

تحلیل کیفی برنامه پزشکی خانواده به منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه

حسین علائی^۱، نیلوفر امیری قلعه رشیدی^{۲*}، مجتبی امیری^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۹/۶/۱۹

چکیده:

زمینه و هدف: برنامه پزشکی خانواده از مهم‌ترین تلاش‌های نظام سلامت ایران برای ایجاد نظام ارجاع در کشور، تدوین و در چند استان به اجرا درآمد، ولی به دلایلی چند با چالش‌های اساسی روبرو شد که موجب عدم پیشرفت برنامه گردید لذا پژوهش حاضر با هدف تحلیل برنامه مذکور به منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه گذشته‌نگر حاضر از نوع تحلیل سیاست، یک پژوهش کیفی است، در آن نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از تحلیل اسناد و مصاحبه نیمه‌باز انجام شده است. تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل تم در چارچوب مثلث سیاست‌گذاری و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA انجام شد.

نتایج: بر اساس چارچوب مطالعه، چالش‌های برنامه در بعد زمینه عبارت‌اند از: تضاد منافع، قائم به فرد بودن برنامه‌ها، عدم ثبات در مدیریت و برنامه‌ها، توجه ناکافی به فرهنگ‌سازی و منابع و زیرساخت‌ها، در بعد محتوا عبارت‌اند از: رویکرد اجرایی نامتناسب، عدم بومی‌سازی، انتخاب ابزار نامناسب، شفافیت ناکافی و ابهام در اهداف، وظایف و مسئولیت‌ها. در بعد فرآیند؛ چالش‌های فرآیند بر اساس چرخه خط‌مشی‌گذاری مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه پزشکی خانواده متأثر از عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مدیریتی است. از آنجا که این برنامه مجدداً مورد توجه وزارت بهداشت قرار گرفته است، لازم است سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت با در نظر گرفتن موانع و چالش‌های مطرح شده به اصلاح محتوا و روش‌های اجرای برنامه اهتمام ورزند.

کلمات کلیدی: تحلیل سیاست، پزشکی خانواده، نظام سلامت ایران، نظام ارجاع

^۱ استاد مدیریت دانشگاه امام حسین (ع).

^۲ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، دانشگاه تهران، پردیس البرز، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).

Amiri.niloufar@gmail.com، ۰۹۱۲۵۲۱۴۸۷۱

^۳ دانشیار مدیریت، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، رئیس مرکز پژوهش‌های کاربردی مدیریت؛ تهران، ایران.

مقدمه

در ایران از دهه ۵۰ خورشیدی تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت خوب صورت گرفت. به این منظور در دهه ۶۰ خورشیدی نظام شبکه بهداشتی و درمانی طراحی و اجرا گردید. با این حال به علت انعطاف‌ناپذیری نظام فوق در برآوردن نیازهای نوظهور جامعه و چالش‌های جدید نظام سلامت، طرح پزشک خانواده به عنوان بهترین گزینه اصلاح نظام سلامت در اولویت‌های اصلی نظام سلامت قرار گرفت که طبق برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه باید در سراسر ایران اجرا می‌شد (۱، ۲). در سال ۱۳۸۳ سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا امکان بهره‌مندی افراد در روستاها و شهرهای کمتر ۲۰۰۰۰ نفر از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم نماید (۳) با وجود پشتوانه‌های قانونی پیاده‌سازی برنامه با چالش اساسی روبرو شد که موجب تأخیر و یا عدم پیشرفت برنامه گردید (۴) با توجه به پتانسیل برنامه در اصلاح رفتار خود ارجاعی بیماران و افزایش عدالت دسترسی به خدمات سلامت و امکان کنترل مناسب بیماری‌های مزمن و حتی همه‌گیری‌ها؛ این پژوهش به تحلیل خطمشی مذکور به منظور شناسایی عوامل عدم اجرای برنامه می‌پردازد. تحلیل خطمشی‌های نظام ارجاع و پزشک خانواده به جهت اهمیت برنامه و وابستگی بسیار زیاد با سایر اجزای نظام سلامت و تأکیدات قانون‌گذار، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که تحلیل خطمشی کمک می‌کند تا درک درستی از خطمشی تدوین شده یا در حال اجرا ایجاد شود و حمایت‌ها و مخالفت‌ها نیز به‌خوبی درک شوند (۵) در مطالعاتی که تاکنون به منظور تحلیل پزشک خانواده صورت گرفته، از جمله مطالعه تکیان و همکاران (۶)، شیان و همکاران (۱) دشمنگیر و همکاران (۷)، علیپور و همکاران (۸)، فرید و همکاران (۹) و مهترپور (۱۰) به شناسایی ابعادی از چالش‌های تدوین و اجرای برنامه پرداخته شده است؛ به نظر می‌رسد پس از تجربه حدود نیم‌دهه از اجرای طرح تحول نظام سلامت ایران لازم است این برنامه مجدداً و با درک عمیق‌تری به‌عنوان یک خطمشی اصلاحی با ظرفیت مناسب برای اجرای سطح‌بندی و توزیع عادلانه خدمات موردتوجه قرار گیرد. همچنین همه‌گیری کرونا نشان داد که در صورت تکرار چنین اتفاقاتی، تلاش‌های نظام‌های سلامت در کنترل بیماری‌های غیر واگیر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مقابله با این بیماری تجربه ارزشمندی است و نشان‌دهنده اهمیت دو اصلاح بزرگ نظام سلامت ایران یعنی شبکه بهداشت و درمان و پزشک خانواده می‌باشد؛ چرا که با بازنگری و اجرای کامل پزشک خانواده، برقراری پیوند منطقی این دو اصلاح و تقویت نظام اطلاعاتی سلامت می‌توان امیدوار بود که در زمان‌های بحران، هم کنترل

بیماری‌های غیر واگیر ادامه یابد و هم خدمات پیشگیری و بعضاً درمان بیماری‌های واگیر از طریق این ظرفیت ارزشمند انجام گردد و از فرسودگی سطح تخصصی و فوق تخصصی جلوگیری شود؛ لذا در این مطالعه تلاش شده است تا با مرور جامع بر شواهد و مطالعات موجود در خصوص برنامه پزشک خانواده کلیه عوامل مؤثر بر برنامه مورد بررسی قرار گیرد تا با تأکید و بررسی مجدد عوامل مؤثر، اطلاعات مناسبی برای حمایت از روند تصمیم‌گیری نظام سلامت، تولید نماید.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش کیفی از نوع مطالعات تحلیل سیاست‌گذاری سلامت و با هدف تحلیل برنامه پزشک خانواده در دو مرحله صورت گرفته است. مرحله اول شامل بررسی متون و اسناد و گزارش‌های مرتبط و مرحله دوم مصاحبه‌هایی با افراد کلیدی تأثیرگذار در خطمشی‌گذاری پزشک خانواده می‌باشد. چارچوب تحلیل خطمشی‌ها، چارچوب تحلیل والت و گیلسون (مثلث سیاست‌گذاری) می‌باشد. در این رویکرد تحلیلی تأکید بر زمینه، فرآیندها، محتوا و بازیگران می‌باشد؛ زمینه شامل عوامل اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، ملی و بین‌المللی است که ممکن است بر فرآیند خطمشی‌گذاری تأثیر داشته باشد؛ فرآیند، روشی است که با آن خطمشی‌ها آغاز، تدوین، اجرا و مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در طول فرآیند، تصمیم‌گیری، فاکتوری تعیین‌کننده است بطوریکه به گفته اتزیونی «تصمیم‌گیری در جایی میان شکل‌گیری سیاست‌ها و اجرای آن قرار دارد. تصمیمات بر اجرای سیاست‌ها تأثیر می‌گذارند و اجرای اولیه نیز بر مراحل بعدی تصمیم‌گیری تأثیرگذار هستند که این امر هم خود بر اجراهای بعدی اثر می‌کند» (۱۱).

محتوا، شامل جزئیات واقعی و اجزای ساختاری خطمشی‌گذاری است و بازیگران شامل افراد، سازمان‌ها و دولت‌هاست که بر خطمشی‌گذاری تأثیر می‌گذارند.

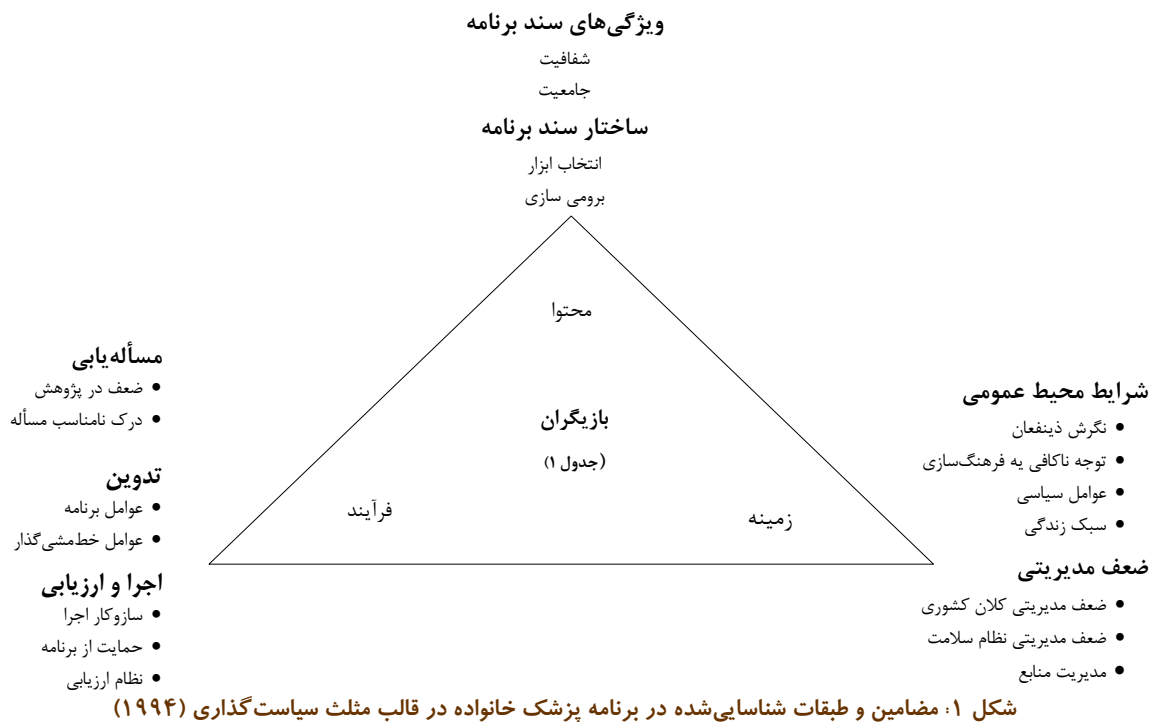
روش تحلیل این پژوهش تحلیل تم می‌باشد که روشی برای تعیین، تحلیل و بیان الگوهای (تم‌ها) موجود درون داده‌ها است. مراحل شش‌گانه تحلیل تم عبارت‌اند از: آشنایی با داده‌ها، ایجاد کدهای اولیه، جستجوی تم‌ها، بازبینی تم‌ها، تعریف و نام‌گذاری تم‌ها و تهیه گزارش (۱۲). در این مطالعه تم‌ها بر اساس چارچوب مثلث سیاست‌گذاری در نظر گرفته شدند. برای کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA^{۱۱} استفاده شد.

برای شناسایی ذی‌نفعان ابزارها، روش‌ها و تکنیک‌های فراوانی وجود دارد (۱۳). یکی از شناخته‌شده‌ترین الگوهای تحلیل ذی‌نفعان، جدول قدرت-علاقه است که در آن ذی‌نفعان در یک ماتریس دو در دو طبقه‌بندی می‌شوند. این ماتریس

بود، تعداد نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ۲۶ نفر بود و سعی شد نمونه پژوهش مطلع‌ترین افراد نسبت به موضوعات باشند. برای افزایش اعتبار پژوهش، ضمن اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، از نظرات تکمیلی تیم پژوهش و بازخورد نتایج از شرکت‌کنندگان در مطالعه استفاده شد. جمع‌آوری و گردآوری داده‌ها از طریق تحلیل اسناد (شامل گزارشات و دستورالعمل‌های مرتبط به برنامه در وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه، مرکز تحقیقات مجلس و ...، جست‌وجوی کتب و مقالات و پژوهش‌های پیشین) و مصاحبه نیمه‌باز انجام گرفت. سوالات مصاحبه توسط اساتید مشاور بررسی شد تا از لحاظ روایی محتوا اطمینان حاصل گردد. مصاحبه‌ها بصورت غیررسمی و با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام شد. بلافاصله پس از پایان هر مصاحبه، مکالمات پیاده‌سازی گردید.

ائتلاف‌هایی که باید تشویق یا نادیده گرفته شوند برجسته کرده و مشخص می‌کند کدام رفتارها باید تقویت‌شده و کدام بازیگران باید در تصمیم‌گیری شرکت نمایند. (۱۴) بدین ترتیب می‌توان انواع ذی‌نفعان را در چهار گروه عوام (قدرت کم و خواسته کم)، نهادها (قدرت کم و خواسته و علاقه زیاد)، بنگاه‌ها (قدرت زیاد و خواسته و علاقه کم) و بازیگران توانا یا کلیدی (قدرت بالا و خواسته و علاقه زیاد) قرار داد. (۱۵) جامعه این پژوهش شامل سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران کلیدی برنامه و شامل وزرای پیشین (۲ نفر) و معاونین وزارت بهداشت (۴ نفر)، اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران (۸ نفر)، نمایندگان مجلس شورای اسلامی (۲ نفر) و مدیران سازمان‌های نظام پزشکی (۱ نفر)، نظام پرستاری (۱ نفر)، بیمه سلامت (۴ نفر)، تأمین اجتماعی (۲ نفر) و برنامه‌بودجه (۳ نفر) بودند. روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند و گلوله برفی

یافته‌ها:



۱۶) بنابراین برنامه پزشکی خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سیاست‌گذاری‌های دهه‌های اخیر نظام سلامت در وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه مطرح شد. بر اساس اسناد و مصاحبه‌های انجام شده عوامل زمینه‌ای مؤثر بر برنامه پزشکی خانواده در دو مضمون **شرایط محیط عمومی** (شامل طبقات نگرش ذینفعان، توجه ناکافی به فرهنگ‌سازی، سبک زندگی و عوامل سیاسی) و **ضعف مدیریتی** (شامل طبقات تضاد

با توجه به چارچوب مورد استفاده این پژوهش یافته‌های مطالعه به شرح زیر می‌باشد:

۱- عوامل زمینه‌ای مؤثر بر برنامه پزشکی خانواده

به دنبال تغییر الگوی بیماری‌ها به طرف بیماری‌های غیر واگیر و مزمن، نظام سلامت ایران دچار چالش‌های اساسی همچون دسترسی نامناسب به خدمات، افزایش هزینه‌های خانوار و کاهش سهم دولت در هزینه‌های خانوار، نظام پرداخت نامناسب و... شد لذا اصلاح در نظام سلامت ضرورت یافت. (۱)

به علت تضاد منافعشان با لابی‌گری و گاهی مقاومت در برابر اصلاحات چرخ اصلاحات در نظام سلامت را متوقف می‌کنند.

عدم ثبات در برنامه‌ها و اقدامات و بی‌ثباتی مدیریتی موارد دیگری هستند که توسط مصاحبه‌شوندگان با آن اشاره شد. مصاحبه‌شوندگان با اشاره به ثبات مدیریت در کشورهایی مثل ترکیه و تایلند، آن را از مشکلات نظام سلامت ایران برشمردند. کارکردن جزیره‌ای، پیچیدگی‌های نظام سلامت و ساختار نامتناسب با پیچیدگی‌ها و وجود ناهماهنگی‌های سازمانی در از سایر عوامل می‌باشند برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گفت: "بین بحث درمان و پیشگیری ارتباط تنگاتنگی وجود دارد ولی در وزارت بهداشت بصورت جزیره‌ای فعالیت‌های هر بخش دنبال می‌شود. بخش پیشگیری نمی‌داند برای درمان چه می‌کنند و برعکس. باید بهداشت و درمان در کنار یکدیگر برنامه‌ریزی شوند. ... این جزیره‌ای کارکردن در بیمه‌ها نیز وجود دارد. ..."

پس از گذشت دهه‌ها برنامه‌ریزی توسعه، علیرغم وجود رویکرد برنامه‌ها به بحث سلامت با تدوین فصل سلامت در برنامه‌های توسعه و صدور احکام ذیل آن، نبود سیستم نظارتی و عدم پایش مصوبات و احکام برنامه‌ها یکی از عواملی است که مانع اجرای صحیح برنامه‌های توسعه شده است. یکی از خط‌مشی‌گذاران کلیدی اصلاحات نظام سلامت معتقد بود که: "در مجلس نمایندگان هر ۴ سال عوض می‌شوند، برنامه‌های قبلی را نمی‌خوانند حتی اگر بخوانند هم چون سلامت تخصصی است متوجه اهمیت ماجرا نمی‌شوند. بنابراین می‌بینید که ما هیچ‌وقت یک نگهبان یا محافظ برای جاهایی که ریل‌گذاری کردیم نداریم."

عدم پابندی دولت به تعهدات مالی خود در قبال بیمه‌ها و تأمین اعتبارات طرح‌ها و تخصیص بودجه از جمله مشکلات بزرگ جلوی راه اصلاحات نظام سلامت می‌باشد.

نیاز به مدیریت ملی برنامه نیز از مواردی بود که تعداد قابل توجهی از مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. وجود مغز متفکر، نگهبان برنامه، نظارت ملی، وجود مراکز یا دپارتمان‌هایی برای تهیه گزارشات ملی منظم از جمله مواردی بود که اشاره شد.

آنچه در خصوص برنامه‌های اصلاحی وزارت بهداشت بخصوص پزشک خانواده به نظر می‌رسد این است که این برنامه‌ها قائم به فرد یا دولت‌ها هستند و با عوض شدن دولت‌ها یا وزرا اولویت‌های وزرا و تیمشان تغییر کرده و اصلاحات تغییرات اساسی می‌کند.

همچنین تمایل مسئولین خط‌مشی‌گذار در کشور به تدوین برنامه‌های زودبازده از دیگر مسائل طبقه است.

منافع، مسائل ساختاری، مسائل مدیریتی کلان و مدیریت منابع (طبقه‌بندی گردید):

نگرش درمان‌مدار یکی از چالش‌های بزرگ برنامه به باور مصاحبه‌شوندگان بود. چرا که برنامه به‌شدت به همراهی مردم نیازمند است، لذا فرهنگ درمان‌مدار مانع پیشرفت نظام ارجاع می‌باشد. همچنین عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان معتقدند اعتماد مردم به دانش پزشکان عمومی (ارائه‌دهندگان اصلی خدمات پزشک خانواده) از عوامل مهم تسهیلگر در اجرای برنامه است و از آنجا که این اعتماد در بین مردم کافی نیست، مردم ترجیح می‌دهند در اولین مراجعه نزد پزشک متخصص بروند.

توجه ناکافی به فرهنگ‌سازی یکی از مواردی بود که حدود ۷۰ درصد مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. عدم توجه به ظرفیت‌های آموزش و پرورش برای فرهنگ‌سازی و عدم استفاده مناسب و کافی از رسانه‌ها بخصوص تلویزیون از مهم‌ترین نکات طبقه است. همچنین جابه‌جایی جمعیت و تغییر سبک زندگی اتفاقی است که در مهر و موم‌های اخیر در کشور افتاده است. یعنی جمعیت روستایی کاهش و جمعیت شهری افزایش یافته است لذا PHC روستایی دیگر پاسخگوی نیازهای مردم نمی‌باشد.

از جمله عوامل سیاسی مؤثر بر برنامه، تحریم‌های اقتصادی است. این تحریم‌ها منجر به رشد هزینه‌های خدمات سلامت شد؛ از طرفی نیز با تغییر دولت، برنامه تحول نظام سلامت به‌عنوان یکی از وعده‌های انتخاباتی مطرح شد. لذا تغییر اولویت‌های دولت در نظام سلامت اجرای پزشک خانواده بدون پیشرفت باقی ماند.

ضعف مدیریتی با ۴ طبقه‌ی تضادمنافع، مسائل ساختاری، مسائل کلان مدیریتی و مدیریت منابع؛ مضمون بعدی عوامل زمینه‌ای می‌باشد. یکی از پر تعدادترین موارد مطرح شده (۸۴ درصد)، موضوع تضاد منافع بود. مواردی از قبیل وزیر بهداشت و خط‌مشی‌گذاران پزشک که منافع آن‌ها تحت تأثیر برنامه‌ها و خط‌مشی‌هایی است که تصویب می‌کنند، تضاد منافع متخصصان و پزشکان، تفاوت منافع دو وزارتخانه بهداشت و رفاه و ایجاد برنامه رقیب (پزشک امین) و مواردی از این قبیل. مسائل ساختاری و مدیریتی وزارت بهداشت از دیگر مواردی است که به کرات در مصاحبه‌ها به آن اشاره شد. عدم تسلط پزشکان به دانش مدیریتی و نبود نگاه سیستماتیک از موارد مهم این طبقه است. تقلیل مسائل به حوزه سلامت و نبود رویکرد فرابخشی در نظام تصمیم‌گیری منجر به هدر رفت منابع در اجرای برنامه‌ها می‌شود.

به باور برخی مصاحبه‌شوندگان یکی از موانع اصلاحات وجود افراد یا گروه‌های دارای قدرت در وزارت بهداشت می‌باشد که

مشاوران خط‌مشی‌گذاری اقدام گردد کاری که کشورهایی مثل تایلند انجام دادند. همچنین آن‌ها معتقد بودند نظام آماری مناسبی در وزارت بهداشت وجود ندارد. " ... دانشگاه‌ها نرم‌افزارهای مختلفی دارند و یکپارچه کردن آن کار زمان‌بری است. در حال حاضر هم که بحث امنیت اطلاعات بیماران مطرح است یا اینکه اصلاً ما آمار بخش خصوصی را داریم؟ "

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که خط‌مشی‌گذاران درک درستی از مسائل نظام سلامت نداشتند و علت آن در تک‌بعدی نگریستن به مسئله و عدم توجه به ماهیت پیچیده مسائل مربوط به سلامت، تخصص ناکافی خط‌مشی‌گذاران، کم‌توجهی به تجربیات گذشته و تجربیات بین‌المللی، منافع صنفی و وجود اهداف ضمنی در هر یک از برنامه‌ها می‌دانستند.

بر اساس آنچه در خصوص مرحله تدوین خط‌مشی‌های نظام سلامت بیان گردید مسائل این مرحله در دو طبقه فرعی **عوامل برنامه و عوامل خط‌مشی‌گذار** قرار گرفت. اگرچه پیچیدگی‌های مسائل مربوط به سلامت نیازمند برنامه‌هایی است که از عهده این پیچیدگی‌ها برآید ولی مواردی از قبیل بی‌توجهی به مؤلفه‌های متعدد مؤثر بر سلامت، استفاده از ابزار نامناسب، نداشتن سناریوهای جایگزین برای اجرا و نداشتن تئوری مناسب در زمان تدوین، باعث تدوین برنامه‌های اشتباه شده و یا اینکه از پتانسیل‌های اجرایی برنامه می‌کاهد. از طرف دیگر بی‌توجهی به ماهیت مشارکتی برنامه‌ها و توجه ناکافی به محوریت سلامت به جای درمان از دیگر مشکلات مربوط به تدوین می‌باشد. برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گفت: "طراحی این سیستم (پزشک خانواده شهری) ساده‌انگارانه بود در حالی که مسائل شهری بسیار پیچیده‌اند و پاسخ مسائل پیچیده، پیچیده است..."

همچنین مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که یکی از دلایل عدم استقبال مردم از پزشک خانواده شهری ایجاد محدودیت در انتخاب‌های آنان بود.

کدهای عوامل مربوط به خط‌مشی‌گذاران به مهارت، دانش، تخصص و تجربه خط‌مشی‌گذاران برمی‌گردد که محل تردید بسیاری از مصاحبه‌شوندگان بود.

نبود همکاری مناسب بین وزارت رفاه و وزارت بهداشت در جریان برنامه یکی از مشکل‌سازترین موارد بود به طوری که این همکاری نامناسب در برهه‌ای منجر به تدوین برنامه پزشک امین توسط وزارت رفاه در شمال ایران شد. همچنین تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند در تدوین برنامه‌ها به نقش و ظرفیت سایر نهادها در سلامت جامعه توجه کافی نشد.

در طبقه مدیریت منابع مباحثی از قبیل منابع، مالی و فیزیکی مطرح می‌باشد. مصاحبه‌شوندگان معتقد به ضعف‌های جدی از جمله کمبود نیرو و نامناسب بودن نحوه آموزش و تربیت نیروی انسانی هستند. بسیاری از مصاحبه‌شوندگان هم‌رأی هستند که آموزش در نظام سلامت درمان‌محور است و پزشکان با پیشگیری مأنوس نیستند. همچنین به نظر می‌رسد آموزش و تربیت منابع انسانی فاقد آینده‌نگری کافی است.

گروهی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند امکانات رفاهی مناسبی برای افراد ارائه‌دهنده خدمات پزشک خانواده فراهم نشده و این خود باعث کاهش کارایی و ایجاد مشکلات در مدیریت نیروی انسانی می‌شود. اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش‌های دولتی و خصوصی منجر به مشکلاتی از قبیل تقاضای القایی، شیفت بیماران به بخش خصوصی، کاهش عملکرد پزشکان در بخش دولتی و کمبود نیرو در بخش دولتی می‌شود.

در خصوص منابع فیزیکی و زیرساخت نیز اعتقاد بر این است که در همه طرح‌های اصلاحی سلامت توجه کافی به زیرساخت نشده؛ از زیرساخت‌های فیزیکی گرفته تا سایر زیرساخت‌ها. یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود خط‌مشی‌گذاران در هنگام تدوین برنامه‌ها، آگاهی و تعریف مشخصی از همه زیرساخت‌های لازم نداشتند.

مصاحبه‌شوندگان همچنین به موارد دیگری از جمله کمبود سهم سلامت از بودجه و تخصیص ناکافی، محدودیت‌ها و کمبودهای اعتبارات بیمه‌ای و عدم وجود سیاست کلان در تعرفه گذاری اشاره کردند.

۲- فرآیند خط‌مشی‌گذاری پزشک خانواده

فرآیند خط‌مشی‌گذاری به مراحل مختلف تعیین مشکل (مسأله‌یابی)، تدوین خط‌مشی و تصمیم‌گیری، اجرا، پایش و ارزیابی تقسیم می‌گردد.

یکی از مهم‌ترین این مراحل، مرحله شناخت مسئله است چرا که در صورت فهم نادرست مسئله خط‌مشی‌های اشتباه تدوین خواهند شد و نتایج تأسف‌باری را به همراه خواهد داشت. عواملی که به تشریح مسئله کمک می‌کند عبارت‌اند از: مطالعات و تحقیقات، گزارشات و رخدادهای بررسی‌ها و تعریف مسئله، روابط عمومی و ... (۱۷)

تقریباً همه مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که برای تدوین خط‌مشی‌های نظام سلامت پژوهش‌ها ناکافی بوده‌اند. باید نیازها و شرایط جامعه به صورت مستمر پایش شده و گزارشات این پایش‌ها برای تدوین یا بازبینی برنامه‌ها مورد استفاده قرار گیرد، کاری که اکنون بسیار کم و سطحی انجام می‌شود. مصاحبه‌شوندگان از اختصاص بودجه ناکافی به پژوهش گلایه‌مند بوده و می‌گفتند باید به طور حرفه‌ای به تربیت

اجرای ۵ ساله توسط کارشناسان تأکید دولت بر اجرای ۲ ساله بود لذا به علت آماده نبودن تمهیدات، برنامه به چالش‌هایی برخورد.

۳- محتوای خط‌مشی پزشکی خانواده

تحلیل محتوا درک پیامدهای سیاسی را بهبود بخشیده و اطلاعات مرتبط با مهارت فنی، پایایی و اثربخشی ابزارهای مختلف و روابط درونی میان اهداف مختلف را برای خط‌مشی‌گذاران فراهم می‌کند (۱۸).

بر اساس اسناد و پژوهش‌های مطالعه شده و نظر مصاحبه‌شوندگان محتوای برنامه پزشکی خانواده دارای چالش‌هایی به شرح زیر می‌باشد:

عدم تناسب رویکرد اجرایی اتخاذ شده با ماهیت برنامه: رویکرد وزارت بهداشت در برنامه برای اجرا رویکرد دستوری بالا به پایین است. بر اساس سبابتیر و مازمانیان در صورتی این رویکرد در اجرای مؤثر خواهد بود که اهداف خط‌مشی شفاف و واضح باشد و یک تئوری مستحکم، خط‌مشی را پشتیبانی کند، اطمینان از پشتیبانی کامل مجریان وجود داشته باشد، مسئولان متعهد و توانمند باشند، حمایت کامل قانون‌گذاران وجود داشته باشد و خط‌مشی در شرایط اقتصادی و اجتماعی برنامه تغییر نکند. (۱۰). بر اساس نتایج به دست آمده در تحلیل فرآیند و زمینه خط‌مشی مذکور می‌توان گفت هیچ‌یک از شروط بالا برای اتخاذ رویکرد دستوری وجود نداشته لذا این رویکرد با روح برنامه در تضاد است. همچنین اگرچه این برنامه می‌بایست سلامت محور باشد ولی عملاً در محتوا و در اجرا رویکرد درمان‌محوری دارد بطوریکه طرح‌های انگیزشی مناسبی برای ارتقای سطح سلامت منطقه و بهبود شاخص‌های سلامتی و پیشگیری از بیمارها برای ارائه‌دهندگان خدمت و برای دریافت‌کنندگان خدمت وجود ندارد.

شفافیت ناکافی و ابهام در اهداف، وظایف و مسئولیت‌ها: مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که اهداف برنامه مشخص نیست "به نظر می‌رسد که خود برنامه‌گذار نیز دقیقاً نمی‌دانسته هدفش چیست؟ آیا پیشگیری است؟ نظام ارجاع است؟ حمایت از پزشک عمومی است؟ یا پرونده الکترونیک است؟ چند هدف را در یک برنامه می‌خواهند محقق کنند بدون اینکه اولویت‌گذاری در اهداف وجود داشته باشد". همچنین ابهام در تقسیم وظایف وزارتخانه‌های دخیل در اجرای برنامه و نیز سازوکار ارتباط بین بخشی در برنامه به خوبی مشخص نشده است.

عدم بومی‌سازی: یکی از موارد مهمی بود که کارشناسان به آن اشاره کردند. با توجه به وسعت جغرافیایی و تنوع زیستی و فرهنگی ایران، کارشناسان معتقدند برای اجرای برنامه می‌بایست نسخه بومی مختص مناطق تدوین می‌شد. الگو و بار

موارد دیگری که در مصاحبه‌ها به آن اشاره گردید عبارت بودند از:

تعیین نگهبان برای برنامه: وجود ساختاری در وزارت بهداشت به‌عنوان هماهنگ‌کننده برنامه‌ها به زعم مصاحبه‌شوندگان می‌تواند بسیار مؤثر باشد چراکه مجریان برنامه‌ها متعدد و متنوع هستند و بعضاً مجریان خارج سازمانی هم وجود دارد.

عدم توجه به زمینه جامعه: در نظر نگرفتن مختصات فرهنگی و اجتماعی نواحی مختلف ایران و نبود تئوری اجتماعی مناسب به زعم مصاحبه‌شوندگان یکی از عوامل چالش‌برانگیز برنامه بود.

تعریف منابع مؤثر در اصلاحات: تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که در تدوین خط‌مشی‌ها به نقش همه افرادی که بالقوه می‌توانستند در اجرای خط‌مشی مؤثر باشند توجه نشد. مصاحبه‌شوندگان اکثراً معتقد بودند که ترکیب خط‌مشی‌گذاران کافی نبود؛ و اینکه با شناسایی نیروهایی که می‌توانند بخشی از اقدامات مربوط به پزشک را در اجرا انجام دهند کارایی برنامه‌ها افزایش یافته و نتیجه بهتری حاصل می‌گردد.

همچنین آموزش مجریان اصلی (پزشک و پرستار) از جمله چالش‌های برنامه‌ها می‌باشد. آموزش‌های درمان‌محور، عدم آشنایی پزشکان با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی، تخصص‌گرایی، عدم وجود آموزش‌های مهارتی و ... از جمله مواردی بود که به آن اشاره شد.

طبقه ضعف‌های اجرا و ارزیابی شامل طبقات حمایت از خط‌مشی، سازوکارهای اجرا و نظام ارزیابی است.

در طبقه حمایت از خط‌مشی، عزم ملی/سیاسی و فردی، تعهد مجریان و تعهدات دولت در قبال وزارت بهداشت و نیز اجرای تعهدات مالی به پزشکان مطرح شد.

در طبقه سازوکارهای اجرا، ماهیت مشارکتی برنامه و روش اجرا مطرح شد. به‌طور کلی برای اجرای این برنامه که ماهیتاً یک برنامه مشارکتی است نیاز به جلب مشارکت آحاد مردم و اصناف مختلف می‌باشد که این مشارکت محقق نشد. همچنین در شیوه‌های اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی بر اساس فرهنگ‌های بومی مناطق غفلت شد.

روش اجرا شامل پیچیدگی فرآیند اجرا، شتاب‌زدگی در اجرا و عدم ارزیابی وسع در اجرای بیمه همگانی می‌باشد. مصاحبه‌شوندگان با اشاره به تعداد سؤالات پرونده سلامت در برنامه پزشک خانواده و تعدد کارهای اجرایی توسط پزشک معتقد بودند که روش اجرا در برنامه سخت بود.

اجرای شتاب‌زده مورد دیگری بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. در برنامه پزشک خانواده علی‌رغم پیشنهاد

پرستاران و سازمان نظام پرستاری، سازمان بهزیستی، انجمن‌های علمی، کمیته امداد و NGO ها که دارای قدرت کم و سطح بالایی از علاقه هستند. اگر چه بر اساس مدل این گروه باید مطلع نگه داشته شوند اما مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که این گروه باید مشارکت بیشتری در تدوین برنامه‌ها داشته باشند؛ بنابراین باید راهبردهای شفاف‌تری برای بازیگران این گروه تدوین گردد که ضمن مطلع بودن آن‌ها از تمام زوایای اصلاحات، بتوان از ظرفیت‌های آنان در مسأله‌یابی و تدوین برنامه‌ها و نیز فرهنگ‌سازی استفاده کرد.

وزارت آموزش و پرورش اگرچه دارای تعاملاتی با وزارت بهداشت است ولی نقش این وزارتخانه در فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی توسط خط‌مشی‌گذاران نادیده گرفته شده است. بازیگران خارجی شامل بازیگران سیاسی و غیرسیاسی می‌باشند. بازیگران خارجی سیاسی از قدرت بالایی در تأثیرگذاری در شرایط اقتصادی و سیاسی کشور و به تبع آن بر نظام سلامت دارند. از یک طرف کاهش برخی از تجهیزات و داروها و افزایش قیمت آن‌ها متعاقب تحریم‌ها و کاهش درآمدهای نفتی و از طرف دیگر محدودیت‌های مالی نظام سلامت اصلاحات را با مشکل تأمین منابع مواجه کرد. واضح است تهدیدات خارجی (اقتصادی، نظامی و ...) با تأثیر مستقیم بر مسائل اجتماعی و ایجاد مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و ...، به گروه‌های آسیب‌پذیر کشور، صدمه وارد می‌آورد؛ بنابراین خط‌مشی‌گذاران حوزه سلامت بایستی نسبت به رخدادهای سیاسی بسیار حساس بوده و برای کاهش اثرات آن‌ها در بلندمدت آینده‌نگری مناسبی داشته باشند. بازیگران غیرسیاسی شامل سازمان‌های سلامت، مؤسسات تحقیقاتی و شرکت‌های تولید ملزومات پزشکی و داروها هستند. این گروه با خط‌مشی‌گذاری بین‌المللی، ارائه خطوط راهنما و برنامه‌ها، آموزش نیروی انسانی کشورها، تبادل اطلاعات، تأمین لوازم و تجهیزات ضروری و ... هدایت‌کننده نظام‌های سلامت می‌باشند. همچنین مؤسسات تحقیقاتی و شرکت‌های تولیدی اگرچه دارای ظرفیت بالایی در سرمایه‌گذاری در حوزه‌های سلامت هستند اما به دلیل کافی نبودن بسترهای لازم برای همکاری با این مؤسسات هنوز از این ظرفیت‌ها به‌طور مناسب و کافی استفاده نشده است.

بیماری‌ها، روش‌های اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی، ترکیب تیم درمان و ... مواردی است که باید در نسخه بومی مدنظر قرار گیرد.

جامعیت ناکافی: از نظر مصاحبه‌شوندگان برنامه از جامعیت کافی برخوردار نیست و ابعاد روانی و معنوی و اجتماعی بیماری‌ها نادیده گرفته شده است. همچنین برنامه‌های انگیزشی مطرح در برنامه، پیشگیری و اقدامات خلاقانه را به خوبی پوشش نمی‌دهد.

انتخاب ابزار نامناسب: با توجه به تغییرات مربوط به الگوی بیماری‌ها و اهداف برنامه‌ها لازم بود ابزارهای اجرا تنوع بیشتری داشته باشد.

۴- بازیگران خط‌مشی‌گذاری اصلاحات نظام سلامت

می‌توان گفت موفقیت یک خط‌مشی به شناخت نیازها و منافع ذی‌نفعان آن بستگی دارد. (۱۹) از این‌رو موفقیت یک سیاست عمومی در کنار سایر عوامل مستلزم انجام تحلیل ذی‌نفعان پیش از اتخاذ تصمیمات خط‌مشی است (۲۰).

بازیگران و نقش بالقوه آنان بر اساس اظهارات مصاحبه‌شوندگان و اسناد مورد بررسی در جدول ۱ آورده شده است. این بازیگران مجموعه‌ای از افراد و سازمان‌های دولتی و غیردولتی هستند که بر فرآیند خط‌مشی‌گذاری برنامه پزشکی خانواده تأثیرگذار می‌باشند اما از میزان علاقه و قدرت متفاوتی برای تأثیرگذاری برخوردارند لذا در این مطالعه بر اساس دو بعد علاقه به موضوع و قدرت تأثیرگذاری؛ وضعیت هر یک از بازیگران تعیین شد.

جایگاه ذی‌نفعان

چنانچه در این جدول ۱ مشخص است وزارت بهداشت، مجلس شورای اسلامی، شوراهای عالی، بیمه‌ها (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) و نظام پزشکی بازیکنان کلیدی برنامه هستند چون دارای قدرت بالا و سطح بالایی از خواسته و علاقه هستند و واکنش خود را نسبت به پروژه‌ها و اصلاحات با توجه به اولویت‌های اصلی شکل می‌دهند و منافع و اولویت‌های آنان بسیار در خط‌مشی‌گذاری و اجرای اصلاحات مؤثر است؛ بنابراین مشارکت کامل آن‌ها در تدوین و جلب حمایت آنان در اجرای خط‌مشی شرط اصلی بقای برنامه‌ها می‌باشد. نهادها عبارت‌اند از مردم، پرسنل بخش درمان،

جدول ۴: موقعیت بازیگران مؤثر بر برنامه پزشک خانواده و نقش‌های بالقوه آنان

موقعیت	قدرت (۰-۴)	علاقه (۰-۴)	نقش	بازیگران	*
بازیگران توانا یا نقش آفرینان	۴	۳	خط‌مشی‌گذاری، نظارت، ارائه خدمت، تأمین منابع، پژوهش	وزارت بهداشت	۱
	۴	۳.۵	قانون‌گذاری و نظارت بر اجرای قوانین	مجلس شورای اسلامی	۲
	۳.۲	۳.۵	تأمین بودجه و مجوز جذب نیرو	سازمان برنامه‌بودجه	۳
	۲.۶	۲.۹	ارائه خدمت	دانشگاه‌های علوم پزشکی	۴
	۳.۱	۲.۹	خط‌مشی‌گذاری و نظارت	سازمان نظام پزشکی	۵
	۳.۱	۳	بسترسازی الکترونیک	وزارت ارتباطات	۶
	۲.۱	۲.۵	ارائه خدمات سلامت و ایجاد پوشش بیمه‌ای	سازمان تأمین اجتماعی	۷
	۲.۱	۳		سازمان بیمه سلامت	۸
	۳.۵	۳.۲	خط‌مشی‌گذاری و نظارت	شوراهای عالی (بیمه و سلامت)	۹
	۳.۵	۲.۸	فرهنگ‌سازی	رسانه‌ها (صداوسیما و ...)	۱۰
نهاده‌ها	۱.۸	۲.۳	خدمت‌گیرنده	مردم	۱۱
	۱.۲	۳.۷	ارائه خدمت	پزشکان عمومی	۱۲
	۰.۵	۳.۶	ارائه خدمت	پرستاران	۱۳
	۱.۵	۳.۱	مشاوره برای خط‌مشی‌گذاری، فرهنگ‌سازی	Ngo	۱۴
	۰.۲	۳.۳	پژوهش	انجمن‌های علمی	۱۵
	۱.۶	۳.۱	خط‌مشی‌گذاری و نظارت بر اجرا	سازمان نظام پرستاری	۱۶
	۰.۴	۲.۷	ارائه خدمات و پشتیبانی	پرسنل بخش بهداشت و درمان	۱۷
	۱.۵	۲	ارائه خدمات و ارزیابی وسع	کمیته امداد	۱۸
	۱	۲.۱	ارائه خدمات توان‌بخشی	بهبیستی	۱۹
	۱	۲.۲	ارائه خدمات و ایجاد پوشش بیمه‌ای	سایر بیمه‌ها	۲۰
	۰.۳	۲.۱	واردات دارو و تجهیزات	شرکت‌های دارو و تجهیزات	۲۱
	۱.۵	۲.۱	اجرای دستورالعمل‌ها و شرکت در کارگروه‌های مشورتی	مدیران اجرایی	۲۲
	۱.۸	۲.۱	فرهنگ‌سازی	روحانیون (ائمه جماعت)	۲۳
بنگاه‌ها یا زمینه‌سازان	۲.۵	۱	خط‌مشی‌گذاری در زمینه فرهنگ‌سازی	آموزش و پرورش	۲۴
	۲.۲	۱.۵	همکاری‌های علمی و فنی، سرمایه‌گذاری	بازیگران خارجی	۲۵
عوام	۱.۶	۱.۸	خط‌مشی‌گذاری و نظارت بر عملکرد استان‌ها	استانداری‌ها، فرمانداری‌ها و شهرداری‌ها	۲۶
	۱.۷	۰.۸	ارائه خدمت درمانی	پزشکان متخصص	۲۷
	۰	۱.۲	ارائه خدمات آموزش و پژوهش و سلامت	سایر نهادهای صنفی سلامت	۲۸

بحث و نتیجه‌گیری:

بر عدم پیشرفت برنامه پزشک خانواده در چهار دسته عوامل زمینه‌ای، محتوا، فرآیند و بازیگران قرار گرفت. این مطالعه همسو با نتایج تکیان و همکاران (۶) و نتایج مطالعه شیبانی و همکاران (۱) نشان می‌دهد که اجرای برنامه رضایت‌بخش نبوده است.

این مطالعه با هدف تحلیل کیفی برنامه پزشک خانواده - از مهم‌ترین خط‌مشی‌های اصلاحی نظام سلامت ایران - به منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه انجام شد. در این مطالعه بر اساس مدل مثلث خط‌مشی‌گذاری عوامل مؤثر

شفافیت ناکافی و ابهام در اهداف، وظایف و مسئولیت‌ها می‌باشد. به مغایرت رویکرد اجرایی با ماهیت برنامه در مطالعات شیانی (۲) و تکیان (۶) نیز تأکید شده است. شفافیت و جامعیت ناکافی سند برنامه از جمله مشکلات محتوایی برنامه پزشک خانواده بوده که توکلی (۲۴) و مهرالحسنی (۲۵) نیز به آن پرداخته‌اند.

در فرآیند خط‌مشی‌گذاری پزشک خانواده چالش‌ها بر اساس چرخه خط‌مشی‌گذاری در طبقات مسأله‌یابی، تدوین، اجرا و ارزیابی قرار گرفت.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد درک و شناخت ناصحیح مسائل نظام سلامت منجر به هدف‌گذاری‌های متناقض و مبهم در اصلاحات می‌گردد. آنچه در برنامه پزشک خانواده نیز به صورت نبود یک ایده کلان مشترک برای هدایت پزشک خانواده و وجود اهداف متناقض و گاهاً فردی به چشم می‌خورد. به نظر می‌رسد بودجه ناکافی پژوهش و نبود مشاوران بی‌طرف و همچنین ضعف‌های نظام اطلاعاتی وزارت بهداشت موجب این چالش بزرگ می‌باشد.

از آنجا که سلامت یک موضوع فردی نیست و همه جنبه‌ها و سبک و ساختار زندگی در سلامت ریشه دارند و چنانچه لاپتین اشاره کرده همه سطوح جامعه از جمله حکومت را نیز در برمی‌گیرد. (۲۶) این ماهیت فرابخشی مسائل سلامت نگاه سیستماتیک و توجه به مؤلفه‌های متعدد مؤثر بر سلامت را می‌طلبد لذا لازم است خط‌مشی‌گذاران این حوزه تخصص، مهارت و خلاقیت کافی در بررسی همه‌جانبه مسائل سلامت به منظور برنامه‌های جامع و تدوین سناریوهای مختلف برای اجرای برنامه‌ها را داشته باشند.

همچنین این مطالعه گویای آن است که در تدوین برنامه پزشک خانواده ترکیب خط‌مشی‌گذاران کافی نبود و در اجرای آن فاقد نظارت کافی بر اقدامات ذی‌نفعان مختلف بود. همچنین تدوین بدون در نظر گرفتن مقاومت احتمالی مردم در پذیرش محدودیت در انتخاب و نیز تأثیر برنامه بر میزان رضایت مردم صورت گرفت که در مطالعه تکیان نیز به آن اشاره شده است (۶).

بر اساس یافته‌ها، مشارکت مردم و مسئولین استان‌ها به خوبی جلب نشد، حالی که مشارکت بیمار در روند تصمیم‌گیری مربوط به مراقبت سلامت ضرورتی اجتماعی، اقتصادی و فنی است. (۲۶) فورد - رابرتس بین مشارکت عمومی و خصوصی تمایزی ترسیم کرده‌اند. مشارکت خصوصی ناظر به درگیری افراد در مراقبت از خودشان است که منجر به تعهد بیشتر به سلامت و استفاده بهینه از خدمات می‌گردد و مشارکت عمومی ناظر به سهیم شدن در فرآیندهای تصمیم‌گیری در خصوص برنامه‌ریزی و عرضه خدمات است. (۲۶)

از نظر عوامل زمینه‌ای، نتایج این پژوهش همسو با پژوهش شیانی و همکاران (۲) نشان داد که تضاد منافع، تعارض بین وزارتخانه‌های دخیل و عدم تسلط پزشکان به دانش مدیریتی و خط‌مشی‌گذاری، قائم به فرد بودن برنامه‌ها و عدم ثبات مدیریتی، عدم ثبات برنامه‌ها و اقدامات از جمله عوامل مهم زمینه‌ای در شکل‌گیری برنامه است. یکی دیگر از چالش‌های زمینه‌ای برنامه پزشک خانواده در بحث مدیریت منابع می‌باشد بطوریکه آماده و کافی نبودن منابع از جمله منابع انسانی، مالی، زیرساخت‌ها از جمله دلایل اصلی اثربخش نبودن اقدامات برنامه بود و این نتایج با نتایج دشمنگیر و همکاران (۷) و علیپور و همکاران (۸) مطابقت دارد. فرید و همکاران (۹) نیز در مطالعه خود چالش‌های مالی از جمله تأخیر در پرداخت و تعدد بیمه‌ها را به‌عنوان چالش‌های برنامه معرفی کردند.

توجه ناکافی به فرهنگ‌سازی شامل ابعاد مختلفی همچون نگرش و رفتار مردم و مسئولین نسبت به موضوع سلامت، رویکرد درمان‌محوری، عدم وجود برنامه‌های ایجاد فرهنگ متناسب با برنامه، مقاومت مردم در برابر تغییر و ... می‌باشد. یوکی تا در مطالعه‌ای ضمن تأکید بر ناکارایی سیستم‌های درمان محور، آن را از جمله چالش‌های مهم مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی اولیه برشمردند (۲۱) در مطالعه فرید و همکاران (۹) نیز به نقش رسانه‌ها و تیزهای تبلیغاتی به‌عنوان یک ابزار مهم آگاهی‌رسانی اشاره شده است. در مطالعه‌ای که توسط کومار (۲۲) انجام شد، آگاهی از عقاید و آداب و رسوم بومی مناطق در ارائه خدمات پزشکی خانواده حائز اهمیت دانسته و شناخت خرده‌فرهنگ‌ها را عامل مهمی در ایجاد توافق و تفاهم بین ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت می‌داند.

همچنین این مطالعه نشان داد عدم نظارت بر اجرای برنامه‌های توسعه که ناشی از درک نامناسب مسائل تخصصی نظام سلامت توسط مسئولان کشوری و همچنین عدم پایبندی دولت به تعهدات خود در قبال برنامه از جمله چالش‌های اجرای برنامه است که نیاز به مدیریت ملی برنامه و توجه به پزشک خانواده در سایر برنامه‌های ملی را می‌طلبد.

همان‌طور که شیانی و همکاران در مطالعه خود نیز اشاره کردند کژکارکردی آموزش در نظام سلامت (۲) که منجر به تربیت نیروی انسانی درمان‌محور می‌گردد از دیگر چالش‌های برنامه است. در چندین مطالعه بین‌المللی از جمله مطالعه کویینترو (۲۳) به اهمیت ایجاد تغییرات ساختاری در آموزش پزشکی برای تطابق با مدل مراقبت‌های بهداشتی در راستای تأمین نیازهای بهداشتی جامعه اشاره شده. یافته‌های این مطالعه همسو با نتایج مطالعه مهترپور (۱۰) در خصوص محتوای خط‌مشی‌حاکمی از چالش‌هایی از قبیل عدم تناسب رویکرد اجرایی، عدم بومی‌سازی، انتخاب ابزار نامناسب،

ارجاع و تقویت جایگاه پزشک خانواده با بهره‌گیری از ظرفیت‌های رسانه‌ها، استفاده از روش‌های مبتنی بر فرهنگ‌های محلی و برنامه‌ریزی بلندمدت تبیین نظام ارجاع با استفاده از ظرفیت وزارت آموزش و پرورش توصیه می‌گردد.

- با توجه به محبوبیت و سهولت استفاده از اپلیکیشن‌ها، استفاده از ظرفیت‌های موبایل جهت غربالگری، ویزیت آنلاین و ارائه سایر خدمات از جمله آموزش به بیمار و ... پیشنهاد می‌گردد.

- برای اجرای اصلاحات بزرگی همچون پزشک خانواده لازم است ساختارها بازنگری شده و از شیوه‌هایی برای سازمان‌دهی نظام سلامت استفاده گردد که توجه به سلامت و پیشگیری، در رأس اهداف آن قرار گیرد و سایر ساختارها هم راستا با تحقق این هدف ایجاد شوند.

- از آنجا که اصلاحات نظام سلامت نمی‌تواند در نقاط مختلف کشور با فرهنگ‌ها و زیست‌بوم مختلف از نسخه واحد استفاده کند بنابراین لازم است برنامه انعطاف لازم برای اجرا در نقاط مختلف کشور بر اساس فرهنگ‌ها و ارزش‌ها و شرایط اجتماعی و زیستی آن منطقه داشته باشد.

- از آنجا که تنوع بیمه‌ها و عدم همکاری برخی از صندوق‌ها از جمله چالش‌های اجرای برنامه بود، تجمیع بیمه‌ها و یا استفاده از روش‌های ابتکاری در هماهنگ کردن آن‌ها توصیه می‌گردد.

- از دیگر اقدامات مورد نیاز برنامه بازنگری سرفصل‌های آموزشی پزشکان عمومی و تدوین دوره‌های بازآموزی کوتاه‌مدت و مستمر برای پزشکان و تیم درمان می‌باشد.

- در نهایت به منظور ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان خدمات، تعیین منابع پایدار جهت تأمین اعتبارات برنامه پیشنهاد می‌گردد.

محدودیت‌ها

مهم‌ترین محدودیت این مطالعه عبارت است از تعداد محدود تحلیلگران که احتمال اعمال نظرات و تجربیات شخصی را محتمل می‌سازد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از بخشی از پایان‌نامه دکتری با عنوان تحلیل خط‌مشی‌های اصلاح نظام سلامت ایران می‌باشد که با شماره ۱۹۳۴/۰۴ در شورای تحصیلات تکمیلی پردیس البرز دانشگاه تهران ثبت شده است. در اجرای این مطالعه تمام موارد مربوط به ملاحظات اخلاقی اعم از محرمانه بودن، عدم ذکر نام افراد و اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان رعایت شده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه کسانی که با مشارکت خود انجام این پژوهش را میسر ساختند تشکر و قدردانی کنند.

تعهد در اجرا از جمله عوامل حیاتی در اجرای برنامه است. مشخص است که عزم سیاسی بالاتر از وزارت بهداشت برای اجرای برنامه وجود نداشت و نیز در بین مجریان تعهد کافی برای اجرای برنامه وجود نداشت. سخت بودن فرآیند و اجرای شتاب‌زده از دیگر عوامل مؤثر در اجرای برنامه می‌باشد و در نهایت آنچه بسیار اهمیت دارد عدم وجود یک نظام ارزیابی خارج از وزارت بهداشت است؛ آنچه اکنون مشاهده می‌گردد این است که مجری برنامه خود ارزیابی برنامه را نیز بر عهده دارد که با روح ارزیابی و نظارت در تضاد است.

مطالعه حاضر بر آن بود تا با مروری جامع بر مستندات و شواهد موجود و نیز مصاحبه با خبرگان و کارشناسان در این زمینه، وضعیت فعلی استقرار نظام ارجاع در قالب برنامه پزشک خانواده را تبیین نماید.

بر اساس یافته‌های مطالعه اجرای پزشک خانواده متأثر و در گرو کارکردهای صحیح عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مدیریتی است به گونه‌ای که اختلال در هر یک سبب اختلال در کارکرد سایر بخش‌ها می‌شود.

این مطالعه نمایان ساخت که علاوه بر چالش‌های محتوایی برنامه، بسیاری از زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که لازمه اجرای برنامه بودند مهیا نبوده‌اند؛ لذا اجرای برنامه با راهکارها و روش‌های فعلی، بعید به نظر می‌رسد. از آنجا این سیستم می‌تواند تمام سرمایه‌گذاری‌های دولتی را در جهت کارآتر شدن منابع مالی و انسانی به شیوه‌ای که منجر به هم‌افزایی گردد، هماهنگ کند و همچنین ظرفیت بسیار خوبی برای کنترل بیماری‌های مزمن و نیز همه‌گیری‌ها فراهم آورد، بازنگری محتوا و روش‌های اجرا ضروری است. بر اساس یافته‌ها لازم است سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت با بهره‌گیری از الگو و مدل‌های مناسب و رویکرد سیستماتیک درک صحیح و کاملی از روابط بین اجزای سیاست و عوامل مؤثر بر آن داشته و با در نظر گرفتن موانع و چالش‌های مطرح شده در این مطالعه و سایر مطالعات و به منظور رفع این چالش‌ها به اصلاح محتوا و روش‌های اجرای برنامه اهتمام ورزند بطوریکه علاوه بر فراهم کردن رضایت نسبی دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات، هزینه خروج از برنامه زیاد نمایند. آلبرت هیرشمن بحث می‌کند که چنانچه هزینه‌های خروج از برنامه در برابر هزینه ورود بیشتر باشد میزان رغبت به خروج کمتر می‌شود و هرچه میزان وفاداری بیشتر باشد علاقه به خروج پایین می‌آید. (۲۷) برای تحقق این منظور و در راستای کمک به اجرای برنامه اقدامات پیشنهادی زیر می‌تواند مؤثر باشد:

- برای اجرای موفق برنامه باید هم‌زمان روی نظام سلامت و مردم سرمایه‌گذاری کرد، لذا ترویج فرهنگ استفاده از نظام

References

- Shibani M, Rashidian A, Mohammadi A. The Status and Implementation Barriers of Family Physician Plans in Iranian Health System. 2017;16(62).
- Shibani M, Rashidian A, Mohammadi A. A Study of the Challenges of Family Physician Implementation in Iranian Health System. 2016;18(4).
- moshiri e, rashidian a. using policy analysis method and heuristic generalization approaches to provide a rich understanding of the mismatch between the development of the referral system. tehran university of medical sciences, school of public health; 2015.
- Larijani B, Partners. Health Policy Making in the Islamic Republic of Iran (Eight Years Experience in Policy Making in the Ministry of Health and Medical Education). Tehran: Etteleat; 2015.
- Conveney J. Analyzing public health policy: Tree approach. Health Promotion Practice. 2010 11 4:515.
- Takian A, moshiri E, Rashidian A, Kabir M. Expediency and Coincidence in the Formation of Family Physician. 1391;4(15).
- Doshmangir I, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for Implementation of Urban Family Medicine in Iran:. 1393;1(18).
- alipour z, eskandari n, abbasi m, raisi m, bakouie s. Structural challenges in the health domain of the health system reform: A qualitative study. 2019;9.
- Fardid M, Mehdi J, Abbas V, Hamid R. Gallenges and Strengths of implementatin urban family phisician program in Fars Province. 2019;36(8).
- mehtarpour m, tajvar m. Policy Analysis of the Family Physician Program. 1397;4(1).
- Passon W, Malekmohamadi HR. Fundamentals of Public Policy and Policy Analysis: Institute for Strategic Studies; 1385.
- Braun V, Clarke V. Thematic analysis. APA handbook of research methods in psychology: American Psychological Association; 2012.
- Siering J, Svensson A. Managing External Stakeholder Relationships in PPP Projects - A Multidimensional Approach. 2012. Report No.: 2012:163.
- M. Bryson J. What To Do When Stakeholders Matter:A Guide to Stakeholder Identification and Analysis Techniques. 2003.
- Prof. John MB. WHAT TO DO WHEN STAKEHOLDERS MATTER A Guide to Stakeholder Identification and Analysis Techniques. 2003.
- Marandi A, Azizi F, Larijani B, Jamshidi HR. Health in the Islamic Republic of Iran (Volume I). Tehran: Etelaat Publishers; 2015.
- Gholipour R. Organizational decision making and public policy. Tehran: Samt; 2014.
- Walt G. Health Policy: an introduction to process and power1994.
- kamali y. Methodological Study of Stakeholder Analysis and its Application in Public Policy-making. 1394;28(4).
- Gilson L, Erasmus E, Borghi J, Macha J, Kamuzora P. Using Stakeholder Analysis to Support Moves Towards Universal Coverage: Lessons from the SHIELD Project. 2012;27(1).
- Zhua Y, fu h, ta y. Trends in access to health services, financial protection and satisfaction between 2010 and 2016: Has China achieved the goals of its health system reform? 2020;245.
- Kumar R, Bhattacharya S, Sharma NS, Thiyagarajan A. Cultural competence in family practice and primary care setting. 2019;8(1).
- Quintero G-AQ, Vergel J, Laverde Á, Ortiz L-C. Educational Strategies to Develop and Implement a Comprehensive Health Care Model Focused on Primary Care in Colombia. 2020;7.
- Tavakoli F, Nasiripour A, Riahi L, MMajdabadi M. The Effect of Health Policy and Structure of Health Insurance on Referral. 1393;8(3).
- Mehrolihasani M, Jafari sirizi M, Pourhossein S, Yazdani F V. Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. 2012;28(4).
- scambler g, nozari h. Habermas,critical Theory and health: elmi farhango puplications, tranletor nozari Hoseinali; 2018.
- Parsons W, Malekmohamadi H. fundamental of public policy and policy analysis: Research Institue of Applied Studies; 2016.

A qualitative analysis on family physician's program to identify the causes as well as challenges of the failure of program accomplishment

Hossein Alaei¹, Niloufar Amiri Ghale Rashidi*², Mojtaba Amiri³

Submitted: 2020.2.15

Accepted: 2020.9.9

Abstract

Background: The Family Physician Program, one of the most important efforts of the Iran health system to establish a referral system, was developed and implemented in several provinces, but it faced challenges due to several reasons that prevented the program's progress. So This study was conducted to analyze the family physician program to identify the causes and challenges of the program failure.

Materials & Methods: This retrospective study of policy analysis is a qualitative study with Purposive sampling. Semi-open interviews and document analysis were used for data collection. Data analysis was performed through thematic analysis in the policy triangle framework using MAXQDA software.

Results: According to the study framework, the challenges of the Family Physician Program in the context are conflict of interest, dependency of plans to oneself, instability in management and plans, insufficient attention to culture, resources, and infrastructure. In terms of content include disproportionate executive approach, Lack of localization, selection of inappropriate tools, insufficient transparency, and ambiguity in goals, tasks, and responsibilities; The challenges of the process were examined based on the policy cycle.

Conclusion: The implementation of the family physician program is influenced by cultural, social, political, managerial, and economic factors. As the Ministry of Health officials has re-introduced this crucial program, reviewing the content and methods of program implementation seems necessary.

Keywords: Policy Analysis, Family Physician, Iranian Health System, Referral System

¹ Professor of Management, Imam Hossein university.

² Ph.D. candidate in decision making and public policy, Alborz Campus, University of Tehran, (*corresponding author)
Email: Amiri.niloufar@gmail.com

³ Associate Professor of Management, Head of Applied Management Research Center, faculty of management, University of Tehran, Email: Amiri.niloufar@gmail.com

