

مطالعه چالش‌های اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

ملیحه شیانی^۱، آرش رشیدیان^۲، آذر محمدی^{۳*}

۱- گروه برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران ۲- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز پژوهش‌های دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت

* نویسنده مسؤل: دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی، گروه برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی. تلفن ۰۹۱۳۷۷۲۰۹۷۸
پست الکترونیک: azar.mohammadi88@yahoo.com

دریافت: ۹۴/۵/۲۴ پذیرش: ۹۴/۹/۱۷

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین سیاست‌های مطرح شده در دهه اخیر در عرصه نظام سلامت، برنامه پزشک خانواده است که بر طبق مواد قانونی موجود تاکنون باید به صورت ملی اجرا می‌شد، ولی اجرای آن محدود به روستاها و به صورت پایلوت در دو استان فارس و مازندران شد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مطالعه فهم بهتر چالش‌هایی اجرایی پزشک خانواده بر اساس نظریه تضاد صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه کیفی مبتنی بر نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. تکنیک مصاحبه و تحلیل اسنادی جهت تولید داده‌ها، و تحلیل محتوی جهت تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد. در مجموع، ۲۶ مصاحبه با سیاست‌گذاران، مجریان در سطوح ارشد کشوری و صاحب‌نظران مطرح و کلیدی در زمینه پزشک خانواده صورت گرفت.

یافته‌ها: چالش‌های اجرای پزشک خانواده تحت پنج مقوله اصلی شناسایی شدند، که عبارتند از: «چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت»، «ماهیت چالش برانگیز پزشک خانواده»، «پزشکی کردن مدیریت»، «تضاد منافع»، «روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دخیل در برنامه پزشک خانواده».

نتیجه‌گیری: چالش‌های اجرای پزشک خانواده در شرایط تنش، تضاد و ناهماهنگی بین اجزای مختلف نظام سلامت در ابعاد مختلف، بهتر فهمیده می‌شوند. در واقع از میان سه نظریه مطرح در جامعه‌شناسی پزشکی، چالش‌های پزشک خانواده در قالب نظریه تضاد بهتر قابل فهم بوده، هر چند که گاه برخی از یافته‌ها فراتر از نظریه تضاد هستند.

کلواژگان: طرح پزشک خانواده، نظام ارجاع، نظام سلامت، تضاد

مقدمه

نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور در سال ۱۳۶۴ بوده است (۳). با این حال در سال‌های اخیر، این نظام فاقد انعطاف لازم برای برآوردن نیازهای نوظهور جامعه بوده است. نیازهایی که نظام سلامت کشور را با چالش‌های جدیدی مواجه ساخته است (۴). بنابراین اصلاح نظام سلامت از برنامه سوم توسعه در سرلوحه سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش قرار گرفت. بدین گونه که از سال ۱۳۸۱ گروهی از تمام سازمان‌های بیمه‌گر و کارشناس بخش‌های مختلف دخیل در

سلامتی محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده است و اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد (۱). از این رو سلامت به عنوان یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان، حقی است همگانی که مسؤولیت و تولید آن بر عهده دولت‌ها است (۲). در ایران نیز از سال ۱۳۵۳ تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت خوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، صورت گرفت که مهم‌ترین این تلاش‌ها، طراحی و استقرار مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

از این تسهیلات در مقایسه با جوانان توجیه ندارد، بنابراین باید خدمات دیالیز را به جوان‌ترها محدود کرد (۱۳).

نظریه تضاد یک رویکرد 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 (۱۱)، برخی از سؤال‌هایی که نظریه‌پردازان تضاد مطرح می‌کنند، عبارتند از:

- از نزاع بین گروه‌های در حال تضاد الگوهای فعلی چگونه ظهور کرده‌اند؟ - گروه‌ها و طبقات مسلط چگونه به امتیازات ویژه نایل 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؟ (۱۲) - جامعه‌شناسی که با این رویکرد در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی فکر و مطالعه کرده‌اند می‌توان از ویتزکین^۱، ناوارو^۲ و میشلر^۳ نام برد (۱۳).

کنش متقابل نمادین، کاملاً متمایز از دو دیدگاه تضاد و کارکردگرایی است، چرا که به تجزیه و تحلیل "رفتار" در سطح خرد و فرد توجه دارد (۱۴). از جمله مهم‌ترین مسائلی که این رویکرد بر آن متمرکز است عبارتند از: - چه معانی را مردم برای "اعمال" دیگران یافته‌اند؟ - چگونه این معانی ایجاد شده‌اند؟ - چگونه دیگران به این معانی پاسخ می‌دهند؟ ... (۱۲). از کاربردهای نظریه کنش متقابل نمادین در مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی، مطالعه روابط بین پزشک و بیمار و نیز سایر دست‌اندرکاران نظام خدمات بهداشتی به لحاظ کنش‌ها، رفتارها، معانی، منظورها، کج‌فهمی‌ها و سوءتعبیرات، همین‌طور در مطالعه تعاریف و برداشتهای از بیماری و معالجه و خدمات بهداشتی است (۱۳). با توجه به آن چه بیان شد، رویکرد تضاد با توجه به مفروضات اساسی و مفاهیم کلیدی‌اش، به عنوان مبنای پژوهش حاضر در نظر گرفته شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش کیفی (۱۳۹۳) است. چرا که «یافته‌هایی تولید می‌کند که با توسل به عملیات آماری یا سایر روش‌های شمارشی حاصل نیامده است» (۱۵). جامعه پژوهش در برگزیده سیاست‌گذاران، مجریان و صاحب‌نظران پزشک خانواده در وزارت بهداشت، سازمان بیمه خدمات درمانی، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان نظام پزشکی و دانشگاه‌های

سلامت، اقدام به تشکیل تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت کردند که در نهایت ۴ استان را به عنوان نقاط پایلوت، جهت استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی بر پزشک خانواده تعیین کردند، اما با وجود توافق مسؤولان وقت هیچ‌گونه گام عملی در این زمینه برداشته نشد (۵)، تا این که دو روزنه امیدبخش پدید آمد. این دو روزنه عبارت بودند از: "تصمیم هیأت دولت برای بازسازی نظام سلامت بم" و «بازنگری لایحه بودجه سالیانه ۱۳۸۴ به منظور تأمین اعتبارات بیمه همگانی روستاییان توسط کمیسیون بهداشت و درمان مجلس به همراه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت» (۴). بر این مبنای مسؤولین دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی تصمیم گرفتند تا از این موقعیت‌های پیش رو در جهت ایجاد یک فرصت برای اجرای توأم برنامه بیمه روستا و پزشک خانواده استفاده کنند (۶). بنابراین از سال ۱۳۸۴ به بعد "برنامه پزشک خانواده به عنوان بهترین گزینه اصلاح نظام سلامت" (۷)، از سیاست‌گذاری‌های مهم و اولویت اصلی نظام سلامت، "که در سطح کلان دولت مجری و مجلس ناظر اصلی آن است" (۸)؛ مطرح شد که بر طبق قانون برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باید در سراسر ایران (۹ و ۱۰) اجرا می‌شد، که چنین امری به جز در روستا و برخی شهرها به وقوع نپیوست. از این رو پژوهش حاضر با هدف مطالعه چالش‌هایی که اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت با آن مواجه بوده است صورت گرفت. اهمیت پژوهش نیز دقیقاً نشأت گرفته از جایگاه برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت و تأثیر محوری آن بر سلامت و جایگاه سلامتی در زندگی مردم و توسعه جامعه دارد.

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

نظریه کارکردگرایی ساختاری رویکرد جامعه‌شناختی است که بر روش‌هایی که قسمت‌های مختلف جامعه سازمان یافته‌اند تا ثبات جامعه را حفظ کنند، تأکید می‌کند (۱۱). در این نظریه جامعه به عنوان سیستمی ثابت و در عین حال متمایل به سمت تعادل نگریسته می‌شود (۱۲). در به کارگیری رویکرد کارکردگرایانه در حوزه خدمات بهداشتی، می‌توان به استدلال‌هایی که برای محدود کردن دسترسی به تسهیلات پزشکی مثلاً دیالیز در آمریکا اشاره کرد، که بر حسب آن استدلال می‌شود با توجه به هزینه‌های بالا، استفاده افراد مسن

¹ Waitzkin

² Navarro

³ Mishler

مصاحبه نیز به صورت 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. سپس تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری داده‌ها انجام پذیرفت. به این صورت که در ابتدا تحلیل خرد (شامل دو مرحله کدگذاری باز و محوری) انجام شد، و در مرحله آخر بر اساس کدگذاری انتخابی مقوله‌های هسته‌ای به عنوان چالش‌های اجرای پزشک خانواده مشخص شدند (۱۶).

نتایج

در پی مطالعه چالش‌های اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت، پس از جمع‌آوری و گردآوری داده‌های مربوطه، و تحلیل اطلاعات گردآوری شده؛ به طور کلی چالش‌ها تحت عنوان پنج مقوله اصلی و ۱۷ مقوله فرعی شناسایی شدند که به ترتیب مورد اشاره قرار می‌گیرند.

جدول ۱- چالش‌های اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

۱. نشانگان بیماری و ساختار آنومیک نظام سلامت	چالش‌های ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت
۲. فرابخشی بودن و چندگانگی حاکم بر نظام سلامت	
۳. کم‌کارکردی نظام آموزشی نظام سلامت	ماهیت چالش برانگیز پزشک خانواده
۱. هرمنوتیک 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 واقع‌بینی است یا ملمبه‌ای برای مخالفت	پزشکی کردن مدیریت
۱. نیاز به نگاه حرفه‌ای به مدیریت و سیاست‌گذاری	
۲. پزشک خوب لزوماً مدیر یا سیاست‌گذار خوبی نیست	
۳. ذینفع بودن سیاست‌گذار/ تضاد منافع و شفاف نبودن مرزها	تضاد منافع
۱. تضاد و ناهماهنگی بدنه وزارت بهداشت	
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 با ابزاری برای فرافکنی مجربان	روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دخیل در برنامه پزشک خانواده
۱. تضاد یا همکاری حاکم بر روابط وزارت بهداشت با وزارت رفاه؟	
۲. تعصب سازمانی و سازمانی شدن نگاه فنی	

۱- چالش‌های ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت

برنامه پزشک خانواده، خود تحت تاثیر آشفته‌گی‌ها، هرج و مرج و چالش‌های حاکم بر نظام سلامت قرار می‌گیرد. این ساختار نابسامان نظام سلامت تبدیل به سد، مانع و چالشی بر سر راه اجرایی شدن پزشک خانواده می‌شود که در این زمینه مصاحبه‌شوندگان بر سه عامل اساسی زیر تأکید کردند.

۱-۱) نشانگان بیماری و ساختار آنومیک نظام سلامت:

نشانگان بیماری و ساختار آنومیک نظام سلامت، بر بی‌نظمی و هرج و مرج حاکم بر نظام سلامت دلالت دارد، که خود را اصولاً به صورت نبود متولی برای بیمار، عدم نظارت کافی بر رفتار بیمار و پزشک، دامنه اختیار گسترده پزشک، سوق یافتن بخش

خصوصی و پزشکان به سمت ارائه خدمات با درآمد بالا، ایجاد نیازهای القائی به عنوان "فاجعه‌ای در نظام سلامت" (مقام ارشد اجرایی پزشک خانواده)، ماهیت صنفی و هزینه‌ساز نظام پزشکی و اتلاف منابع مالی که گاه از آن به عنوان "جیب سوراخ نظام سلامت" یاد می‌شود (مقام ارشد بیمه سلامت ایرانیان)، نمایان می‌سازد.

۱-۲) فرابخشی بودن و چندگانگی حاکم بر نظام سلامت: در این خصوص مصاحبه‌شوندگان عمدتاً دو محور کلی و بسیار نزدیک به هم را مطرح کردند. محور اول فرابخشی بودن حوزه سلامت است، نکته‌ای که در سیاست‌گذاری در حوزه نظام سلامت به دلیل اهمیتش باید مدنظر قرار بگیرد به گونه‌ای که

با ضرورت، کارکرد و اجتناب‌ناپذیری پزشک خانواده در نظام سلامت ایران تفاهم و اجماع در گفتمان‌ها وجود دارد؛ ولی در ارتباط با ماهیت، چیستی، تعبیر و معنا، و رویکردهای موجود نسبت به پزشک خانواده حتی در بین بالاترین مقام‌های اجرایی پزشک خانواده هیچ گونه گفتمان یکسانی وجود ندارد. اکثر مصاحبه‌شوندگان بر نبود ادبیات مشترک نسبت به پزشک خانواده، رویکرد سلیقه‌ای و مبتنی بر تجربه شخصی سیاست‌گذاران و مجریان پزشک خانواده در ارتباط با ماهیت پزشک خانواده به عنوان یکی از عمده‌ترین چالش‌های اجرای پزشک خانواده تأکید می‌کردند. "هیچ تعریف روشنی از پزشک خانواده نداشتیم. فقط گفتند پزشک خانواده. خوب طبیعتاً برای همچین کانسپتی (concept) ما نیاز به یک ادبیات داشتیم" (مدیر ارشد بیمه سلامت ایرانیان). در این زمینه در راستای تأیید مطالب فوق، یکی از مصاحبه‌شوندگان در جایگاه بالاترین مقام سابق اجرایی پزشک خانواده، بیان کرد که تنها شخصی است که بر معنا و مفهوم پزشک خانواده اشراف داشته، در حالی که شناخت خود از پزشک خانواده را مبتنی بر تجربه شخصی خود می‌داند.

۲-۲) ویژگی‌های چالش برانگیز پزشک خانواده: مطرح شدن و فلسفه وجودی برنامه پزشک خانواده به عنوان یک برنامه کلان ملی در جهت اصلاح و بسامان کردن نظام آشفته سلامت، نشان از ویژگی ریشه‌ای و زیربنایی این برنامه دارد. در واقع ویژگی‌هایی چون فرآیندی، فرابخشی، مشارکتی، کنترل کردن و محدودیت‌زایی، مدیریت کردن و نظم‌دهی جزء ویژگی‌های ذاتی برنامه پزشک خانواده است، ویژگی‌هایی که در تعامل و ارتباط با "ساختار گل‌آلود نظام سلامت" (مقام ارشد اجرایی پزشک خانواده) خود به شدت به چالش کشیده می‌شود و نشان از دشواری اجرای پزشک خانواده و مقاومت‌های موجود در برابر آن دارد.

نکته قابل توجه، این است که محدودیت‌زایی پزشک خانواده در دو بعد در نظر گرفته می‌شود، یکی محدودیت‌زا بودن آن برای مردمی که در اصل باید منتفع‌ترین ذی‌نفع پزشک خانواده باشند؛ و دیگری محدودیت‌زا بودن آن برای تأمین‌کنندگان و سایر ارایه‌دهندگان خدمت که از ساختار ناهنجار و بی‌در و پیکر نظام سلامت سود هنگفتی عایدشان می‌شود. "... از اونجا که مردم ما عادت کردند که مستقیم بروند پیش متخصص و پزشکان ما به خصوص پزشک عمومی عادت کردند به درآمدهای خاصی به خصوص در شهرستان‌های کوچک. باید خیلی حساب شده عمل کنیم" (مدیر ارشد دانشگاه شهید بهشتی). در این زمینه به زعم یکی از مصاحبه‌شوندگان در

گاه توفیق هر برنامه‌ای در گرو مدنظر قرار دادن آن قرار دارد. محور دوم یکی نبودن متولی حوزه سلامت و به تبع آن چندپارگی سیاست‌گذاری به عنوان ریشه و سرچشمه بسیاری از آشفتگی‌ها و سردرگمی‌های نظام سلامت است که تا حدی ریشه در ماهیت فرابخشی بودن حوزه سلامت، و ضعف قانون در تعیین حدود وظایف دارد. در این زمینه از تعدد سازمان‌های بیمه به عنوان مصداقی از چندگانگی نظام سلامت نام برده می‌شد.

۱-۳) کژکارکردی نظام آموزشی نظام سلامت: کژکارکردی نظام آموزشی نظام سلامت بر عدم تناسب میان تعلیم و تربیت پزشکان و نیازهای جامعه، و نظام برنامه‌ریزی کشور منجمله فرصت‌های شغلی موجود دلالت دارد. در این راستا تربیت پزشکان فراتر از نیازهای جامعه و فرصت‌های شغلی موجود در نظر گرفته می‌شود. این مسأله از جمله دیگر مواردی است که مصاحبه‌شوندگان بر چالش‌زا بودن آن در نظام سلامت و به تبع آن در زمینه اجرای پزشک خانواده بر آن تأکید می‌کنند. به نظر مصاحبه‌شوندگان این کژکارکردی‌ها به صورت درمانگر شدن پزشکان، سوق یافتن پزشکان به سمت ایجاد نیازهای القایی، عدم مهارت و صلاحیت پزشکان برای ایفای نقش پزشک خانواده، و در نهایت بخش خصوصی ناهنجار تظاهر می‌یابد. هر چند در این زمینه مصاحبه‌شونده‌ای با وجود پذیرش نقص‌های پزشک عمومی در جایگاه پزشک خانواده، معتقد بر این امر است که "اتفاقاً پزشک عمومی به سرعت می‌تواند صلاحیت ایفای نقش پزشک خانواده را داشته باشد و عدم تربیت و عدم صلاحیت پزشکان، بهانه و ابزاری در جهت مخالفت با پزشک خانواده است" (از مقام‌های ارشد وزارت بهداشت).

۲- ماهیت چالش برانگیز پزشک خانواده

با توجه به محتوای مصاحبه‌ها، بسیاری از چالش‌ها از ماهیت پزشک خانواده نشأت می‌گیرد. در واقع محور برخی از چالش‌ها از یک سو دقیقاً مرتبط با تضاد گفتمان‌ها در ارتباط با چیستی و ماهیت پزشک خانواده میان سیاست‌گذاران و مجریان کلیدی پزشک خانواده در حوزه سیاست‌گذاری و اجرایی است، و از سوی دیگر برخی نیز از ویژگی‌های ذاتی پزشک خانواده نشأت می‌گیرد که برخی از این ویژگی‌ها مثل محدودیت‌زایی خود ذاتاً چالش برانگیزند، و برخی دیگر ویژگی‌هایی هستند که آشفتگی نظام سلامت و نوع رویکرد مجریان با این ویژگی‌ها عاملی در جهت چالش‌زایی این ویژگی‌ها است. در ادامه به مجموعه این مباحث پرداخته شده است.

۱-۲) هرمونوتیک پزشک خانواده: یکی از نتایج قابل تأمل حاصل از مصاحبه‌ها این نکته است که با وجود این که در ارتباط

نداشت وارد اون بشه!" (مدیر ارشد بیمه سلامت ایرانیان). "... یک جوی بود که از بالا تزریق می‌شد و این باعث شد که کار به نتیجه‌ای که می‌خواستیم نرسد" (متخصص پزشکی اجتماعی دانشگاه تهران).

در مقابل، برخی از مصاحبه‌شوندگان، معتقد بودند که متولی برنامه پزشک خانواده وزارت بهداشت است، از این رو در مرحله سیاست‌گذاری برنامه، سازمان نظام پزشکی و سایر ذی‌نفعان نباید مداخله‌ای داشته باشند، چرا که لازمه حفظ جایگاه تولی‌گیری وزارت بهداشت عدم مداخله سایر سازمان‌ها است. علاوه بر این عدم تعدد سازمان‌های دخیل در مرحله سیاست‌گذاری برنامه، خود نیز عاملی جهت کاهش چالش‌ها در ارتباط با موضوع، و تسریع روند سیاست‌گذاری می‌باشد. با این حال این گروه گر چه در عرضه سیاست‌گذاری وزارت بهداشت را متولی امر می‌دانستند؛ ولی بر این نکته نیز تأکید می‌کردند که جهت تهیه بسته سیاستی مناسب از سایر سازمان‌های ذی‌نفع و دخیل باید به صورت مشورتی کمک گرفت.

۲-۴) لازمه ماهیت زمان‌بری پزشک خانواده واقع‌بینی است یا ملعبه‌ای برای مخالفت؟: پزشک خانواده یک برنامه فرایندی، بلندمدت و زمان‌بر است. در این زمینه مصاحبه‌شوندگان ضمن پذیرش ماهیت زمان‌بری، متذکر این نکته می‌شوند که ماهیت زمان‌بری از همان سال‌های پیش مورد توجه مجریان پزشک خانواده بود ولی آن چه که اهمیت دارد توجه به این نکته است که ماهیت زمان‌بری گاه به جای این که سبب واقع‌بینی در جهت استقرار پزشک خانواده شود، خود تبدیل به ابزار و حربه‌ای برای ممانعت و به حاشیه راندن اجرای پزشک خانواده از بطن نظام سلامت شده است. مصاحبه‌شوندگان جهت صدق ادعای خود بیان می‌کنند که امروز همان زمانی است که سال‌های پیش بر ضرورت گذر آن جهت اجرای برنامه پزشک خانواده تأکید می‌کردند چرا که در شرایط و زمان کنونی بسترهای اجرا و استقرار فراهم شده است. "بعد هم وزیر جدید اومد گفت من اصلاً این پزشک خانواده را قبول ندارم بایستی ۱۵-۱۰ سال بگذرد، خوب این زمان را سال‌های پیش هم می‌گفتند که بگذرد، خوب سال ۹۰ رسیده بودیم به اون زمانی که ۱۰ سال پیش می‌گفتند باید برسه..." (مسئول گروه ارجاع و پزشک خانواده بیمه سلامت ایران).

۳- پزشکی کردن مدیریت

پزشکی کردن مدیریت، چالشی است که از جهت ارتباط با ساختار نظام سلامت می‌تواند در ذیل "چالش‌های ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت"، و از جهت تضاد منافع ناشی از

جایگاه مقام ارشد اجرایی وزارت بهداشت "پزشک خانواده همه را به خط کرده و دیگر کسی نمی‌تواند از ساختار گل‌آلود نظام سلامت ماهی خود را بگیرد".

بنابراین همان طور که مشخص است مابین دو بعد محدودیت پزشک خانواده تفاوت آشکاری وجود دارد، چرا که نارضایتی و مقاومت مردم در برابر ویژگی محدودیت‌زایی پزشک خانواده امری کوتاه‌مدت و بر مبنای تجربه تمام کشورها بوده است. از این رو از نظر پژوهشگر توجه به این نکته از آن جهت که سبب روشنگری سیاست‌گذاران در جهت مواجهه به بهترین نحو ممکن با این تنش‌ها می‌شود، ضروری است. آنچه که بیشتر چالش‌برانگیز است محدودیت‌زایی پزشک خانواده برای پزشکان و سایر ارایه‌دهندگان خدمات است. چرا که این محدودیت‌زایی در غالب تضاد پزشک خانواده با منافعشان، به هیچ وجه مورد خوشایندشان نیست.

در نهایت این که ویژگی‌هایی چون ملی، فرابخشی و مشارکتی بودن پزشک خانواده که بر عکس ویژگی محدودیت‌زایی، ذاتاً چالش‌برانگیز نمی‌باشند، بلکه در صورت عدم توجه به آن‌ها و در ارتباط با سایر ویژگی‌ها و چالش‌های موجود در نظام سلامت (همچون چالش نبود فرهنگ مشارکتی، رویکرد دستوری وزارت بهداشت، عدم تعهد مقام‌های ارشد اجرایی و...) به صورت چالش نمایان می‌شوند. از این رو توجه به این ویژگی‌ها که شاید جزء بدیهی‌ترین ویژگی‌های پزشک خانواده می‌باشد، ضرورت می‌یابد. "قطعاً اگر بخواهیم به این ۲ تا باهم یعنی پزشک خانواده و نظام ارجاع نگاه بکنیم، کار فرابخشی است چه از لحاظ اجتماعی، چه از لحاظ اقتصادی و چه مؤلفه‌های اجتماعی در واقع تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت" (مدیر ارشد سازمان نظام پزشکی)

۲-۳) رویکرد دستوری در تضاد با ماهیت فرابخشی و مشارکتی پزشک خانواده: لازمه ماهیت فرابخشی بودن پزشک خانواده، رویکرد مشارکتی است نه رویکرد دستوری. از این رو برخی از مصاحبه‌شوندگان رویکرد پدر مآبانه وزارت بهداشت و رفاه نسبت به پزشک خانواده را در مقابل ماهیت فرابخشی پزشک خانواده می‌دانند. بدین جهت رویکرد بالا به پایین بودن برنامه و نگاه ابزاری به سایر ذی‌نفعان هم چون سازمان نظام پزشکی (که از نادیده گرفته شدن آن به عنوان "بزرگ‌ترین اشتباه تاریخی استراتژیک پزشک خانواده" نام برده شد، مدیر ارشد بیمه سلامت ایران) و مردم را به عنوان عوامل چالش‌برانگیز پزشک خانواده مطرح می‌کنند. "پزشک خانواده برای وزارت بهداشت مثل آیه قرآن می‌موند انگار هیچ کسی حق

از یکسو در سطح خردتر، اشاره به سیاست‌گذارانی دارند که در حوزه و حیطة‌ای سیاست‌گذاری می‌کنند که بر حسب آن سیاست، منافع شغلیشان در آن حیطة و حوزه تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به عبارتی دیگر اشاره بر ساختاری دارند که بر حسب آن، پزشکانی که خود ذی‌نفع هستند در جایگاه سیاست‌گذار قرار دارند و همین امر باعث سیاست‌گذاری تحت تأثیر تضاد منافع شخصی، صنفی و چالش‌های ناشی از آن می‌شود، واقعیتی که به شدت می‌تواند سیاست‌گذاری، استقرار، اجرا و تداوم برنامه پزشک خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. "... عده زیادی از متولیان، تصمیم‌گیران و مسؤولین که در سیستم حاکمیت سلامت کشور در جایگاه‌های پست‌های اداری و اجرایی نشستند، این‌ها چون در دستگاه خصوصی خودشان درآمدشان کم می‌شود، در سیاست‌گذاری، در قانون‌گذاری، در همه جا، حالا حتی اگر اعلام مخالفت رسمی هم نکنند با شکل و اجرای این طرح به هر شکلی مخالفت خواهند کرد" (مدیر ارشد سازمان نظام پزشکی).

از سوی دیگر در سطحی کلان‌تر، اشاره به تضاد منافع حاصل از دو نقش تولی‌گری و ارایه‌دهندگی خدمات وزارت بهداشت و گاه وزارت رفاه در قالب بیمه‌های درمان و تأمین اجتماعی دارند. در واقع برخی از مصاحبه‌شوندگان بر این باورند که آن چه همواره در زمینه اجرای نقش تولی‌گری وزارت بهداشت مسأله‌ساز بوده است، سوق یافتن وزارت بهداشت به سمت نقش ارایه‌دهندگی خدمت، و گاه تقدم آن بر نقش تولیت آن بوده است؛ که همین امر سبب وقوع تضاد منافع و مختل شدن نقش تولی‌گری وزارت بهداشت در عمل شده است و بالطبع برنامه پزشک خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین سیاست‌های مطرح شده در وزارت بهداشت مستثنی از تأثیر منفی و چالش‌های ناشی از تضاد منافع حاصل از پیشی گرفتن نقش ارایه‌دهندگی بر نقش تولی‌گری وزارت بهداشت نیست. "وزارت بهداشت این‌که خودش ارایه‌دهنده خدمت است، بیشتر از این‌که خودش نقش تولیت را داشته باشه نقش دفاع از ارایه‌دهندگان خدمت در نقش دولتی را دارد به همین علت اینجا تضاد ایجاد می‌شود..." (مدیر ارشد بیمه سلامت ایرانیان).

۴- تضاد منافع

تضاد منافع حاصل از اجرای برنامه پزشک خانواده یکی از مواردی است که تمام مصاحبه‌شوندگان، البته در زمینه و با وزن‌های متفاوت بر آن به عنوان یکی از چالش‌های اساسی تأکید کرده‌اند. هر چند محتوای بخش‌های دیگر نیز کم و بیش مرتبط با تضاد منافع هستند ولی در این قسمت در راستای

ذی‌نفع بودن سیاست‌گذار می‌تواند ذیل "چالش حاصل از تضاد منافع" مطرح شود، ولی به دلیل اهمیت موضوع به صورت جداگانه‌ای به آن پرداخته شده است.

اکثر مصاحبه‌شوندگان پزشکی کردن مدیریت را که "بر اثر کردن پزشکی بر مدیریت" (۱۷) دلالت دارد، در سه بُعد معنایی بسیار نزدیک به هم که تفکیک آن‌ها را از هم دشوار می‌کند، به عنوان یکی از چالش‌های عمده پزشک خانواده مطرح کردند. چرا که اکثر مصاحبه‌شوندگان این ابعاد را در راستای هم و گاه به جای هم، ولی در دو جهت متفاوت به کار می‌بردند.

۳-۱) نیاز به نگاه حرفه‌ای به مدیریت و سیاست‌گذاری: در این بخش مصاحبه‌شوندگان ادغام و یکی پنداشتن حرفه‌ای بودن در پزشکی با حرفه‌ای بودن در سیاست‌گذاری را مورد نقد قرار دادند. این نکته را که گویا پزشکی خود تبدیل به شاخص و معیاری برای تصدی جایگاه سیاست‌گذاری شده، مختص کشورهای در حال توسعه یا عقب‌مانده می‌دانند، چیزی که در کشورهای توسعه یافته به ندرت مشاهده می‌شود. از رو تأکید بر تفکیک این دو از یکدیگر و ضرورت توجه به آن در انتصاب مدیران و سیاست‌گذاران دارند.

۳-۲) پزشک خوب لزوماً مدیر یا سیاست‌گذار خوبی نیست: در این بخش یکی از عمده چالش‌های نظام سلامت به صورت عام و پزشک خانواده به صورت خاص، ناتوانی و عدم مهارت سیاست‌گذاران و مدیران آن بیان شد، نکته‌ای که می‌تواند نشأت گرفته از یکی پنداشتن حرفه‌ای بودن در پزشکی با حرفه‌ای بودن در سیاست‌گذاری باشد. مصاحبه‌شوندگان بر این نکته تأکید داشتند که سیاست‌گذاری و مدیریت بر مهارت‌هایی همچون اقتصاد و جامعه‌شناسی و... نیاز دارد، در حالی که سطح سیاست‌گذاری ما فارغ از چنین مهارت‌هایی است؛ و پزشک خوب بودن به معنای مدیر و سیاست‌گذار خوب بودن نیست. "علتش این است که ما نیروهای ناکارآمد و جاهلی را سر این سازمان‌ها سر کار گذاشتیم. این نیروها ناتوان بودند و فهم سیستمی از جریان سلامت مردم نداشتند و باعث شده که این‌ها در این زمینه نتوانند ایفای نقش کنند" (مدیر ارشد بیمه سلامت ایرانیان).

۳-۳) ذی‌نفع بودن سیاست‌گذار / تضاد منافع و شفاف نبودن مرزها: در واقع ریشه یکی از چالش‌های پزشک خانواده در یکی بودن سیاست‌گذار و ذی‌نفع، در واقع این همانی سیاست‌گذار و سیاست‌پذیر است؛ امری که به دلیل تضاد منافع حاصل از آن، خود را به صورت چالش موجود نمایان می‌سازد. مصاحبه‌شوندگان در دو سطح مرتبط به هم، ذی‌نفع بودن سیاست‌گذار را مطرح می‌کنند.

صاحبان قدرت، خود در عرصه و جایگاه‌های قدرت و تصمیم‌گیری هستند که قسمتی از آن قبلاً تحت عنوان پزشکی کردن مدیریت مورد بحث قرار گرفت.

به باور برخی مصاحبه‌شوندگان یکی دیگر از موانعی که اجرای پزشک خانواده را به چالش می‌کشد، از یکسو مخالفت مخالفان صاحب منافع و قدرت بالای مانوردهی آنان در ممانعت از اجرای پزشک خانواده از طریق نفوذ بر صاحبان قدرت (همچون نمایندگان مجلس) در برابر موافقان منتفعی که فاقد هر گونه قدرت و نفوذی هستند، می‌باشد؛ و از سوی دیگر خود صاحبان منافع، در جایگاه‌های قدرت و تصمیم‌گیری هستند.

۴-۵) تضاد منافع به عنوان چالش اصلی یا ابزاری برای فرافکنی مجریان؟: تضاد منافع یکی از عواملی است که همواره با وزن و بیان‌های متفاوت در کنار سایر عوامل به عنوان مانع اجرای برنامه مطرح شده است. در این میان توجه به نظرات کاملاً متضاد مصاحبه‌شوندگانی که جزء شخصیت‌های کلیدی در اجرای برنامه پزشک خانواده هستند در ارتباط با میزان تعیین‌کنندگی تضاد منافع در ممانعت از اجرای برنامه پزشک خانواده قابل توجه است، چرا که در مقابل برخی که معتقد بر نقش کلیدی و محوری تضاد منافع در عدم اجرای برنامه پزشک خانواده هستند، برخی هم بر تأکید کاذب بر اهمیت تضاد منافع از سوی مجریانی که ناتوانی و بی‌تدبیری آن‌ها عامل اصلی در عدم اجرای موفقیت‌آمیز پزشک خانواده است، تأکید می‌کنند، و مطرح کردن تضاد منافع را نوعی فرافکنی از سوی مجریان در برابر ضعف خود در زمینه اجرای برنامه دانسته، و بیان می‌کند که تضاد منافع تأثیر بسیار ناچیزی در ممانعت از اجرای پزشک خانواده داشته، بلکه عامل اصلی ضعف مدیریت مدیران اجرایی پزشک خانواده است.

۵- روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دخیل در برنامه پزشک خانواده

دو ساختار کلانی که به طور مستقیم در پیشبرد یا ممانعت، موفقیت و یا شکست برنامه پزشک خانواده از جایگاه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند، وزارت رفاه و وزارت بهداشت، نوع رابطه حاکم بر روابط آن‌ها، و رویکرد بخشی یا فرابخشی آن‌ها در برخورد با پزشک خانواده به عنوان یک برنامه ملی است؛ که در این بخش به آن‌ها پرداخته شده است.

۵-۱) تضاد یا همکاری حاکم بر روابط وزارت بهداشت با وزارت رفاه؟: در سطح کلان و در ارتباط با پزشک خانواده، وزارت بهداشت در جایگاه متولی و وزارت رفاه در قالب تأمین‌کننده منابع مالی است. بنا به چارچوب مفهومی پژوهش،

محتوای مصاحبه‌ها به تضاد منافع به طور تفصیلی پرداخته شده است.

۴-۱) تضاد و ناهماهنگی بدنه وزارت بهداشت: برخی مصاحبه‌شوندگان بر تضاد منافع و ناهماهنگی در بدنه وزارت بهداشت، به عنوان متولی و مجری برنامه پزشک خانواده، اشاره می‌کنند و بیان می‌دارند که در خود وزارت بهداشت به ویژه بین بخش درمان و بخش معاونت آن در ارتباط با پزشک خانواده هماهنگی نبوده و همین یکی از موانع اجرای پزشک خانواده است. البته برخی از آن‌ها این ناهماهنگی را در آغاز و شروع برنامه می‌دانند و یادآوری می‌کنند که در ادامه کار این هماهنگی حاصل شده است و برخی نیز اعتقاد بر تداوم این ناهماهنگی‌ها دارند. در این راستا، به باور یکی از مصاحبه‌شوندگان در جایگاه بالاترین مقام سابق وزارت بهداشت، تضاد و ناهماهنگی در بدنه وزارت بهداشت به حدی است که در پاسخ به این سؤال که چه عاملی مانع اجرای پزشک خانواده بوده، اشاره بر تضاد منافع و ناهماهنگی درونی وزارت بهداشت می‌کند.

۴-۲) تضاد برنامه با منافع صنفی پزشکان و بخش خصوصی: تضاد برنامه پزشک خانواده با منافع صنفی پزشکان، بخش خصوصی و نظام پزشکی که خود را به صورت کاهش درآمد نشان می‌دهد، یکی دیگر از موانع اجرایی شدن پزشک خانواده است، چالشی که در ارتباط نزدیک با ویژگی محدودیت‌زایی پزشک خانواده است. نکته حائز اهمیت این است که تضاد منافع از یک سو بیشتر برای آن دسته از پزشکان یا فعالین بخش خصوصی مطرح می‌شود که دارای درآمدهای نامشروع هستند، و از سوی دیگر در بین صنف پزشکان هم، بیشتر برای متخصصان و فوق تخصصان و برخی پزشک‌های عمومی با درآمدهای بالا، مطرح شده و اهمیت می‌یابد.

۴-۳) پیشی گرفتن منفعت شخصی بر منفعت اجتماعی: یکی دیگر از ریشه‌های چالش پزشک خانواده این است که منفعت شخصی، تبدیل به مبنای عمل اشخاص، مسؤولین ارشد ممکلتی، تکنوکرات‌ها و بسیاری از مدیران شده است در حالی که لازمه پزشک خانواده، تقدم منفعت اجتماعی بر منفعت شخصی است. بنابراین تضاد حاصل از تقابل منفعت شخصی با منفعت اجتماعی خود تبدیل به سد و مانعی در برابر اجرایی شدن پزشک خانواده شده است.

۴-۴) قدرت مانوردهی مخالفان صاحب منافع: قدرت مانوردهی مخالفان صاحب منافع در دو جهت مطرح می‌شود. از یک طرف میزان نفوذ و دامنه تأثیرگذاری آنان بر روی صاحبان قدرت، و از طرفی دیگر صاحبان منافی که علاوه بر نفوذ بر

که سازمان‌های بیمه می‌گفتند نه، ۲۵۰۰ نفر برای یک پزشک زیاد است... این یک کار فنی بود ولی همه خودشون رو دخیل می‌دانستند" (کارشناس وزارت بهداشت، از تدوین‌کنندگان نسخه ۰۲).

بحث

پزشک خانواده که در پی اصلاح نظام سلامت بود خود مغلوب ساختار ناپهنجار نظام سلامت شده است. ساختاری که منجر به تبدیل شدن پزشکی به ابزاری جهت کسب سود، ایجاد نیازهای القائی از سوی پزشکان، و نادیده انگاشته شدن کرامت انسانی در نظام سلامت شده است. چنین امری قرابت معنایی نزدیکی با دو مفهوم «سلطه عقلانیت اقتصادی بر نظام سلامت» و «کالایی شدن سلامت» به عنوان ویژگی‌های بارز سرمایه‌داری است. در این زمینه فکوهی (۱۸) ریشه ناهنجاری حاکم بر ساختار نظام سلامت و کالایی شدن سلامت را در الگو برداری از الگوهای آمریکایی و در نتیجه هدایت پزشکی از سوی سرمایه‌داری، نه اخلاق می‌داند. در همین راستا راغفر (۱۸) کالایی شدن بدن و سلامت در ایران را محصول حاکمیت نگاه اقتصاد بازاری به کل جامعه می‌داند. به زعم راغفر، نابرابری اطلاعاتی در حوزه سلامتی به شکل وحشتناک‌تری تجلی می‌یابد. در واقع وقتی پزشک بیش از خود بیمار از سلامتی شخص بیمار اطلاع دارد، ظرفیت‌های بزرگی برای ایجاد فساد و سوء استفاده وجود خواهد داشت؛ و در نبود یک نهاد نظارت‌گر مانند وزارت بهداشت که باید به نفع مردم مداخله کنند، زمینه‌های فساد تشدید می‌شود (۱۷).

در ارتباط با هرمنوتیک پزشک خانواده پژوهش‌ایری نشان می‌دهد که یکی از چالش‌های اساسی در طراحی و اجرای پزشک خانواده مفهوم پزشک خانواده است، و در این زمینه بیان می‌کند که برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که هنوز نتوانسته‌اند به تعریف مشترکی در زمینه مفهوم پزشک خانواده، وظایف و مسؤولیت‌های آن، یا به عبارت دیگر بسته خدمتی مشخص و روشن دست یابند؛ و این امر به عنوان یکی از چالش‌های اساسی در طراحی و اجرای برنامه است (۵). علاوه بر پژوهش‌ایری، مشیری و همکاران (۱۳۹۱) بیان می‌کند که برای هدایت پزشک خانواده به سوی یک مقصد مشخص، یک ایده کلان به عنوان پشتوانه نداشت و همین امر آن را در معرض تعبیر فردی قرار می‌داد. از این رو نبود ایده کلان نشان از تضاد گفت‌وگو به عنوان عاملی در جهت رسیدن به ادبیات مشترک در ارتباط با ماهیت پزشک خانواده است (۴). تضاد منافع که در لابه‌لای تمامی یافته‌ها همچون پزشکی کردن مدیریت کم و

یکی از سوالات اساسی که محقق در پی پاسخگویی بر آن برآمد این بود که کنش متقابل این دو وزارتخانه با یکدیگر از دولت هشتم به بعد بر اساس چه محوری شکل گرفته است؟ قدرت، تقابل، تضاد و ناهماهنگی؟ یا بر اساس همکاری، هماهنگی و اجماع بر ارزش‌ها. در این رابطه یافته‌های پژوهش در دو دوره، از دولت هشتم تا دولت دهم و دولت یازدهم بررسی گردید. در هر دوره دو دسته عقاید متضاد مطرح شد.

در دوره اول به استثنای دولت هشتم برخی باور به تداوم تضاد و درگیری بین دو وزارتخانه به عنوان عامل و چالش اصلی در برابر اجرایی شدن پزشک خانواده داشته‌اند، به گونه‌ای که عدم اجرای پزشک خانواده در نسخه «۰۱»، یا عدم اجرای پزشک خانواده توسط دانشگاه شهید بهشتی در محدوده تهران، محدود شدن اجرای پزشک خانواده در قالب پایلوت در دو استان؛ را به عنوان نتایج این ناهماهنگی و تضاد موجود بین این دو وزارتخانه می‌دانستند. در مقابل گروهی معتقد بر تداوم تضاد و ستیز و درگیری بین دو وزارتخانه تا زمان شکل‌گیری ستاد اجرایی بودند، و بیان می‌داشتند که شکل‌گیری ستاد اجرایی و تدبیر و توانایی مدیر ستاد عامل مهمی در رفع تنش و تضاد ما بین دو وزارتخانه بوده، به گونه‌ای که اجرای پایلوت در دو استان با وجود عدم تأمین مالی توسط دولت را حاصل همکاری این دو وزارتخانه می‌دانستند. در حالی که برخی این امر را تظاهر به دوستی و همکاری با وجود تضاد و درگیری شدید مابین آن‌ها می‌دانند. در ارتباط با دوره دوم با توجه به این که پزشک خانواده از اولویت دولت خارج شده و طرح تحول به عنوان جدی‌ترین طرح وزارت بهداشت مطرح است، نیز دو دسته عقاید متضاد بیان گردید. گروهی معتقد بر تداوم تضاد و جنگ قدرت مابین دو وزارتخانه هستند و گروهی دیگر باور به همکاری دو وزارتخانه دارند.

۵-۲) **تعصب سازمانی و سازمانی شدن نگاه فنی:** برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که نوع مواجه سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت با برنامه پزشک خانواده بر اساس رویکرد بخشی و منافع سازمانی، به جای رویکرد فرابخشی بود. در واقع غالب شدن رویکرد درون‌بخشی بر رویکرد فرابخشی و ملی در ارتباط با پزشک خانواده، می‌توانست ریشه بسیاری از اختلافات و ناهماهنگی‌های مابین دو وزارتخانه و سازمان‌های دخیل و در نهایت آسیب‌پذیری برنامه از این جهت باشد. "هر کسی ساز خودشو می‌زنه و هر کسی منافع خودشو در نظر می‌گرفت، مثلاً ما می‌گفتیم که یه جوروی باید طراحی بکنیم که به اندازه پزشکانی که داریم در سطح کشور جمعیت را ببینیم... در حالی

هدفی که از این پرداخت‌ها دنبال می‌شد، دفاع از منافع و منافع حرفه‌ای و شرکت‌های آن‌ها بود (۲۰).

در راستای یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه روابط حاکم مابین وزارت بهداشت و وزارت رفاه و تعصب سازمانی و سازمانی شدن نگاه فنی، مشیری و همکاران (۱۳۹۱) بیان می‌کنند که برنامه تلفیقی پزشک خانواده و بیمه روستایی عملاً به شکل مطلوب به اجرا در نیامد. دو مجری اصلی آن یعنی وزارت بهداشت و وزارت 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 آرایه خدمات بهداشتی در روستاها را پر کند و کمبود دسترسی نیازمندان به خدمات درمانی در مناطق روستایی را جبران نماید. به علاوه سازمان بیمه خدمات درمانی به عنوان یک مجموعه درمان محور، تمایل ذاتی برای پرداخت، بابت مراقبت‌های اولیه نداشت. از طرفی پیشینه سازمانی سازمان بیمه خدمات درمانی به تنش‌های میان آن و وزارت بهداشت انجامید و هر یک سعی داشت برتری خود را به دیگری نشان دهد. بنابراین آن چه که هم یافته‌های پژوهش حاضر بر آن تأکید می‌کند و هم مطالعه مشیری و همکاران بر آن صحنه می‌گذارد، نگاه درون‌بخشی هر دو وزارتخانه و تضاد حاصل از آن، به عنوان چالش اساسی در اجرای برنامه پزشک خانواده مطرح است (۴).

محدودیت‌های پژوهش: محدودیت‌های زیر به عنوان مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر می‌باشد:

- دشواری هماهنگی جهت مصاحبه با مصاحبه‌شوندگان به دلیل قرار گرفتن آن‌ها در جایگاه‌های کلان مدیریتی، که گاه منجر به مراجعات مکرر و زمان‌بر حاصل از آن می‌شد؛ - عدم انسجام و پراکندگی شدید اطلاعات موجود در زمینه پزشک خانواده و کمبود پیشینه مطالعاتی قوی در ایران؛ - تضاد شدید گفتمان‌ها در ارتباط با موضوع مورد پژوهش و گاه ترغیب نویسنده مسؤول به رها کردن موضوع از سوی مصاحبه‌شوندگان به دلایل مختلفی چون کلان بودن موضوع و گستردگی حاصل از آن، بی‌پایه و اساس بودن پزشک خانواده در ایران، و امکان‌ناپذیری رسیدن به نتیجه‌ای مشخص در این زمینه که مجموعه این عوامل دال بر تعدد و عمق چالش‌های موجود در زمینه پزشک خانواده بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس مباحث مطرح شده و نتایج حاصل می‌توان گفت چالش‌های اجرای پزشک خانواده در شرایط تنش، تضاد و

بیش نمایان است، نشان از این واقعیت دارد که گویا در نظام سلامت کنش‌های اقتصادی عامل و بستر تعیین‌کننده‌ای نسبت به سایر کنش‌ها هستند، به گونه‌ای که سایر کنش‌ها در کنش‌های اقتصادی حک شده‌اند. «حک شدگی» مفهومی بر گرفته از کارل پولانی (۱۹) است. طبق نظر پولانی، کنش‌های اقتصادی وقتی حک می‌شوند که منهدم شوند، یا این که کنش‌های اقتصادی وقتی تحت تسلط اقتدار غیر اقتصادی یا اجتماعی نباشند، به کنش‌های تخریبی تبدیل می‌شوند. مشکل واقعی با سرمایه‌داری این است که به جای این که جامعه بر اقتصاد حاکم باشد، اقتصاد بر جامعه حاکم می‌شود و به جای این که نظام اقتصادی در روابط اجتماعی حک شود، این روابط هستند که در نظام اقتصادی حک شده‌اند. در نهایت پولاتی نتیجه‌گیری می‌کند که اقتصاد باید دوباره حک شود، و کنترل سیاسی بر اقتصاد از نو ایجاد شود (۱۹). چیزی که در این پژوهش به عنوان تعهد سیاسی به عنوان قلب تپنده سیستم پزشک خانواده یاد می‌شود.

در همین راستا، در ارتباط با میزان تعیین‌کنندگی تضاد منافع و تبع آن قدرت مانوردهی مخالفان صاحب منافع و سرمایه در جهت ممانعت از اجرای برنامه پزشک خانواده، بین مصاحبه‌شوندگان اختلاف نظر وجود داشت. ناوارو (۲۰)، ریشه نابرابری‌ها و وضعیت وخیم و مشکلات درمانی بهداشتی آمریکا را در قدرت طبقاتی می‌داند که خود را به دو صورت نشان می‌دهد، از یک سو صاحبان منافع و سرمایه‌ای در قالب شرکت‌های بزرگ دارو و غیره که در جایگاه‌های قدرت قرار گرفته‌اند، و از سوی دیگر صاحبان سرمایه‌ای که قدرت نفوذ و جهت‌دهی بر صاحبان قدرت دارند (۲۰).

ناوارو به پیروی از مکتب تضاد، معتقد است قدرت طبقاتی به اشکال مختلف خود را ظاهر می‌کند. یکی از این اشکال، افراد تصمیم‌گیرنده در مقامات بالای دولتی هستند که همگی از طبقات بالای اجتماعی می‌باشند: ۸۴٪ اعضای دولت از طبقه صاحبان شرکت‌ها بوده‌اند. باقی‌مانده اعضای دولت از طبقه بالای متوسط بوده‌اند و افراد بسیاری از طبقه زیر متوسط و طبقه کارگر، صاحب مناصب دولتی هستند. طبقه دیگری که در آن قدرت طبقاتی در سیستم سیاسی افزایش می‌یابد، مسیر خصوصی‌سازی فرایند انتخاباتی است. در اثبات این ادعا بیان می‌کند که در سال ۲۰۰۰، ۹۲٪ پول‌گوارایی که به دست اعضای تصمیم‌گیرنده کنگره در مورد مسایل درمانی و مالی رسید؛ از طرف بیمه‌ها، بانکداری‌ها و انجمن کارفرمایان، شرکت‌های بیمارستانی، شرکت‌های داروسازی و انجمن‌های حرفه‌ای بود.

اجتناب‌ناپذیر است. با این وجود فقدان موقعیت داخل و هم خارج سیستمی نویسنده مسؤول، و همچنین خالی بودن ذهن نویسنده مسؤول از هرگونه آگاهی قبلی نسبت به موضوع پژوهش در زمان شروع پژوهش، امکان مطالعه عینی چالش‌های اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران را با رویکردی جدید نسبت به پژوهش‌های پیشین فراهم آورد. از این رو پژوهش حاضر بستر مناسبی برای شناخت چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده برای نقش‌آفرینان نظام سلامت به ویژه سیاست‌گذاران نظام سلامت فراهم می‌نماید.

ناهماهنگی بین اجزای مختلف نظام سلامت در ابعاد مختلف بهتر فهمیده می‌شوند. در واقع از میان سه نظریه مطرح در جامعه‌شناسی پزشکی، چالش‌های پزشک خانواده در قالب نظریه تضاد بهتر قابل فهم بوده، هر چند که گاه برخی از یافته‌ها فراتر از نظریه تضاد هستند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

در چنین مطالعه‌ای که لازمه آن درگیر نمودن نخبگان سیاست‌گذاری است، وجود برداشت‌های ذهنی و معرفت‌شناختی

References

- JabBari A, Sharifirad GH, Shokri A, Bahman Ziyari N, Kordi A. Overview Of Performance OF Rural Family Physician In Iran. Letter Special of Health Information Management 2012; 10(7): 1132. (In Persian)
- Secretariat of Policy Council and Health System Reform. Condition of Iran health system: Challenges and Solutions. Ministry of Health, Treatment and Medical Training: Iran, Tehran. 2008; 5. (In Persian)
- Naeli J, Moghimi D. Promotion policy document of primary health care. Secretariat of policy Council and health system reform: Iran, Tehran. 2007; 6. (in Persian)
- Moshiri E, Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and Coincidence in the Formation of Family Physician and Universal Rural Health Insurance in Iran. Hakim Research Journal 2012; 15(4): 288. (In Persian)
- Eiri M. Analyzing challenges in the design and implementation of Family Physician in cities. Tehran: Tehran Medical Sciences; 2011: 12 - 164. (In Persian).
- Mazidabadi Farahani M, Hajiha F. The implementation of family physician from the beginning to the present medicine. Letter week of program 2009; 8(341):11. (In Persian)
- Hasanzadeh A, Porasghari H, Jamshidi H, et al. Design referral system and family physician. 1st ed. Tehran: Art Institute of atiyeh ahang ; 2008: 8. (In Persian)
- Shariati A, Moghimi D, Rahbar M, Kazemeyni H, Mirmohammad khani M, Emamiyan M. Family physician in the health system map 1404 Islamic Republic of Iran. National Institute of Health Research, Islamic Republic of Iran: Iran, Tehran. 29. (In Persian).
- Administration of Codification and Expurgation of the Laws and Regulation. The Law of Fourth Plan of Economic, Social and Cultural Development of Islamic Republic of Iran. First ed. Assistance of Research, Codification and Expurgation of the Laws and Regulation: Iran, Tehran. 2004: 112- 118.
- Administration of planning and Strategic Supervision of Presidency. Fifth Five- Year Development Plan of the Islamic Republic of Iran: Iran, Tehran.2010: 58- 68.
- Schaefer R. The Sociological Theories of Healthcare. [Accessed: 2013 9 Jan]. Available from: <http://www.essayforum.com/writing-3/sociological-theories-healthcare-48186>.
- Aazad Armaki T. Sociological Theory. 1st ed. Tehran: Soroush; 2007: 46-40. (In Persian)
- Mohammad T, David A. Medical Sociology. 3rd ed. Tehran: legal; 2012: 38-42. (In Persian)
- Matcha A, Medical sociology.1st ed. U.S.A: A Person Education Company; 2000: 14 -15.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for grounded theory. (Translation). Afshar A. 2nd ed. Tehran: ney; 2015:32. (In Persian)
- Flick O. Introduction to qualitative research. (Translation). Jalili H. 1st ed. Tehran: ney; 2008. (In Persian)
- Azar M. A Study of the Challenges of Family Physician Implementation Health System in Iran. Tehran: Tehran University; 2014: 79.
- Foad SH. Health and medical pathology in Iran. [Accessed: 2014 27 July]. Available from: <http://anthropology.ir/node/15287>.
- Svedberg R. Self-interest and social structure. (Translation). Saeidi A. 1st ed. Tehran: Lohe fekr; 2012: 32. (In Persian)
- Navaro V. In humane situation of health care in the United State. Siyahate Gharb 2001; (4): 64 -67. (In Persian)

A Study of the Challenges of Family Physician Implementation in Iran Health System

Shiyani M¹ (PhD), Rashidian A² (PhD), Mohammadi A^{1*} (MA)

¹ Department of Social Welfare Planning, University of Tehran, Tehran, Iran

² Department of Health Management and Economics, Tehran University of Medical Science, Research Center of Regional Office of World Health Organization

Original Article

Received: 15 Aug 2015, Accepted: 8 Dec 2015

Abstract

Introduction: Family physician project is one of the most significant policies in health system during the recent decade which was already supposed to be applied nationally legally, however its implementation has been limited rural areas and two provinces of Fars and Mazandaran, as pilot locations. This study was conducted to achieve a better understanding of the challenges of family physician projects implementation using the conflict theory.

Methods: The qualitative study was conducted using convenience sampling method. Data was collected using interviews and documents analysis techniques, and was analyzed using content analysis. Total number of 26 interviews were conducted with national politicians and high level executives, and key informants in family physician project.

Results: Family physician implementation challenges are identified in five main categories: challenge caused by the governing structure which affects health system, challenging nature of family physician, medicalization of management, conflict of interests, relationships among related ministries and organizations involved in family physician project.

Conclusion: A better understanding of different aspects of the family physician implementation challenges would be achieved under magnificent conflicts, tension and inconsistency among health system components. The family physician project challenges would be explained better using conflicts theory compared to the other significant medical sociology theories; however some data was beyond the conflicts theory.

Key words: Family Physician Project, Referral system, Health system, Conflict

Please cite this article as follows:

Shiyani M, Rashidian A, Mohammadi A. A Study of the Challenges of Family Physician Implementation in Iran Health System. *Hakim Health Sys Res* 2016; 18(4): 264- 274.

*Corresponding Author: Department of Social Welfare Planning, University of Tehran, Tel: +98- 912- 7720978, E-mail: azar.mohammadi88@yahoo.com