

Original article

Should All Services in the Urban Family Physician Program be Free? The Perspective of Administrators and Executives

Mohammad Javad Kabir¹**Hasan Ashrafian Amiri²****Seyed Mozafar Rabiee³****Anahita Keshavarzi⁴****Sohila Hosseini⁵****Seiyed Davoud Nasrollah Pourshirvani^{6*}**

- 1- PhD, Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 2- Internal Medicine Specialist, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran
- 3- Associate Professor, Cancer Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
- 4- MD, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran
- 5- PhD, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran
- 6- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

***Corresponding author:** Seyed Davoud Nasrollah Pourshirvani, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

Email: dnshirvani@gmail.com

Received: 22 December 2018

Accepted: 16 March 2018

ABSTRACT

Introduction and purpose: Patient involvement in paying the out-of-pocket medical expenses is common in most countries. According to the instructions of the Urban Family Physician Program in Iran (Version 02), all care services should be provided free of charge. This study aimed to investigate the viewpoints of administrators and executives in Fars and Mazandaran provinces regarding the free provision of services.

Methods: This cross-sectional study was conducted in winter 2016. The study population included administrators and experts monitoring the Urban Family Physician Program, as well as representatives of Family Physicians who were selected by the census. The data were collected using a researcher-made questionnaire containing two parts with 20 items. In addition, The reliability and validity of this questionnaire were confirmed using alpha Cronbach at 0.87%. The data were collected from 29 expert panels in cities of Fars and Mazandaran. The obtained data were analyzed in SPSS software (version. 23). P-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: Out of 635 participants, 49 cases (7.7%) agreed that all services provided by family physicians and health care providers should be free. According to the results, free of charge services include care for chronic diseases (63.7%), basic visits and periodic examinations (48.1%), injections (40.4%), serum therapy (36.6%), bandaging (35.2%), therapeutic visits (22.8%), prescriptions of family physicians (22.6%), laboratory services (17.3%), and radiography and ultrasound services (15.7%).

Conclusion: This study showed that the majority of people disagreed with free of charge services provided by urban family physicians. Therefore, it is suggested to revise franchise systems regarding the provision of some services.

Keywords: Fars and Mazandaran Provinces, Franchise, Free services, Managerial viewpoint, Urban family physician

► **Citation:** Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Keshavarzi A, Hosseini S, Nasrollah Pourshirvani SD. Should All Services in the Urban Family Physician Program be Free? The Perspective of Administrators and Executives. Journal of Health Research in Community. Winter 2019;4(4): 1-12.

مقاله پژوهشی

آیا باید همه خدمات قابل ارائه در برنامه پزشک خانواده شهری رایگان باشد؟ دیدگاه مدیران و مجریان

چکیده

محمد جواد کبیر^۱حسن اشرفیان امیری^۲سید مظفر ربیعی^۳آناهیتا کشاورزی^۴سهیلا حسینی^۵سید داود نصرالله پورشیروانی^{۶*}

مقدمه و هدف: مشارکت بیماران در پرداخت مستقیم بخشی از هزینه‌های خدمات سلامت در بیشتر کشورها متداول می‌باشد. طبق دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران (نسخه ۰۲)، کلیه خدمات باید به شکل رایگان ارائه گردد. در این راستا، مطالعه حاضر به منظور شناخت دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران در ارتباط با رایگان‌ماندن ارائه خدمات انجام شد.

روش کار: مطالعه مقطعی حاضر در زمستان سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری پژوهش را مدیران و کارشناسان پایش گر برنامه پزشک خانواده شهری و همچنین نمایندگان پزشکان خانواده تشکیل دادند که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای حاوی دو بخش و ۲۰ سؤال بود که روایی آن به شکل صوری و پایایی آن با استفاده از آزمون کرونباخ معادل ۸۷ درصد تأیید شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، ۲۹ پانل خبرگان در شهرستان‌های دو استان برگزار گردید. در ادامه، داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS 23 در سطح معناداری ($\alpha < 0/05$) تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۶۳۵ فرد مورد بررسی، ۴۹ نفر (۷/۷ درصد) موافق بودند که تمامی خدمات پزشک خانواده و مراقب سلامت باید رایگان باشد. میزان موافقت افراد با رایگان‌بودن خدمات برای مراقبت بیماری‌های مزمن ۶۳/۷ درصد، ویزیت پایه و معاینات دوره‌ای ۴۸/۱ درصد، انجام تزریقات ۴۰/۴ درصد، سرم درمانی ۳۶/۸ درصد، پانسمان ۳۵/۲ درصد، ویزیت درمانی ۲۲/۸ درصد، داروهای نسخه‌شده توسط پزشک خانواده ۲۲/۶ درصد، خدمات آزمایشگاهی ۱۷/۳ درصد و خدمات رادیولوژی و سونوگرافی ۱۵/۷ درصد بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دادند که بیشتر افراد، مخالف رایگان‌بودن تمامی خدمات پزشک خانواده شهری بودند؛ از این رو پیشنهاد می‌گردد در مورد برقراری فرانشیز برای برخی از خدمات بازنگری گردد.

کلمات کلیدی: استان‌های فارس و مازندران، پزشک خانواده شهری، خدمات رایگان، دیدگاه مدیران، فرانشیز

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. متخصص داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات سرطان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۴. پزشکی عمومی، سازمان بیمه سلامت ایران
۵. دکترای تخصصی، سازمان بیمه سلامت ایران
۶. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

* نویسنده مسئول: سید داود نصرالله پورشیروانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

Email: dnshirvani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

مقدمه

اهمیت سلامت در کیفیت زندگی، حفظ ظرفیت و بازدهی نیروی کار سبب می‌شود که مردم در صورت ابتلا به بیماری،

هزینه‌های متفاوتی را برای تشخیص و درمان براساس نوع نظام سلامت حاکم بر جامعه پرداخت نمایند؛ بنابراین پرداخت هزینه به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی در نزد عمده افراد جامعه الزام‌آور و غیر قابل اجتناب به شمار می‌رود [۱]. از سوی دیگر، در ارزیابی نظام سلامت علاوه بر توجه به دستیابی به سطح مناسبی از شاخص‌های بهداشتی - درمانی، دسترسی افراد به خدمات سلامت نیز باید مورد توجه و تأکید قرار گیرد؛ امروزه دسترسی مالی مردم به خدمات سلامت، چالش بیشتری را برای سیاست‌گذاران و عموم جامعه ایجاد نموده است [۲-۳]. مشارکت بیمار در پرداخت مستقیم بخشی از هزینه‌های خدمات سلامت از جمله استراتژی‌های کاهش مصرف از سوی متقاضی و تأمین مالی هزینه‌های سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر و دولت‌ها محسوب می‌شود؛ اما تأکید سازمان‌های بیمه‌گر بر مشارکت بیشتر بیماران در پرداخت مستقیم یا تقبل سهم کمتری از هزینه‌های خدمات سلامت باعث شده است که به تدریج سهم بزرگی از هزینه‌های درمانی به بیمه‌شدگان منتقل شود؛ تا جایی که این تقبل هزینه برای گروهی از افراد جامعه سخت و دشوار گردد [۴-۷]. میانگین پرداخت توسط بیماران در سال ۲۰۰۱ در جهان حدود ۲۴ درصد و در منطقه شرق مدیترانه ۴۴ درصد ثبت شده است [۸]. مطالعات اخیر انجام‌شده در هند، گرجستان، چین، آمریکا و ترکیه نشان داده‌اند که هزینه‌های پرداخت مستقیم توسط بیماران منجر به هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارها شده و آن‌ها را در معرض خطر مالی قرار داده است [۹-۱۳].

مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهند که پرداخت مستقیم از جیب بیمار از ۳۰ درصد در سال ۱۳۷۷ به ۶۷ درصد در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است [۱۴]. در پژوهشی که در سال ۱۳۸۱ در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان انجام شد، گزارش گردید که ۱۳ درصد از کل درآمد خانوارها به‌منظور خرید خدمات تشخیصی و درمانی به‌صورت مستقیم از جیب پرداخت شده است [۱۵]. آمار نشان می‌دهند که متوسط ناخالص هزینه‌های خانوارهای شهری بابت بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۷

در مقایسه با سال ۱۳۷۸ رشدی نزدیک به ۴۰۶ درصد داشته است. به تبع، سهم آن نیز در مجموع هزینه خانوار از ۴/۲ به ۴/۵ درصد افزایش یافته است که در این میان، بیشترین هزینه مربوط به هزینه‌های خدمات پزشکی، دندانپزشکی، پیراپزشکی و هزینه‌های بیمارستانی بوده است [۱۶]. افزایش غیرعادلانه و بعضاً کمرشکن سهم پرداخت مستقیم بیماران به‌عنوان یک مشکل جدی در نظام سلامت ایران مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است؛ به‌طوری که در ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم عنوان شده است که برای تأمین دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی - درمانی و کاستن از سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر در پرداخت هزینه‌ها، توزیع منابع و امکانات باید به نحوی صورت گیرد تا آنچه مردم به‌طور مستقیم از جیب می‌پردازند، بیش از ۳۰ درصد نباشد [۱۷].

پزشک خانواده و بیمه روستایی یکی از راه‌کارهایی بود که در راستای ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم به‌منظور دسترسی بیشتر مردم به خدمات سلامت و کاهش پرداخت از جیب از سال ۱۳۸۴ در کلیه مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا درآمد [۱۸]. مطالعات نشان می‌دهند که با اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، ارائه کمی و کیفی خدمات بهداشتی - درمانی و توجه به رفع نیازهای واقعی مردم بهتر شده و رضایت‌مندی گیرندگان خدمات سلامت در سطح بالاتری قرار گرفته است [۱۹-۲۲]. براساس تجارب به‌دست‌آمده، سیاست‌گذاران و مجریان کشوری مصمم شدند تا طرح پزشک خانواده شهری را ابتدا در شهرهای با جمعیت ۵۰ هزار نفر اجرا نمایند. در این راستا با اجرای طرح پایلوت و شناسایی قسمتی از موانع و چالش‌های اجرایی و اتخاذ تدابیر متناسب، نسخه ۰۲ به‌عنوان دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری در کلیه شهرهای با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر تنظیم شد [۲۳] و در نهایت از تیر ماه سال ۱۳۹۱ در کلیه شهرهای با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر در دو استان فارس و مازندران اجرا گردید. در طراحی ساختار پزشک خانواده شهری در نسخه ۰۲ به‌منظور کاهش پرداختی از

جیب مردم (Out of Pocket Payment) و ایجاد عدالت در نظام سلامت، کلیه خدماتی که پزشکان خانواده و مراقبین سلامت (دستیار) در سطح اول به جمعیت شهری ارائه می‌دهند، رایگان اعلام شده است. تعدادی از سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت، موافق و تعدادی دیگر مخالف رایگان‌بودن خدمات سلامت می‌باشند. موافقان و مخالفان رایگان‌شدن خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری هر کدام دلایلی را برای موافقت و یا مخالفت خود مطرح می‌نمایند که در ادامه به مواردی از آن اشاره می‌گردد.

موافقان رایگان‌بودن خدمات ضمن نگرانی نسبت به عدم توان پرداخت مردم، مواردی مانند تقویت و توسعه ارتباط بین جمعیت و پزشک خانواده، کاهش میزان خوددرمانی، افزایش پوشش خدمات به‌ویژه خدمات پیشگیری، حذف انگیزه تجاری کارکردن و چشم‌داشت زیرمیزی، کاهش انگیزه مردم برای مراجعه غیرضروری به پزشکان متخصص، درمان کامل بیماری‌ها، عدم اجتناب مردم یا بیماران برای دریافت خدمات ضروری تشخیصی، نظم‌پذیرتر شدن مراقبت‌های دوره‌ای بیماری‌های مزمن و علمی‌تر و به‌هنگام‌تر شدن مداخلات درمانی مورد نیاز را از دستاوردهای رایگان‌بودن ویزیت پزشک خانواده، دارو و خدمات تشخیصی سطح اول برمی‌شمارند؛ اما مخالفان رایگان‌بودن خدمات اعتقاد دارند که اگرچه درصد قابل‌ملاحظه‌ای از بیماران ممکن است توان پرداخت نداشته باشند؛ اما رایگان‌نمودن کلیه خدمات سطح اول برای تمامی مردم می‌تواند پیامدهایی مانند افزایش تقاضای القایی و یا مراجعه غیرضروری مردم، افت کیفیت خدمات به دلیل افزایش بار مراجعات، کم‌رنگ‌تر ارائه خدمات پیشگیری و مراقبت‌های ضروری، افزایش نارضایتی پزشکان به دلیل خستگی زودرس شغلی و فرسودگی، افزایش مصرف بی‌رویه و غیرضروری دارو، آسیب به رابطه بین پزشک و بیمار به دلیل دخالت بی‌مورد بیمار در فرایند تصمیم‌گیری (درخواست غیرضروری دارو و خدمات تشخیصی)، امکان کمیاب‌شدن برخی از داروها، افزایش مصرف ارز برای خرید داروها، تجهیزات و ملزومات تشخیصی، افزایش

تقاضا برای انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی و کاهش کیفیت خدمات تشخیصی را ایجاد نماید.

در اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان مازندران بدون ایجاد تغییرات در سیاست مالی نسخه ۰۲، کلیه خدمات پزشکان خانواده شهری همچنان به‌صورت رایگان ارائه می‌گردد؛ اما در استان فارس از سال ۱۳۹۴ با ایجاد تغییرات در سیاست مالی، افراد یا بیماران تحت پوشش به ازای هر ویزیت پزشک خانواده، مبلغی را پرداخت می‌نمایند که این مبلغ در سال ۱۳۹۵ در بیشتر شهرستان‌ها ۲۵۰۰ تومان بوده است؛ اما سایر خدمات برابر با نسخه ۰۲ همچنان به‌صورت رایگان ارائه می‌گردد. حال سؤال اساسی این است که آیا رایگان‌بودن ویزیت پزشک خانواده در استان مازندران کار درستی است و یا اینکه در استان فارس به ازای هر ویزیت، مبلغ ۲۵۰۰ تومان دریافت می‌گردد؟ علاوه‌براین، آیا اصولاً برای کنترل رفتار دریافت‌کنندگان خدمات و رضایت‌مندی پزشکان خانواده باید فرانشیز برقرار باشد؟ و اگر باید برقرار باشد، برای کدام خدمت و با چند درصد قیمت تمام‌شده باید متداول گردد؟ از آنجایی که مدیران و مجریان به دلیل مواجهه مستقیم بیش از سایر گروه‌ها، دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه را از نزدیک لمس می‌کنند، مطالعه حاضر به‌منظور شناخت دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران در ارتباط با سهم پرداختی مردم یا بیماران به ازای دریافت خدمات پزشک خانواده شهری انجام شد.

روش کار

مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر به‌صورت مقطعی در زمستان سال ۱۳۹۵ در دو استان فارس و مازندران انجام شد. جامعه آماری پژوهش را مدیران و کارشناسان پایش‌گر شاغل در شبکه بهداشت و درمان، مدیران بیمارستان‌ها، مدیر و کارشناس پایش‌گر سازمان‌های بیمه‌گر (بیمه سلامت و تأمین اجتماعی)، مدیر و کارشناس پایش‌گر سازمان نظام پزشکی، کارشناس پایش‌گر

کمیت امداد امام خمینی (ره)، نماینده یا نمایندگان پزشکان خانواده شهری و مراقبین سلامت شهرستان‌های دو استان مذکور بودند که به صورت سرشماری انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه طراحی شده حاوی دو بخش و متغیرهایی شامل: استان و شهرستان محل خدمت، جمعیت شهری محل خدمت، جنس، سن، تحصیلات، رشته تحصیلی، کل سابقه خدمت، سازمان محل خدمت، سمت فعلی، سابقه خدمت در سمت فعلی و تعیین تعرفه نه خدمت دریافتی در برنامه پزشک خانواده شهری (ویزیت پایه و معاینات دوره‌ای، مراقبت‌های بیماری‌های مزمن، ویزیت درمانی، پانسمان، تزریقات، سرم درمانی، داروهای نسخه شده، خدمات آزمایشگاهی و خدمات رادیولوژی و سونوگرافی) بود که روایی آن از طریق نظرخواهی از شش نفر از مدیران و کارشناسان سازمان بیمه سلامت ایران، یک نفر از کارشناسان معاونت درمان، دو نفر از کارشناسان پیشگیر برنامه پزشک خانواده شهری و سه نفر از پزشکان خانواده شهری به شکل صوری به تأیید خبرگان رسید و پایایی آن با استفاده از آزمون کرونباخ معادل ۸۷ درصد محاسبه شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، ۱۶ پانل خبرگان برای ۲۸ شهرستان در استان فارس و ۱۳ پانل برای ۱۶ شهرستان در استان مازندران برگزار گردید. در هر پانل برگزار شده، توضیحات مختصری در مورد مزایا و معایب رایگان بودن خدمات سلامت و پرداختی از جیب ارائه گردید. پس از ارائه توضیحات مختصر، از شرکت‌کنندگان در پانل خواسته شد تا با توجه به شناختی که از شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمعیت شهرستان خود و همچنین رفتار ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت دارند و نیز با توجه به مسئولیت حرفه‌ای و اخلاقی، به صورت آگاهانه و مسئولانه با مدنظر قراردادن کارایی و اثربخشی برنامه پزشک خانواده شهری در مورد تعیین رایگان بودن خدمات یا سهم پرداختی بیماران (برقراری فرانشیز) قضاوت نمایند. بدین ترتیب خبرگان با اعلام رضایت شفاهی، پرسشنامه را به صورت خودیاد تکمیل نمودند. پاسخ سؤالات به

شکل زیر کدگذاری گردید: "۱=رایگان باشد، ۲=۱۰ درصد از قیمت تمام‌شده را پرداخت نمایند، ۳=۲۰ درصد از قیمت تمام‌شده را پرداخت نمایند، ۴=۳۰ درصد از قیمت تمام‌شده را پرداخت نمایند و ۵=بیش از ۳۰ درصد از قیمت تمام‌شده را پرداخت نمایند". در ادامه، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون Kendall و Spearman به منظور تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای و مجذور کای دو برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS 23 سطح معناداری ($\alpha < 0.05$) تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

از ۶۳۵ فرد مورد بررسی، ۳۵۶ نفر (۵۵/۸ درصد) شاغل در استان فارس و ۲۷۹ نفر (۴۴/۲ درصد) شاغل در استان مازندران بودند. در مجموع دو استان، ۴۹ نفر (۷/۷ درصد) موافق بودند که تمامی ۹ خدمتی که توسط پزشک خانواده و مراقب سلامت ارائه می‌گردد باید رایگان باشد و تنها دو نفر اعتقاد داشتند که باید برای ارائه این خدمات فرانشیز دریافت گردد. افراد موافق با رایگان بودن این خدمات در استان فارس ۵/۶ درصد و در استان مازندران ۱۰/۴ درصد بودند. جدول ۱ دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران را در مورد سهم پرداختی از جیب بیماران به منظور دریافت خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری نشان می‌دهد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشتر مدیران و مجریان اعتقاد داشتند که ارائه مراقبت‌های بیماری‌های مزمن باید رایگان باشد؛ اما دیدگاه بیش از سه چهارم مدیران و مجریان در مورد پرداخت فرانشیز برای ویزیت درمانی، انجام تزریقات، سرم‌درمانی و پانسمان، دریافت دارو، خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی و سونوگرافی مثبت بود. جدول ۲ میانگین، میانه و مد دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران را در مورد پرداختی از جیب جهت دریافت خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، هرچه میانگین به یک

جدول ۱: سهم پرداختی از جیب بیماران جهت دریافت خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران

نوع خدمت سطح اول	سهم پرداختی از جیب									
	رایگان باشد		۱۰ درصد قیمت تمام شده		۲۰ درصد قیمت تمام شده		۳۰ درصد قیمت تمام شده		بیش از ۳۰ درصد	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
ویزیت پایه و معاینات دوره‌ای	۳۰/۵	۴۸/۱	۱۷۳	۲۷/۳	۷۵	۱۱/۸	۶۵	۱۰/۳	۱۶	۲/۵
مراقبت بیماری‌های مزمن	۴۰/۴	۶۳/۷	۱۵۴	۲۴/۳	۳۶	۵/۷	۳۱	۴/۹	۹	۱/۴
ویزیت درمانی	۱۴/۵	۲۲/۸	۲۲۳	۵۳/۲	۱۱۳	۱۷/۹	۱۱۹	۱۸/۸	۳۳	۵/۲
انجام تزریقات	۲۵/۶	۴۰/۴	۱۵۹	۲۵/۱	۷۸	۱۲/۲	۸۵	۱۳/۴	۵۵	۸/۷
انجام سرم‌درمانی	۲۳/۳	۳۶/۸	۱۷۷	۲۷/۹	۷۷	۱۲/۱	۹۳	۱۴/۷	۵۴	۸/۵
انجام پانسمان	۲۲/۲	۳۵/۲	۱۸۶	۲۹/۵	۸۳	۱۳/۲	۹۴	۱۴/۹	۴۶	۷/۳
داروهای نسخه‌شده توسط پزشک خانواده	۱۴/۳	۲۲/۶	۲۱۷	۳۴/۲	۱۱۲	۱۷/۷	۱۳۲	۲۰/۸	۳۰	۴/۷
خدمات آزمایشگاهی	۱۱/۰	۱۷/۳	۲۲۰	۳۴/۶	۱۲۴	۱۹/۵	۱۵۰	۲۳/۶	۳۱	۴/۹
خدمات رادیولوژی و سونوگرافی	۹/۹	۱۵/۷	۲۲۲	۳۵/۱	۱۲۱	۱۹/۱	۱۵۸	۲۵/۰	۳۲	۵/۱

جدول ۲: دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران در مورد پرداختی از جیب به‌منظور دریافت خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری

نوع خدمت سطح اول	سهم پرداختی از جیب								
	فارس			مازندران			کل		سطح معناداری
	میانگین	میان	مد	میانگین	میان	مد	میانگین	میان	
ویزیت پایه و معاینات دوره‌ای	۲/۱۰	۲	۱	۱/۶۸	۱	۱	۱/۹۲	۲	۰/۰۰۸
مراقبت‌های بیماری‌های مزمن	۱/۶۳	۱	۱	۱/۴۷	۱	۱	۱/۵۶	۱	۰/۰۲۶
ویزیت درمانی	۲/۶۸	۲	۲	۲/۲۳	۲	۲	۲/۴۸	۲	۰/۰۵۵
انجام تزریقات	۲/۲۷	۲	۱	۲/۲۲	۲	۱	۲/۲۵	۲	۰/۴۶۲
انجام سرم‌درمانی	۲/۳۰	۲	۱	۲/۳۰	۲	۱	۲/۳۰	۲	۰/۵۳۹
انجام پانسمان	۲/۳۱	۲	۱	۲/۲۸	۲	۱	۲/۳۰	۲	۰/۶۵۵
داروهای نسخه‌شده توسط پزشک خانواده	۲/۷۰	۳	۲	۲/۲۶	۲	۲	۲/۵۱	۲	۰/۱۶۶
خدمات آزمایشگاهی	۲/۷۶	۲/۵	۲	۲/۴۹	۲	۲	۲/۶۴	۲	۰/۰۵۱
خدمات رادیولوژی و سونوگرافی	۲/۸۲	۳	۲	۲/۵۲	۲	۲	۲/۶۹	۲	۰/۵۰۰

جدول ۳: دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران در مورد فرانشیز ویزیت درمانی در برنامه پزشک خانواده شهری

فرانشیز خدمت					
متغیر فردی و محیطی	کل	رایگان نباشد		رایگان باشد	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
استان محل خدمت					
فارس	۳۵۴	۸۲/۴	۲۹۶	۱۶/۶	۵۸
مازندران	۲۷۹	۶۸/۶	۱۹۲	۳۱/۲	۸۷
مدرک تحصیلی					
کارشناسی	۲۷۲	۶۹/۵	۱۸۹	۳۰/۵	۸۳
کارشناسی ارشد	۹۲	۷۲/۸	۶۷	۲۷/۲	۲۵
دکترای عمومی	۲۵۰	۸۶/۴	۲۱۶	۱۳/۶	۳۴
دکترای تخصصی	۱۷	۹۴/۱	۱۶	۵/۹	۱
رشته تحصیلی					
پزشکی	۲۶۶	۸۶/۸	۲۳۱	۱۳/۲	۳۵
پیراپزشکی	۲۹۴	۷۰/۴	۲۰۷	۲۹/۶	۸۷
سایر	۷۰	۷۰/۰	۴۹	۳۰/۰	۲۱
سمت					
رئیس، مدیر یا معاون	۱۶۸	۸۱/۵	۱۳۷	۱۸/۵	۳۱
کارشناس	۲۶۳	۷۰/۰	۱۸۴	۳۰/۰	۷۹
پزشک خانواده مرکز مجری	۱۱۱	۸۵/۶	۹۵	۱۴/۴	۱۶
پزشک خانواده و مراقب سلامت نماینده بخش خصوصی	۸۷	۸۱/۶	۷۱	۱۸/۴	۱۵

تحصیلی و سمت افراد مورد مطالعه و دیدگاه آن‌ها در مورد فرانشیز ویزیت درمانی در برنامه پزشک خانواده شهری ارتباط معناداری وجود داشت. جدول ۳ دیدگاه مدیران و مجریان را در مورد فرانشیز ویزیت درمانی در برنامه پزشک خانواده شهری (در موارد دارای ارتباط معنادار) نشان می‌دهد.

باید خاطرنشان ساخت که بین جنس، سن، کل سابقه خدمت، سازمان محل خدمت، شهر محل سکونت (دانشگاهی و غیردانشگاهی) و جمعیت شهری شهر محل سکونت افراد مورد مطالعه با دیدگاه آن‌ها در مورد فرانشیز ویزیت درمانی در برنامه پزشک خانواده شهری ارتباط معناداری وجود نداشت.

نزدیک‌تر می‌شود (مانند ارائه مراقبت‌های بیماری‌های مزمن)، دیدگاه مدیران و مجریان به رایگان‌شدن خدمات نزدیک‌تر می‌باشد و هرچه از یک دور می‌شود (مانند ارائه خدمات رادیولوژی و سونوگرافی)، دیدگاه مدیران و مجریان به سمت برقراری فرانشیز بیشتر سوق می‌یابد. شایان ذکر می‌باشد که میانه دیدگاه مدیران و مجریان به جز در مورد مراقبت‌های بیماری‌های مزمن، پرداخت ۱۰ درصد فرانشیز است و مد دیدگاه مدیران و مجریان در پنج مورد، رایگان‌شدن خدمات و در چهار مورد، دریافت ۱۰ درصد فرانشیز می‌باشد.

بر مبنای نتایج، بین استان محل خدمت، تحصیلات، رشته

جدول ۴: دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران در مورد هزینه دریافت دارو در برنامه پزشک خانواده شهری

هزینه دارو					
متغیر فردی و محیطی	کل	رایگان نباشد		رایگان باشد	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
استان محل خدمت					
فارس	۳۵۶	۸۳/۷	۲۹۸	۱۶/۳	۵۸
مازندران	۲۷۸	۶۴/۴	۱۹۳	۳۰/۶	۸۵
مدرک تحصیلی					
کارشناسی	۲۷۲	۷۲/۱	۱۹۶	۲۷/۹	۷۶
کارشناسی ارشد	۹۲	۷۳/۹	۶۸	۲۶/۱	۲۴
دکترای عمومی	۲۵۱	۸۴/۵	۲۱۲	۱۵/۵	۳۹
دکترای تخصصی	۱۷	۸۸/۲	۱۵	۱۱/۸	۲
سمت					
رئیس، مدیر یا معاون	۱۶۹	۸۲/۸	۱۴۰	۱۷/۲	۲۹
کارشناس	۲۶۲	۷۰/۲	۱۸۴	۲۹/۸	۷۸
پزشک خانواده مرکز مجری	۱۱۰	۸۱/۸	۹۰	۱۸/۲	۲۰
پزشک خانواده و مراقب سلامت نماینده بخش خصوصی	۸۹	۸۴/۳	۷۵	۱۵/۷	۱۴

بحث و نتیجه‌گیری

($P > 0.05$).

از سوی دیگر بین استان محل خدمت، جنس، تحصیلات، رشته تحصیلی و سمت افراد مورد مطالعه و دیدگاه آن‌ها در مورد فرانشیز دریافت دارو در برنامه پزشک خانواده شهری ارتباط معناداری وجود داشت. دیدگاه مدیران و مجریان در مورد فرانشیز دریافت دارو در برنامه پزشک خانواده شهری (در موارد دارای ارتباط معنادار) در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود بین کل سابقه خدمت، سابقه خدمت در سمت زمان بررسی افراد مورد نظر و دیدگاه آن‌ها در مورد فرانشیز دریافت دارو در برنامه پزشک خانواده شهری ارتباط معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

عدالت در نظام سلامت از مباحث مهم حرفه پزشکی محسوب می‌شود. سازمان جهانی بهداشت "مطلوبیت" خدمات و "عادلانه‌بودن" آن را دو هدف اصلی نظام سلامت دانسته است. در این راستا، سیاست‌های مالی نقش مهمی در حصول عدالت و ایفای رسالت نظام سلامت دارند. مردم، پزشکان، بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر از ارکان عمده درگیر در بحث سیاست‌های مالی سلامت می‌باشند که گاه منافع آن‌ها در تعارض با یکدیگر قرار می‌گیرد؛ به‌عنوان مثال، برخی از شیوه‌ها با وجود اینکه منافع مردم و بیماران را در حد مطلوب تأمین می‌کنند، به دلیل افزایش

بار مالی برای پزشک یا سازمان‌های بیمه‌گر مدنظر قرار نمی‌گیرند. بدیهی است نظام‌های دریافت و پرداخت کارا و اثرگذار در جامعه باید به‌طور معقول و عادلانه، حقوق و منابع همگان را لحاظ نمایند [۲۴-۲۶]. یکی از سیاست‌هایی که بیشتر بر قصد کنترل رفتار بیمه‌شدگان یا مردم تمرکز دارد، برقراری فرانشیز است که در آن بیمه‌شده درصدی از هزینه هر نوع خدمات درمانی دریافت‌شده را می‌پردازد. اگرچه فرانشیز راه کار مؤثری برای کاهش استفاده بیش از حد از خدمات به‌ویژه برای خدمات کشش‌پذیر محسوب می‌شود؛ اما این سیاست مالی ممکن است دسترسی گروه‌های جمعیتی با درآمد پایین اما با نیاز بالا را کاهش دهد [۲۷].

علاوه‌براین، نتایج نشان دادند که متداول‌نمودن فرانشیز در برنامه پزشک خانواده شهری، دیدگاه غالب عمده مدیران و مجریان بوده و کمتر از ۱۰ درصد از افراد مورد مطالعه اعتقاد داشتند که تمامی خدماتی که توسط پزشک خانواده و مراقب سلامت ارائه می‌گردد باید رایگان باشد؛ زیرا پس از نزدیک به پنج سال از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، عمده مدیران و مجریان برخلاف دستورالعمل ۰۲ تمایل به برقراری فرانشیز دارند که این امر خود نیاز به پژوهش جداگانه‌ای خواهد داشت؛ اما نگرش مثبت مدیران و مجریان برای برقراری فرانشیز که به‌طور عمده با هدف کنترل رفتار دریافت‌کنندگان خدمات همراه می‌باشد، با بسیاری از مطالعات انجام‌شده در داخل و خارج از کشور همسویی دارد. مطالعاتی که با اهداف دیگر در کشور انجام شده‌اند، به نوعی نظر مدیران و مجریان موافق به دریافت فرانشیز در برنامه پزشک خانواده شهری را تأیید می‌نمایند. امروزه هزینه‌های پزشکی بیش از حد در حال رشد است که یکی از دلایل این رشد سرسام‌آور، افزایش تقاضا برای خدمات درمانی می‌باشد که ممکن است از طریق مخاطره اخلاقی موجب هدررفتن منابع گردد. هنگامی که مصرف‌کنندگان خدمات درمانی بخش قابل‌ملاحظه‌ای از هزینه‌ها را متحمل نشوند، انگیزه‌ای برای صرفه‌جویی در مصرف خدمات درمانی نخواهند داشت؛ در نتیجه با افزایش تقاضا و مصرف بیش از

حد لازم باعث تورم بیشتر هزینه‌های بهداشت و درمان می‌گردند؛ بنابراین کاهش بیش از حد یا حذف فرانشیز می‌تواند باعث استفاده غیرضروری از خدمات درمانی به‌ویژه خدمات سرپایی و تشخیصی شود و پدیده مخاطره اخلاقی بیمه‌شدگان را گسترش دهد. در مخاطره اخلاقی، بیمار از پزشک درخواست ارائه درمان‌های غیرضروری دارد؛ به‌ویژه بیمارانی که تحت پوشش بیمه هستند و یا از پرداخت کل هزینه یا قسمت اعظم آن معاف می‌شوند؛ بنابراین دریافت بخش قابل‌تحمیلی از هزینه خدمات درمانی در قالب فرانشیز می‌تواند مانع استفاده غیرضروری از خدمات درمانی توسط بیمه‌شدگان شود [۲۸]. در مطالعه روحانی و همکاران که در آن تعداد ویزیت انجام‌شده به وسیله ۱۲ پزشک، قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مقایسه گردید، افزایش حدوداً شش برابری تعداد ویزیت، افزایش تقریباً دو برابری خدمات واحد تزریقات و پانسمان و واحد آزمایشگاهی نشان داده شد. اگرچه در مطالعه فوق ممکن است درصد قابل‌ملاحظه‌ای از افزایش ویزیت به دلیل دسترسی بیشتر به پزشک براساس نیاز واقعی باشد؛ اما عمده این افزایش می‌تواند ناشی از کاهش ۷۰ درصدی فرانشیز به دلیل صدور دفترچه درمانی آن هم بدون پرداخت حق بیمه باشد که می‌تواند به نوعی افزایش مخاطرات اخلاقی را نشان دهد [۲۹].

در مطالعه حاضر عمده افراد به‌ویژه پزشکان اعتقاد داشتند که رایگان‌شدن خدمات، نه تنها مزیت قابل‌توجهی را برای سلامت مردم به همراه ندارد، بلکه دارای دو عیب عمده می‌باشد که ادامه آن غیرقابل تحمل خواهد بود. رایگان‌شدن خدمات سلامت، ارزش خدمات را در نزد مردم کم‌رنگ می‌کند. مردم با این دیدگاه که معمولاً خدمات کم‌ارزش یا بی‌ارزش هستند که با قیمت نازل یا مجانی در اختیار همه قرار می‌گیرند و اگر ارزش بسیاری داشتند به سادگی و به‌صورت رایگان در اختیار همه قرار نمی‌گرفتند، اعتنایی به اثربخشی خدمات پزشک خانواده نمی‌کنند و خود این دیدگاه، انگیزه مردم جهت مراجعه به سطح دو را افزایش می‌دهد. عیب

دوم آن همان مخاطرات اخلاقی است. در این راستا، مردم تصور می‌کنند حال که همه خدمات رایگان شده است می‌بایست تا می‌توانند از آن استفاده نمایند؛ حتی اگر هیچ نیازی برای آن مطرح نباشد. در مطالعه‌ای که در مورد نقش بیماران در تقاضای القایی انجام شد، عدم آگاهی، دسترسی آزاد به پزشکان سطح دو و تمایل بیمار به استفاده هرچه بیشتر از خدمات رایگان از دلایل مهم تقاضای القایی بود [۳۰]. در این راستا، نمایندگان پزشکان خانواده اعتقاد داشتند در جامعه‌ای که مردم بنا بر تشخیص خود، پزشک متخصص را انتخاب می‌نمایند و ضرورت مراجعه به ایشان را تقاضا می‌کنند و از پزشک خانواده خود می‌خواهند که صرفاً فرم ارجاع را صادر نماید و از دلایل آن هیچ سؤالی نکند، پزشک خانواده قادر به کنترل رفتار مردم نخواهد بود. انتظار نابه‌جای مردم از پزشک خانواده، متقاعدنشدن بیمار با توضیحات پزشک در مراجعات قبلی، نگرانی‌های بیمار در مورد وضعیت سلامتی خود و مراجعه به پزشک برای مسائل بسیار ساده از دیگر عواملی هستند که مراجعه غیرضروری را ایجاد می‌نمایند. طبیعی است اگر در جامعه‌ای با تصورات مذکور فرانشیز حذف شود، بی‌شک موجب افزایش شدید مراجعه غیرضروری خواهد گردید [۳۰].

تقاضای القایی بیماران به‌عنوان یک مخاطره اخلاقی، یکی از معضلاتی می‌باشد که در مطالعات خارج از کشور نیز به تأیید رسیده است. Bardey و همکاران و Barros و همکاران در مطالعات خود بیان نمودند که هرچه پوشش بیمه کامل‌تر شود و یا بیماران در موقع دریافت خدمات، سهمی در پرداخت نقدی نداشته باشند، تقاضای القایی به‌عنوان یک مخاطره اخلاقی چالش برانگیزتر می‌شود [۲۷، ۳۱].

Bickerdyke و همکاران نیز در پژوهش خود گزارش نمودند که تقاضای القایی تحت تأثیر اهداف بیماران (سلامت خوب، طول عمر، اطلاعات، سودمندی فرایند، منبع منظم مراقبت و تسکین درد و ناراحتی)، تاریخچه پزشکی (تجارب و سوابق گذشته سلامت

و بیماری) و تأثیرات محیطی (داشتن وقت آزاد، دسترسی مالی و فیزیکی به واحد بهداشتی، تعهدات فردی، خانوادگی و ملی، پیش‌زمینه فرهنگی و شرایط جامعه) می‌باشد [۳۲]. طبیعی است که اگر تمامی موارد فوق برای جامعه ایران صدق نماید، نمی‌توان انتظار داشت که برقراری فرانشیز آن هم با درصد پایین، کنترل بسیار اثربخشی بر رفتار مردم و جلوگیری از تقاضای القایی داشته باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که افراد موافق با رایگان‌بودن ویزیت درمانی و دریافت دارو در استان مازندران تقریباً دو برابر استان فارس می‌باشند. یکی از دلایل بارز آن می‌تواند به الزامی‌شدن رعایت قواعد سطح‌بندی در استان فارس مرتبط باشد. در شرایط مذکور از آنجایی که تمامی جمعیت تحت پوشش باید با عبور از پزشک خانواده به سطح دوم دسترسی یابند، پدیده مخاطرات اخلاقی در نزد مدیران و مجریان استان فارس ملموس‌تر و آشکارتر شده است.

در این مطالعه پزشکان بیش از سایر گروه‌ها به برقراری فرانشیز اعتقاد داشتند که احتمالاً یکی از دلایل آن مواجهه روزانه با مراجعات بی‌دلیل یا بدون نیاز بیماران است که این مخاطرات اخلاقی منجر به آزار روحی و عصبانیت پزشکان بیش از سایر کارکنان نظام سلامت می‌شود؛ به همین دلیل، پزشکان تصور می‌نمایند که اگر فرانشیز برقرار شود می‌تواند تا حدود زیادی مانع مراجعه غیرضروری بیماران شود. دلیل دیگری که ممکن است در نگرش پزشکان تأثیرگذار باشد این است که اگر قسمتی از هزینه خدمات نقدی دریافت شود، این درآمد نقدی در زمانی که سرانه به‌موقع پرداخت نشود و یا بسیار با تأخیر پرداخت گردد، می‌تواند قسمتی از مشکلات مالی پزشکان را حل نماید.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که مناطق مورد بررسی از نظر میزان توسعه‌یافتگی و محرومیت که تا حدودی می‌تواند به‌طور غیرمستقیم سطح توان پرداخت مردم را نشان دهد، تفکیک نشده بود و به همین دلیل نظرات مدیران و مجریان بدون در نظر گرفتن توان مالی و قدرت پرداخت مردم منطقه تحت

پوشش ارزیابی گردید.

خدمات بازنگری صورت گیرد.

نتایج مطالعه حاضر گویای آن بودند که عمده مدیران و مجریان مخالف نسخه ۰۲ یا دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری که در آن کلیه خدمات قابل ارائه پزشکان خانواده و مراقبین سلامت رایگان اعلام شده است، می باشند؛ بنابراین براساس نظر مدیران و مجریانی که به طور عمده در طول نزدیک به پنج سال از اجرای برنامه چالش های اجرایی رایگان شدن خدمات را لمس نمودند، پیشنهاد می گردد فهرست خدمات پزشکان خانواده شهری و ضرورت نرخ گذاری فرانشیز بررسی شود و نسبت به بازبینی نسخه ۰۲ اقدام گردد.

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که بیشتر افراد مخالف رایگان بودن تمامی خدمات پزشک خانواده شهری بودند؛ از این رو پیشنهاد می گردد در مورد برقراری فرانشیز برای برخی از

قدردانی

بدین وسیله از سازمان بیمه سلامت ایران به دلیل حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل به دلیل پشتیبانی در راستای جمع آوری داده ها، از مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی بیمه سلامت استان های فارس و مازندران به جهت مساعدت های مطلوب، از معاونت بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی مازندران، بابل، شیراز، جهرم، فسا، لارستان و نیز شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها به دلیل ایجاد هماهنگی های لازم و از کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه به دلیل همکاری در جهت انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Murray CJ, Xu K, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, Zeramini R, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Soleymani E. Law enforcement and the development prospects of the Fourth Development Plan. Tehran: Islamic Research Center; 2005. P. 35-45 (Persian).
3. Nouri M. Estimated demand for health services 6 in urban Iranian households during 1984-2003: application of almost ideal demand adjusted. [Master Dissertation]. Tehran: School of Economics, Allameh Tabatabaei University; 2006 (Persian).
4. Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. Health Policy 2005; 72(3):293-300.
5. Rice T, Matsuoka KY. The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors. Med Care Res Rev 2004; 61(4):415-52.
6. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001; 358(9284):833-6.
7. Huber CA, Ruesch P, Mielck A, Bocken J, Rosemann T, Meyer PC. Effects of cost sharing on seeking outpatient care: a propensity-matched study in Germany and Switzerland. J Eval Clin Pract 2012; 18(4):781-7.
8. World Health Organization. The work of WHO in the Eastern Mediterranean Region: annual report of the regional director. Geneva: World Health Organization; 1997.
9. Garg CC, Karan AK. Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India. Health Policy Plan 2009; 24(2):116-28.
10. Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. BMC Health

- Serv Res 2009; 9:69-83.
11. Yi H, Zhang L, Singer K, Rozelle S, Atlas S. Health insurance and catastrophic illness: a report on the New Cooperative Medical System in rural China. *Health Econ* 2009; 18(Suppl 2):119-27.
 12. Bennett KJ, Dismuke CE. Families at financial risk due to high ratio of out-of-pocket health care expenditures to total income. *J Health Care Poor Underserved* 2010; 21(2):691-703.
 13. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 2010; 94(1):26-33.
 14. Pouragha B, Pourreza A, Hosseinzade H. Proportion of public and private of tariffs for general practitioners with budget of household were insurance. *Teb Va Tazkiyeh* 2012; 21(1):14-21 (Persian).
 15. Semnani SH, Keshtkar AA. Assessing of equality on health care cost in Gorgan. *J Gorgan Univ Med Sci* 2003; 5(2):53-9 (Persian).
 16. Central Bank of Iran. Results of household budget in the urban areas of Iran in 2008. Tehran: Section of the Household Budget, Management of Economic Statistics; 2009 (Persian).
 17. Mehrara MO, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: an analysis of household survey data (1382-1386). *J Health Administration* 2010; 13(40):51-62.
 18. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafi Amiri 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.
 19. Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in Iran: achievements and challenges. *J Babol Univ Med Sci* 2014; 16(1):16-25.
 20. Motlagh ME, Ashrafi Amiri H, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction of health teams about the function of family physician (FPs) in Universities medical of northern provinces of Iran. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2011; 9(3):180-7 (Persian).
 21. Nasrollahpour Shirvani SD, Kabir MJ, Touran S, Shabestani Mounfared A. satisfaction in service recipients of health centers with family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *J Rafsanjan Nurs Midwifery Facul* 2009; 3(4):1-10 (Persian).
 22. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeissi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafi Amiri H. Satisfaction in service recipients of health centers with family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2008. *J Homa-ye-Salamat* 2012; 39:41-6 (Persian).
 23. Guideline of program the "family physician and referral system" in urban areas the version 2. Tehran: The Ministry of Health and Medical Education; 2012. P. 22.
 24. Orszag PR, Emanuel EJ. Health care reform and cost control. *N Engl J Med* 2010; 363(7):601-3.
 25. Adashi EY, Geiger HJ, Fine MD. Health care reform and primary care-- the growing importance of the community health center. *N Engl J Med* 2010; 362(22):2047-50.
 26. Iglehart JK. Defining medical expenses - an early skirmish over insurance reforms. *N Engl J Med* 2010; 363(11):999-1001.
 27. Bardey D, Lesur R. Optimal regulation of health system with induced demand and ex post moral hazard. *Ann Econ Statist* 2006; 25:279-93.
 28. Ebrahimnia M, Khezri J, Teymourzadeh E, Meskarpour Amiri M, Farzaneh A. Impact of deductibles on insured moral hazard in the armed forces health services: a case study in Tehran. *J Mil Med* 2014; 16(2):93-8 (Persian).
 29. Rouhani S, Akbarzadeh F. The impact of change of payment mechanism on the performance of rural health centers in ambulatory care under family medicine scheme in Sari and Joybar. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 22(1):96-103 (Persian).
 30. Khorasani E, Keyvanara M, Karimi S, Jafarian Jazi M. The role of patients in induced demand from experts' perception: a qualitative study. *J Qualit Res Health Sci* 2014; 2(4):336-45.
 31. Sanz-de-Galdeano A, Machado MP, Barros PP. Moral hazard and the demand for health services: a matching estimator approach. *J Health Econ* 2008; 27(4):1006-25.
 32. Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Indent 1440 Lim 0 Lim 1 supplier-induced demand for medical services. Canberra, AU: Productivity Commission Staff Working Paper; 2002.