

چالش‌های پیش رو و پیامدهای احتمالی طرح تمام وقتی پزشکان از نگاه رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

علی اکبری ساری^۱، سعیده باباشاهی^{۲*}، الناز قناتی^۳، مهدی نادری^۴، سید موسی طباطبائی لطفی^۵، علیرضا اولیایی منش^۶، سید حسن امامی رضوی^۷

خلاصه

مقدمه: طرح تمام وقتی پزشکان یکی از اولویت‌های مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از تکالیف قانونی مندرج در برنامه پنجم توسعه می‌باشد. این مقاله در نظر دارد نظرات و پیشنهادهای رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در زمینه چالش‌ها و راهکارهای مرتبط با اجرای موفق این برنامه را در بخش دولتی بررسی و تدوین نماید.

روش: در شصت و هشتمین اجلاس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که در آذر ماه ۱۳۹۰ در تهران برگزار گردید، یک پرسشنامه نیمه ساختاریافته به صورت دستی میان رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور توزیع و جمع‌آوری شد. پس از ورود داده‌ها به نرم‌افزار Excel، نتایج به دست آمده طبقه‌بندی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از نظر پاسخ‌دهندگان، نیاز به افزایش سهم سلامت از منابع عمومی، واقعی نبودن تعرفه‌ها، عدم وجود نظام مناسب پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت در کشور، مشخص نبودن چگونگی جلب همکاری و رضایت سازمان‌ها و طرف‌های درگیر در این قانون و جلب مشارکت عموم مردم و بیماران از مهم‌ترین چالش‌های مطرح شده در اجرای این برنامه بود. همچنین انتقال برخی از پزشکان توانمند از بخش دولتی و از دست دادن کادر با تجربه از عوارض اجرای این طرح عنوان گردید. راهکارهای پیشنهادی برای اجرای صحیح این طرح شامل اجرای طرح در بیمارستان‌های هیأت امنایی و گسترش تدریجی آن، اجرای آن با اعمال محدودیت سقف محل مجاز ارایه خدمات و کاهش تدریجی آن به یک محل ارائه خدمت بود.

نتیجه‌گیری: طرح تمام وقتی پزشکان با چالش‌های عمده‌ای مواجه است که توجه خاص به آن‌ها همراه با اجرای تدریجی این طرح و انجام هم‌زمان طرح‌های دیگر به‌ویژه اصلاح تعرفه و نظام پرداخت می‌تواند تبعات احتمالی منفی آن را کاهش دهد و باعث اجرای موفق طرح و ارتقای کیفیت خدمات سلامت گردد. **واژه‌های کلیدی:** طرح تمام وقتی، اشتغال در دو بخش، دانشگاه علوم پزشکی، هیأت امنای

- ۱- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت و مرکز بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- پزشک عمومی، دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۵- دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶- استاد گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۷- معاون درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسؤل، آدرس پست الکترونیک: babashahy@health.gov.ir

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۲۵ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۱/۵/۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۵/۱۱

مقدمه

نتایج مطالعات حاکی از آن است که کارکنان و پزشکان شاغل در بخش دولتی، به طور متوسط و شایع در مقایسه با بخش خصوصی از انگیزه و عملکرد پایین تری برخوردار هستند که می تواند ناشی از سطوح پایین و نامناسب حقوق و مزایا در بخش دولتی باشد (۵-۱). این موضوع باعث گرایش بسیاری از پزشکان به بخش خصوصی گردیده است (۷۶). از طرفی اشتغال در بخش دولتی به ویژه در جایگاه هیأت علمی باعث ارتقای اعتبار پزشکان و منجر به گرایش پزشکان به فعالیت هم‌زمان در هر دو بخش دولتی و خصوصی گردیده است. در حال حاضر این موضوع یعنی اشتغال هم‌زمان در دو بخش دولتی و خصوصی (Dual practice) در بسیاری از کشورها وجود دارد که آثار مثبت و منفی متعددی بر نظام سلامت به همراه داشته است (۸).

تأثیرات اشتغال هم‌زمان در کشورهای مختلف، متفاوت است و بر اساس گستره و وجود سیاست‌های نظارتی متغیر می باشد. از میان پیامدهای مثبت می توان به توانایی بالقوه آن در ایجاد درآمد اضافی برای کارکنان سلامت اشاره نمود (۸) که به عبارتی با کاهش میزان بودجه تخصیص یافته به بخش دولتی به منظور حفظ کارکنان با تجربه و ماهر و اختصاص آن به سایر موارد مورد نیاز نمود می یابد. همچنین مشارکت بخش خصوصی سلامت در ارائه و تأمین خدمات سلامت افزایش می یابد (۹).

از طرفی اشتغال هم‌زمان پزشکان در دو بخش دولتی و خصوصی، ممکن است بر عدالت، کارایی و کیفیت ارائه خدمات اثر بگذارد (۱۰). به نظر می رسد در مجموع آثار منفی اشتغال هم‌زمان پزشکان در دو بخش دولتی و خصوصی به مراتب بیشتر از اثرات مثبت آن است و ممکن است منجر به مشکلات متعدد در مدیریت منابع انسانی و

بحران‌های ناشی از آن شود. این موضوع می تواند منجر به توجه بیشتر به منفعت شخصی کسب شده توسط افراد از طریق ایجاد تقاضا برای ارائه خدمات در بخش خصوصی گردد که در قالب تقاضای القایی (Induced demand) نمود می یابد و همچنین باعث پدیدار شدن تضاد منافع (Conflict of interest) در اثر ارائه خدمات با کیفیت پایین تر در بخش دولتی شود که اغلب منتج به جهت‌دهی بیماران به سمت بخش خصوصی می شود (۱۲،۱۱).

میزان مشکلات ایجاد شده ناشی از اشتغال هم‌زمان پزشکان در دو بخش دولتی و خصوصی در سال‌های اخیر به حدی بوده است که برخی از صاحب نظران نظام سلامت معتقد هستند یکی از مهم ترین چالش‌ها و مشکلات نظام سلامت در سال‌های اخیر اجازه اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی می باشد و بدون رفع این مشکل بسیاری از مشکلات نظام سلامت قابل حل نمی باشد.

به همین دلیل قانون تمام وقتی پزشکان به عنوان یکی از تکالیف قانونی مندرج در برنامه پنجم توسعه دولت و از اولویت‌های مهم وزارت بهداشت و اداره هیأت امنایی بیمارستان‌ها قرار گرفت (جعبه ۱). از آن جایی که بخش مهمی از پزشکان به صورت هیأت علمی در بیمارستان‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شاغل می باشند، موضوع اصلی این مطالعه قرار گرفته‌اند. از طرفی به نظر می رسد انجام دقیق و کامل این طرح با چالش‌های اساسی مواجه است که عدم توجه کافی به آن‌ها ممکن است باعث اجرای ناموفق آن و عدم تأثیر این طرح در ارتقای نظام ارائه خدمات سلامت گردد. با وجود اهمیت بالای موضوع مورد مطالعه، به نظر می رسد تاکنون در این زمینه بررسی جامعی در ایران انجام نشده است.

جعبه ۱. بندهای قانونی مرتبط با طرح تمام‌وقتی پزشکان

ماده ۳۲ برنامه پنجم توسعه

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یک پارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امنای بیمارستان‌های آموزشی و تمام‌وقتی جغرافیایی هیأت علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

تبصره ۲- 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 واحدها و مراکز متناسب با قیمت واقعی تعیین می‌نماید (۱۳).

استفاده گردید و پرسشنامه طی چند نوبت و طرح در پانل تخصصی بحث تعاملی و گروهی طراحی شد و مورد اصلاح قرار گرفت و روایی صوری (Face validity) آن در پانل یاد شده و با حضور خبرگان طی چند مرحله تأیید گردید.

پرسشنامه نهایی در شصت و هشتمین اجلاس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که در آذر ماه ۱۳۹۰ در تهران برگزار گردید، به صورت دستی میان رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور توزیع و جمع‌آوری شد. پس از ورود داده‌ها به نرم‌افزار Excel، نتایج به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در مرحله بعد یک کارگروه تخصصی ویژه هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها، طرح تمام‌وقتی پزشکان و مسایل پیرامون آن تشکیل شد و در این زمینه بحث و تبادل نظر صورت گرفت.

پرسشنامه مذکور دارای یک مقدمه بود که در آن بندهای قانونی مرتبط با طرح تمام‌وقتی درج گردیده بود (جعبه ۱). در نسخه نهایی پرسشنامه، هر سؤال به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق و ۱ تا ۵ امتیازبندی شد.

به منظور جمع‌بندی و تحلیل، سؤالات پرسشنامه در ۵ گروه نحوه اجرا، هزینه‌ها (نحوه پرداخت) و تعرفه، چالش‌ها، پیامدهای مثبت و منفی و سؤالات متفرقه طبقه‌بندی شد.

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به‌عنوان متولی اصلی سلامت در استان‌ها به سبب جایگاه مهمی که در زمینه اجرای این قانون دارند، می‌توانند در شناسایی و جلوگیری از چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو و اجرای موفق و مبتنی بر شواهد آن نقش به‌سزایی ایفا نمایند. از طرفی مدیران سطوح مختلف وزارت بهداشت به ویژه روسای دانشگاهی می‌توانند نقش مهمی در اجرای صحیح این برنامه داشته باشند.

این مقاله در نظر دارد نظرات و پیشنهادهای رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در زمینه چالش‌ها و مسایل مرتبط با اجرای موفق این برنامه را در بیمارستان‌های هیأت امنایی بررسی، تدوین و در نهایت، اقدامات به کار گرفته شده در کشورهای مختلف به منظور پیشگیری و مدیریت اشتغال هم‌زمان پزشکان در دو بخش را ارائه نماید.

روش بررسی

پرسشنامه ساختاریافته‌ای حاوی ۳۰ سؤال و در ۵ بعد چالش‌ها، نحوه اجرای طرح، هزینه‌ها و تعرفه و پیامدهای مثبت و منفی و سایر سؤالات متفرقه در زمینه طرح تمام‌وقتی پزشکان تدوین گردید.

برای طراحی این پرسشنامه از نظرات مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نتایج

الف) چالش‌ها

۸۹ درصد افراد اعتقاد داشتند نیاز به افزایش سهم سلامت از منابع عمومی به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های به وجود آمده در نتیجه اجرای برنامه تمام وقتی می‌باشد. همچنین ۹۲ درصد پاسخ‌دهندگان با واقعی نبودن تعرفه‌ها، ۸۶ درصد با عدم وجود نظام مناسب پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت در کشور و ۹۳ درصد افراد با مشکل و نامعلوم بودن نحوه جلب همکاری و رضایت سازمان‌ها و طرف‌های درگیر در این قانون و جلب مشارکت عموم مردم و بیماران به عنوان مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح توافق نظر داشتند (جدول ۱).

۳۰ نفر از ۴۰ نفر افراد حاضر در جلسه (۷۵ درصد) به پرسشنامه پاسخ دادند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه ۴۸/۹۳ سال و میانگین سابقه کاری آن‌ها ۲۰/۵۷ سال بود.

نتایج مطالعه را می‌توان در ۵ گروه کلی چالش‌ها، نحوه اجرا، هزینه‌ها (نحوه پرداخت) و تعرفه، پیامدهای مثبت و منفی و سؤالات کلی تقسیم‌بندی نمود. این نتایج بر اساس بالاترین درصدهای به دست آمده برای هر یک از سؤالات مندرج در پرسشنامه به شرح زیر ارائه می‌شود:

جدول ۱. فراوانی پاسخ به پرسش‌های مندرج در پرسشنامه

موضوع	به طور کامل موافقم (درصد)	موافقم (درصد)	نظری ندارم (درصد)	مخالفم (درصد)	به طور کامل مخالفم (درصد)	عدم پاسخ (درصد)	متوسط وزنی امتیاز (score)
۱. اجرای برنامه تمام وقتی به عنوان محور اصلی اصلاحات نظام درمانی می‌باشد.	۷ (۲۳)	۱۷ (۵۶)	۰	۵ (۱۶)	۰	۱ (۳)	۳/۹۰
۲. اجرای تمام وقتی، محور اصلی در مدیریت هیأت امنایی بیمارستان‌ها می‌باشد.	۱۱ (۳۶)	۱۵ (۵۰)	۲ (۶)	۱ (۳)	۰	۱ (۳)	۴/۲۴
۳. اجرای تمام وقتی تأثیر زیادی بر بهبود کیفیت ارائه خدمات دارد.	۹ (۳۰)	۱۶ (۵۳)	۵ (۱۶)	۰	۰	۰	۴/۱۳
۴. اجرای تمام وقتی تأثیر زیادی بر افزایش بهره‌وری اقتصادی بیمارستان‌ها دارد.	۱۵ (۵۰)	۱۲ (۴۰)	۲ (۶)	۱ (۳)	۰	۰	۴/۳۷
۵. بازنگری نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها به عنوان پیش‌نیاز اصلی اجرای برنامه می‌باشد.	۱۲ (۴۰)	۱۷ (۵۶)	۰	۰	۰	۱ (۳)	۴/۴۱
۶. برنامه تمام وقتی با اولویت اجرا در مورد کارکنان ستادی وزارت و دانشگاه‌ها شروع شود.	۷ (۲۳)	۱۵ (۵۰)	۵ (۱۶)	۳ (۱۰)	۰	۰	۳/۸۷
۷. اجرای برنامه در بیمارستان‌های هیأت امنایی و گسترش تدریجی اولویت دارد.	۹ (۳۰)	۱۵ (۵۰)	۴ (۱۳)	۲ (۶)	۰	۰	۴/۰۳
۸. اجرای طرح اعمال محدودیت سقف محل مجاز ارائه خدمات و کاهش تدریجی آن به یک محل ارائه خدمت اولویت دارد.	۵ (۱۶)	۱۵ (۵۰)	۶ (۲۰)	۲ (۶)	۱ (۳)	۱ (۳)	۳/۷۲
۹. اجرای برنامه بر اساس میزان اعتبارات تخصیصی برای	۱۳ (۴۳)	۱۳ (۴۳)	۳ (۱۰)	۱ (۳)	۰	۰	۴/۲۷

							اجرای شدن طرح، اولویت دارد.
۳/۷۰	۰	۱ (۳)	۷ (۲۳)	۰	۱۴ (۴۶)	۸ (۲۶)	۱۰. اجرای هم‌زمان برنامه در سراسر کشور توصیه می‌شود.
۳/۹۳	۱ (۳)	۰	۴ (۱۳)	۲ (۶)	۱۵ (۵۰)	۸ (۲۶)	۱۱. اجرای هم‌زمان برنامه در بیمارستان‌های داوطلب توصیه می‌شود.
۳/۵۵	۱ (۳)	۱ (۳)	۴ (۱۳)	۹ (۳)	۸ (۲۶)	۷ (۲۳)	۱۲. اجرای هم‌زمان برنامه در چند استان به طور کامل توصیه می‌شود.
۴/۲۷	۰	۲ (۶)	۱ (۳)	۳ (۱)	۵ (۱۶)	۱۹ (۶۳)	۱۳. مطب به عنوان بخشی از کلینیک‌های ویژه دانشگاه و محل مجاز تمام‌وقتی تعریف شود.
۳/۳۱	۱ (۳)	۴ (۱۳)	۶ (۱۸)	۰	۱۵ (۵۰)	۴ (۲۳)	۱۴. هزینه ارائه خدمات در مطب باید بر اساس تعرفه دولتی باشد و مابه‌التفاوت از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخت گردد.
۴/۰۳	۱ (۳)	۱ (۳)	۲ (۶)	۳ (۱)	۱۲ (۴۰)	۱۱ (۳۶)	۱۵. کلینیک ویژه به عنوان محل مجاز تمام‌وقتی تعریف شود.
۳/۴۱	۱ (۳)	۲ (۶)	۵ (۱۶)	۶ (۱۸)	۱۱ (۳۶)	۵ (۱۶)	۱۶. معافیت اعضای هیأت علمی با درجه استادی از اعمال محدودیت تمام‌وقتی در برنامه توصیه می‌شود.
۲/۹۷	۱ (۳)	۳ (۱)	۱۰ (۳۳)	۴ (۱۳)	۹ (۳)	۳ (۱)	۱۷. معافیت اعضا هیأت علمی با سابقه بیش از ۱۵ سال از اعمال محدودیت تمام‌وقتی در برنامه توصیه می‌شود.
۳/۵۰	۰	۱ (۳)	۷ (۲۳)	۳ (۱)	۱۴ (۴۶)	۵ (۱۶)	۱۸. کارکنان ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی تا سطح مدیران ارشد (معاونین و مشاورین) اولین گروه برای اجرای برنامه باشند.
۳/۴۱	۱ (۳)	۱ (۳)	۸ (۲۶)	۲ (۶)	۱۴ (۴۶)	۴ (۱۳)	۱۹. کارکنان ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی تا سطح مدیران میانی اولین گروه برای اجرای برنامه باشند.
۳/۴۳	۲ (۶)	۰	۷ (۲۳)	۷ (۲۳)	۹ (۳)	۵ (۱۶)	۲۰. کارکنان ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی در کلیه سطوح اولین گروه برای اجرای برنامه باشند.
۴/۲۴	۱ (۳)	۱ (۳)	۱ (۳)	۲ (۶)	۱۱ (۳۶)	۱۴ (۴۶)	۲۱. کنترل تعرفه‌های بخش خصوصی کشور در محل‌های اجرای طرح ضروری است.
۴/۳۴	۱ (۳)	۰	۲ (۶)	۲ (۶)	۹ (۳)	۱۶ (۵۳)	۲۲. لازم است تا محدودیت‌هایی برای پزشکان شاغل در بخش خصوصی جهت فعالیت در مراکز درمانی متعدد ایجاد گردد.
۴/۵۵	۱ (۳)	۰	۱ (۳)	۱ (۳)	۸ (۲۶)	۱۹ (۶۳)	۲۳. اعمال نظام مالیاتی پیشرونده برای کنترل بخش خصوصی کشور ضروری است.
۴/۰۷	۰	۰	۴ (۱۳)	۱ (۳)	۱۴ (۴۶)	۱۱ (۳۶)	۲۴. خروج پزشکان از بخش دولتی و از دست دادن کادر با تجربه از مهم‌ترین پیامدهای اجرای طرح می‌باشد.
۴/۱۳	۰	۰	۲ (۶)	۲ (۶)	۱۶ (۵۳)	۱۰ (۳۳)	۲۵. افزایش تقاضای القایی به جهت پایین بودن تعرفه‌ها در بخش دولتی از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح می‌باشد.

۴/۰۰	۰	۰	۴ (۱۳)	۴ (۱۳)	۱۰ (۳۳)	۱۲ (۴۰)	۲۶. رواج پدیده زیر میزی و افزایش هزینه‌های پرداخت از جیب بیماران در بخش دولتی از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح می‌باشد.
۴/۳۳	۰	۰	۱ (۳)	۲ (۶)	۱۳ (۴۳)	۱۴ (۴۶)	۲۷. نیاز به افزایش سهم سلامت از منابع عمومی از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح می‌باشد.
۴/۲۷	۰	۲ (۶)	۰	۰	۱۴ (۴۶)	۱۴ (۴۶)	۲۸. واقعی نبودن تعرفه‌ها از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح می‌باشد.
۴/۰۷	۰	۳ (۱)	۰	۱ (۳)	۱۴ (۴۶)	۱۲ (۴۰)	۲۹. عدم وجود نظام مناسب پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت در کشور از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح می‌باشد.
۴/۴۱	۱ (۳)	۰	۰	۱ (۳)	۱۵ (۵۰)	۱۳ (۴۳)	۳۰. چگونگی جلب همکاری و رضایت سازمان‌ها و طرف‌های درگیر در این قانون و جلب مشارکت عموم مردم و بیماران از مهم‌ترین چالش‌های اجرای طرح می‌باشد.

ب) نحوه اجرا

معتقد بودند کلینیک ویژه باید به عنوان محل مجاز تمام وقتی تعریف گردد (جدول ۱).

۵۲ درصد پاسخ‌دهندگان معافیت اعضای هیأت علمی با درجه استادی از اعمال محدودیت تمام وقتی در برنامه، ۳۱ درصد افراد معافیت اعضای هیأت علمی با سابقه بیش از ۱۵ سال از اعمال محدودیت تمام وقتی در برنامه را توصیه نمودند، در حالی که ۳۴ درصد با این نظریه مخالف بودند (جدول ۱).

۶۲ درصد افراد با اجرای برنامه برای کارکنان ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی تا سطح مدیران ارشد (معاونین و مشاورین)، ۵۹ درصد با اجرای برنامه در کارکنان ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی تا سطح مدیران میانی به عنوان اولین گروه و ۴۶ درصد با اجرای برنامه در کلیه سطوح ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی موافق و به طور کامل موافق بودند. همچنین ۸۳ درصد معتقد بودند لازم است تا محدودیت‌هایی برای پزشکان شاغل در بخش خصوصی جهت فعالیت در مراکز درمانی متعدد ایجاد گردد (جدول ۱).

۷۳ درصد افراد بر این باور بودند که برنامه تمام وقتی باید با اولویت اجرا در مورد کارکنان ستادی وزارت و دانشگاه‌ها شروع شود. همچنین ۸۰ درصد پاسخ‌دهندگان با اولویت اجرای برنامه در بیمارستان‌های هیأت امنایی و گسترش تدریجی آن به سایر مراکز موافق بودند. همچنین ۶۶ درصد افراد با اعمال محدودیت سقف محل مجاز آرایه خدمات و کاهش تدریجی آن به یک محل ارائه خدمت و ۸۶ درصد آن‌ها با اولویت اجرای طرح، بر اساس میزان اعتبارات تخصیصی برای اجرایی شدن آن موافق و به طور کامل موافق بودند (جدول ۱).

۷۲ درصد پاسخ‌دهندگان با توصیه اجرای هم‌زمان برنامه در سراسر کشور، ۷۶ درصد با توصیه اجرای هم‌زمان برنامه در بیمارستان‌های داوطلب و ۴۹ درصد آن‌ها با توصیه اجرای هم‌زمان برنامه در چند استان به طور کامل توافق نظر داشتند (جدول ۱).

۷۹ درصد افراد مطب را به عنوان بخشی از کلینیک‌های ویژه دانشگاه و محل مجاز تمام وقتی دانستند و ۷۶ درصد

ج) هزینه‌ها (نحوه پرداخت) و تعرفه

۹۶ درصد افراد اعلام نمودند بازنگری نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها به‌عنوان پیش‌نیاز اصلی اجرای برنامه می‌باشد. ۷۳ درصد اعتقاد داشتند که هزینه ارائه خدمات در مطب باید بر اساس تعرفه دولتی باشد و مابه‌التفاوت از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخت گردد. ۸۲ درصد پاسخ‌دهندگان با ضرورت کنترل تعرفه‌های بخش خصوصی کشور در محل‌های اجرا و ۸۹ درصد با اعمال نظام مالیاتی پیش‌رونده برای کنترل بخش خصوصی کشور توافق نظر داشتند (جدول ۱).

د) پیامدهای مثبت و منفی

۸۶ درصد پاسخ‌دهندگان افزایش تقاضای القایی به جهت پایین بودن تعرفه‌ها در بخش دولتی و ۷۳ درصد رواج پدیده زیر میزی و افزایش هزینه‌های پرداخت از جیب بیماران در بخش دولتی را از مهم‌ترین پیامدهای منفی اجرای طرح دانستند. همچنین ۸۲ درصد افراد احتمال انتقال پزشکان مجرب و توانمند از بخش دولتی به خصوصی را از پیامدهای منفی دانستند (جدول ۱).

۸۳ درصد اعتقاد داشتند اجرای برنامه تمام‌وقتی پزشکان، تأثیر زیادی بر بهبود کیفیت ارائه خدمات دارد. همچنین ۹۰ درصد تأکید نمودند اجرای برنامه تمام‌وقتی تأثیر بسزایی در افزایش بهره‌وری اقتصادی بیمارستان‌ها خواهد داشت (جدول ۱).

ه) سؤالات متفرقه

۷۹ درصد پاسخ‌دهندگان اذعان داشتند اجرای برنامه تمام‌وقتی پزشکان محور و مهم‌ترین بخش اصلاحات در نظام سلامت است. همچنین ۸۶ درصد اجرای این طرح را محور اصلی اداره بیمارستان‌های هیأت امنایی دانستند (جدول ۱).

بحث

نیاز به افزایش سهم سلامت از منابع عمومی، واقعی نبودن تعرفه‌ها (۱۴)، عدم وجود نظام مناسب پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت در کشور، همچنین پیچیدگی و مشخص نبودن چگونگی جلب همکاری و رضایت سازمان‌ها و طرف‌های درگیر در این قانون و جلب مشارکت عموم مردم و بیماران از مهم‌ترین چالش‌های مطرح شده در اجرای این برنامه می‌باشد.

افزایش تقاضای القایی به جهت پایین بودن تعرفه‌ها و رواج پدیده زیر میزی و افزایش هزینه‌های پرداخت از جیب بیماران در بخش دولتی و انتقال برخی از پزشکان مجرب و توانمند از بخش دولتی به بخش خصوصی (۹-۱۱) از مهم‌ترین پیامدهای منفی اجرای این برنامه اعلام گردید.

سؤال ۲۳ با موضوع اعمال نظام مالیاتی پیش‌رونده برای کنترل بخش خصوصی (۴/۵۵ = نمره) و ۵ با عنوان بازنگری نظام نوین به‌عنوان پیش‌نیاز اصلی برنامه و چگونگی جلب همکاری و رضایت سازمان‌ها و طرف‌های درگیر در این قانون (۴/۴۱ = نمره)، سؤال ۴ با عنوان اثرات اجرای این طرح بر میزان بهره‌وری اقتصادی بیمارستان (۴/۳۷ = نمره) و در نهایت سؤال ۲۲ با موضوع اعمال محدودیت برای پزشکان بخش خصوصی (۴/۳۴ = نمره) ۵ سؤال مهم با بیشترین میزان توافق در افراد مورد مطالعه بودند که نشان‌دهنده اهمیت ابعاد موضوع مورد مطالعه می‌باشد.

همچنین سؤال ۱۷ با موضوع توصیه معافیت اعضا هیأت علمی با سابقه بیش از ۱۵ سال از اعمال محدودیت تمام‌وقتی (۲/۹۷ = نمره)، سؤال ۱۴ با عنوان دریافت هزینه ارائه خدمات در مطب بر اساس تعرفه دولتی و پرداخت مابه‌التفاوت از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی (۳/۳۱ = نمره)، سؤالات ۱۶ و ۱۹ به ترتیب با موضوعات توصیه معافیت اعضای هیأت علمی با درجه استادی از اعمال محدودیت تمام‌وقتی در برنامه و در نظر گرفتن کارکنان

و کنترل تعرفه‌های بخش خصوصی کشور در محل‌های اجرا از ضروریات اجرای طرح مذکور بیان شده است.

نکته حائز اهمیت آن است که اکثر رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی اعتقاد داشتند اجرای برنامه تمام وقتی پزشکان، تأثیر زیادی بر بهبود کیفیت ارائه خدمات و افزایش بهره‌وری اقتصادی بیمارستان‌ها خواهد داشت (۱۵۴، ۱۶). از سویی دیگر، اشتغال هم‌زمان در دو بخش به پزشکان اجازه می‌دهد تا زندگی استاندارد مطابقت با انتظارات خود داشته باشند و درمان استانداردتری با توجه به ادراک خود ارائه نمایند که به افزایش رضایت حرفه‌ای آن‌ها منتج خواهد گردید (۱۷).

شواهدی مبنی بر ارائه درمان کامل و یا ارتقای کیفیت و رعایت عدالت در توزیع خدمات بخش دولتی توسط پرسنل حرفه‌ای بخش دولتی با اشتغال هم‌زمان در دو بخش وجود ندارد. اشتغال هم‌زمان در دو بخش در پرسنل تحصیل کرده و پزشکان نسبت به سایر گروه‌های بخش سلامت، رایج‌تر است (۱۸).

گاهی اشتغال هم‌زمان در دو بخش از نتایج غیر منتظره اصلاحات در بخش سلامت می‌باشند. اما اساسی‌ترین دلیل اشتغال هم‌زمان در دو بخش، شکاف میان انتظارات متخصصین و عرضه امکانات از سوی بخش دولتی شناخته شده است (۱۹).

اقداماتی که به منظور پیشگیری و مدیریت اشتغال هم‌زمان در کشورهای مختلف در نظر گرفته شده است مشتمل بر موارد زیر می‌باشد:

- ممنوعیت کامل اشتغال در دو بخش: به عنوان یک سازوکار نظارتی در کشورهای کانادا (۲۰)، چین (۲۱)، هند (۲۲) و یونان (۲۳) به کار گرفته شده است. در سایر کشورها همچون اندونزی ممنوعیت کامل برای یک دوره زمانی سه ساله در بخش دولتی در نظر گرفته شد و پزشکان تنها بعد از ساعات کاری در بخش دولتی مجاز به ارائه خدمت در بخش خصوصی بودند (۲۲).

ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی تا سطح مدیران میانی به عنوان اولین گروه برای اجرای برنامه (۳/۴۱ = نمره) و در نهایت سؤال ۲۰ با موضوع در نظر گرفتن کارکنان ستادی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی در کلیه سطوح به عنوان اولین گروه اجرای برنامه (۳/۴۳ = نمره) از کم اهمیت‌ترین ابعاد موضوع مورد مطالعه شناخته شدند.

اشتغال هم‌زمان در دو بخش منجر به ایجاد پدیده فرار مغزها از بخش دولتی به خصوصی (Brain drain) می‌گردد. اگر پرسنل و پزشکان بخش دولتی به صورت نامحسوس و پنهان در بخش خصوصی مشغول به فعالیت گردند، در نهایت میزان دسترسی افراد به مراقبت‌ها و خدمات کاهش خواهد یافت. به علاوه رقابت بر سر زمان و در بسیاری از موارد، استفاده از ابزار حمل و نقل بخش دولتی، مقام سازمانی و غیره نمایانگر ریزش پنهان منابع در سازمان‌های دولتی با اشتغال هم‌زمان در دو بخش دولتی و خصوصی خواهد بود (۱۱).

اجرای طرح در بیمارستان‌های هیأت امنایی و گسترش تدریجی آن، اجرای برنامه با اعمال محدودیت سقف محل مجاز ارائه خدمات و کاهش تدریجی آن به یک محل ارائه خدمت، اجرای آن بر اساس میزان اعتبارات تخصیصی برای اجرایی شدن طرح و همچنین تعریف کلینیک ویژه دانشگاه به عنوان محل مجاز تمام وقتی و در نظر گرفتن محدودیت‌هایی برای پزشکان شاغل در بخش خصوصی جهت فعالیت در مراکز درمانی متعدد از راهکارهای بیان شده در زمینه اجرای موفق طرح مذکور می‌باشد.

در خصوص ابعاد مالی و پرداختی برنامه مذکور، افراد معتقد بودند که بازنگری نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها به عنوان پیش‌نیاز اصلی اجرای برنامه می‌باشد. همچنین هزینه ارائه خدمات در مطب باید بر اساس تعرفه دولتی باشد و مابه‌التفاوت از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخت گردد. اعمال نظام مالیاتی پیشرونده در بخش خصوصی

- اعمال سیاست خودنظارتی: امکان اجرای این رویکرد توسط سازمان‌های حرفه‌ای وابسته و بیشتر در مجموعه‌هایی با سطوح درآمدی بالا وجود خواهد داشت. فرهنگ و اخلاق حرفه‌ای می‌تواند منجر به کاهش انگیزه برای فعالیت در دو بخش گردد و در نهایت کیفیت خدمات و سطوح مناسب عملکرد حرفه‌ای را تضمین نماید (۳۰).

نتیجه‌گیری

اعمال نظام مالیاتی پیشرونده برای کنترل بخش خصوصی، بازنگری نظام نوین به عنوان پیش‌نیاز 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 در اجرای این طرح شناخته شدند.

پیشنهاد می‌گردد مطالعات کیفی و کمی بیشتری در ادامه مطالعه حاضر با تمرکز بر ابعاد مختلف مؤثر بر اجرای این برنامه و پیامدهای ناشی از آن در محیط دانشگاه‌های علوم پزشکی طراحی و اجرا گردد. استفاده از تجربیات و ساز و کارهای مورد استفاده در سایر کشورهای با وضعیت مشابه به ایران بسیار حائز اهمیت می‌باشد. همچنین پس از اجرا، بررسی وضعیت موجود دانشگاه‌ها در شناسایی نقاط ضعف به منظور پیشگیری و نقاط قوت به منظور تقویت پیامدها، کمک بهینه و مؤثری در اجرای هر چه موفقیت‌آمیزتر این بند قانونی خواهد داشت.

طرح تمام‌وقتی پزشکان با چالش‌های عمده‌ای مواجه است که توجه خاص به آن‌ها همراه با فزاینده‌ی و اجرای تدریجی آن، و انجام هم‌زمان طرح‌های دیگر به ویژه اصلاح تعرفه و نظام پرداخت می‌تواند تبعات احتمالی منفی آن را کاهش دهد و باعث اجرای موفق طرح و ارتقای کیفیت خدمات سلامت گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود این برنامه در مناطق محروم با دقت و عملکرد متفاوتی اجرا گردد.

- اعمال محدودیت‌هایی در کسب درآمد از بخش خصوصی: در یونان متخصصان ارشد با قراردادهای تمام‌وقت در بخش دولتی مجاز به کسب درآمد تا ۱۰ درصد درآمد ناخالص افراد با قرارداد نیمه‌وقت که محدودیتی برای فعالیت در بخش خصوصی نداشته‌اند (اما ملزم به پرداخت ۱۰ درصد درآمد بخش دولتی خود می‌باشند) هستند. البته این میزان در کشورهای مختلف، متفاوت اعلام شده است (۲۳).

- در نظر گرفتن موارد انگیزشی به منظور انحصاری نمودن بخش دولتی: در بخش دولتی کشورهایی همچون اسپانیا، پرتغال، تایلند، هند و ایتالیا، پزشکان علاوه بر قراردادهای انحصاری، از متمم‌های قراردادی در بعضی شرایط و همچنین موارد ارتقای حقوق به منظور محدود نمودن و کاهش فعالیت در بخش خصوصی استفاده می‌نمایند (۲۴، ۲۵).

- افزایش سطح حقوق پزشکان در بخش دولتی: استفاده از سطوح رقابتی درآمد در بخش دولتی به منظور کاهش انگیزه در بخش خصوصی به عنوان یک مدل منتخب در نوروژ مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۶). یک مطالعه در بنگلادش نشان داد اگر سطوح درآمدی در بخش دولتی افزایش یابد، اکثر پزشکان به طور هم‌زمان در دو بخش اشتغال نخواهند داشت (۲۷).

- مجاز نمودن فعالیت در بخش خصوصی به مثابه در نظر گرفتن تسهیلاتی برای اشتغال در بخش دولتی: این سیاست‌ها در کشورهایی همچون ایتالیا، استرالیا، آلمان، انگلستان و ایرلند به منظور کاهش فعالیت در بخش خصوصی در نظر گرفته می‌شود (۲۸). به عنوان نمونه در بیمارستان‌های دولتی ایتالیا، بین ۶ تا ۱۲ درصد تخت‌های بیمارستانی برای بیماران بخش خصوصی در نظر گرفته می‌شود. در استرالیا، پزشکان قادر به درمان بیماران بیمه شده بخش خصوصی در بخش‌ها و یا ساعات خاصی در بیمارستان‌های دولتی می‌باشند (۲۹).

References

- Jütting J, International Labour Office, Social Security Policy and Development Branch. Public-private partnerships in the health sector: experiences from developing countries. Extension of social security. United Nations: ILO; 2002.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Julien MR, Fresta E, Gomes A, Dias F, et al. How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy Plan* 1998; 13(3): 332-8.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, da Cruz GA. Public and private practice: a balancing act for health staff. *Bull World Health Organ* 1999; 77(3): 209.
- Hanson K, Berman P. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. *Health Policy Plan* 1998; 13(3): 195-211.
- Ferrinho P, van Lerberghe W. Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance & individual coping strategies. Antwerp, Belgium, ITG Press, 2000.
- Lea R. Internal brain-drain and income topping-up: policies and practices of NORAD. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 2000; 16: 207-10.
- Schmidt-Ehry B, Popp D. Internal brain-drain and income topping-up: policies and practices of GTZ. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 2000; 16: 211-5.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipolito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Hum Resour Health* 2004; 2(1): 14.
- Grosse-Tebbe S, Figueras J, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. Snapshots of health systems: the state of affairs in 16 countries in summer 2004. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Macq J, Ferrinho P, de Brouwere V, van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal* 2001; 5(1-3): 8.
- International Labour Organisation, Sectoral Activities Programme. Terms of employment and working conditions in health sector reforms: report for discussion at the joint meeting on terms of employment and working conditions in health sector reforms. Geneva: International Labour Organization; 1998.
- Kiwanuka SN, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Okui O, Ssengooba F, Kinengyere AA, et al. Interventions to manage dual practice among health workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (7): CD008405.
- Islamic Parliament of Iran. Iran Employment Law. [cited 2010 Apr 2]. Available from: URL: [http://parliran.ir/index.aspx?siteid=1 & pageid=3149](http://parliran.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=3149). [in Persian].
- Babashahy S, Akbari Sari A, Rashidian A, Olyaei Manesh A. Payments of physicians employed in public and private hospitals after modification of surgical and invasive services tariffs. *Hakim J* 2012; 15(1): 38-43 [Persian].
- Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, editors. Providing health care under adverse

- conditions: health personnel performance & individual coping strategies. Antwerp, Belgium: ITG Press; 2000; p177-86.
16. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Streefland P, Turinde A. Coping strategies of health workers in Uganda. In: Ferrinho P, van Lergerghe W, editors. *Personnel Performance & Providing Health Care under Adverse Conditions: Individual Coping Strategies*. Antwerp, Belgium: ITG Press; 2000. p. 157-62.
 17. Tella RD, Savedoff WD. *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: IDB; 2001.
 18. Alcazar L, Andrade R. Induced demand and absenteeism in Peruvian hospitals. In: Tella RD, Savedoff WD, editors. *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: IDB; 2001. p. 123-62.
 19. Ensor T, Duran-Moreno A. Corruption as a challenge to effective regulation in health sector. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, editors. *Regulating entrepreneurial behaviour in european health care systems*. Maidenhead, UK: Open University Press; 2002.
 20. Israr SM, Razum O, Ndiforchu V, Martiny P. Coping strategies of health personnel during economic crisis: A case study from Cameroon. *Trop Med Int Health* 2000; 5(4): 288-92.
 21. Adams O, Hicks V. *Pay and Non-Pay Incentives, Performance and Motivation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. Available from: URL: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_3_02.pdf.
 22. Berman P, Cuizon D. Multiple Public-private jobholding of health care providers in developing countries: An exploration of theory and evidence. London, UK: DFID Health Systems Resource Centre, 2004.
 23. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* 2005; 14(Suppl 1): S151-S168.
 24. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. *Health care systems in transition*. Portugal: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
 25. Oliveira MD, Magone JM, Pereira JA. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. *J Health Polit Policy Law* 2005; 30(1-2): 211-30.
 26. Saether EM. *A discrete choice analysis of Norwegian physicians labour supply and sector choice*. Oslo, Norway: University of Oslo; 2003.
 27. Gruen R, Anwar R, Begum T, Killingsworth JR, Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Soc Sci Med* 2002; 54(2): 267-79.
 28. Sandier S, Paris V, Polton D. *Health care systems in transition*. France: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
 29. Stepan A, Sommersguter-Reichmann M. Monitoring political decision-making and its impact in Austria. *Health Econ* 2005; 14(Suppl 1): S7-S23.
 30. Garcia-Prado A, Gonzalez P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy* 2007; 84(2-3): 142-52.

Implementing the Full-time Practice in Iran Health System; Perceptions of the Medical University Chancellors on its Challenges, Consequences and Effective Solutions

Akbari Sari A., M.D., Ph.D.,¹ Babashahy S.M.Sc.,^{2*} Ghanati E., M.Sc.,² Naderi M., M.Sc.,² Tabatabaei Lotfi S.M., M.D.,³ Olyaei Manesh A., M.D., Ph.D.,^{4,5} Emami Razavi S.H., M.D.^{6,7}

1. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Health Economics, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
3. General Physician, Department of Health Economics, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Department of Health Economics, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
6. Professor of General Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. Deputy Director, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

* Corresponding author; Email: babashahy@health.gov.ir

(Received: 15 March 2012

Accepted: 26 Sep. 2012)

Abstract

Background & Aims: Full-time Practice is one of the main objectives of Iranian Ministry of Health and Medical Education (MOHME) and a priority in Iran 5th development program. The aim of this study was to explore the perception of the chancellors at Iran universities of medical sciences, regarding the challenges, possible negative consequence and their suggestions for improving the implementation of this program.

Methods: In the 68th meeting of Iran medical university chancellors held in 2011 by Iranian Ministry of Health and Medical Education, a semi-structured questionnaire was completed by chancellors. The gathered data were analyzed.

Results: In Medical University Chancellors' point of view, the need for increasing the share of healthcare budget from the gross domestic product (GDP), inefficient tariff and payment system, and difficulty in obtaining collaboration with other stakeholders are the main challenges of full-time practice program in Iran. It is suggested that this program should be implemented gradually in a specific set of Iran hospitals that have already gained more autonomy. In addition, inappropriate implementation of this program might read to unexpected and unread transfer of the experienced and high skilled physicians for public and private hospitals.

Conclusion: Full-time practice has several important challenges that should be considered during its implementation. This program should be implemented gradually with other joint program especially with improvement of payment methods.

Keywords: Full-time practice, Dual practice, Iran, Medical university