

زیرساخت‌های استقرار سیاست پزشکی خانواده شهری در ایران: تحلیل کیفی مستندات

لیلا دشمنگیر^{1,2,3}، پریناز دشمنگیر⁴، مهرانوش عباسی⁵، آرش رشیدیان^{6,5*}

1- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز 2- قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز 3- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز 4- گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز 5- گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران 6- مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسؤل: گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: 021-66707529 نامبر: 021 63453232
پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

دریافت: 93/8/10 پذیرش: 93/11/15

چکیده

مقدمه: استقرار نظام ارجاع بر پایه پزشکی خانواده، آرمان اصلی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت کشورها جهت دستیابی به اهداف آن نظام می‌باشد. آگاهی از زیرساخت‌های استقرار، تکیه‌گاه این سیاست بزرگ را فراهم می‌کند. همزمان با تصمیم به استقرار پزشکی خانواده شهری در ایران، پایگاه‌های اطلاع‌رسانی، روزنامه‌ها و نشریات الکترونیکی داخلی کشور به انعکاس دیدگاه‌ها و نظرات خبرگان و صاحب‌نظران مختلف در خصوص این سیاست بزرگ پرداختند. این پژوهش با هدف تحلیل محتوایی مستندات مرتبط منتشر شده در پایگاه‌های داده‌ای داخل کشور انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش به تحلیل محتوایی مستندات مرتبط با سیاست پزشکی خانواده در کشور می‌پردازد. جامعه مورد مطالعه، مستندات الکترونیکی نمایه شده در پایگاه‌های اینترنتی داخل کشور می‌باشد. پایگاه‌های موردنظر به صورت هدفمند انتخاب گردید. بازه زمانی برای بررسی مستندات از مهر سال 1390 تا آذر سال 1391 (همزمان با اوج اجرای برنامه) بود. مستندات گردآوری شده (728 سند) با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل محتوایی و بر اساس چارچوب مفهومی مطالعه و با کمک نرم‌افزار MAXQDA 10 تحلیل گردید.

یافته‌ها: زیرساخت‌های استقرار پزشکی خانواده شهری در قالب شش موضوع اصلی "زیرساخت‌های ارتباطی"، "ذی‌نفعان و نقش آفرینان سیاست"، "زیرساخت‌های ساختاری"، "زیرساخت‌های فنی و منابع موردنیاز"، "زیرساخت‌های قانونی و حقوقی" و "زیرساخت‌های تولیتی و حاکمیتی" و 28 موضوع فرعی قابل توضیح هستند.

نتیجه‌گیری: استقرار سیاست پزشکی خانواده شهری در کشور مستلزم توجه به اصول استقرار این سیاست و فراهم نمودن زیرساخت‌های مناسب استقرار می‌باشد. تولید واحد در نظام سلامت، تأمین اعتبارات مکفی، مشارکت و تعامل تمامی ذی‌نفعان جهت استقرار دقیق، به موقع، صحیح و پرهیز از تضاد قدرت، تعیین تعرفه‌های منطقی و تحت پوشش قراردادن همه مردم از مهم‌ترین عوامل قابل توجه در جهت استقرار این سیاست ملی می‌باشد.

کل‌واژگان: پزشکی خانواده، تحلیل مستندات، تحلیل محتوایی، استقرار سیاست

مقدمه

خانواده و نظام ارجاع به عنوان یک ضرورت در نظام سلامت کشور مطرح است و در قوانین برنامه چهارم و پنجم توسعه نیز بر آن تأکید فراوان شده است (3). جمهوری اسلامی ایران نیز پس از تجربه نظام ارجاع و پزشکی خانواده روستایی از سال 1384 (4)،

استقرار نظام ارجاع و طرح پزشکی خانواده از جمله برنامه‌های مهم نظام‌های سلامت دنیا در راستای افزایش دسترسی مردم جامعه به مراقبت‌های سلامت و بهبود کارایی در فرآیند ارایه مراقبت‌های سلامت بوده است (1 و 2). اجرای سیاست پزشکی

بهار 94، دوره هجدهم، شماره اول، پیاپی 68

هستند که در یک نظام سلامت در بستر جامعه روی می‌دهد. استفاده از روزنامه‌ها (یا دیگر رسانه‌ها) در آنچه که معمولاً تحلیل رسانه‌ای نامیده می‌شود، نقش عمده‌ای دارد (9 و 10). تحلیل رسانه‌ای، منافع عمده‌ای دارد؛ یکی از این منافع بررسی راهی است که بدان طریق تصورات قالبی گروه‌های مختلف مردم یا انواع اقدامات ایجاد شده در نتیجه اجماع با آن گروه‌ها یا اقدامات، گسترش یافته یا تقویت می‌شود (11). طبیعی است موضوعاتی قابلیت تحلیل منطقی در رسانه می‌یابند که یا بخش بزرگی از جامعه به آن مبتلا باشند و یا به روش‌های مختلف، جامعه نسبت به آن‌ها حساسیت پیدا کرده باشد. در هر دو صورت، موضوعاتی در رسانه‌ها تحلیل وسیع می‌شوند که قابلیت بحث باز و بدون محدودیت در رسانه عمومی را بر مبنای شرایط فرهنگی و قانونی یک کشور بیابند. برنامه پزشک خانواده تمامی این شرطها را داشت و مورد توجه وسیع رسانه‌های نوشتاری مختلف قرار گرفت. در طول سال‌های اخیر، اینترنت رشد زیادی داشته است و در حال حاضر ابزاری رایج برای ذخیره و فراهم‌سازی رسانه الکترونیکی شده است؛ رسانه‌ای که روزانه حجم بسیار بالایی از اطلاعات را در خود جای می‌دهد (12). وقوع یک رخداد نوین یا تغییر و تحول در روند جاری امور در هر کشور باعث تمرکز رسانه‌ای بر آن موضوع می‌گردد. این روند ممکن است روزها، ماه‌ها و گاه سال‌ها نیز ادامه داشته باشد (13). گردآوری مستندات مرتبط از پایگاه‌های داده‌ای الکترونیکی گامی در جهت آگاهی از ابعاد مختلف موضوع‌های مورد نظر و بررسی نقش هر یک از پایگاه‌های داده‌ای در توجه به آن می‌باشد. در سال 1990، اسکات¹ نوع شناسی از مستندات بر پایه دو معیار مهم ایجاد کرده است: پدیدآورنده² و دسترسی. پدیدآورنده به اساس مستندات اشاره می‌کند و بر اساس آن مستندات فردی را از مستندات رسمی/اداری تمییز می‌دهد. مستندات رسمی نیز خود به مستندات دولتی³ و خصوصی⁴ تقسیم می‌شوند. معیار دوم، دسترسی است که به فراهم بودن مستندات برای افراد اشاره دارد (14). پژوهش‌های انجام شده در طول سال‌های اخیر نشان می‌دهد که تحلیل محتوا رویکردی مناسب برای تحلیل مستندات می‌باشد (15). روش تحلیل محتوا، بکارگیری روش‌های علمی برای بررسی محتوای اسناد است. با بهره‌گیری از این روش علمی می‌توان به مفاهیم و استنباط‌های حاصل از داده‌های کلامی و ارتباطی دست یافت (16). این رویکرد تحلیل

در تلاش برای استقرار این سیاست در شهرها می‌باشد. سیاست پزشک خانواده شهری در ایران با امضای تفاهم‌نامه‌ای بین وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال 1390 در برخی از شهرهای با جمعیت 20 هزار تا 50 هزار نفر در سه استان کشور (خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان) به صورت آزمایشی آغاز و در اردیبهشت ماه 1391 رسماً از سوی وزیر وقت، به عنوان برنامه ملی رونمایی شد و از مرداد ماه سال 1391 نیز در کل کشور قابلیت اجرایی یافت (4). همزمان با نزدیک شدن به استقرار سیاست مذکور (مرداد 1391)، حجم زیادی از فضای رسانه‌ای به ویژه پایگاه‌های الکترونیکی داده‌ای مرتبط با نظام سلامت به این موضوع اختصاص یافت. درج اخبار، گزارش‌ها، دیدگاه‌ها و نقطه نظرات خبرگان و صاحب‌نظران سطوح مختلف نظام سلامت به صورت روزانه در اینترنت، بیانگر حساسیت موضوع و توجه به این مهم بود. این مطالعه به ارزیابی جامع دیدگاه‌های مطرح شده می‌پردازد.

تجارب کشورها نشان می‌دهد که سیاست پزشک خانواده در برگزیده طیف وسیعی از تغییرات مهم سیاستی در سازماندهی ارایه مراقبت سلامت می‌باشد (5). در تصمیم برای استقرار سیاست پزشک خانواده همچون سایر سیاست‌ها شناخت زیرساخت‌های استقرار یکی از عوامل مهم در موفقیت یا شکست آن سیاست می‌باشد (6). زیرساخت به دسته‌ای از عوامل ساختاری به هم پیوسته و گاهاً به هم مرتبط اشاره دارد که اسکلت یک سیاست را فراهم می‌کند. گاهی این عوامل گوناگون در مجموع، زیرسازه یا به طور ساده سازه‌های عمومی نامیده می‌شوند. این واژه در زمینه‌های مختلف، از معانی گوناگونی برخوردار است. در برخی موارد فناوری اطلاعات به کانال‌های غیررسمی و رسمی ارتباطی، ابزارهای توسعه نرم‌افزاری، شبکه‌های سیاسی و اجتماعی، یا اعتقادات مشترک اعضای گروه‌های خاص اشاره دارد. زیرساخت یا زیرسازه بیانگر تشکیلات ساختاری است که نظام یا سازمان ارایه کننده خدمت را پشتیبانی می‌کند (7). نظام سلامت در عین حال که خود یکی از زیرساخت‌های اجتماع است، به گونه‌ای یکی از نظام‌های ارایه کننده خدمات به بخش‌های دیگر جامعه نیز هست. نظام سلامت برای اداره مؤثر بخش سلامت با تعریف وظایفی همچون ارتقای سلامت، کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و نیز ارایه مراقبت‌های سلامت بر پایه زیرساخت‌های خاصی بنا شده است (8). به طور کلی زیرساخت، عاملی بنیادی و فراتر از بستر یا زمینه می‌باشد (7). رسانه‌ها اغلب عاملی کلیدی در شناساندن آن چیزی

¹ Scott

² Authorship

³ State

⁴ Private



انتخاب منابع و جمع‌آوری داده‌ها: در مرحله گردآوری مستندات بر اساس نظر تیم پژوهش و مشورت با برخی صاحب‌نظران کشور، چندین پایگاه داده‌ای به منظور استخراج مستندات انتخاب گردید. انتخاب پایگاه‌های داده‌ای به صورت هدفمند و مطابق با معیارهای زیر انجام گرفت: - پایگاه داده‌ای بنام در خصوص موضوعات مرتبط با سیاست موردنظر، مانند هفته‌نامه سپید، سلامت نیوز، پایگاه خبری اطلاع‌رسانی ویدا (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، پایگاه داده‌ای دیگر سازمان‌ها و ارگان‌های درگیر در استقرار سیاست پزشکی خانواده، مانند معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی، پایگاه داده‌ای دو دانشگاه بزرگ کشور و برخی دیگر از پایگاه‌های داده‌ای که به گزارش مطالب مربوط به سیاست پزشکی خانواده پرداخته‌اند. از این گروه می‌توان پایگاه داده‌ای آفتاب و همشهری آنلاین را نام برد. علاوه بر پایگاه‌های داده‌ای انتخاب شده، برخی از اخبار و نظراتی که برای مثال به صورت بیانیه‌های مختلف به طور مختلف از طریق رسانه اینترنتی تکثیر شده بود نیز در تحلیل وارد گردید. بدین ترتیب حجم منابعی گسترده شامل گزارش‌ها، قوانین، آیین‌نامه‌های اداری و اجرایی یا بخشنامه‌ها، روال‌های پرداخت، راهنماها، نظرها، گزارش نشست‌ها و صورتجلسه‌ها، بیانیه‌های مختلف، سخنرانی‌ها، دیدگاه‌های صاحب‌نظران، اخبار روزنامه‌ها و اخبار درج شده در پایگاه‌های اینترنتی دانشگاه‌های کشور و محتوای برخی پایگاه‌های اطلاع‌رسانی مطبوعات گردآوری گردید. نمونه‌های موردنظر به صورت سرشماری از پایگاه‌های اینترنتی داخلی کشور انتخاب گردیدند. پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات مربوط به نمونه‌های موردنظر در فرم‌های محقق ساخته مربوط به بررسی مستندات وارد گردید. این فرم شامل شناسه کد، نام فردی که نظرات او ثبت شده است، سمت، تاریخ درج خبر،

از پرکاربردترین و مهم‌ترین روش‌های پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی است که از طریق آن می‌توان روزنامه‌ها، کتاب‌ها، نوارها و سخنرانی‌ها را از دید مقایسه‌ای مورد بررسی قرار داد و نگرش‌ها، اندیشه‌ها، مواضع سیاسی و جهان‌بینی نویسندگان آن‌ها را تفسیر کرد؛ چرا که نوشته‌های چاپ شده، تغییر در ارزش‌ها، عقاید، و رفتار افراد را منعکس می‌کنند (17). از طریق این روش می‌توان همبستگی‌های درونی بین متغیرهای محتوایی و یا همبستگی‌های بین متغیرهای مختلف و متغیرهای پژوهشی را به دست آورد (18). در روش تحلیل محتوا «به جای پرسش‌نامه»، با استفاده از کدگذاری داده‌ها، اطلاعات جمع‌آوری و دسته‌بندی می‌گردد (19). پژوهشگرانی که از این روش استفاده می‌کنند مجبور نیستند مستقیماً به افراد مراجعه کنند، بلکه به آثار و پیام‌های تولید شده آن‌ها مراجعه می‌کنند (20). علاوه بر این، در تحلیل محتوا، امکان مقایسه تطبیقی بین پیام‌های تولید شده در یک مقطع یا مقاطع گوناگون وجود دارد. فلیپا راسموسین⁵ (21)، فیونا میلر⁶ (22)، چیونگ⁷ (23) و پرینتو⁸ (24)، روش تحلیل محتوایی مستندات را به عنوان تنها روش برای مطالعه خود در جهت گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده کرده‌اند. در همین راستا، این پژوهش با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوا به بررسی و تحلیل مستندات استخراج شده از پایگاه‌های اینترنتی داخلی کشور پرداخته است. مطالعه حاضر، اولین مطالعه در کشور در خصوص تحلیل جامع مستندات الکترونیکی مرتبط با سیاست پزشکی خانواده شهری نمایه شده در پایگاه‌های داده‌ای داخلی کشور است و گامی مهم در جهت آگاهی از نظرات و دیدگاه‌های تعداد کثیری از خبرگان و صاحب‌نظران نظام سلامت کشور درباره ابعاد مختلف این سیاست برداشته است.

روش کار

این پژوهش به بررسی تحلیل محتوایی مستندات می‌پردازد. از نظر ماهیت پژوهش، مطالعه‌ای کاربردی می‌باشد. ابتدا با جستجو در پایگاه‌های داده‌ای کشور (SID, Magiran) و برخی از پایگاه‌های داده‌ای خارجی، مفاهیم اولیه و مرتبط با موضوع، استخراج و چارچوب اولیه مطالعه طراحی گردید. مطالعه بر اساس چارچوب نظری آرایه شده توسط پژوهشگران شامل مراحل زیر می‌باشد.

⁵ Philippa Rasmussen

⁶ Fiona A. Miller

⁷ Cheung

⁸ Pinto

پزشک خانواده معروف به نسخه 02، به زیرساخت‌ها توجه نشده است (S14, S4, SN34). بر اساس این دیدگاه، عدم موفقیت برنامه می‌تواند به علت غفلت در این امر رخ داده باشد. "استقرار نظام ارجاع بر اساس پزشک خانواده که آرمان اصلی پزشکان عمومی برای اصلاح نظام سلامت کشور است قربانی اصلی بی‌توجهی به «زیرساخت‌ها در طرح 02» خواهد بود." (SN14). یکی از مستندات بررسی شده به نقل از یکی از صاحب‌نظران در بیان اهمیت زیرساخت - به طور کلی - می‌گوید: "زیرساخت، فقط عبارت زیبایی نیست که هر از گاهی برای خوش‌آهنگ‌تر شدن جملات از آن استفاده شود، بلکه برای موفقیت همه برنامه‌ها و طرح‌های مهم و پایه‌ای، توجه به آن و ایجاد تغییرات متناسب با برنامه در آن الزامی است و گرنه ممکن است که بنایی در سطح ساخته شود اما به دلیل سستی «زیرساخت» با کوچک‌ترین فشاری فرو ریزد. شاید یک بار توجه به این پند مولوی که از قرن هفتم تاکنون بارها و بارها تکرار شده بتواند در این مورد رهگشا باشد: خشت اول گر نهد معمار کج تا ثریا می‌رود دیوار کج" (S4). با دسته‌بندی یافته‌های مطالعه، زیرساخت‌های لازم برای اجرای برنامه در برگرفته موضوع‌های زیر می‌باشند: "زیرساخت‌های ارتباطی"، "ذی‌نفعان و نقش آفرینان سیاست"، "زیرساخت‌های ساختاری"، "منابع مورد نیاز"، "زیرساخت‌های قانونی و حقوقی" و "زیرساخت‌های تولیته و حاکمیتی". مجموع چند زیرموضوع، تشکیل دهنده هر یک از موضوع‌ها می‌باشد (جدول 1).

جدول 1- موضوع‌ها و زیرموضوع‌های استخراج شده مرتبط با زیرساخت‌های استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران

موضوع‌ها	زیرموضوع‌ها
زیرساخت‌های تولیته و حاکمیتی	تولیته و محوریت وزارت بهداشت ضرورت تولیت واحد سلامت در کشور نقش شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تعمیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی
زیرساخت‌های ارتباطی	زیرساخت‌های ارتباطی میان سطوح مختلف نظام سلامت برقراری نظام ارجاع توسعه سیستم‌های اطلاعاتی و ارتباطی پرونده الکترونیک سلامت
ذی‌نفعان و نقش آفرینان سیاست	نقش و تعهدات نقش آفرینان مشارکت و تعامل ذی‌نفعان همکاری و تعامل بین‌بخشی حمایت سازمان‌ها و گروه‌های سطوح بالادستی و سطوح اجرایی ظرفیت و جایگاه بخش غیردولتی همکاری سازمان‌های خارج از بخش سلامت نقش و جایگاه رسانه
زیرساخت‌های ساختاری	ظرفیت اجرایی نظام بیمه‌ای کشور تعامل سازمان‌های بیمه‌گر در قبال برنامه تعرفه‌های بالینی پوشش بیمه‌ای مردم تجمیع بیمه‌ها و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران مسئولیت قانونی خرید خدمت در کشور هم‌راستایی پزشک خانواده شهری با برنامه پزشک خانواده روستایی
زیرساخت‌های فنی (منابع مورد نیاز)	منابع انسانی منابع مالی منابع فیزیکی
زیرساخت‌های قانونی و حقوقی	منابع علمی و آموزشی تجهیزات قانونی مورد نیاز اقدامات حقوقی در برنامه پزشک خانواده

عنوان خبر، نام منبع و ساعت درج خبر بود. مطابق بازه زمانی مورد نظر (از مهر 1390 تا آذر 1391)، مستندات نمایه شده در پایگاه‌های اینترنتی مورد نظر به روش سرشماری استخراج گردید. برای تحلیل اسناد، بر ملاحظات چهارگانه جوپ⁹ یعنی سندیت¹⁰ (اصلی و درست بودن)، اعتبار (دقت)، نمایندگی (نماینده کل اسناد طبقه خود بودن)، و معنی (چه چیزی می‌گوید) تأکید شده است (25). هر چند در این مطالعه، هدف اصلی نه سندیت اظهارات انتشار یافته در پایگاه‌های داده‌ای، بلکه استفاده از این نوع انتشارات به عنوان دیدگاه و تفسیری بود که افراد مختلف (ذی‌نفعان و نقش آفرینان) از برنامه و اتفاقات مرتبط با اجرای پزشک خانواده در کشور داشتند. بنابراین پژوهشگران این مطالعه، "سندیت" را به صورت عملیاتی به این گونه تفسیر کردند که مطلب بتواند تصویری قابل درک از دیدگاه ارایه کننده مطلب فراهم کند. در این تفسیر، سندیت به این معنی نبود که هر آنچه نویسنده یا گوینده ادعا یا بیان کرده است صحیح می‌باشد بلکه مطلب می‌تواند در حد قابل قبولی بیانگر دیدگاه‌های ارایه‌کننده باشد. مستندات گردآوری شده پس از حذف مستندات تکراری به 728 سند رسید. ابعاد مورد نظر مرتبط به یک سند در فرم تهیه شده (کاربرگ بررسی مستندات) تکمیل گردید. تحلیل محتوایی مستندات: کلیه مستندات پس از گردآوری به دقت مورد مطالعه قرار گرفتند و کدگذاری شدند. پس از کدگذاری و دسته‌بندی کدهای استخراج شده، زیرموضوع‌ها و موضوع‌های مطالعه استخراج گردید. با توجه به این که در بازه زمانی مورد نظر، تعداد زیادی از مستندات گردآوری شده بود، برای مدیریت بهتر داده‌ها، تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA 10 صورت گرفت.

نتایج

در این مطالعه دیدگاه‌ها و نظرات نقش آفرینان و ذی‌نفعان مختلف نظام سلامت کشور در خصوص زیرساخت‌های استقرار سیاست پزشک خانواده در کشور بررسی گردید. یافته‌های مطالعه در قالب شش موضوع اصلی (تم) و 29 موضوع فرعی (زیر تم) خلاصه شد. از مجموع مستندات گردآوری شده، 1387 کد جزیی استخراج و در قالب موضوعات فرعی و اصلی طبقه‌بندی شدند و در تحلیل یافته‌ها به کار رفتند. به طور کلی تحلیل مستندات گردآوری شده حاکی از آن است که از نظر عده زیادی از افراد درگیر در فرآیند، در تصمیم سیاسی مبنی بر استقرار سیاست پزشک خانواده و از جمله تهیه دستور عمل برنامه

⁹ Jupp

¹⁰ Authenticity

زیرساخت‌های ساختاری: برخی از صاحب‌نظران بر این باور بودند که نظام بیمه‌ای کشور به دلیل شرایط خاص حاکم بر آن هنوز ظرفیت اجرای چنین سیاست بزرگی را ندارد. نقش و ظرفیت اجرایی سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های ساختاری در اجرای سیاست پزشک خانواده می‌باشد. دیدگاه برخی از صاحب‌نظران بر این است که پایداری سازمان‌های بیمه‌گر به اصول نظام ارجاع می‌تواند در حصول سیاست پزشک خانواده به اهداف خود کمک کند. به باور بسیاری از صاحب‌نظران، عملکرد گذشته سازمان‌های بیمه در عمل به تعهدات خود یکی از عوامل مهم نگرانی در اجرای برنامه پزشک خانواده می‌باشد. "تجربه حاکمیت اقتصادی (و حتی تولیدی) سازمان‌های بیمه‌گر بر برنامه پزشک خانواده روستایی و کسورات مالی، با توجه به عظمت و اهمیت برنامه، ژرف‌اندیشی بیشتر در این امر را می‌طلبد" (S44).

یکی دیگر از مواردی که می‌توان به عنوان زیرساخت‌های ساختاری از آن عنوان کرد پوشش بیمه‌ای مردم است. برخی از صاحب‌نظران بر این باور بودند که با اجرای برنامه پزشک خانواده، به عنوان یک پیش‌درآمد، مردم به طور کامل می‌توانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند و از خدمات درمانی مناسب و با هزینه کم استفاده کنند. این امر به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف در اجرای سیاست پزشک خانواده به شمار می‌رفت. در این صورت اجرای برنامه پزشک خانواده می‌توانست هدف سیاستی کلان کشور (مصرح در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب سال 1373) دستیابی به پوشش همگانی بیمه درمان را عملیاتی کند. طبعاً تحقق چنین هدفی همراهی کامل سازمان‌های بیمه‌گر درمان را نیاز داشت.

تجمیع بیمه‌ها و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایرانیان به عنوان بیمه واحد یکی دیگر از مهم‌ترین زیرساخت‌های لازم برای اجرای سیاست پزشک خانواده می‌باشد. این امر عاملی مهم در تحقق سیاست پزشک خانواده به اهداف تعیین شده می‌باشد. "یکی از مهم‌ترین مقوله‌های اصل اقتصاد سلامت در کشور بحث تجمیع بیمه‌ها و تشکیل سازمان بیمه سلامت است. مهم‌ترین پیامد اجرا و تشکیل این سازمان در کشور را باید ارزیابی خدمات درمانی یکسان به بیمه‌شدگان و جلوگیری از هدر رفت منابع در نظام مالی سلامت دانست و اجرای موفقیت‌آمیز طرح پزشک خانواده در گروی اجرای این طرح خواهد بود" (S63).

برخی از صاحب‌نظران بر این باور بودند که نظام بیمه‌ای کشور به دلیل شرایط خاص حاکم بر آن هنوز ظرفیت اجرای چنین سیاست بزرگی را ندارد. "در حال حاضر خدمات بیمه‌ای موجود

زیرساخت‌های تولیدی و حاکمیتی: بسیاری از مستندات به نقش محوری وزارت بهداشت به عنوان نقش‌آفرین اصلی در اجرای سیاست پزشک خانواده اشاره کرده‌اند. هر گونه اقدام با تولید و محوریت وزارت بهداشت، اقدام به صورت واحد و پرهیز از قانون‌گریزی از مواردی است که از نظر بسیاری از صاحب‌نظران از ضرورت‌های اجرای این برنامه ملی می‌باشد. اتخاذ سیاست واحد از سوی سازمان‌های مختلف زیر نظر وزارت بهداشت، لازمه تسریع در حرکت این برنامه است. "وزارت بهداشت مسؤول و سیاست‌گذار اصلی برنامه پزشک خانواده است و هر گونه اقدام از سوی سازمان‌های مختلف باید با محوریت وزارت بهداشت باشد" (W157). برخی صاحب‌نظران با تأکید بر ضرورت تولید واحد سلامت در کشور بر این باور بودند که قدرت تولیدی وزارت بهداشت مخدوش شده است و بنابراین اختیار کافی و کاملی برای اجرای برنامه ندارد. همکاری نامناسب وزارت رفاه در اجرای برنامه پزشک خانواده و تأخیر بسیار زیاد در عقد تفاهمنامه با وزارت بهداشت و در نتیجه عدم تأمین به موقع منابع مالی مورد نیاز توسط سازمان بیمه خدمات درمانی در کنار تصمیم‌گیری به اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع جهت بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با نام طرح پزشک امین شاهی بر این ادعا بوده است. هر چند قانون‌گذار در بند ب ماده 36 قانون برنامه پنجم توسعه تکلیف تولید در نظام سلامت کشور را روشن کرده و چنین آورده است: «سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت و درمان متمرکز می‌گردد» (S10). طرح پزشک امین، طرحی بود که به طور موازی با برنامه پزشک خانواده توسط سازمان تأمین اجتماعی در برخی مناطق (از جمله استان گیلان) اجرا شد و به نظر برخی صاحب‌نظران، به عنوان رقیبی برای برنامه پزشک خانواده شهری وزارت بهداشت استفاده شد. "وزارتخانه مسؤول است و باید تمام موارد مربوط به این طرح (منظور برنامه پزشک خانواده) را تحت کنترل خود داشته باشد و بر آن نظارت کند اما ساختار کشور ما به گونه‌ای است که متأسفانه وزارت بهداشت اختیار کافی و کاملی برای اجرای این طرح ندارد و همین مسأله منجر به مشکلات فراوانی می‌شود" (S3). برخی از مستندات نیز تولید واحد وزارت بهداشت را مستلزم همکاری سایر سازمان‌ها از جمله سازمان‌های بیمه ذکر کرده‌اند. "تولیت اثرگذار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای این برنامه مهم، مستلزم همراهی و تمکین تمام عیار سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان تأمین‌کنندگان مالی است" (S46).

غیردولتی در کالبد خدمات مزبور لازم است به طور شفاف و روشن جایگاه بخش غیردولتی در ابعاد مختلف این طرح دیده شود و از ظرفیت‌های نهفته در بخش غیردولتی جهت تحقق اهداف ملی این طرح استفاده لازم به عمل آید. بدیهی است نقش سازمان نظام پزشکی در ابعاد سیاست‌گذاری، عملیاتی، اجرایی و نظارتی مراحل مختلف این طرح بزرگ ملی باید به خوبی تبیین شود. متأسفانه کم‌رنگ بودن حضور بخش غیردولتی به عنوان گروه مورد وثوق مردم می‌تواند آثار زیانباری را به دنبال داشته باشد" (SN52).

یکی دیگر از ارگان‌های تأثیرگذار در اجرای سیاست پزشک خانواده، رسانه می‌باشد. نقش و جایگاه رسانه در همکاری برای پیشبرد برنامه پزشک خانواده در مستندات مختلف به عنوان یک ضرورت شناخته شده است. "وجود ابزار دقیق کارشناسانه و همچنین لزوم فراگیری و گسترش سلامت آحاد افراد اجتماع در کشور زمانی میسر می‌شود که نگاهی هوشمندانه به لایه‌های این طرح وجود داشته باشد که در این راستا رسانه‌های جمعی مهم‌ترین مرجع و ابزار آگاه‌سازی در اطلاع‌رسانی طرح پزشک خانواده هستند و نقش برجسته و بنیادی در اجرای این طرح دارند" (S42). یکی از صاحب‌نظران نیز در جمع خبرنگاران و خطاب به آنها چنین گفته است: "من شما را که چشم و گوش افکار عمومی جامعه هستید مشاور برنامه پزشک خانواده که یک برنامه ملی و کاملاً اجتماعی است می‌دانم و از شما می‌خواهم در اجرای این برنامه، نظام سلامت را یاری کنید. خبرنگاران نباید تربیون کسانی باشند که با این برنامه تضاد منافع دارند زیرا این برنامه ملی است و بودجه‌های عمومی نباید در جهت تخطئه یک برنامه ملی هزینه شود" (SN92).

علی‌رغم این که برخی صاحب‌نظران بر این عقیده بودند که از نظرات گروه‌ها و سازمان‌های مختلف در طراحی و تدوین این برنامه بزرگ استفاده شده است اما برخی نیز بر این باور بودند که از نظرات اکثریت کارکنان مرتبط با جامعه پزشکی استفاده نشده است. "اقبال این برنامه منوط به موفقیت در سطح اول با مشارکت پزشکان عمومی است. این در حالی است که پزشکان عمومی و سایر حرف مرتبط پزشکی معتقدند این برنامه در مورد هستی یک صنف بزرگ به راحتی تصمیم گرفته است بدون آن که به نظرات ایشان توجهی کرده باشد" (S46).

تحلیل یافته‌های مطالعه حاکی از آن بود که یکی از مهم‌ترین نگرانی‌هایی که به ویژه در واپسین روزهای آغاز اجرای سیاست پزشک خانواده در کشور بسیار خودنمایی می‌کرد نگرانی از عدم

در کشور و نظام حاکم بر ارایه خدمات بیمه‌ای و دانشگاه‌های علوم پزشکی ظرفیت و گنجایش این طرح را ندارند و نظام اجرایی کشور برای استقرار و توسعه چنین طرحی بسیار ضعیف و نارسا است" (S2). "تکلیف سایر بیمه‌ها از جمله بیمه‌های تکمیلی درمانی، بانک‌ها، بیماری‌های خاص و برخی دیگر از موارد مهم مرتبط به‌وضوح مشخص نیست. وضعیت جمعیت فاقد پوشش بیمه‌ای و سهم پرداختی آن‌ها برای قرار گرفتن در پوشش بیمه نامشخص است" (S44).

تعیین تعرفه‌های بالینی به طور منطقی و بر اساس ارزش نسبی خدمات از دیگر زیرساخت‌ها برای اجرای درست سیاست پزشک خانواده در کشور می‌باشد. "تعرفه‌ها باید واقعی گردد. مثلاً رشد تعرفه 20 درصدی تکافوی هزینه‌های درمان را نمی‌کند. زیرا جامعه پزشکی تنها با تورم اقتصادی که در تأمین مایحتاج زندگی نمود پیدا می‌کند، مواجه نیستند و باید با تورمی که مشکل ساز شده است نیز مقابله کنند. مثلاً اگر قیمت اقلام دندانپزشکی را در سال گذشته با زمان فعلی مقایسه کنند روشن می‌شود که نرخ افزایش هزینه‌های دندانپزشکی بسیار بالاتر از 20% خواهد شد" (NP1).

ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان سیاست: قدرت و انتظارات نقش‌آفرینان¹¹ و ذی‌نفعان¹² در تنظیم اهداف و جهت‌گیری‌های یک سیاست، نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای دارد. بسیاری از صاحب‌نظران، همکاری و تعامل میان ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان را عاملی مهم در جهت استقرار این سیاست ملی ذکر کرده‌اند. لزوم مشارکت بخش خصوصی به عنوان یکی از ذی‌نفعان سیاست پزشک خانواده یکی دیگر از مواردی بود که از سوی دولت توافق و بر آن تأکید گردید. "... اجرای موفق برنامه پزشک خانواده و توسعه آن به شهرها در گرو فضای همکاری و تعامل دو وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی است. کارشناسان نیز تأکید دارند که با همکاری نزدیک این دو وزارتخانه، چالش‌های موجود برطرف شده و توسعه برنامه پزشک خانواده به شهرها که از تکالیف برنامه پنجم توسعه است، اجرایی خواهد شد. بی‌تردید این مهم با شعار عملی نمی‌شود و بدون هماهنگی این دو وزارتخانه و عدم حمایت دولت و مجلس، امکان توسعه و تعمیم برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به جمعیت شهری وجود ندارد" (SN106). "با توجه به ساختار پیچیده ارایه خدمات سلامت در شهرهای کوچک و بزرگ و به دلیل نقش انکارناپذیر بخش خصوصی و

¹¹ Actors

¹² Stakeholders

منابع مالی تعیین شده از سوی سازمان‌های مختلف و از جمله هدفمندی یارانه‌ها و شفاف نبودن منابع مالی را عاملی در جهت اجرا نشدن طرح پزشک خانواده مطابق با خواسته طراحان آن می‌دانند. "نگرانی ما در اجرای این برنامه مواجهه با مشکلات مالی در مسیر اجرای آن است" (W90). "اولین مؤلفه برای اجرای طرح پزشک خانواده، تأمین منابع مالی آن است که در بودجه سال 91 اعتبارات لازم دیده نشده و منابع در نظر گرفته شده پاسخگو نیست" (SN5).

برخی از صاحب‌نظران، به نقش کلیدی دولت در تأمین اعتبارات برنامه پزشک خانواده اشاره کرده‌اند و آن را به عنوان یکی از وظایف دولت معرفی کرده است: "تأمین اعتبارات مورد نیاز این برنامه در مجلس تصویب شده است و دولت باید کمک کند و به این برنامه نه به عنوان یک هزینه بلکه به عنوان یک سرمایه‌گذاری در کشور نگاه کند؛ چون از هزینه‌های بعدی بسیار جلوگیری خواهد کرد و باعث صرفه‌جویی می‌شود. در مجموع با اجرای کامل طرح پزشک خانواده، یک نظامی بر پایه عدالت، اقتصاد مقاومتی و صرفه‌جویی و در نهایت بر پایه علم روز بنیان گذاشته خواهد شد که دستاوردهای آن در آینده روشن می‌شود" (SN95).

یکی دیگر از منابع مورد نیاز برای اجرای برنامه، منابع فیزیکی برنامه می‌باشد. یکی از منابع مهم فیزیکی که مستندات مختلف بدان پرداخته‌اند بستر سخت‌افزاری و اینترنتی برای پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت و ارتباطات سطوح مختلف می‌باشد. "بستر سخت‌افزاری و اینترنتی برای پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت و ارتباطات سطوح مختلف، با توجه به مشکلات زیرساخت مخابراتی، نیازمند عاقبت‌اندیشی است" (W89).

وجود زیرساخت‌های مناسب علمی و آموزشی یکی دیگر از زیرساخت‌های مهم برای اجرای برنامه پزشک خانواده می‌باشد. بسیاری از صاحب‌نظران، زیرساخت علمی و آموزشی را پشتوانه‌ای مستحکم برای اجرای این سیاست ملی بیان کرده‌اند. برخی مستندات با اشاره به این که هنوز زیرساخت مناسب آموزشی در کشور فراهم نشده است، یکی از دلایل این امر را عدم توجه به این مهم بیان کرده‌اند. "پشتوانه علمی در راستای اجرای اصولی برنامه پزشک خانواده بسیار حائز اهمیت است. چنانچه پشتوانه علمی پزشک خانواده و نظام ارجاع خوب تنظیم نشود، اقدامی بیشتر از انجام یک کار مکانیکی انجام نشده است. در صورت تقویت پشتوانه‌های علمی پزشکان، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و به تبع آن سلامت کل جامعه نیز ارتقا

تعهد برخی نقش‌آفرینان و حامیان این سیاست به اقدامات وعده داده شده بود. "طرح پزشک خانواده یکی از مهم‌ترین طرح‌هایی بود که در ابتدای امر با استقبال روبرو شد و گمان بر این می‌رفت که اجرای آن شاخص سلامت را در کشور بالا ببرد اما متأسفانه اجرای آن برخلاف تصور پیش رفت و به علت همکاری نکردن دولت و برخی از ارگان‌های دولتی آن گونه که انتظار می‌رفت عملیاتی نشد" (W109).

زیرساخت‌های فنی (منابع مورد نیاز): زیرساخت‌های فنی و منابع موردنیاز در چهار دسته نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده، منابع مالی، منابع فیزیکی و منابع علمی و آموزشی طبقه‌بندی می‌گردد. نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده و به ویژه پزشکان عمومی از مهم‌ترین زیرساخت‌ها برای اجرای این برنامه می‌باشد. بسیاری از مستندات در تأکید بر اهمیت نقش و جایگاه پزشکان عمومی، از آن‌ها به عنوان ستون فقرات بهداشت و درمان کشور نام برده‌اند. "پزشکان عمومی ستون فقرات بهداشت و درمان کشور هستند. نقش پزشکان عمومی در سلامت کشور بسیار حساس است" (W257). لزوم حضور گروه‌های مختلف بالینی در تیم پزشک خانواده شهری از سوی برخی صاحب‌نظران به عنوان ضرورت مطرح شده است. توجه به شأن و جایگاه پزشکان عمومی، و همچنین برخی دیگر از گروه‌های بالینی از جمله پرستاران از سوی صاحب‌نظران مختلف مورد تأکید قرار گرفته است. علی‌رغم اذعان بسیاری از صاحب‌نظران مبنی بر نیروی انسانی مکفی در اجرای سیاست پزشک خانواده، برخی از ذی‌نفعان این سیاست نیز بر این باور هستند که تعداد نیروی انسانی برای اجرای درست برنامه کفایت نمی‌کند. "یکی از موانع مهم اجرای برنامه پزشک خانواده، کمبود پزشک در بسیاری از مناطق کشور است و با وضع موجود خیلی سخت است که به اجرای درست این برنامه اطمینان داشته باشیم؛ به خصوص این که وزارت بهداشت می‌خواهد از ظرفیت مطب‌داران برای این برنامه استفاده کند" (T54).

منابع مالی سیاست پزشک خانواده به عنوان یکی از چالش‌انگیزترین مباحثی بود که مستندات مختلف به کرات در مورد آن به ارایه نظرات صاحب‌نظران مختلف پرداخته‌اند. علی‌رغم آن که پیش از اجرای طرح، برخی از مستندات به نقل از برخی صاحب‌نظران، منابع مالی برای اجرای این سیاست ملی را کافی می‌دانستند، در ماه‌های پس از اجرا بسیاری از صاحب‌نظران یکی از عوامل مهم در ادامه ناموفق این سیاست را تأمین نشدن منابع مالی طرح عنوان کرده‌اند. بسیاری از مستندات، کمبود منابع مالی برنامه و برخی نیز تأمین نشدن

در هفته به پزشکان با وجود مغایرت با قانون کار از جمله برخی ابهامات حقوقی است که برخی از مستندات بدان پرداخته‌اند.

زیرساخت‌های ارتباطی: ایجاد و حفظ زیرساخت‌های مناسب ارتباطی میان سطوح مختلف نظام سلامت از مواردی است که بسیاری از صاحب‌نظران بدان پرداخته‌اند. در مستندات بررسی شده، برقراری نظام ارجاع و تکمیل حلقه ارتباطی میان سطوح مختلف ارایه خدمت در شهرها و استان‌های مختلف از الزامات اجرای برنامه پزشک خانواده ذکر شده است. "در برنامه پزشک خانواده شهری، نظام سلامت به منظور جامعیت خدمات باید بتواند هر سه سطح خدمات سلامت یعنی خدمات پیشگیری، درمان و توانبخشی را فراهم کند که در حقیقت سیستم ارجاع در همین راستاست" (W250). به اذعان بسیاری از صاحب‌نظران نظام سلامت شروع برنامه پزشک خانواده با نظام ارجاع می‌باشد؛ به طوری که بدون نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده اجرایی نمی‌گردد. "شروع برنامه پزشک خانواده با نظام ارجاع همراه است و این دو برنامه به طور همزمان خواهند بود. دانشگاه‌های علوم پزشکی موظف به ترسیم فرآیند ارجاع هستند و تنها در صورت مشخص کردن فرآیند ارجاع است که مجوز آغاز اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق تحت پوشش خود را دریافت خواهند کرد. بر این اساس دانشگاه‌ها باید مشخص کنند که ساکنان مناطق مختلف چگونه به سطوح بالاتر و از جمله بیمارستان‌ها ارجاع خواهند شد" (W68). بسیاری از مستندات، اجرا نشدن سطح دوم و سوم پزشک خانواده را به عنوان یکی از نگرانی‌های عمده برنامه پزشک خانواده ذکر کرده‌اند. "با تصویب بخش دولتی و همراهی بخش خصوصی، فرآیند ارجاع باید مشخص و تسهیل شده باشد. در استان‌هایی ارجاع به برخی تخصص‌ها ممکن است با کمبود روبرو باشد در این زمینه نیز دانشگاه‌های علوم پزشکی باید با استان‌های مجاور هماهنگ باشند و تفاهم‌نامه امضا کنند که در صورت لزوم بیمار مربوطه به استان مجاور ارجاع شود" (SN34). "پزشک خانواده‌ای را که ما از آن شناخت داریم با پزشک خانواده‌ای که در حال حاضر در کشور اجرا می‌شود، کاملاً متفاوت است و اگر قرار است این طرح به این صورت اجرا شود، بهتر است منتفی و از قید اجرای آن بگذرند. سطح دوم و سوم پزشک خانواده در حالی اجرا نشده است که شرایط را بسیار نگران کننده کرده است و به طور کلی اجرای طرح پزشک خانواده به این صورت مفت‌گران است" (S46).

یافته و نظام سلامت کشور به جایگاه بسیار مناسب و خوبی در سطح منطقه و جهان دست می‌یابد" (SN114).

زیرساخت‌های قانونی و حقوقی: پزشک خانواده و نظام ارجاع در طول سال‌های اخیر مورد توجه قانون‌گذاران کشور بوده است و در برنامه پنجم توسعه، توجه و تأکید ویژه‌ای به آن شده است. وجود زیرساخت قانونی برای اجرای برنامه پزشک خانواده از سوی صاحب‌نظران مختلف مورد تأکید قرار گرفته است. برخی از صاحب‌نظران، نبود زیرساخت قانونی برای برنامه پزشک خانواده را به عنوان یکی از چالش‌های اجرای این سیاست مورد تأکید قرار داده‌اند. "در بخش سلامت این برنامه در ماده 32؛ همانند برنامه چهارم بر تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تأکید شده و در بند ب همین ماده اشاره شده است که باید تمام طرح‌های بزرگ توسعه‌ای به تصویب این شورا برسد. مسلماً تأکید قانون‌گذار بر تشکیل این شورا به دلیل حضور همه نهادهای تأثیرگذار بر نظام سلامت بوده است تا تصمیم‌های این شورا از جامعیت لازم برخوردار باشد، اما متأسفانه آخرین مصوبات این شورا به سال 87 بازمی‌گردد و از آن پس تاکنون (بهمن 1391) تشکیل نشده و اگر شده مصوبه‌ای نداشته است، از این رو می‌توان به این نتیجه رسید که این طرح نه تنها در این شورا مطرح نشده نتایج طرح پایلوت آن که به «01» معروف است نیز به این شورا گزارش نشده است. در بند «د» این قانون، وزارت بهداشت تا پایان سال اول برنامه مکلف به تأمین بیمه پایه از طریق تشکیل صندوق سلامت و به منظور ارایه خدمات یکسان برای همه ایرانیان شده که این امر نیز که برای تحقق عدالت و همچنین یکپارچگی خدمات الزامی است، تحقق نیافته و هم‌اکنون نیز در اجرای برنامه «02» بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد از همکاری با این طرح سرباز زده‌اند و صندوق‌های بیمه بانک‌ها و شرکت‌هایی مانند نفت، مخابرات و... نیز خود را مشمول این طرح ندانسته‌اند" (S 14).

برخی از مستندات نیز اجرای برنامه پزشک خانواده را اقدامی در جهت گسترش تصدی‌گری دولتی به صورت مستقیم و مخالفت با سیاست‌های اصل 44 و سنگین‌تر شدن بار دولت ذکر کرده‌اند و از سوی دیگر، تبدیل مطب خصوصی به جایگاه کارگزار دولت را باعث خدشه‌دار شدن قوانین بازار سرمایه می‌دانند. برخی از صاحب‌نظران، ابهامات حقوقی موجود در برنامه را عاملی در جهت ضربه به زیرساخت‌های قانونی و حقوقی ذکر کرده‌اند. ناپرابری تعهدات حقوقی آمران طرح و ارایه دهندگان خدمت، ضمانت‌های لازم برای پرداخت به موقع دستمزد تیم سلامت با محاسبه دیرکرد، محول نمودن بیش از 44 ساعت کار

بحث

استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع در روستاها و شهرهای کشور در طول سال‌های اخیر مورد توجه عمده سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت کشور بوده است. موضوع استقرار سیاست پزشک خانواده شهری و تغییر در نظام ارجاع با گذشت حدود 17 سال از نخستین زمره‌های اجرای آن به عنوان یک تکلیف قانونی، هنوز به مرحله عمل در نیامده است. به نظر می‌رسد یکی از دلایل اصلی ناموفق بودن تلاش‌های انجام شده برای اصلاح این نظام در سال‌های اخیر، بی‌توجهی به زیرساخت‌ها است؛ زیرساخت‌هایی که تا به آن توجه نشود و نخست اصلاح نشوند، امکان بنای اصلی فراهم نمی‌شود و هرگونه تغییری بدون توجه به آن‌ها به کج شدن بیشتر بنا خواهد انجامید. در این راستا، مطالعه حاضر با بهره‌گیری از نظرات ذی‌نفعان و صاحب‌نظران نظام سلامت کشور که در پایگاه‌های داده ای داخلی کشور نمایه شده بودند به تحلیل محتوایی این مستندات پرداخت. بهره‌گیری از مستندات برای تحلیل داده‌ای، روش جدیدی نیست و بسیاری از پژوهشگران در مطالعات خود روش تحلیل محتوایی مستندات را به عنوان تنها روش برای گردآوری و تحلیل داده‌ها انتخاب کرده‌اند.

تحلیل یافته‌های به دست آمده از مطالعه نشان داد در تلاش برای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، غفلت در توجه به زیرساخت‌ها، اجرای برنامه را در هر زمانی با شکست مواجه خواهد کرد. در اجرای سیاست پزشک خانواده شهری باید با شناسایی زیرساخت‌های مناسب و مهم، زمینه استقرار این سیاست را تسهیل کرد. چنانچه شواهد به دست آمده حاکی از آن است که در استقرار طرح پزشک خانواده روستایی در کشور، پایه‌ریزی بیمه سلامت روستایی برای همه به عنوان یکی از زیرساخت‌های مناسب استقرار، گامی مثبت در جهت اجرایی کردن سیاست پزشک خانواده در ایران بود؛ به طوری که سیاست‌گذاران توانستند با مهارت و تدبیر لازم این دو سیاست را با یکدیگر همسو کنند و اجرای سیاست پزشک خانواده را نیز به عنوان تنها راه حل اجرایی شدن بیمه روستایی معرفی کنند؛ اگر چه روشی که بدان طریق سیاست مورد نظر شکل گرفت مهم‌ترین مانع در جهت استقرار برنامه‌ریزی شده سیاست پزشک خانواده در ایران بود (26). نویسندگان، در مطالعه قبلی خود شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی را یکی از زیرساخت‌های مهم و سکویی برای اجرای پزشک خانواده روستایی در کشور ذکر کرده‌اند (27).

تحلیل داده‌های به دست آمده حاکی از آن بود که در مورد استقرار برنامه پزشک خانواده شهری، تعریف روشن و واضحی از زیرساخت‌های لازم برای اجرای سیاست وجود ندارد. تولید در کنار تولید منابع، تأمین مالی و آرایه خدمات به عنوان یکی از چهار کارکرد اساسی نظام سلامت است که روی سایر کارکردها تأثیر مستقیم دارد (28). تحلیل یافته‌های مطالعه نشان داد که مخدوش شدن قدرت تولیدی وزارت بهداشت، باعث شده است اجرای این سیاست در عمل با مشکل مواجه گردد. تصمیم به اجرا از سوی وزارت بهداشت و لزوم اخذ اعتبار از سازمانی دیگر و نبود سازوکار واحد اجرایی دلیلی بر آن می‌باشد. مطالعه دیگر نویسندگان همین مقاله نیز بیانگر آن است که مخدوش بودن قدرت تولیدی، سیاست‌گذاری و نظارتی وزارت بهداشت در خصوص اجرای برخی برنامه‌ها و سیاست‌های نظام سلامت مانند نظام تعرفه‌گذاری (29)، سیاست نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها (30) باعث عدم تحقق آن‌ها و عدم حصول به پیامدهای مورد نظر گردیده است. سازماندهی کار و چیدمان نقش‌آفرینان عرصه آرایه خدمات از آن دسته کارکردهایی است که نه تنها رفتار همه نقش‌آفرینان نظام سلامت، اعم از سیاست‌گذاران، تأمین‌کنندگان منابع، واسطه‌های مالی، فراهم‌کنندگان و گیرندگان خدمات را به گونه‌های متفاوت تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه از رفتارهای هر یک از آن‌ها و حتی از سیاست‌های کلان اقتصادی کشورها متأثر می‌شود (31).

یافته‌های مطالعه نشان داد وجود قدرت‌های مانع از اجرای سیاست، امکان اجرای صحیح آن را دچار مشکل می‌نماید. سیاست‌گذاری باید با مشورت گروه‌های مختلف ذی‌نفع صورت گیرد. درگیر کردن گروه‌های ذی‌نفع در تدوین سیاست‌ها باعث می‌شود احساس مسؤلیت آن‌ها نسبت به اجرا بیشتر شده و احتمال استقرار مؤثر افزایش یابد. مراحل مختلف سیاست‌گذاری مانند بیان مشکل و ورود سیاست به دستور کار سیاست‌گذاری، تدوین، استقرار و ارزشیابی، تحت تأثیر شرایط سیاسی قرار دارد (32). ضعف ارتباط و هماهنگی میان دستگاه‌های سیاست‌گذار و مجری برنامه، باعث مشکلات فراوانی می‌شود. یکی از موارد مهمی که به ایجاد هماهنگی در استقرار کمک می‌کند دخیل کردن افراد درگیر در مراحل مختلف سیاست‌گذاری است (30، 33 و 34). لازم است برای تدوین و استقرار این سیاست ملی از دیدگاه‌ها، تجربیات و قدرت بالقوه نیروی انسانی به ویژه پزشکان عمومی بهره گرفته شود. عدم مشورت گرفتن از افرادی که در کار اجرایی بوده‌اند و از

رابطه‌ای مبتنی بر قراردادهای شفاف و بدون خدشه نبوده است. طرف قرارداد پزشکان خانواده (سازمان‌های بیمه‌ای)، در صورت تأخیر در انجام تعهدات خود، هیچ گونه خسارتی به طرف دوم نمی‌پردازند و با افزودن به بسته خدمتی نیز پرداخت اضافه‌ای به افراد صورت نمی‌گیرد. در ارتباط با سازمان‌های بیمه‌ای، چالش‌هایی وجود دارد که باید در جهت رفع آن‌ها اقدامات لازم صورت گیرد. یافته‌های مطالعه نشان داد که ساختار بیمه‌ای در کشور مناسب نیست. تعدد صندوق‌های بیمه، موجب گسیختگی در سازمان‌دهی صندوق‌ها شده و غیریکپارچه بودن صندوق‌ها به عملکرد و کارکرد تأمین مالی در سه حیطه همچون جمع‌آوری درآمد، انباشت و خرید خدمت آسیب می‌زند.

محدودیت مطالعه: به نظر می‌رسد بهره‌گیری از مستندات، خود به تنهایی قادر به بیان تمامی حقایق مرتبط با سیاست نمی‌باشد. بنابراین در مطالعه کیفی ترجیح بر آن است که از روش‌های متعدد به صورت متوالی یا همزمان استفاده گردد. بدیهی است بهره‌گیری از مستندات در کنار سایر روش‌های گردآوری داده‌ها مانند انجام مصاحبه یا مشاهده می‌تواند پژوهشگران را به درک بسیار جامع‌تر و کامل‌تری از موارد مرتبط با موضوع مورد بررسی برساند. با توجه به حساسیت موضوع و بازه زمانی گسترده مطالعه که پایگاه‌های داده‌ای به انتشار گسترده اخبار و نظرات نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان مختلف پرداخته بودند، تحلیل جامع مستندات مرتبط با پایگاه‌های داده‌ای داخلی به دلیل حجم بالای داده‌های گردآوری شده و پوشش ابعاد مختلف موضوع باعث گردید تا حدود زیادی شکاف ناشی از عدم انجام مصاحبه مستقیم با صاحب‌نظران موضوع کوچک‌تر گردد.

نتیجه‌گیری

استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در کشور به دلیل متفاوت بودن ابعاد آن نسبت به پزشک خانواده روستایی، نیازمند برنامه‌ریزی و طراحی دقیق‌تر و جامع‌تری است. برنامه پزشک خانواده به عنوان یکی از اصلاحات بزرگ سیاستی می‌تواند بسیاری از چالش‌های موجود در نظام سلامت کشور را رفع کند. بدیهی است دستیابی به این مهم نیازمند تدوین دقیق سیاست و اجرا با بهره‌گیری از تجارب گذشته نظام سلامت، بهره‌گیری از نظرات و دیدگاه‌های نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان این سیاست و پایش دقیق کلیه مراحل استقرار می‌باشد. سیاست‌گذاران و کسانی که آن‌ها را حمایت می‌کنند باید با فراهم کردن زیرساخت‌های استقرار، زمینه استقرار این سیاست ملی را در کشور فراهم کنند. هر گونه بی‌برنامگی و شتاب در استقرار

مشکلات عینی و اجرایی نظام سلامت آگاهی دارند از جمله دلایلی است که موجب عدم موفقیت برنامه‌ها می‌گردد (35). زمانی که توسعه پزشک خانواده در شهرها در قالب نسخه «01» به بن‌بست رسید، تلاش برای تدوین نسخه «02» فراهم شد و حاصل آن دستورعملی گردید که به اذعان مسؤولان وقت وزارت بهداشت، هماهنگی کامل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌گر را به همراه داشت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان نقش‌آفرینان در عرصه سیاست¹³ مورد نظر بودند (36) و نقش اصلی را در پیشبرد، حمایت و به اجرا درآوردن این سیاست ملی داشتند. از آن جا که ذی‌نفعان سیاست پزشک خانواده، به طور مؤثری تحت تأثیر سیاست مورد نظر قرار داشتند و می‌توانستند این سیاست را به طور مؤثری تحت تأثیر قرار دهند، لذا توجه به انتظارات و خواسته‌های آن‌ها در تنظیم اهداف و جهت‌گیری‌های این سیاست بسیار مهم است. پزشکان عمومی و سازمان نظام پزشکی و مردم از مهم‌ترین ذی‌نفعان سیاست پزشک خانواده می‌باشند. سازمان‌های خارج از بخش سلامت مانند وزارت اقتصاد، وزارت صنایع و وزارت جهاد کشاورزی از دیگر ذی‌نفعان این سیاست می‌باشند. با توجه به جایگاه نقش‌آفرینان مختلف در اجرای برنامه پزشک خانواده و اهمیت مشارکت و تعامل ذی‌نفعان در اجرای برنامه پزشک خانواده و حمایت و پشتیبانی آنان از پیشبرد صحیح این برنامه، بدیهی است غفلت از هر یک از موارد ذکر شده باعث می‌گردد که سیاست مورد نظر به فرجام مورد انتظار تدوین‌کنندگان آن نرسد. جعفری و همکارانش در مطالعه خود به این نکته اشاره دارند که هماهنگی ضعیف میان بدنه سیاست‌گذاری و استقرار سیاست از ویژگی‌های نظام متمرکز مدیریت واحدهای اداری (کاملاً وابسته به دولت) است. بسیاری از برنامه‌های دستوری در عمل قابل اجرا نیستند (37). توسعه درست زیرساخت‌های ارتباطی میان سطوح مختلف نظام سلامت به ویژه سطوح اول تا سوم، به عنوان حلقه ارتباطی عاملی مؤثر در جهت گسترش فراگیر برنامه پزشک خانواده و حرکت در جهت اهداف آن می‌باشد. این در حالی است که نحوه ارتباط سطوح مختلف نظام سلامت با یکدیگر چندان مشخص و واضح نیست.

یکی دیگر از چالش‌های زیرساخت‌های ساختاری نظام سلامت، رفتار سازمان‌های بیمه‌ای با ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد. تجربه پزشک خانواده روستایی حاکی از آن است که رابطه میان ارائه‌دهندگان خدمت و سازمان‌های بیمه‌گر بر اساس

¹³ Policy Arena

پزشک خانواده به عنوان یکی از دغدغه‌های مهم سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور ما در طول دهه‌های گذشته، بهره‌گیری از یافته‌های این مطالعه در مورد زیرساخت‌های لازم برای استقرار این سیاست بزرگ ملی، می‌تواند به عنوان شواهد پژوهشی، سیاست‌گذاران را در این موضوع مهم یاری دهد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور به عنوان متولی و بانی سیاست پزشک خانواده شهری می‌تواند با توجه به زیرساخت‌های ذکر شده در این مطالعه، اقدام به مذاکره و جلب حمایت ذی‌نفعان مختلف در راستای فراهم سازی این زیرساخت‌ها و به تبع آن استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران کند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از طرح پژوهشی مصوب با کد 19704 می‌باشد که در مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران به ثبت رسیده است.

References

- 1- Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *The Annals of Family Medicine* 2004; 2 (suppl 2): S5-S16.
- 2- Villanueva T. Family medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. *Int Arch Med* 2009; 2(1): 36.
- 3- Instruction of referral system and family medicine in urban areas (02 Version). Tehran, Iran 2011. Available from: http://health.mubabol.ac.ir/PDF/dasturolamale_pezeshke_kh_anavadeh2.pdf
- 4- Family medicine and referral system Instructions in urban areas. Ministry of Health and Medical Education and Cooperative Labor and Social Welfare; 2012.
- 5- Levesque JF, Pineault R, Hamel M, Roberge D, Kapetanakis C, Simard B, et al. Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Family Practice* 2012; 13(1): 66.
- 6- Moteff JD. Critical infrastructures: Background, policy, and implementation: DIANE Publishing; 2010.
- 7- Ghesmatizadeh M. Let's not crooked first clay. *Sepid Magazine*. [cited 2013 June]. Available from: <http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/>
- 8- World Health Organization. The World health report, 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>. 2005.
- 9- Cohen S. Folk devils and moral panics: The creation of the mods and rockers. *Psychology Press*; 1980.
- 10- Welch N. Data Collection and Analysis [Book Review]. *Qualitative Research Journal* 2006; 6(1): 151.
- 11- Hall S, Clarke J, Critcher C, Jefferson T, Roberts B. *Policing the crisis: Mugging, law and order and the state*. London: Macmillan; 1978.
- 12- Clements S. Web document analysis: Monash University; 2003.
- 13- Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem. *Health Res Policy Syst* 2009; 7(Suppl 1): S4.
- 14- Sapsford R, Jupp V. *Data collection and analysis*. Sage Publications Ltd 2nd ed. London. 1996: 298-10.
- 15- Gallagher M. Data collection and analysis. *Researching with Children and Young People: Research Design, Methods and Analysis* Tisdall K, Davis J, Gallagher M (eds) Sage: London. 2009:65-88.
- 16- Krippendorff K. *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage Publications, Inc; 2004.
- 17- Neuendorf KA. *The content analysis guidebook*. Sage Publications, Inc; 2002.
- 18- Stemler S. An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2001; 7(17): 137-46.
- 19- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research* 2005; 15(9):1277-88.
- 20- Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. *Qualitative methods in public health: A field guide for applied research*: Jossey-Bass Inc Pub; 2005.
- 21- Rasmussen P, Muir-Cochrane E, Henderson A. Document analysis using an aggregative and iterative process. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2012; 10(2): 142-5.
- 22- Miller FA, Alvarado K. Incorporating documents into qualitative nursing research. *Journal of Nursing Scholarship* 2005; 37(4): 348-53.
- 23- Cheung KK, Mirzaei M, Leeder S. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Australian Health Review* 2010; 34(4): 405-13.

- 24- Pinto A, Manson H, Pauly B, Thanos J, Parks A, Cox A. Equity in public health standards: a qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces. *International Journal for Equity in Health* 2012; 11(1): 28.
- 25- Jupp V. Documents and critical research. In Sapsford R & Jupp, V. (Eds.) *Data Collection and Analysis*. London, Sage; 1996.
- 26- Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser-provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. *Health Policy Plan* 2015; 18: czu135.
- 27- Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract* 2013; 30(5):551-9. doi: 10.1093/fampra/cmt025. Epub 2013 Jun 20.
- 28- Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(6): 717-31.
- 29- Doshmangir L, Rashidian A, Moaeiri F, Akbari Sari A. Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight of Specialties and Health System Costs. *Hakim Health Sys Res* 2011; 14(1): 1- 9.
- 30- Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian AH, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. *Int J Health Policy Manag* 2014; 3: 1-10. Doi 10.15171/ijhpm.2014.115
- 31- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford University Press; 2003.
- 32- Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy (understanding public health)*. UK: Bell & Brain Ltd. 2005
- 33- Doshmangir L, Mostafavi H, Rashidian A. How to Do Policy Analysis? A View on Approaches and Modes of Policy Analysis in Health Sector. *Hakim Health Sys Res* 17 (2), 138- 150. (in Persian)
- 34- Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the Black Box: The Experiences and Lessons From the Public Hospitals Autonomy Policy in Iran. *Arch Iran Med* 2015;18(7):416-24. doi: 0151807/AIM.005.
- 35- Fischer F, Miller GJ. *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. CRC Press; 2006.
- 36- Moran M, Rein M, Goodin RE. *The Oxford handbook of public policy*. Oxford Handbooks Online; 2008.
- 37- Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. *The International Journal of Health Planning and Management* 2011; 26(3): e121-e37.

Infrastructures for Implementation of Urban Family Medicine in Iran: a Qualitative Document Analysis

Doshmangir L^{1,2,3} (MSc, PhD), Doshmangir P⁴ (Msc, PhD Student), Abbasi M⁵ (MSc), Rashidian A^{*5,6} (MD, PhD)

¹ School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran

² Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran

³ Tabriz Health Services Research Center, Tabriz University of Medical sciences, Tabriz, Iran

⁴ Department of Health Promotion, Faculty of Health Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ Department of Health Management and Economics, School of Public Health,

Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Original Article

Received: 1 Nov 2014, Accepted: 4 Feb 2015

Abstract

Introduction: Development of a referral system based on family medicine is an important aim of health policymakers and planners to achieve health system goals. Knowledge regarding infrastructures for implementation of a policy is a pivotal step in implementing the policies. Along with the implementation of urban family medicine in Iran, local and national electronic websites and newspapers reflected the viewpoints of experts and stakeholders about this national policy. The aim of this study was to assess the experts's views via analyzing related national web documents.

Methods: In this study, we analyzed the contents of the identified documents. We gathered data from national websites during December 2011 until November 2012. Collected data were analyzed using the thematic approach in the MAXQDA-10.

Results: Six main themes and 28 sub-themes can describe the infrastructures for family medicine implementation in Iran. The main themes include "stewardship and governance", "legal infrastructure", "structural infrastructure", "technical infrastructure and required resources", "policy actors and stakeholders" and "communication infrastructure".

Conclusion: Considering the principles of policy implementation and providing appropriate infrastructures are requirements for implementation of urban family medicine. The main infrastructures for implementation of the urban family medicine in Iran include stewardship in health system, adequate funds, cooperation and coordination of all stakeholders, avoiding power conflicts and setting tariffs rationally and covering people across the country.

Key words: family medicine, document analysis, content analysis, policy implementation, Health system, Iran

Please cite this article as follows:

Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for Implementation of Urban Family Medicine in Iran: a Qualitative Document Analysis. *Hakim Health Sys Res* 2015; 18(1): 1- 13.

*Corresponding Author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Tel: +98- 21-66707529, Fax: +98- 21- 63453232, E-mail: arashidian@tums.ac.ir