مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴: ۱۵-۲۰

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۲

ارزیابی تبصره‌ی ۲ ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور در خصوص پدیده‌ی دوشغله بودن پزشکان از دیدگاه صاحب‌نظران و خبرگان حوزه‌ی سلامت کشور- قابلیت اجرا و چالش‌های آن

دکتر اخوان بهبهانی علی ۱
دکتر رهبری بناب مریم ۱*

۱- پزشک عمومی، پژوهشگر

* نشانی نویسنده مسؤول:
تهران، خیابان سپهبد قرنی، بالاتر از تقاطع طالقانی، پلاک ۱۳۱، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تلفن: ۸۳۳۵۷۵۱۱-۰۲۱
فاکس: ۸۳۳۵۷۵۰۸-۰۲۱

نشانی الکترونیکی:
M.rahbari2003@yahoo.com

چکیده

زمینه: ارایه خدمات با کیفیت و عادلانه از جمله اهداف مهم در هر نظام سلامتی به شمار می‌رود. پدیده دو یا چند شغله بوده پزشکان امروزه در بسیاری از نظام‌های سلامتی رواج یافته و نگرانی‌هایی را برای متولیان ارایه خدمات سلامت و سیاستگزاران نظام سلامت به وجود آورده است. در راستای همین دغدغه، در در تبصره‌ی ۲ ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم فعالیت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی ممنوع شد اما شواهد حاکی از عدم اجرای این حکم قانونی است پژوهش حاضر با هدف ارزیابی قابلیت اجرای این ماده‌ی از قانون و الزامات اجرای آن طراحی و اجرا شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع کیفی بوده و اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه حاوی چهار سؤال باز و برگزاری جلسات بحث متمرکز از صاحب‌نظران و خبرگان حوزه سلامت که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به دست آمد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش در قالب ۴ مضمون شامل مزایا و معایب احتمالی اجرای قانون، قابلیت اجرایی شدن و پیاده‌سازی آن و در نهایت مشکلات اجرایی قانون که خود مشتمل بر ۱۱ نمایه بودند منعکس شده است. بر اساس نظرات شرکت‌کنندگان در این مطالعه، در مجموع اجرای قانون مورد بررسی به نفع نظام سلامت کشور است ولیکن در عمل با چالش‌ها و مسائلی به صورت کلان و نیز به صورت ویژه- مرتبط با خود قانون- مواجه است.

نتیجه‌گیری: ایجاد بسترهای لازم در ابعاد ساختاری، مدیریتی، تقنینی و نظارتی، تخصیص بودجه کافی، اصلاح نظام تعرفه‌گذاری و ساز و کارهای پرداخت، اجرای تدریجی و گام به گام در مراحل اولیه، بهبود کیفیت خدمات در بخش دولتی و اعتمادسازی بین پزشکان و مسئولین در اجرای بهتر و اثربخش‌تر این قانون بسیار ضروری است.

واژگان کلیدی: پدیده دوشغله بودن، قانون برنامه‌ی پنجم توسعه، نظام سلامت، ایران، تبصره ۲ ماده ۳۴

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۴/۲۹ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۶/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۱۶

مقدمه

عرضه‌ی خدمات به گونه‌ای عادلانه و با کیفیت مناسب از جمله اهداف مطلوب نظام‌های سلامت در همه کشورها است و این به نوعی دلالت بر فلسفه‌ی وجودی سیستم‌های سلامت است [۱]. رسیدن به این هدف مستلزم تدارک و آماده‌سازی منابع لازم به ویژه نیروی انسانی است. امروزه پزشکان از جمله نیروهای انسانی حیاتی و بازوی اجرایی کارگشا در نظام‌های سلامت به شمار می‌روند. نیروی انسانی پزشکی علاوه از نقش عرضه‌کننده‌ی خدمات تا حدودی بر ترکیب سایر مشاغل و حرف وابسته و نیز میزان و کیفیت خدمات ارائه شده به کاربران مربوطه تأثیرگذار است [۲]. از طرف دیگر در نظام‌های سلامت نیز همانند سایر بخش‌ها و سیستم‌ها، کمبود منابع در مقابل نیازها و تقاضای افزوده‌ی کاربران وجود دارد، و این امر همواره به عنوان یکی از چالش‌های پیش روی سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان نظام‌های سلامت مطرح بوده است [۳]. بعضاً مشاهده می‌شود که مشکلات ساختاری- مانند کمبود نیروی انسانی- با برخی از مشکلات مدیریتی و نظارتی در سطح کلان و ناهمخوانی منافع و علایق فردی با سیاست‌ها و شرایط زمینه‌ای یک نظام، موجبات مضاعف شدن مشکلات مربوطه شده و به نوعی به نفس و روح فلسفه‌ی اصلی نظام‌های سلامت - عرضه خدمات به صورت عادلانه و با کیفیت مطلوب- آسیب می‌رساند. از جمله مصادیق مسئله‌ی مذکور، می‌تواند بحث دو یا چند شغله بودن پزشکان باشد. دو شغله بودن پزشکان دارای تعابیر متفاوتی در ادبیات مربوطه می‌باشد، گاهی اوقات دلالت بر یک پزشک با چند تخصص پزشکی دارد، گاهی اوقات به مفهوم ترکیب پزشکی با مشاغل و فعالیت‌های مرتبط با این حوزه را دارد، و در برخی از موارد نیز تعبیری از ترکیب شغل پزشکی با سایر مشاغل و فعالیت‌های غیر پزشکی است. اما در ادبیات اقتصادی، دو شغله بودن پزشکان به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن یک پزشک به طور همزمان به ارائه‌ی خدمات در دو بخش دولتی (عمومی) و خصوصی می‌پردازد [۴]. اشتغال همزمان پزشکان در دو بخش عمومی و خصوصی در بسیاری از کشورهایی که عرضه‌ی خدمات سلامت توسط دو بخش مذکور انجام می‌پذیرد، پدیده‌ای کاملاً رایج است. علاوه بر پزشکان بسیاری دیگر از عرضه‌کنندگان خدمات سلامت به مردم که در استخدام دولت‌ها می‌باشند به عرضه‌ی خدمات خود در بخش خصوصی نیز می‌پردازند، و این امر به ویژه در کشورهای در حال توسعه به طور گسترده‌تری مشاهده می‌شود [۵]. این پدیده، امروزه به عنوان چالشی قابل ملاحظه نزد سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان خدمات سلامت مطرح شده؛ هر چند که در بسیاری از کشورهای پیشرفته و توسعه یافته تلاش‌هایی به صورت نظری و عملی جهت شناخت این پدیده و برنامه‌ریزی جهت حل و یا کاهش عوارض آن صورت گرفته است [۶]. نقطه‌ی قابل توجه در اینجا به موافقت برخی از متون و منابع و حمایت از این پدیده برمی‌گردد، به واقع پدیده‌ی مذکور جزء حوزه‌هایی از مدیریت و سیاست‌گزاری سلامت به شمار می‌رود که بسیار محل بحث و چالش بوده و اجماع عمومی بر آن وجود ندارد. پنداشت عمومی این است که اشتغال همزمان پزشکان در بخش‌های دولتی و خصوصی، می‌تواند عوارض منفی قابل تاملی بر حجم و کیفیت خدمات سلامتی در بخش عمومی داشته باشد. در مقابل، عده‌ای دیگر مباحث جدی در حمایت از اشتغال دو یا چندگانه‌ی پزشکان مطرح می‌نمایند.

با عنایت به میزان اهمیت پدیده‌ی مذکور و آثار احتمالی مثبت و یا منفی که ممکن است در عرضه‌ی خدمات سلامت کشور داشته باشد، در قانون برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور در قالب تبصره ۲ ی ماده‌ی ۳۲، ب این موضوع به صورت زیر مورد توجه بوده است:

پزشکانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی می‌باشند، مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران مشمول حکم این تبصره خواهند بود. دولت به منظور جبران خدمات این دسته از پزشکان تعرفه خدمات درمانی را در اینگونه واحدها و مراکز، متناسب با قیمت واقعی تعیین می‌نماید [۷]. لذا با توجه به آثار احتمالی که دو شغله بودن پزشکان بر عرضه‌ی خدمات سلامت- به ویژه در دو بعد عدالت و کیفیت خدمات عرضه شده- دارد و از طرف دیگر عدم وجود و یا کمبود شدید مطالعاتی که به صورت روش‌شناسی علمی و منطقی به بررسی ابعاد این پدیده پرداخته شده باشد، پژوهش حاضر در جهت پر کردن بخشی از خلاهای موجود با رویکرد علمی و عملی انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع کیفی که با استفاده از روش بحث گروه متمرکز

(Focus Group) به صورت مقطعی و با نگرش کاربردی جهت ارائه‌ی راهکارها و پیشنهاداتی برای سیاست‌گزاران و برنامه‌ریزان خدمات سلامتی کشور انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش شامل طیفی از کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه‌ی سلامت کشور بوده‌اند که در ابعاد مختلف نظام سلامت کشور شامل آموزش، پژوهش و فعالیت‌های اجرایی، بالینی و سیاست‌گزاری مشغول به فعالیت بوده‌اند. در این بین با توجه به اهداف تعریف شده برای پژوهش و بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند، ۱۵ صاحب‌نظر و خبره انتخاب شده‌اند. معیار انتخاب افراد مذکور برآوردن چهار شرط زیر بوده است.

– داشتن مدرک تحصیلی پزشکی و یا حوزه‌های مرتبط

– داشتن سابقه‌ی اجرایی و مدیریتی در سطوح ارشد نظام سلامت کشور

– (وزیربهداشت، معاون وزیربهداشت، مدیر کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ریاست دانشگاه علوم پزشکی، ریاست بیمارستان) داشتن سوابق آموزشی و پژوهشی در حوزه نظام سلامت کشور

– تمایل به همکاری

روش جمع‌آوری داده‌ها:

اطلاعات مورد نیاز به صورت انجام بحث گروهی هدف‌دار با شرکت‌کنندگان بوده است. همچنین مراحل انجام پژوهش بدین شرح بوده است که: ابتدا محققان اقدام به برگزاری دو جلسه نمودند، در جلسه‌ی اوّل ۷ نفر و در جلسه‌ی دوّم ۸ نفر در محل گروه بهداشت و درمان دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس حضور یافتند. در ابتدای جلسه توسط مدیر گروه بهداشت و درمان، هدف، روند و توالی کار برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و اطلاعات اضافی نیز پیرامون روش و محتوای بحث در صورت اعلام نیاز هر کدام از شرکت‌کنندگان داده شد. پس از توجیه شرکت‌کنندگان در مرحله‌ی بعد تعداد ۴ سؤال از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان پرسیده شد و نظرات آنان ضبط شده همچنین به طور همزمان، توسط یکی از افراد گروه پژوهشی نکات مهم و ضروری بحث، یادداشت می‌شد. پس از انجام بحث‌ها و ثبت و ضبط مباحث مطرح شده به منظور اطمینان بیشتر مجدداً توسط یکی دیگر از اعضای تیم پروژه، مباحث ضبط شده روی کاغذ پیاده می‌شد. نوع پرسش‌ها به صورت باز و بدون جهت‌دهی خاص به شرکت‌کنندگان بود و فرصت زمان کافی جهت بیان نظرات به هر کدام از آنان داده می‌شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در چارچوبی مشتمل بر ۵ مرحله آشناسازی، شناخت چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جداول، نگاشت و تفسیر توسط تیم پروژه صورت گرفت. شایان ذکر است این روش تحلیلی بیشتر برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات سیاست‌گذاری مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش، در قالب نمایه‌های اصلی که نشان‌دهنده‌ی مضمون‌های اصلی پرسش‌های مطالعه است (جدول ۱) و نمایه‌های فرعی مرتبط با هر یک از سؤالات که در جداول ۲ تا ۴ خلاصه شده‌اند، ارایه شده است.

جدول شماره‌ی ۱- مضمون‌ها (مقوله‌های) اصلی مطالعه مبتنی بر پرسش‌های پژوهش

ردیف	نمایه‌های اصلی	تعریف نمایه‌های اصلی
۱	A	منفعت اجرای قانون برای نظام سلامت کشور
۲	B	قابلیت اجرا و پیاده سازی قانون
۳	C	مشکلات اجرایی قانون

جدول شماره‌ی (۱) بیانگر مضمون‌های اصلی مطالعه می‌باشد، که مشتمل بر ۳ مضمون است.

مضمون شماره‌ی (۱) بیانگر، منافع احتمالی مترتب بر اجرای قانون مورد نظر می‌باشد. این مضمون از سؤال شماره‌ی یک پژوهش استخراج شده است و مبتنی بر سه نمایه فرعی بوده که مشتمل بر منافع احتمالی اجرای قانون است، در قالب جدول شماره‌ی (۲) نشان داده شده است.

جدول شماره‌ی ۲- منافع احتمالی مترتب بر اجرای قانون

ردیف	نمایه	تعریف نمایه
۱	A۱	بهبود وضعیت دسترسی به خدمات سلامت
۲	A۲	بهبود کیفیت خدمات ارائه شده
۳	A۳	کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی نظام سلامت
۴	A۴	افزایش انگیزه و مهارت‌های پزشکان

در خصوص منافع احتمالی مترتب بر اجرای قانون، کلیه‌ی

شـــرکت‌کنندگان تأکید بر منافع و آثـــار مثبت اجرای قانون برای نظام ســـلامت کشورمان داشـــتند، البته برخی از شرکت‌کنندگان تحقق این موفقیت را منوط به برآورده شـــدن شـــرایط و الزاماتی می‌دانســـتند کـــه از آن جمله می‌توان به اصلاح وضعیت ســـاز و کارهای پرداخت به پزشـــکان را نام برد. در این بین برخی دیگر از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که اجرای این طرح اگر به صورت تدریجی و مدت‌دار باشـــد، دارای آثار مثبت می‌باشـــد و لیکن در کوتاه مدت ممکن اســـت حتـــی موجب زیان و آســـیب به نظام سلامت کشور شود.

مضمون شماره‌ی (۲) بیانگر، قابلیت اجرای قانون می‌باشد، که خود ناظر بر سه مضمون فرعی (نمایه) منعکس شده در جدول شماره‌ی (۳) است.

جدول شماره‌ی ۳- بسترهای لازم برای افزایش میزان قابلیت اجرای قانون

ردیف	نمایه	تعریف نمایه
۱	B۱	عزم و اراده ی سیاستگزاران، برنامه ریزان و قانونگذاران در اجرای قانون
۲	B۲	فراهم بودن منابع (مالی و انسانی) برای اجرای قانون
۳	B۳	در نظر گرفتن منافع و خواسته‌های گروه هدف-پزشکان- توسط سیاستگزاران و برنامه‌ریزان

در خصـــوص، قابلیت اجرای ایـــن قانون، اتفـــاق نظر و اجماع کامل بین شـــرکت‌کنندگان وجود نداشت و از طرف دیگر تمامی شـــرکت‌کنندگان اجرا و پیاده‌ســـازی قانون را مســـتلزم در نظر گرفتن شـــرایط و زیرساخت‌هایی می‌دانســـتند که عدم برآورده شـــدن آنها نتیجه‌ای جز شکســـت در اجرای این قانون نخواهد داشت. اینکه با توجه به شرایط فعلی از نظر زیرساخت‌ها به ویژه ضعف‌هـــای مدیریتی و ســـاختاری و همچنین کمبود منابع مالی و انسانی، عدم وجود ســـازوکارهای پایشی و نظارتی قدرتمند و تعریف شـــده، امکان اجرای این قانون وجود ندارد و یا اگر وجود داشـــته باشـــد به صورت ناقص و مقطعی خواهد بود، مورد تأیید اکثر شرکت‌کنندگان بود.

در نهایـــت پیرامون مضمون شـــماره‌ی (۳) که بیانگر، مشـــکلات اجرایی قانون می‌باشـــد، چهار نمایه به شـــرح جدول شماره‌ی (۴) مشخص شدند:

جدول شماره‌ی ۴- نمایه‌های مربوط به مشکلات اجرایی قانون

ردیف	نمایه	تعریف نمایه
۱	C۱	عدم آگاهی و دانش کافی سیاستگزار و برنامه‌ریز برای وضع این قانون
۲	C۲	وجود مشکلات زیرساختی- مدیریتی، ساختاری- در نظام سلامت کشور
۳	C۳	عدم انگیزه‌ی گروه هدف در پذیرش و اجرای قانون
۴	C۴	عدم وجود یک نهاد نظارتی قانونی و کارآمد جهت تضمین اجرا و تداوم رعایت قانون

در خصوص مشـــکلات اجرایی قانون، عمده‌ی شـــرکت‌کنندگان اعتقاد به وجود مشـــکلات و موانع جدی و کاری در مســـیر اجرای قانـــون بودند و معتقد بودند که می‌بایســـت این مشـــکلات نیز در قالب اجـــرای پایلوت برای صنف خاصی از پزشـــکان- مثلاً فارغ التحصیلان جدید - و یا در مقیاس منطقه ای محدود شناســـایی و رفع شوند و ســـپس اقدام به فراگیر نمودن آن نمایند. در این بین ســـهم وجود مشکلات ساختاری و مدیریتی در نظام سلامت کشور از نظرگاه شـــرکت‌کنندگان بیشتر بوده و اعتقاد به یکپارچه‌سازی و هماهنگی تولیت، سیاســـت‌گزاری و برنامه‌ریزی و نظارت بر نظام سلامت کشور داشتند.

بحث

همانطور که بیان شـــد، پدیده‌ی دوشـــغله بودن پزشکان در تمامی کشورها اعم از توسعه یافته تا فقیر وجود دارد و موافقان و مخالفانی هم دارد. در ایران نیز بر اســـاس آنچه که در تبصره ۲ ی ماده ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توســـعه آمده است، نظام سلامت کشور ملزم به بکارگیری پزشکان صرفاً در بخش دولتی یا خصوص شده است و فعالیت همزمان پزشـــکان شـــاغل در بخش دولتی را در بخش خصوصی ممنوع کرده اســـت. مطالعه‌ی سوکا که به صورت مرور نظام‌مند و جامع مطالعات حوزه‌ی دو شـــغله بودن پزشـــکان انجام گرفته است، نشان می‌دهد که در مورد مفید و یا زیان‌بار بودن این پدیده برای نظام ســـلامت کشورها شـــواهد متقن و مستدل وجود ندارد و این امر باید مورد واکاوی و تحلیل بیشتری قرار گیرد [۸].

بخش ســـلامت از جمله حوزه‌هایی اســـت که به شدت تحت تأثیر ملاحظات سیاســـی و اقتصادی کشورها قرار می‌گیرد و لازم است

در تدوین سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ریزی‌ها به این نکته توجه کافی نمود. تصویب و اجرای قوانینی از این دست، لاجرم باید بر اساس مطالعات عمیق و بعضاً میدانی و با لحاظ کردن دیدگاه ذینفعان و مشاوران و کارشناسان خبره باشد. به طوری که در عدم اجرایی شدن این قانون مسایلی از قبیل عدم آگاهی و اطلاع کافی سیاست‌گزار و برنامه‌ریز از عواقب و پیامدهای احتمالی اجرای یک برنامه یا قانون، عدم ثبات و ماندگاری مدیران و سیاست‌گزاران کلیدی بخش سلامت، عدم وحدت در تولیت و پراکندگی آن بین سازمان‌ها و ارگان‌های مختلف- وزارت بهداشت، نظام پزشکی، وزارت نفت، شهرداری‌ها، تأمین اجتماعی و ...-، عدم اطمینان جامعه‌ی پزشکان به اجرا و پیاده‌سازی کامل و درست سیاست‌ها و برنامه‌های تصویب شده توسط دولت، عدم وجود سازوکارها و مجاری نظارتی و پایشی کارآمد و اثربخش در سطح کلان مطرح است. کما اینکه این مسایل برای بسیاری از دیگر برنامه‌ها و سیاست‌های نظام سلامت کشور نیز مصداق دارد. بدین معنی که مسائل فوق، حالتی عام داشته و باید در تمامی برنامه‌ها و قوانین نظام سلامتی کشورمان مدنظر باشد.

در سطح خرد و به طور ویژه برای این قانون مسایل دیگری توسط صاحب‌نظران و خبرگان مطرح شده است که در ادامه به آنها اشاره می‌شود:

شکاف زیاد تعرفه‌ای بین بخش دولتی با بخش خصوصی

کمبود منابع مالی و اعتبارات مورد نیاز برای اجرای این قانون، این مسأله به ویژه برای تأمین حقوق، دستمزد و مزایای پزشکان مشمول قانون ضرورت دارد. به نظر می‌رسد این عامل از مهم‌ترین عوامل انگیزشی برای پزشکان محسوب می‌شود.

عدم اجرای این قانون برای سایر مشاغل و حرف مرتبط مانند پرستاران و بهیاران که این مسأله جای اعتراض را برای پزشکان باقی خواهد گذاشت.

مشکلات مربوط به عرضه‌ی خدمات- از لحاظ کیفیت و کمیت- در بخش دولتی که خود عاملی برای ارجاع بیماران به بخش خصوصی و تمایل به بهره‌گیری از خدمات این بخش بیشتر از بخش دولتی می‌شود.

عدم طراحی و اجرای مطالعات علمی و دقیق که ناظر بر ابعاد مختلف پدیده‌ی مذکور- انگیزه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی- باشد.

بر اساس نتیجه نظر سنجی از رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، اعمال نظام مالیاتی پیشرونده برای کنترل بخش خصوصی، بازنگری نظام نوین به عنوان پیش نیاز اصلی برنامه و چگونگی جلب همکاری و رضایت سازمان‌ها و طرف‌های درگیر، توجه به اثرات اجرای این طرح بر میزان بهره‌وری اقتصادی بیمارستان و در نهایت اعمال محدودیت برای پزشکان بخش خصوصی از مهم‌ترین موضوعات این طرح شناخته شده‌اند [۹].

با توجه به اجرای طرح تحول سلامت در یک‌سال اخیر و افزایش اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ادعای مجریان طرح مبنی بر کاهش شکاف تعرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی، ارتقای کیفیت و کمیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی به نظر می‌رسد بخش اعظم چالش‌های فوق‌الذکر مرتفع شده و شرایط برای اجرای این قانون مهیا شده است.

نتیجه‌گیری

اشتغال همزمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی، پدیده‌ای پیچیده است. در کشورهای با درآمد کم یا متوسط، این پدیده بازگوکننده خصوصیات و ویژگی‌هایی همچون میزان منابع بخش دولتی، پرداخت‌های پایین به کارکنان دولت و ظرفیت نظارتی محدود در آن کشورهاست.

به منظور تدوین سیاست‌های عمومی مناسب در جهت کنترل این امر، باید در نظر داشت که اشتغال همزمان، تنها ابزاری برای ایجاد درآمد اضافی پزشکان بخش دولتی نبوده و ملاحظات بیشتری باید نسبت به اهداف گسترده فرهنگی- اجتماعی همچون‌شان حرفه‌ای، دسترسی، استطاعت مالی و کیفیت خدمات در نظر گرفته شود.

با توجه به اینکه این پدیده یک مسأله سیستمیک است، برای برون رفت از آن نیز باید راه حل چند وجهی طراحی کرد و انتخاب راه حل تک بعدی باعث پیچیده‌تر شدن موضوع می‌شود. برای موفقیت در اجرای قانون تک شغله شدن پزشکان، جز عزم و اراده راسخ دولت، نیازمند پیش نیازهای دیگری نیز هستیم که برخی از آنها به خوبی در برنامه پنجم توسعه دیده شده و در قالب نهادینه‌شدن برنامه پزشک خانواده، یکپارچه‌سازی کامل صندوق‌های بیمه، خرید راهبردی خدمات و واقعی‌سازی تعرفه‌های دولتی آورده شده است. پرداخت به موقع و اعتمادسازی در جامعه پزشکی، تغییر نگرش و الگوهای رفتاری پزشکان و ایجاد ساز و کار نظارتی مناسب از دیگر پیش نیازهایی است که باید مدنظر قرار گیرد.

در مجموع با توجه به توافق اکثریت خبرگان مبنی بر منفعت اجرای قانون بر ای نظام سلامت، پیشنهاد می‌شود دستگاه مجری با بررسی زوایای مختلف این پدیده و بررسی سیاست‌های اجرایی

متفاوت که در این زمینه در دنیا آزموده شـــده اســـت، مناسب‌ترین شـــیوه اجرایی را در چار چوب قانون انتخاب کند و با اســـتفاده از ابزارهایی نظیر جلب مشـــارکت جامعه پزشکی و همکاری‌های بین بخشی، حمایت طلبی و بازاریابی اجتماعی، اقدام به رفع چالش‌های موجود و تغییر نگرش، عقیده و باورهای پزشکان نموده و در صورت نیاز در هر یک از مراحل اجرایی از حمایت مجلس بهره‌مند شود.

در ادامه پیشنهاداتی که ماحصل جمع‌بندی نظرات مشارکت‌کنندگان برای افزایش میزان قابلیت اجرایی شدن قانون ارایه شده است، ارائه می‌گردد:

۱- تدوین آیین‌نامه‌ی اجرایی این قانون به صورت دقیق و جامع

۲- اجـــرای مرحله‌ای و تدریجی قانون، پیشـــنهاد می‌شـــود ابتدا قانون به صورت پایلوت برای پزشـــکانی که جدیداً فارغ‌التحصیل می‌شوند تازه کار و با تجربه کاری کمتر اجرا و سپس بعد از اصلاح کاســـتی‌های آن و رفع نواقص برای مابقی همه پزشـــکان به کار گرفته شود. اجرایی شود.

۳- طراحی و اجرای یک مطالعه میدانی جهت شناخت ابعاد مختلف مؤثر بر رواج این پدیده

۴- توجـــه کافـــی و مطلوب به منابع مالی مـــورد نیاز برای اجرای قانون و نیز ساماندهی وضعیت تعرفه‌گذاری و سازوکار پرداخت به پزشکان جهت ایجاد انگیزه‌ی کاری در بین آنان

۵- اصلاح وضعیت ارائه‌ی خدمت در بیمارستان‌های دولتی از نظر حجم و کیفیت ارایه خدمات به گونه‌ای که جذابیت بخش خصوصی برای کاربران و بیماران کمتر شود، از طرف دیگر می‌توان به

۵- فرهنگ‌سازی جهت ترویج استفاده‌ی از خدمات بیمارستان‌های دولتی بین مردم پرداخت. این مهم می‌تواند از طریق رســـانه‌های نوشتاری و دیداری و با آشکار نمودن ابعاد برجسته و موفق خدمات بخش دولتی انجام گیرد.

۶- رفع بی‌اعتمادی بین جامعه‌ی پزشـــکان و مســـئولین از طریق عزم و انگیزه‌ی جدی و عملی مسئولین باید از میان برود به طوری کـــه ثبات کاری و درآمدی پزشـــکان به عنـــوان یک اصل برای موفقیت اجرای قانون مد نظر قرار گیرد و پزشکان احساس کنند که اجرا و پیاده‌سازی قانون جدی و حتمی است. همچنین ثبات کاری پزشکان را باید به عنوان یک اصل در نظر داشت.

۷- قاطعیت در اجرای قانون از طرف مجری

۸- در راستای اجرای قانون و مشـــخص نمودن ابعاد و پیامدهای احتمالـــی آن از کلیـــه‌ی ذی‌نفعـــان باید بهره جســـت و نظرات و پیشنهادات آنان را به صورت جدی در نظر داشت.

مراجع

1- World Health Organization, World Health Organization Report 2000: Improving Performance, Geneva, Switzerland; 2000.

2- World Health Organization, World Health Organization Report 2006: Working toghether for Health, Geneva, Switzerland; 2006.

3- Krimi I, Azimi L, Distribution of Manpower in Health and Medical Care Sectors of Iranian Universities of Medical Sciences, Medical Journal of Iranian Social Security Organization, No. 26, 5th year, Dec/Jan 2006: 10-16.

4- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health care sector: review of evidence. Human Resources for Health 2004; 2.

5- García-Prado A, González P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. Health Policy 2007;84:142-152.

6- Berman P, Berman C. Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries an exploration of theory and evidence. DFID Health Systems Resource Centre. Harvard School of Public Health. USA. 2003; 6.

7- Islamic Republic of Iran, The 5th Islamic Republic of Iran Development Plan Action, 2011, Available online on I.R.I Parliament Web Site:URL: http://parliran.ir]

8- Socha K. Physician dual practice and the public health care provision. The Research Unit of Health Economics. University of Southern Denmark. Health Economics Papers. 2010:4.

9- Akbari Sari A ,et all,Implementing the Full-time Practice in Iran Health System; Perceptions of the Medical University.

10- Chancellors on its Challenges, Consequences and Effective Solutions, Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2013; 20(1): 40-51.