش کارشان اشاره کرد [۱۶]. در حالی که در انگلیس وضعیت برعکس است و پزشکان عمومی، رضایت کمتری نسبت به سایر پزشکان دارند. اما در کل، میزان رضایت پزشکان در انگلیس بالا گزارش شده است [۱۹]. مقایسه اطلاعات کشورهای مختلف

مواد و روش کار

در این مطالعه تلفیقی تداومی کیفی — کمی (Qualitative-Quantitative Sequential Triangulation)، کلیه پزشکان خانواده طرف قرارداد با برنامه پزشک خانواده در استان همدان در سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا صورت گرفت. برای این منظور، پس از شناسایی افراد مطلع کلیدی؛ مصاحبه‌های نیمه ساختار مند فردی توسط محقق اصلی با پزشکانی که حداقل به مدت شش ماه به عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشت روستایی فعال بوده‌اند، در محل خدمتشان و یا در دفتر کار مجری طرح انجام شد. مراحل اجرای مطالعه در مقاله‌ای دیگر به تفصیل توضیح داده شده است [۲۸].

بر اساس درون مایه‌های اصلی استخراج شده از مصاحبه‌ها، پرسشنامه خود ایفا طراحی شد. این بخش از مطالعه، از اصول پژوهش کمی پیروی کرده و پس از تعیین روایی پرسشنامه، کل پزشکان خانواده در استان مورد پرسش قرار گرفتند.

سؤال‌های پرسشنامه شامل دو بخش کلی اطلاعات جمعیتی و سؤال‌های مربوط به رضایتمندی بود. در این مقاله نتایج مربوط به سؤال‌های مرتبط با قوانین پزشک خانواده و بیمه روستایی و نقش آن‌ها در رضایت شغلی، شامل ۳۲ سؤال با طیف لیکرت چهار تایی در مورد رضایت از ارجاع، پرونده سلامت، آزمایش و دارو رایج می‌شود. نتایج به دست آمده توسط نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها (عبارت‌های داخل « » سؤال‌های پرسشنامه و عبارت‌های داخل " " گزیده مصاحبه با پزشکان خانواده است.)

در این مطالعه، ۱۲۱ پرسشنامه توسط پزشکان تکمیل و بازپس فرستاده شد (میزان پاسخ دهی=۶۱/۱ درصد). میانگین سنی افراد مورد مطالعه (۵/۴±) ۳۱/۷۵، با کمترین سن ۲۵ سال و بیشترین سن ۵۸ سال بود. متوسط سن مردان (۶/۰۸±) ۳۴/۸۱ به طور معنادار از زنان (۲/۹±) ۲۹/۱۸ بیشتر بود. اکثر جمعیت مورد مطالعه را زنان (۵۴/۵ درصد) تشکیل می‌دادند. سایر اطلاعات جمعیتی در مقاله‌ای دیگر منتشر شده است [۲۹].

در این مطالعه ۵۸/۸ درصد از پزشکان از فرآیند ارجاع، کاملاً ناراضی بوده و ۷۸/۲ درصد با عبارت «فرآیند ارجاع در حال حاضر درست اجرا نمی‌شود» کاملاً موافق بوده و معتقد بودند فرآیند ارجاع

نشان می‌دهد رضایت مندی پزشکان در نروژ حتی از پزشکان انگلیس بیشتر است [۱۵].

در یک مطالعه، پزشکان استرالیایی میزان بالایی از رضایت مندی شغلی را گزارش کردند. در این مطالعه، پزشکان روستایی به صورت واضح، مخصوصاً به علت خودمختاری بیشتر از پزشکان شهری رضایت مندی بالاتری داشتند، [۲۰]. حیطه‌های رضایت مندی بالای پزشکان روستاهای استرالیا مواردی چون ارتباط با بیماران، خودمختاری کلینیکی و زندگی در جوامع کوچک را شامل می‌شد [۲۱].

پزشکان در آفریقای جنوبی از جنبه‌های فردی و اجتماعی حرفه خود راضی بودند، اما از فشارهای محیطی و شرایط کار ناراضی بودند. در کل، پزشکان از شغل خود ناراضی بودند و نارضایتی با عوامل زیر ارتباط داشت: جنسیت زن، کار در گروه بزرگ، سابقه کار بیش از ۲۰ سال و درصد بالای بیماران بیمه شده. در حالی که این عوامل با رضایت بالای شغلی همراه بود: آزادی کلینیکی، مشارکت در تصمیم گیری، ارایه بازخورد، پرداخت به صورت fee-for-service و کار کردن در گروه کوچک [۲۲].

پزشکان خانواده مسیر اصلی ورود افراد به نظام ارایه خدمات هستند، بنابر این میزان رضایت آن‌ها بسیار مهم است و لازم است علل نارضایتی آن‌ها بررسی گردد تا هم کیفیت ارایه خدمات افزایش یابد و هم عوامل مضر بر ارتباط پزشک و بیمار برطرف گردد [۲۳]. شناسایی میزان و روند رضایت شغلی پزشکان و عواملی که روی رضایت آن‌ها تأثیرگذار است، به دلایل مختلفی مهم است. اول آن که رضایت پزشکان با کیفیت ارایه خدمات مخصوصاً رضایت بیماران ارتباط دارد [۲۴، ۲۵]. دلیل دوم آن است که پزشکان ناراضی احتمال بیشتری دارد که شغل خود را ترک کرده و سایرین را به وارد نشدن به حرفه پزشکی ترغیب کنند [۱۱] که به نوبه خود روابط پزشک و بیمار را آسیب زده، هزینه بر بوده و کیفیت ارایه خدمات را با وارد نشدن افراد نخبه به حرفه پزشکی پایین می‌آورد [۲۶].

در نهایت، نارضایتی پزشکان ممکن است نشانگر وجود مشکلاتی در سیستم باشد که مانع ارایه خدمات باکیفیت به بیماران می‌شود [۷]. در حال حاضر، میزان نارضایتی شغلی در پزشکان خانواده خصوصاً از قوانین و شرایط ارجاع و پرونده سلامت بالا است [۲۷]. در این مقاله قوانین مربوط به برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده که با نارضایتی شغلی در ارتباط است، تشریح گردید.

بهینه قابل کنترل است: "۷۰ درصد از مواردی را که درخواست ارجاع دارند ما میتونیم انجام بدیم».

در این مطالعه، ۴۷/۵ درصد از پزشکان خانواده، از قوانین بیمه روستایی (جدول‌های شماره ۲ و ۳)، کاملاً ناراضی بودند و ۶۹/۲ درصد کاملاً موافق بودند که «قوانین طرح پزشک خانواده کارشناسی نشده‌اند». به عنوان مثال، ۶۶/۱ درصد از آن‌ها کاملاً موافق بودند که: «مبلغ ویزیت بیماران کم است»: «اگر بتونیم یه جوری فرانشیز رو بیشتر کنن خیلی بهتره یعنی مریض به جای این مبلغ ویزیت که پول یک چپیس هم نمیشه دو هزار تومان بده. هم برای پزشکش ارزش قائل میشه هم نمیره فردا بیاد» و این مبلغ پایین باعث کاهش ارزش پزشک خانواده و سلب اعتماد مردم شده است "می‌گویند اگر ارزش داشت ویزیتش آنقدر نمیشد"، و یا "تعرفه پایین ویزیت باعث سوء تعبیر جایگاه پزشک نزد مردم شده و مقام پزشک را پایین آورده، دیدی که قبلاً نسبت به پزشک بود با این طرح از بین رفته یعنی به عنوان پزشک به شما نگاه نمی‌کنند". از طرفی، ویزیت کم، باعث افزایش مراجعات بیماران شده است. "آدم هست اینجا شاید حداقل هفته‌ای یکبار سر می‌زنه. مشککش هم آرتروز زانو. میگه دکتر که هست، ویزیت هم که ۲۵۰ تومنه، یه چپیس برای بچه‌ام می‌خرم ۴۰۰ تومن، دارو هم که مجانی می‌شه چرا نرم؟".

همچنین ۶۵/۵ درصد از پزشکان از تغییر مداوم قوانین کاملاً ناراضی بودند: "اگر از ابتدای پزشک خانواده بررسی کنید متوجه می‌شوید فرمول‌ها و قانون‌هایی که برای بیمه روستایی هست حداقل ۱۲-۱۳ بارش را من متوجه شده‌ام تغییر کرده یعنی ورژن‌های مختلفی بوده. خب همه‌ی این‌ها باعث می‌شود که پزشک زده بشود" و ۶۶/۴ درصد کاملاً موافق بودند که «قوانین طرح پزشک خانواده، بر اساس فرهنگ مردم ما تدوین نشده است»: "فرهنگ دارویی نداریم اونوقت انتظار داریم که پزشک بیاد ۲/۵ قلم توی هر نسخه بنویسه. مریض‌ها دوست دارن که با یک پلاستیک پر برن. باور کنین مریض میاد آزمایش رو به من نشون میده میگی چی‌زی نیست سالمی دارو نمیخوای. ناراضی می‌گه این پزشک هیچی حالیش نیست"، "توی فرهنگ ایرانی هم جا افتاده که پزشکی که بیشتر دارو بنویسه بهتره یعنی وقتی که ۳ قلم دارو بهش میدی میگه فقط همین؟ بعد میره بیرون من میشنوم میگه اینها که بلد نیستند چیزی بنویسن اگر بلد بود که نمیومد اینجا ۲۵۰ تومان بگیره".

که اساس طرح پزشک خانواده است، به هیچ وجه اجرا نمی‌شود (جدول و نمودار شماره ۱): "هدف اصلی پزشک خانواده، نظام ارجاع بوده، شاید یک درصدش هم محقق نشده؛ به طوری که ۶۶/۹ درصد از پزشکان کاملاً موافق بودند که «تعداد زیادی از افراد مراجعه کننده به مرکز، فرم ارجاع از خانه بهداشت همراه ندارند» و نیز مردم از پزشک، انتظارات غیر اصولی دارند: "چند وقت پیش کسی آمده بود پیش من با ۵ دفترچه تازه و می‌گفت: همه‌ی برگه‌ها را مهر کن، چون ما تابستان می‌خواهیم برویم قم" و حتی خود بیماران تعیین می‌کنند که کجا و چگونه ارجاع شوند: "مریض‌هایی داریم که حتی پیرمرد ۸۰ ساله است مراجعه می‌کند که دفترچه را برای فلان دکتر مهر کن چون کارش خیلی خوبه. بعد میفهمیم که اون دکتر، متخصص کودکان بوده". به همین دلیل، ۸۶/۸ درصد از مخاطبان، کاملاً موافق بودند که «درخواست ارجاع به متخصص از طرف بیماران، مشکل بزرگی است» و این درخواست‌ها بدون در نظر گرفتن اصول علمی است: "یک موردی بود که گفتن پاهاش ورم کرده می‌خواهیم ببریم پیش ارتوپد بیایید این رو مهر بزنید من گفتم نمیشه مهر بزنیم کلی غرغر کرد که آقا باید مهرش بزنی. کلی توضیح دادم باید مریض بیاد ببینم چی هست؟ راضی شد رفت مریض رو آورد. معلوم شد این آدم، یعنی ارتوپد کجا قلب و عروق کجا؟"، به همین دلیل ۷۳/۹ درصد از مخاطبان، کاملاً موافق بودند که «باید با افرادی که بدون دلیل و یا بدون همراه آوردن بیمار تقاضای ارجاع به متخصص دارند برخورد شود». از طرفی، ۶۹/۴ درصد، کاملاً موافق بودند که «تقاضای ارجاع بالاست، زیرا پزشک‌های متخصص سعی می‌کنند بیماران را جذب کنند» و مسایل فرهنگی نیز در این مورد، مؤثر هستند: "هیچ موقع مقصر پزشک عمومی نیست. چون به ضرر پزشک عمومی‌ه هرچی بیشتر ارجاع بده. مقصر از دو جنبه‌ست: یکی خودروستایی‌ها، یکی متخصص‌ها که سعی می‌کنند مریض رو جذب کنند، با این که نیازی نیست". در کنار این مشکلات، قانون ارجاع معکوس از نظر ۸۸/۸ درصد از پزشکان مشکل بزرگی است. چرا که هم "درصد ارجاع را بالا میبره" و هم باعث درگیری با پزشک می‌شود: "اگر ارجاع معکوس حل شود بیشتر برخوردهای مردم و پزشک حذف خواهد شد". مجموعه عوامل ذکر شده، باعث افزایش ناخواسته موارد ارجاع می‌شود که در نهایت درصد ارجاع پزشک را بالا برده و متعاقب آن میزان کسورات پزشک بالا می‌رود: "مشکلات ارجاع زیاده. ما مجبوریم ۲ برابر لازم ارجاع بدیم" در حالی که با مدیریت

جدول شماره ۱- نظر پزشکان خانواده در مورد ارجاع

کاملاً موافق تعداد (درصد)	تا حدودی موافق تعداد (درصد)	تا حدودی مخالف تعداد (درصد)	کاملاً مخالف تعداد (درصد)
۱۰۵ (۸۶/۸)	۹ (۷/۴)	۵ (۴/۱)	۲ (۱/۷)
۹۳ (۷۸/۲)	۱۶ (۱۳/۴)	۹ (۷/۶)	۱ (۰/۸)
۸۸ (۷۳/۹)	۲۱ (۱۷/۶)	۵ (۴/۲)	۵ (۴/۲)
۸۴ (۶۹/۴)	۲۲ (۱۸/۲)	۹ (۷/۴)	۶ (۵)
۷۹ (۶۸/۱)	۲۴ (۲۰/۷)	۱۱ (۹/۵)	۲ (۱/۷)
۷۹ (۶۶/۹)	۲۲ (۱۸/۶)	۱۳ (۱۱)	۴ (۳/۴)
۵۱ (۴۴/۷)	۳۵ (۳۰/۷)	۱۹ (۱۶/۷)	۹ (۷/۹)

جدول شماره ۲- نظر پزشکان خانواده در مورد قوانین

کاملاً موافق تعداد (درصد)	تا حدودی موافق تعداد (درصد)	تا حدودی مخالف تعداد (درصد)	کاملاً مخالف تعداد (درصد)
۸۳ (۶۹/۲)	۲۹ (۲۴/۲)	۸ (۶/۷)	۰ (۰)
۸۰ (۶۸/۸)	۳۱ (۲۶/۳)	۵ (۴/۲)	۲ (۱/۷)
۷۹ (۶۶/۴)	۲۹ (۲۴/۴)	۹ (۷/۷)	۲ (۱/۷)
۷۸ (۶۶/۱)	۲۵ (۲۱/۲)	۱۴ (۱۱/۹)	۱ (۰/۸)
۷۶ (۶۵/۵)	۳۱ (۲۶/۷)	۹ (۷/۸)	۰ (۰)
۶۹ (۵۰/۹)	۳۹ (۳۳/۳)	۷ (۶)	۲ (۱/۷)
۴۳ (۳۶/۸)	۴۳ (۳۶/۸)	۲۲ (۱۸/۸)	۹ (۷/۷)

جدول شماره ۳- نظر پزشکان خانواده در مورد دارو و آزمایش

کاملاً موافق تعداد (درصد)	تا حدودی موافق تعداد (درصد)	تا حدودی مخالف تعداد (درصد)	کاملاً مخالف تعداد (درصد)
۷۸ (۶۵/۵)	۳۱ (۲۶/۱)	۷ (۵/۹)	۳ (۲/۵)
۷۹ (۶۵/۳)	۲۷ (۲۲/۳)	۱۱ (۹/۱)	۴ (۳/۳)
۷۵ (۶۲/۵)	۳۱ (۲۵/۸)	۱۴ (۱۱/۷)	۰ (۰)
۶۶ (۵۵)	۳۰ (۲۵)	۱۴ (۱۱/۷)	۱۰ (۸/۳)
۶۵ (۵۴/۲)	۲۹ (۲۴/۲)	۱۸ (۱۵)	۸ (۶/۷)
۶۴ (۵۳/۳)	۳۹ (۳۲/۵)	۱۴ (۱۱/۷)	۳ (۲/۵)
۶۲ (۵۲/۵)	۳۸ (۳۲/۲)	۱۳ (۱۱)	۵ (۴/۲)
۵۳ (۴۳/۸)	۳۷ (۳۰/۶)	۲۱ (۱۷/۴)	۱۰ (۸/۳)

اصرار به اجرای قوانینی که بر اساس زمینه فرهنگی مردم نیست، باعث مشکلات فراوانی می‌شود: "به سری برنامه های وزارتخانه غیر کارشناسانست، مثلاً تصور نمیکند تو فصل تابستان به هیچ وجه امکان پذیر نیست گروههای هدف رو جمع کنی، چون تمام آقایون روستایی که فشار خون داشتند تو زمین کار می کردند. برای این که ۲۰ تا فشار خونی رو ببینیم شاید مجبوریم ۴ - ۳ بار برنامه ریزی کنیم" و انتظار می‌رود که مسوولان شبکه از مشکلات جاری آگاه باشند و شرایط واقعی را در نظر بگیرند: "وقتی مردم همکاری نمی کنند مرکز بهداشت باید آنقدر انعطاف داشته باشد که بداند من وظیفه ام را انجام دادم، فرد مراجعه نکرده، اما سیستم بهداشتی می‌گوید اگر ویزیت نکردی از امتیازت کم می‌شود". از طرف دیگر، مردم قوانین بیمه را رعایت نمی‌کنند: "مردم با دفترچه های دیگران مراجعه می‌کنند که کنترل آن برای ما سخت است". و حتی سوء استفاده می‌کنند: "مریض میاد درمانگاه ۳ نوع دفترچه داره"، "این باعث شده که کلک بزنند، دفترچه ی بیمه خدمات درمان دارد اما یک دفترچه روستایی جور می کند و با آن مراجعه می کند".

از سایر مشکلات موجود، می‌توان به محدود بودن درخواست آزمایش و تجویز دارو اشاره کرد. در این مطالعه، ۶۵/۳ درصد از پزشکان کاملاً موافق بودند که «آزمایش‌های قابل درخواست توسط پزشک خانواده کافی نیست» و به نظر ۵۳/۳ درصد از آن‌ها این مسئله کاملاً در تشخیص بیماری ایجاد اشکال می‌کند: "من یک آزمایش UA (کامل ادرار) را می‌توانم بنویسم، اما اگر UC (کشت ادرار) را بنویسم، آزاد انجام می‌شود، بیمه قبول نمی‌کند. BUN را می‌توانم بنویسم، کراتینین را نمی‌توانم، آزمایش ریت را می‌توانم، 2ME را نمی‌توانم، این است که مجبورم بفرستم پیش متخصص و این خودش به شأن من خیلی لطمه می‌زند"، "خیلی از پزشک های ما در حدی هستند که دیابت، هیپوتیروئیدی و فشارخون را درمان کنند. با این شرایط این اختیار از پزشک ها گرفته شده که به نظر من یک توهین به پزشک. وقتی من میتونم هیپوتیروئیدی را درمان کنم چرا باید ارجاع بدم به متخصص". و این مسئله باعث افزایش ارجاع به متخصص می‌شود: "وقتی قراره که من برای درخواست آزمایش، مریض را ارجاع بدم، از همون اول به متخصص ارجاع میدم چون مریض کلافه میشه هی بره بیاد. من به اون حق میدم اونم یک حقوقی داره". همچنین ۶۲/۵ درصد کاملاً موافق بودند که «فرآیند درخواست و انجام آزمایش در طرح پزشک خانواده اشکال دارد»: "آزمایشگاه های بیرون بیمه روستایی را قبول نمی‌کنن،

حتی آزمایشگاه هایی که معرفی شده اند هم قبول نمی‌کنند. مریض میره اونجا دوباره میاد. میگه که چه جوری نوشتی که قبول نکردن؟ نمیدونه که دست ما نیست. دوباره باید یک سرکوفتی هم از مریض بشنویم". پیشنهاد شده است که فواصل زمانی کنترل و پایش آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک، طولانی‌تر در نظر گرفته شود: "ممکنه تب مالت اینجا شیوع پیدا بکنه. خب درصد آزمایش من بالا میره. شما سالانه ببینید. همه چیز را فقط یک باریکه میبینند". ۵۵ درصد از پزشکان با کافی نبودن انواع و ۵۴/۲ درصد با کافی نبودن تعداد داروهای قابل درخواست توسط پزشک خانواده کاملاً موافق بودند: "پیرمردی آرتروز داره، فشار خون هم داره که ۶-۷ قلم دارو نیاز داره". "خیلی از داروهای که نیاز داریم تحت پوشش بیمه روستایی نیست". "سه محدودیت اصلی که داریم: ۱- تعداد دارو در یک نسخه، ۲- قیمت نسخه که نباید از حدی بیشتر بشه و ۳- محدودیت ارجاع برای آزمایش". به همین دلیل، ۴۳/۸ درصد کاملاً موافق بودند که به دلیل محدودیت دارو در درمان بیماران دچار مشکل هستند: "بیماری شایعی مثل تب مالت که به آمپول استرپتومایسین و کپسول ریفامپین احتیاج دارد اما متأسفانه در بین داروی ما نیست". محدود کردن دارو و آزمایشات، از دید ۸۴/۷ درصد از افراد، "یعنی در نظر نگرفتن توانایی‌های پزشک و توهین به او" که نشان دهنده اطمینان پایین به پزشک خانواده در دادن اختیارات لازم تشخیصی و درمانی است و این مسئله از نظر ۹۱/۶ درصد، میزان ارجاع را بالا برده است.

هماهنگ نبودن قوانین شبکه بهداشت و قوانین بیمه یکی دیگر از شکایات پزشکان بود؛ به طوری که ۶۸/۸ درصد کاملاً موافق بودند که «تناقض بین قوانین شبکه بهداشت و قوانین بیمه، باعث درد سر برای پزشک می‌شود»: "بیمه از ما انتظار درمانی دارد، می‌آید دارو ها را بررسی می‌کند، ساعت حضور من را بررسی می‌کند. اینکه من فلان کار را برایش در خانه ی بهداشت انجام داده ام برایش مهم نیست. دانشگاه از من انتظار کار بهداشتی دارد، این است که یک مقداری تناقض بوجود می‌آید". این عدم هماهنگی باعث مشکلاتی می‌شود مانند حضور و غیاب: "من روزی را از مرکز بهداشت پاس گرفتم، ولی آن روز از بازرس بیمه غیبت خوردم و کسر حقوق شد"، اشکال در تشخیص و درمان: "نامه از بیمه اومده که شما سونوگرافی فلان رو درخواست کنید. مرکز بهداشت میگه نه ما هنوز ابلاغ به شما نکردیم شما چرا دارین انجام می‌دین" و دیرکرد حقوق "یک سری از پرداختی هایی که دیر می‌شود به خاطر بیمه است که

طوری که ۸۵ درصد کاملاً موافق بودند که «تکمیل پرونده سلامت بسیار وقت گیر است»: «مثلاً من ۴ هزار نفر تحت پوشش دارم، خود این ۴ هزار نفر را بخواهم در خانه بهداشت ویزیت کنم، قد و وزن و فشار خون و همه چیز را ثبت کنم، کلی وقت می برد که برنامه ریزی اش صحیح نیست» و مهم تر آن که ۶۹/۴ درصد کاملاً موافق بودند که «مردم همکاری لازم برای تکمیل پرونده سلامت ندارند»: از ۱۰ خانواده ۵ نفره دعوت کردیم بیان برای تکمیل پرونده، ۶ نفر اومدن، «فرم شماره ۲ و ۳ رو که پر می کنم میگه اگه می دونستم این قدر وقت می بره این قدر سؤال باید جواب بدم اصلاً نمیومدم». چرا که به قول ۹۴/۲ درصد از پزشکان، «پرونده سلامت با فرهنگ مردم و شرایط واقعی سازگار نیست» و برای اجرای این برنامه فرهنگ سازی و اطلاع رسانی انجام نشده است: «بهبش میگی سابقه فشار خون توی خانوادت نیست؟ پدر و مادرت دیابتی نبودن؟ ناراحت میشه میگه من به خاطر یه سرماخوردگی اومدم شما داری ۲۰ دقیقه وقت منو میگیری که چی؟ بدونی بابام فشار خونی بوده یا نبوده به چه دردت می خوره؟» و تقریباً همه پزشکان (۹۹/۲ درصد) کاملاً یا تا حدودی موافق بودند که «در شرایطی که تعداد مراجعات بالا است، استفاده از پرونده سلامت عملی نیست»: «این توی ۷۰ تا مریض روزانه قابل اجرا نیست، توی استانداردش قابل اجراست».

۸۱/۵ درصد از نبود امکانات برای اجرای پرونده سلامت ناراضی بودند: «الآن فقط از پزشک خانواده می خوان که شما پرونده ی سلامت تشکیل بده، آقا چه جوری؟ با چه نیرویی؟ چند نفر کار بکنند؟ هیچ چیزش مشخص نیست»، از عهده پزشک خارج است چون امکانات و حتی فایل برای نگهداری پرونده ها را نداریم، «از ما پرونده سلامت می خواهند ولی آیا وسایلیش را هم در اختیار ما گذاشته اند؟» و علاوه بر آن ۷۷/۲ درصد کاملاً معتقد بودند که «پزشک های متخصص همکاری لازم در تکمیل پرونده سلامت ندارند»: «هیچ متخصصی برای ما پس خوراند نمیده، فقط اونم دارویی. که اینقدر ناخوانا می نویسن که ماشاءاله، تشخیص هم که ندارند، هیچ کدوم موارد پیگیری را هم که اصلاً نمی نویسند مثلاً در چه مواردی با چه علائمی دوباره این مریض را بفرستم»، به همین دلیل ۸۱/۳ درصد معتقد بودند که «پرونده سلامت کاربرد کمی دارد»: «هدف مثبت است اما عملاً یه چیز اضافی شده»، «چقدر هزینه می شه برای پرونده سلامت، چند برگه صرف می شه، ولی استفاده نمی شه چون نیروشو ندارن».

بودجه را دیر در اختیار دانشگاه قرار می دهد. بودجه در اختیار یک سازمان است و مجری کس دیگری است و در نهایت برای پزشک ایجاد مشکل می شود: «بودجه ای که برای طرح پزشک خانواده هست، وزارت رفاه می دهد. مجری آن وزارت بهداشت است. خب مطمئناً یکسری اختلافات به وجود می آید که عوارض آن بیشتر به سمت پزشک و ماما و کسانی که در جریان آن هستند کشیده می شود» و در این بین مسئول و متولی پزشکان خانواده مشخص نیست: «بعضی اشکال ها را به شبکه اعلام میکنیم، میگن بیمه خواسته. با بیمه صحبت می کنیم میگن شبکه خودش انجام میده به ما ربطی نداره. متأسفانه ۲ وزارتخانه ای شدن این سیستم باعث این همه مشکلات شده. ما نمیدونیم حرفمون را به کی بزنین. وزارت بهداشت از ما کار بهداشتی میخواد با درمان کاری نداره، وزارت رفاه کار درمانی میخواد و پول را اون میده. یعنی ما هیچ دریافتی برای کارهای بهداشتی نداریم».

ناهماهنگی درون بخشی از دیگر مشکلات بود. به نظر ۸۴/۲ درصد از پزشکان «با مراکز تشخیصی و درمانی (آزمایشگاه، داروخانه، بیمارستان و غیره) برای اجرای برنامه بیمه روستایی هماهنگی لازم صورت نگرفته است»: «من طبق دستورالعمل به مریض می گویم برو فلان آزمایشگاه، می رود و می آید می گوید قبول نکردند. و یا بیمارستان موظف است عکسی را که من نوشته ام برای شکستگی انجام بدهد، منتها یا انجام نمی دهند یا آزاد حساب می کنند و اداره بیمه هم نمی تواند این ها را هماهنگ کند که آن دستورالعمل اجرا بشود. این است که به شأن پزشک ضربه می خورد می گویند دکتری که نتواند عکس پا بنویسد به چه درد میخوره».

پرونده سلامت (جدول شماره ۴، نمودار شماره ۱)

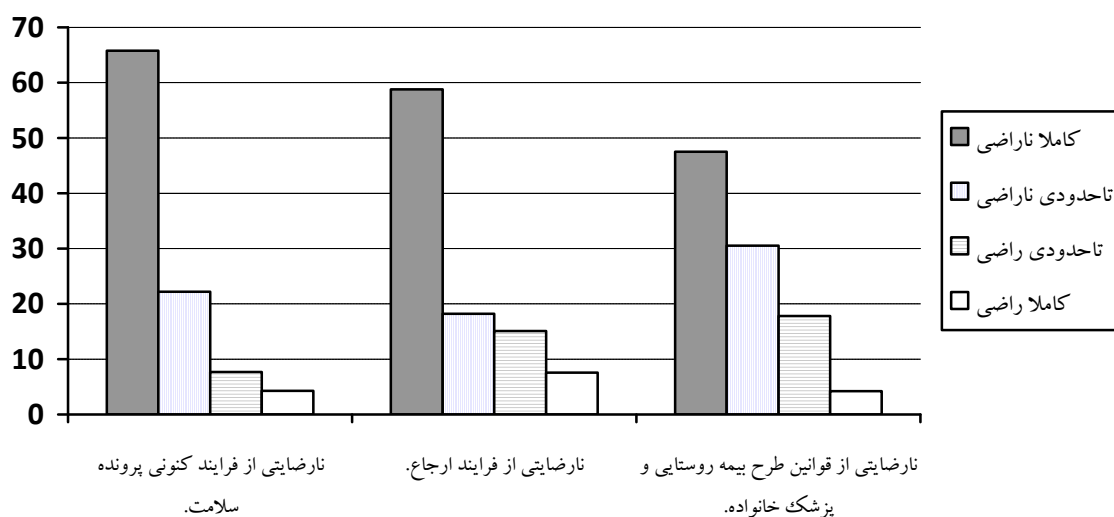
در این مطالعه، ۶۵/۸ درصد از پزشکان از فرآیند کنونی پرونده سلامت، کاملاً ناراضی بوده و ۷۷/۳ درصد طراحان آن را کاری کاملاً غیر کارشناسانه توصیف کرده بودند: «... این نشان می دهد که اصل برنامه ریزی دچار تناقض است و مثل اینکه یک گروه خاص نیستند و هر بار عده ای برنامه ریزی می کنند. برنامه ریزی ها منسجم نیست»، «زمان ده گردشی خودش یک مشکله. من که نمی تونم ۳۰۰ تا پرونده رو با خودم بردارم ببرم». ۵۸/۱ درصد کاملاً موافق بودند که «بعضی از سؤال های پرونده سلامت، غیر اصولی است»: «... مثلاً سیگاری هست طرف یا نیست؟ خوب ممکنه سیگاری نباشه ۱۵ سالشه، بعداً سیگاری بشه». از مشکلات عمده مربوط به این پرونده ها، زمان بر بودن تکمیل کردن و تشکیل پرونده است؛ به

همچنین پایش بر مبنای پرونده سلامت باعث نارضایتی است: "این یک معضله، مرکز بهداشت هم فوکوس کرده روی این. از کل پایشمون ۴۰ نمره فقط مربوطه به پرونده سلامت" و ۶۲/۴ درصد با این عبارت کاملاً موافق بودند «نمره پایش در نظر گرفته شده برای تکمیل پرونده سلامت مناسب و منطقی نیست»: "جدیداً هم

گفته‌اند که پرونده ی سلامت باید به جریان بیفتد در غیر این صورت ۳۰ درصد را نمی دهیم". به همین دلیل پیشنهاد شده است که تشکیل پرونده سلامت یک پروژه جدا از بیمه روستایی در نظر گرفته شود و برای این امر افراد جدید استخدام شوند و یا بودجه‌ای جداگانه برای پزشکان تشکیل دهنده پرونده‌ها در نظر گرفته شود.

جدول شماره ۴- نظر پزشکان خانواده در مورد پرونده سلامت

کاملاً موافق تعداد (درصد)	تا حدودی موافق تعداد (درصد)	تا حدودی مخالف تعداد (درصد)	کاملاً مخالف تعداد (درصد)	
۱۱۴ (۹۵)	۵ (۴/۲)	۱ (۰/۸)	۰ (۰)	در شرایطی که تعداد مراجعات بالا است، استفاده از پرونده سلامت عملی نیست
۱۰۲ (۸۵)	۱۷ (۱۴/۲)	۰ (۰)	۱ (۰/۸)	تکمیل پرونده سلامت بسیار وقت گیر است
۹۲ (۷۷/۳)	۲۰ (۲۶/۸)	۴ (۳/۴)	۳ (۲/۵)	طراحی پرونده سلامت کارشناسانه نبوده است
۸۸ (۷۷/۲)	۲۲ (۱۹/۳)	۲ (۱/۸)	۲ (۱/۸)	پزشک های متخصص همکاری لازم در تکمیل پرونده سلامت ندارند
۸۵ (۷۲)	۲۷ (۲۲/۹)	۴ (۳/۴)	۲ (۱/۷)	اجرای پرونده سلامت با فرهنگ مردم و شرایط واقعی سازگار نیست
۸۴ (۶۹/۴)	۲۷ (۲۲/۳)	۷ (۵/۸)	۳ (۲/۵)	مردم همکاری لازم برای تکمیل پرونده سلامت ندارند
۷۳ (۶۲/۴)	۲۲ (۱۸/۸)	۱۳ (۱۱/۱)	۹ (۷/۷)	نمره پایش در نظر گرفته شده برای تکمیل پرونده سلامت مناسب و منطقی نیست
۶۸ (۵۸/۱)	۳۷ (۳۱/۶)	۱۱ (۹/۴)	۱ (۰/۹)	بعضی از سوال های پرونده سلامت غیر اصولی است
۶۰ (۵۰/۸)	۳۶ (۳۰/۵)	۱۳ (۱۱)	۹ (۷/۶)	پرونده سلامت کاربرد کمی دارد
۵۸ (۴۷/۹)	۴۰ (۳۳/۶)	۱۰ (۸/۴)	۱۱ (۹/۲)	چنانچه نیروی پرسنلی در اختیار قرار گیرد اجرای پرونده سلامت امکان پذیر
				خواهد شد



نمودار شماره ۱- میزان نارضایتی پزشکان خانواده از قوانین طرح بیمه روستایی، فرایند ارجاع و پرونده سلامت

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، نظر پزشکان خانواده در مورد قوانین مختلف، از جمله قوانین مربوط به ارجاع، مبلغ حق ویزیت، تدوین و اجرای قوانین، هماهنگی درون و برون بخشی و پرونده سلامت مورد بررسی قرار گرفت. از جمله نقاط ضعف اجرای قوانین برنامه بیمه روستایی در شرایط حاضر، می توان به موارد زیر اشاره کرد:

کاهش شأن و جایگاه پزشک نزد مردم و افزایش مراجعات بی دلیل بیماران به دلیل مبلغ پایین حق ویزیت؛ تغییر مداوم قوانین؛ متناسب نبودن قوانین با فرهنگ مردم و شرایط بومی؛ رعایت نکردن و سوء استفاده از قوانین توسط مردم؛ محدود بودن تعداد آزمایش و دارو که باعث کاهش منزلت پزشک و افزایش ارجاع به متخصص می شود؛ ناهماهنگی قوانین وزارت بهداشت و قوانین بیمه و ناهماهنگی درون بخشی؛ مشکلات اجرایی فراوان در تکمیل و استفاده از پرونده سلامت؛ فرهنگ سازی و اطلاع رسانی ناکافی به مردم؛ رعایت نشدن قانون ارجاع؛ اصرار و تقاضای ارجاع به متخصص و قانون ارجاع معکوس.

نظام ارجاع، نظامی است که بر اساس آن، مراجعه کننده به منظور دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، باید ابتدا به بهورز (خانه بهداشت) و در صورت لزوم، با ارجاع بهورز به پزشک خانواده مراجعه کند و در صورت نیاز با برگه دفترچه بیمه روستایی به پزشک متخصص معرفی گردد و پزشک متخصص، پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه های لازم و انعکاس آن ها در فرم بازخواند، بیمار را برای ادامه درمان به مبدأ ارجاع معرفی کند. در مواردی که در بسته های خدمتی برای بهورزان، نقشی در نظر گرفته نشده است، یا در شرایط اضطرار (با نظر بیمار)، بیمار می تواند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه کند [۲۸].

در حالی که پزشکان در این مطالعه از تقاضای زیاد ارجاع بدون دلیل و نداشتن برگ ارجاع از خانه های بهداشت، شاکی بودند. نظام ارجاع، به گونه ای تبیین می گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران نباشند، به سطح بالاتر که واجد کارکنانی در سطوح عالی تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی تر را در ابعادی وسیع تر و با استفاده از فن آوری پیشرفته تر عرضه نمایند ارجاع دهند [۲۹]. مطالعه ای در عربستان نشان داد که به کار بردن نظام ارجاع، باعث کاهش بیماران سرپایی بیمارستان می شود. محققان نتیجه گرفتند که برای داشتن یک نظام ارجاع

مناسب، باید ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی و بیمارستان ها ایجاد شود [۳۰].

ایجاد و تقویت نظام ارجاع، باید مبین تبادل دو سویه اطلاعات باشد؛ یعنی اولین سطح پذیرنده ارجاع، بیمار را با اعلام وضعیت و راهنمایی کارکنان محلی درباره طرز پی گیری و مراقبت از بیمار، به واحد ارجاع دهنده عودت دهد. در این صورت نظام ارجاع، ضمن اولویت بندی بیماران برای دریافت خدمات تخصصی تر، می تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی در راستای برخورد صحیح با مسائل و مواردی که باید ارجاع شوند، مؤثر باشد [۲۹]. در مطالعه حاضر، پزشکان از ارتباط نا مناسب درون سازمانی، عدم باز خورد از پزشکان متخصص و ارجاع معکوس، ناراضی بودند. از جمله علل نارسایی در عملکرد نظام ارجاع، می توان به ارتباط نامناسب بین بیمارستان و مراکزهای بهداشتی و پشتیبانی ضعیف مدیریت اشاره کرد [۳۱]. مشکل ارجاع، در سایر بررسی ها نیز به چشم می خورد. مطالعه پورشیروانی [۳۲] و رسولی نژاد [۳۳]، نشان داد که یک سوم تا نیمی از ارجاع ها به سطح دو، به درخواست و اصرار بیماران انجام می شود. میزان پس خوردن از سطح دو به یک، از یک سوم کمتر است [۳۲] و در مطالعه حسینی [۳۴] و عبادی فرد آذر [۳۵] در حد صفر درصد بود. بیش از نیمی از بیماران نیازمند ارجاع، بدون داشتن برگ ارجاع از خانه بهداشت، به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه می کنند [۳۲]. افزایش ارجاع، از چند جنبه مشکل ساز است: در نظام سلامت، ایجاد ناهماهنگی می کند، هزینه درمان بیماران را بالا می برد و در نهایت، باعث نارضایتی بیماران و نیز پزشک می شود. در حالی که این مشکلات با آموزش و اطلاع رسانی به مردم و دادن اختیارات لازم به پزشک خانواده، به راحتی قابل بر طرف کردن است.

وجود محدودیت در ایفای نقش حرفه ای، از دیگر دلایل نا رضایتی پزشکان خانواده بود. در یک مطالعه ملی از طریق مصاحبه تلفنی، Landon متوجه شد که بیش از ۸۰ درصد از پزشکانی که مسئولیت مستقیم بیمارانشان را به عهده داشتند، از شغل خود کاملاً و یا تا اندازه ای راضی بودند [۱۰]. Landon در مطالعه دیگری به این نتیجه رسید که پزشکانی که میزان خود مختاری خود را پایین گزارش کرده اند و آن هایی که برای ارائه خدمات سرپایی یا بستری به بیماران خود مشکل بیشتری داشتند، از رضایت شغلی کمتری برخوردار بودند [۱۱]. Landon در این

مدیران، می‌توانند با تغییراتی در قوانین، عوامل نا رضایتی این افراد را کاهش دهند.

سهم نویسندگان

سعادت ترابیان: مجری طرح پژوهشی، همکاری در تدوین مقاله
بهزاد دماری: مشاور در کلیه مراحل اجرای طرح
محمدعلی چراغی: مجری طرح پژوهشی، همکاری در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از نتایج حاصل از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ۱۷۱۵۶۷ / ۱ / ۱۶/۳۵/ پ مورخ ۸۷/۱۲/۲۰ است که با همکاری معاونت محترم بهداشتی استان انجام شد.

به این وسیله از همکاری سرکار خانم دکتر مرضیه ارجمندیان، «کارشناس محترم برنامه پزشک خانواده استان» و نیز کارشناسان محترم پزشک خانواده کلیه مراکز بهداشت شهرستان‌های تابعه که در جمع آوری پرسشنامه‌ها نهایت همکاری را داشتند، تشکر می‌گردد. همچنین از همکاری صمیمانه پزشکان محترمی که در مصاحبه‌ها شرکت نمودند و نیز پزشکیانی که با تکمیل پرسشنامه‌ها نظرات خود را بیان داشتند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

مطالعه متوجه شد، پزشکانی که مالک مطب بودند، با گذشت زمان رضایت بیشتری از شغل خود گزارش می‌کنند. در شرایط کنونی، برخلاف نقش اساسی در نظر گرفته شده برای پزشک خانواده، در نظام سلامت عمل کند، قوانین حاضر، این اختیار را از پزشک سلب کرده است. رعایت نشدن قانون ارجاع، توسط مردم و نیز پزشکان متخصص و نیز محدود بودن تجویز دارو و آزمایش توسط پزشک خانواده، خود مختاری پزشکان خانواده در امر تشخیص و درمان را عملاً از بین برده است و به همین دلیل حدود ۸۰ درصد از پزشکان خانواده از قوانین جاری و نیز فرآیند ارجاع، کاملاً و یا تا حدودی ناراضی هستند. عواملی که بر روی قصد ترک خدمت تأثیرگذارند عبارتند از: رضایت کلی از کار، خود مختاری در محل کار، جایگاه حرفه‌ای، فعالیت‌های بالینی و روابط تخصصی [۳۶]. در مطالعه Robinson، زنان نسبت به مردان از کم بودن میزان خود مختاری ناراضی‌تری داشتند، به طوری که عامل اصلی پیش بینی خستگی کاری بیشتر نسبت به مردان، نداشتن کنترل در محیط کار اعلام شده است [۸]. در مطالعه حاضر نیز پزشکان زن از محدود بودن دارو و آزمایشات، ناراضی‌تری بیشتری از مردان داشتند. مهم است بدانیم ناراضی‌تری پزشکان ممکن است بلافاصله توسط مدیران تشخیص داده نشود [۳۷]. اما پیدا کردن منشأ ناراضی‌تی و بر طرف کردن آن می‌تواند به بر طرف شدن مشکلات کمک شایانی بکند. این مطالعه نشان داد به رغم آن که نا رضایتی در بین پزشکان خانواده بالا است، اما سیاست گذاران و

منابع

1. Kassirer J. Doctor discontent. New England Journal of Medicine 1998; 339: 1543-5
2. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. New England Journal of Medicine 2004; 350: 69- 75
3. Shearer S, Toedt M. Family physicians' observations of their practice, well being, and health care in the United States. Journal of Family Practice 2001; 50: 751- 6
4. Smith R. Why are doctors so unhappy? British Medical Journal 2001; 322: 1073-4
5. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? British Medical Journal 2002; 324: 835-8
6. Mechanic D. Physician discontent. Journal of the American Medical Association 2003; 290: 941-6
7. Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A. Managed care, professional autonomy, and income. Journal of General Internal Medicine 2001; 16: 675-84
8. Erlick RG. Career satisfaction in female physicians. Journal of the American Medical Association 2004; 291: 635 (doi:10.1001/jama.291.5.635)
9. Konrad TR¹, Williams ES, Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, et al. Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. SGIM Career Satisfaction Study Group. Society of General Internal Medicine. Medical Care 1999; 37: 1174-82
10. Landon BE. Career satisfaction among physicians. Journal of the American Medical Association 2004; 291: 634 (doi:10.1001/jama.291.5.634)

11. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *Journal of the American Medical Association* 2003; 289: 442-9
12. Linzer M, Konrad TR. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15: 441-50
13. Freeborn D. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med.* 2001; 174: 13-8
14. Blegen M. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Clinical Nursing Research* 1993; 42: 36-41
15. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Family Practice* 2000; 17: 364-71
16. Nylenna M, Gulbrandsen Pal, Førde R, Aasland OG. Job satisfaction among Norwegian general practitioners; Scandinavian. *Journal of Primary Health Care* 2005; 23: 198-202
17. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994/2002. *BMC Health Service Research* 2005; 5: 44
18. Bergin E, Johansson H, Bergin R. Are doctors unhappy? A study of residents with an open interview form. *Quality Management in Health Care* 2004; 13: 81- 7
19. Davidson JM, Lambert TW, Goldacre MJ, Parkhouse J. UK senior doctors' career destinations, job satisfaction, and future intentions: questionnaire survey. *British Medical Journal* 2002; 325: 685- 6
20. Ulmer B, Harris M. Australian GPs are satisfied with their job: Even more so in rural areas. *Family Practice* 2002; 19: 300- 3
21. Pathman DE, Williams ES, Konrad TR. Rural physician satisfaction: its sources and relationship to retention. *Journal of Rural Health* 1996; 12: 366-77
22. Pillay Rubin. Work satisfaction of medical doctors in the South African private health sector. *Journal of Health Organization and Management* 2008; 22: 254-68
23. Kerr Eve A, Hays Ron D, Mittman Brian S, Siu Albert L, Leake Barbara, Brook Robert H. Primary care physicians' satisfaction with quality of care in California Capitated Medical Groups. *Journal of the American Medical Association* 1997; 278: 308-12
24. Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *Journal of the American Medical Association* 1985; 254: 2775-82
25. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15: 122-8
26. Buchbinder SB, Wilson M, Melick CF, Powe NR. Estimates of costs of primary care physician turnover. *American Journal of Management Care* 1999; 5: 1431-8
27. Torabian S, Cheraghi MA, Azarhomayoon A. Family physicians' satisfactions from family medicine program in Hamadan province. *Payesh* (in press) [Persian]
28. Health services management team. Guidelines for Family physician and rural insurance. 10th version revised. Ministry of Health (MOH) Publication: Tehran, 2009 [Persian]
29. Shahdpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health care's in 20th and 21st centuries. Ministry of Health and Medical Education, Nashr Tandis: Tehran, 1999 [Persian]
30. Tawfik AM, AL Shehri AM, Abdul Aziz F. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *East Mediterranean Health Journal* 1997; 3: 236-53
31. WHO. The role of hospital in primary health care. Reported of a conference sponsored by the Agakhan Foundation, 1981
32. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Ashrafian Amiri H. Performance evaluation of vice chancellery for health of universities, schools of medical sciences in Iran based on Iranian national productivity and excellence award model *Hakim Research Journal* 2010; 13: 19- 25 [Persian]
33. Rasoulinejad A, Rasoulinejad M. A Study of referral system in health care delivery system and recommended alternative strategies: *Kashan Health Care Network. Hakim Research Journal* 2001; 4: 238-42 [Persian]
34. Hosseini SR, Dadashpour M, Mesbah N. Assessment of referral system in health care delivery center of Paeengatab, Babol. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2005; 7: 85-90 [Persian]
35. Ebadifarde Azar F. Patients admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). *Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2002; 23: 30-5 [Persian]

36. Coyle YM, Aday LA, Battles JB, Hynan LS. Measuring and predicting academic generalists' work satisfaction: implications for retaining faculty. *Academic Medicine* 1999; 74:1021-7
37. McCullough T, Dodge HR, Moeller S. Physician recruitment: understanding what physicians want. *Health Marketing Quarterly* 1999; 16: 55-64

ABSTRACT

‘Rural Insurance’: family physicians' satisfaction

Saadat Torabian¹, Behzad Damari^{2*}, Mohammad Ali Cheraghi³

1. Research Center for Behavioral Disorders and Substance Abuse, Hamadan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

2. Department of Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran, Iran

3. School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 561-573

Accepted for publication: 5 May 2013

[EPub a head of print-10 September 2014]

Objective (s): This study aimed to assess the extent to which family physicians are satisfied with ‘Rural Insurance’ in Hamedan province in Iran.

Methods: A triangulation approach was applied to collect data. , quali-quantitative and cross-sectional study, in which were used interview and questionnaire techniques. The performance of rural insurance program and physicians' satisfactions was assessed.

Results: Physicians' satisfaction was lower than acceptable level. They indicated several reasons that contributed to their dissatisfaction including issues related to referral process, limitations for prescription, difficulties in using health records for patients, and intersectoral problems.

Conclusion: The study findings showed that physicians' were unhappy with rural insurance program. Indeed this not only might damage the program, but also may cause problems for public's health. Therefore, it is essential to find and reduce the causes of dissatisfaction, prior to expanding the program.

Key Words: Job satisfaction, Family physician, Dissatisfaction, Rural insurance program, Rules, Regulations

* Corresponding author: Department of Social Determinants of Health, National Institute of Health Research, Tehran, Iran.
E-mail: Bdamari@gmail.com