

Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran Health System

Malihe Shiani¹, Arash Rashidian², Azar Mohammadi³

introduction: Family physician program is one of the most important policies that has been proposed in the past decade in the field of health system. Hence the importance and necessity of studying it originate from the importance and the status of health in development and welfare of a society. Therefore, this study aims to investigate the status and the process of the implementation of the Family Physician Program in Iran's health system. This study answers these questions that what is the historical, legal and execution background of family physician program? And what are the challenges and obstacles to implement this program?

Method: This research was a qualitative study applying the purposive sampling method. Data were collected through applying interview and document analysis techniques. The data drawn by interview were analyzed using content analysis, which was based on coding.

Results: Concurrent with detecting the

1.
2.
3. <Azar.mohammadi88@yahoo.com>

ملیحه شبانی^{*}، آرش رشیدیان^{**}، آذر محمدی^{***}

مقدمه: طرح پزشک خانواده به عنوان یکی از مهم ترین سیاست گذاریهای است که در دهه اخیر در عرصه نظام سلامت مطرح شده، از این رو اهمیت و ضرورت مطالعه آن دقیقاً از اهمیت و جایگاه سلامتی در توسعه و رفاه جامعه نشأت می گیرد. بدین جهت، هدف پژوهش حاضر، مطالعه جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران است، اینکه از چه پیشینه تاریخی، قانونی و اجرایی برخوردار است؟ و در زمینه اجرا یا چه چالشها و موانعی مواجهه بوده است؟
روش: پژوهش حاضر در قلمرو پژوهش کیفی است که در آن نمونه گیری مبتنی بر هدف است و برای جمع آوری داده ها از تحلیل اسنادی و مصاحبه استفاده شده است. تحلیل داده های حاصل از مصاحبه نیز از طریق تحلیل مضمون بر اساس کدگذاری صورت گرفت.
یافته ها: هم زمان با دستیابی به پیشینه تاریخی، مبانی قانونی و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده، موانع اجرایی برنامه از نظر

* دانشگاه تهران.

**

*** دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه ریزی رفاه

اجتماعی، دانشگاه تهران، (نویسنده مسئول)

<Azar.mohammadi88@yahoo.com>

۱. مقاله اقتباس از پایان نامه کارشناسی ارشد آذر محمدی تحت عنوان «مطالعه چالش های اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران» است.

historical, legal and execution background of the family physician program, executive barriers were identified based on four categories: “dependency of plans to person and the impact of management and government changes on the national program”, “challenges emanating from the way the tenth government supports family physician program”, “cultural challenges” and “illegality and lack of political determination and commitment of senior officials”.

Discussion: Family physician program that has been gradually introduced in the health system since 2002 should have been implemented across Iran, according to the existing law such as the fourth and fifth development plans. However, in practice its implementation was limited to villages and two provinces of Fars and Mazandaran and with different procedures. This study showed that many of the economic, social, political and cultural conditions which had a key role in the success or failure of any program and should be taken into account in policy making were not satisfied.

Keywords: Challenges of family physician implementation, Family physician program, Health system,

بستر و زمینه‌های آن تحت عنوان ۴ مقوله اصلی شناسایی شد: «قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی»، «چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده»، «چالشهای فرهنگی»، «قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری».

نتیجه‌گیری: پزشک خانواده که از سال ۱۳۸۱ به تدریج در نظام سلامت مطرح شد، می‌بایست برحسب قوانین موجود، چون برنامه‌های ۵ ساله توسعه چهارم و پنجم تاکنون در سرتاسر ایران اجرایی می‌شد، ولی آنچه در عمل به وقوع پیوست، محدود شدن اجرای آن به روستاها و دو استان فارس و مازندران آن‌هم به سبک و سیاقی متفاوت از خود برنامه پزشک خانواده است که در این راستا مطالعه موانع اجرایی آن نمایان ساخت که بسیاری از زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی که لازمه اجرای برنامه بودند، مهیا نبوده، زمینه‌هایی که نقش کلیدی در موفقیت و شکست هر برنامه‌ای داشته و در عرصه سیاست‌گذاری ضرورتاً باید بدانها توجه شود.

کلیدواژه‌ها: طرح پزشک خانواده، نظام سلامت، چالشهای اجرای پزشک خانواده.

تاریخ دریافت:

تاریخ پذیرش:

مقدمه

سلامت، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مقوله‌های سیاست‌گذاری اجتماعی، محور اصلی توسعه اجتماعی است؛ مقوله‌ای که سهم تعیین‌کننده‌ای در ساختن و پویایی بخشیدن به دیگر عرصه‌های توسعه از جمله توسعه اقتصادی و سیاسی دارد. نگاه به‌عوامل تعیین‌کننده در سلامت مؤید این حقیقت است که مجموعه سیاست‌گذارها، دسترسی به مراقبتها، محیط اجتماعی و محیط فیزیکی افراد بر رفتار و بیولوژی آنان اثر می‌گذارد، به‌گونه‌ای که تغییر در رفتار می‌تواند منجر به تغییر در بیولوژی فرد شود. با این نگاه، اقتصاددانان بخش بهداشت و درمان معتقدند بر اساس تئوری سرمایه انسانی، سلامت پیش‌نیاز دستیابی به رفاه اجتماعی است، به‌گونه‌ای که با ارتقاء سلامت می‌توان به اهدافی همچون رشد در تولید ناخالص ملی واقعی، افزایش امنیت، اشتغال و ارتقاء بهره‌وری دست یافت. مصارف سلامتی که خود مبتنی بر منابع قابل تأمین است بر پرداخت و نوع خدمت اثرگذار بوده و رابطه دوطرفه دارد. این موضوع موجب تغییر در تقاضا می‌گردد و به‌نوبه خود بر اشتغال کارکنان سلامتی اثرگذار بوده و به علت ارائه خدمات مختلف، معاینات تشخیصی درمانی، رونق کارخانه‌های دارویی، غذایی، تجهیزاتی منجر به رشد و تولید داخلی شده و نهایتاً بر رفاه جامعه اثرگذار است. بنابراین چنین می‌توان نتیجه گرفت که به دنبال وجود تقاضا برای دریافت خدمات سلامت، اشتغال ایجاد می‌شود که با اثرگذاری بر رشد در تولید داخلی موجب افزایش سطح رفاه می‌شود. (حسن‌زاده، ۱۳۸۷).

بنابراین سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخشهای مختلف جامعه

است. هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیتهای اقتصادی، اجتماعی سهم شونند (جتی و همکاران، ۱۳۸۸).

در ایران از سال ۱۳۵۳ تلاشهای زیادی برای استقرار یک نظام سلامت خوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، صورت گرفته است که به همراه انتشار نتیجه تحقیقات مشترک وزارت بهداشتی وقت و سازمان جهانی بهداشت (در فاصله سالهای ۱۳۵۳ تا ۱۳۵۷) مهم ترین این تلاشها در سال ۱۳۶۴، طراحی و استقرار نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور بوده است، که در زمان خود انقلاب چشمگیری را در ارائه خدمات سلامت ایجاد کرده است، و گاهی از آن به عنوان اولین انقلاب در نظام سلامت ایران یاد می شود. با این وجود علی رغم پیشرفت سریع نظام سلامت و به دست آوردن خیل عظیم دستاوردهایی چون «کاهش مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان از سال ۱۳۵۳ تا ۱۳۸۶، کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه و نوزادان طی ۳۰ سال از ۱۲۴۹ تا ۱۳۷۹، افزایش پوشش روشهای تنظیم خانواده، بیماریابی و درمان مناسب بیماریهای عفونی و اگیردار، کنترل بیماریهای اسهالی، کنترل بیماریهای مشترک بین انسان و حیوانات، کنترل مالاریا، ریشه کنی فلج اطفال، حذف سرخک، افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم، محیط زیست و کار سالم و بسیاری از موارد دیگر» (امامی رضوی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، بعد از گذشت حدود ۱۵ سال، یعنی از اواخر دهه ۱۳۷۰ به دلایلی از جمله تغییر الگوی بیماریها از سمت بیماریهای واگیردار به سمت بیماریهای غیر واگیردار، نظام سلامت ایران دچار چالشهای اساسی همچون دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی، افزایش هزینه های خانوار

و کاهش سهم دولت در هزینه‌های خانوار، نظام پرداخت نامناسب و هزینه‌های بالا، عدم وجود پرونده سلامتی برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز و... نیاز به تغییر و اصلاح در نظام سلامت، همانند سایر نظام‌های سلامت در دنیا احساس گردید (دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت، ۱۳۸۶). برای انجام تغییرات و اصلاحات در نظام سلامت از اهرم‌های مختلفی نام برده شده است که پنج اهرم آن از اهمیت برخوردار است و توسط اقتصاددانان سلامت دانشگاه هاروارد توصیه شده است که عبارت‌اند از تولید، سازمان‌دهی، تأمین مالی، قوانین و مقررات و رفتار. که هرکدام از اینها به‌تنهایی اعمال اثر کرده و در صورتی که با هم به کار روند اثر هم‌افزایی قابل توجهی دارند. در این راستا از سال ۱۳۸۱ به ادعای بسیاری از نقش‌آفرینان حوزه نظام سلامت، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، که از بخش عمده‌ای از اهرم‌های فوق در راستای سازمان‌دهی و اصلاح نظام سلامت برخوردار است (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷) به‌عنوان بهترین گزینه برای اصلاح نظام سلامت مطرح گردید.

بنابراین، بعد از شکل‌گیری شبکه‌های بهداشت و درمان، طرح پزشک خانواده با عناوینی چون «دومین انقلاب بزرگ نظام سلامت ایران»، «گام اساسی و کلیدی اصلی برای اصلاح نظام سلامت»، «دروازه‌بان ورودی نظام سلامت»، «مهم‌ترین عامل برای کاهش و عادلانه ساختن هزینه‌ها»، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سیاست‌گذاریهایی است که در دهه اخیر در عرصه نظام سلامت و به‌تبع آن در عرصه وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه مطرح شده است که در سطح کلان دولت مجری و مجلس ناظر اصلی آن است، از این‌رو اهمیت و ضرورت مورد توجه قرار دادن سیاستها و برنامه‌های مطرح در قلمرو نظام سلامت همچون طرح پزشک خانواده دقیقاً از اهمیت و جایگاه سلامتی در زندگی مردم و نقش آن در توسعه و

رفاه جامعه نشأت می‌گیرد. بدین جهت، هدف پژوهش حاضر، مطالعه جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران است، اینکه از چه پیشینه تاریخی، قانونی و اجرایی برخوردار است؟ و در زمینه اجرا با چه چالشها و موانعی مواجهه بوده است؟

چارچوب مفهومی

سه نظریه مطرح در جامعه‌شناسی پزشکی، نظریه کارکردگرایی ساختاری، نظریه تضاد و نظریه کنش متقابل نمادین است.

نظریه کارکردگرایی ساختاری، رویکردی جامعه‌شناختی است و بر روشهایی تأکید می‌کند که در قسمتهای مختلف جامعه سازمان یافته‌اند تا ثبات جامعه را حفظ کنند. در این نظریه جامعه به‌عنوان سیستمی ثابت و در عین حال متمایل به سمت تعادل نگر بسته می‌شود. در به‌کارگیری رویکرد کارکردگرایانه در حوزه خدمات بهداشتی، می‌توان به استدلالهایی که برای محدود کردن دسترسی به تسهیلات پزشکی خاصی مانند دیالیز در آمریکا وجود دارد اشاره کرد. با این استدلال گفته می‌شود با توجه به هزینه‌های بالای عمل دیالیز، استفاده افراد مسن از این تسهیلات در مقایسه با جوانان توجیه ندارد، بنابراین باید خدمات دیالیز را به جوان‌ترها محدود کرد.

نظریه تضاد رویکردی جامعه‌شناختی است که می‌پندارد «رفتار اجتماعی» در شرایط تنش بین گروههای قدرت و یا تخصیص منابع شامل مسکن، پول، دسترسی خدمات و نمایندگی سیاسی بهتر فهمیده می‌شود. برخی از سؤالهایی که نظریه‌پردازان تضاد مطرح می‌کنند، عبارت‌اند از:

از نزاع بین گروههای در حال تضاد الگوهای فعلی چگونه ظهور کرده‌اند؟

گروهها و طبقات مسلط چگونه به امتیازات ویژه نائل شده و آنها را حفظ کرده‌اند؟، چه کسی از ترتیبات فعلی اجتماعی سود برده و چه کسی ضرر می‌کند؟، جامعه با وجود تضادهایش، چگونه توانسته به تعادل دست یابد؟، عوامل مؤثر در ایجاد تعادل کدامند؟، جامعه‌شناسانی که با این رویکرد در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی فکر و مطالعه کرده‌اند می‌توان از ویتزکین^۱، ناوارو^۲ و میشلر^۳ نام برد.

کنش متقابل نمادین، کاملاً متمایز از دو دیدگاه تضاد و کارکردگرایی است، چراکه به تجزیه و تحلیل «رفتار» در سطح خرد و فرد توجه دارد. از جمله مهم‌ترین مسائلی که این رویکرد بر آن متمرکز است عبارت‌اند از: - چه معانی را مردم برای «اعمال» دیگران یافته‌اند؟، چگونه این معانی ایجاد شده‌اند؟، چگونه دیگران به این معانی پاسخ می‌دهند؟ و...

از کاربردهای نظریه کنش متقابل نمادین در مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی، مطالعه روابط بین پزشک و بیمار و نیز سایر دست‌اندرکاران نظام خدمات بهداشتی از نظر کنش، رفتار، معانی، منظور، کج‌فهمی و سوء‌تعبیر و همچنین در مطالعه تعریفها و برداشتها از بیماری و معالجه و خدمات بهداشتی است. باتوجه به آنچه بیان شد، رویکرد تضاد با توجه به مفروضات اساسی و مفاهیم کلیدی‌اش، به‌عنوان مبنایی برای مطالعه موانع و چالشهای اجرای پزشکی خانواده در نظر گرفته شد. اما بعد از تجزیه و تحلیل داده و یافته‌ها، همان‌طور که جدول ۲ نمایان می‌سازد، یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که چالشهای پزشکی خانواده در شرایط تنش، تضاد و ناهماهنگی بین اجزای مختلف نظام سلامت

1 Waitzkin

2 Navarro

3 Mishler

در قالب نظریه تضاد بهتر فهمیده می‌شوند، باین‌حال برخی از یافته‌های حاصل همچون قائم به فرد بودن برنامه‌ها فراتر از نظریه تضاد هستند. بنابراین پژوهشگر برای صورت‌بندی نهایی یافته‌ها از مدل مازمانیان و ساباتیر با کمی دخل و تصرف بهره برد.

درواقع طرح پزشک خانواده که به دنبال اصلاحات ریشه‌ای و چالشهای دیرپای، و بنیانی نظام سلامت است و به‌عنوان سیاست کلان در عرصه و بستر سیاست‌گذاری نظام سلامت مطرح شده است، ریشه در مبانی قانونی همچون برنامه‌های پنج‌ساله توسعه دارد. ازاین‌رو هم‌زمان با مطالعه جایگاه و روند اجرایی پزشک خانواده در نظام سلامت ایران از طریق تحلیل اسنادی، می‌توان برخی از چالشهای اجرایی آن را در بطن و بستر چالشهایی دید که برنامه‌های توسعه خود در زمینه اجرا با آن مواجه هستند. به‌عبارتی دیگر در اینجا چالشهای اجرایی برنامه‌های توسعه به‌عنوان بستر قانونی پزشک خانواده، بر خود پزشک خانواده نیز سرایت می‌کند. نکته‌ای که توجه به آن می‌تواند بستری روشن از موانع موجود را برای سیاست‌گذاران در مرحله سیاست‌گذاری فراهم آورد. اما هم‌زمان با توجه به این امر، پژوهشگر به این سمت سوق یافت که در زمینه مطالعه چالشهای اجرایی برنامه پزشک خانواده از متغیرهای مطرح شده از سوی مازمانیان و ساباتیر با کمی دخل و تصرف بهره جوید. متغیرهایی که در قالب مدلی جهت ارزیابی قابلیت‌های اجرایی قوانین و احکامی که تصویب می‌شوند، همچون برنامه‌های توسعه، کاربرد دارد. ازاین‌رو این متغیرها از قابلیت مطالعه چالشهای اجرایی پزشک خانواده نیز برخوردار هستند.

بر اساس مدل مازمانیان و ساباتیر، حیاتی‌ترین نقش در اجرای خط‌مشی،

شناسایی متغیرهایی است که در دستیابی به اهداف خط مشیها در طول فرایند اجرای آنها تأثیرگذار است. این متغیرها در سه محور اصلی دسته‌بندی می‌شوند: «۱- متغیرهای ماهیتی، ۲- متغیرهای ساختاری، ۳- متغیرهای زمینه‌ای» (دفتر مطالعات برنامه و بودجه، ۱۳۸۸).

متغیرهای ماهیتی مربوط به مشکلات و موانع ناشی از سیاست می‌شود که در طول فرایند سیاست‌گذاری با آن مواجه هستیم و شامل متغیرهایی نظیر مسائل فنی، ناهمگونی و تنوع رفتاری گروههای هدف و در پی آن دشواری اولویت‌بندی نیازها می‌شود.

متغیرهای ساختاری بر فرایند اجرای سیاستهای تعیین‌شده اثر می‌گذارند و در میزان اجرایی بودن سیاستها نقش دارند که شامل اند از: هماهنگی میان دستگاههای متولی، توان و تخصص دستگاههای مرتبط، تأمین منابع مالی، میزان مشارکت گروههای هدف و میزان صراحت اهداف تعیین‌شده.

متغیرهای زمینه‌ای شرایط و بسترهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تعهد و الزام مجریان به اجرای قانون، نگرش گروههای هدف و حمایت بخش عمومی را شامل می‌شود (امیدی، ۱۳۹۱).

بنابراین مقاله حاضر که بخشی از پژوهش «مطالعه چالشهای اجرای پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران» است، به دلیل گستردگی دامنه متغیرها و محدودیت پژوهش حاضر، به مطالعه چالشها و موانع اجرایی برنامه پزشکی خانواده تنها بر مبنای متغیرهای زمینه‌ای مطرح شده در مدل مازمانیان و ساباتیر پرداخته است.

پیشینه تجربی

بنا بر تحلیل هزینه اثربخشی طرح پزشکی خانواده مبتنی بر نظام ارجاع،

طی مدت کوتاهی تغییرات فراوانی را در شاخصهای سلامت از جمله بهبود امید به زندگی از ۷/۴۶ به ۹/۶۹ سال، کاهش نرخ رشد جمعیت از حدود ۹/۳ درصد به ۲/۱ درصد، کاهش میزان مرگومیر مادران از ۱۴۰ درصد هزار تولد زنده به ۴/۳۷، ایجاد کرده است. به گونه‌ای که مطالعه یازده شاخص سلامت طی سالهای ۸۱ - ۸۵ نشان می‌دهد که اجرای طرح پزشک خانواده از ابتدای سال ۱۳۸۴ بیش از نیمی شاخصهای مورد مطالعه را ارتقاء بخشیده است.

در این راستا عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی به نسبت روند خوبی پس از گذشت چند سال از اجرا داشت به گونه‌ای که دسترسی تا حدودی بهبود یافت و هزینه‌های غیرضروری کاهش پیدا کرد، باین حال هنوز بینش سلامت‌نگر مطلوب در اذهان نهادینه نشده است و نظام ارجاع و ارائه پس‌خوراند از پزشکان متخصص به سطح یک، پیگیری عاقبت بیماران و تکمیل پرونده سلامت به درستی اجرا نمی‌شود. عدم رعایت نظام ارجاع وجه مشترک در اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری است. باین حال طراحی و اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها با توجه به متفاوت بودن ابعاد آن نسبت به روستاها نیازمند برنامه‌ریزی دقیق‌تر و جامع‌تری است. بنا بر پژوهش ایری (۱۳۹۰) از جمله مهم‌ترین چالشهایی که طراحی و اجرای پزشک خانواده با آن مواجه بوده است عبارت‌اند از: چالشهای مرتبط با نظام سلامت، ضرورت حرکت به سمت پزشک خانواده، مفهوم پزشک خانواده، ساختار سازمانی برنامه پزشک خانواده، ارجاع، تأمین مالی، بیمه و پرداخت به پزشکان خانواده، سیاستها و اختیارات نهاد متوالی برنامه و ظرفیت نهاد متولی در اجرای برنامه.

مطابق پژوهشهای خارجی مزایا و چالشهای پزشک خانواده از ۸ مزیت برای

اجرای طرح شامل: فراهم کردن مراقبت جامع و متنوع و مراقبت پیشگیرانه، ارتباط با بیمار و خانواده وی، فراهم کردن مراقبت مداوم و دریافت بازخورد، حفظ و فراگیری مهارتها و دانش، آموزش و سهیم شدن در دانش و تجربه و ۱۱ نکته چالشی همچون: نیاز به ترفیع و افزایش پاداشهای پزشک خانواده، نیاز به محترم شمردن شدن توسط متخصصان، فقدان دسترسی به متخصصان، اقدامات، آزمایشها، نتایج و سایر منابع، کاغذبازی، تماسهای تلفنی و ازدیاد فرمها، انتظارات بیماران در ارتباط با پزشک خانواده برخوردار است.

پیشینه پژوهش نشان‌دهنده این واقعیت است که پژوهشهای صورت گرفته در بیشتر موارد به صورت کمی و با رویکرد مدیریت بهداشت و درمان و در سطحی خرد و به طور عمده حول محورهایی چون پایش پزشک خانواده، ارزیابی عملکرد برنامه، ارزیابی رضایت، نگرش، آگاهی، دانش و... است. محدود پژوهشهای کیفی نزدیک به موضوع پژوهش حاضر با رویکرد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی صورت پذیرفته است، از این رو در ارتباط با موضوع مورد بررسی تا زمان انجام این پژوهش، هیچ پژوهشی در حوزه جامعه‌شناسی به گونه‌ای که اطلاعات جامع و منسجمی چه در مورد پزشک خانواده و چه در مورد موانع اجرایی آن به روش کیفی ارائه دهد، نبوده است.

روش

پژوهش حاضر در قلمرو پژوهش کیفی است، چراکه «یافته‌هایی را به دست می‌دهد که با شیوه‌هایی غیر از شیوه‌های آماری یا هرگونه کمی کردن کسب شده‌اند» (اشتراوس و کوربین، ۱۳۸۵). جامعه پژوهش دربرگیرنده سیاست‌گذاران، مجریان و صاحب‌نظران پزشک خانواده در وزارت بهداشت، سازمان بیمه خدمات

درمانی، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان نظام پزشکی و دانشگاههای تهران و شهید بهشتی است. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و دربردارنده وزیران سابق وزارت بهداشت (۲ مورد)، سیاست‌گذاران سطح کشوری (۱۱ مورد)، مدیران گسترش دانشگاه شهید بهشتی، تهران و ایران (۳ مورد)، رئیس مرکز و مسئول گروه ارجاع و پزشک خانواده سازمان بیمه سلامت (۲ مورد)، صاحب‌نظران دانشگاه تهران (۱ مورد)، معاونت بهداشت و فنی دانشگاه شهید بهشتی (۲ مورد)، کارشناسان پزشک خانواده دانشگاه شهید بهشتی و تهران (۲ مورد) بود. جمع‌آوری و گردآوری داده‌ها از طریق تحلیل اسنادی و مصاحبه صورت گرفت. بدین‌گونه که از تحلیل اسنادی، در قالب مراجعه به مستندات منتشر شده و نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، جست‌وجوی کتب، مجلات و مقالات و پژوهشهای انجام‌گرفته در زمینه پزشک خانواده به کار برده شد و همچنین ۳ مصاحبه باز در مرحله مطالعه اکتشافی و ۲۳ مصاحبه نیمه‌باز در مرحله جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت، که تماماً توسط محقق ضبط و به متن تبدیل شدند. تحلیل داده‌ها نیز بر مبنای تحلیل مضمون بر اساس کدگذاری صورت گرفت، بدین‌گونه که در مرحله کدگذاری باز تحلیل داده‌ها به صورت تحلیل سطر به سطر انجام پذیرفت و همان‌طور که استراوس می‌گوید این روش با معاینه دقیق و از نزدیک داده‌ها، عبارت به عبارت و گاه کلمه به کلمه صورت پذیرفت. حاصل این مرحله ۹۰۵ مفهوم اولیه به صورت عبارت بودند که در نهایت در قالب جدولی به صورت مفاهیم خام جمع‌آوری شد و سپس دوباره این مفاهیم بر اساس ویژگیها و ابعاد مشترکی که داشتند از طریق ادغام، تقلیل و دسته‌بندی شده و در غالب ۴۷۳ مقوله‌ای قرار گرفتند که با یکدیگر ارتباط

معنایی نزدیکی داشتند. در کدگذاری محوری مقوله‌ها به صورت منظم پرورده شده و به زیرمقوله‌ها متصل شدند که حاصل این کار نیز در غالب ۲۳ مقوله فرعی دسته‌بندی شد و در نهایت در مرحله کدگذاری گزینشی یکپارچه‌سازی و پالایش مقوله‌های فرعی صورت پذیرفت که در نهایت چالش‌های اجرای پزشکی خانواده در قالب ۹ مقوله هسته‌ای: «چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت»، «ماهیت چالش برانگیز پزشکی خانواده»، «پزشکی کردن مدیریت»، «تضاد منافع»، «قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی»، «چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشکی خانواده»، «روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمانهای دخیل در برنامه پزشکی خانواده»، «چالش‌های فرهنگی» و «قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری» شناسایی شدند که در این مقاله به دلیل محدودیت پژوهش، تنها بر متغیرهای زمینه‌ای پرداخته شده است.

جدول ۱: جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران

جایگاه پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران
قدمت تفکر پزشکی خانواده در ایران و چگونگی ظهور آن
مبانی قانونی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران
تجربه پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده
نتایج حاصل از اجرای پزشکی خانواده برحسب مطالعه ملی بیمه سلامت ایرانیان و گزارشها وزارت بهداشت
چالشها و موانع اجرایی برنامه پزشکی خانواده

جدول ۲. چالشهای اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

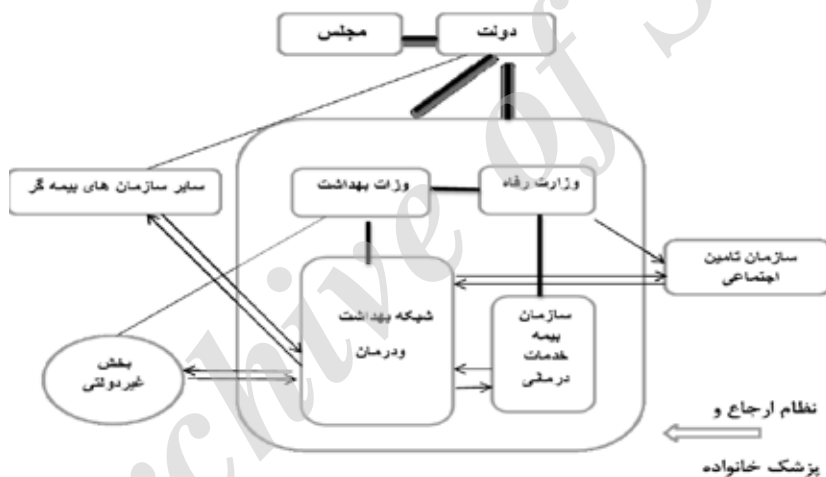
۱. نشانگان بیماری و ساختار آنومیک نظام سلامت	۱. چالشهای ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت
۲. فرابخشی بودن و چندگانگی حاکم بر نظام سلامت	
۳. کژکارکردی نظام آموزشی نظام سلامت	
۱. هرمنوتیک پزشک خانواده	۲. ماهیت چالش برانگیز پزشک خانواده
۲. ویژگیهای چالش برانگیز پزشک خانواده	
۳. رویکرد دستوری در تضاد با ماهیت فرابخشی و مشارکتی پزشک خانواده	
۴. لازمه ماهیت زمانبری پزشک خانواده واقع بینی است یا ملعبه ای برای مخالفت	
۱. نیاز به نگاه حرفه ای به مدیریت و سیاست گذاری	۳. پزشکی کردن مدیریت
۲. پزشک خوب لزوماً مدیر یا سیاست گذار خوبی نیست	
۳. ذینفع بودن سیاست گذار/ تضاد منافع و شفاف نبودن مرزها	
۱. تضاد و ناهماهنگی بدنه وزارت بهداشت	۴. تضاد منافع
۲. تضاد برنامه با منافع صنفی پزشکان و بخش خصوصی	
۳. پیشی گرفتن منفعت شخصی بر منفعت اجتماعی	
۴. قدرت مانوردهی مخالفان صاحب منافع	
۵. تضاد منافع به عنوان چالش اصلی یا ابزاری برای فرافکنی مجریان	
۱. تضاد یا همکاری حاکم بر روابط وزارت بهداشت با وزارت رفاه؟	۵. روابط حاکم بر وزارتخانه ها و سازمانهای دخیل در برنامه پزشک خانواده
۲. تعصب سازمانی و سازمانی شدن نگاه فنی	
۱. فائمه به فرد بودن برنامه ها، خودمحوری به جای تجربه محوری	۶. قائم به فرد بودن برنامه ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی
۲. تأثیر تغییر دولت و مدیریت بر برنامه ملی	
۳. اتلاف و گپ زمانی	
۱. تعهد دولت دهم در حمایت از پزشک خانواده یا رویکرد ابزاری؟	۷. چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده
۲. عدم تخصیص منابع مالی توسط دولت دهم.	
۳. فشار زمانی شروع عجلانه طرح	
۸. قانون گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری	
۹. چالشهای فرهنگی	

یافته‌ها

جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

- جایگاه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

همان‌طور که شکل (۱) بیانگر است، در بعد کلان دولت مجری و مجلس به‌عنوان خانه ملت منتفع و ناظر اصلی این طرح است. پزشک خانواده جزء لاینفک نظام سلامت کشور و در بطن عملکرد دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار دارد. بخش خصوصی و نیز سایر بخشهای دولتی نیز به‌طور غیرمستقیم و به‌واسطه هر یک از دو وزارتخانه با برنامه ارتباط دارند (شریعتی و همکاران: ۲۹).



شکل (۱) جایگاه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

منبع: شریعتی و همکاران

قدمت تفکر پزشکی خانواده در ایران و چگونگی ظهور آن

تفکر پزشکی خانواده در کشور ما ریشه در فرهنگ ایرانی اسلامی دارد و سابقه آن به قرن‌ها قبل بازمی‌گردد. در تأیید این گفته، سخنی حکیمانه از دانشمند بزرگ کشورمان حکیم زکریای رازی می‌تواند اثباتگر این مطلب باشد آنجا که می‌گوید: «مریض باید از میان اطبای موثق به یک تن اقتصار ورزد، زیرا کسی که نزد پزشکان متعددی برود، بسیار احتمال دارد که در معرض خطای هر یک از آنها واقع شود، اما یک طبیب خطایش در جنب صوابش بسیار اندک باشد» (وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱) که چنین تفکری نشان از ضرورت وجود یک متولی مشخص برای بیمار از طریق پزشکی خانواده است. در سالهای ۱۳۵۳-۱۳۵۵ نظریه‌هایی در روش آموزش پزشکی مطرح شد و تا حدودی به اجرا درآمد که با روشهای سنتی تدریس و تعلیم پزشکی تفاوت داشت. یکی از این نظریه‌ها، فلسفه آموزش پزشکی جان میلز بود که در میان اساتید پزشکی، هم در علوم پایه پزشکی و هم در حیطه مطالعات بالینی، مقبول افتاد. به پیروی از این روش، گروهی از استادان و کسانی که مدارک فوق‌لیسانس، تخصص و فوق تخصص در علوم بالینی، علم آموزش، مدیریت درمانی و بهداشت عمومی را داشتند، بخش آموزش پزشکی خانواده را در دانشگاه شیراز بنیاد نهادند که به دلیل شرایطی چون جنگ تحمیلی چندان به صورت رسمی مورد توجه و استقبال قرار نگرفت. تا اینکه در سال ۱۳۸۱، مطابق آنچه در ادامه می‌آید، با توجه به نیاز به انجام اصلاحات و سابقه ۷۰ ساله طرح پزشکی خانواده در دیگر کشورهای جهان و شرایط کشورمان دوباره مورد توجه قرار گرفت (دهقانی شورکی، ۱۳۸۹).

شبکه خدمات بهداشتی اولیه^۱ در کشور ما که برای تمامی مناطق روستایی و شهری طراحی شده بود عملاً تنها در روستاها به طور جامع اجرا شد و یک دستاورد عالی شمرده شد، ولی در شهرها چندان به نتیجه نرسید. در پی عرضه مراقبتهای بهداشتی اولیه، شاخصهای سلامتی ایران، در مجموع یکی از بهترین شاخصهای سلامت جمعیت در منطقه را در سه دهه اخیر به دست آورد. با این وجود در سالهای اخیر این نظام فاقد انعطاف لازم برای برآوردن نیازهای نوظهور جامعه بوده است (مشیری و همکاران، ۱۳۹۱) و همان طور که در مقدمه بیان شد نظام سلامت دچار چالشهای متعددی شد. چالشهایی که اهمیت و ضرورت اصلاح و ارتقاء نظام سلامت را بیش از پیش نمایان ساخت.

از این جهت، ضرورت اصلاح نظام سلامت کشور از برنامه سوم توسعه در سرلوحه سیاستها و برنامههای وزارت بهداشت قرار گرفت گرچه قبل از آن نیز سوابقی از اصلاحات به چشم می خورد از قبیل:

- * اصل ۴۴ قانون اساسی
- * قانون تشکیل هیئتهای امانه
- * اصلاح نظامهای اداری کشور از جمله نظام سلامت، در قالب خصوصی سازی در تصویر کلان برنامه های پنج ساله اول و دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و تشکیل ماده ۶/۱۴ برای واگذاری خدمات دانشگاههای علوم پزشکی به بخشهای غیردولتی.
- * تأکید بر خصوصی سازی در برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و شکل گیری ماده ۱۹۲ که بر اساس آن به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده شد در جهت ارتقای کارایی و مشارکت کارکنان

1. PHC

و مردم در مورد امکانات بهداشتی و درمانی خود با رعایت ضوابطی اقدام به واگذاری یا خرید خدمت نمایند. همچنین، بر اساس ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت دستگاهها مجاز به استفاده از خرید خدمت یا مشارکت بخش غیردولتی یا واگذاری مدیریتی شدند (جمشید بیگی و همکاران، ۱۳۸۶). تا اینکه نظام سلامت با اتخاذ دو سیاست جدید، برای اصلاح بخش سلامت اقدام نمود، پزشک خانواده برای بهبود کیفیت خدمات و بیمه روستایی همگانی به منظور افزایش توان پرداخت. بدین ترتیب، در سال ۱۳۸۱، گروه کوچکی مرکب از دست‌اندرکاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان سابق مدیریت و برنامه‌ریزی، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، برای مطالعه و ارزیابی مراقبتهای بهداشتی اولیه در زمینه‌های مختلف تشکیل شد. هدف این گروه، بازطراحی نظام سلامت به تناسب چالشهای جدید پیش رو بود. این گروه معرف یک شبکه سیاست‌گذاری اجتماعی تحت مدیریت وزیر وقت بهداشت و درمان (۱۳۸۰-۱۳۸۴) بود که در زمان اخذ رأی اعتماد از مجلس، تحقق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور را وعده داده بود. قبل از آن وی به‌عنوان رئیس دانشگاه علوم پزشکی و مسئول نظارت بر بهداشت و درمان در یکی از استانها، در قسمتهایی از حوزه مسئولیت خود الگویی از پزشک خانواده را اجرا کرده بود (مشیری و همکاران، ۱۳۹۱).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وقت، زیرمجموعه‌های سیاست‌گذاری خود را تغییر داد و برای واحد کشوری اصلاح ساختار در مجموعه وزارت بهداشت اهمیت بیشتری قائل گردید. یک گروه اجرایی برای اصلاح بخش سلامت نیز برای تربیت نقش‌آفرینان و آماده‌سازی محیط برای تغییر تشکیل گردید (مشیری

و همکاران، ۱۳۹۱). طرح الزام اجرای پزشک خانواده در مجلس هفتم مطرح شد ولی در مرحله بررسی اولیه در کمیسیونهای تخصصی باقی ماند و کلیات آن در صحن علنی مجلس بررسی نشد و آماده جهت شور شد (منظم و همکاران، ۱۳۹۱). سرانجام در سال ۱۳۸۳ سیاست پزشک خانواده با موفقیت در برنامه چهارم توسعه کشور گنجانده شد.

مبانی قانونی پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران

* قانون اساسی: اصل ۲۹ و اصل ۴۳

* قانون بیمه همگانی (مصوب سال ۱۳۷۳)

نظام ارجاع که هم‌اکنون از پزشکان خانواده به‌عنوان دروازه‌بانان ورودی آن یاد می‌کنند در ابتدا در قانون بیمه همگانی مصوب سال ۱۳۷۳ مورد توجه قرار گرفت و سپس در برنامه چهارم و پنجم توسعه تداوم و تکامل یافت. بر طبق ماده ۱۲ قانون بیمه همگانی ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده است.

* قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۸۳)

طبق تبصره «۲» ذیل ماده ۱۱ این قانون، خط‌مشیهای مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های امور بهداشتی، درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و قلمروهای آن لازم‌الاجرا است (رهبری و همکاران، ۱۳۹۰).

* قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور: ماده ۸۴

۸۵، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۶

* قانون بودجه سال ۱۳۸۸ کل کشور

به منظور تأمین سلامت به صورت عادلانه برای کل مردم، ارتقاء کیفیت، کارایی و بهره‌وری، اجرائی نمودن بیمه پایه سلامت با اولویت ارائه خدمات سطوح اول و دوم، استقرار پزشک خانواده و تکمیل اجرای نظام ارجاع در روستاها و شهرهای زیر یکصد هزار نفر تا پایان سال ۱۳۸۸ و استفاده از توان و امکانات بخش غیردولتی اقدامات زیر انجام خواهد شد.

الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید به نحوی برنامه‌ریزی کند که حداقل ۴۰ درصد از اعتبارات هزینه‌ای فصل سلامت و بهداشت و برنامه بیمه رایگان روستائیان برای ارائه خدمات سطح اول هزینه شود.

ب- کلیه دستگاههای اجرائی از جمله سازمانهای بیمه‌گر مکلف‌اند سیاستها و برنامه‌های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با تحقق اهداف مذکور در این بند را اجرا کنند. هزینه کردن اعتبارات بیمه‌ای خارج از سیاستها و برنامه‌های ابلاغی فوق و مصوبات شورای عالی بیمه ممنوع است.

* قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور: ماده ۳۲،

۳۴، ۳۵، ۳۸

تجربه پیاده‌سازی برنامه پزشک خانواده

از اواخر سال ۱۳۸۱ گروهی از تمام سازمانهای بیمه‌گر و کارشناس بخشهای مختلف دخیل در سلامت تشکیل شد و پس از مطالعه جامع در خصوص نظامهای مختلف سلامت در دنیا و الگوبرداری از جمله کانادا و انگلستان، اقدام به تشکیل تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت کردند. این تیم با هماهنگی سازمانهای بیمه‌گر، چهار استان را به عنوان نقاط آزمون‌های در استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی

بر پزشک خانواده تعیین کردند. اما با وجود توافق جمعی مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور وقت و سازمانهای بیمه‌گر، گام عملی برای اجرای برنامه‌های مدون اصلاحات در استانهای آزمون‌های برداشته نشد. (ایری، ۱۳۹۰). اما به‌رغم این چالشها، دو روزه‌نه امیدبخش پدید آمد، نخست تصمیم هیئت دولت برای بازسازی نظام سلامت بم و دیگری تصمیم مجلس شورای اسلامی درباره اختصاص منابع مالی کافی برای بیمه روستائیان و صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی. این دو روزه زمینه‌ها و بستری را در نظام سلامت فراهم آورد که بر اساس آن وزارت بهداشت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۸۴ از فرصت پیش‌آمده در جهت استقرار پزشک خانواده در روستاها و شهرهایی با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر بهره بردند (وزارت بهداشت و درمان)، در مرحله بعدی، «پیرو تفاهم‌نامه‌ای که تیرماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منعقد شده بود، در آبان ماه همان سال تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های مذکور منعقد شد. این تفاهم‌نامه با موضوع استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع برای کلیه جمعیت شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استانهای چهارم‌حال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان در جهت اجرای هرچه بهتر برنامه پزشک خانواده منعقد گردید» (کییر و همکاران، ۱۳۹۲)، که بعداً به نسخه «۰۱» معروف شد. پس از شروع اجرای برنامه در شهرستانهای مورد نظر، مسئولان اجرایی برنامه با مشکلات و چالشهای اجرایی مواجه شدند. از جمله آنها می‌توان به عدم تجمیع بیمه‌ها و رویکرد تمرکزگرایی نسخه ۰۱ (که در طی آن وزارت بهداشت به دنبال پیاده کردن الگوی پزشک خانواده روستایی در شهرها بود) اشاره کرد (۱۱).

در ادامه روند اجرایی برنامه، تیم کارشناسی مربوطه با بررسی مشکلات و متعاقب برگزاری جلسات متعدد با تیمهای کارشناسی استانهای مجری در شهریورماه سال ۱۳۹۰ اقدام به ارائه گزارش به هیئت دولت نمود. در این گزارش برنامه آتی دو وزارتخانه برای گسترش برنامه پزشک خانواده به مناطق شهری به صورت زیر اعلام شد:

شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور	تا پایان سال ۱۳۹۰
همه شهرها به جز کلان شهرهای کشور	تا پایان سال ۱۳۹۱
همه کلان شهرهای کشور به جز تهران	تا پایان سال ۱۳۹۲
تمامی شهرهای کشور	تا پایان سال ۱۳۹۳

برخلاف آنچه در گزارش پیش گفته شد، وقتی این گزارش به سمع و نظر هیئت دولت وقت رسید، رئیس جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ می بایست برنامه در کل کشور جاری گردد. در ادامه این تصمیم شخص رئیس جمهور، شورای عالی سلامت در تاریخ ۲۶/۱/۹۱ در اقدامی بی سابقه اقدام به مصوب کردن دستورالعمل اجرایی نسخه (۰۲) و مصوبات آتی آن در هیئت وزیران نمود و از این طریق سعی کرد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه را که سیاست گذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین کند.

«از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه (۰۲) دستورالعمل اجرایی برنامه در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد. از ابتدای سال ۱۳۹۲ تغییراتی کلان در روند اجرا و دستورالعمل اجرایی برنامه به وجود آمده و متعاقب آن نسخه اجرایی (۰۲ - ۱۳۹۲) با نظر مستقیم وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وقت تدوین شد و اجرای برنامه در ۸ استان دیگر کشور در دستور کار ستاد اجرایی کشوری برنامه قرار گرفت

که استانهای مذکور عبارت‌اند از: خوزستان، خراسان جنوبی، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، قزوین، یزد، اردبیل و سیستان و بلوچستان» (دماری، وثوق مقدم، رستمی گوران و کبیر، ۱۳۹۵).

گزارشهای ارسال‌شده از سوی استانهای منتخب حاکی از آن بود که به‌جز فعالیتهایی که متعاقب جلسات اردیبهشت‌ماه ۹۱ در استانها شروع و پیگیری شده بود، فعالیتهای اندکی نیز در این دوره انجام شد که به دلیل فرورفتن آینده برنامه در حاله‌ای از ابهام، ادامه روند استقرار برنامه در آنها، با سرعت بسیار پایینی پیگیری می‌شد.

در حال حاضر و بر اساس اظهارات معاون بهداشتی وزارت متبوع مقرر شده است که در یک شهرستان از هر یک از استانهای منتخب برنامه با سرعت کمتری استقرار یافته و در حین کار مشکلات آن رفع گردد که البته دستورالعمل اجرایی در این شهرستانها و همچنین نظر وزارت رفاه در این خصوص هنوز روشن نشده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).

نتایج حاصل از اجرای پزشک خانواده برحسب مطالعه ملی بیمه سلامت ایرانیان و

گزارشهای وزارت بهداشت

در سال ۱۳۸۹ به سفارش و تحت نظارت سازمان خدمات درمانی، مطالعه‌ای ملی به بررسی رضایت‌مندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده پرداختند. مطالعه این گزارش درنهایت نشان‌دهنده این نکته مهم است که گیرندگان خدمات از رضایت‌مندی بالایی برخوردارند ولی ارائه‌دهندگان خدمات از رضایت بالایی برخوردار نبوده و همین امر ادامه طرح را با مشکل مواجه

می‌کند. از این رو تداوم مطابق نبودن رضایت ارائه‌دهندگان خدمات و گیرندگان خدمات، می‌تواند مانعی برای ارائه خدمات، کیفیت پایین خدمات و در نهایت افت رضایت گیرندگان خدمات شود (مفتون و همکاران، ۱۳۸۹).

همان‌گونه که بیان شد، در استان فارس، از بهمن‌ماه سال ۱۳۹۰ گام‌های اجرایی استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع برداشته شده است. اجرای برنامه با وجود چالش‌هایی که داشته، در سه سطح ساختار اجرایی، گیرندگان خدمت و ارائه‌دهندگان خدمت دستاوردهایی را به ارمغان آورده است. طبق این بررسی که از سوی وزارت بهداشت و درمان صورت گرفته، برنامه در سه زمینه تولید (مرتبط با حیطه‌های قوانین، هماهنگی بین بخشی، پایش و مشارکت ذینفعان)، تأمین مالی (در حیطه‌های بسته خدمات، تعرفه، سازوکار پرداخت) و ارائه خدمات از وضعیت مطلوب برخوردار بوده و در زمینه تدارک منابع (انسانی، فیزیکی، مالی) از موقعیت متوسطی برخوردار بوده ولی نکته جالب توجه این است که در ارتباط با اهداف برنامه در حیطه‌های عدالت، کارایی، اثربخشی، حفاظت مالی و پیامدها از وضعیت نامعلوم و در دو زمینه پاسخ‌گویی و رضایت‌مندی از وضعیت نامطلوبی برخوردار است (جوادی کبیر و همکاران، ۱۳۹۲).

برآورد کلی اجرای برنامه در استان حاکی از آن است که استقرار برنامه و قوانین مربوط به آن در سطح ارائه خدمت به حد قابل قبولی رسیده است و در حال حاضر ارتباط مؤثر و کارآمدی میان پزشکان عمومی استان و تیم اجرایی برنامه برقرار شده است. استقرار برنامه در سطح دو و سه سرپایی نیز گرچه هنوز با مشکلات متعددی مواجه است ولی اقدامات بسیار مؤثری در این زمینه انجام شده و در حال حاضر مردم استان می‌توانند با محدودیتهایی که بخشی ناشی از ماهیت ذاتی نظام ارجاع است و بخشی به نحوه اجرای برنامه در استان فارس

مربوط می‌شود، در قالب نظام ارجاع از خدمات سطح دو و سه سرپایی بهره‌مند شوند. با این حال، استقرار نظام ارجاع در سطح خدمات بستری با توفیق قابل قبولی مواجه نبوده است و امکان استقرار برنامه در این سطح مقدور نشده است (جوادی کبیر و همکاران، ۱۳۹۲).

در استان مازندران نیز، با توجه به اظهارات اعضای هیئت‌رئیس دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دانشکده علوم پزشکی بابل، از نیمه دوم سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع آغاز شد که به دلیل فراهم نبودن بستر کار، با چالش‌های متعددی روبه‌رو بود و محدود به اجرا در سطح یک شد (جوادی کبیر و همکاران، ۱۳۹۲).

چالشها و موانع اجرای برنامه پزشکی خانواده

در پی مطالعه چالش‌های اجرای پزشکی خانواده در نظام سلامت بر مبنای مؤلفه‌های مطرح شده برحسب متغیر زمینه‌ای، جمع‌آوری و گردآوری داده‌های مربوط و تحلیل اطلاعات گردآوری‌شده، به‌طور کلی چالشها تحت عنوان ۴ مقوله اصلی شناسایی شد. به دلیل رعایت اخلاق پژوهشی و تأکید مصاحبه‌شونده‌ها بر عدم ذکر هویت و نام آنها، از کدی که بر هر یک از مصاحبه‌شوندگان محترم اختصاص داده شده به‌جای ذکر نام آنها استفاده شده است.

۱. قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی از جمله مواردی که پزشکی خانواده به دلیل ماهیت فرایندی و زمان‌بری خود به‌شدت تحت تأثیر آن قرار گرفت و از قبل آن آسیب‌پذیر شد، «قائم به فرد بودن برنامه‌ها»، «تغییر و تحولات دولت و به‌تبع آن تغییرات مدیران» و

«اتلاف زمان حاصل از این تغییرات» است. ذکر این نکته ضروری است که با وجود تفکیک عناوین فوق در ذیل، محتوای آنها بسیار به هم نزدیک بوده و گاه ارتباط معنادار مابین آنها به گونه‌ای است که می‌توان گفت که برنامه‌ها به دلیل ویژگی قائم به فرد بودنشان تحت تأثیر تغییرات دولت و مدیریت قرار گرفته و اتلاف زمان به‌عنوان یکی از نتایج و توابع آنها محسوب می‌شود.

۱-۱ قائم به فرد بودن برنامه‌ها، خودمحوری به‌جای تجربه‌محوری

قائم به فرد بودن برنامه و خودمحوری به‌جای تجربه‌محوری یکی از مواردی است که تداوم و پایداری پزشکی خانواده را به شدت آسیب‌پذیر کرد، «یک چالش دیگر در ایران این است که طرحها قائم به افراد است و با عوض شدن افراد، وضعیت آنها متفاوت می‌شود» (۴) به‌گونه‌ای که با رفتن افراد، آن برنامه هم به نقطه صفر می‌رسد: «کشور ما به دلیل اینکه یک رئیس‌جمهور می‌آید و آن رئیس‌جمهور می‌رود، این وزیر می‌آید و آن وزیر می‌رود همه چی Reset می‌شه و بر می‌گردد به نقطه صفر. به همین خاطر حتی مقاومتی وجود ندارد. هر کسی میاد به طرحی از خودش در میاره و بالاخره به کاری می‌کنه و به همین دلیل تو دنیا بالاخره چون حزب بیشتر نقش دارد تا شخص، یک برنامه‌ای را که یک حزب پیش می‌گیرد، خوب پیش می‌رود دیگه، یا حتی بعضی از برنامه‌ها هست که وقتی می‌خوان اجرا کنند حزب رقیب هم دعوت می‌کنند تا اون هم پاشو امضاء کنه که اگه دوره بعدی رئیس‌جمهور از حزب رقیب شد باز هم برنامه رو اجرا کنند...» (۳) این امر گاه به قدری مورد نقد واقع می‌شد که یکی از مجریان ارشد وزارت بهداشت با بیان آیه‌ای از قرآن کریم، این امر را به‌عنوان یک دور باطل و مصداقی از بی‌عقلی کامل بیان می‌کرد.

از سویی دیگر نوع رویکرد مدیران و مجریان ارشد برنامه را به عنوان چالش عمده دیگر بیان می‌کند، چراکه مبتنی بر رویکرد سلیقه‌ای و بر اساس تجربه شخصی و با بی‌توجهی به اقدامات گذشته و تجربیات جهانی در زمینه پزشکی خانواده بوده است. «نه متأسفانه آموزش ما با زمین خوردنمان شکل می‌گیرد، ما راهی رو می‌رویم که دیگران رفتند و خوردند زمین. ما باز همون راه را می‌رویم و هرچه قدر هم که می‌گوییم گوش نمی‌دهند که بشنود و چشمی نیست که ببیند. باید زمین بخوریم و بلند شویم، تازه اگر تجربه بگیریم. تازه گاه زمین می‌خوریم ولی باز همون راه را می‌رویم و دوباره زمین می‌خوریم... سؤالهایی که اون زمان آنها در مورد پزشک خانواده مطرح می‌کردند توی جلسه، سؤالهایی بود که ما ۲۰ سال پیش از خودمون می‌کردیم و این مسیر رو طی کرده بودیم...» (۱) «خیلی هم دوست نداریم از تجربیات دیگران استفاده کنیم. اینکه دائم می‌گیریم تجربیات دیگران مال خودشون هست...» (۱۶)

۱-۲ تأثیر تغییر دولت و مدیریت بر برنامه ملی

تغییر دولت و مدیریت گرچه به ذات خود نمی‌تواند به عنوان عامل مستقلی مطرح شود، ولی به دلایلی چون قائم به فرد بودن برنامه‌ها و عدم تعهد مدیران ارشد نسبت به اجرای برنامه‌های سابق، بستر و زمینه‌های آسیب‌پذیری پزشک خانواده را مهیا ساخت.

اما قبل از بیان تأثیرات تغییر دولت و مدیریت بر اجرای پزشک خانواده، ذکر این نکته ضروری است که برخی مصاحبه‌شوندگان با اشاره به ثبات مدیریت در حوزه بهداشت و درمان کشورهایی همچون ترکیه و آمریکا یکی از ریشه‌های آسیب اجرای برنامه پزشک خانواده را در بی‌ثباتی حوزه مدیریت و

کوتاهی دوره‌های مدیریتی می‌دانستند «ببینید ثبات مدیریت یکی از چیزهای مهم است که در کشور ما ثبات مدیریت در بخش بهداشت و درمان کم است. ما معمولاً وزیرانمون بیشتر از ۴ سال نمی‌مانند. حالا بالاخره بعضی از دوره‌هامون کمتر. ولی خیلی جاها این ثبات مدیریت خیلی جدی است مثلاً همین ترکیه که همسایه ماست تقریباً ۱۱ سال است که یک نفر وزیر بهداشتش بوده است. خوب این ثبات مدیریت برنامه رو به اجرایی می‌رسوند دیگه، اما ما این رو نداریم...» (۵). از این رو ضرورت توجه به این امر و آسیبهای ناشی از آن از جمله اتلاف سرمایه‌های انسانی و اقتصادی کشور در نتیجه عواملی چون کنار نهاده شدن بسیاری از مدیران باتجربه سابق و بی‌اعتمادی پرووایدرها بر حوزه مدیریت و سیاست‌گذاری حاصل از بی‌ثباتیهای عرصه سیاست‌گذاری و مدیریتی را متذکر می‌شوند. «خوب حوزه ارائه‌دهندگان خدمت هم دغدغه‌هاشون ناپایداری تصمیم‌گیرندگان دولتی، تغییر و تحولی که در حوزه سیاست‌گذاری دولت رخ می‌داد، مدیران عوض می‌شدند، و تند و تند نظرات ممکن بود تغییر بکند. . . . یکهو تغییر وزیر رخ داد و وزیر بعدی هم اومدند. . . و تا پزشک خانواده پوست‌اندازی کند، مجدداً دولت تغییر کرد و وزیر بعدی اومد و به‌نظر من اینها خیلی به طرح صدمه زد و همین باعث شد یه گپی افتاد و باعث شد که پرووایدرها دور شدند» (۱۱).

در ادامه طبق یافته‌های پژوهش، اشاره مختصری بر تأثیرات تغییر دولت و مدیریت بر پزشک خانواده شده است.

پزشک خانواده در مواجهه با دولت نهم: در ارتباط با رویکرد دولت نهم در مواجهه با پزشک خانواده بیشتر مصاحبه‌شوندگان بر این باورند که برنامه پزشک خانواده در ابتدای امر مورد قبول و پذیرش وزیر بهداشت نبوده ولی بعد از

گذشت چند ماه مورد توجه قرار گرفته، البته مصاحبه‌شوندگان، بازه‌های زمانی متفاوتی در پذیرش پزشک خانواده از سوی وزیر بهداشت بیان کرده‌اند. «دولت نهم که اومده بود سرکار، وزیر بهداشت وقت باور نداشت که پزشک خانواده به‌عنوان یک استراتژی اصلی حوزه سلامت باید مورد توجه قرار بگیرد ... چند ماهی طول کشید که با ارائه شواهد و مستندات بپذیرند که جدای از بحث برند و دولت و سیاست و مسائل مختلف این کار به‌عنوان یکی از کارهای کلیدی در استراتژیهای اصلی نظام سلامت در تمام کشورها برای برون‌رفت از مشکلات جاری نظام‌های سلامت مورد توجه قرار بگیرد» (۶).

پزشک خانواده تحت تأثیر تغییرات مدیریتی در دولت دهم: در دولت دهم بر نقش کلیدی و حمایتی وزیر بهداشت دولت دهم نسبت به پزشک خانواده تأکید بسیار می‌شد به‌گونه‌ای که بیشتر مصاحبه‌شوندگان برکناری ناگهانی وزیر بهداشت دولت دهم از سوی رئیس‌جمهور را به‌عنوان بزرگ‌ترین ضربه به برنامه پزشک خانواده بیان می‌کردند (رئیس‌جمهور دولت دهم هم ضربه‌ای زد که این کار و نداشت، یعنی برداشتن وزیر بهداشت دولت دهم در ۱۰ ماه آخر دولت به کار ضربه زد) (۵)، چراکه هرچند وزیر بعد ایشان نیز به شدت معتقد به پزشک خانواده بوده است، اما آنچه مسئله‌ساز بوده، توجه به این نکته است که وزیر بعد ایشان معتقد به مدل اجرایی دیگری از پزشک خانواده بوده که همان نیز با وجود اقداماتی در این زمینه، به دلیل کوتاهی عمر مدیریتی به مرحله اجرا نرسید «در پایان دولت دهم که وزیر عوض شد، ایشون گفت که دستورالعمل (۰۲) رو بگذارید کنار، و دستورالعملی رو که من میگم را بنویسید. که تبدیل شد به ۷ یا ۸ صفحه کاغذ. و گفتند بر اساس این ... عملاً برحسب اون ۷ یا ۸ صفحه کاری نمی‌شد کرد و وقت گذشت» (۱۳).

با این وجود یکی از مقامهای ارشد سازمان بیمه سلامت ایرانیان (۱۹) نیز اعتقاد بر پررنگ شدن کاذب نقش وزیر بهداشت دولت دهم و اجرای برنامه پزشکی خانواده در زمان ایشان دارد.

پزشک خانواده خارج از اولویت دولت یازدهم: در ارتباط با دولت یازدهم، برخی از مصاحبه‌شوندگان با قطعیت، خارج از اولویت بودن پزشک خانواده را بیان می‌کنند و با تأکید بر شعارگونه بودن حمایت و اولویت پزشک خانواده در دولت جدید بدون هیچ‌گونه اقدام اجرایی، بیان می‌دارند که با تغییر دولت، اجرای پزشک خانواده تنها محدود به دو استان فارس و مازندران شده است و در این زمینه تا حدی پیش می‌روند که عدم اراده وزیر بهداشت را به‌عنوان بزرگ‌ترین تضاد اجرای پزشک خانواده معرفی می‌کنند «آقای دکتر روز اول اومد، دانسته یا ندانسته، آگاهانه یا ناآگاهانه روی آن [پزشک خانواده] خط گنده کشید، بنابراین اساساً وزارت بهداشت را برای این قضیه [حامی] نمی‌بینم ... الآن تعارض گنده خود شخص وزیر است» (۱۵) «الآن هم که به‌طور کلی پاک شده از صفحه مدیریت وزارت بهداشت» (۲).

در مقابل مصاحبه‌شوندگان بالا، برخی قرار دارند که اعتقاد وزیر جدید و پیگیریها و رویکرد اصلاحی ایشان نسبت به پزشک خانواده را بیان می‌دارند. «دولت هنوز هم دارد روی برنامه پزشک خانواده کار می‌کند و اصلاحاتی رو دارد روی آن انجام می‌دهد. اما ریزش رو هنوز خبر ندارم» (۱۲).

یکی دیگر از عواملی که خود نشان از به حاشیه رفتن برنامه پزشک خانواده در دولت یازدهم است اولویت و ارجحیت یافتن طرح تحول سلامت نسبت به پزشک خانواده است که برخی از مصاحبه‌شوندگان آن را از جهات بسیاری از جمله ماهیت تهدید آمیزش به دلیل مرکزیت بیمارستان در آن در برابر مرکزیت

سطح اول در پزشک خانواده، مبتنی بودن آن بر نابرابری و رواج بی‌عدالتی در بدنه وزارت بهداشت در برابر عدالت‌محوری پزشک خانواده، قابلیت تبدیلیش به‌عنوان آنومی در جهت رواج هرج‌ومرج و ناهنجاریهای اجتماعی در برابر سازمان‌دهی و نظم‌دهی پزشک خانواده، اتلاف بسیاری از هزینه‌های نظام سلامت در برابر هزینه اثربخش بودن پزشک خانواده، جزئی و پروژه‌ای بودن در برابر جامعیت، کلان و فرایندی بودن برنامه پزشک خانواده، و درنهایت از جهت اولویت و اهمیت یافتن متخصصان و نادیده انگاشتن پزشکان عمومی و نظام سطح‌بندی و ارجاع در تضاد و تقابل با ماهیت طرح پزشک خانواده می‌دانند.

۳-۱ اتلاف و گپ زمانی

اتلاف و گپ زمانی به این معنا دلالت دارد که در طی تغییر و تحولات مدیران در هر دوره جدید، چند ماهی طول می‌کشد که پزشک خانواده مورد پذیرش و مقبول مسئولین جدید واقع شود و خود همین گپ زمانی به دلیل بی‌ثباتی شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشورمان به پزشک خانواده آسیب می‌زند. «... بعد هم وزیر بهداشت دولت نهم و اینها آمدند، اینا تا بیانند متوجه بشوند دو سال طول کشید. . . . کلی زمان را از دست دادیم. ما تو کشور جهان سوم چرا نمی‌توانیم برنامه‌ریزی استراتژیک بکنیم؟ برای اینکه محیط نوسان دارد ... انقدر وقایع ناپایدار است به همین دلیل سرعت خیلی مهم است برای ما» (۷).

۲ چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده

از آنجایی که برنامه پزشک خانواده یک برنامه فرابخشی و ملی است، نه

درون‌بخشی، در بُعد کلان دولت به‌عنوان مجری برنامه است. ازاین‌رو «در مدل برنامه پزشکی خانواده، رئیس‌جمهور را به‌عنوان رئیس ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده تعیین کرده‌اند و در همه جای دنیا که پزشک خانواده موفق بوده است بالاترین مقام اجرایی کشور، رئیس‌جمهور یا نخست‌وزیر، مسئول اجرای برنامه بوده است و یا اینکه وزیر بهداشت به قائم‌مقامی شخص اول مملکت اختیارات تام داشته است» (مدیر ارشد اجرایی پزشکی خانواده) ازاین‌رو نحوه حمایت رئیس‌جمهور به‌عنوان رئیس ستاد ملی در موفقیت یا شکست برنامه پزشکی خانواده از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، در این راستا، ذکر این نکته ضروری است که اوج مطرح شدن و گسترده‌گی اقدامات برنامه پزشکی خانواده در دولت دهم (در معنای رئیس‌جمهور و هیئت وزیران) بوده است و بیشتر دولت دهم در این زمینه نقش‌آفرینی کرده است، در این قسمت فقط به بررسی نقش دولت دهم در پیشبرد یا ممانعت از اجرای پزشک خانواده پرداخته شده است.

۲-۱ تعهد دولت دهم در حمایت از پزشک خانواده یا رویکرد ابزاری؟

آنچه در این بخش اهمیت می‌یابد رویکرد دولت بر برنامه پزشکی خانواده است، اینکه آیا دولت حامی و پشتوانه برنامه بوده است؟ یا اینکه رویکرد ابزاری بر برنامه در جهت منافع خود داشته است؟ در این زمینه بیشتر مصاحبه‌شوندگان بر رویکرد دوگانه و تظاهر و نماسازی دولت در حمایت از پزشک خانواده از نظر حمایت در قول و کوتاهی در عمل دولت معتقدند و برکناری ناگهانی وزیر بهداشت و عدم تخصیص منابع مالی را به‌عنوان مصداق‌هایی در جهت صدق ادعای خود بیان می‌دارند. «حمایت دولت سابق [دهم] دقیقاً ظاهری بود. سریع می‌خواستند که روبان پاره کنند و بگویند که افتتاح کردیم، باز شد، تموم شد،

ما اصلاً گسترش دادیم ... این خنجری که از پشت به آقای ... [یکی از مجریان ارشد پزشک خانواده در دولت دهم] زدند، بنده خدا آبروش رو گذاشت وسط. خنجری که بهش زدند اصلاً قابل بخشش نیست. یعنی تو روت می‌گفتند ما حامی تو هستیم و در جلسات بهش می‌گفتند آقا تو با شدت و با سرعت برو جلو و خُب اعتبارات می‌خواست که یک ریال ندادند ... دولت سابق فقط ظاهرسازی بود» (۱۵). «دولت سابق هم فقط شعار می‌داد و می‌گفت ما متعهد هستیم» (۹)

در مقابل اقلیتی نیز، رئیس‌جمهور دولت دهم را تنها رئیس‌جمهوری می‌دانند که قادر به فهم اهمیت و جایگاه پزشک خانواده بوده است و چالش‌های موجود در برابر اجرای پزشک خانواده را ریشه در ساختارهای موجود در کشور می‌داند. «بینید آقای ... [رئیس‌جمهور دولت دهم] که من باهاشون قبل از شروع دولت نهم، یک جلسه طولانی داشتم به اعتقاد من تنها مسئولی بود که پزشک خانواده را فهمید ... یعنی روز اولی که ایشون مسئولیت کشور را به عهده گرفت، من بودم که، آقای وزیر بهداشت و آقای وزیر دفاع را خواست و گفت که اولویت من در ایران اجرای پزشک خانواده است. شما همه هم‌وغم خودتان را بگذارید روی اجرای این و بالاخره ساختار رو ما به جوری درست کردیم که کار انجام نشد دیگه ... اینکه اعتبار دادیم یا ندادیم، رئیس‌جمهور که به ریز اعتبارات کاری ندارد. بالاخره این اعتبارات را کارشناسها توی برنامه‌های سالیانه بودجه و یا توی برنامه‌های توسعه می‌بینند دیگه» (۲).

۲-۲ عدم تخصیص منابع مالی توسط دولت دهم.

عدم تأمین منابع مالی توسط رئیس‌جمهور و معاونت نظارت راهبردی

ریاست جمهوری با وجود تعهد رئیس‌جمهور بر تأمین اعتبار و مکلف کردن معاونت نظارت راهبردی بر تأمین آن، از جمله دیگر عواملی است که به‌عنوان آسیبهای اجرای پزشک خانواده مطرح می‌شود، به‌گونه‌ای که در این زمینه یکی از مقامهای ارشد وزارت بهداشت، عدم هماهنگی دولت با بیمه و وزارت بهداشت را به دلیل عدم اختصاص بودجه به‌عنوان اصلی‌ترین چالش دستورالعمل اجرایی پزشک خانواده و نظام ارجاع در قالب نسخه (۰۲) بیان می‌کند.

در این زمینه نکته قابل توجه، اختلاف نظر برخی مصاحبه‌شوندگان در ارتباط با دلیل عدم تأمین اعتبار از سوی دولت دهم است، گرچه برخی هیچ اشاره‌ای بر این نکته نمی‌کنند ولی برخی آن را به دلایلی چون، بدنه کارشناسی کشور، تحریمها و شرایط بحرانی کشور مرتبط می‌دانند و برخی نیز به دلایل شخصی رئیس‌جمهور اشاره می‌کنند. «ولی در چهارساله دوم دولت با بحرانهای اصلاً کار رو شروع کرد تا بیاید موضوع را جا بیندازد، یک مقداری طول کشید و ما مواجهه شدید با بحرانهای خیلی زیاد، تحریم خیلی زیاد، بی‌پولی دولت و مملکت» (۱۳).

۳-۲ فشار زمانی شروع عجلانۀ طرح

یکی دیگر از اقدامات دولت دهم که سبب آسیب برنامه پزشک خانواده شد، تأکید دولت بر اجرای دو ساله برنامه در سراسر کشور در مقابل نظر کارشناسان و تأکید برنامه‌های پنج ساله توسعه بر اجرای برنامه در بازه زمانی ۵ ساله بود، اصراری که سبب شروع عجلانۀ طرح بدون فراهم بودن بسیاری از زمینه‌ها و بسترهای لازم آن، همچون زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی، الکترونیکی و... و آسیب ناشی از آن شد. «پیشنهاد ما برای اجرای اولیه طرح ۵ ساله بود ولی نخب رئیس

دولت وقت اعلام کرد که این طرح دوساله انجام شود ... این سرعت زیاد هم به خورده به طرح صدمه زد. برای اینکه اون پیش‌نیازهاش کامل فراهم نشده بود ... سرعت ما در اول کار خیلی زیاد بود و به اصطلاح هنوز آماده نشده کار رو شروع کردیم» (۲۱).

نکته‌ای که باید بدان توجه داشت این است که برخی مصاحبه‌شوندگان بر این نکته اشاره می‌کنند که علت تأکید دولت بر اجرای دوساله طرح از این جهت بوده که دولت احتمال می‌داد بعد از تغییر دولت این کار تداوم پیدا نکند، درحالی‌که به‌نظر پژوهشگر با در نظر گرفتن باور برخی مصاحبه‌شوندگان بر عدم پایداری خود دولت بر اجرای تعهدات در زمان خود، که در دو بخش قبل بدان پرداخته شد، احتمال اینکه دلیل اصرار دولت بر اجرای دو ساله طرح، رویکرد ابزاری دولت نسبت به برنامه پزشک خانواده باشد، تقویت می‌شود.

۳- قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری

از جمله عامل دیگری که برخی مصاحبه‌شوندگان تأکید بر جایگاه و اصرار بر اهمیت مطرح شدن آن مابین چالش‌های موجود اجرای برنامه پزشک خانواده دارند، عدم اراده و تعهد مسئولین ارشد کشوری بر اجرای قانون و همچنین وجود ساختارهای عدول از قانون مابین مدیران ارشد کشوری است، که برنامه پزشک خانواده نیز خارج از این فضا نیست.

در این راستا، اهمیت اراده و تعهد مسئولین و مدیران ارشد کشوری در برنامه پزشک خانواده همچون سایر برنامه‌های نظام سلامت به قدری حیاتی و ضروری است که برخی از آن به‌عنوان قلب تپنده و هسته مرکزی برنامه یاد می‌کردند و معتقد بر این امر بودند که در زمان کنونی بسیاری از بسترهای اجرای پزشک

خانواده همچون بسترهای قانونی و... به نسبت قبل مهیاست و با استناد به عزم و اراده دولت جدید در اجرایی کردن طرح تحول سلامت و همچنین عدم اراده و انگیزه مدیران ارشد کنونی برای اجرای برنامه پزشکی خانواده بیان می‌کردند برنامه پزشکی خانواده هم در صورت عزم و تعهد مدیران ارشد کشوری قابلیت اجرایی دارد. «ببینید این حلقه ما [پزشک خانواده] ۴ تا بحث داشت، ساختار، برنامه، مدیریت، پول که تعهد سیاسی [هسته مرکزی، Core] قضیه است که مسئولین ارشد نظام ما باید بپذیرند که بر سر همان سفره‌ای بنشینند که برای مردمشان پهن می‌کنند، اگر این نگاه در مسئولین ارشد ما به وجود آمد، مملکت ما پزشکی خانواده یا هر چیز دیگری که می‌گویید درست خواهد شد ... اینها [مدیران ارشد وزارت بهداشت] اون انگیزه و اعتقاد را هم نداشتند. در نتیجه نمی‌تونستند به اون جایی برسند که ما می‌خواستیم و این مشکلی است که ما الان داریم و نمی‌دونم چه جوری باید حلش کنیم ... الان همه قوانین حتی سیاستهای کلی مقام معظم رهبری اعلام فرمودند. همشون مبنی بر سطح‌بندی و ارجاع و پیشگیری مقدم بر درمان، همش این حرفه‌است ولی در میدان عمل اینجوری نیست» (۱).

در این راستا، برخی مصاحبه‌شوندگان هر یک به نوعی اقدام دولت یازدهم در عدم اجرای برنامه پزشکی خانواده، اجرا نشدن قانون بیمه‌های همگانی در زمینه آموزش پزشکان بر مبنای نیازهای نقش و جایگاه پزشک خانواده از سال ۱۳۷۳ و عدم تجمیع بیمه‌ها بر اساس برنامه‌های پنج‌ساله را به‌عنوان مصداق‌هایی از عدم پایبندی مدیران بر اجرای قانون و وجود ساختارهای قانون‌گریزی عنوان می‌کردند، در صورتی‌که اجرای این قوانین می‌توانست بسیاری از بسترهای استقرار پزشکی خانواده را فراهم کند و نکته مهم‌تر دیگری که در این زمینه

متذکر آن می‌شوند، عدم نظارت و پیگیری مجلس بر اجرای برنامه پزشک خانواده و عدم بازخواست مدیران ارشد اجرایی برنامه به دلیل تخلف و قصور در اجرا و قانون‌گریزی‌هاست. «قانون برنامه پنجم توسعه گفته ولی ظاهراً دولت الان به این تصمیم نرسیده و بنا نیست که قانون اجرا بشود و کسی هم ایرادی ظاهراً نمی‌گیرد که چرا قانون اجرا نمی‌شود؟ که آقا قرار است در این کشور برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌عنوان بخشی از *Health Care System* جاری و ساری باشه» (۳).

۴- چالشهای فرهنگی

چالشهای فرهنگی از جمله موانع اجرایی دیگر پزشک خانواده است که مصاحبه‌شوندگان بر آن در ابعاد مختلف همچون شکل‌گیری رفتار و فرهنگ مسئولین و مردم در تعامل با دیگران بر مبنای بی‌عدالتی، فرهنگ سنتی مردم در مراجعه به پزشکان، مقاومت مردم در برابر تغییرات فرهنگی، درونی نشدن بسیاری از ارزشهای فرهنگی نزد مردم، نبود فرهنگ مشارکتی و کار تیمی به‌عنوان موانع اجرایی پزشک خانواده تأکید می‌کردند.

در این راستا، برخی از مصاحبه‌شوندگان، ضمن تأکید بر چالش فرهنگی به‌عنوان مهم‌ترین چالش موجود در برابر برنامه، ریشه‌های این چالش را در اضمحلال جایگاه پزشک عمومی توسط سیاست‌گذاران نظام سلامت دانسته و بیان می‌کردند که همین امر بنای بی‌اعتمادی مردم بر پزشکان عمومی و سبب رفتارسازی نادرست مابین آنها در مراجعه به پزشکان شده است. از این رو خاستگاه اجتماعی برنامه را لازمه اجرایی شدن برنامه دانسته و معتقد بر این امر بودند که آن نیز جز به‌وسیله توانمندسازی مردم از طریق آگاهی‌بخشی

آنان توسط مسئولین اجرایی برنامه حاصل نمی‌شود. هم‌زمان مصاحبه‌شوندگان دیگری نیز، نه تنها ریشه چالش فرهنگی برنامه را در فرهنگ سنتی مردم در مراجعه به پزشکان بیان می‌دارند، بلکه علاوه بر فرهنگ سنتی، بر نبود فرهنگ مشارکتی و فرهنگ اجرای کار به صورت تیمی که لازمه اجرایی شدن پزشک خانواده است، تأکید می‌کردند. «مشکل دیگر هم، مشکل فرهنگی مردم است ... ما دو تا فرهنگ‌سازی باید می‌کردیم اولاً برای مردمی که شما هر جا و همین‌طوری مراجعه نکنید ... باید مردم را قانع می‌کردیم که این برای شما مفید نیست که هر جا می‌خواهید بروید. که این فرهنگ‌سازی می‌خواست ... من فکر می‌کنم که کشور ما این مشکل رو دارد که یک نفر حرف بزند و مردم هم گوش بکنند. من همچنین برداشتی از کشور خودمون دارم یعنی ما خیلی اهل مذاکره و تفاهم نیستیم ... و این مذاکره و تفاهم در کشور ما خیلی سخت اتفاق می‌افتد» (۱۱).

در این زمینه، یکی از مقام‌های ارشد وزارت بهداشت (۱)، فرهنگ و نگرش نابرابرانه مردم و مسئولین در تعامل با یکدیگر را از این جهت که منجر به قائل شدن حقوق و امتیازات ویژه برای خود در مقایسه با دیگران می‌شود به‌عنوان عامل و مانعی در برابر اجرایی شدن پزشک خانواده تأکید می‌کرد، چراکه وجود نگرش و فرهنگ عدالت‌محور و عدالت‌پرور لازمه اجرایی شدن پزشک خانواده است. این مصاحبه‌شونده در نهایت ریشه‌های شکل‌گیری فرهنگ و نگرش نابرابرانه را در کژکارکردی نظام آموزش و تربیت می‌داند.

بحث و نتیجه‌گیری

بر مبنای مواد قانونی موجود، برنامه پزشک خانواده تاکنون می‌بایست در سرتاسر ایران اجرا می‌شد ولی آنچه در عمل به وقوع پیوست، محدود شدن اجرای آن به روستاها و برخی از شهرها و استانهایی چون مازندران و فارس بود. درحالی‌که همان‌طور که گزارش خود بدنه وزارت بهداشت و درمان نمایان می‌سازد، در این دو استان نیز، اجرا و استقرار برنامه تنها در سطح یک به حد قابل قبولی رسیده و در سطح دو و سطح سه با موفقیت همراه نبوده است. در این زمینه ذکر این نکته ضروری است که بیشتر مصاحبه‌شوندگان ضمن نقد محدود شدن اجرای برنامه به این دو استان، معتقد بودند که در این دو استان نیز، برنامه به سبکهای بسیار متفاوتی اجرا شده، به‌گونه‌ای که گاه از آن به‌عنوان انحراف از مسیر اصلی پزشک خانواده یاد می‌کردند و برخی از مصاحبه‌شوندگان به دلیل این انحراف در زمینه اجرا تا حدی پیش می‌رفتند که منکر وجود خارجی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران می‌شدند.

در راستای چالشها و موانع اجرای پزشک خانواده مطابق مدل مارمانیان و ساباتیر چالشها و موانع اجرایی برحسب سه متغیر مطرح در این مدل مطابق جدول ۳ حاصل شدند. بر مبنای موضوع مقاله حاضر و از نظر بسترهای زمینه‌ای، نتایج پژوهش نشان داد که قائم به فرد بودن برنامه و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی از جمله چالشهایی است که زمینه‌های عدم تعهد مدیران نسبت به اقدامات سابق اجرایی پزشک خانواده و درنهایت نادیده انگاشتن تمام تجربیات و تلاشهای حاصل از آن را مهیا می‌ساخت، چالشی که گاه از آن به‌عنوان تسلسل و دور باطلی یاد شد که پزشک خانواده در بطن آن قرار گرفته و علاوه بر آسیب‌پذیری پزشک خانواده از این بُعد، منجر به اتلاف سرمایه‌های کلان اقتصادی و انسانی نظام سلامت می‌شد. علاوه بر این، بی‌ثباتی عرصه

سیاست‌گذاری که حاصل تغییرات مدیریتی است، نه تنها منجر به بی‌اعتمادی ارائه‌کنندگان خدمات نسبت به پایداری سیاستهای اتخاذ شده می‌شود، بلکه هم‌زمان منجر به اتلاف و نادیده انگاشتن زمان به‌عنوان کلیدی‌ترین عامل شد. چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده از جمله دیگر متغیرهای زمینه‌ای است که ریشه در شرایط سیاسی و اقتصادی حاکم بر دولت دهم دارد. چراکه بیشتر مصاحبه‌شوندگان اعتقاد بر رویکرد ابزاری، تظاهر و خودنمایی دولت در حمایت از پزشک خانواده، به‌عنوان برنامه‌ای عدالت‌محور، در جهت منافع سیاسی خود داشت که در نهایت منجر به عدم پایداری دولت در اجرای تعهد خود نسبت به تأمین منابع مالی با وجود توان مالی دولت شد. در مقابل عده‌ای نیز عدم تأمین منابع مالی برنامه از سوی دولت دهم را به دلیل مواجهه دولت با بحرانهایی چون تحریمها و شرایط نامساعد اقتصادی می‌دانند. و علاوه بر آن عده‌ای نیز آسیب‌پذیری برنامه را به دلیل بی‌ثباتی شرایط سیاسی کشور ناشی از بی‌تدبیری رئیس دولت دهم می‌دانند.

قانون‌گریزی، عدم تعهد و اراده سیاسی مسئولین ارشد کشوری بر اجرای قانون و تقدم اولویتهای ذهنی آنها بر چارچوبهای قانونی، از جمله چالشهایی است که در این زمینه می‌توان مصادیق متعددی برای آن یافت. شاید آخرین مصداق مهم آن به حاشیه رفتن اجرای پزشک خانواده در وزارت بهداشت دولت یازدهم با وجود تکلیف قانونی بر اجرای آن باشد.

چالشهای فرهنگی همان‌گونه که از عنوان آن پیداست، ریشه در شرایط و بسترهای فرهنگی موجود در جامعه داشته، و عواملی همچون شکل‌گیری فرهنگ نادرست مردم در مراجعه به پزشکان، مقاومت مردم در برابر تغییرات فرهنگی حاصل از پزشک خانواده، درونی نشدن بسیاری از ارزشهای فرهنگی به‌عنوان بنای

رفتار عدالت‌محور نزد مردم و مسئولین، نبود فرهنگ مشارکتی و فرهنگ انجام کار تیمی نزد مسئولین را شامل می‌شود.

بنابراین اجرای درست هر سیاستی به‌عنوان محور مرکزی، درگرو کارکردهای صحیح هر سه متغیر مطرح شده است به‌گونه‌ای که اختلال در هر چرخه‌ای، سبب اختلال در کارکرد سایر بخشها می‌شود.

بر مبنای جدول ۳ و موضوع مقاله، مطالعه چالشها در بستر متغیرهای زمینه‌ای نمایان ساخت که بسیاری از زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی که لازمه اجرای برنامه بودند، مهیا نبوده‌اند؛ زمینه‌هایی که نقش کلیدی در موفقیت و شکست هر برنامه‌ای داشته و در عرصه سیاست‌گذاری باید به آنها توجه شود. با توجه به اینکه متغیرهای ماهیتی مربوط به مشکلات و موانع ناشی از سیاست می‌شود که در طول فرایند سیاست‌گذاری با آن مواجه هستیم، ماهیت چالش‌برانگیز پزشک خانواده با کمی تسامح و تساهل تحت عنوان هرمنوتیک پزشک خانواده در این قسم قرار گرفت، چراکه به‌زعم مصاحبه‌شوندگان، تضاد گفتمان و نبود ادبیات مشترک میان سیاست‌گذاران و مجریان ارشد برنامه نسبت به مفهوم پزشک خانواده، یکی از عمده‌ترین موانع در پیشبرد و تداوم پزشک خانواده چه در مرحله طراحی و چه در مرحله اجرای آن بود. در این زمینه پژوهش‌های ایری در زمینه پزشک خانواده با رویکرد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بیشتر حول محور متغیرهای ماهیتی صورت گرفته است که نشان از جایگاه و اهمیت آنها میان چالشهای پزشک خانواده است.

متغیرهای ساختاری که بر فرایند اجرای سیاستهای تعیین‌شده اثر می‌گذارند شامل چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت، پزشکی کردن مدیریت، تضاد منافع، روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمانهای دخیل در برنامه پزشک

خانواده است. (شیانی و همکاران، ۲۶۶).

در نهایت می‌توان گفت که کژکارکردی متغیرهای زمینه‌ای، ماهیتی و ساختاری اجرای پزشک خانواده را به شدت تحت تأثیر قرار داده است.

جدول ۳: صورت‌بندی چالشها بر اساس متغیرهای مطرح شده توسط مازمانیان و ساباتیرو

چالش	متغیر
چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت. پزشکی کردن مدیریت. تضاد منافع. روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمانهای دخیل در برنامه پزشک خانواده.	ساختاری
قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی. چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده. قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری. چالش فرهنگی.	زمینه‌ای
هرمنوتیک پزشک خانواده.	ماهیتی

- امیدى، ر. (۱۳۹۱). *تحليل برنامه‌های عمران و توسعه ایران از منظر مؤلفه‌های برنامه‌ریزی اجتماعى*. برنامه‌ریزی و بودجه، ۴، ۹۷-۱۱۴.
- ایری، م. (۱۳۹۰). *بررسی چالشها در طراحی و اجرای برنامه پزشکی خانواده در شهرها* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده). دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.
- جمشید بیگی، ع. و همکاران (۱۳۸۶). *گزارش عملکرد اجرایی برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۵ و شش ماهه اول ۱۳۸۶*. تهران: آرویح.
- جنتی، ع. و همکاران (۱۳۸۸). *ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح پزشکی خانواده*. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۴(۴)، ۳۸-۴۳.
- حسن‌زاده، ع. و همکاران (۱۳۸۷). *طراحی نظام ارجاع و پزشکی خانواده*. تهران: مؤسسه فرهنگی هنری آهنگ آتیه.
- دهقانی شورکی، ص. ع. (۱۳۸۹). *رابطه مستندسازی فعالیتهای بیمه روستایی با طرح پزشکی خانواده در استان یزد* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران.
- دماری، ب.، وثوق مقدم، ع.، رستمی گوران، ن. و کبیر، م. ج. (۱۳۹۵). *ارزیابی برنامه پزشکی خانواده شهری و نظام ارجاع در استانهای فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالشها و راه حلها*. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۴(۲)، ۱۷-۳۸.
- رهبری، م. و همکاران (۱۳۹۰). *نگاهی بر نحوه تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشکی خانواده*. تهران: مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی.
- شریعتی، م. و همکاران، *پزشک خانواده در نقشه نظام سلامت ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران*. تهران: مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.
- اداره کل تدوین و تنقیح قوانین و مقررات (۱۳۸۳). *مجموعه قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*. معاونت پژوهش، تدوین و تنقیح قوانین و مقررات.
- کبیر، م. ج. و همکاران (۱۳۹۲). *گزارش بازدید از نحوه اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری استان فارس و مازندران*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

- مشیری، اسماعیل و همکاران (۱۳۹۱). مصلحت اندیشی و تقارن در شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده و بیمه همگانی سلامت روستاییان در ایران. *مجله حکیم*، ۴، ۲۸۸-۲۹۹.
- شیانی، ملیحه و همکاران (۱۳۹۵). مطالعه چالشهای اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران. *مجله حکیم*، ۴، ۲۶۴-۲۷۴.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۱). *آنچه باید در مورد پزشک خانواده بدانیم*. تهران: مرکز مدیریت شبکه.
- مفتون، ف. و همکاران (۱۳۸۹). *رضایت مندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده*. تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی.
- منظم، ک. و همکاران (۱۳۹۱). *نگاهی بر قانون‌گذاری بخش سلامت در هشت دوره مجلس شورای اسلامی*. تهران: مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی.
- نائلی، ج. و مقیمی، د. (۱۳۸۶). *سند سیاست ارتقاء مراقبتهای اولیه سلامت*. تهران: دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت.