



## میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی ایران از ضوابط طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۹۱

نویسندگان: محمدجواد کبیر<sup>۱</sup>، ناهید جعفری<sup>۲</sup>، محمد نعیمی طبیعی<sup>۳</sup>، حسن اشرفیان امیری<sup>۴</sup>، ابراهیم میکانیکی<sup>۵</sup>، سیدداود نصرالله پور شیروانی<sup>۶</sup>، محمد رضا میرزایی<sup>۷</sup>، حسین رحیمی کلارودی<sup>۸</sup>

۱. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۲. استادیار معاونت بهداشت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

۳. متخصص بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۴. متخصص داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۵. دانشیار گروه چشم‌پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۶. نویسنده مسئول: استادیار گروه آموزش عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت،

دانشگاه علوم پزشکی بابل تلفن تماس: ۰۹۱۱۲۱۶۵۴۶۸ Email: dnshirvani@gmail.com

۷. پزشک عمومی و ام پی اچ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۸. دکتری داروسازی و ام پی اچ، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### چکیده

**مقدمه:** اعضای نهادهای محلی با نفوذ و منابعی که در اختیار دارند می‌توانند در اعتلای برنامه‌های سلامت نقش موثری را ایفا نمایند. همکاری مطلوب نهادهای محلی مستلزم آگاهی و شناخت آنها از اهداف و ضوابط تعیین شده می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی سطح آشنایی اعضای نهادهای محلی از ضوابط طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران انجام گرفته است.

**روش بررسی:** مطالعه از نوع توصیفی به روش مقطعی بوده که در شش ماهه دوم سال 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 بصورت تصادفی منظم به عنوان خوشه‌های پژوهش انتخاب و در هر مرکز منتخب اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بوده که روایی و پایایی (۸۴٪) آن مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها در SPSS ۱۸ با آزمون‌های مرتبط آماری در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  تحلیل شد.

**یافته‌ها:** از بین ۶۰۱ نفر عضو نهادهای محلی مطالعه شده، ۵۲۱ نفر (۸۶/۷ درصد) مرد بودند. جوان‌ترین فرد ۱۹ ساله و مسن‌ترین ۸۱ ساله که میانگین و انحراف معیار سن کل افراد  $45 \pm 9/7$  سال بود. از نظر تحصیلات، بیشتر افراد (۴۷/۱ درصد) مدرک دانشگاهی داشتند... از کل ۲۷ نمره، میانگین آشنایی دهیار  $12/4 \pm 4$ ، اعضای شورای بهداشتی  $11/6 \pm 3/7$ ، اعضای شورای اسلامی  $11/4 \pm 4/1$ ، مدیر بومی  $10/6 \pm 3/3$ ، اعضای شورای حل اختلاف  $10/5 \pm 5/1$  و معلم بومی  $8/8 \pm 4/9$  بوده است. بین سطح آشنایی و عضویت در هیات امناء مرکز، جنس، نوع نهاد محلی رابطه معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ). میزان آشنایی با تعداد مراجعه به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ). بین میزان آشنایی و تحصیلات، استان‌های محل سکونت و تاهل رابطه معنی‌دار وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی با توجه به جایگاه و نقش مثبت آنها در تحقق اهداف سلامت، کافی نبوده و نیازمند به مداخلات متناسب می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** نهادهای محلی، میزان آشنایی، همکاری برون‌بخشی، پزشک خانواده، بیمه روستایی

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: سوم

مرداد و شهریور ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۸/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۱۴



## مقدمه

نظام مراقبت سلامت در کشورهای مختلف با تاثیر پذیری از شرائط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی جهت ارایه خدمات ویژه ارتقایی، پیش‌گیری، درمانی و بازتوانی افراد به شکل‌های متفاوت سازماندهی می‌شود (۱). بیمه بهداشتی در عمده کشورهای پیشرفته غربی، طب ملی در بیشتر کشورهای سوسیالیستی و معاونت عمومی یا شیوه مختلط در اکثر کشورهای در حال توسعه سه شکل غالب سازماندهی نظام مراقبت سلامت جهان حاضر می‌باشد که ساختار نظام سلامت ایران بیشتر با شکل معاونت عمومی یا شیوه مختلط تطابق دارد (۲-۳). پوشش ناکامل خدمات بهداشتی درمانی، عرضه خدمات پزشکی بیشتر بر مبنای تقاضا نه لزوماً برای رفع نیازها، عدم مشارکت بخش خصوصی در تامین خدمات پیشگیری، تعدد مراکز و عدم هماهنگی بین آن‌ها، مراجعات بی‌مورد و بی‌نتیجه بیماران به مراکز درمانی و تخصصی مختلف، وجود سیستم ناقص آمارگیری و ثبت نامناسب اطلاعات، توزیع نامتناسب و غیرعادلانه پزشکان، بضاعت ناکافی مالی مردم بویژه در مناطق روستائی و فقیرنشین شهری جهت دریافت خدمات سلامت، کمبود بودجه و اعتبارات بهداشتی، بازار پر رونق طب خصوصی که غالباً متکی به تکنولوژی پیشرفته برای استفاده اقشار مرفه شهری است و عدم مشارکت فعال مردم و نهادهای محلی در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه بهداشتی از مشکلات و نارسائی‌های بارز شیوه مختلط می‌باشد (۴-۵). ایجاد نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان از سال ۱۳۶۴، اجرای طرح ملی پزشک خانواده و بیمه روستائی از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستائی و شهرهای

کمتر از ۲۰۰۰۰ از اصلاحات بزرگ نظام سلامت محسوب می‌شود که برای فائق آمدن بر تعدادی از مشکلات و نارسائی‌های مذکور طراحی شده است (۶-۷). با اجرای طرح فوق، گرچه دسترسی به پزشک خانواده آسان‌تر، هزینه دریافت خدمات کمتر، فرصت تشکیل پرونده سلامت و ثبت سوابق پزشکی افراد و مزایای دیگری فراهم شده است (۸)، اما اجرای صحیح برنامه و تداوم و حفظ موفقیت‌های آن بدون همکاری و مشارکت مردم و نهادهای محلی به سادگی میسر نخواهد بود. از طرفی مطالعات نشان داده است آگاهی مردم از اهداف برنامه سبب می‌شود تا علاوه بر دستیابی به اهداف بیان شده، از هدر رفتن منابع و امکانات و دخالت‌های بی‌مورد افراد در روند اجرا پیشگیری شود (۹).

مطالعه‌ای که مطلق و همکاران تحت عنوان آشنایی بیمه شدگان بیمه روستائی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستائی در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران به روش توصیفی تحلیلی در پاییز ۱۳۸۷ انجام دادند، گزارش گردید که از بین ۱۰۸۱ نفر بیمه شده بالای ۲۰ سال، ۳۳ نفر (۳٪) دارای سطح آشنایی خوب، ۴۱۶ نفر (۳۸/۵٪) دارای سطح آشنایی متوسط و ۶۳۲ نفر (۵۸/۵٪) دارای سطح آشنایی ضعیف بودند. بین جنس، سن، سطح تحصیلات و سطح آشنایی رابطه معنی‌دار وجود داشت (۱۰). علی‌دوستی و همکاران در مطالعه خود با عنوان آگاهی و نگرش روستائیان شهرستان شهرکرد نسبت به اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده گزارش نمودند که از ۱۱۰۰ نفر بررسی شده در سال ۱۳۸۸، آگاهی ۱/۳ درصد در سطح عالی، ۱۴/۵ درصد خوب، ۵۳/۴ درصد متوسط و ۳۰/۹ درصد در سطح ضعیف



تاسیس پایگاه تحقیقات جمعیت در سال ۱۳۷۹ با هدف جلب مشارکت مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO) و افراد خیر داخل و خارج جهت ارتقاء سلامت جامعه (۱۶) همگی بر ضرورت و اهمیت نقش مشارکت جامعه تاکید دارند. در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی هم کلیه مراکز مجری برای تشکیل هیات امناء روستا و جذب رابط بهداشتی ملزم شدند که برابر با دستورالعمل کشوری ترکیب اعضای هیات امناء شامل: دهیار، ۱ یا ۲ نفر نماینده شورای اسلامی روستا، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز و ۱ نفر پزشک روستا پیشنهاد گردید (۱۷). آگاه نمودن اعضای هیات امناء تشکیل داده شده و سایر اعضای نهادهای محلی از اجرای مداخلات سلامت و جلب مشارکت آنان موضوعی با اهمیت و ضرورتی غیرقابل اجتناب خواهد بود که همواره باید توسط مدیران و مجریان مورد توجه قرار گیرد. لذا بنابر نقش مهم نهادهای محلی در اعتلای برنامه‌های سلامت و با توجه به گذشت بیش از ۷ سال از اجرای برنامه، این مطالعه به منظور بررسی میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی (مثل اضافه شدن ساعات کار از ۲ تا ۴ بعد از ظهر به ۴ بعد از ظهر، برقراری کشیک شب و ارائه خدمات در مراکز معین، انجام ویزیت پایه و دوره ای توسط پزشک خانواده، ایجاد پرونده سلامت و ثبت کلیه خدمات تشخیصی و درمانی، بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی با ضوابط و رعایت قواعد تعیین شده و موارد دیگر) در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران انجام گرفت.

بوده است (۱۱). در مطالعه شمس و همکاران در خصوص عوامل موثر بر میزان تحقق نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده که در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۷، ۴۰۰ نفر از مراجعین به بیمارستان‌های دولتی استان اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند، گزارش گردید که میانگین آگاهی کل افراد مورد مطالعه برابر با ۵۹/۲ از ۱۰۰ و سطح آگاهی ۷ درصد افراد خیلی ضعیف، ۳۷ درصد ضعیف، ۳۱ درصد متوسط و ۲۵ درصد خوب بوده است. میانگین آگاهی ساکنین مناطق شهری ۳/۵۶ و ساکنین مناطق روستایی ۳/۵۴ از ۵ بوده که اختلاف معنی‌داری بین محل سکونت وجود نداشت (۱۲).

اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی که برای تقویت و پویایی P.H.C (Primary Health Care) در نظام شبکه پیاده شده، مزایای غالب آن در رعایت ضوابط و الزامات تعیین شده در قالب نظام ارجاع نهفته است که اگر مردم با ضوابط تعیین شده آشنا باشند، ضمن برخورداری به موقع از همه مزایای برقرار شده، می‌توانند در همکاری با پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت در بهبود و اثربخشی نظام مراقبت سلامت نقش مهمی را ایفا نمایند. توجه به تجارب گذشته و مرور اعلامیه جهانی آلماتا در خصوص مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۹۷۸ (استراتژی جلب مشارکت مردمی و هماهنگی بین‌بخشی از چهار استراتژی مطرح شده) (۱۳)، اجرای طرح رابطین بهداشتی با هدف جلب مشارکت زنان در سال ۱۳۷۰ (۱۴)، اجرای پروژه چتر مراقبت‌های بهداشتی اولیه در طول سال‌های ۷۶-۱۳۷۴ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان جهانی بهداشت با نه هدف که دو تای آن توسعه مشارکت جامعه و مشارکت بین‌بخشی بوده (۱۵)، ایده



## روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و میدانی بوده که به صورت مقطعی در نیم‌سال دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر در سه استان گلستان (با ۱۴ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گیلان (با ۱۶ شهرستان) بوده است. جامعه پژوهش اعضای نهادهای محلی ساکن در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت بودند. برای نمونه‌گیری ابتدا حجم نمونه با توجه به برآورد  $(p=0/7)$ ،  $d=0/08$  و ضریب اطمینان ۹۵ درصد (۱۴۲ مرکز (حدوداً ۲۵٪ مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در هر استان) برآورد شده که برای انتخاب آنها 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 ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گلستان، ۵۵ مرکز بهداشتی درمانی از استان مازندران و ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گیلان مجموعاً ۱۳۹ مرکز از کل ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان به-عنوان محل یا خوشه پژوهش مشخص شدند.

با مراجعه به مراکز منتخب و مساعدت اعضای بومی تیم سلامت، اسامی اعضای نهادهای محلی شامل: شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی یادداشت و با تماس تلفنی چنانچه در روز پرسشگری در منطقه تحت پوشش حضور داشتند با هماهنگی و تعیین وقت برای انجام مصاحبه به منزل یا محل کارشان در منطقه عزیمت و با انجام مصاحبه ساختار یافته، میزان آشنایی آنان در راستای تسهیلات، ضوابط و شرایط

بهره‌مندی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مورد مطالعه قرار گرفت. شرط ورود اعضای نهادهای محلی شامل هر نوع بیمه پایه، جنس، سن و عضو رسمی هر نهاد محلی (به جز کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان) بوده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته حاوی ۲ بخش شامل: ۱- متغیرهای فردی (با ۹ سؤال)، ۲- آشنایی با تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی (با ۲۷ سؤال) بود که روایی آن با استناد به دستورالعمل کشوری و مطالعه مشابه انجام شده (۱۰ و ۱۷) و اعمال نظر ۴ نفر از مدیران اجرایی به شکل صوری به تائید خبرگان رسیده و پایایی آن هم با آزمون کرونباخ  $0/84$  تعیین شده است. سئوالات بخش ۱ از نوع بسته و باز بوده که پاسخ سئوالات بسته با کدگذاری و سئوالات باز که پاسخ‌های آن کمی و عددی بوده به همان شکل وارد نرم‌افزار اکسل شده است. سئوالات بخش ۲ از نوع بسته دو گزینه‌ای بلی، خیر یا سه گزینه‌ای بلی (بطور کامل)، بلی (تا حدودی) و خیر بوده که در ورود داده‌ها به نرم‌افزار به ترتیب کدهای ۱، ۲ و ۳ داده شد. داده‌های جمع-آوری شده با آزمون‌های کیندالز برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های کروسکال والیس برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای ۲ برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری  $0/05 < \alpha$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

از بین ۶۰۱ عضو نهادهای محلی مطالعه شده، ۵۱۹ نفر (۸۶ درصد) مرد و ۵۷۷ نفر (۹۶ درصد) متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار



۱۷ نفر (۲/۹ درصد) کارگر و ۲۲۱ نفر (۳۸ درصد) سایر موارد بودند. میانگین مراجعه اعضای نهادهای محلی در ۶ ماه گذشته به خانه‌های بهداشت ۶/۶ ± ۵/۷ بار و به مرکز بهداشتی درمانی ۳/۸ ± ۵/۱ بار بوده است. بین میزان مراجعه اعضای نهادهای محلی به خانه‌های بهداشت (با بالاتر بودن میزان مراجعه در استان گیلان) ( $P = ۰/۰۲۹$ ) و به مرکز بهداشتی درمانی (با بالاتر بودن میزان مراجعه در استان گلستان) ( $P = ۰/۰۱۷$ ) در استان‌های شمالی کشور تفاوت معنی‌دار وجود داشت. جدول ۳-۱ درصد آشنایی افراد مورد بررسی را در خصوص قسمت‌های مختلف برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از پزشک خانواده، ساعات کار آن و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی

| سئوالات مرتبط با آشنایی با پزشک خانواده و ساعات کار آن و شرایط دفترچه بیمه روستایی                           | بهره‌مندی از | کل    | می دانستند | درصد |
|--|--------------|-------|------------|------|
|  | پاسخ دهنده   | تعداد |            |      |
| ۱- جنس پزشک خانواده خود  | ۵۵۹          | ۴۴۹   | ۷۵         |      |
| ۲- دانستن نام پزشک خانواده خود   | ۵۹۸          | ۳۱۰   | ۵۱/۸       |      |
| ۳- دانستن ساعت کار رسمی پزشک خانواده   | ۵۹۸          | ۹۴    | ۱۵/۷       |      |
| ۴- دانستن محل اجرای برنامه کشیک شب و روزهای تعطیل رسمی که در صورت نیاز می‌تواند مراجعه نماید                 | ۵۹۷          | ۲۸۱   | ۴۷/۱       |      |
| ۵- الزام به داشتن پرونده سلامت همه اعضای خانوار در نزد پزشک خانواده  | ۵۹۹          | ۴۰۸   | ۶۸/۱       |      |
| ۶- انجام معاینات دوره‌ای افراد سالی یک‌بار یا حداکثر هر ۳ سال یکبار توسط پزشک خانواده                        | ۵۹۸          | ۴۹    | ۸/۲        |      |
| ۷- ارائه بازخورد پزشک متخصص سطح ۲ با قید نمودن نتایج ویزیت در پشت برگ سوم دفترچه                             | ۵۹۹          | ۱۷۷   | ۲۹/۵       |      |
| ۸- مراجعه مجدد بیماران بیمه روستایی به پزشک خانواده جهت ثبت نتایج ویزیت (بازخورد پزشک متخصص) در پرونده سلامت | ۵۹۸          | ۱۶۶   | ۲۷/۸       |      |
| ۹- الزام پزشک خانواده برای انجام دهگردشی   | ۵۹۸          | ۴۴۸   | ۷۴/۹       |      |
| ۱۰- الزام مرکز بهداشتی درمانی برای تشکیل هیات امناء  | ۵۹۷          | ۲۱۶   | ۳۶/۲       |      |
| ۱۱- شناخت از ترکیب اعضای هیات امناء برابر با دستورالعمل کشوری  | ۲۱۶          | ۴۷    | ۲۱/۴       |      |
| ۱۲- اعتبار دستور ارجاع حداکثر به مدت یک ماه  | ۵۹۸          | ۹۳    | ۱۵/۶       |      |
| ۱۳- میانگین مجاز تجویز دارو (۲/۵ قلم) توسط پزشک خانواده در دفترچه بیمه روستایی                               | ۵۹۸          | ۱۰۵   | ۱۷/۶       |      |

سن کل افراد  $۴۵ \pm ۹/۷$  سال بود. ۵۳ نفر (۸/۸ درصد) عضو شورای حل اختلاف، ۱۵۶ نفر (۲۶ درصد) دهیار، ۱۶۲ نفر (۲۷ درصد) عضو شورای اسلامی، ۸۱ نفر (۱۳/۵ درصد) عضو شورای بهداشتی، ۵۶ نفر (۹/۳ درصد) مدیر و ۹۲ نفر (۱۵/۳ درصد) معلم بومی ساکن بودند. ۹۷ نفر (۱۶ درصد) در هیات امناء مرکز عضویت داشتند. از نظر تحصیلات، ۳۷ نفر (۶/۲ درصد) سواد خواندن و نوشتن تا پنجم ابتدایی، ۶۶ نفر (۱۱/۱ درصد) دوره راهنمایی، ۲۱ نفر (۵/۳ درصد) دبیرستان، ۱۸۹ نفر (۳۱/۸ درصد) دیپلم و ۲۸۲ نفر (۴۷/۴ درصد) مدرک تحصیلی دانشگاهی داشتند. از نظر شغلی ۲۰۰ نفر (۳۴/۴ درصد) کارمند، ۱۴۴ نفر (۲۴/۷ درصد) کشاورز،



داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان شناخت اعضای نهادهای محلی از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات با استفاده از دفترچه بیمه روستایی خیلی پایین می‌باشد. میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۷ نمره مربوط به فرانشیزها  $1 \pm 1/3$  بوده است.

میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی از پزشک خانواده و ساعات کار آن و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی، از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی، از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات  $9/8 \pm 4/8$  بوده است. جدول ۴ میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی را با توجه به نوع عضویت و استان‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد.

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد بیشترین شناخت اعضای نهادهای محلی در خصوص جنس پزشک خانواده و کمترین شناخت انجام معاینات دوره‌ای می‌باشد. میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۱۴ نمره مربوط به پزشک خانواده و بیمه روستایی  $5 \pm 2/6$  بوده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان شناخت اعضای نهادهای محلی از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی همگی بالاتر از حد متوسط قرار دارد و تفاوت چشمگیری در موارد مختلف وجود ندارد.

میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۶ نمره مربوط به ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی  $3/9 \pm 2/3$  بوده است.

جدول ۲: فراوانی شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی

| می دانستند | کل  | سئوالات مرتبط با ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی |
|------------|-----|---|
| تعداد درصد |     |   |
| ۷۴/۶       | ۴۴۶ | ۵۹۸   |
| ۶۳/۳       | ۳۷۳ | ۵۹۹   |
| ۶۲/۷       | ۳۷۵ | ۵۹۸   |
| ۵۶/۴       | ۳۳۸ | ۵۹۹   |
| ۶۷/۱       | ۴۰۰ | ۵۹۶   |
| ۷۲         | ۴۲۴ | ۵۹۷   |

۱- مراجعه به پزشک خانواده، با ارجاع از خانه بهداشت

۲- با دستور پزشک خانواده مرکز، دریافت دارو فقط در داروخانه‌های طرف قرارداد

۳- با دستور پزشک خانواده، انجام آزمایش در آزمایشگاه سطح اول

۴- با دستور پزشک خانواده، انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد

۵- با ارجاع پزشک خانواده، ویزیت در بیمارستان‌های دولتی و مطب‌های تخصصی طرف قرارداد

۶- با ارجاع پزشک خانواده، بستری در بیمارستان‌های دولتی (سطح دوم و سوم)



جدول ۳: فراوانی شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات با استفاده از دفترچه بیمه روستایی

| ردیف | سئوالات  | کل    | می دانستند |
|------|--|-------|------------|
|      |  | تعداد | درصد       |
| ۱    | فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در ساعت رسمی                      | ۵۹۷   | ۱۴۵ / ۲۴/۳ |
| ۲    | فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در شیفت شب و روزهای تعطیل         | ۵۹۷   | ۶۹ / ۱۱/۶  |
| ۳    | فرانشیز ویزیت منزل توسط پزشک خانواده                         | ۵۹۷   | ۲۸ / ۴/۷   |
| ۴    | فرانشیز دریافت دارو از داروخانه‌های طرف قرارداد              | ۵۹۶   | ۷۱ / ۱۱/۹  |
| ۵    | فرانشیز انجام آزمایش و رادیولوژی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد | ۵۹۹   | ۵۴ / ۹     |
| ۶    | فرانشیز تزریقات و پانسمان در مرکز                            | ۵۹۷   | ۳۲ / ۵/۴   |
| ۷    | فرانشیز بستری در بیمارستان‌های سطح دوم و سوم                 | ۵۹۶   | ۱۲۲ / ۲۰/۵ |

( $P = ۰/۰۰۱$ ). بین آشنایی کلی و نوع نهاد محلی (با بالاتر بودن میزان شناخت دهیاران، شورای بهداشتی و شورای اسلامی) رابطه معنی‌دار وجود داشت ( $P = ۰/۰۰۱$ ). بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و جنس (با بالاتر بودن میزان شناخت مردان) رابطه معنی‌دار داشت ( $P = ۰/۰۱۳$ ). بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی با تحصیلات و تاهل رابطه معنی‌دار وجود نداشت ( $P = ۰/۶۴۲$ ،  $P = ۰/۰۸۸$ ).

در پاسخ به سئوالی که شما اطلاعات فعلی را بیشتر از چه کسی یا منبعی دریافت کردید؟ ۳۰۴ نفر (۵۰/۹٪) از اعضای نهادهای محلی، بهروزان را، ۱۱۲ نفر (۱۸/۸٪) رادیو و تلویزیون را، ۴۶ نفر (۷/۷٪) پزشکان خانواده را، ۳۹ نفر (۶/۵٪) آشنایان و بستگان را و بقیه افراد سایر موارد را ذکر نمودند که بین منبع کسب اطلاعات بیمه شدگان بیمه روستایی در خصوص ضوابط طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در استان گیلان نقش بهروزان بیشتر و نقش رادیو و تلویزیون کمتر بوده است.

با توجه به جدول ۴ میانگین آشنایی افراد مورد بررسی از کل ۲۷ نمره در خصوص برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نشان می‌دهد که دهیاران بیشترین آشنایی و معلمان بومی کمترین آشنایی را داشتند. میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی یا نوع عضویت (با بالاتر بودن میزان آشنایی در دهیاران و بعد اعضای شورای بهداشتی رابطه معنی‌دار وجود داشت ( $P = ۰/۰۰۱$ ). میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ( $P = ۰/۸۸۱$ ).

بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و تعداد مراجعه به خانه بهداشت رابطه معنی‌دار وجود داشت ( $P = ۰/۰۰۰$  &  $r = +۰/۲۳۵$ ). بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و تعداد مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی رابطه معنی‌دار وجود داشت ( $P = ۰/۰۰۰$  &  $r = +۰/۲۳۵$ ). بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و سن‌شان رابطه معنی‌دار وجود داشت ( $P = ۰/۰۰۸$  &  $r = - ۰/۲۳۵$ ). بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و عضویت در هیات امناء (با بالاتر بودن میزان شناخت اعضای هیات امناء) رابطه معنی‌دار داشت



جدول ۴: میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در

استان‌های شمالی ایران

| کل      | معلم بومی ساکن | مدیر بومی ساکن | شورای بهداشتی | شورای اسلامی | دهیار    | شورای حل اختلاف | اعضای نهادهای محلی |       |
|---------|----------------|----------------|---------------|--------------|----------|-----------------|--------------------|-------|
|         |                |                |               |              |          |                 | استان              | استان |
| ۹/۵±۴/۶ | ۸/۳±۴/۴        | ۸/۲±۵/۱        | ۱۰/۹±۴/۲      | ۸/۸±۴/۷      | ۱۰/۷±۴/۲ | ۹/۶±۵/۱         | ۱- مازندران        |       |
| ۱۰/۳±۵  | ۷/۷±۴/۳        | ۶/۸±۳/۷        | ۹/۶±۴/۶       | ۱۰/۸±۴/۷     | ۱۲/۴±۵   | ۸/۸±۴/۷         | ۲- گیلان           |       |
| ۹/۶±۴/۸ | ۶/۲±۴          | ۸/۳±۴/۳        | ۱۱/۲±۴/۸      | ۱۰/۵±۴/۴     | ۱۱/۵±۴/۳ | ۱۰/۱±۴/۷        | ۳- گلستان          |       |
| ۹/۸±۴/۸ | ۷/۲±۴/۶        | ۷/۹±۴/۴        | ۱۰/۶±۴/۵      | ۱۰±۴/۷       | ۱۱/۴±۴/۵ | ۹/۷±۴/۸         | جمع                |       |

### بحث و نتیجه‌گیری

برای مشارکت نخواهند داشت و اگر هم مشارکت نمایند، اثربخشی آن احتمالاً مناسب نخواهد بود.

در مطالعه جنتی و همکاران که چهار سال بعد از اجرای برنامه انجام گرفت، گزارش گردید از نظر پزشکان، ماماهاى خانواده و بهورزان یکی از نقاط ضعف اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی عدم توجه روستائیان از ضوابط و شرایط بهره‌مندی می‌باشد (۸). چراکه بعضی از گیرندگان خدمات با فرهنگ غلط، توقع مراجعه مستقیم به بیمارستان و پزشکان متخصص را دارند و با ایجاد هزینه زاید در سطح فردی و ملی باعث رونق تجارت پزشکی به سوی بی‌عدالتی در جامعه و سرگردانی خود که نتیجه مطلوبی در تامین سلامتی ندارد، می‌شوند (۱۸).

در مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران و رئیس و همکاران که بیش از سه سال بعد از اجرای برنامه در استان‌های شمالی کشور انجام گرفت، گزارش شد که بیش از ۸۰ درصد پزشکان خانواده اظهار نمودند که بیمه‌شدگان روستایی بخاطر عدم اطلاع از

این مطالعه که تقریباً بر روی افراد شبیه افراد پیشنهادی جهت عضویت در هیات امناء روستا به عمل آمد، یافته‌های آن نشان می‌دهد که علی‌رغم گذشت بیش از ۷ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، اعضای نهادهای محلی آشنایی لازم را از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی مردم در برنامه را ندارند. در دستورالعمل کشوری انتظارات عمده‌ای که از هیات امنای روستا مطرح گردید مواردی از قبیل: برگزاری نشست‌های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخص‌های سلامت منطقه توسط پزشک، و جلب مشارکت‌های مردمی در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و پرسنل را شامل می‌شود (۱۷) طبیعی است که اگر افراد با نفوذ محلی خودشان از جزئیات و نفس کار آگاه نباشند، انگیزه لازم را





می‌تواند اثربخشی ارتباطات و تعاملات بین‌بخشی را (هرچند که ناکافی هم باشد) تأیید نماید. عدم اختلاف معنی‌داری بین آشنایی کلی افراد بررسی شده و استان‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات مرکز بهداشت استان‌ها و شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها و همین‌طور تأثیر برنامه‌های اطلاع‌رسانی رسانه‌های استانی و ملی تقریباً در یک سطح بوده است.

یکی از یافته‌های این مطالعه اختلاف معنی‌داری (معکوس) آشنایی کلی با سن افراد می‌باشد که با مطالعه مطلق و همکاران (۱۰) و مطالعه رئیسی و همکاران (۲۱) همخوانی دارد. بالاتر بودن میزان آشنایی افراد جوان‌تر شاید مربوط به ظرفیت یادگیری و یا علاقه بیشتر آنها جهت درگیر شدن در سطح وسیع‌تر باشد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شناخت اعضای نهادهای محلی از تعرفه و فرانشیزهای خدمات کمتر از سایر موارد برنامه پزشکی خانواده بوده است که از دلایل می‌توان به عدم پایداری نرخ تعرفه و فرانشیزها ذکر نمود که معمولاً فقط یک سال ثابت می‌ماند و در سال بعد دستخوش تغییر می‌شود و دلیل بعدی می‌تواند عدم مواجهه برای دریافت خدمات مثلاً در روزهای تعطیل و یا عدم اطلاع‌رسانی واحد ارائه‌دهنده خدمات باشد. بطور مثال ممکن است آزمایشگاه در پذیرش دفترچه مبلغی را که دریافت می‌کند اعلام نکند که این مبلغ از ۳۰ درصد کل هزینه آزمایشگاهی است و فرد گیرنده هم سئوالی در این خصوص مطرح نکند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بهورزان بیشترین نقش را در آموزش افراد مورد بررسی داشتند که یافته فوق با مطالعه مطلق و همکاران (۱۰)، توسلی و همکاران (۲۲)، میری و همکاران (۲۳)

ضوابط تعیین شده درخواست بی‌مورد ارجاع به سطح ۲ را می‌نمایند. بیش از حد نیاز دارو درخواست می‌کنند. و بدون نیاز به انجام موارد تشخیصی، حتی برای MRI هم تقاضا می‌نمایند. به خاطر همین در دسرهای معمول بیش از ۹۰ درصد پزشکان اطلاع‌رسانی جامع و گسترده در خصوص استفاده صحیح از دفترچه بیمه روستایی را پیشنهاد نمودند (۱۹-۲۰). نتایج مطالعات فوق و مطالعه حاضر نشان می‌دهد که آموزش به گروه‌های مختلف جامعه یک نیاز با الویت بالا می‌باشد. اگر اعضای نهادهای محلی در راستای اهداف و مقررات برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی آموزش ببینند، ضمن ایفای نقش موثر در برطرف نمودن موانع و حل و فصل چالش‌های احتمالی، می‌تواند در آموزش عموم جامعه خصوصاً دارندگان دفترچه بیمه روستایی مشارکت موثری نمایند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که آشنایی افراد مورد بررسی در بعضی از موارد بیشتر از نتایج مطالعه مطلق و همکاران (۱۰) می‌باشد که علت آن می‌تواند یکی مربوط به جامعه و نمونه پژوهش باشد که به دلیل مسئولیت‌های محلی و پیگیری حل مشکلات مردم با مرکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت ارتباط بیشتری برقرار می‌کنند و دلیل دیگر می‌تواند به زمان انجام مطالعه مربوط باشد که با گذشت زمان آگاهی همه گروه‌های جمعیت به تدریج افزایش می‌یابد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آشنایی کلی افراد مورد مطالعه با تعداد مراجعه به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی و همین‌طور عضویت در هیات امنای روستا رابطه معنی‌داری دارد. این نتایج و عدم اختلاف معنی‌دار آن با سطح تحصیلات افراد



بعضی از قسمت‌های دستورالعمل کشوری و سایر مطالب مرتبط خلاصه و به تعداد لازم تکثیر و در بین اعضای نهادهای محلی توزیع گردد.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، گلستان، مازندران و گیلان و هم‌چنین از روسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تحت پوشش و مسئولین واحد گسترش شبکه بخاطر مساعدت در اجرای طرح و از خانم‌ها: حمیده رضایی، مریم رضایی، نیره محمدزاده، فهیمه ذبیحی و محبوبه محمدی و آقایان رحیم ملک-زاده و جواد حبیب‌زاده از کارشناسان بهداشت معاونت بهداشتی بابل که کل داده‌های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع‌آوری نمودند و از خانم دکتر موعودی بخاطر تهیه چکیده انگلیسی صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

همخوانی دارد. نتایج مطالعات مذکور می‌تواند این اطمینان خاطر را برای مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی بوجود آورد علی‌رغم تغییرات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جمعیت و هم‌چنین ارتقای نیروی انسانی سطح اول، کارکرد و ایفای نقش به‌روزان کمافی سابق همواره دارای اثربخشی لازم می‌باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی در خصوص تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی پایین می‌باشد. جابجایی پزشکان خانواده، تغییر مداوم دستورالعمل‌ها از نسخه ۱ تا ۱۲ در حدود ۸ سال از اجرای برنامه، تغییر احتمالی اعضای نهادهای محلی خصوصاً دهیاران و اعضای شورای اسلامی در طول این ۸ سال از عواملی است که باعث می‌شود شناخت افراد مورد مطالعه را تحت تاثیر قرار دهد.

لذا با توجه به لحاظ نمودن محدودیت‌های فوق و جایگاه و نقش مثبت اعضای نهادهای محلی در تحقق اهداف سلامت، پیشنهاد می‌گردد ضمن برگزاری جلسات مستمر توجیهی و آموزشی،

### References

- 1- Davoudi S. Health and its determinants. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Asare Mouaser; 2008: 140-2. [Persian]
- 2- Pileroudi S. Township network health and treatment. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: UNISEF Office in Iran. Ministry of Health and Medical Education of Iran; 1999:12-13.[Persian]
- 3- Asefzadeh S, Rezapour A. Health management. 1<sup>st</sup> ed. Gazvin: Gazvin University of Medical Sciences; 2006: 77-101. [Persian]
- 4- Nekooei Moghadam M, Beheshtifar M. Health services planning. 1<sup>st</sup> ed. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences (National Public Health Management Center -NPMC); 2005:17-36. [Persian]



- 5- Sadeghiani E. Role of family physician in expenditure control and quality. Management improvement seminar. 2004 August 6. Babol University Medical Sciences.[Persian]
- 6- Family physician Instruction. Version 9. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2009: 4-102. [Persian]
- 7- Family physician and referral system. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education of Iran; 2004: 6-25. [Persian]
- 8- Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani MR, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health 2010; 4(4): 39-44.[Persian]
- 9- Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, Najimi A, Sharifirad G. The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahr-e-Kord. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2011; 13(6): 36-9. [Persian]
- 10- Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafiyan Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, Nahvijoy A. Understanding rural insurance insured loans, terms and conditions of the benefit plan insurance ID Rural family physician in the northern provinces of Iran University of Medical Sciences. Journal of north Khorasan University of medical sciences 2010; 2,3: 33-38. [Persian]
- 11- Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gh. A Survey on Knowledge and Attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahrekord City. Health Information Management 2011; 7 (Special Issue): 629-36.[Persian]
- 12- Shams A, Mofid M, Rejlilian F. Survey of Referral System Influenced Factors from the Perspective of Referrals of Isfahan Educational Hospitals. Health Information Management 2011; 7 (Special Issue): 669-78.[Persian]
- 13- Shodjai-Tehrani H. Park's textbook of preventive and social medicine (Vol 2). Park JE, Park AK. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Samat; 2004: 56-89. [Persian]
- 14- Naghavi M. Action plan for community participation in the form of women volunteers. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 1996: 4-10.[Persian]
- 15- Shasavari H. Joint programme review mission: PHC-umbrella project in Zanjan province. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services 1997;(2): 71-64. [Persian]



- 16- Abbasi R, Eflation MR, Eflation B, Ranjbar L. Priorities of health professionals and the research center of Kerman in 1386. *Iranian Journal of Epidemiology* 2009; 5(4): 21-5. [Persian]
- 17- Family physician Instruction. Version 12. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2011: 4-102. [Persian]
- 18- Ahmadi A. Referral System and Family Medicine about Executable Equity. Proceedings of the National Congress of Equity in health system; 2008 Mar 20-21; Isfahan, Iran; 2008. [Persian]
- 19- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Kabir MJ. To evaluate the quality of family physician program in Northern Provinces of Iran. Babol: The final report of the Research project (No 7121167/252). Babol University of Medical Sciences. 2008: 91- 102. [Persian]
- 20- Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafiyan Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of Family Physicion (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. *Journal of Guilan University of medical sciences* 2010; 19(76): 48-55. [Persian]
- 21- 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]
- 22- Tavasoli E, Alidousti M, Khadivi R, Sharifirad GR, Hasanzadeh A. Relationship between Knowledge and Attitudes of Rural People with Information Resources about Family Physicion Program in Shahrekord. *Journal Research Health System* 2010; 5(3): 498-50.[Persian]
- 23- Miri MR, Shafiee F, Haydarnia AR, Kazemnejad A. Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of tribermen towards family planning. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2003; 12(37): 67-73.[Persian]



## Rate Familiarity of the Members of local Organizations in the Northern Provinces of Iran about the Family Physician Programme and Rural Insurance

Kabir M (Ph.D)<sup>1</sup>, Jafari N (Ph.D)<sup>2</sup>, Naeimi Tabiei M (MD)<sup>3</sup>, Ashrafian Amiri H (MD)<sup>4</sup>, Mikaniki E (MD)<sup>5</sup>, Nasrollahpour Shirvani SD (Ph.D)<sup>6</sup>, Mirzaei MR (MD)<sup>7</sup>, Rahimi Kalamrodi H (MD)<sup>8</sup>

1. Professor Assistant, Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.
3. Vice -Chancellery for Health, Golestan University of Medical Sciences, Iran.
4. Vice -Chancellery for Health, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Iran.
5. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Iran.
6. Corresponding Author: Professor Assistant, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Iran.
7. Vice -Chancellery for Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Iran.
8. Vice- Chancellery for Health, Guilan University of Medical Sciences, Iran.

### Abstract

**Introduction:** The members of local Organizations in rural regions of Iran can have an effective role in the improvement of health programs due to their resources and logistical influence. Favorable collaboration of them needs sufficient familiarity and information about the objectives and principles of health programs. This study was Performed to assess the level of familiarity in members of local organizations about the Family Physician (FP) Program and Rural Insurance in Northern Provinces of Iran.

**Methods:** This Cross-Sectional Study was Performed in the Second half of the year 2012. % 25 of health Centers doing FP Program in three Provinces of Golestan, Mazandaran, Gilan (totally 139 Centers out of 552 units). In each selected center, available members of dispute resolution council, village council, health council, village mayor, school manager and native teacher were enrolled in the research. A researcher- made questionnaire which its validity and reliability were Confirmed was used for data gathering. Data analysis was Performed by SPSS17 with Significant level of  $P < 0.05$ .

**Results:** 521 (84.7%) individuals (out of 601 members of local organizations) were male. The age range was 19-81 years. Mean and standard deviation of participants age was  $45 \pm 9.7$  years. 47.1% of persons had academic education level. Out of total score 27, mean and SD of the familiarity in village mayor was  $12.4 \pm 4$ , in health council's members  $11.6 \pm 3.7$ , in village council's members  $11.4 \pm 4.1$ , in school managers  $10.6 \pm 3.3$ . in dispute resolution council's members  $10.5 \pm 5.1$  and in native teachers was  $8.8 \pm 4.9$ . There were significant relationships between the level of familiarity and being participated in trustees council of the health center, sex and the work type of local organization ( $p < 0.05$ ). There were no significant relationships between the level of familiarity, education, the province of living and the marriage status ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** This Study Showed that the level of familiarity of members of local organizations in rural regions of Iran is not sufficient and interventional Programs must be Planned and Performed for improvement.

**Keywords:** Local Organizations, Rate familiarity, Intersectoral Cooperation, Family Physician, Rural Insurance.