مصلحت‌اندیشی و تقارن در شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده و بیمه همگانی سلامت روستاییان در ایران

اسماعیل مشیری[۱و۲]، امیرحسین تکیان[۳و۴و۵*]، آرش رشیدیان[۱و۶]، محمدجواد کبیر[۷]

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سمنان ۳- دانشکده علوم سلامت، دانشگاه برونل لندن، انگلستان ۴- گروه سیاست‌گذاری و عملکرد، دانشکده داروسازی، دانشگاه کالج لندن (UCL)، انگلستان ۵ - فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۶- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۷- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

* نویسنده مسؤول: دانشکده علوم سلامت، دانشگاه برونل لندن، انگلستان تلفن: تلفن: ۰۰۴۴(۰)۱۸۹۵۲۶۸۷۹۶

پست الکترونیک: Amir.Takian@Brunel.ac.uk

دریافت: ۹۱/۴/۲۰ پذیرش: ۹۱/۹/۱۶

این مقاله ترجمه و تکمیل مقاله‌ای است که پیشتر در مجله Health Policy and Planning به چاپ رسیده است.

چکیده

مقدمه: *گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت با تحلیل شواهد موجود طی چندین دهه، گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به منظور پیشبرد سلامت شهروندان، عدالت بیشتر و هزینه‌های کمتر توصیه نمود. الگوی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران، در مجموع یکی از بهترین شاخص‌های سلامت جمعیت در منطقه را در سه دهه اخیر به ارمغان آورده است. به رغم وجود شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه گسترده در مناطق روستایی، مراقبت‌های سرپایی و استفاده شهروندان از بخش خصوصی و خدمات بیمارستانی در سال‌های اخیر رو به گسترش بوده است. این الگو برای برآورده کردن نیازهای بهداشتی درمانی رو به رشد جمعیت، و هزینه‌های روزافزون آن ناکافی می‌نمود. به منظور پاسخگویی به مشکلات یادشده، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از خرداد ۱۳۸٤ و با استفاده از اعتبارات یک مدل بیمه اجتماعی موسوم به بیمه همگانی روستایی در کشورمان به اجرا در آمده است. این مقاله، پژوهشی نظام‌مند به منظور شناسایی عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده پیاده‌سازی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران می‌باشد.*

روش کار: *داده‌ها در بازه زمانی آبان ۱۳۸۵ تا خرداد ۱۳۸٦ از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در سطوح کشوری (۱۹ مورد)، استانی (۹ مورد)، و محلی (٤۳ مورد)، و تحلیل هدفمند مستندات جمع‌آوری گردید. رویکرد ساختاری برای تحلیل مصاحبه‌ها به کار گرفته شد. تحلیل مدارک مطابق چارچوب تشریحی متنی[1] انجام شد. داده‌ها بر مبنای چارچوب تفسیری مرکب از جریان‌های چندگانه و نظریه‌های شبکه‌ای تفسیر گردید.*

یافته‌ها: *بیمه روستایی فرصت مغتنمی در اختیار حامیان پزشک خانواده قرار داد تا برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را در دستور کار سیاست‌گذاری کشوری قرار دهند. آن‌ها این دو خط مشی را ماهرانه تلفیق نمودند و پزشک خانواده را به عنوان تنها راه‌حل تحقق بیمه همگانی روستاییان معرفی کردند. با این وجود، شیوه اجرای این برنامه تلفیقی، مانع اصلی اجرای مطلوب برنامه پزشک خانواده بود.*

نتیجه‌گیری: *چارچوب تفسیری، مفاهیم خدمت‌رسانی به محرومین و افزایش عدالت در یک فرصت مغتنم را با سطح‌بندی خدمات سلامت در ایران پیوند می‌دهد. با این وجود، فرصت‌طلبی در اِعمال یک تغییر سیاست، اگر منجر به نادیده انگاشتن برنامه‌ریزی و تمهیدات لازم شود، می‌تواند توفیقات آتی آن سیاست را در دستیابی به اهدافش دچار آسیب نماید.*

گل‌واژگان: *پزشک خانواده، بیمه همگانی سلامت روستاییان، پیاده سازی، جریان‌های چندگانه، شبکه‌های سیاست‌گذاری*

[1] Narrative contextual framework

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

مطابق گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت، پنج مشخصه عمده یک نظام مراقبت بهداشتی اولیه[2] دارای کارکرد عبارتند از: اثربخشی و ایمنی، فردمحوری، جامعیت و تمامیت، استمرار و فراهمی نقطه ورود معین برای دسترسی به مراقبت‌های سطوح دوم و سوم (۱). خدمات بهداشتی اولیه، صرفاً در کشورهای معدودی واجد چنین ویژگی‌هایی است. شواهد نشان می‌دهد که خدمات بهداشتی اولیه دارای کارکرد از نظر وضعیت بهداشت عمومی، مزایای اساسی در بردارد. برخی از این مزایا عبارتند از بهبود پیامدهای حاصل از مراقبت‌های بهداشتی (۲ و ۳)، کم شدن ناهمگونی بهداشتی، دسترسی عادلانه‌تر به مراقبت‌ها، بهبود کیفیت خدمات (۴ و ۵) و کاهش هزینه‌ها (۸ –۶). مخارج مراقبت‌های بهداشتی در کشورهایی با چنین نظامی، کمتر از شرایطی است که مراقبت‌های اولیه محدود یا بدون کارکرد هستند (۹). بنابراین، در حال حاضر بیش از هر زمان دیگر، سرمایه‌گذاری نظام‌های سلامت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ضروری است (۱، ۱۰ و ۱۱). شبکه خدمات بهداشتی اولیه در مناطق روستایی ایران یک شاهکار عالی شمرده شده است (۱۲). استقرار سراسری شبکه‌های PHC در ایران در سال ۱۳۶۱ و با تأسیس خانه‌های بهداشت در نواحی روستایی–عمدتاً با اتکا به بودجه دولت– آغاز شد. کارکنان بهداشتی محلی (بهورزان)، پس از دریافت آموزش‌های شغلی پایه و استخدام توسط دولت، ارایه‌دهندگان اصلی خدمات در این سطح بودند و توسط پزشکان مستقر در مراکز بهداشتی درمانی پشتیبانی می‌شدند. تمرکز PHC بر مشارکت اجتماعی و همکاری بین‌بخشی بوده است. همچنین راهبردهایی نظیر ایمن‌سازی کودکان، مایع درمانی خوراکی، تنظیم خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری، درمان عفونت‌های تنفسی و بهداشت محیط به طور جدی و مؤثر توسط PHC تحقق بخشیده شده است (۱۳ و ۱۴). شبکه خدمات بهداشتی اولیه درکشور ما مبتنی بر یک روش جدید و منحصر به فرد برای ثبت و جمع‌آوری داده‌ها بوده است (۱۵). این روش که برای تمام کشور شامل مناطق روستایی و مناطق شهری طراحی شده بود، عملاً تنها در روستاها به طور جامع اجرا شد (پوشش ۹۰٪) و در شهرها به نتیجه نرسید (۱۶). نتیجه امر، ارتقای چشمگیر شاخص‌های سلامتی در سال‌های بعد بود (جدول ۱).

در پی عرضه PHC، شاخص‌های سلامتی ایران، در حال حاضر، مشابه بهترین موارد در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت است (۱ و ۱۷). در عین حال در سال‌های اخیر، این نظام فاقد انعطاف لازم برای برآوردن نیازهای نوظهور جامعه بوده است. افزایش طول عمر جمعیت، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر، مهاجرت به شهرها و انتظارات روزافزون عمومی برای دسترسی بیشتر به پزشکان واجد صلاحیت (۱۸ و ۱۹) و از طرف دیگر، گسترش بخش خصوصی و اضافه شدن فن‌آوری‌های گران‌قیمت پزشکی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی روزمره، نظام سلامت کشور را با چالش‌های جدیدی مواجه ساخته است (۱۶). تأمین خدمات سلامت تا حد زیادی متکی به هزینه از جیب مردم است (۵۵٪) (۲۰). در شهرهای بزرگ، به جای پزشکان عمومی، نخستین مواجهه غالب بیماران با پزشکان متخصص و فوق تخصص می‌باشد. به ویژه به نظر می‌رسد که ساختار فعلی نظام PHC با تغییر الگوی بیماری‌ها به سوی بیماری‌های مزمن و غیر واگیر، متناسب نیست (۱۴ و ۲۱).

نظام جمهوری اسلامی ایران در پاسخ به این مسأله، با اتخاذ دو سیاست جدید، برای اصلاح بخش سلامت اقدام نموده است. پزشک خانواده برای بهبود کیفیت خدمات و بیمه روستایی همگانی به منظور افزایش توان پرداخت.

جدول ۱- شاخص‌های منتخب سلامتی در ایران در آغاز (۱۳۶۱) PHC و ۲۵ سال بعد (۱۳۸۶)

شاخص سلامتی	۱۳۶۱	۱۳۸۶
امید به زندگی عمومی (سال)	۴۶/۷	۷۲
میزان مرگ و میر شیرخواران (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	۹۴	۲۹
نرخ رشد جمعیت (درصد)	۳/۹	۱/۲
میزان مرگ و میر زیر ۵ سال به دلیل اسهال (در هر ۱۰۰۰ کودک روستایی)	۵	۰/۸
میزان مرگ و میر زیر ۵ سال به دلیل عفونت تنفسی (در هر ۱۰۰۰ کودک روستایی)	۷/۸	۲/۹
پوشش کلی واکسیناسیون (٪)	۴۰	۹۸

منابع: WHO (2008), WHO (2009), MOH (2009)

هدف و اهمیت این پژوهش: فرآیند پیاده‌سازی[3]، مبیّن یک مرحله مغفول سیاست‌گذاری است که علی‌رغم اهمیتش، گاهی در هنگام تدوین دستور کار و تعیین خط‌مشی نادیده انگاشته می‌شود (۲۲ و ۲۳).

لذا مطالعه گذشته‌نگر و آینده‌نگر روی نحوه شکل‌گیری سیاست‌های اصلاح نظام سلامت، برای پی بردن به ناکامی‌ها و موفقیت‌های خط‌مشی به منظور ارتقای فرآیندها و نتایج سیاست‌های آتی مفید خواهد بود (۲۴). این مقاله به بررسی محتوا و تعاملات عوامل مؤثر بر شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده در ایران می‌پردازد. نگارندگان عمدتاً به تبیین عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده تحقق پزشک خانواده علاقمند هستند و

[2] PHC

[3] Implementation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

یک چارچوب تفسیری[4] مرکب از جریان‌های چندگانه[5] (۲۵) و نظریه‌های شبکه[6] (۲۶) را در توضیح یافته‌ها به کار برده‌اند. سایر مطالعات –عمدتاً در کشورهای پر درآمد– سودمندی ساختار تفسیری مرکب را در توضیح چگونگی اعمال سیاست‌های تغییر نظام‌های سلامت نشان داده‌اند (۲۴ و ۲۷). برنامه پزشک خانواده، سیاستی راهبردی است که پس از عرضه PHC در سال ۱۳۶۱، دومین اصلاح بزرگ در نظام سلامت ایران به شمار می‌آید (۱۴). تشریح نحوه تدوین سیاست می‌تواند شواهدی برای بهبود اجرای آن و جلوگیری از تکرار مشکلات قبلی فراهم آورد؛ همچنین تعمیم کاربرد ساختار تفسیری را به شرایط کشوری با درآمد کم تا متوسط امکان‌پذیر نماید.

روش کار

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: در این مطالعه از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته[7] با افراد مرتبط و مطلع، به عنوان روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، در کنار تحلیل تشریحی مدارک منتخب استفاده شده است. مصاحبه‌ها بر مبنای اهداف مطالعه، طبق یک دستورالعمل کلی در دو مرحله متوالی طراحی شد و در بازه زمانی آبان ۱۳۸۵ تا خرداد ۱۳۸۶ به اجرا در آمد. مصاحبه‌ها ضبط دیجیتالی شد و به طور کامل پیاده گردید. مستندات منتشر شده و منتشر نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و مؤسسات وابسته با دقت فراوان جمع‌آوری و به صورت مبسوط تجزیه و تحلیل گردید. به این ترتیب جنبه‌های مختلف سیاست مورد بررسی بر پایه یک جدول طبقه‌بندی مشخص، تعریف گردید (پیوست ۱). تحلیل مدارک و مستندات، امکان شناسایی مضامین کلیدی را به عنوان مبنای راهنمای مصاحبه فراهم نمود. برای قرائت، استنباط و تفسیر متن بر طبق مفاهیم کلیدی، رویکرد تحلیل محتوا[8] که اریکسون[9] و همکاران (۱۹۹۱) توضیح داده‌اند، بکار برده شد و اطلاعات مربوط به فرآیند اجرای برنامه پزشک خانواده در مراحل مختلف جمع‌آوری گردید. از آنجا که مدارک، دستاوردهای اجتماعی هستند، انتخاب و تحلیل آن‌ها محتاطانه و با در نظر گرفتن محتوا و سایر خصوصیاتشان از جمله تولید آن‌ها و زمینه طراحی و اجرایشان صورت پذیرفت (۲۸). بدین منظور، چهار موضوع کلیدی مد نظر قرار گرفت: اصالت[10]، صحت[11]، قابلیت تعمیم به کل مستنداتی که در آن طبقه قرار می‌گیرند[12] و این که چه می‌گویند[13] (۲۹).

مصاحبه‌ها با ذی‌نفعان مختلف ازجمله سیاست‌گذاران سطح کشوری (۱۹ مورد)، مدیران و مقامات استانی (۹ مورد) و پزشکان، مدیران و نمایندگان محلی (۴۳ مورد) انجام شد. این مطالعه نوعی تحلیل همزمان فرآیند سیاست‌گذاری به منظور درک فرآیند اجرایی و تفهیم آن است. تحلیل داده‌ها بر مبنای نظریه صورت پذیرفت و خود نظریه بر تحلیل داده‌ها استوار بود. تحلیل یافته‌ها بر مبنای رویکرد ساختاری[14] انجام پذیرفت (۳۲ –۳۰). در عین حال مفاهیم و مضامین جدید برخاسته از داده‌ها نیز مورد توجه قرار گرفت (۳۳ و ۳۴).

ملاحظات اخلاقی: کمیته اخلاق دانشکده بهداشت و طب گرمسیری لندن مطالعه را تأیید کرد. مسؤولین محلی در ایران نیز آن را پذیرفتند. در عین حال، مطالعه میدانی در زمره ارزیابی خدمات سلامت بود و از این رو به تأیید خاص اخلاقی نیاز نداشت.

نتایج

استقرار برنامه پزشک خانواده: در سال ۱۳۸۱، گروه کوچکی مرکب از دست‌اندرکاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی (که طبق اطلاعات مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۶ عهده‌دار خدمات بیمه درمانی حدود ۳۵٪ جمعیت کشور بود)، سازمان تأمین اجتماعی (بزرگ‌ترین بیمه‌گر دولتی و پرداخت کننده مستمری کارگران و کارمندان دولت)، سازمان سابق مدیریت و برنامه‌ریزی (مسؤول تنظیم بودجه‌های سالیانه کشور) و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، برای مطالعه و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در زمینه‌های مختلف تشکیل شد (۲۱). هدف این گروه، بازطراحی نظام سلامت به تناسب چالش‌های جدید پیش رو بود. این گروه معرف یک شبکه سیاست‌گذاری اجتماعی (۲۶) تحت مدیریت وزیر وقت بهداشت و درمان (۱۳۸۴ –۱۳۸۰) 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 به عنوان رئیس دانشگاه علوم پزشکی و مسؤول نظارت بر بهداشت و درمان یکی از استان‌ها، در قسمت‌هایی از حوزه مسؤولیت خود الگویی از پزشک خانواده را اجرا کرده بود (۱۳۸۰ –۱۳۷۶).

[4] Interpretive framework
[5] Multiple streams
[6] Network theories
[7] Semi-structured interview
[8] Content analysis
[9] Ericson
[10] Authenticity
[11] Credibility
[12] Representativeness
[13] Meaning
[14] Framework approach

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

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 نقش آفرینان و آماده‌سازی محیط برای تغییر تشکیل گردید: *"... اگر مسؤولیت‌پذیری و اشتیاق دکتر فلانی که تمام دوران کاری خود را صرف اصلاح کرد و شخصاً به پزشک خانواده پرداخت و در تمام موارد از آن دفاع کرد، نبود، اجرای (پزشک خانواده) از همان اول شروع نمی‌شد..."* (یکی از صاحب‌نظران بهداشت و درمان کشور). در سال ۱۳۸۳، سیاست پزشک خانواده با موفقیت در برنامه پنج ساله چهارم توسعه کشور (۱۳۸۸-۱۳۸۴) گنجانده شد (۳۵) و دولت را به مواردی مکلّف نمود: ۱- تعمیم پوشش مراقبت‌های اولیه به کل جمعیت؛ ۲- ارتقای بهداشت عمومی و کاهش خطر بیماری‌ها و سایر چالش‌های عمومی؛ ۳- ایجاد دسترسی منطقی و عادلانه به خدمات سلامت از طریق سطح‌بندی خدمات؛ ۴- کاهش سهم مردم در پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی درمانی از ۵۵٪ به ۳۰٪ و کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۳٪ به ۱٪؛ ۵- تحقق بیمه پایه درمانی بر مبنای پزشک خانواده و نظام ارجاع.

گنجانیدن پزشک خانواده در برنامه چهارم توسعه ابتکاری اساسی بود که این خط مشی را از تحولات سیاسی مصون می‌داشت. گروه اجرایی اصلاح بخش سلامت به اتفاق، بر اجرای پزشک خانواده در مناطق شهری (مشتمل بر ۶۵٪ جمعیت) -یعنی جایی که PHC آسیب‌پذیر بود (۱۸)- به صورت آزمایشی در چهار استان کشور تأکید ورزیدند. با این وجود، به دلیل تفکیک سازمان بیمه خدمات درمانی از وزارت بهداشت در اوایل سال ۱۳۸۳، این اجرای آزمایشی هیچ گاه به طور کامل صورت نپذیرفت. سازمان مذکور همراه با سایر سازمان‌های بیمه‌گر دولتی در مجموعه وزارت تازه تأسیس رفاه و تأمین اجتماعی قرار گرفت (۲۱). وزارت بهداشت نتوانست بودجه لازم برای انجام پایلوت‌های مورد نظر را تخصیص دهد و در نهایت از اجرای برنامه پزشک خانواده دست کشید.

روزنه‌های فرصت

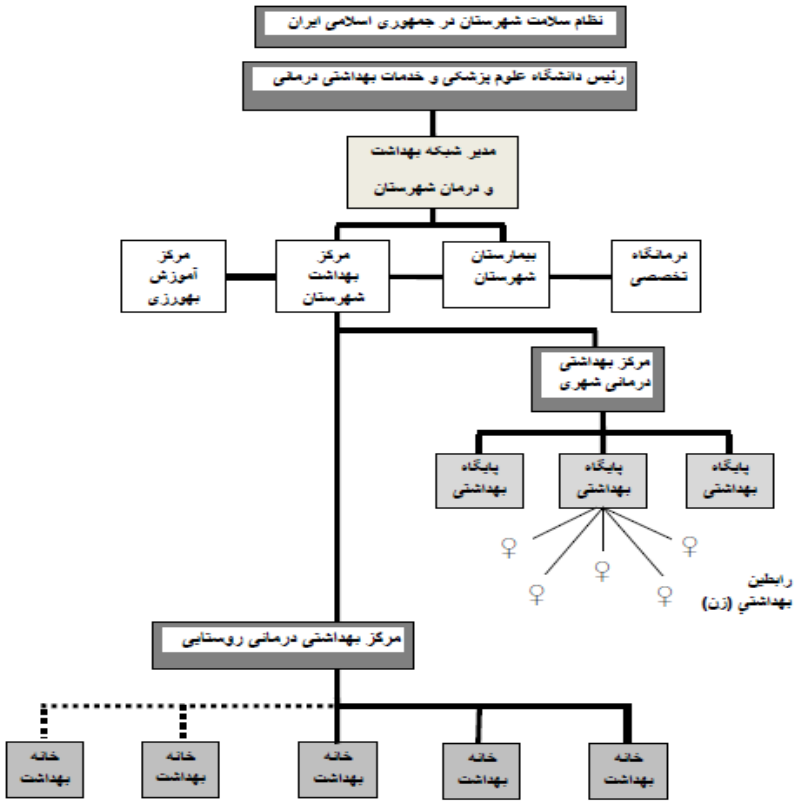
روزنه‌های پولی: در اسفند ماه ۱۳۸۳، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس به همراه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت، لایحه بودجه سالیانه ۱۳۸۴ را به منظور تأمین اعتبارات بیمه همگانی روستاییان مورد بازنگری قرار دادند. بودجه سالیانه درمان در مناطق روستایی به حدود پنج برابر (از ۹۰۰ میلیارد ریال به ۴۱۵۰ میلیارد ریال) افزایش یافت و این بودجه به سازمان بیمه خدمات درمانی تخصیص یافت. افزایش بودجه در سال‌های بعد نیز استمرار یافت؛ به طوری که این رقم در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به ترتیب معادل ۵۰۰۰، ۴۸۵۰ و ۵۱۰۰ میلیارد ریال بود. چنین افزایشی بر مبنای محاسبه‌ای خاص صورت نگرفت و انحصاراً نیز برای مراقبت‌های اولیه منظور نشد: *"مجلس بودجه را برای کاهش تفاوت‌های موجود بین روستاییان و شهرنشینان تصویب کرد. (با تأکید می‌گوید) ما را نادیده گرفت و پول را نه بخاطر پزشک خانواده یا ارجاع، بلکه به خاطر تساوی خدمات به محرومین تخصیص داد... اختصاص پول بر هیچ محاسبه و منطقی استوار نبود. ما همیشه وقتی که پول‌های کلان می‌رسد، نگران می‌شویم؛ چون پول‌های کلان همیشه نادرست هزینه می‌شوند..."* (یک مقام بهداشت و درمان کشور).

بودجه تخصیص یافته را نه سازمان بیمه خدمات درمانی تقاضا کرده بود و نه وزارت بهداشت. نمایندگان دوره هفتم مجلس شورای اسلامی مقداری از بودجه سالیانه پیشنهادی دولت را جهت تصویب بیمه همگانی روستاییان مورد بازنگری قرار دادند. این اقدام از سوی وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی پیش‌بینی نشده بود. با توجه به تأکید برنامه چهارم توسعه بر پزشک خانواده، برنامه مذکور اصلاح شد تا اجرای بیمه همگانی روستاییان در کنار پزشک خانواده انجام‌پذیر شود. وزارت بهداشت به عنوان سیاست‌گذار و ارایه کننده خدمات و سازمان بیمه خدمات درمانی به عنوان پرداخت کننده و خریدار خدمات تعریف شد (۲۱). وزارت بهداشت که به دلیل فقدان اعتبارات، موفق به آغاز پزشک خانواده در مناطق شهری نشده بود، بیمه همگانی روستاییان را یک فرصت اقتصادی مغتنم برای اجرای برنامه پزشک خانواده یافت: *"... طی پنج سال گذشته، ما به دنبال پولی برای اجرای پزشک خانواده بودیم. دولت به دلیل فقدان اعتبارات، اجرای آزمایشی پزشک خانواده را در چهار شهر کنار گذاشته بود. مجلس برای کمک به روستاییان، پولی را به سمت بیمه همگانی روستاییان سوق داد که خیلی بیشتر از انتظار ما بود و کمک زیادی به ما کرد..."* (یک مقام ارشد وزارت بهداشت).

به منظور پابرجا نگه داشتن برنامه پزشک خانواده، وزارت بهداشت راهبرد خود در پیاده‌سازی پزشک خانواده در شهرها (که فاقد شبکه جامع خدمات بهداشتی اولیه بود) را یکباره تغییر داد و با سازمان بیمه خدمات درمانی بر سر اجرای پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کوچک با جمعیت کمتر

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

از ۲۰،۰۰۰ نفر از طریق مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت توافق کرد (شکل ۱). این یک انحراف آشکار از برنامه‌های اولیه وزارت بهداشت برای اجرای پزشک خانواده در مناطق شهری تلقی می‌شد: *"علی‌رغم آماده نبودن زیرساخت‌ها، [برنامه] قدری با شتابزدگی اجرا شد. ما باید قبلاً آن را در چند استان به صورت آزمایشی اجرا می‌کردیم. در عین حال روی هم رفته بارقه خوبی بود. اگر برای اجرای کامل آن منتظر مانده بودیم، هیچ تضمینی وجود نداشت که اصلاً آن را شروع کنیم..."* (یک مدیر ارشد استانی).



شکل ۱- ساختار سازمانی نظام منطقه‌ای بهداشت و درمان در ایران. منبع: ملک افضلی (۲۰۰۲)

طبق لایحه سالیانه بودجه، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد طی شش ماه (تا پایان شهریور ۱۳۸۴) به صورت سراسری برای همه روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای کوچک، دفترچه بیمه خدمات درمانی صادر کند. کاهش هزینه‌های غیرضروری، تأمین خدمات پایه برای همگان، برقراری عدالت در پرداخت هزینه‌ها توسط مردم، بازطراحی روش‌های پرداخت، ارتقای مسؤولیت‌پذیری، بهبود کارآیی حسابرسی و افزایش رضایت‌مندی عمومی از جمله اهداف این لایحه بودند: *"... ما ستون‌های پزشک خانواده‌ای را ساختیم که پایه‌اش هنوز زیر زمین است. ۵۰۰۰ میلیارد ریال برای افرادی خرج شد که از هر خدمتی محروم بودند. حتی اگر هیچ اتفاقی هم نیفتاده باشد، دسترسی به خدمات افزایش یافته که به نوبه خود مرگ‌ها را کاهش می‌دهد. با این حال وضعیت فعلی نه پزشک خانواده است نه بیمه روستایی..."* (یک مقام ارشد بهداشت و درمان کشور).

تقارن‌ها: حدوداً همان موقعی که مجلس بیمه همگانی روستاییان را تصویب کرد، بانک جهانی اختصاص وام به دولت ایران را بابت تجهیز زیرساخت‌ها از جمله مراکز بهداشتی تأیید نمود. وزارت بهداشت از این وام برای نوسازی زیرساخت‌های PHC در مناطق روستایی، پرداخت هزینه تجهیزات جدید و بازسازی سیستم حمل و نقل خود استفاده کرد که این اقدام، مراکز بهداشتی درمانی روستایی را قادر به انطباق با پزشک خانواده ساخت: *"... از نظر تجهیزات، ما توافقی با بانک جهانی داشتیم که تصادفاً حین اجرای پزشک خانواده عملی شد. لذا*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

توانستیم اکثر تجهیزات مورد نیاز را تهیه کنیم..." (یک عضو گروه کشوری اصلاح ساختار)؛ *"ما از وام بانک جهانی عمدتاً برای تجهیز مراکز بهداشتی درمانی به ویژه در مناطق محروم استفاده کردیم. بیشتر این پول صرف نوسازی ساختمان‌ها، خرید تجهیزات و وسایل نقلیه و احداث مراکز بهداشتی درمانی جدید گردید..."* (یک سیاست‌گذار کشوری).

شرایطی که بانک برای صرف وام مقرر کرده بود، منجر به ضعف صیانت شد و به اتلاف بخشی از منابع آن انجامید. با این وجود، نظر به امتناع سازمان بیمه خدمات درمانی از پرداخت بابت زیرساخت‌ها و تجهیزات از محل منابع بیمه روستایی، چنین فرصتی برای پیاده‌سازی پزشک خانواده حیاتی بود. به علاوه وزارت بهداشت به عنوان متولی پزشک خانواده عمل کرد و در اواسط سال ۱۳۸۳ از طرف دولت اجازه یافت در شهر زلزله‌زده بم، الگویی از برنامه پزشک خانواده را با محوریت پزشکان عمومی اجرا نماید.

پزشک خانواده: قبل از پیاده‌سازی برنامه پزشک خانواده، کانون ارایه خدمات در نظام "شبکه خدمات بهداشتی اولیه"، بهورز بود. بهورز کارمند بهداشتی بومی است که طی یک دوره دو ساله برای ارایه خدمات پایه بهداشتی تربیت می‌شود (۱۳ و ۱۵). حضور پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی روستایی معمول نبود و مسیر عملیاتی برای ارجاع بیماران جهت مراقبت‌های ثانویه وجود نداشت. برنامه پزشک خانواده، پزشکان را به عنوان محور نظام ارجاع معرفی نمود و دسترسی روستاییان به آن ها را بیشتر کرد تا پزشکان خانواده را به عنوان مسؤول سلامت جامعه تحت پوشش معرفی نماید (۳۶).

تجربه پیاده‌سازی برنامه پزشک خانواده: با اجرای عملیاتی برنامه سراسری پزشک خانواده در مرداد ماه ۱۳۸۴، دفترچه‌های بیمه خدمات درمانی در اختیار ۲۵ میلیون نفر از جمعیت ۷۲ میلیون نفری وقت ایران قرار گرفت. ۶۰۰۰ پزشک عمومی و ۴۰۰۰ ماما به پرسنل مراکز بهداشتی درمانی روستایی افزوده شدند و این مراکز با استفاده از منابع پزشک خانواده مجهزتر شدند: *"... با استفاده از بهبر، ما ۲۵۰۰ پزشک را در مراکز بهداشتی درمانی روستایی مستقر کردیم و با فعال کردن این مراکز، اعتماد عمومی بیشتر شد. در حال حاضر استفاده از خدمات به طور بارزی تا ۱۰ برابر افزایش یافته است..."* (یک سیاست‌گذار کشوری). با این وجود، به دلیل بروز اشکالات زیر در محتوای برنامه پزشک خانواده و زمینه پیاده‌سازی آن، پیامدهای مطلوبی از سیاست‌های اصلاحی حاصل نشد:

الف- گرچه افراد بیشماری از مفهوم پزشک خانواده پشتیبانی کردند، این خط‌مشی برای پاسخگویی به نیازهای متنوع سطوح محیطی سازمان‌دهی نشده بود. نظارت بر خط‌مشی به قدری نبود که هماهنگی دو وزارتخانه بهداشت و رفاه را تضمین کند. گروه کوچکی، برنامه پزشک خانواده را تدوین کرده بودند و حتی بدنه وزارت بهداشت با آن غریبه می‌نمود. افزون بر این، سیاست پزشک خانواده تلاشی در راستای پاسخگویی به کمبودهای پرشمار و دیرپای نظام سلامت تلقی گردید و سرانجام همراه با یک سیاست دیگر -یعنی بیمه همگانی روستاییان- به اجرا درآمد. با این وجود، به دلیل تفاوت ماهوی در اهدافی که این دو سیاست دنبال می‌کردند، این تلفیق به نتیجه نرسید: *"... هدف اصلی بیمه همگانی روستاییان، بیمه اجتماعی برای روستاییان به عنوان رسالت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بود، نه سلامت. بهداشت و درمان ویترین آن بود ... مجلس با تصویب یک شبه بودجه بیمه همگانی روستاییان، خیلی از برنامه‌ها را تغییر داد..."* (یک سیاست‌گذار ارشد بیمه). این جمله را باید در شرایط نظام سلامت ایران که بیشترین خدمات مراقبت‌های اولیه را وزارت بهداشت عرضه می‌کند تفسیر نمود. سازمان‌های بیمه‌گر، عموماً تسهیلات دسترسی به مراقبت‌های بیمارستانی و مطب‌های خصوصی را فراهم می‌نمایند که محتوای خدمات آن‌ها در ایران عمدتاً درمانی است نه بهداشتی.

ب- نظام سلامت برای ایجاد انطباق با اصلاحات پیشنهادی برنامه پزشک خانواده آماده نبود. یک ایده کلان برای هدایت پزشک خانواده به سوی یک مقصد مشخص، پشتوانه آن نبود و همین امر آن را در معرض تعابیر فردی قرار داد: *"ما این اتوبوس را به ۱۰۰ تا راننده سپرده‌ایم. به هر تقاطعی که می‌رسیم، از مسافرین می‌پرسیم مسیر مورد نظرشان کدام طرف است: راست یا چپ؟ بعضی‌ها می‌گویند چپ. چراغ راهنمایی بعدی، بعضی مسافرین بلندتر داد می‌زنند: راست و به همان طرف می‌رویم. آخر روز به هیچ جا نمی‌رسیم..."* (یک مقام ارشد بهداشت و درمان کشور). به علاوه، برنامه پزشک خانواده با نظام تأمین مالی تلفیق نشده بود و بینش، آگاهی و منابع مجریان برنامه برای تحقق برنامه کفایت نمی‌نمود.

ج- برنامه تلفیقی پزشک خانواده و بیمه روستایی عملاً به شکل مطلوب به اجرا در نیامد. دو مجری اصلی یعنی -وزارت بهداشت و رفاه- اهداف متناقضی را دنبال کردند. وزارت بهداشت به دنبال ارتقای بهداشت از طریق توسعه مراقبت‌های اولیه در مناطق روستایی و شهری بود؛ حال آن که وزارت رفاه می‌خواست شکاف ارایه خدمات بهداشتی در روستاها را پر کند و

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

کمبود دسترسی نیازمندان -به خدمات درمانی- در مناطق روستایی را جبران نماید: *"... طراحان اصلی پزشک خانواده کنار گذاشته شده بودند و برنامه را سازمان بیمه خدمات درمانی که از اصل و ابتدا مخالف پزشک خانواده بود پیگیری می‌نمود..."* (یک کارشناس ارشد بودجه).

به علاوه، سازمان بیمه خدمات درمانی به عنوان یک مجموعه درمان‌محور، تمایل ذاتی برای پرداخت، بابت مراقبت‌های اولیه نداشت: *"... همیشه این خطر هست که یک روز سازمان بیمه خدمات درمانی اصلاحات را عقیم بگذارد. ذهنیت این سازمان با مراقبت‌های اولیه هم راستا نیست و به خاطر در دست داشتن کنترل پولی این بازی، بعید نیست فقط به عنوان یک بیمه‌گر عمل کند نه بیشتر. آن‌ها بر این باورند که هر وقت بیمه شده‌ها بیمار شوند، پاسخ متناسب دریافت خواهند کرد. این همواره بزرگ‌ترین فاجعه برای پزشک خانواده است..."* (یک کارشناس ارشد سابق بهداشت و درمان).

همچنین پیشینه سازمانی سازمان بیمه خدمات درمانی به تنش‌هایی میان آن و وزارت بهداشت انجامید؛ چه هر یک سعی داشت برتری خود را به دیگری نشان دهد. سازمان بیمه خدمات درمانی تا سال ۱۳۸۳ زیرمجموعه وزارت بهداشت بود و زمان کوتاهی پیش از اجرای پزشک خانواده به وزارت تازه تأسیس رفاه منتقل شد. لذا این دو مجموعه نه به عنوان شرکایی برای رسیدن به هدف مشترک بلکه به عنوان رقیب به یکدیگر می‌نگریستند. نتیجه آن شد که ابواب جمعی بهداشت و درمان، اجرای پزشک خانواده را به عنوان مسیر اصلی اصلاحات نظام سلامت جدی نگرفتند و آن را یک وظیفه دایمی بر نشمردند. غالب شرکت‌کنندگان در مطالعه ما چنین می‌پنداشتند که پزشک خانواده به دلیل عدم تداوم تأمین اعتبارات و فقدان پشتیبانی سیاسی در مدت کوتاهی متوقف خواهد شد. چنین وضعیتی به عدم تعلّق، کاهش اعتماد و همکاری دست‌اندرکاران بهداشت و درمان و در نتیجه نارضایتی، سرخوردگی و ائتلاف منابع انجامید. اعمال فی‌البداهه که در مقابله با محدودیت‌ها و نتایج ناخوشایند اجرای پزشک خانواده انجام می‌شد، عوارض نامطلوبی بر کیفیت خدمات بجا گذاشت (۳۷). همچنین روستاییان که رضایتمندی و برخورداری عادلانه آن‌ها از خدمات مورد نظر بود، از جیره‌بندی خدمات، فقدان آزادی انتخاب و تفاوت‌های موجود با همتایان شهری ناخرسند بودند. روش جاری اجرا، ویژگی‌های اصلی مراقبت‌های اولیه یعنی پیشگیری و ترویج سلامت را نادیده گرفت و تا حدودی مفهوم پزشک خانواده را به چالش کشید.

بحث

"جریان‌های چندگانه" در شکل‌گیری پزشک خانواده: برنامه پزشک خانواده تحت تأثیر عوامل ساختاری و وضعیتی از جمله تقارن با بیمه همگانی روستاییان و رویدادهای بیرونی (فرصت‌های مالی) شکل گرفت. عوامل مذکور که دلایل اصلی پیدایش و پیاده‌سازی پزشک خانواده بودند، در عین حال موجب اشکال محتوایی، نقص در پیاده‌سازی و گسترش چالشی آن هم شدند.

این پدیده به الگوی جریان‌های چندگانه (۲۵) شباهت دارد که بر طبق آن تغییرات خط‌مشی، در نتیجه تلفیق سه جریان حادث می‌شود: *"جریان‌های جداگانه در زمان‌های بحرانی با هم تلاقی می‌کنند. یک مشکل شناسایی می‌شود، یک راه‌حل پیدا می‌شود. وقوع یک تغییر سیاسی، موقعیت مناسب برای تغییر خط‌مشی را به وجود می‌آورد و تنگناهای بالقوه جدی نیستند... این روزنه‌های سیاست‌گذاری (فرصت‌های اقدام) خود را نشان می‌دهند و تنها برای مدت کوتاهی باز می‌مانند."* کینگدان[15] چنین اظهار می‌دارد که بعضاً سه جریان ذکر شده همراه می‌شوند و در نتیجه، یک روزنه سیاست‌گذاری گشوده می‌شود که فرصت گذرایی را برای یک سیاست‌گذار تیزبین فراهم می‌کند تا گزینه‌های مورد نظرش را تحقق بخشد (۳۸).

اکثریت نمایندگان مجلس با تصویب بودجه بیمه همگانی روستاییان در روزهای پایانی سال ۱۳۸۳ با چالش مختصر راجع به تغییر مسیر بودجه، به آن رأی مثبت دادند. برای تحقق برنامه پزشک خانواده که عمدتاً به خاطر تنگناهای مالی کنار گذاشته شده بود، این یک فرصت بسیار مهم بود. هر چند که انحراف مسیر منابع، بر روی پایداری تأمین اعتبار و طبعاً روی اجرای پزشک خانواده اثر معکوس گذاشت. در تغییرات نظام سلامت، اگر تعادل فضای سیاست‌گذاری مورد توجه نباشد، شبکه‌های سیاست‌گذاری می‌توانند یک عامل عمده سکون و توقف آن باشند (۳۹). تغییر بنیادین در خط‌مشی فقط زمانی رخ می‌دهدکه یک بازخورد مثبت در زیرمجموعه وجود داشته باشد (۴۰). به خاطر پیوستگی محکمی که طرح بیمه همگانی روستاییان با اهداف آرمانی نظام جمهوری اسلامی از جمله تأمین دسترسی افراد فقیر در نواحی دوردست و برقراری عدالت اجتماعی داشت، توانست حمایت مجلس را در تغییر جهت تخصیص منابع جلب کند. جالب این که طرز تفکر مجلس اصول‌گرا، وزارت بهداشت را در برابر دولت اصلاح‌طلب (که سال پایانی خود را سپری می‌کرد) مورد حمایت قرار داد تا یک تغییر اساسی در نظام

[15] Kingdon

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

سلامت ایجاد نماید. بنابراین ما برای نخبگان سیاست‌گذاری، نقش کارسازتری نسبت به آنچه در بحث‌های نظری مطرح است قائلیم. همانطور که کینگدان اشاره می‌کند، احتمال موفقیت نخبگان سیاست‌گذاری در تغییر محل تخصیص منابعِ سرریز، از طریق برجسته کردن یک الویتِ دارای مشروعیت افزایش می‌یابد. در آن مقطع زمانی، شبکه سیاست‌گذاری آن اندازه به هم پیوسته نبود که موقعیت پیش آمده را به طور کامل درک کند و برنامه پزشک خانواده را مورد پیگیری قرار دهد. وگرنه احتمال زیادی وجود داشت که این سیاست به اَشکال گوناگون از دستور کار دولت خارج شود یا فرصت پیش آمده از دست برود.

یک "پدیده تکانه‌ای[16]": الحاق دو خط‌مشی پزشک خانواده و بیمه همگانی روستاییان به یک "پدیده تکانه‌ای" نیز شبیه بود. واکر[17] (۱۹۷۱) برای توضیح نحوه شکل‌گیری سیاست‌ها در سطوح کلان چنین بحث می‌کندکه وقتی درحوزه یک سیاست که قبلاً برای مدت طولانی مورد توجه دولت قرار نگرفته است، فرصت تکوین وجود داشته باشد، اغلب به وسیله برخی از سیاست‌های اجرایی یا قانون‌گذاری در آن حوزه مورد پیگیری قرار می‌گیرد (۴۱). کما این که خط‌مشی جدید بیمه همگانی روستاییان، جان تازه‌ای به پزشک خانواده بخشید. این چرخش اولیه خط‌مشی و اتصال آگاهانه بیمه همگانی روستاییان و پزشک خانواده اثرات را مضاعف کرد، طوری که از طریق انطباق پزشک خانواده با شعار اصولی جمهوری اسلامی (عدالت و انصاف اجتماعی)، موقعیت پزشک خانواده تضمین شد و از مخالفت آشکار سازمان بیمه خدمات درمانی با خرید خدمات سطح یک سلامت جلوگیری گردید.

از آن مهم‌تر، با توجه به تغییر دولت به فاصله چند هفته بعد از شروع پیاده‌سازی پزشک خانواده، از آنجا که وزیر بهداشت نسبت به وقوع تغییرات در کابینه جدید تردیدی نداشت، انرژی زیادی (از جمله وقت و توجه) برای استقرار پزشک خانواده قبل از پایان دوره وزرات صرف نمود، به طوری که عملاً دولت جدید نه تنها نتوانست اصلاحات مذکور را کنار بگذارد، بلکه انجام آن را از اولویت‌های خود مطرح نمود. مجموعه فعالیت‌های لازم برای پیاده‌سازی پزشک خانواده به مثابه یک "ائتلاف با حداقل پیروزی" بود (۴۲) که هدف آن به حداکثر رساندن منافع خالص در کوتاه‌مدت است.

در واقع وزارت بهداشت با پذیرش الحاقِ این دو خط‌مشی، راه مصالحه را در پیش گرفت. یعنی تلاشی آگاهانه برای استفاده از فرصتی که ممکن بود دیگر تکرار نشود. سازمان بیمه خدمات درمانی هم با قبول پرداخت هزینه مراقبت‌های اولیه به نوعی مصالحه نمود. هرچند که هر دو بازیگر با تعارضات دایمی میان مصالحه ذکر شده و خواسته‌های معمول خود درگیر بودند.

قابلیت اجرای چارچوب تفسیری در ایران: این پژوهش، قابلیت اجرای ۲ نظریه جریان‌های چندگانه (مشکلات، خط‌مشی‌ها و عزم سیاسی) و نظریه شبکه را در تبیین شرایط پیاده‌سازی پزشک خانواده در ایران –به عنوان یک کشور با درآمد کم تا متوسط– نشان می‌دهد؛ هر چند که در بستر اجرایی آن تفاوت‌هایی با کشورهای پردرآمد مشاهده می‌شود. نخست این که طبیعت مشکلات نظام سلامت ایران با کشورهای پردرآمد که خواستگاه چارچوب تفسیری هستند تفاوت دارد. به عنوان مثال، باورهای اعتقادی نظیر برابری و عدالت اجتماعی که ریشه در ایدئولوژی جمهوری اسلامی ایران دارند، افراد تصمیم گیرنده را به اِعمال تغییرات متمایل کرد. همچنین مصلحت‌اندیشی موجب تسریع در فرآیند تصویب این خط‌مشی شد. میزان بکارگیری سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد بین کشورهای با درآمد متوسط و کشورهای پردرآمد متفاوت است. از نظر تاریخی این پدیده در کشورهای با درآمد متوسط کمتر رخ داده است، چرا که در این کشورها قدرت‌های فردی و تقارن رخدادها بیشتر در پیشبرد سیاست‌ها نقش داشته‌اند (۲۴).

به علاوه نفوذ سیاسی به گونه‌ای متفاوت با مدل پیشنهادی کینگدان در تکوین برنامه پزشک خانواده ایفای نقش نمود. مثلاً نقش افراد و تسلط آن‌ها بر دیگران در پیشبرد این سیاست اساسی بوده است. به عقیده دای[18] (۲۰۰۱) حتی در شرایطی نظیر ایالات متحده، سیاست‌گذاری عمومی از بالا به پایین صورت می‌گیرد و نه بر عکس (۴۳). در این دیدگاه، سیاست‌گذاری عمومی، منعکس کننده ارزش‌ها، علایق و ترجیحات نخبگان حاکم است. دای، شکل‌گیری سیاست را جدا از پیاده‌سازی آن می‌داند؛ یعنی ممکن است دیوان سالاران در موقع پیاده‌سازی یک خط‌مشی، اِعمال نفوذ کنند، ولی برای اطمینان از عدم اِعمال تغییرات واضح، تمام تصمیمات مورد پایش قرار می‌گیرند. به علاوه در این مطالعه تأکید می‌شود که نادیده گرفتن شبکه‌های مرتبط با موضوع و افراد عالی رتبه می‌تواند بر روی کیفیت خدمات اثر معکوس داشته باشد.

سومین تفاوت، این که در کشور ما مؤلفه‌های دیگری نظیر تقارن زمانی – افزون بر آنچه در جریان‌های چندگانه کینگدان دیده می‌شود– ملاحظه شد که بدون آن‌ها اجرای پزشک خانواده محقّق نمی‌شد. کینگدان انعطاف‌پذیری راهبردها بر طبق شرایط

[16] A 'momentum phenomenon'
[17] Walker
[18] Dye

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

زمینه‌ای را برای رسیدن به اهداف لازم می‌داند ولی تلاقی دو سیاست متناقض (پزشک خانواده و بیمه همگانی روستاییان) با الگوی کینگدان قابل توضیح نیست.

نکته آخر این که در الگوی ایرانی مردم‌سالاری، موج تغییرات به وجود آمده از حیث قانون‌گذاری در حیطه پزشک خانواده و بیمه روستاییان را نمی‌توان به خاطر انتقال قدرت از یک حزب سیاسی اکثریت به حزب دیگر دانست، بلکه شعارهای انقلابی و انگیزش‌های اعتقادی به عنوان مشوق اصلی عمل نمودند.

نتیجه‌گیری

نظریه جریان‌های چندگانه، حساسیت و پویایی خود نسبت به تعریف مشکل، ارایه راه‌حل و فرآیند سیاست‌گذاریِ پیوند دهنده این سه جریان در یک فرصت مناسب در ایران را نشان داد و همچنین نشان داد که چگونه می‌توان تأثیر ایده‌ها را بدون نادیده گرفتن علایق شخصی مورد بررسی قرار داد و نیز تأثیر ادراکات بازیگران، اولویت‌ها و قدرت استدلال آن‌ها را بر پیامدهای دیرهنگام اجرای برنامه (همچون تغییر باورها، هنجارها، ارزش‌ها و اولویت‌های بازیگران دیگر) مورد تأکید قرار داد. این نظریه نشان داد که در فرآیند سیاست‌گذاری، برداشتن گام‌های محکم رو به جلو، مجال اندکی برای مذاکرات وسیع‌تر عمومی و سیاسی باقی می‌گذارد. فرآیند سیاست‌گذاری فوق که به تعبیری منجر به انقلاب دوم در اصلاحات بخش سلامت در ایران شد، عملاً به وسیله نقش‌آفرینان اندکی که در پی اهدافی متناقض بودند در فرصت مقتضی به سرانجام رسید. درک این شبکه‌های سیاست‌گذاری از جهت بها دادن به پیوستگی جریان‌ها در دنیای واقعی سیاست‌گذاری سودمند است.

جریان‌های چندگانه کینگدان در تفسیر شکل‌گیری پزشک خانواده در ایران بسیار سودمند است، چرا که شبکه‌های جامعه سیاست‌گذاری را با وقایع گسترده‌تر ادغام کرده و تردید میان ایده‌ها و علایق را در سیاست‌گذاری مورد توجه قرار داده است. این نظریه به شیوه‌ای خاص یک واقعه بزرگ سیاسی (جریان عقیدتی و مفهوم انقلابی رسیدگی به محرومین و افزایش عدالت) را با یک توسعه درون‌بخشی خدمات سلامت با ابعاد کوچک‌تر (سطح‌بندی و ارایه خدمات در قالب پزشک خانواده) پیوند داده است.

مدل مورد بحث، از دو طریق بر اهمیت بازیگران (به عنوان حلقه کوچکی از سیاست‌گذاران) در پرداختن به نقش ایده‌ها دلالت دارد: ۱- پیدا کردن راه‌حل برای مشکلات نه فقط بر مبنای کارایی یا قدرت، بلکه بر اساس مبانی اعتقادی صورت گرفت؛ ۲- طرز تفکر سیاسی نسبت به مشکل، ابتکاری جالب در فضای ابهام‌آمیز سیاست‌گذاری سلامت در ایران بود.

محدودیت‌ها: این مطالعه دارای محدویت‌های زیر است: ۱- ارزیابی سیاست‌ها نیاز به بازه زمانی طولانی‌تر (حداقل یک دهه) دارد (۴۴) که در این مطالعه دیده نمی‌شود.

۲- بخش عمده داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته به دست آمده‌اند. اگرچه ما سعی کردیم اعتبار مطالعه را به طرق دیگری نظیر جمع‌آوری داده‌ها در طول زمان، در مناطق مختلف و از افراد متعلق به رده‌های مختلف و با انجام تحلیل زمینه‌ای بهبود بخشیم، نمی‌توان عقاید نهفته پاسخ دهندگان و ملاحظات سیاسی اجتماعی را در بستر خاص اصلاحات نظام سلامت در ایران نادیده گرفت. علی‌رغم بکارگیری روش‌های چندگانه برای افزایش دقت (۴۵)، ما نمی‌توانیم برای رسیدن به یک حقیقت کلی به سادگی داده‌ها را در هم ادغام کنیم (۴۶ و ۴۷). با بکارگیری رویکرد تفسیریِ مبتنی بر نظریه‌های منتخب به جای رویکرد قطعی‌نگر، ما سادگی را بر جستجوی غیرواقعی برای یک برداشت کامل از ماجرا ترجیح دادیم و اذعان داریم که در صورت استفاده از چارچوب‌های تحلیلی دیگر، ممکن است یافته‌ها به گونه‌ای متفاوت قابل تفسیر باشند.

۳- چارچوب تفسیری را می‌توان به خاطر فراهم نکردن ابزار لازم برای تحلیل رویدادها در سطوح خرد و میانی مورد انتقاد قرار داد. پیام کلیدی این است که عوامل ذکر شده گرچه روی جهت‌گیری سیاست نفوذ داشته‌اند، روی پیاده‌سازی یا تسهیل اجرای سیاست نقش تعیین کننده‌ای نداشته‌اند. به علاوه نقش تدوین‌گران تیزبین سیاست به طور مبهم تعریف شده است؛ اما این نکته مطرح شده است که نقش‌آفرینان علاقمند می‌کوشند تا جریان‌های متلاطم و گسسته را به سمت دلخواه هدایت کنند. نحوه عمل آن‌ها و تأثیر ارزش‌ها و هنجارهای آنان روی عملکردشان به خوبی معلوم نیست.

۴- در چنین مطالعه‌ای که موضوعات حساس سیاسی را مورد بررسی قرار داده (۲۴) و لازمه آن درگیر نمودن نخبگان سیاست‌گذاری است (۴۸)، وجود برداشت‌های ذهنی و معرفت شناختی اجتناب‌ناپذیر است. ما تصدیق می‌کنیم که ممکن است جایگاه ما نه فقط روی دسترسی به داده‌ها بلکه روی تفسیر علمی هم اثر گذاشته باشد (۴۹)؛ هرچند که نویسنده مسئول، هم موقعیت داخل سیستمی و هم خارج سیستمی داشت که راه همکاری را در سطوح مختلف هموار می‌کرد. به علاوه، این نویسنده نسبت به اجرا یا عدم اجرای پزشک خانواده بی‌طرف بود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

۵- آخرین مورد این که، تکیه کردن بر علل ویژه و منحصر به فرد که منجر به تغییر سیاست می‌شود تعمیم‌پذیری یافته‌ها را تهدید می‌کند. هر چند که یک خصیصه همیشگی تحلیل سیاست‌ها، تغییر رویه بخش سیاست‌گذاری در زمان‌های مختلف است و این تغییر رویه، ارزش الگوهای مختلف تغییر سیاست را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵۰).

با توجه به این که مطالعات اندکی راجع به شکل‌گیری سیاست‌های عمومی در ایران صورت گرفته، یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای مطالعات و طرح‌های مشابه سودمند باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان لازم می‌دانند مراتب تشکر و قدردانی خود را از مجله انگلیسی زبان Health Policy and Planning که نسخه انگلیسی مقاله حاضر را به چاپ رسانده است (۵۱) اعلام نمایند. ترجمه حاضر برگردان فارسی مقاله مذکور است که با تغییرات و اصلاحاتی در دسترس علاقمندان قرار می‌گیرد.

References

1- WHO. World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization 2008; Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
2- Davis K, Schoen C, Schoenbaum SC. Mirror, Mirror on the Wall: An Update of the Quality of American Healthcare through the Patient's Lens. New York: Commonwealth Fund 2006; Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Davis_mirrormirror_915.pdf.
3- Campbell JL. Provision of primary care in different countries. British Medical Journal 2007; 334: 1230–1.
4- Bindman AB, Majeed A. Organization of primary care in the United States. British Medical Journal 2003; 26: 631- 4.
5- Bodenheimer T. Primary care in the United States. Innovations in the primary care in United States. British Medical Journal 2003; 326: 796–9.
6- Lovkyte L, Padaiga Z. Physician workforce reform in Lithuania: an inevitable transition. Cahiers de sociologie et de de´mographie me´dicales 2001; 41: 347–68.
7- Ferrer RI, Hambridge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. Annals of Internal Medicine 2005; 142: 691-9.
8- Starfield B, Shi l, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly 2005; 83:457-502.
9- Anderson GF, Hurst J, Hussey PS, Jee-Hughes M. Health spending and outcomes: trends in OECD countries, 1960-1998. Health Affairs 2000; 19: 150-7.
10- Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
11- WHO Euro. What are the Advantages and Disadvantages of Restructuring a Health Care System to be More Focused on Primary Care Services? Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, Health Evidence Network; 2004.
12- Tavassoli M. Iranian health houses open the door to primary care. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86: 585-6.
13- Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2000; 6: 822-5.
14- Takian A. (dissertation). Implementing Family Medicine in Iran: Identification of Facilitators and Obstacles. London: University of London, UK; 2009.
15- Taylor S, Marandi A. Social determinants of health and the design of health programmes for the poor. British Medical Journal 2008; 337: 290.
16- HERIMP. Proceedings of a Seminar of Challenges and Development Vision in Iran. Tehran: Higher Educational and Research Institute in Management and Planning 2004; pp. 19-26.
17- UNDP. Human Development Indices: A Statistical Update 2008; Available from: http://hdrstats.undp.org/en/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs_IRN.html.
18- Statistical Centre of Iran. Results of 10th Year Household Survey. Tehran: Statistical Centre of Iran; 2007.
19- Population Reference Bureau. Data by geography: Iran, summary 2009; Available from: http://www.prb.org/Datafinder/Geography/Summary.aspx?region¼141&region_type¼2.
20- WHO. World Health Statistics 2009; Available from: http://www.who .int/whosis/ whostat/2009/en/index.html.
21- National Unit for Health Services Reform. Health System Reform in the Islamic Republic of Iran. 2nd ed. Tehran: National Unit for Health Services Reform, Ministry of Health & Medical Education; 2005.
22- Sabatier PA, Jenkins-Smith H. Policy Changes and Learning: An Advocacy Coalition Approach. Boulder, CO: Westview Press; 1993.
23- Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. 1st ed. London: Open University Press; 2005.
24- Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. Doing health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning 2008; 23: 1-10.
25- Kingdon J. Agendas, Alternatives and Public Policies. 2nd ed. New York: HarperCollins; 2003.
26- Marsh D, Rhodes RAW. Policy communities and issue networks: beyond typology. In: Marsh D, Rhodes RAW (eds). Policy Networks in British Government. Oxford: Oxford University Press; 1992.
27- Harrison MI. Implementing Change in Health Systems, Market Reforms in the United Kingdom, Sweden & the Netherlands. London: Sage Publications Ltd; 2004.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

28- Prior L. Using Documents in Social Research. London: Sage Publications; 2003.
29- Jupp V. Documents and critical research. In: Sapsford R, Jupp V (eds). Data Collection and Analysis. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 1996; pp. 298-316.
30- Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess R (eds). Analysing Qualitative Data. London: Routledge 1994; pp. 173–94.
31- Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. In: Pope C, Mays N (eds). Qualitative Research in Health Care. London: BMJ Publishing Group; 1999.
32- Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. Health Policy 2008; 85: 148-61.
33- Patton MQ. Qualitative Evaluation & Research Methods. 2nd ed. London: Sage; 1990.
34- Green J. Commentary: Grounded theory and the constant comparative method. British Medical Journal 1998; 16: 1064-5.
35- Ministry of Health & Medical Education (MOHME). The 4th 5-Year Comprehensive Progress Programme of the Islamic Republic of Iran. National Legislation of Progress in the Health Sector. Tehran: Ministry of Health & Medical Education; 2005.
36- National Unit for PHC Expansion & Health Promotion. The Operational Instruction for FM and Behbar, Version 8.00. Tehran: National Unit for PHC Expansion & Health Promotion, Ministry of Health & Medical Education; 2008.
37- Lipsky M. Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
38- Zahariadis N. Ambiguity, time, and multiple streams. In: Sabatier P (ed.). Theories of the Policy Process. 1st edition. Boulder, CO: Westview Press 1999; pp. 73–93.
39- Baumgartner FR, Jones BD. Agenda dynamics and policy subsystems. Journal of Politics 1991; 3:1044-74.
40- Baumgartner FR, Jones BD. Agenda and Instability in American Politics. Chicago: University of Chicago Press; 1993.
41- Walker J. Setting the agenda in the U.S. Senate: a theory of problem selection. British Journal of Political Science 1971; 7: 423-55.
42- Riker W. Implications from the disequilibrium of majority rule for the study of institutions. American Political Science Review 1980; 90: 534-54.
43- Dye T. Top-Down Policy Making. London: Chatham House; 2001.
44- Sabatier PA. Theories of the Policy Process: Theoretical Lenses on Public Policy. Boulder, CO: Westview Press; 2007.
45- Denzin NK. Strategies of multiple triangulation. In: Denzin NK (ed.). The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1989.
46- Armstrong D, Gosling A, Weinman J, Marteau T. The place of inter-rater reliability in qualitative research: an empirical study. Sociology 1997; 31: 597-606.
47- Silverman D. The quality of qualitative health research: the open-ended interview and its alternatives. Social Science in Health 1998; 4: 104–18.
48- Shiffman J. Generating political priority for maternal mortality reduction in 5 developing countries. American Journal of Public Health 2007; 97: 796–803.
49- Parkhurst JO. The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. The Lancet 2002; 360: 78-80.
50- Cairney P. A ''multiple lenses'' approach to policy change: the case of tobacco policy in the UK. British Politics 2005; 2: 45–68.
51- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy Plan 2011; 26(2): 163-173.

پیوست ۱- طبقه‌بندی استفاده شده برای انتخاب و تحلیل مستندات

نگارندگان مستنداتی را انتخاب کردند که:

- تاریخچه توسعه پزشک خانواده را بازگو می‌کرد.
- دگرگونی و بازنگری انجام شده روی پزشک خانواده، محتوای پزشک خانواده، مذاکرات سیاسی و اجتماعی پیرامون پزشک خانواده و دلایل تلفیق آن با بیمه همگانی روستاییان را شرح می‌داد.
- روند پیشرفت پزشک خانواده و بیمه روستاییان و چالش‌های پیش رو را در مقاطع سالیانه، ۳ ماه یک بار و یا به طور نامنظم گزارش می‌کرد.
- نتایج ارزیابی عملکرد دست‌اندرکاران و مدیران را در خصوص پیاده‌سازی پزشک خانواده گزارش می‌کرد.
- سیاست پزشک خانواده و منافع آن، پیامدهای مربوط به آینده و نظایر آن را برای گروه‌های مختلف ذی‌نفعان، از طریق ارایه مطالب یا مدارک مکتوب شرح می‌داد.
- پیشرفت اجرای پزشک خانواده، نگرش و انتظارات ذی‌نفعان و تصمیمات اخذ شده برای پرداختن به این دغدغه‌ها را نشان می‌داد که در درجه اول شامل روزنامه‌ها و مجلات و در مراتب بعدی شامل مطالعات پیمایشی و مکاتبات درون سازمانی و بین سازمانی - اعم از محرمانه و غیر محرمانه- بود.
- و مستنداتی که با در نظر گرفتن برنامه پزشک خانواده و اصلاحات آن برای آموزش شاغلین و عموم مردم فراهم شده بود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

Expediency and Coincidence in the Formation of Family Physician and Universal Rural Health Insurance in Iran

Moshiri E[1,2] (MD, MPH, PhD candidate), Takian A[3,4,5*] (MD, PhD, FHEA), Rashidian A[1,6] (MD, PhD), Kabir MJ[7] (MSC, PhD candidate)

[1] *Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Deputy for Health Affairs, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran*
[3] *Division of Health Studies, School of Health Sciences & Social Care, Brunel University London, UK*
[4] *Department of Practice and Policy, UCL School of Pharmacy, London, UK*
[5] *National Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[6] *National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[7] *Department of Health and Social Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*

Received: 10 Jul 2012, Accepted: 6 Dec 2012

Abstract

Introduction: Analyzing the evidence generated over decades, the World Health Report 2008 recommended the expansion of primary health care (PHC) to achieve better population health, higher equity and lower costs. Over the last two decades, the Iranian model of PHC has resulted in population health indices that match the best in the region. Despite the extensive PHC networks in rural areas, there was an expansion of private outpatient care and hospital-based services. This model has been inadequate to meet the evolving health needs of the population and increasingly difficult to afford. In response, a family physician (FP) program has been implemented since August 2005, funded through universal rural health insurance scheme. In this paper, we aimed to identify facilitators of and barriers to the implementation of the FP in Iran.

Methods: Data were collected between November 2006 and May 2007 through semi-structured interviews at national (19 interviews), provincial (9 interviews) and local (43 interviews) levels, as well as a purposive document analysis. The framework approach was used for analyzing the interviews. Document analysis followed a narrative contextual framework. We interpreted data using an interpretive framework consisting of multiple streams and network theories.

Results: The introduction of rural health insurance provided FP advocates with the opportunity to place FP on the policy agenda. They skillfully coupled the two policies and defined FP as the only solution to fulfill the purposes of rural health insurance program. .However, the manner in which policy was formed was the main obstacle to desired implementation of FP.

Conclusion: The interpretive framework links the concept of outreach to the poor and enhancing equity to rationing health services at a particularly opportune moment in Iran. However, using windows of opportunity to implement a major policy change, if it results in sacrifices in planning and preparedness, may harm the policy and the future success in achieving its objectives.

Key words: Family physician, universal rural health insurance, implementation, multiple streams, policy networks

---

The original paper has been published in Health Policy and Planning (2011, 26(2):163-73). Please cite this revised translation as follows:

Moshiri E, Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and Coincidence in Formation of Family Physician and Universal Rural Health Insurance in Iran. Hakim Research Journal 2013; 15(4): 288- 299.

---

*Corresponding Author: Division of Health Studies, School of Health Sciences & Social Care, Brunel University London, Uxbridge, UB8 3PH, UK. Tel: +44(0)1895268796, E-mail: amir.takian@brunel.ac.uk

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]