فصلنامهٔ علمی ـ پژوهشی رفاه اجتماعی، سال شانزدهم، پاییز ۹۵، شماره ۶۲
Social Welfare Quarterly, Vol 16, Fall 2016, No 62

جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

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

ملیحه شیانی*، آرش رشیدیان، آذر محمدی*****

مقدمه: *طرح پزشک خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سیاست‌گذاریهایی است که در دهۀ اخیر در عرصه نظام سلامت مطرح شده، ازاین‌رو اهمیت و ضرورت مطالعه آن دقیقاً از اهمیت و جایگاه سلامتی در توسعه و رفاه جامعه نشأت می‌گیرد. بدین‌جهت، هدف پژوهش حاضر، مطالعه جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران است، اینکه از چه پیشینۀ تاریخی، قانونی و اجرایی برخوردار است؟ و در زمینۀ اجرا با چه چالشها و موانعی مواجه بوده است؟*

روش: *پژوهش حاضر در قلمرو پژوهش کیفی است که در آن نمونه‌گیری مبتنی بر هدف است و برای جمع‌آوری داده‌ها از تحلیل اسنادی و مصاحبه استفاده شده است. تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه نیز از طریق تحلیل مضمون بر اساس کدگذاری صورت گرفت.*

یافته‌ها: *هم‌زمان با دستیابی به پیشینه تاریخی، مبانی قانونی و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده، موانع اجرایی برنامه از نظر*

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه تهران
** دکتر سیاست‌گذاری سلامت، مرکز پژوهش دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت
*** کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشگاه تهران، (نویسنده مسئول)
<Azar.mohammdi88@yahoo.com>

۱. مقاله اقتباس از پایان‌نامۀ کارشناسی ارشد آذر محمدی تحت عنوان «مطالعه چالش‌های اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران» است.

Malihe Shiani[1], Arash Rashidian[2], Azar Mohammadi[3]

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

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

Results: Concurrent with detecting the

1. Ph.D in Sociology
2. Ph.D in Health Policy
3. M.A. Social Welfare <Azar.mohammdi88@yahoo.com>

بستر و زمینه‌های آن تحت عنوان ٤ مقوله اصلی شناسایی شد: «قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامهٔ ملی»، «چالش ناشی از نحوهٔ حمایت دولت دهم از پزشک خانواده»، «چالشهای فرهنگی»، «قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری».

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

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

تاریخ دریافت: ۹٤/٤/۱۰
تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۲۶

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

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

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

مقدمه

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

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

در ایران از سال ۱۳۵۳ تلاشهای زیادی برای استقرار یک نظام سلامت خوب که بتواند به‌تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، صورت گرفته است که به همراه انتشار نتیجهٔ تحقیقات مشترک وزارت بهداری وقت و سازمان جهانی بهداشت (در فاصلهٔ سالهای ۱۳۵۳ تا ۱۳۵۷) مهم‌ترین این تلاشها در سال ۱۳٦٤، طراحی و استقرار نظام شبکهٔ بهداشتی و درمانی کشور بوده است، که در زمان خود انقلاب چشمگیری را در ارائهٔ خدمات سلامت ایجاد کرده است، و گاهی از آن به‌عنوان اولین انقلاب در نظام سلامت ایران یاد می‌شود. بااین‌وجود علی‌رغم پیشرفت سریع نظام سلامت و به دست آوردن خیل عظیم دستاوردهایی چون «کاهش مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان از سال ۱۳۵۳ تا ۱۳۸٦، کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه و نوزادان طی ۳۰ سال از ۱۲٤۹ تا ۱۳۷۹، افزایش پوشش روشهای تنظیم خانواده، بیماریابی و درمان مناسب بیماریهای عفونی واگیردار، کنترل بیماریهای اسهالی، کنترل بیماریهای مشترک بین انسان و حیوانات، کنترل مالاریا، ریشه‌کنی فلج اطفال، حذف سرخک، افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم، محیط زیست و کار سالم و بسیاری از موارد دیگر» (امامی رضوی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، بعد از گذشت حدود ۱۵ سال، یعنی از اواخر دههٔ ۱۳۷۰ به دلایلی از جمله تغییر الگوی بیماریها از سمت بیماریهای واگیردار به سمت بیماریهای غیر واگیردار، نظام سلامت ایران دچار چالشهای اساسی همچون دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی، افزایش هزینه‌های خانوار

و کاهش سهم دولت در هزینه‌های خانوار، نظام پرداخت نامناسب و هزینه‌های بالا، عدم وجود پروندهٔ سلامتی برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز و... نیاز به تغییر و اصلاح در نظام سلامت، همانند سایر نظامهای سلامت در دنیا احساس گردید (دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت، ۱۳۸٦).

برای انجام تغییرات و اصلاحات در نظام سلامت از اهرمهای مختلفی نام برده شده است که پنج اهرم آن از اهمیت برخوردار است و توسط اقتصاددانان سلامت دانشگاه هاروارد توصیه شده است که عبارت‌اند از تولیت، سازمان‌دهی، تأمین مالی، قوانین و مقررات و رفتار. که هرکدام از اینها به‌تنهایی اعمال اثر کرده و درصورتی‌که با هم به کار روند اثر هم‌افزایی قابل‌توجهی دارند. در این راستا از سال ۱۳۸۱ به ادعای بسیاری از نقش‌آفرینان حوزهٔ نظام سلامت، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع ، که از بخش عمده‌ای از اهرمهای فوق در راستای سازمان‌دهی و اصلاح نظام سلامت برخوردار است (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷) به‌عنوان بهترین گزینه برای اصلاح نظام سلامت مطرح گردید.

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

رفـاه جامعـه نشـأت می‌گیـرد. بدین‌جهـت، هـدف پژوهـش حاضـر، مطالعـه جایـگاه و رونـد اجرایـی برنامـه پزشـک خانـواده در نظـام سـلامت ایـران اسـت، اینکـه از چـه پیشـینهٔ تاریخـی، قانونـی و اجرایـی برخـوردار اسـت؟ و در زمینـهٔ اجـرا بـا چـه چالشـها و موانعـی مواجـه بـوده اسـت؟

چارچوب مفهومی

سـه نظریـه مطـرح در جامعه‌شناسـی پزشـکی، نظریـه کارکردگرایـی سـاختاری، نظریـه تضـاد و نظریـه کنـش متقابـل نمادیـن اسـت.

نظریـه کارکردگرایـی سـاختاری، رویکـردی جامعه‌شـناختی اسـت و بـر روشـهایی تأکیـد می‌کنـد کـه در قسـمتهای مختلـف جامعـه سـازمان یافته‌انـد تـا ثبـات جامعـه را حفـظ کننـد. در ایـن نظریـه جامعـه به‌عنـوان سیسـتمی ثابـت و در عیـن حـال متمایـل بـه سـمت تعـادل نگریسـته می‌شـود. در به‌کارگیـری رویکـرد کارکردگرایانـه در حـوزه خدمـات بهداشـتی، می‌تـوان بـه اسـتدلالهایی کـه بـرای محـدود کـردن دسترسـی بـه تسـهیلات پزشـکی خاصـی ماننـد دیالیـز در آمریـکا وجـود دارد اشـاره کـرد. بـا ایـن اسـتدلال گفتـه می‌شـود بـا توجـه بـه هزینه‌هـای بـالای عمـل دیالیـز، اسـتفاده افـراد مسـن از ایـن تسـهیلات در مقایسـه بـا جوانـان توجیـه نـدارد، بنابرایـن بایـد خدمـات دیالیـز را بـه جوان‌ترهـا محـدود کـرد.

نظریـه تضـاد رویکـردی جامعه‌شـناختی اسـت کـه می‌پنـدارد «رفتـار اجتماعـی» در شـرایط تنـش بیـن گروههـای قـدرت و یـا تخصیـص منابـع شـامل مسـکن، پـول، دسترسـی خدمـات و نمایندگـی سیاسـی بهتـر فهمیـده می‌شـود. برخـی از سـؤالهایی کـه نظریه‌پـردازان تضـاد مطـرح می‌کننـد، عبارت‌انـد از:

از نـزاع بیـن گروههـای در حـال تضـاد الگوهـای فعلـی چگونـه ظهـور کرده‌انـد؟،

گروهها و طبقات مسلط چگونه به امتیازات ویژه نائل شده و آنها را حفظ کرده‌اند؟، چه کسی از ترتیبات فعلی اجتماعی سود برده و چه کسی ضرر می‌کند؟، جامعه با وجود تضادهایش، چگونه توانسته به تعادل دست یابد؟، عوامل مؤثر در ایجاد تعادل کدامند؟، جامعه‌شناسانی که با این رویکرد در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی فکر و مطالعه کرده‌اند می‌توان از ویتزکین[1]، ناوارو[2] و میشلر[3] نام برد.

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

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

1 Waitzkin
2 Navarro
3 Mishler

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

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

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

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

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

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

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

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

پیشینهٔ تجربی

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

طی مدت کوتاهی تغییرات فراوانی را در شاخصهای سلامت از جمله بهبود امید به زندگی از ۷/٤٦ به ۹/٦۹ سال، کاهش نرخ رشد جمعیت از حدود ۹/۳ درصد به ۲/۱ درصد، کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران از ۱٤۰ درصد هزار تولد زنده به ٤/۳۷، ایجاد کرده است. به‌گونه‌ای که مطالعه یازده شاخص سلامت طی سالهای ۸۱ – ۸۵ نشان می‌دهد که اجرای طرح پزشک خانواده از ابتدای سال ۱۳۸٤ بیش از نیمی شاخصهای مورد مطالعه را ارتقاء بخشیده است.

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

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

اجـرای طـرح شـامل: فراهـم کـردن مراقبـت جامـع و متنـوع و مراقبـت پیشـگیرانه، ارتبـاط بـا بیمـار و خانـواده وی، فراهـم کـردن مراقبـت مـداوم و دریافـت بازخـورد، حفـظ و فراگیـری مهارتهـا و دانـش، آمـوزش و سـهیم شـدن در دانـش و تجربـه و ۱۱ نکتـهٔ چالشـی همچـون: نیـاز بـه ترفیـع و افزایـش پاداشـهای پزشـک خانـواده، نیـاز بـه محتـرم شـمرده شـدن توسـط متخصصـان، فقـدان دسترسـی بـه متخصصـان، اقدامـات، آزمایشـها، نتایـج و سـایر منابـع، کاغذبـازی، تماسـهای تلفنـی و ازدیـاد فرمهـا، انتظـارات بیمـاران در ارتبـاط بـا پزشـک خانـواده برخـوردار اسـت.

پیشـینه پژوهـش نشـان‌دهندهٔ ایـن واقعیـت اسـت کـه پژوهشـهای صورت‌گرفتـه در بیشـتر مـوارد به‌صـورت کمـی و بـا رویکـرد مدیریـت بهداشـت و درمـان و در سـطحی خـرد و به‌طـور عمـده حـول محورهایـی چـون پایـش پزشـک خانـواده، ارزیابـی عملکرد برنامـه، ارزیابـی رضایـت، نگـرش، آگاهـی، دانـش و.... اسـت. محـدود پژوهشـهای کیفی نزدیـک بـه موضـوع پژوهـش حاضـر بـا رویکـرد مدیریـت خدمـات بهداشـتی و درمانـی صـورت پذیرفتـه اسـت، ازایـن‌رو در ارتبـاط بـا موضـوع موردبررسـی تـا زمـان انجـام ایـن پژوهـش، هیـچ پژوهشـی در حـوزه جامعه‌شناسـی به‌گونـه‌ای کـه اطلاعـات جامـع و منسـجمی چـه در مـورد پزشـک خانـواده و چـه در مـورد موانـع اجرایـی آن بـه روش کیفـی ارائـه دهـد، نبـوده اسـت.

روش

پژوهـش حاضـر در قلمـرو پژوهـش کیفـی اسـت، چراکـه «یافته‌هایـی را به‌دسـت می‌دهـد کـه بـا شـیوه‌هایی غیـر از شـیوه‌های آمـاری یـا هرگونـه کمـی کـردن کسـب شـده‌اند» (اشـتراوس و کوربیـن، ۱۳۸۵). جامعـهٔ پژوهـش دربرگیرنـدهٔ سیاسـت‌گذاران، مجریـان و صاحبنظـران پزشـک خانـواده در وزارت بهداشـت، سـازمان بیمـهٔ خدمـات

درمانی، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان نظام پزشکی و دانشگاههای تهران و شهید بهشتی است. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و دربردارنده وزیران سابق وزارت بهداشت (۲ مورد)، سیاست‌گذاران سطح کشوری (۱۱ مورد)، مدیران گسترش دانشگاه شهید بهشتی، تهران و ایران (۳ مورد)، رئیس مرکز و مسئول گروه ارجاع و پزشک خانواده سازمان بیمه سلامت (۲ مورد)، صاحب‌نظران دانشگاه تهران (۱ مورد)، معاونت بهداشت و فنی دانشگاه شهید بهشتی (۲ مورد)، کارشناسان پزشک خانواده دانشگاه شهید بهشتی و تهران (۲ مورد) بود. جمع‌آوری و گردآوری داده‌ها از طریق تحلیل اسنادی و مصاحبه صورت گرفت. بدین‌گونه که از تحلیل اسنادی، در قالب مراجعه به مستندات منتشر شده و نشده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، جست‌وجوی کتب، مجلات و مقالات و پژوهشهای انجام‌گرفته در زمینهٔ پزشک خانواده به کار برده شد و همچنین ۳ مصاحبه باز در مرحله مطالعه اکتشافی و ۲۳ مصاحبه نیمه‌باز در مرحله جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت، که تماماً توسط محقق ضبط و به متن تبدیل شدند. تحلیل داده‌ها نیز بر مبنای تحلیل مضمون بر اساس کدگذاری صورت گرفت، بدین‌گونه که در مرحلهٔ کدگذاری باز تحلیل داده‌ها به‌صورت تحلیل سطر به سطر انجام پذیرفت و همان‌طور که استراوس می‌گوید این روش با معاینهٔ دقیق و از نزدیک داده‌ها، عبارت به عبارت و گاه کلمه به کلمه صورت پذیرفت. حاصل این مرحله ۹۰۵ مفهوم اولیه به‌صورت عبارت بودند که درنهایت در قالب جدولی به‌صورت مفاهیم خام جمع‌آوری شد و سپس دوباره این مفاهیم بر اساس ویژگیها و ابعاد مشترکی که داشتند از طریق ادغام، تقلیل و دسته‌بندی شده و در غالب ٤٧٣ مقوله‌ای قرار گرفتند که با یکدیگر ارتباط

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

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

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

جدول ۲. چالشهای اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

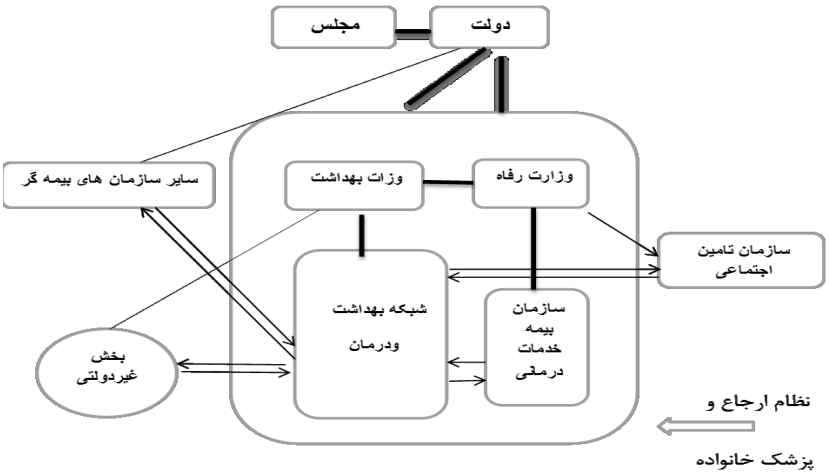
۱. چالشهای ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت	۱. نشانگان بیماری و ساختار آنومیک نظام سلامت
	۲ فرابخشی بودن و چندگانگی حاکم بر نظام سلامت
	۳. کژکارکردی نظام آموزشی نظام سلامت
۲. ماهیت چالش‌برانگیز پزشک خانواده	۱. هرمنوتیک پزشک خانواده
	۲. ویژگیهای چالش‌برانگیز پزشک خانواده
	۳. رویکرد دستوری در تضاد با ماهیت فرابخشی و مشارکتی پزشک خانواده
	٤. لازمه ماهیت زمان‌بری پزشک خانواده واقع‌بینی است یا ملعبه‌ای برای مخالفت
۳. 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 .٤	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
	٤. قدرت مانوردهی مخالفان صاحبِ منافع
	۵. تضاد منافع به‌عنوان چالش اصلی یا ابزاری برای فرافکنی مجریان
۵. 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
٦. قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی	۱.قائم به فرد بودن برنامه‌ها، خودمحوری به‌جای تجربه محوری
	۲.تأثیر تغییر دولت و مدیریت بر برنامهٔ ملی
	۳.اتلاف و گپ زمانی
۷. چالش ناشی از نحوهٔ حمایت دولت دهم از پزشک خانواده	۱.تعهد دولت دهم در حمایت از پزشک خانواده یا رویکرد ابزاری؟
	۲.عدم تخصیص منابع مالی توسط دولت دهم.
	۳.فشار زمانی شروع عجولانهٔ طرح
۸. قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری	
۹. چالشهای فرهنگی	

یافته‌ها

جایگاه و روند اجرایی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

- **جایگاه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران**

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



شکل (۱) جایگاه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران

منبع: شریعتی و همکاران

قدمت تفکر پزشک خانواده در ایران و چگونگی ظهور آن

تفکر پزشک خانواده در کشور ما ریشه در فرهنگ ایرانی اسلامی دارد و سابقه آن به قرنها قبل بازمی‌گردد. در تأیید این گفته، سخنی حکیمانه از دانشمند بزرگ کشورمان حکیم زکریای رازی می‌تواند اثباتگر این مطلب باشد آنجا که می‌گوید: «مریض باید از میان اطبای موثق به یک تن اقتصار ورزد، زیرا کسی که نزد پزشکان متعددی برود، بسیار احتمال دارد که در معرض خطای هر یک از آنها واقع شود، اما یک طبیب خطایش در جنب صوابش بسیار اندک باشد» (وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱) که چنین تفکری نشان از ضرورتِ وجود یک متولی مشخص برای بیمار از طریق پزشک خانواده است.

در سالهای ۱۳۵۳-۱۳۵۵ نظریه‌هایی در روش آموزش پزشکی مطرح شد و تا حدودی به اجرا درآمد که با روشهای سنتی تدریس و تعلیم پزشکی تفاوت داشت. یکی از این نظریه‌ها، فلسفه آموزش پزشکی جان میلز بود که در میان اساتید پزشکی، هم در علوم پایه پزشکی و هم در حیطهٔ مطالعات بالینی، مقبول افتاد. به پیروی ازاین روش، گروهی از استادان و کسانی که مدارک فوق‌لیسانس، تخصص و فوق تخصص در علوم بالینی، علم آموزش، مدیریت درمانی و بهداشت عمومی را داشتند، بخش آموزش پزشک خانواده را در دانشگاه شیراز بنیاد نهادند که به دلیل شرایطی چون جنگ تحمیلی چندان به‌صورت رسمی مورد توجه و استقبال قرار نگرفت. تا اینکه در سال ۱۳۸۱، مطابق آنچه در ادامه می‌آید، با توجه به نیاز به انجام اصلاحات و سابقه ۷۰ ساله طرح پزشک خانواده در دیگر کشورهای جهان و شرایط کشورمان دوباره مورد توجه قرار گرفت (دهقانی شورکی، ۱۳۸۹).

شبکه خدمات بهداشتی اولیه[1] در کشور ما که برای تمامی مناطق روستایی و شهری طراحی شده بود عملاً تنها در روستاها به‌طور جامع اجرا شد و یک دستاورد عالی شمرده شد، ولی در شهرها چندان به نتیجه نرسید. در پی عرضه مراقبتهای بهداشتی اولیه، شاخصهای سلامتی ایران، درمجموع یکی از بهترین شاخصهای سلامت جمعیت در منطقه را در سه دهه اخیر به‌دست آورد. بااین‌وجود در سالهای اخیر این نظام فاقد انعطاف لازم برای برآوردن نیازهای نوظهور جامعه بوده است (مشیری و همکاران، ۱۳۹۱) و همان‌طور که در مقدمه بیان شد نظام سلامت دچار چالشهای متعددی شد. چالشهایی که اهمیت و ضرورت اصلاح و ارتقاء نظام سلامت را بیش‌ازپیش نمایان ساخت.

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

* اصل ٤٤ قانون اساسی
* قانون تشکیل هیئتهای امناء
* اصلاح نظامهای اداری کشور از جمله نظام سلامت، در قالب خصوصی‌سازی در تصویر کلان برنامه‌های پنج‌ساله اول و دوم توسعهٔ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و تشکیل ماده ٤٦/١٤ برای واگذاری خدمات دانشگاههای علوم پزشکی به بخشهای غیردولتی.
* تأکید بر خصوصی‌سازی در برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و شکل‌گیری ماده ۱۹۲ که بر اساس آن به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده شد در جهت ارتقای کارایی و مشارکت کارکنان

1. PHC

و مردم در مورد امکانات بهداشتی و درمانی خود با رعایت ضوابطی اقدام به واگذاری یا خرید خدمت نماید. همچنین، بر اساس ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت دستگاهها مجاز به استفاده از خرید خدمت یا مشارکت بخش غیردولتی یا واگذاری مدیریتی شدند (جمشید بیگی و همکاران، ۱۳۸٦). تا اینکه نظام سلامت با اتخاذ دو سیاست جدید، برای اصلاح بخش سلامت اقدام نمود، پزشک خانواده برای بهبود کیفیت خدمات و بیمه روستایی همگانی به‌منظور افزایش توان پرداخت.

بدین ترتیب، در سال ۱۳۸۱، گروه کوچکی مرکب از دست‌اندرکاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان سابق مدیریت و برنامه‌ریزی، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، برای مطالعه و ارزیابی مراقبتهای بهداشتی اولیه در زمینه‌های مختلف تشکیل شد. هدف این گروه، بازطراحی نظام سلامت به‌تناسب چالشهای جدید پیش رو بود. این گروه معرف یک شبکه سیاست‌گذاری اجتماعی تحت مدیریت وزیر وقت بهداشت و درمان (۱۳۸۰-۱۳۸٤) بود که در زمان اخذ رأی اعتماد از مجلس، تحقق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور را وعده داده بود. قبل از آن وی به‌عنوان رئیس دانشگاه علوم پزشکی و مسئول نظارت بر بهداشت و درمان در یکی از استانها، در قسمتهایی از حوزه مسئولیت خود الگویی از پزشک خانواده را اجرا کرده بود (مشیری و همکاران، ۱۳۹۱).

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

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

مبانی قانونی پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران

* قانون اساسی: اصل ۲۹ و اصل ٤۳
* قانون بیمه همگانی (مصوب سال ۱۳۷۳)

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

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

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

* قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور: ماده ۸٤، ۸۵، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹٦

* قانون بودجه سال ۱۳۸۸ کل کشور

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

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

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

* قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور: ماده ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۸

تجربهٔ پیاده‌سازی برنامه پزشک خانواده

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

بـر پزشـک خانـواده تعییـن کردنـد. امـا بـا وجـود توافـق جمعـی مسـئولان وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی، سـازمان مدیریـت و برنامه‌ریـزی کشـور وقـت و سـازمانهای بیمه‌گـر، گام عملـی بـرای اجـرای برنامه‌هـای مـدون اصلاحـات در اسـتانهای آزمونـه‌ای برداشـته نشـد. (ایـری، ۱۳۹۰). امـا به‌رغـم ایـن چالشـها، دو روزنـهٔ امیدبخـش پدیـد آمـد، نخسـت تصمیـم هیئـت دولـت بـرای بازسـازی نظـام سـلامت بـم و دیگـری تصمیـم مجلـس شـورای اسـلامی دربـارهٔ اختصـاص منابـع مالـی کافـی بـرای بیمـهٔ روسـتائیان و صـدور دفترچـه بیمـه خدمـات درمانـی. ایـن دو روزنـه زمینه‌هـا و بسـترهایی را در نظـام سـلامت فراهـم آورد کـه بـر اسـاس آن وزارت بهداشـت و وزارت تعـاون، کار و رفـاه اجتماعـی در سـال ۱۳۸٤ از فرصـت پیش‌آمـده در جهـت اسـتقرار پزشـک خانـواده در روسـتاها و شـهرهایی بـا جمعیـت زیـر ۲۰ هـزار نفـر بهـره بردنـد (وزارت بهداشـت و درمـان،) در مرحلـهٔ بعـدی، «پیـرو تفاهم‌نامـه‌ای کـه تیرمـاه ۱۳۸۹ میـان وزارت بهداشـت و وزارت تعـاون، کار و رفـاه اجتماعـی منعقـد شـده بـود، در آبـان مـاه همـان سـال تفاهم‌نامـه‌ای بـرای اجـرای برنامـه نظـام ارجـاع و پزشـک خانـواده در سـه اسـتان منتخـب میـان وزارتخانه‌هـای مذکـور منعقـد شـد. ایـن تفاهم‌نامـه بـا موضـوع اسـتقرار بیمـه سـلامت بـا محوریـت پزشـک خانـواده و نظـام ارجـاع بـرای کلیـه جمعیـت شـهرهای بیـن ۲۰ تـا ۵۰ هـزار نفـر اسـتانهای چهارمحـال و بختیـاری، سیسـتان و بلوچسـتان و خوزسـتان درجهـت اجـرای هرچـه بهتـر برنامـه پزشـک خانواده منعقـد گردیـد» (کبیـر و همـکاران، ۱۳۹۲)، کـه بعـداً بـه نسـخهٔ «۰۱» معـروف شـد.

پـس از شـروع اجـرای برنامـه در شهرسـتانهای مـورد نظـر، مسـئولان اجرایـی برنامـه بـا مشـکلات و چالشـهای اجرایـی مواجـه شـدند. از جملـه آنهـا می‌تـوان بـه عـدم تجمیـع بیمه‌هـا و رویکـرد تمرکزگرایـی نسـخه ۰۱ (کـه در طـی آن وزارت بهداشـت بـه دنبـال پیـاده کـردن الگـوی پزشـک خانـواده روسـتایی در شـهرها بـود) اشـاره کـرد (۱۱).

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

تا پایان سال ۱۳۹۰	شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور
تا پایان سال ۱۳۹۱	همه شهرها به‌جز کلان‌شهرهای کشور
تا پایان سال ۱۳۹۲	همه کلان‌شهرهای کشور به‌جز تهران
تا پایان سال ۱۳۹۳	تمامی شهرهای کشور

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

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

کـه اسـتانهای مذکـور عبارت‌انـد از: خوزسـتان، خراسـان جنوبـی، آذربایجـان شـرقی، آذربایجـان غربـی، قزویـن، یـزد، اردبیـل و سیسـتان و بلوچسـتان» (دمـاری، وثـوق مقـدم، رسـتمی گـوران و کبیـر، ۱۳۹۵).

گزارشـهای ارسال‌شـده از سـوی اسـتانهای منتخـب حاکـی از آن بـود کـه به‌جـز فعالیتهایـی کـه متعاقـب جلسـات اردیبهشـت‌ماه ۹۱ در اسـتانها شـروع و پیگیـری شـده بـود، فعالیتهـای اندکـی نیـز در ایـن دوره انجـام شـد کـه بـه دلیـل فرورفتـن آینـده برنامـه در هالـه‌ای از ابهـام، ادامـه رونـد اسـتقرار برنامـه در آنهـا، بـا سـرعت بسـیار پایینـی پیگیـری می‌شـد.

در حـال حاضـر و بـر اسـاس اظهـارات معـاون محتـرم بهداشـتی وزارت متبـوع مقـرر شـده اسـت کـه در یـک شهرسـتان از هـر یـک از اسـتانهای منتخـب برنامـه بـا سـرعت کمتـری اسـتقرار یافتـه و در حیـن کار مشـکلات آن رفـع گـردد کـه البتـه دسـتورالعمل اجرایـی در ایـن شهرسـتانها و همچنیـن نظـر وزارت رفـاه در ایـن خصـوص هنـوز روشـن نشـده اسـت (وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی).

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

در سـال ۱۳۸۹ بـه سـفارش و تحـت نظـارت سـازمان خدمـات درمانـی، مطالعـه‌ای ملـی بـه بررسـی رضایت‌منـدی بیمه‌شـدگان روسـتایی تحـت پوشـش سـازمان بیمـه خدمـات درمانـی و ارائه‌دهنـدگان خدمـات در طـرح نظـام ارجـاع و پزشـک خانـواده پرداختنـد. مطالعـه ایـن گـزارش درنهایـت نشـان‌دهندهٔ ایـن نکتـهٔ مهـم اسـت کـه گیرنـدگان خدمـات از رضایت‌منـدی بالایـی برخوردارنـد ولـی ارائه‌دهنـدگان خدمـات از رضایـت بالایـی برخـوردار نبـوده و همیـن امـر ادامـهٔ طـرح را بـا مشـکل مواجـه

می‌کند. ازاین‌رو تداوم مطابق نبودن رضایت ارائه‌دهندگان خدمات و گیرندگان خدمات، می‌تواند مانعی برای ارائه خدمات، کیفیت پایین خدمات و درنهایت افت رضایت گیرندگان خدمات شود (مفتون و همکاران، ۱۳۸۹).

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

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

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

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

چالشها و موانع اجرای برنامه پزشک خانواده

در پی مطالعهٔ چالشهای اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت بر مبنای مؤلفه‌های مطرح شده برحسب متغیر زمینه‌ای، جمع‌آوری و گردآوری داده‌های مربوط و تحلیل اطلاعات گردآوری‌شده، به‌طورکلی چالشها تحتِ عنوانِ ٤ مقولهٔ اصلی شناسایی شد. به دلیل رعایت اخلاق پژوهشی و تأکید مصاحبه‌شونده‌ها بر عدم ذکر هویت و نام آنها، از کدی که بر هر یک از مصاحبه‌شوندگان محترم اختصاص داده شده به‌جای ذکر نام آنها استفاده شده است.

۱. قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامهٔ ملی

از جمله مواردی که پزشک خانواده به دلیل ماهیت فرایندی و زمان‌بری خود به‌شدت تحت تأثیر آن قرار گرفت و از قِبل آن آسیب‌پذیر شد، «قائم به فرد بودن برنامه‌ها»، «تغییر و تحولات دولت و به‌تبع آن تغییرات مدیران» و

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

۱-۱ قائم به فرد بودن برنامه‌ها، خودمحوری به‌جای تجربه محوری

قائم به فرد بودن برنامه و خودمحوری به‌جای تجربه‌محوری یکی از مواردی است که تداوم و پایداری پزشک خانواده را به‌شدت آسیب‌پذیر کرد، «یک چالش دیگر در ایران این است که طرحها قائم به افراد است و با عوض شدن افراد، وضعیت آنها متفاوت می‌شود» (٤) به‌گونه‌ای که با رفتن افراد، آن برنامه هم به نقطهٔ صفر می‌رسد: «کشور ما به دلیل اینکه یک رئیس‌جمهور می‌آید و آن رئیس‌جمهور می‌رود، این وزیر می‌آید و آن وزیر می‌رود همه چی Reset می‌شه و بر می‌گردد به نقطهٔ صفر. به همین خاطر حتی مقاومتی وجود ندارد. هر کسی میاد یه طرحی از خودش در میاره و بالاخره یه کاری می‌کنه و به همین دلیل تو دنیا بالاخره چون حزب بیشتر نقش دارد تا شخص، یک برنامه‌ای را که یک حزب پیش می‌گیرد، خُب پیش می‌رود دیگه، یا حتی بعضی از برنامه‌ها هست که وقتی می‌خوان اجرا کنند حزب رقیب هم دعوت می‌کنند تا اون هم پاشو امضاء کنه که اگه دورهٔ بعدی رئیس‌جمهور از حزب رقیب شد باز هم برنامه رو اجرا کنند ...» (۳) این امر گاه به قدری مورد نقد واقع می‌شد که یکی از مجریان ارشد وزارت بهداشت با بیان آیه‌ای از قرآن کریم، این امر را به‌عنوان یک دور باطل و مصداقی از بی‌عقلی کامل بیان می‌کرد.

از سویی دیگر نوع رویکرد مدیران و مجریان ارشد برنامه را به‌عنوان چالش عمده دیگر بیان می‌کند، چراکه مبتنی بر رویکرد سلیقه‌ای و بر اساس تجربهٔ شخصی و با بی‌توجهی به اقدامات گذشته و تجربیات جهانی در زمینهٔ پزشک خانواده بوده است. «نه متأسفانه آموزش ما با زمین خوردنمان شکل می‌گیره، ما راهی رو می‌رویم که دیگران رفتند و خوردند زمین. ما باز همون راه را می‌رویم و هرچه قدر هم که می‌گوییم گوشی نیست که بشنود و چشمی نیست که ببیند. باید زمین بخوریم و بلند شویم، تازه اگر تجربه بگیریم. تازه گاه زمین می‌خوریم ولی باز همون راه را می‌رویم و دوباره زمین می‌خوریم. . . سؤالهایی که اون زمان آنها در مورد پزشک خانواده مطرح می‌کردند توی جلسه، سؤالهایی بود که ما ۲۰ سال پیش از خودمون می‌کردیم و این مسیر رو طی کرده بودیم ...» (۱) «خیلی هم دوست نداریم از تجربیات دیگران استفاده کنیم. اینکه دائم می‌گیم تجربیات دیگران مال خودشون هست ...» (۱٦)

۲-۱ تأثیر تغییر دولت و مدیریت بر برنامهٔ ملی

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

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

کوتاهی دوره‌های مدیریتی می‌دانستند «ببینید ثبات مدیریت یکی از چیزهای مهم است که در کشور ما ثبات مدیریت در بخش بهداشت و درمان کم است. ما معمولاً وزیرانمون بیشتر از ٤ سال نمی‌مانند. حالا بالاخره بعضی از دوره‌هامون کمتر. ولی خیلی جاها این ثبات مدیریت خیلی جدی است مثلاً همین ترکیه که همسایهٔ ماست تقریباً ۱۱ سال است که یک نفر وزیر بهداشتش بوده است. خُب این ثبات مدیریت برنامه رو به اجرایی می‌رسوند دیگه، اما ما این رو نداریم ...» (۵). ازاین‌رو ضرورت توجه به این امر و آسیبهای ناشی از آن ازجمله اتلاف سرمایه‌های انسانی و اقتصادی کشور در نتیجهٔ عواملی چون کنار نهاده شدن بسیاری از مدیران باتجربهٔ سابق و بی‌اعتمادی پروایدرها بر حوزهٔ مدیریت و سیاست‌گذاری حاصل از بی ثباتیهای عرصهٔ سیاست‌گذاری و مدیریتی را متذکر می‌شوند. «خُب حوزهٔ ارائه‌دهندگان خدمت هم دغدغه‌هاشون ناپایداری تصمیم‌گیرندگان دولتی، تغییر و تحولی که در حوزهٔ سیاست‌گذاری دولت رخ می‌داد، مدیران عوض می‌شدند، و تند و تند نظرات ممکن بود تغییر بکند . . . یکهو تغییر وزیر رخ داد و وزیر بعدی هم اومدند. . . و تا پزشک خانواده پوست‌اندازی کند، مجدداً دولت تغییر کرد و وزیر بعدی اومد و به‌نظر من اینها خیلی به طرح صدمه زد و همین باعث شد یه گپی افتاد و باعث شد که پروایدرها دور شدند» (۱۱).

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

پزشک خانواده در مواجه با دولت نهم: در ارتباط با رویکرد دولت نهم در مواجه با پزشک خانواده بیشتر مصاحبه‌شوندگان بر این باورند که برنامهٔ پزشک خانواده در ابتدای امر موردقبول و پذیرش وزیر بهداشت نبوده ولی بعد از

گذشت چند ماه مورد توجه قرار گرفته، البته مصاحبه‌شوندگان، بازه‌های زمانی متفاوتی در پذیرش پزشک خانواده از سوی وزیر بهداشت بیان کرده‌اند. «دولت نهم که اومده بود سرکار، وزیر بهداشت وقت باور نداشت که پزشک خانواده به‌عنوان یک استراتژی اصلی حوزهٔ سلامت باید مورد توجه قرار بگیرد ... چند ماهی طول کشید که با ارائه شواهد و مستندات بپذیرند که جدای از بحث برند و دولت و سیاست و مسائل مختلف این کار به‌عنوان یکی از کارهای کلیدی در استراتژیهای اصلی نظام سلامت در تمام کشورها برای برون‌رفت از مشکلات جاری نظامهای سلامت مورد توجه قرار بگیرد» (٦).

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

بااین‌وجود یکی از مقامهای ارشد سازمان بیمه سلامت ایرانیان (۱۹) نیز اعتقاد بر پررنگ شدن کاذب نقش وزیر بهداشت دولت دهم و اجرای برنامهٔ پزشک خانواده در زمان ایشان دارد.

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

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

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

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

۳-۱ اتلاف و گپ زمانی

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

۲ چالش ناشی از نحوهٔ حمایت دولت دهم از پزشک خانواده

ازآنجایی‌که برنامهٔ پزشک خانواده یک برنامهٔ فرابخشی و ملی است، نه

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

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

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

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

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

۲-۲ عدم تخصیص منابع مالی توسط دولت دهم.

عدم تأمین منابع مالی توسط رئیس‌جمهور و معاونت نظارت راهبردی

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

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

۳-۲ فشار زمانی شروع عجولانهٔ طرح

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

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

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

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

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

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

خانـواده همچـون بسـترهای قانونـی و... بـه نسـبت قبـل مهیاسـت و بـا اسـتناد بـه عـزم و ارادهٔ دولـت جدیـد در اجرایـی کـردن طـرح تحـول سـلامت و همچنیـن عـدم اراده و انگیـزهٔ مدیـران ارشـد کنونـی بـرای اجـرای برنامـهٔ پزشـک خانـواده بیـان می‌کردنـد برنامـه پزشـک خانـواده هـم در صـورت عـزم و تعهـد مدیـران ارشـد کشـوری قابلیـت اجرایـی دارد. «ببینیـد ایـن حلقـهٔ مـا [پزشـک خانـواده] ٤ تـا بحـث داشـت، سـاختار، برنامـه، مدیریـت، پـول کـه تعهـد سیاسـی [هسـتهٔ مرکـزی، Core] قضیـه اسـت کـه مسـئولین ارشـد نظـام مـا بایـد بپذیرنـد کـه بـر سـر همـان سـفره‌ای بنشـینند کـه بـرای مردمشـان پهـن می‌کننـد، اگـر ایـن نـگاه در مسـئولین ارشـد مـا به‌وجـود آمـد، مملکـت مـا پزشـک خانـواده یـا هـر چیـز دیگـری کـه می‌گوییـد درسـت خواهـد شـد ... اینهـا [مدیـران ارشـد وزارت بهداشـت] اون انگیـزه و اعتقـاد را هـم نداشـتند. درنتیجـه نمی‌تونسـتند بـه اون جایـی برسـند کـه مـا می‌خواسـتیم و ایـن مشـکلی اسـت کـه مـا الآن داریـم و نمی‌دونـم چـه جـوری بایـد حلـش کنیـم ... الان همـهٔ قوانیـن حتـی سیاسـتهای کلـی مقـام معظـم رهبـری اعـلام فرمودنـد. همشـون مبنـی بـر سـطح‌بندی و ارجـاع و پیشـگیری مقـدم بـر درمـان، همـش ایـن حرفهاسـت ولـی در میـدان عمـل اینجـوری نیسـت» (۱).

در ایـن راسـتا، برخـی مصاحبه‌شـوندگان هـر یـک به‌نوعـی اقـدام دولـت یازدهـم در عـدم اجـرای برنامـهٔ پزشـک خانـواده، اجـرا نشـدن قانـون بیمه‌هـای همگانـی در زمینـهٔ آمـوزش پزشـکان بـر مبنـای نیازهـای نقـش و جایـگاه پزشـک خانـواده از سـال ۱۳۷۳ و عـدم تجمیـع بیمه‌هـا بـر اسـاس برنامه‌هـای پنج‌سـاله را به‌عنـوان مصداقهایـی از عـدم پایبنـدی مدیـران بـر اجـرای قانـون و وجـود سـاختارهای قانون‌گریـزی عنـوان می‌کردنـد، درصورتی‌کـه اجـرای ایـن قوانیـن می‌توانسـت بسـیاری از بسـترهای اسـتقرار پزشـک خانـواده را فراهـم کنـد و نکتـهٔ مهم‌تـر دیگـری کـه در ایـن زمینـه

متذکـر آن می‌شـوند، عـدم نظـارت و پیگیـری مجلـس بـر اجـرای برنامـهٔ پزشـک خانـواده و عـدم بازخواسـت مدیـران ارشـد اجرایـی برنامـه بـه دلیـل تخلـف و قصـور در اجـرا و قانون‌گریزی‌هاسـت. «قانـون برنامـهٔ پنجـم توسـعه گفتـه ولـی ظاهـراً دولـت الان بـه ایـن تصمیـم نرسـیده و بنـا نیسـت کـه قانـون اجـرا بشـود و کسـی هـم ایـرادی ظاهـراً نمی‌گیـرد کـه چـرا قانـون اجـرا نمی‌شـود؟ کـه آقـا قـرار اسـت در ایـن کشـور برنامـهٔ پزشـک خانـواده و نظـام ارجـاع به‌عنـوان بخشـی از *Health Care System* جـاری و سـاری باشـه» (۳).

٤- چالشهای فرهنگی

چالشـهای فرهنگـی از جملـه موانـع اجرایـی دیگـر پزشـک خانـواده اسـت کـه مصاحبه‌شـوندگان بـر آن در ابعـاد مختلـف همچـون شـکل‌گیری رفتـار و فرهنـگ مسـئولین و مـردم در تعامـل بـا دیگـران بـر مبنـای بی‌عدالتـی، فرهنـگ سـنتی مـردم در مراجعـه بـه پزشـکان، مقاومـت مـردم در برابـر تغییـرات فرهنگـی، درونـی نشـدن بسـیاری از ارزشـهای فرهنگـی نـزد مـردم، نبـود فرهنـگ مشـارکتی و کار تیمـی به‌عنـوان موانـع اجرایـی پزشـک خانـواده تأکیـد می‌کردنـد.

در ایـن راسـتا، برخـی از مصاحبه‌شـوندگان، ضمـن تأکیـد بـر چالـش فرهنگـی به‌عنـوان مهم‌تریـن چالـش موجـود در برابـر برنامـه، ریشـه‌های ایـن چالـش را در اضمحـلال جایـگاه پزشـک عمومـی توسـط سیاسـت‌گذاران نظـام سـلامت دانسـته و بیـان می‌کردنـد کـه همیـن امـر بنـای بی‌اعتمـادی مـردم بـر پزشـکان عمومـی و سـبب رفتارسـازی نادرسـت مابیـن آنهـا در مراجعـه بـه پزشـکان شـده اسـت. ازایـن‌رو خاسـتگاه اجتماعـی برنامـه را لازمـهٔ اجرایـی شـدن برنامـه دانسـته و معتقـد بـر ایـن امـر بودنـد کـه آن نیـز جـز به‌وسـیلهٔ توانمندسـازی مـردم از طریـق آگاهی‌بخشـی آنـان توسـط

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

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

بحث

بر مبنای مواد قانونی موجود، برنامه پزشک خانواده تاکنون می‌بایست در سرتاسر ایران اجرا می‌شد ولی آنچه در عمل به وقوع پیوست، محدود شدن

اجـرای آن بـه روسـتاها و برخـی از شـهرها و اسـتانهایی چـون مازنـدران و فـارس بـود. درحالی‌کـه همان‌طـور کـه گـزارش خـود بدنـه وزارت بهداشـت و درمـان نمایـان می‌سـازد، در ایـن دو اسـتان نیـز، اجـرا و اسـتقرار برنامـه تنهـا در سـطح یـک بـه حـد قابـل قبولـی رسـیده و در سـطح دو و سـطح سـه بـا موفقیـت همـراه نبـوده اسـت. در ایـن زمینـه ذکـر ایـن نکتـه ضـروری اسـت کـه بیشـتر مصاحبه‌شـوندگان ضمـن نقـد محـدود شـدن اجـرای برنامـه بـه ایـن دو اسـتان، معتقـد بودنـد کـه در ایـن دو اسـتان نیـز، برنامـه بـه سـبکهای بسـیار متفاوتـی اجـرا شـده، به‌گونـه‌ای کـه گاه از آن به‌عنـوان انحـراف از مسـیر اصلـی پزشـک خانـواده یـاد می‌کردنـد و برخـی از مصاحبه‌شـوندگان بـه دلیـل ایـن انحـراف در زمینـهٔ اجـرا تـا حـدی پیـش می‌رفتنـد کـه منکـر وجـود خارجـی برنامـه پزشـک خانـواده در نظـام سـلامت ایـران می‌شـدند.

در راسـتای چالشـها و موانـع اجـرای پزشـک خانـواده مطابـق مـدل مارمانیـان و سـاباتیر چالشـها و موانـع اجرایـی برحسـب سـه متغیـر مطـرح در ایـن مـدل مطابـق جـدول ۳ حاصـل شـدند. بـر مبنـای موضـوع مقالـه حاضـر و از نظـر بسـترهای زمینـه‌ای، نتایـج پژوهـش نشـان داد کـه قائـم بـه فـرد بـودن برنامـه و تأثیـر تغییـرات مدیریـت و دولـت بـر برنامـهٔ ملـی از جملـه چالشـهایی اسـت کـه زمینه‌هـای عـدم تعهـد مدیـران نسـبت بـه اقدامـات سـابق اجرایـی پزشـک خانـواده و درنهایـت نادیـده انگاشـتن تمـام تجربیـات و تلاشـهای حاصـل از آن را مهیـا می‌سـاخت، چالشـی کـه گاه از آن به‌عنـوان تسلسـل و دور باطلـی یـاد شـد کـه پزشـک خانـواده در بطـن آن قـرار گرفتـه و عـلاوه بـر آسـیب‌پذیری پزشـک خانـواده از ایـن بُعـد، منجـر بـه اتـلاف سـرمایه‌های کلان اقتصـادی و انسـانی نظـام سـلامت می‌شـد. عـلاوه بـر ایـن، بی‌ثباتـی عرصـهٔ سیاسـت‌گذاری کـه حاصـل تغییـرات مدیریتـی اسـت، نه‌تنهـا منجـر بـه بی‌اعتمـادی ارائه‌کننـدگان خدمـات نسـبت بـه پایـداری سیاسـتهای اتخـاذ شـده می‌شـد، بلکـه

هم‌زمان منجر به اتلاف و نادیده انگاشتن زمان به‌عنوان کلیدی‌ترین عامل شد.

چالش ناشی از نحوهٔ حمایت دولت دهم از پزشک خانواده از جمله دیگر متغیرهای زمینه‌ای است که ریشه در شرایط سیاسی و اقتصادی حاکم بر دولت دهم دارد. چراکه بیشتر مصاحبه‌شوندگان اعتقاد بر رویکرد ابزاری، تظاهر و خودنمایی دولت در حمایت از پزشک خانواده، به‌عنوان برنامه‌ای عدالت‌محور، در جهت منافع سیاسی خود داشت که درنهایت منجر به عدم پایندی دولت در اجرای تعهد خود نسبت به تأمین منابع مالی با وجود توان مالی دولت شد. در مقابل عده‌ای نیز عدم تأمین منابع مالی برنامه از سوی دولت دهم را به دلیل مواجهٔ دولت با بحرانهایی چون تحریمها و شرایط نامساعد اقتصادی می‌دانند. و علاوه بر آن عده‌ای نیز آسیب‌پذیری برنامه را به دلیل بی‌ثباتی شرایط سیاسی کشور ناشی از بی‌تدبیری رئیس دولت دهم می‌دانند.

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

چالشهای فرهنگی همان‌گونه که از عنوان آن پیداست، ریشه در شرایط و بسترهای فرهنگی موجود در جامعه داشته، و عواملی همچون شکل‌گیری فرهنگ نادرست مردم در مراجعه به پزشکان، مقاومت مردم در برابر تغییرات فرهنگی حاصل از پزشک خانواده، درونی نشدن بسیاری از ارزشهای فرهنگی به‌عنوان بنای رفتار عدالت‌محور نزد مردم و مسئولین، نبود فرهنگ مشارکتی و فرهنگ انجام کار تیمی نزد مسئولین را شامل می‌شود.

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

بر مبنای جدول ۳ و موضوع مقاله، مطالعهٔ چالشها در بستر متغیرهای زمینه‌ای نمایان ساخت که بسیاری از زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی که لازمه اجرای برنامه بودند، مهیا نبوده‌اند؛ زمینه‌هایی که نقش کلیدی در موفقیت و شکست هر برنامه‌ای داشته و در عرصه سیاست‌گذاری باید به آنها توجه شود.

با توجه به اینکه متغیرهای ماهیتی مربوط به مشکلات و موانع ناشی از سیاست می‌شود که در طول فرایند سیاست‌گذاری با آن مواجه هستیم، ماهیت چالش‌برانگیز پزشک خانواده با کمی تسامح و تساهل تحت عنوان هرمنوتیک پزشک خانواده در این قسم قرار گرفت، چراکه به‌زعم مصاحبه‌شوندگان، تضاد گفتمان و نبود ادبیات مشترک میان سیاست‌گذاران و مجریان ارشد برنامه نسبت به مفهوم پزشک خانواده، یکی از عمده‌ترین موانع در پیشبرد و تداوم پزشک خانواده چه در مرحلهٔ طراحی و چه در مرحلهٔ اجرای آن بود. در این زمینه پژوهش ایری در زمینهٔ پزشک خانواده با رویکرد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بیشتر حول محور متغیرهای ماهیتی صورت گرفته است که نشان از جایگاه و اهمیت آنها میان چالشهای پزشک خانواده است.

متغیرهای ساختاری که بر فرایند اجرای سیاستهای تعیین‌شده اثر می‌گذارند شامل چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت، پزشکی کردن مدیریت، تضاد منافع، روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمانهای دخیل در برنامهٔ پزشک خانواده است.(شیانی و همکاران، ٢٦٦).

درنهایت می‌توان گفت که کژکارکردی متغیرهای زمینه‌ای، ماهیتی و ساختاری

اجـرای پزشـک خانـواده را به‌شـدت تحـت تأثیـر قـرار داده اسـت.

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

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

- امیدی، ر. (۱۳۹۱). ***تحلیل برنامه‌های عمران و توسعهٔ ایران از منظر مؤلفه‌های برنامه‌ریزی اجتماعی***. برنامه‌ریزی و بودجه، ٤، ۱۱٤-۹۷.
- ایری، م. (۱۳۹۰). ب***ررسی چالشها در طراحی و اجرای برنامهٔ پزشک خانواده در شهرها*** (پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشرنشده). دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.
- جمشید بیگی، ع. و همکاران (۱۳۸٦). ***گزارش عملکرد اجرایی برنامهٔ پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۵ و شش ماههٔ اول ۱۳۸٦.*** تهران: آرویج.
- جنتی، ع. و همکاران (۱۳۸۸). ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده. ***فصلنامهٔ دانش و تندرستی***، ٤(٤)، ٤۳-۳۸.
- حسن‌زاده، ع. و همکاران (۱۳۸۷). ***طراحی نظام ارجاع و پزشک خانواده.*** تهران: مؤسسه فرهنگی هنری آهنگ آتیه.
- دهقانی شورکی، ص. ع. (۱۳۸۹). ***رابطه مستندسازی فعالیتهای بیمهٔ روستایی با طرح پزشک خانواده در استان یزد*** (پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد منتشرنشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران.
- دماری، ب.، وثوق مقدم، ع.، رستمی گوران، ن. و کبیر، م. ج. (۱۳۹۵). ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استانهای فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالشها و راه حلها. ***مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی***، ۱٤(۲)، ۳۸-۱۷.
- رهبری، م. و همکاران (۱۳۹۰). نگاهی بر نحوهٔ تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده. تهران: ***مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی.***
شریعتی، م. و همکاران، ***پزشک خانواده در نقشه نظام سلامت ۱٤۰٤ جمهوری اسلامی ایران.*** تهران: *موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.*
- اداره کل تدوین و تنقیح قوانین و مقررات (۱۳۸۳). ***مجموعه قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.*** معاونت پژوهش ، تدوین و تنقیح قوانین و مقررات.
- کبیر، م. ج. و همکاران (۱۳۹۲). ***گزارش بازدید از نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری استان فارس و مازندران.*** تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

- مشیری، اسماعیل و همکاران (۱۳۹۱). مصلحت اندیشی و تقارن در شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده و بیمهٔ همگانی سلامت روستاییان در ایران. ***مجلهٔ حکیم***، ٤، ۲۹۹-۲۸۸.
- شیانی، ملیحه و همکاران (۱۳۹۵)، مطالعه چالشهای اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران، ***مجله حکیم***. ۲۷٤-۲٦٤.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۱). ***آنچه باید در مورد پزشک خانواده بدانیم***. تهران: مرکز مدیریت شبکه.
- مفتون، ف. و همکاران (۱۳۸۹). ***رضایت‌مندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمهٔ خدمات درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده***. تهران: سازمان بیمهٔ خدمات درمانی.
- منظم، ک. و همکاران (۱۳۹۱). ***نگاهی بر قانون‌گذاری بخش سلامت در هشت دوره مجلس شورای اسلامی***. تهران: مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی.
- نائلی، ج. و مقیمی، د. (۱۳۸٦). ***سند سیاست ارتقاء مراقبتهای اولیه سلامت***. تهران: دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت.