

تأمین منابع، تجهیزات و الزامات اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های

شمالی ایران: از تئوری تا عمل

سیدداود نصرالله پور شیروانی^۱، ابراهیم میکانیکی^۲، حسن اشرفیان امیری^{۳*}، محمدجواد کبیر^۴، ناهید جعفری^۵، قاسم اویس^۶، حسین رحیمی کلامرودی^۷، محمد نعیمی طبیعی^۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۳

خلاصه

مقدمه: برنامه ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی یکی از اصلاحات بزرگ نظام سلامت که از سال ۱۳۸۴ اجرا شده، مستلزم تأمین منابع و امکانات مورد نیاز می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی کمیت منابع و الزامات اساسی تأمین شده در برنامه پزشک خانواده در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که در شش ماهه دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. ۲۵ درصد مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سه استان گلستان، مازندران و گیلان، مجموعاً ۱۳۹ مرکز از ۵۵۲ مرکز مجری به صورت تصادفی سیستماتیک به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بوده که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کروسکال والیس و مجذور کای تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۱۳۹ مرکز مطالعه شده، ۴۸ مرکز (۳۴/۵٪) داروخانه دولتی، ۶۲ مرکز (۴۴/۶٪) داروخانه خصوصی داشتند که ۷۲ مرکز (۵۱/۸٪) از آنها از ۲۷۹ قلم داروی کامل برخوردار بودند. ۱۳۳ مرکز (۹۵/۷٪) واحد تزریقات و پانسمان، ۸۴ مرکز (۶۰/۴٪) واحد بهداشت دهان و دندان و ۴۲ مرکز (۳۰/۲٪) واحد فعال آزمایشگاه داشتند. ۱۳۸ مرکز (۹۹/۳٪) حداقل یک دستگاه کامپیوتر سالم، ۱۳۵ مرکز (۹۷/۱٪) حداقل یک کپسول اکسیژن دارای مانومتر سالم، ۱۳۱ مرکز (۹۴/۲٪) تراسی اورژانس، ۱۲۹ مرکز (۹۲/۸٪) حداقل یک دستگاه فور سالم، ۹۹ مرکز (۷۱/۲٪) حداقل یک نکتوسکوپ سالم، ۹۲ مرکز (۶۶/۲٪) ECG سالم داشتند. از ۱۸۸ پزشک خانواده شاغل در مراکز مطالعه شده، ۱۴۰ پزشک (۷۴/۵٪) اطلاق (مطب) مستقل، ۱۶۵ پزشک (۸۷/۸٪) میز سالم اداری، ۱۴۴ پزشک (۷۶/۶٪) اتوسکوپ سالم، ۷۱ پزشک (۳۷/۸٪) آفتالموسکوپ سالم، ۱۳۱ پزشک (۶۹/۷٪) کامپیوتر سالم داشتند. میزان برخورداری بعضی از منابع و امکانات در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بعضی از امکانات و الزامات در تعدادی از مراکز مجری تأمین نشده است که برای تأمین آن باید اقدامات مؤثرتری به عمل آید.

واژه‌های کلیدی: برنامه پزشک خانواده، بیمه روستایی، تأمین منابع، خدمات سلامت

۱- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳- متخصص بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (نویسنده مسؤول)

تلفن: ۰۹۱۱۱۴۱۴۸۸، فاکس: ۰۹۱۱۳۲۳۲۸۷۷، ایمیل: ashrafian@mubabol.ac.ir

۴- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۵- استادیار، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۶- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۷- دکتری داروسازی و ام پی اچ، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۸- متخصص عفونی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

مقدمه

تقریباً در همه کشورها نظام مراقبت سلامت به منظور ارتقای کارایی و اثربخشی دستخوش اصلاحات و تغییرات قرار می‌گیرد. اما علی‌رغم انجام اصلاحات مداوم، هنوز بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان به شکل نامناسب و ناکارآمد اداره می‌شوند و هنوز بسیاری از کشورهای جهان در تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان خود با مشکلات فراوانی روبرو هستند [۱]. ساختار نظام‌های بهداشتی درمانی و نحوه انسجام و هماهنگی بین امور، خود می‌تواند تعیین‌کننده کارآمدی و میزان دستیابی به اهداف باشد. براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، کشور آمریکا با سرمایه‌گذاری ۱۳ درصد از درآمد ناخالص ملی رتبه ۳۷، سنگاپور با سرمایه‌گذاری ۳/۱ درصد رتبه ۶ و ایران با ۴/۴ درصد، رتبه ۹۳ را در سلامت دنیا دارد [۲]. سطح‌بندی نظام مراقبت سلامت به سه سطح اول، دوم و سوم بزرگ‌ترین اصلاحاتی است که اکثر کشورها به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به اجرا درمی‌آورند [۳ و ۴]. در نظام سطح‌بندی شده مراقبت سلامت، پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی فعالیت دارد که در چارچوب خدمت به خانواده در قلمرو پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص، درمان و بهبود کیفیت زندگی اقدام می‌نماید و چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشته باشند، از طریق سیستم ارجاع به سطح ۲ هدایت و سرنوشت آنان را تا حصول نتیجه پیگیری می‌کند [۵]. سابقه توجه و تأکید به پزشک خانواده در نظام مراقبت سلامت دنیا به پیشنهاد فرانسیس پی‌بادی، پروفیسور پزشکی دانشگاه هاروارد در سال ۱۹۲۳ و توسعه آن به گزارش کمیته‌های می‌لیس و ویلارد ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۶۶ برمی‌گردد [۶ و ۷]. با توجه به دستاوردهای مثبت به کارگیری و توسعه برنامه پزشک خانواده و نیازهای جدید جمعیت، پزشکی خانواده از طرف سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، اثربخشی، برابری و کاهش هزینه در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی تلقی می‌گردد [۸]. اخیراً مطالعات متعددی تأیید نموده که پزشکان خانواده نسبت به پزشکان متخصص به

منابع کمتری نیاز دارند و مراقبت‌های مؤثرتری برای انواع معینی از بیماران و بیماری‌ها انجام می‌دهند [۹].

در ایران طرح پزشک خانواده برای اولین بار در سال ۱۳۷۶ جهت حدود پنج میلیون نفر مددجوی تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) به اجرا درآمد که افراد دارای پرونده سلامت از طریق پزشک خانواده خود به بیمارستان ارجاع داده می‌شدند [۱۰]. اما طرح جامع‌تر و گسترده‌تر که طرح ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی نام دارد بر اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه و با اهداف: ۱- تقویت نظام ارجاع در کشور ۲- افزایش پاسخ‌گویی در بازار سلامت ۳- افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت ۴- کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات، از ابتدای سال ۱۳۸۴ در کلیه مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است [۱۱]. اجرای هر برنامه جدید تندرستی در نظام سلامت مستلزم تأمین یک سری از منابع انسانی و فیزیکی همراه با مجموعه‌ای از الزامات متناسب با شرایط به گونه‌ای که استانداردهای برنامه را تعیین می‌کند، می‌باشد [۱۲]. گزارشات کشوری نشان می‌دهد دانشگاه‌های علوم پزشکی که مسوولیت اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده را در حوزه‌های تحت پوشش خود به عهده دارند، از نظر پوشش کمی اجرای برنامه (تأمین پزشک و مامای خانواده و صدور دفترچه بیمه روستایی برای افراد فاقد هر نوع بیمه درمانی) تا حدود زیادی موفقیت مورد انتظار را کسب نمودند [۱۳-۱۵]. ولی تأمین همه منابع و امکانات مورد نیاز و رعایت الزامات مرتبط چالشی می‌باشد که ممکن است کم و بیش در همه دانشگاه‌های علوم پزشکی وجود داشته باشد. این مطالعه به منظور بررسی کمیت منابع و الزامات اساسی تأمین شده در برنامه پزشک خانواده استان‌های شمالی کشور که از نظر استقرار پزشک و مامای خانواده و همین‌طور شرایط اقلیمی، وضعیت تقریباً یکسانی دارند، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که در نیم‌سال دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر در سه استان گیلان (با ۱۶ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گلستان (با ۱۴

سؤال بوده که روایی آن با استناد به منابع [۱۶] به شکل صوری مورد تأیید خبرگان (۸ نفر از مدیران اجرایی استانی و شهرستانی) رسیده و پایایی آن هم با انجام طرح پایلوت و یکسان‌سازی برداشت پرسشگران که داده‌های مربوط را صرفاً با مشاهده منابع، امکانات و مستندات موجود و اطمینان کامل از برخوردار بودن در مرکز مورد مطالعه ثبت می‌کردند با بیش از ۹۵ درصد تأیید شده است. سؤالات از نوع باز و بسته بوده که پاسخ هر کدام از سؤالات بسته با کدهای عددی تعریف شده و سؤالات باز به همان شکل کمی و عددی وارد نرم‌افزار اکسل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون کروسکال والیس برای مقایسه میانگین‌ها و آزمون مجذور کای ۲ برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-18 در سطح معناداری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۱۳۹ مرکز مطالعه شده، ۹۹ مرکز (۷۲/۲٪) روستایی، ۳۴ مرکز (۲۴/۵٪) شهری روستایی و ۶ مرکز (۴/۳٪) شهری کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت بودند. از نظر برخورداری از واحدهای فنی، اداری و رفاهی، همه ۱۳۹ مرکز مورد مطالعه دارای واحد مامایی و تنها یک مرکز (۰/۷٪) دارای رادیولوژی بودند. جدول ۱-۳ برخورداری مراکز مجری را از سایر منابع و امکانات نشان می‌دهد.

شهرستان) بوده است. جامعه پژوهش مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی بود. حجم نمونه با توجه به برآورد ($d=0/08$, $p=0/07$) و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ۱۴۲ مرکز (حدوداً ۲۵ درصد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در هر استان) محاسبه گردید. برای نمونه‌گیری ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری برنامه مستقر در شهرستان‌های هر استان از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی منظم (به فاصله هر ۴ مرکز یکی به عنوان نمونه) ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گیلان، ۵۵ مرکز بهداشتی درمانی از استان مازندران و ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گلستان مجموعاً ۱۳۹ مرکز از کل ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان برای مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها با مراجعه حضوری به هر مرکز منتخب و مصاحبه با پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت و مشاهده امکانات موجود و بررسی مستندات مرتبط جمع‌آوری گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته حاوی شش بخش شامل: ۱- متغیرهای سازمانی با ۱۰ سؤال، ۲- واحدهای فنی و تسهیلات داخل مرکز با ۱۵ سؤال، ۳- کمیت و کیفیت تجهیزات اساسی پزشکی و اداری موجود با ۱۲ سؤال، ۴- برخورداری اعضای تیم سلامت با چهار سؤال، ۵- فرم‌های ثبتی مورد استفاده با ۶ سؤال و ۶- فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و اداری در اختیار پزشک خانواده با ۱۳

جدول ۱- فراوانی واحدهای فعال فنی در مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی مطالعه شده استان‌های شمالی ایران

نام استان	کل مرکز مورد مطالعه	داروخانه دولتی یا خصوصی	آزمایشگاه	تزییقات و پانسمان	بهداشت دهان و دندان	بهداشت خانواده	مبارزه با بیماری‌ها	بهداشت محیط و حرفه‌ای
مازندران	۵۵	۴۳ (۷۸/۲)	۲۲ (۴۰/۰)	۵۴ (۹۸/۲)	۳۳ (۶۰/۰)	۳۹ (۷۰/۹)	۵۱ (۹۲/۷)	۵۱ (۹۲/۷)
گیلان	۴۲	۲۶ (۶۱/۹)	۱۱ (۳۶/۳)	۴۱ (۹۷/۶)	۲۹ (۶۹/۰)	۳۸ (۹۰/۵)	۴۲ (۱۰۰)	۳۸ (۹۰/۵)
گلستان	۴۲	۴۱ (۹۷/۶)	۹ (۳۱/۴)	۳۸ (۹۰/۵)	۲۲ (۵۲/۴)	۲۸ (۶۶/۷)	۴۲ (۱۰۰)	۴۲ (۱۰۰)
جمع	۱۳۹	۱۱۰ (۷۹/۱)	۴۲ (۳۰/۲)	۱۳۳ (۹۵/۷)	۸۴ (۶۰/۴)	۱۰۵ (۷۵/۵)	۱۳۵ (۹۷/۱)	۱۳۱ (۹۴/۲)
P		*۰/۰۰۰	۰/۱۱۳	۰/۱۳۷	۰/۲۰۵	*۰/۰۲۴	*۰/۰۴۳	۰/۱۴۲

*آزمون مجذور کای $p < 0/05$

نظر به جدول ۱، از ۱۱۰ مرکز برخوردار از داروخانه، ۴۸ مرکز (۴۳/۶٪) دولتی و ۶۲ مرکز (۵۶/۴٪) داروخانه خصوصی بودند. ۷۲ مرکز (۶۴/۵٪) دارای داروخانه، از ۲۷۹ قلم داروی کامل برخوردار بودند. ۸۴ مرکزی (۶۰/۴٪) که دارای واحد بهداشت دهان و دندان بودند، ۵۶ مرکز (۶۶/۶٪) کار ترمیمی انجام می‌دادند، ۶۷ مرکز (۷۹/۸٪) جرم‌گیری می‌کردند، ۸۰ مرکز

دندان می‌کشیدند و ۴ مرکز (۴/۸٪) بدون اقدامات کلینیکی، صرفاً فعالیت‌های آموزشی داشتند. با آزمون مجذور کای، برخورداری از داروخانه و واحدهای بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها در بین استان‌های شمالی کشور تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.05$).

جدول ۲- فراوانی امکانات رفاهی و پشتیبانی موجود در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مطالعه شده استان‌های شمالی ایران

نام استان	کل مرکز	خانه سازمانی	خانه سازمانی	پانسیون برای اقامت	مجری برنامه	میانگین برخورداری از منابع انسانی و پشتیبانی
مازندران	۵۵	۱۹ (۳۴/۵٪)	۱۸ (۳۲/۷٪)	۱۵ (۲۷/۳٪)	۱۲ (۲۱/۸٪)	۴/۷
گیلان	۴۲	۸ (۱۹/۰٪)	۱۲ (۲۸/۶٪)	۶ (۱۴/۳٪)	۶ (۱۴/۳٪)	۴/۲
گلستان	۴۲	۱۶ (۳۸/۱٪)	۲۳ (۵۴/۸٪)	۹ (۲۱/۴٪)	۷ (۱۶/۷٪)	۵
جمع	۱۳۹	۴۳ (۳۰/۹٪)	۵۳ (۳۸/۱٪)	۳۰ (۲۱/۶٪)	۲۵ (۱۸/۰٪)	۴/۶
	p	۰/۱۲۷	۰/۰۲۷	۰/۳۰۷	۰/۶۵۸	۰/۰۳۷
		*	*	*	*	*

*آزمون مجذور کای $p < 0.05$ معنی‌دار

برای اقامت سرایدار و با آزمون کروسکال والیس برخورداری از نیروی بهداشت خانواده و بهداشت محیط و حرفه‌ای و همچنین نقلیه در بین استان‌های شمالی کشور تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.05$).

جدول ۳ که میزان برخورداری تعدادی از تجهیزات پزشکی و اداری را در مراکز مورد مطالعه کل سه استان نشان می‌دهد بعضی از مراکز به بیش از یک دستگاه از تجهیزات فهرست شده برخوردار بودند. به همین علت جمع مراکز برخوردار و عدم برخوردار در بعضی موارد بیش از ۱۳۹ مرکز می‌باشد.

نظر به جدول ۲، از ۴۳ مرکز برخوردار از خانه سازمانی برای اقامت پزشک، در ۱۰ مرکز (۲۳/۳٪) پزشک ساکن بود، ۹ مرکز (۲۰/۹٪) یکی دیگر از کارکنان ساکن بود و در ۲۴ مرکز (۵۵/۸٪) مابقی خالی و بلااستفاده بوده است. از ۵۳ مرکز برخوردار از خانه سازمانی برای اقامت سرایدار، در ۴۰ مرکز (۷۵/۵٪) سرایدار ساکن بود، در ۴ مرکز (۷/۵٪) یکی دیگر از کارکنان ساکن بود و در ۹ مرکز (۱۷/۰٪) مابقی خالی و بلااستفاده بوده است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد با آزمون مجذور کای، برخورداری از خانه سازمانی

جدول ۳- فراوانی برخورداری (موجود) و عدم برخورداری از تجهیزات پزشکی و اداری در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مطالعه شده استان‌های شمالی ایران

نام تجهیزات پزشکی	تعداد			مراکز عدم برخوردار	نام تجهیزات	تعداد		
	مراکز عدم برخوردار	تعداد	تعداد و درصد			مراکز عدم برخوردار	تعداد	تعداد و درصد
ECG	۱۰۴	۹۴	۹۱	۴۷ (۳۳/۸)	نگاتوسکوپ	۱۱۴	۱۰۵	۴۰ (۲۸/۸)
اتوکللو	۹۷	۹۴	۹۱	۵۶ (۴۰/۳)	لوله تراشه	۳۲۵	۳۲۳	۸ (۵/۸)
فور	۱۷۰	۱۶۰	۱۵۸	۱۰ (۷/۲)	ترازوی قدسنج‌دار	۱۵۱	۱۴۶	۲۵ (۱۸/۰)
سیلندر اکسیژن با مانومتر	۲۴۵	۲۳۸	۲۲۴	۵ (۳/۶)	ترالی اورژانس	۱۳۵	۱۳۴	۸ (۵/۸)
تخت ژنیکولوژی	۱۴۲	۱۴۱	۱۴۰	۲ (۱/۴)	کامپیوتر	۳۸۵	۳۷۹	۱ (۰/۷)
لارنگوسکوپ	۱۵۳	۱۵۲	۱۴۶	۵ (۳/۶)	پرینتر	۱۲۵	۱۲۰	۳۱ (۲۲/۳)

داشتند که میانگین و انحراف معیار جمعیت تحت پوشش به ازای هر پزشک خانواده در استان‌های گیلان، مازندران و گلستان به ترتیب 1341 ± 3981 ، 2636 ± 4916 و 1780 ± 5333 نفر بود. با آزمون کروسکال والیس تعداد جمعیت تحت پوشش به ازای هر پزشک در استان‌های شمالی کشور تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p = 0/005$).

جدول ۳ نشان دهنده عدم برخورداری مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی از تجهیزات پزشکی و اداری از ۴۰/۳ درصد در خصوص اتوکللو تا ۰/۷ درصد در مورد کامپیوتر متغیر می‌باشد. در خصوص جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده در استان‌های شمالی ایران، ۱۱/۰ درصد پزشکان جمعیتی زیر ۳۰۰۰ نفر، ۳۱/۰ درصد جمعیتی بین ۳۰۰۱ تا ۴۰۰۰ نفر و ۵۸/۰ درصد جمعیتی بیش از ۴۰۰۰ نفر را تحت پوشش

جدول ۴- فراوانی مطلق و نسبی برخورداری پزشکان خانواده از امکانات اداری و تجهیزات پزشکی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی استان‌های شمالی ایران

نوع امکانات اداری و تجهیزات پزشکی	مازندران			گیلان			گلستان			کل	p
	مستقل	مشترک	مشترک	مستقل	مشترک	مشترک	مستقل	مشترک	مشترک		
اطلاق (مطب)	۷۵ (۷۵)	۱۸ (۲۴)	۴۲ (۷۱)	۱۷ (۲۹)	۴۱ (۷۶)	۱۳ (۲۴)	۱۴۰ (۷۴)	۴۸ (۲۵)	۷۳۹ (۰/۷)		
با کف، سقف و دیوار سالم	۶۶ (۸۷)	۵۶ (۹۵)	۵۲ (۹۳)	۱۷۲ (۹۱)	۵۰ (۹۳)	۱۷۲ (۹۱)	۱۱۱ (۱۰۰)	۱۱۱ (۱۰۰)	۱۱۱ (۱۰۰)	۰/۰۱۱*	
با درب و پنجره سالم	۶۷ (۸۸)	۵۷ (۹۷)	۵۲ (۹۶)	۱۷۶ (۹۳)	۵۲ (۹۶)	۱۷۶ (۹۳)	۱۱۱ (۱۰۰)	۱۱۱ (۱۰۰)	۱۱۱ (۱۰۰)	۰/۰۰۸*	
با منابع تأمین گرمایش و	۶۲ (۸۲)	۵۳ (۹۰)	۵۲ (۹۶)	۱۶۷ (۸۸)	۵۲ (۹۶)	۱۶۷ (۸۸)	۱۱۱ (۱۰۰)	۱۱۱ (۱۰۰)	۱۱۱ (۱۰۰)	۰/۰۴۳*	

سرمایش									
۰/۲۰۱	(۱۲)۲۲	(۸۸)۱۶۵	(۱۹)۱۰	(۸۲)۴۴	(۷) ۴	(۹۱)۵۳	(۱۰)۸	(۹۰)۶۸	میز اداری سالم
*۰/۰۰۰	(۱۲)۲۲	(۶۴)۱۲۰	(۱۸)۹	(۴۱)۲۱	(۵)۳	(۸۵)۵۰	(۱۳)۱۰	(۶۵)۴۹	فایل سالم
۰/۴۱۳	(۲۰)۳۷	(۷۷)۱۴۶	(۲۲)۱۲	(۷۴)۴۰	(۲۵)۱۵	(۷۳)۴۳	(۱۳)۱۰	(۸۳)۶۳	تخت سالم معاینه
۰/۹۱۴	(۱۲)۲۲	(۴۰)۷۵	(۱۱)۶	(۴۳)۲۳	(۱۴)۸	(۴۱)۲۴	(۱۱)۸	(۳۷)۲۸	پرده پاراوان سالم
*۰/۰۰۹	(۱۹)۳۶	(۷۶)۱۴۴	(۲۴)۱۳	(۶۵)۳۵	(۲۵)۱۵	(۷۳)۴۳	(۱۱)۸	(۸۷)۶۶	اتوسکوپ سالم
*۰/۴۸۳	(۲۰)۳۷	(۳۸)۷۱	(۲۶)۱۴	(۳۲)۱۷	(۲۰)۱۲	(۳۶)۲۱	(۱۵)۱۱	(۴۳)۳۳	آفتالموسکوپ سالم
*۰/۰۰۰	(۱۰)۱۸	(۸۹)۱۶۹	(۲۲)۱۲	(۷۴)۴۰	(۲)۱	(۹۸)۵۸	(۷)۵	(۹۳)۷۱	فشارخون سنج سالم
*۰/۰۵۷	(۱۲)۲۲	(۷۸)۱۴۸	(۱۹)۱۰	(۶۷)۳۶	(۳)۲	(۸۸)۵۲	(۱۳)۱۰	(۷۹)۶۰	چراغ معاینه سالم
*۰/۰۰۰	(۴)۷	(۶۹)۱۳۱	(۹)۵	(۱۷)۹	(۲)۱	(۸۵)۵۰	(۱)۱	(۹۵)۷۲	کامپیوتر سالم

*آزمون مجذور کای $p < 0.05$ معنی دار

برون سپاری و خصوصی سازی خدمات سلامت هم مورد توجه قرار گرفته است که اگر شرایط لازم را داشته باشد می تواند پاسخگوی نیازهای بخش سلامت باشد [۲۰]. به عنوان مثال اگر در نزدیکی یک مرکز بهداشتی درمانی یک آزمایشگاه و یا یک داروخانه خصوصی وجود داشته باشد و با پذیرش دفترچه بیمه قادر باشد خدمات سلامت را با تعرفه مصوب ارائه نماید، احداث واحدهای مذکور در داخل مرکز به صورت دولتی توجیهی نخواهد داشت. اما خصوصی سازی برای خدمات دندانپزشکی ممکن است بسیاری از جمعیت نیازمند را به خدمات مورد نیاز محروم نماید.

یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر فقدان تجهیزات پزشکی مورد نیاز در بعضی از مراکز بوده که با مطالعه نصرالله پورشیروانی و همکاران هم خوانی دارد [۲۱]. اهمیت تجهیزات پزشکی در پیگیری تشخیص، درمان و پژوهش در عرصه ی بهداشت و درمان بر کسی پوشیده نیست. بدون تردید کمبود و نقص این گونه تجهیزات و وسایل، ارائه خدمات ضروری و حیاتی نظام مراقبت سلامت را با مشکل مواجه می سازد [۲۲]. تجهیز ناکافی مراکز بهداشتی درمانی یکی از مشکلات عمومی نظام مراقبت سلامت می باشد که یکی از دلایل عمده آن ممکن است مربوط به کمبود اعتبارات بخش سلامت باشد و مشکل دیگری که باعث می شود تجهیزات تهیه شده مورد استفاده قرار نگیرند و یا در دوره زمانی کوتاه تری اسقاط و بلااستفاده گردند کمبود نیرو و یا وجود نیرو با مهارت ناکافی می باشد [۲۳]. چرا که این مطالعه مشخص می نماید که درصد

همان طور که در جدول شماره ۴ مشخص می باشد با آزمون مجذور کای، از ۱۳ مورد مطالعه در خصوص امکانات اداری و تجهیزات پزشکی مورد استفاده پزشکان خانواده، ۸ مورد آن در بین استان های شمالی کشور تفاوت معنی دار وجود داشت ($p < 0.05$).

بحث

نتایج مطالعه نشان می دهد که تعدادی از مراکز مجری، از همه واحدهای ارائه دهنده خدمات برخوردار نبودند. بعضی از مراکز که دارای واحدهای ارائه دهنده خدمات بودند به دلیل کمبود نیرو، همه خدمات مورد انتظار را یا ارائه نمی دادند یا ارائه آن برای همه روزها (مثل خدمات دندانپزشکی) استمرار نداشت. یافته های فوق در مورد نیروی انسانی با مطالعه مطلق و همکاران هم خوانی دارد [۱۷]. کامل بودن واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در سطح اول و ارائه یک جای خدمات مورد نیاز در یک مراجعه، یکی از موارد مهم برای پیشگیری یا کاهش غیر ضروری مردم به سطح دوم شبکه می باشد. palmer مؤثرترین شیوه جلب مردم و تشویق آنها به استفاده از خدمات سطح اول را دادن اطمینان به آنها از جنبه قابل اعتماد بودن این خدمات و تجهیز کامل این مراکز مربوط می داند [۱۸]. در مطالعه نجفی و همکار، ۵۹ درصد ارائه دهندگان و ۷۲ درصد گیرندگان خدمت بیان داشته اند که تجهیزات مراکز بهداشتی درمانی مناسب نیست. مثلاً در مورد بیماران قلبی به دلیل فقدان دستگاه ECG موجب اتلاف وقت بیمار و پزشک می شود [۱۹]. البته در سال های اخیر،

که صف انتظار بیماران طولانی می‌باشد موجب بازده نزولی شود [۲۸].

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد بیش از نیمی از پزشکان خانواده جمعیتی بیش از ۴۰۰۰ نفر را تحت پوشش داشتند که نسبت به مطالعه مطلق و همکاران که ۴ سال قبل در همین منطقه انجام گرفت [۲۹] حدوداً ۵۰۰ نفر افزایش یافته است. در استاندارد جهانی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت یک پزشک توصیه شده است [۳۰]. در طرح پزشک خانواده کمیته امداد امام برای هر پزشک حداقل ۱۰۰۰ و حداکثر ۲۵۰۰ نفر تعیین شده است [۳۱-۳۲]. در طرح کشوری پزشک خانواده و بیمه روستایی ابتدا برای حداکثر هر ۲۵۰۰ نفر، یک پزشک تعیین گردید [۳۳] که بعد از مدتی به حداکثر ۴۰۰۰ نفر افزایش یافت [۱۱]. در برنامه پزشک خانواده شهری برای حداکثر هر ۲۵۰۰ نفر یک پزشک توصیه و تأکید شد [۳۴]. بالا بردن تعداد جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده گرچه ممکن است منجر به افزایش دریافتی پزشکان شود (به دلیل پرداختی از نوع سرانه) و رضایت آنها را تا حدودی افزایش دهد، ولی به دلیل حجم زیاد کار، ممکن است رسیدن به اهداف طرح که تأکید به سلامت‌نگر بودن پزشکان خانواده را دارد با چالش بزرگ و جدی مواجه نماید. چراکه بالا بودن تعداد جمعیت تحت پوشش، بار مراجعات درمانی را بالا می‌برد و با ایجاد شلوغی کار، تشکیل پرونده سلامت و تکمیل فرم بررسی سلامت فرد و ثبت و ضبط سایر فرم‌های مرتبط نادیده گرفته می‌شود و ممکن است بعد از مدت نه چندان طولانی به فراموشی سپرده شود. در صورتی که در نظام مراقبت سلامت، ثبت پدیده‌های مربوط به جمعیت تحت پوشش خصوصاً پدیده‌های مربوط به سلامت و عوامل خطر آن از ضرورت‌های غیرقابل اجتناب می‌باشد. چرا که داده‌های ثبت شده منبع با ارزشی برای پیدا کردن مشکل و اجرای مداخلات مناسب فردی و جمعی محسوب خواهد شد [۱۲].

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر پایین بودن درصد مراکز دارای خانه سازمانی برای اقامت پزشک می‌باشد که یکی از دلایل آن ممکن است بومی بودن عمده پزشکان و عدم تقاضا برای سکونت در مرکز باشد و دلیل دوم تراکم بالای جغرافیایی و نزدیکی روستاها و شهرهای شمالی (نسبت به

قابل ملاحظه‌ای از تجهیزات تأمین شده سالم نیستند و یا با وجود سالم بودن، مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گیرند. به عنوان مثال دستگاه ECG که از سال ۱۳۸۴ خریداری شده بود، حدود ۷ سال بعد ۱۰ درصد آن خراب و غیرقابل استفاده گردید و ۳ مرکزی که از ECG سالم برخوردار بودند، مورد بهره‌برداری قرار نمی‌دادند.

مطالعه حاضر در خصوص برخورداری پزشکان خانواده از امکانات و تجهیزات ضروری نشان می‌دهد که در بعضی از موارد، کمبودهایی وجود دارد که با مطالعه رئیسی و همکاران، چمن و همکاران تقریباً هم‌خوانی دارد [۲۴-۲۵]. یکی از بدوی‌ترین امکاناتی که باید در اختیار هر پزشک قرار گیرد، اتاق مستقل به عنوان مطب می‌باشد. در این مطالعه مشخص گردید که ۲۵ درصد پزشکان در یک اتاق مشترک، بیماران خود را عمدتاً در حضور پزشک و یا بیماران دیگر ویزیت و معاینه می‌کردند و نکته قابل توجه دیگر این است که ۴۸ درصد پزشکان در اتاقی کار می‌کردند که فاقد پرده پاراوان بوده است. یکی از ضرورت‌های حفظ اسرار بیمار این است که بیمار در یک محل امن و خلوت بدور از حضور دیگران مورد معاینه قرار گیرد. علاوه بر آن، فرهنگ کشور در خیلی از موارد این اجازه را نمی‌دهد که زنان در حضور مردان و یا حتی دیگر پزشک مرد که پزشک معالج او نیست، مورد معاینه قرار گیرند. تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی درمانی، خصوصاً حفظ شأن بیمار به عنوان یک انسان، زمانی اهمیت می‌یابد که تخلفات و نقاط ضعف سیستم بهداشتی درمانی منجر به آسیب پذیری بیمار گردد [۲۶]. در منشور حقوق بیمار به صراحت آمده است که احترام به حریم خصوصی بیمار به هنگام مراقبت از وی، دفع حاجت، مشاوره‌ها و معاینات پزشکی و ... رعایت شود. حتی در مراکز آموزشی که قرار گرفتن دانشجویان و سایر کارآموزان در کنار بیمار ضرورت می‌یابد، تأکید می‌گردد که این کار با اعلام رضایت بیمار صورت گیرد [۲۷]. علاوه بر نداشتن اتاق مستقل، فقدان یا کمبود بعضی از وسایل ضروری پزشکی ممکن است به جامعیت یا کیفیت خدمات قابل ارائه آسیب برساند و در صورت استفاده مشترک از وسایل ضروری پزشکی، در ساعاتی

پزشکی، تأمین امکانات مورد نیاز پزشکان، متناسب نمودن تعداد جمعیت به ازای هر پزشک در حد انتظارات کشوری، کامل نبوده و نیاز مبرم به بهبود دارد. لذا پیشنهاد می‌گردد سیاست‌گذاران و مدیران وزارتی و استانی نسبت افزایش اعتبارات شبکه بهداشت و درمان به منظور بهبود استانداردهای سطح اول و پشتیبانی برنامه پزشک خانواده اقدام اساسی نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله گزارشی از نتایج پژوهش مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان است به جهت حمایت مالی، پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان، گلستان و همچنین از رؤسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تحت پوشش و مسئولین واحد گسترش شبکه به دلیل مساعدت در اجرای طرح و از خانم‌ها: حمیده رضانی، مریم رضایی، نیره محمدزاده، فهیمه ذبیحی و محبوبه محمدی و آقایان رحیم ملک‌زاده و جواد حبیب‌زاده از کارشناسان بهداشت معاونت بهداشتی بابل که کل داده‌های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع‌آوری نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

خیلی از استان‌های کشور) است که خیلی از پزشکان با سکونت در منطقه شهری، خانواده خود را از امکانات و خدمات شهری برخوردار و خودشان روزانه به مرکز محل خدمت تردد می‌نمایند. موارد فوق احتمالاً انگیزه مدیران استانی و شهرستانی را به تدریج برای احداث خانه‌های جدید سازمانی کاهش داده است. عدم استفاده ۷۷ درصد از خانه‌های سازمانی توسط پزشکان می‌تواند دلایل برشمرده را تأیید نماید.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که برخورداری از بعضی منابع و امکانات در استان‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود دارد که این ممکن است به دلایل متعدد از جمله، تفاوت در تأمین میزان اعتبارات مورد نیاز به دلیل میزان محرومیت منطقه، پیگیری مدیران استانی و شهرستانی و نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی و سایر افراد با نفوذ برای جذب اعتبارات بیشتر، مصرف بهینه اعتبارات تأمین شده در سطح استان‌ها، فرهنگ مجریان در نگهداشت منابع، وجود نیروی انسانی ماهر (بومی)، مشارکت جامعه و افراد خیر، سماجت مردم و نمایندگان محلی در تقاضا و درخواست امکانات بیشتر در هر استان و موارد دیگر مربوط باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که علی‌رغم تلاش‌های مستمر به منظور بهبود استاندارد منابع انسانی و فیزیکی، بعضی از امکانات، الزامات و استانداردهای برنامه پزشک خانواده از قبیل: تکمیل واحدهای ارائه دهنده خدمات، تأمین تجهیزات

References:

1. Reform Structure of Ministry of Health and Medical Education. 1st ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 1999: 4-17. [Persian]
2. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ. To evaluate The Quality of Family Physician Program in northern Provinces of Iran. <http://congress.mums.ac.ir/erepository/archive/99/papers/53288/>
3. Davoudi S. Introduction to health sector reform. 1st ed. Tehran: Asare Mouaser Publication; 2006: 233-7. [Persian]
4. Pileroudi S. Township network health and treatment. 1st ed. Iran, UNICEF Office; 1999: 12-13. [Persian]
5. 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): 24-30. [Persian]
6. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 21st ed. Banarsidas Bhanot Publishers; 2011: 23-47.
7. Hoseini Jenab V, Tarighati OR. Family physician. Journal of Pain 2000; 1(3): 46-7. [Persian]

8. Rivo ML. Practicing in the New Millennium: Do you have what it takes? *Fam Pract Manag* 2000; 7(1): 35-40. Available at: <http://www.aafp.org/fpm/2000/0100/p35.html>
9. Weiss BD. The death of academic family medicine: can it be prevented? *Fam Med* 1995; 27 (2): 139-42.
10. Masoudi I. Study of family physician system from physicians' opinion who contracted by Imam Khomeini Committee. MSc thesis, Tehran; Islamic University Free; 2003: 87-125. [Persian]
11. Family Physician Instruction. Version 9. Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009: 4- 102. [Persian]
12. Abolhasani F. Health programs management, systematic approach for promotion of Health programs efficiency. Tehran: Baraye Farda Publication; 2004: 27-67. [Persian]
13. Ministry of Health and Medical Education. Report on rural insurance programs and family physician. Department of Health. Network Development and Health Promotion Center; 2007: 2-9. [Persian]
14. Tavasoli E, Alidousti M, Khadivi R, Sharifirad GR, Hasanzadeh A. Relationship between Knowledge and Attitudes of Rural People with Information Resources about Family Physician Program in Shahrekord. *Journal Research Health System* 2010; 5(3): 498-505. [Persian]
15. Ministry of Health and Medical Education. Illustration of health team and family physician services. 1st ed. Tehran: Arvij; 2007: 12-19. [Persian]
16. Family physician Instruction. Version 12. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011: 4- 102. [Persian]
17. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafiyan Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction in health teams about the function of family physician (FPs) in medical universities of northern provinces of Iran. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2011; 9(3): 180-7. [Persian]
18. Palmer PES. "Feeling Unwell? Must you go straight to hospital?" *World Health Forum* 1991; 12(1): 38-42.
19. Najafi L, Faraji A. Satisfaction survey service providers and recipients of health care insurance program for rural and city families Tuysarkan. Papers presented at the Seminar of Hamandishi 2008. Tehran: Insurance Therapeutic Services Office of Iran [Persian]
20. Kavousi Z, Setoudehzade F, Kharazmi E, Khabiri R, Ravangard R, Rahimi H. The level of propensity to outsource Study: Based on hospital services features by managers and staff perspective in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences; *Hospital Quarterly* 2010; 1(40): 10-19. [Persian]
21. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation Quality of Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. 11th Annual Research Congress Iranian Medical Sciences Students. Bandar Abbas. Iran. 20-23 April 2010: 6. [Persian]
22. Baghbanian A, Agamohammadi G, Saei A, Ramani H, Seidpour J. Management in the health sector. 1st ed. Rasht; Gap 2009: 430. [Persian]
23. Nekooei Moghadam M, Beheshtifar M. Health services planning. 1st ed. National Public Health Management Center (NPMC). Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2005: 41-67. [Persian]
24. Raeisi P, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir MJ. To evaluate the quality of family physician program in Iran University Medical Sciences (report of research plan with code 792 – Approved by Iran University Medical Sciences); 2009: 61-92. [Persian]

25. 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 2011; 14(2): 123- 9. [Persian]
26. Atashkneh M. Patient Rights, Department of Social Security therapy province. 1st ed. Shiraz; 2001: 18-27. [Persian]
27. Sadigiani E. Organization and management of the hospital. 1st ed. Tehran: Jahan Rayane; 1998: 703- 4. [Persian]
28. Mirhoseini AR. Principles of Health Care. 3st ed.. Tehran: Zherf 1996; 110. [Persian]
29. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Tourani S, Shabestani Mounfared A, et al. Satisfaction of Family Physician (FPs) About Effetive Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. Journal of Guilan University Medical Sciences 2011; 76: 48-55. [Persian]
30. Bagiani M, Ehrampoush MH. Principles and general health services. 1st ed.Tehran: Cheraghe Danesh; 2003: 29-54. [Persian]
31. Masoudi I. Study Conceptions of Family Physisian Having A Imam Khomeini's Relief Committee on Family Physisian System. Tehran: Azad Islamic University; 2003: 87-125. [Persian]
32. Masoudi Asl I. Perspective of the family practice physicians committee contracted Imam Khomeini (RA). J Security Soc Med 2003;3(14):10-4.
<http://www.magiran.com/view.asp?Type=pdf&ID=138217&l=fa>. [Persian]
33. Regulations and GP referral system. Iran: Ministry of Health and Medical Education Department of Health. Publication No:2 National of health reform; 2005: 37. [Persian]
34. Family physician and referral system Instruction in urban. Version 02. Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2012: 22. [Persian]

Resources, equipment and requirements for the implementation of Rural family physicians and insurance programs in northern Provinces of Iran; from theory to practice

Nasrollahpour Shirvani SD¹, Mikaniki E², Ashrafian Amiri H^{3*}, Kabir MJ⁴, Jafari N⁵, Oveis G⁶, Rahimi kolamrodi H⁷, Naeimi Tabiei M⁸

1- Assistant prof. Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

2- Associate prof. Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

3- MD. Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

4- Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

5- Assistant prof. Academic Member, Department of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

6- MD. Vice -Chancellery for Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

7- Pharm D. Vice- Chancellery for Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

8- MD. Vice -Chancellery for Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

* Corresponding Author: ashrafian@mubabol.ac.ir Tel: 09111141488

Received: 24 December 2013

Accepted: 19 April 2014

Introduction: The national rural family physicians and insurance plan, as one of the major reforms of the health system implemented since 2005, need to be supplied with the resources and facilities required. In this regard, the present study was carried out to evaluate the quantity of essential resources and requirements provided in family physician program in the northern provinces of Iran.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted in the second half of 1391; 25% of centers implementing rural insurance and family physician programs in three provinces of Golestan, Mazandaran and Gilan –a total of 139 centers out of 552 centers performing the program– were selected through systematic random sampling as the study samples. A researcher-made questionnaire was used for data collection, the validity and reliability of which were confirmed. Data were analyzed by tests of chi-square and Kruskal– Wallis.

Results: Out of the 139 centers studied, 48 centers (34.2%) had public pharmacies, 62 centers (44.6%) had private pharmacies, among which 72 centers had a total of 279 items of drugs. 133 centers (96%) had injection and dressing room facilities, 84 centers (60%) had oral health unit (30.2%) and 42 centers (30.2%) had an active lab unit; 138 centers (99%) were found with at least one normal-operating computer, 135 centers (97%) with at least one oxygen capsule, 131 centers (94 percent) with emergency trailee and at least one intact tracheal tube, 129 centers (93%) with at least one intact four (dry heat), 92 centers (66%) with a normal ECG. Out of the 188 family physicians working in the study centers, 140 physicians (74%) had separate rooms (clinics), 165 physicians (88%) had a normal desk, 144 physicians (76%) had a normal otoscope, 71 physicians (38%) had an intact ophthalmoscope and 131 physicians (66%) had a normal-operating computer. There was a significant difference in the levels of some resources and facilities provided in the northern provinces of Iran ($p < 0.05$).

Conclusion: The study findings confirmed that enough facilities and equipments are not provided in a number of centers implementing the program, and effective measures should be taken to supply these items.

Keywords: Family physician programs, Rural insurance, Resources, Health services

Please cite this article as follows:

Nasrollahpour Shirvani SD, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Oveis G, Rahimi kolamrodi H, Naeimi Tabiei M. Resources, equipment and requirements for the implementation of Rural family physicians and insurance programs in northern Provinces of Iran; from theory to practice. Community Health journal 2013; 7(2,3): 1-11

Funding: This research was funded by Research Committee of Babol University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Babol University of Medical Sciences approved the study.