

مقاله پژوهشی

بررسی پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان

مرجان وجدانی^۱، فاطمه کوبی سقی^۲، جواد مقری^۳*

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۱

چکیده

مقدمه و هدف: قانون‌گذاری در مورد اشتغال همزمان پزشکان و چگونگی اجرای آن با محدودیت‌هایی مواجه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان در ایران انجام شده است.

روش کار: این مطالعه کیفی با مشارکت ۴۱ نفر از ذینفعان (شامل نمایندگان مجلس، وزیر بهداشت سابق، رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران و رؤسای بیمارستان‌ها، مسئولان وزارت بهداشت، مسئولان بیمه و تأمین اجتماعی، پزشکان عمومی و متخصص، اساتید دانشگاه و صاحب‌نظران) که به شکل هدفمند انتخاب شدند، انجام شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته گردآوری شد. متن کلیه جلسات ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نسخه برداری شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد.

یافته‌ها: چالش‌های مهم بر سر راه اجرای قانون منع اشتغال همزمان پزشکان در بخش‌های دولتی و غیردولتی شامل چهار مفهوم اصلی مسائل مالی، مسائل مربوط به اجرا و نظارت، مسائل مربوط به ظرفیت بخش دولتی و مقاومت‌های موجود و لزوم غلبه بر آن بود. **نتیجه‌گیری:** هماهنگی و همکاری نهادها و سازمان‌های مختلف در وزارتخانه‌ها، سازمان‌های صنفی و قوای سه‌گانه در راستای برطرف ساختن مشکلات و تأمین نیازها ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: پزشک، اشتغال همزمان، قانون، ایران

مقدمه

بیمارستان‌ها قرار گرفت. همچنین در نقشه تحول نظام سلامت نیز که یکی دیگر از اسناد بالادستی بخش سلامت می‌باشد، با درج موضوع تمام‌وقتی نیروی انسانی در دو مورد از اهداف آن، بر اهمیت توجه به این نکته تأکید بیش‌تری شد (۶). با توجه به اینکه تاکنون پاسخ جامع و دقیقی به ضرورت قانون‌گذاری در مورد اشتغال همزمان پزشکان و چگونگی اجرای محدودیت‌های احتمالی موجود نیست و از طرفی انجام دقیق و کامل طرح تمام‌وقتی پزشکان با چالش‌های اساسی مواجه است که عدم توجه کافی به آن‌ها ممکن است باعث اجرای ناموفق و عدم تاثیر این طرح در ارتقای نظام ارائه خدمات سلامت گردد؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت کیفی و از نوع تحلیل محتوا به منظور شناسایی پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان در کشور ایران انجام شده است. جامعه پژوهش شامل نمایندگان مجلس، وزیر بهداشت سابق، رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران و رؤسای بیمارستان‌ها، مسئولان وزارت بهداشت، مسئولان بیمه و تأمین اجتماعی، پزشکان عمومی و متخصص، اساتید دانشگاه و صاحب‌نظران مربوطه بود. برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان ابتدا دینفعان مختلف مشخص گردیدند و پس از آن از هر طبقه از دینفعان، افرادی به شکل هدفمند و با توجه به اشراف ایشان به موضوع مورد بحث انتخاب شدند. در مورد تعداد مصاحبه‌شوندگان نیز با توجه به روال مطالعات کیفی بنای کار بر رسیدن به حد اشباع گذاشته شد. با بهره‌گیری از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با دینفعان اصلی، اشتغال همزمان پزشکان در بخش‌های

اشتغال همزمان پزشکان، موضوعی گسترده در سیستم‌های بهداشتی است؛ میزان دو شغله بودن پزشکان ایرانی نسبتاً بالا است در حالی که قانون آنان را از این امر ممنوع کرده است (۱). روش‌های مختلفی برای برخورد با پدیده اشتغال همزمان کارکنان سلامت در کشورهای مختلف وجود دارد. ممنوعیت کامل، اعمال محدودیت در درآمد کارکنان از بخش خصوصی، ایجاد انگیزه و دادن مشوق‌هایی برای کار انحصاری در بخش دولتی، افزایش حقوق کارکنان بخش سلامت، اجازه فعالیت خصوصی به کارکنان در مراکز دولتی و خودتنظیمی و خودگردانی از جمله روش‌های برخورد با پدیده اشتغال همزمان می‌باشد (۲).

مطالعات نشان دادند وجود قانون ممنوعیت کامل به تنهایی به معنی توفیق دولت در رفع کامل این پدیده نخواهد بود؛ چنانکه در کشور چین، اشتغال همزمان کارکنان سلامت علیرغم منع قانونی باز هم به‌طور گسترده‌ای میان کارکنان سلامت رواج دارد (۲). در پژوهشی که در صورت بنگلادش انجام شد اکثر پزشکان معتقد بودند که در صورت افزایش حقوق بخش دولتی، فعالیت خصوصی‌شان را کنار خواهند گذاشت (۳). طبق قانون، بیمارستان‌های دولتی در ایتالیا بایستی ۶ تا ۱۲ درصد از تخت‌های خود را به بیماران خصوصی اختصاص دهند، همچنین پزشکان در اتریش می‌توانند بیماران تحت پوشش بیمه‌های خصوصی را در بخش خاصی از بیمارستان‌های دولتی ویزیت کنند (۴). امکان اجرای رویکرد خودتنظیمی و خودگردانی در برخی کشورها، به خصوص کشورهای پردرآمدی که مدیریت و قانون‌گذاری کارکنان سلامت بوسیله سازمان‌های حرفه‌ای انجام می‌پذیرد، متصور است (۵).

در ایران، قانون تمام‌وقتی پزشکان به عنوان یکی از تکالیف قانونی مندرج در برنامه پنجم توسعه دولت و از اولویت‌های مهم وزارت بهداشت و اداره هیات امنایی

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده شد. پیاده‌سازی مصاحبه‌ها بلافاصله پس از اتمام آن، گوش دادن چند باره به فایل‌های صوتی، خواندن نکات و یادداشت‌های حین مصاحبه و ثبت و نگارش مطالب جدیدی که از مصاحبه‌ها به ذهن می‌رسید، انجام گرفت. سپس مسائل، مفاهیم و موضوعات کلیدی مصاحبه‌ها شناسایی شدند و با توجه به تم مربوطه لیست شده و کدگذاری گردید. در نهایت با توجه به کدهایی که به آن‌ها اختصاص داده شد از مصاحبه‌ها استخراج و تم‌های مربوطه در جدول چیدمان شدند. مصاحبه‌ها تا سطح سوم (موضوع، تم و زیرتم) و با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها

چالش‌های مهم بر سر راه اجرای قانون منع اشتغال همزمان پزشکان در بخش‌های دولتی و غیردولتی پس از طبقه‌بندی به تم‌های اصلی و تم‌های فرعی به ترتیب اهمیت در جدول ۱ مشاهده می‌گردد.

دولتی و غیردولتی در زمینه عوامل موثر بر دو شغله بودن پزشکان در بخش‌های دولتی و غیردولتی انجام گرفت. برای انسجام مصاحبه‌ها از راهنمای مصاحبه استفاده شد. طراحی راهنمای مصاحبه با توجه به اهداف مطالعه و با بهره‌گیری از متون موجود و نظرات اساتید و صاحب‌نظران انجام گرفت. به منظور اطمینان از روایی داده‌ها، ابتدا پنج مصاحبه به صورت آزمایشی انجام گرفت و چگونگی انجام مصاحبه‌ها و داده‌های گردآوری شده توسط اساتید بررسی شد. پس از اعمال نظرات اساتید و انجام اصلاحات لازم، مصاحبه‌های اصلی برگزار شد. در نهایت ۴۱ مصاحبه انجام گرفت که ۳۴ مورد آن به شکل حضوری و هفت مورد به صورت تلفنی بود (به علت مشغله بسیار زیاد مصاحبه شونده‌گان و عدم امکان مصاحبه حضوری). تمامی این مصاحبه‌ها با اجازه مصاحبه شونده‌گان ثبت و ضبط گردید و بلافاصله پس از هر مصاحبه پیاده سازی شد. در ضمن در حین انجام مصاحبه نیز در صورت لزوم یادداشت برداری انجام گردید. مصاحبه‌گر در جریان هدایت مصاحبه‌ها تمام سعی خود را در حفظ بی‌طرفی نمود. مدت زمان کلیه مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۸۰ دقیقه متغیر بود.

جدول ۱: پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان

تم اصلی	تم فرعی
مسائل مالی	واقعی شدن تعرفه‌ها و کم شدن فاصله درآمدی بخش دولتی و خصوصی تأمین منابع کافی و پایدار سازماندهی بیمه‌ها و نظام پرداخت
مسائل مربوط به اجرا و نظارت	ایجاد تعهد در سطوح بالا تقویت نظارت و استفاده از ابزارهای کنترلی اجرا کردن تمامی اجزای بسته قانونی تدوین برنامه اجرایی دقیق به همراه زمان‌بندی مشخص
مسائل مربوط به ظرفیت بخش دولتی	ایجاد فضا و تجهیزات کافی در بخش دولتی فراهم نمودن نیروی انسانی کافی در مراکز دولتی مناطق مختلف آموزش و تقویت توان مدیریت در بخش دولتی توجه به موارد لجستیک و پشتیبانی از پزشکان تمام‌وقت
مقاومت‌های موجود و لزوم غلبه بر آن	به خطر افتادن منافع افراد عدم اعتماد جامعه پزشکی غلبه بر نفوذ و لابی‌های افراد

۱. مسائل مالی

مهمترین پیش‌نیاز برای اجرای قانون منع اشتغال همزمان پزشکان در بخش‌های دولتی و غیردولتی از دیدگاه اکثر صاحب‌نظران شرکت‌کننده در مطالعه، مسائل مالی بود. از دید صاحب‌نظران با توجه به شرایط فعلی نظام سلامت و مساعد نبودن این مسئله، اجرای قانون با چالش جدی مواجه خواهد بود.

۱-۱: واقعی شدن تعرفه‌ها و کم شدن فاصله درآمدی بخش دولتی و خصوصی: از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه، ضروری‌ترین پیش‌نیاز اجرای قانون منع اشتغال همزمان پزشکان که قانون‌گذار هم بدان اشاره داشته است، واقعی شدن تعرفه‌های بخش دولتی و به تبع آن کاهش فاصله درآمدی با بخش خصوصی می‌باشد. تعرفه‌های بالای بخش خصوصی از یک سو و پایین نگه داشتن غیرمنطقی تعرفه‌های بخش دولتی از سوی دیگر باعث ایجاد شکاف عظیم درآمدی در میان این دو بخش شده است. این موضوع باعث نارضایتی پزشکان بخش دولتی و تحریک ایشان به فعالیت در بخش دیگر می‌شود. از سوی دیگر به زعم تعدادی از صاحب‌نظران این موارد موجب شده است که دریافتی برخی از پزشکان از بخش دولتی به قدری کم باشد که نه تنها در خور شأن ایشان نبوده که حتی آن‌ها را با مشکلات معیشتی نیز مواجه نماید.

«مهم‌تر از همه اینکه تفاوت با بخش خصوصی به طریقی کم بشه. در درجه اول، با افزایش درآمد اون‌ها، با تقویت صندوق‌های بیمه که در بخش دولتی فشار به مریض نیاد. دوم اینکه یه محدودیتی برای درآمد بی حد و حصر پزشکان در نظر گرفته بشه. حالا شاید این کار در کشور ما که هیچ محدودیتی در این زمینه نداریم سخت باشه، ولی بالاخره اون هم کم‌تر بشه که طرف فکر نکنه که اگر ۲۴ ساعت تو بخش خصوصی وایسته می‌تونه درآمد کسب کنه.» (مشارکت‌کننده ۲۲).

«وقتی تعرفه بخش دولتی و خصوصی به هم نزدیک شد، اون موقع شما می‌تونید این قانون رو اجرا بکنید. وگرنه همون مثالی که خدمت‌تون عرض کردم، طرف نگاه به اختلاف درآمدی دو طرف می‌کنه و عقل سلیم بهش می‌گه که اون طرف کششش بیشتره و میره اون طرف، چرا که خدمت همون خدمته اما اختلاف درآمد چند برابری. تا این تعرفه‌ها رو به هم نزدیک نکنیم هیچ اتفاقی نمی‌افته...» (مشارکت‌کننده ۹).

۲-۱: تأمین منابع کافی و پایدار: کارشناسان معتقد بودند اجرای این برنامه با توجه به لزوم افزایش قابل توجه پرداختی به پزشکان تمام‌وقت در سراسر کشور، نیازمند بودجه زیادی می‌باشد. از سوی دیگر با عنایت به اینکه شرط اصلی تداوم این برنامه توانمندی دولت در تأمین اعتبار لازم برای آن به‌صورت مداوم می‌باشد، بنابراین منابع مورد نظر بایستی علاوه بر کفایت، پایداری نیز داشته باشند.

«من فکر می‌کنم اگر این طرح، خدای نخواست به دلایلی که ما بهش فکر می‌کنیم، مثلاً کسر بودجه هدفمندی و یا کاهش قیمت نفت و عدم کفایت بودجه دولت پایدار نباشه، اون موقع شرایط خیلی بد میشه. یعنی اگه ما بیایم یه سری پول به پزشکا بدیم و بعد نتونیم ادامهش بدیم، به اعتقاد من وضع از قبل هم بدتر خواهد شد.» (مشارکت‌کننده ۲۷).

۳-۱: سازماندهی بیمه‌ها و نظام پرداخت: به اعتقاد این افراد، شرایط کنونی بیمه‌ها از نظر کمیت و زمان پرداخت بسیار نامطلوب بوده و کسورات غیرمنطقی و همچنین تأخیرهای بسیار زیاد در پرداخت‌ها موجبات نارضایتی کادر درمانی بخش دولتی را پدید آورده است. از سوی دیگر نظام پرداخت حاکم بر بخش دولتی نیز انگیزه کافی را در کارکنان این بخش برای افزایش کارایی و کیفیت فراهم نمی‌آورد. در نهایت کارشناسان معتقد بودند میزان قابل توجهی از پیامدهای منفی که به اشتغال دوگانه پزشکان

و اجباری برای ترک فعالیت خصوصی خویش احساس نخواهند کرد. شرکت‌کنندگان در مطالعه، گام نخست اجرای این قانون را تک شغله شدن افراد در سطوح بالا نظیر وزرای مربوطه، معاونین ایشان، رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و معاونین‌شان، مدیران کل و ... می دانستند و معتقد بودند این اقدام باعث افزایش تعهد رده‌های بالا به اجرای درست قانون خواهد شد. بسیاری از شرکت‌کنندگان در مطالعه نیز اجرای این مهم را امری فرابخشی و نیازمند هماهنگی دستگاه‌ها و قوای مختلفی نظیر مجلس، قوه قضائیه، سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت و تعاون، بیمه‌ها پنداشته و لزوم حمایت حکومت و تشکیل کمیسیونی متشکل از این نهادها را از شروط حائز اهمیت در توفیق اجرای قانون مذکور دانستند.

«چرا ساختار آماده نیست؟ چون مدیرانی که باید این ساختار را آماده کنن خودشون منافع در بخش خصوصی دارن. به عده‌ای باید این کارو بکنن دیگه. مدیران تراز اول هستن که باید این کار رو بکنن. اگر منافع‌شون در بخش دولتی باشه، در تمام‌وقتی باشه، می‌گفتن که حقوق تمام وقتا رو از همه زودتر باید بدن. چون خودشون حقوق‌شون رو زودتر از بقیه می‌گیرن. وقتی که اینا منافع‌شون بیرون از این بخش تعریف شده، به هر ترفندی شده سعی می‌کنن اجرا نکنن. عزم می‌خواد که این کار به انجام برسه. عزم اگر نباشه هزار دلیل می‌شود آورد که حتی نباید نماز خواند...» (مشارکت‌کننده ۱۱).

« اتفاقات زیادی باید بیفته و به نظرم اولین قدمش یک "کامیتمنت" در سطح سیاست‌گذاران رده بالا هست. این افراد با توجه به اینکه تولید نظام سلامت پراکنده هست، فراتر از وزارت بهداشت هستن. من سال‌هاست که به این نتیجه رسیدم و گفتم که اگه قراره اتفاق مهمی توی اصلاحات نظام سلامت ما بیفته، کسی که این اصلاحات رو هدایت می‌کنه باید شخص رئیس جمهور کشور باشه. حتی

نسبت می‌دهیم، حاصل همین بی‌انگیزگی‌هایی است که در بخش دولتی وجود داشته و ریشه آن در چگونگی پرداخت به کادر درمانی نهفته است. به منظور اجرای کارآمد قانون مذکور علاوه بر اینکه نیاز است نظام پرداخت در بخش دولتی بیش‌تر عملکرد را هدف قرار دهد، بیمه‌ها نیز بایستی با تغییر در رویه فعلی خود کمیت و زمان بندی پرداخت‌ها را بهینه نمایند.

«...حتی اگر اون فرد تمام‌وقت هم باشه، چون انگیزه‌ای نداره عملاً کار نمی‌کنه. یعنی در واقع این نظام حقوق و دستمزد روی کارکردمون هم تأثیر می‌ذاره. شاید به نوعی هم یه مقدار توجه برای خودش داشته باشه. مثلاً می‌گه یک مریض تصادفی لت و پار رو میان، من جراحیش می‌کنم، خونریزش رو بند میارم، سه ساعت تو اتاق عمل هستم، کارهارو انجام میدم، آخرش یه دونه کارانه ۱۲۰ هزار تومنی ۶ ماه بعد تازه اگه بیش‌تر تأخیر نداشته باشه و بیمه کامل پرداخت کنه، به من تعلق می‌گیره. این‌هاست که باعث میشه سیستم نتونه حمایت آنچنانی بکنه و در نهایت به انگیزه پزشکان و کیفیت و کمیت کارکرد اون‌ها لطمه وارد میشه» (مشارکت‌کننده ۶).

۲. مسائل مربوط به اجرا و نظارت

۱-۲: ایجاد تعهد در سطوح بالا: از دید صاحب‌نظران، اصلی‌ترین پیش‌نیاز اجرای قانون منع اشتغال همزمان پزشکان ایجاد تعهد و عزم و اراده در مسئولین سطوح بالا برای اجرا نمودن قانون است. از دید این افراد یکی از چالش‌های مهم و یکی از عوامل برجسته عدم اجرای قانون یاد شده دوشغله بودن تعداد زیادی از مسئولین اجرایی و قانون‌گذاران است. ایشان معتقد بودند زمانی که رئیس یک دانشگاه در بخش خصوصی نیز به فعالیت می‌پردازد، از سویی تمایل به اجرای قانون مزبور نداشته و از سوی دیگر پزشکان شاغل در آن دانشگاه نیز با نگاه به رفتار وی انگیزه

« باید مکانیسمی برای برخورد با افراد خاطی تعریف بشه و تنبیهات بازدارنده‌ای در اینجا وجود داشته باشه. یعنی باید به نحوی برخورد بشه که اگر کسی در صورت فراهم بودن همه شرایط زیر بار اجرای قانون نره دچار مشکل جدی بشه. بر عکس افرادی که قانون رو رعایت می‌کنن باید به نحوی تشویق بشن و این مشوق‌ها به اندازه کافی انگیزاننده باشه، تا خود به خود زمینه قانون شکنی از بین بره. البته همه این‌ها نیاز به یک سازوکار پایش و نظارت قدرتمند داره تا انحراف و تخطی از قانون رو کشف کنه و متخلفین رو شناسایی کنه.» (مشارکت‌کننده ۸).

۲-۳: اجرا کردن تمامی اجزای بسته قانونی: از دیدگاه صاحب‌نظران با توجه به اینکه اکثر این بندها لازم و ملزوم یکدیگرند، اجرای انفرادی هر یک از آن‌ها به تنهایی موفقیت‌آمیز نخواهد بود و نتایج مطلوبی را به دنبال نخواهد داشت.

« در واقع این یک پکیجی از اصلاحات که حالا اگه بندهای مختلف ۳۲ تا ۳۸ رو از برنامه پنجم بخونیم، همه این اقدامات با همه. یعنی این پکیج انفرادی یک بندش عملیاتی نمیشه. شما همه بندهاشو باید با هم تو یک مجموعه‌ای ببینید. یعنی باید بحث‌های اصلاحات توی ارائه خدمت‌مون رو، اجرایی کردن پزشک خانواده، واقعی کردن تعرفه‌ها، یکی کردن بیمه‌ها، تولیت واحد دادن به وزارت بهداشت و بسیاری از اتفاقات دیگه که تو این بندها هست، همش باید با هم عملیاتی بشه. منع اشتغال همزمان یکی از این بندهاست که به تنهایی نمی‌تونه رنگ اجرایی به خودش بگیره.» (مشارکت‌کننده ۱).

۲-۴: تدوین برنامه اجرایی دقیق به همراه زمانبندی مشخص: شرکت‌کنندگان در مطالعه معتقد بودند ترسیم نقشه راه مشخص و برنامه عملیاتی دقیق به همراه زمان-بندی شفاف توسط دستگاه‌های مسئول، باعث کاهش سردرگمی در اجرا شده و با ایجاد امکان پایش نحوه انجام

شخص رئیس جمهوری که قوه قضائیه و قوه مقننه رو در کنار خودش داره. یعنی الان اصلاحات در نظام سلامت مخصوصاً تو این موضوعات حساس اینقدر مشکل شده که وزیر بهداشت، حتی وزرای بهداشت و رفاه با هم و حتی کمیسیون بهداشت در کنار این وزرا هم این کارهای بزرگ رو نمی‌تونن به طور کامل به انجام برسونن. کمالینکه تو موضوع پزشک خانواده هم قدم‌های مهمی نتونستن بردارن. همه با هم باید بخوایم. کشور و حکومت کشور بخواد. ببینید ما الان پزشکی داریم که فراقانونی هستن. با یک تلفن حکم و قانون و همه رو نقض می‌کنن. با اون‌ها که نمی‌شه یک وزیر یا دو تا وزیر طرف بشن. این اتفاقات باید در سطحی فراتر اتفاق بیفته. شاید خود شخص رئیس جمهور با همکاری رؤسای قوای دیگه، بهترین جایگاهی باشه که بتونه این کار رو بکنه. فرض کنید مثل این بحث هدفمندی یارانه‌ها و یا بحث کارت‌های سوخت، ستادی درست بشه که زیر نظر شخص رئیس جمهور و با هماهنگی کامل وزرای رفاه و بهداشت و بیمه‌ها و بالاخره نظام پزشکی برای نظارت بر بخش خصوصی این کار رو انجام بدن.» (مشارکت‌کننده ۱).

۲-۲: تقویت نظارت و استفاده از ابزارهای کنترلی: کارشناسان معتقد بودند پس از فراهم نمودن زمینه‌های لازم برای اجرای قانون و تفکیک بخش‌های دولتی و غیردولتی، چنانچه از ابزارهای کنترلی مناسب استفاده نکرده و نظارت خود را در این زمینه تقویت نکنیم، فعالیت همزمان پزشکان دولتی در مراکز غیردولتی به صورت غیرقانونی تداوم خواهد داشت. استفاده از مکانیسم‌های تشویقی مناسب و همچنین سازوکارهای تنبیهی و جرائم بازدارنده از یک سو و شفاف نمودن مسئولیت نهادهای نظارتی، پایش دقیق چگونگی اجرای قانون در بخش دولتی و غیردولتی، و عدم اغماض ایشان در برخورد با تخلفات از سوی دیگر باعث خواهد شد تا انگیزه و جسارت قانون‌گریزی در ذینفعان کاهش یابد.

« اصلاً ظرفیت اجرایی وجود ندارد. وقتی نگاهی می‌داری کجا می‌خواد کار کنه؟ اصلاً ظرفیت کافی نداریم. مهم‌ترین چالش ما توی اجرای این قانون نداشتن فضای درمانی کافی برای پر کردن وقت پزشکایی که می‌گیم جای دیگه نرید هست. این اولیسه. ما در دانشگاه خودمون بررسی کردیم و دیدیم اگر بخوایم این کار رو بکنیم، بین ۳ تا ۵ برابر ظرفیت بخش دولتی رو باید بیش‌تر می‌کردیم که این غیرممکن بود (این برای عمومی بود، برای هیئت علمی‌ها حدود ۲ و نیم تا ۳ برابر). دیدم اگه بهش بگم نرو اونجا بیکار می‌مونه و درآمدش رو ازش می‌گیرم. در حالی که هم اونا به این درآمد نیاز دارن و هم مردم به خدمات این پزشکان. حتی اگه پشتوانه سیاسی باشه، ارادش باشه. این وجود نداشته باشه نمی‌شه.» (مشارکت‌کننده ۲۱).

۲-۳: فراهم نمودن نیروی انسانی کافی در مراکز دولتی مناطق مختلف: به اعتقاد کارشناسان در بسیاری از شهرستان‌ها، به‌ویژه شهرستان‌های کوچک و محروم با کمبود شدید پزشک و سایر کادر درمانی روبرو هستیم و اجبار این افراد به ترک فعالیت خصوصی ممکن است منجر به خروج این افراد از بخش دولتی و ایجاد اختلال در ارائه مراقبت‌های درمانی شود.

«من الان در شهرستان خودم که یه اورتوپد دارم، اگه بخوام بگم که تو هم فقط باید تو بخش دولتی کار کنی و اون به من بگه که پس من میرم بخش خصوصی کار می‌کنم، مردم شهرستانم رو چی کار باید بکنم؟ بالاخره مردم هم نمایندگانی دارند و اون‌ها میریزن رو سر خود من که شما همین یه دونه اورتوپد رو پروندی. این خیلی سخته. وقتی پزشک من داره ۱۵ شب در ماه، یا ۲۰ شب در ماه آنکال می‌ده، چون تنه‌است، یا دو نفرن، من بیام یکی از این‌ها رو هم از دست بدم اوضاع به هم می‌ریزه. پس بنابراین ما اول اینکه باید توزیع نیروهامون رو درست بکنیم. به

فعالیت‌ها می‌تواند آن‌ها را در مسیر نیل به اهداف یاری رساند.

«دولت در رابطه با برنامه پنجم توسعه باید قسمت‌هایی رو به وزارت بهداشت بده، بعضی جاها رو به وزارت رفاه بده و بعضی جاها رو مثلاً به معاونت ریاست جمهوری بده. برنامه‌ها باید کاملاً مشخص بشن. وزارت بهداشت باید برنامه عملیاتی خودش رو با همکاری سایر سازمان‌هایی که به توافق می‌رسن مشخصاً اعلام کنه. یعنی برنامه خودش رو برای سال اول، دوم، سوم و چهارم و ... اعلام کنه. ما تا الان هیچ برنامه اجرایی برای این ندادیم که چگونه این انجام بگیره. مثلاً چند درصد از پزشکان، در چه مدتی و با چه مکانیسم و نظام پرداختی تک شغله بشن. یعنی هیچ چیزی در این زمینه تدوین‌یافته نداریم. بدیهی‌ست تدوین چنین برنامه‌ای به ما در پایش چگونگی اجرای قانون هم کمک می‌کنه.» (مشارکت‌کننده ۹).

۳. مسائل مربوط به ظرفیت بخش دولتی

۱-۳: ایجاد فضا و تجهیزات کافی در بخش دولتی: صاحب‌نظران معتقد بودند در صورتی که قرار بر منع فعالیت پزشکان در بخش غیردولتی باشد، باید در بخش دولتی فضای درمانی کافی در اختیار پزشکان تمام‌وقت بگذاریم تا از ظرفیت ایشان استفاده شود. این در حالی است که به اعتقاد ایشان قریب به اتفاق بیمارستان‌های دولتی با مشکل فضا و ظرفیت چه در قسمت کلینیک‌های ویژه و چه در مورد تخت‌های بیمارستانی و اتاق عمل روبرو هستند. از سوی دیگر با توجه به وضعیت اقتصادی دولت در سالیان اخیر، بخش دولتی با کمبود تجهیزات به روز و پیشرفته و فرسودگی دستگاه‌های موجود روبرو است که این امر نیز در کنار ظرفیت فیزیکی بیمارستان‌ها بایستی مورد توجه قرار گیرد.

شهرستان ها و محیط هم نگاه بکنیم.» (مشارکت-کننده ۲۲).

۳-۳: آموزش و تقویت توان مدیریت در بخش دولتی: مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که به منظور اجرای درست و مناسب قانون بایستی از سوی مدیران لایق و شایسته استفاده نمود و از سوی دیگر دوره‌های توجیهی و آموزشی مقتضی برای مدیران اجرایی در صف و ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی برگزار نمود. تقویت توان مدیریت مالی و تخصیص بهینه منابع به منظور پیشبرد صحیح این بند قانونی نکته ای حائز اهمیت از دیدگاه کارشناسان بود.

«بینید فقط مشکل ما وجود منابع و تعهد و این‌ها نیست. مشکل مهمی که در بخش دولتی وجود دارد مدیریت ضعیفه. شما قانونت بهترین قانون باشه، برنامهت بهترین برنامه باشه، تمامی منابع در اختیار باشه، اگه نتونی ازش استفاده درست بکنی، نمی‌تونی در اجرات موفق باشی و به هدفت برسی. ما تو بخش دولتی مدیر واقعی خیلی کم داریم. خیلی از این افراد نمی‌دونن مدیریت چیه. خوب پس برای اینکه قانونت درست اجرا بشه، اول باید بسپریش دست یه آدم درست، کسی که تخصصش این باشه. باید آموزش بدی، باید توجیهش کنی که هدفت چیه و چه انتظاری ازش داری...» (مشارکت‌کننده ۳۸).

۳-۴: توجه به موارد لجستیک و پشتیبانی از پزشکان تمام‌وقت: شرکت‌کنندگان در مطالعه معتقد بودند در بسیاری از مراکز دولتی امکاناتی از قبیل کتابخانه، اینترنت، محل کار، محل استراحت، تغذیه و ... یا به میزان کافی وجود نداشته و یا در خور شأن پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت نیست. مصاحبه‌شوندگان اشاره کردند در صورتی می‌توان از پزشک انتظار داشت که تمام زمان خود را در بخش دولتی سپری نماید که امکانات رفاهی و شرایط زندگی مناسب در این بخش را برایشان فراهم آوریم.

« مثلاً به دکتر گفتیم که شما تمام‌وقت باش، ولی بهش ناهار نمی‌دیم. خوب یکسری حمایت‌های مدیریتی و لجستیک رو باید داشته باشیم که خیلی هم منابع زیادی نمی‌خواد ولی خیلی مشهوده. یا اینکه به پزشک گفتیم تمام‌وقت باش ولی بهش درمانگاه نمی‌دیم. یا بهش گفتیم تمام‌وقت باش، کتابخونه‌مون رو ساعت ۲ می‌بندیم. یعنی می‌خوام بگم باید به نیازهای این افراد کامل توجه کنیم.» (مشارکت‌کننده ۴).

۴. مقاومت‌های موجود و لزوم غلبه بر آن
۴-۱: به خطر افتادن منافع افراد: یکی از مواردی که صاحب‌نظران از آن به عنوان یکی از چالش‌های اجرای قانون یاد نمودند، مقاومت پزشکان در برابر اجرای قانون به علت تهدید منافع آن‌ها و به مخاطره افتادن آن است. مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند این مقاومت به خصوص در پزشکان باسابقه و اسم و رسم داری که فعالیت خصوصی آن‌ها گسترش یافته است و همچنین در مورد آن دسته از متخصصین که بازار فعالیت‌های خصوصی آن‌ها داغ است بیش‌تر و مهم‌تر خواهد بود. از سوی دیگر دسته ای از پزشکان ستادی که قانون فعلی را تهدیدی برای فعالیت خصوصی‌شان می‌دانند و نقش مهمی در سیاست‌گذاری و اجرا دارند نیز به طرق مختلف در برابر اجرای قانون خواهند ایستاد. صاحب‌نظران تلاش در جهت کاهش این مقاومت‌ها از طریق مشارکت ذینفعان در فرآیند تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی، دادن برخی امتیازها در قبال پذیرفتن محدودیت‌های قانونی و در نظر گرفتن منافع افراد را یکی از پیش‌نیازها و عناصر کمک‌کننده در جهت اجرای قانون بیان نمودند.

« من که در بخش خصوصی کار می‌کنم واقعا جدی می‌گم اگر قرار است من و سرمایه‌های من را بزنند با تمام وجود مقابل تان می‌ایستم و اصلا شوخی ندارم. هر جور باشه ائتلاف می‌کنم کلی زحمت کشیدم، مطب زدم، سابقه برای

قانون مذکور را بر نخواهند تابید و تلاش می‌کنند تا با استفاده از منابع قدرت خود در بخش‌ها و لایه‌های مختلف نهادهای اجرایی و قانون‌گذاری و تشکیل ائتلاف و لابی‌گری، در مسیر اجرای قانون فوق‌الذکر سنگ‌اندازی کنند. مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند غلبه بر این موارد که یکی از پیش‌نیازها و ملزومات اجرای موفق قانون یاد شده است نیاز به عزم و اراده حکومت در بالاترین سطوح خواهد داشت.

« شما چه بخواید چه نخواید پزشکان ارتباطشون با همه افراد جامعه زیاده، بالاخص سیاسیون. بالاخره پدر، مادر، بچه و آشناهای این سیاستمدارا هم که بیمار میشن، با این پزشکا تماس می‌گیرن و اونا میگن که بیا فلان بیمارستان بخوابونشون. این یک حلقه بسیار قوی در context موضوع پزشکان هست. پزشکان ارتباطات بسیار قوی‌ای دارند -از بالاترین، تا پایین‌ترین جاها و مبداهای تصمیم‌گیری کشور- و این نزدیکی به مراکز قدرت‌شون برای فشار به تصمیم‌گیران و مجریان بسیار مؤثره و راحت می‌تونن این رو وتوش کنن.» (مشارکت‌کننده ۶).

بحث

مطالعه حاضر با هدف شناسایی پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان در کشور ایران انجام شده است.

یافته‌ها نشان داد مسائل مالی، مسائل مربوط به اجرا و نظارت، مسائل مربوط به ظرفیت بخش دولتی، مقاومت‌های موجود و لزوم غلبه بر آن از جمله موارد پراهمیت در پیش-نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان می‌باشد.

در مورد مسائل مالی، پراهمیت‌ترین موضوع از دید صاحب‌نظران واقعی شدن تعرفه‌ها و کم شدن فاصله درآمدی بخش دولتی و خصوصی بود. اکثریت قریب به اتفاق مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند همان‌طور که در انتهای

خودم جور کردم، بعد می‌بینم همه چیز را از من می‌خواهید بگیرید!!!. درمانگاه زدم، زندگیم را فروختم، سالیان سال زحمت کشیدم، بعد می‌خواهید بیماران و همه چیز را از من بگیرید؟!» (مشارکت‌کننده ۳).

۲-۴: عدم اعتماد جامعه پزشکی: صاحب‌نظران معتقد بودند با توجه به اینکه نظام سلامت تاکنون در اجرای چند طرح بزرگ دیگر ناموفق بوده و نتوانسته به تعهدات خود در قبال پزشکان مشمول عمل نماید، اطمینان و اعتماد جامعه پزشکان را از خود سلب نموده است. به اعتقاد ایشان پزشکان با توجه به تجربه‌های قبلی، نظام سلامت کنونی کشورمان را فاقد توان و منابع کافی برای اجرای موفق قانون و استمرار آن و عمل به تعهدات خود در رابطه با پزشکانی که فعالیت خصوصی خود را رها می‌کنند می‌دانند. این موضوع نیز باعث شده تا پزشکان به دیده تردید به قانون موجود نگاه کرده و با مقاومت در برابر اجرای قانون، برای تعطیلی مطب و ترک فعالیت خصوصی خویش تمایلی از خود نشان ندهند.

«... یک علت عمده‌اش اینه که ما در مقطعی اومدیم قول دادیم منابعی رو جبران کنیم و نکردیم. به پزشکا گفتیم مطب تون رو ببندید، اومدن بستن و بعد ما به علت عدم تأمین اعتبار نتونستیم از طریق بیمارستان‌های هیئت امنایی جبران کنیم. خیلی از پزشکا مطب‌شون رو بستن، با وجود اینکه مطب براشون خیلی اهمیت داشت. ما این کار رو نکردیم و این باعث شد که اطمینان پزشکان به قول‌های مدیران نظام سلامت و دولت از بین بره. حالا دیگه هر چی هم بهشون بگیم اعتبارش فراهم شده، باز قبول نمی‌کنن.» (مشارکت‌کننده ۱).

۳-۴: غلبه بر نفوذ و لابی‌های افراد: صاحب‌نظران اعتقاد داشتند برخی از پزشکان سرشناس که فعالیت خصوصی قابل توجهی هم دارند، به واسطه کار خود به مراکز قدرت نزدیک بوده و از قدرت فراقانونی زیادی برخوردارند. این افراد

خدمات کیفی می باشد. یافته‌های ما در این خصوص مؤید نتایج گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ در حیطه پرداخت به منابع انسانی بخش سلامت می‌باشد (۱۰). موضوع اصلی بعدی در حیطه پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون از دید صاحب‌نظران، مسائل مربوط به اجرا و نظارت می باشد که خود به ترتیب شامل اهمیت ایجاد تعهد در سطوح بالا، تقویت نظارت و استفاده از ابزارهای کنترلی، اجرا کردن تمامی اجزای بسته قانونی و تدوین برنامه اجرایی دقیق به همراه زمان‌بندی مشخص می‌باشد.

یافته‌های مطالعه حاکی از اهمیت بسیار زیاد شروع اجرای قانون از افراد رده بالا در نهادهای مجری و قانون‌گذار برای پیشبرد موفق قانون یاد شده بود. به اعتقاد کارشناسان هم اکنون بسیاری از افراد در سطوح بالای وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین افرادی که در تصویب طرح مذکور در مجلس نقش داشته اند، دوشغله و چندشغله می‌باشند و مادامی که این وضعیت ادامه داشته باشد نمی‌توان انتظار اجرای قانون بوسیله ایشان و پذیرش آن توسط سایر پزشکان را داشت. بدیهی است در صورت تک‌شغله شدن این افراد با از بین رفتن تعارض منافع کنونی، تعهد لازم برای اجرای قانون در سازمان تحت امرشان بیش تر شده و از سوی دیگر پزشکان رده‌های پایین‌تر با مشاهده رعایت قانون توسط مدیران و افراد سطوح بالاتر مقاومت کم‌تری در برابر اجرای آن خواهند داشت. در متون بالادستی اصلاحات در نظام سلامت نیز از تعهد در سطوح بالا به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت در اجرای اصلاحات، بالاخص اصلاحات بزرگ و چالش برانگیز یاد شده است (۱۱).

پیش‌نیاز مهم بعدی در حیطه مسائل مربوط به اجرا و نظارت، لزوم تقویت نظارت و استفاده از ابزارهای کنترلی مناسب می باشد. همان‌طور که می دانیم متأسفانه ضعف یا عدم وجود نظارت و کنترل قوی از سوی نهادهای مسئول

تبصره ۲ مربوط به منع اشتغال همزمان پزشکان آمده است، واقعی شدن تعرفه‌های خدمات در بخش‌های دولتی و به تبع آن کاهش فاصله درآمدی بین بخش دولتی و خصوصی پیش‌نیاز اصلی و بسیار مهم اجرای بند قانونی مربوطه می‌باشد. افزایش ۱۰ برابری تعرفه‌های پزشکی در سال ۱۳۸۳ و ادامه روند افزایشی آن در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ منجر به ایجاد شکاف درآمدی عظیمی بین این دو بخش شد. به طوری که اختلاف میانگین درآمد پزشکان در بخش‌های دولتی و خصوصی در رشته‌هایی مثل جراحی قلب به پنج تا هفت برابر رسید (۷). مطالعات دیگر نیز موضوع مذکور را یکی از مهم‌ترین مسائل و چالش‌های نظام سلامت کشورمان می‌دانند (۷-۹). بدیهی است با وجود چنین اختلاف فاحشی فعالیت در بخش خصوصی بسیار جذاب و وسوسه انگیز بوده و منع افراد از فعالیت در این بخش بسیار مشکل و هزینه‌بر خواهد بود.

پیش‌نیازهای بعدی در حیطه مسائل مالی از دید صاحب‌نظران تأمین منابع کافی و پایدار و سازماندهی بیمه‌ها و نظام پرداخت می باشد. واقعی نمودن تعرفه‌های بخش دولتی در سراسر کشور نیازمند اعتبارات زیادی است که فراهم‌سازی آن متکی به وجود منابع کافی و پایدار در حوزه سلامت و مشخص و شفاف بودن اعتبار و مطمئن بودن محل تأمین آن می‌باشد. یافته‌های ما نشان داد که اغلب ذینفعان با اشاره به تجربه‌های قبلی نظام سلامت با دیده تردید به این مورد نگریسته و یکی از دلایل مخالفت‌شان نیز همین موضوع می باشد. علاوه بر این چگونگی جریان وجوه، شیوه و زمان پرداخت به کارکنان نیز در رفتارهای ایشان و جهت‌دهی مناسب آن در راستای اهداف تأثیرگذار خواهد بود. مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند ساماندهی به وضعیت آشفته پرداخت بیمه‌ها و اصلاح مکانیسم پرداخت به سمت پرداخت‌های عملکردی، محور یکی از لازمه‌های ایجاد انگیزه در کارکنان بخش دولتی برای ماندگاری در این بخش و ارائه

تقویت توان مدیریت در بخش دولتی، و توجه به موارد لجستیک و پشتیبانی از پزشکان تمام‌وقت بیش‌ترین اهمیت را از آن خود کردند.

یافته‌های مطالعه ما حاکی از عدم وجود فضای درمانی کافی، تخت بیمارستانی و تجهیزات به‌روز و مناسب در بسیاری از مراکز دولتی برای به‌کارگیری نیروهای تمام‌وقت بود. به منظور استفاده مناسب از ظرفیت و توان پزشکان شاغل در مراکز دولتی در کنار نیاز به توسعه فضاهای درمانی به‌ویژه تخت‌های بیمارستانی، اتاق‌های عمل و کلینیک‌های ویژه در مراکز دولتی، لزوم توجه به تجهیز و نوسازی این مراکز نیز احساس می‌شود. در برخی از مطالعات نیز عدم وجود فضای درمانی کافی در بخش دولتی به عنوان یکی از عوامل بازدارنده برای فعالیت اختصاصی کارکنان در بخش دولتی یاد می‌شود (۱۲، ۱۳). از سوی دیگر بحث عدم کیفیت نیروی انسانی پزشک و به‌ویژه متخصصین در برخی مناطق از چالش‌های اجرای این برنامه از دید صاحب‌نظران می‌باشد. تعداد محدود پزشک در برخی از مناطق سبب شکل‌گیری انحصار برای پزشکان شاغل در این مناطق و کاهش قدرت مسئولین برای برخورد مؤثر با ایشان شده است. بدین منظور نیز می‌توان با استفاده از سیاست‌های توزیعی مناسب و بهره‌گیری از انگیزاننده‌ها و مشوق‌های خاص عرضه نیرو را در این مناطق افزایش داد. در غیر این صورت شاید استثنا نمودن معدود پزشکان شاغل در این مناطق که بخش اعظمی از بار درمانی را در بخش‌های دولتی و خصوصی به دوش می‌کشند بهترین راهکار انتخابی باشد. این راهکار با در نظر گرفتن اجازه به اشتغال همزمان به عنوان یکی از شقوق مزایای غیرمالی، پزشکان را برای فعالیت در این مناطق تشویق می‌نماید. در مطالعه‌ای یکی از عوامل مؤثر بر توزیع نابرابر پزشکان توسعه نامتوازن بخش خصوصی در مناطق مختلف و تمایل پزشکان برای فعالیت همزمان در بخش دولتی و خصوصی شناخته شد

در کشورمان همواره یکی از چالش‌های بزرگ برای اجرای قوانین این چنینی بوده است. این ضعف بزرگ سبب می‌شود تا زمینه بروز تخلف و قانون‌گریزی در افراد زیاد شده و در اجرای قوانین و رسیدن به اهداف مورد نظر خلل ایجاد شود. استفاده از مکانیسم‌های تشویقی مناسب و همچنین سازوکارهای تنبیهی و جرائم بازدارنده از یک سو و شفاف نمودن مسئولیت نهادهای نظارتی، پایش دقیق چگونگی اجرای قانون در بخش دولتی و غیردولتی و عدم اغماض ایشان در برخورد با تخلفات از سوی دیگر باعث خواهد شد تا انگیزه و جسارت قانون‌گریزی در ذینفعان کاهش یابد. در اغلب متون مدیریتی نیز استفاده از سازوکارهای کنترلی و نظارتی مناسب برای پایش و جهت‌دهی به رفتار کارکنان و پیشبرد اهداف سازمانی حیاتی قلمداد می‌شود (۱۱).

اجرا کردن تمامی اجزای بسته قانونی و تدوین برنامه اجرایی دقیق به همراه زمان‌بندی مشخص نیز دو پیش‌نیاز مهم دیگر در حیطه مسائل مربوط به اجرای قانون می‌باشد. همان‌طور که اشاره گردید با توجه به لازم و ملزوم بودن بسیاری از بندهای موجود در ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم، موفقیت بند قانونی مربوط به منع اشتغال همزمان پزشکان نیز در گرو اجرای کل بسته به صورت متوازن خواهد بود. از سوی دیگر ترسیم نقشه راه مشخص و برنامه عملیاتی دقیق به همراه زمان‌بندی شفاف توسط دستگاه‌های اجرایی مسئول باعث کاهش سردرگمی در اجرا و ایجاد امکان پایش دقیق نحوه انجام فعالیت‌ها در راستای اهداف از پیش تعیین شده خواهد بود.

موضوع اصلی بعدی در رابطه با پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان پزشکان مسائل مربوط به ظرفیت بخش دولتی بود. پس از تحلیل داده‌های کیفی بر حسب میزان تکرار شوندهای کدهای مختلف، به ترتیب ایجاد فضا و تجهیزات کافی در بخش دولتی، فراهم نمودن نیروی انسانی کافی در مراکز دولتی مناطق مختلف، آموزش و

(۱۴). همچنین مطالعه دیگری رابطه‌ای مثبت و معنی دار میان اجازه به اشتغال همزمان پزشکان در روستاها و مناطق محروم با افزایش عرضه خدمات در این مناطق یافت (۱۵). در کنار این موارد استفاده از مدیران لایق و شایسته و برگزاری دوره‌های توجیهی و آموزشی برای مدیران بخش دولتی نیز در اجرای موفق این طرح اهمیت به‌سزایی خواهد داشت. در نهایت توجه به موارد لجستیک و فراهم‌سازی امکانات لازم برای پشتیبانی از پرسنل تمام وقت در مراکز دولتی نیز از جمله مواردی است که از اهمیت برخوردار بوده و اغلب مغفول می‌ماند. همان‌طور که می‌دانیم در بسیاری از مراکز دولتی، امکاناتی از قبیل کتابخانه، اینترنت، محل کار، محل استراحت، تغذیه و ... یا به میزان کافی وجود نداشته و یا در خور شأن پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت نیست. در صورتی می‌توان از پزشک انتظار داشت که تمام زمان خود را در بخش دولتی سپری نماید، که امکانات رفاهی و شرایط زندگی مناسب در این بخش را برایشان فراهم آوریم. در مطالعه دیگری نیز از وضعیت نامناسب امکانات و تسهیلات رفاهی در بخش دولتی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر حضور کم کارکنان و به‌ویژه اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشورمان یاد شده است (۱۶).

در نهایت آخرین چالش و پیش‌نیاز اجرای قانون از دید صاحب‌نظران، مقاومت‌های موجود و لزوم غلبه بر آن بود که به ترتیب اهمیت مواردی نظیر به خطر افتادن منافع افراد، عدم اعتماد جامعه پزشکی و غلبه بر نفوذ و لابی‌های افراد را شامل می‌شود. همان‌طور که در متون مربوط به اصلاحات سلامت بدان اشاره می‌شود، مقاومت در برابر تغییر همیشه وجود دارد. یکی از علل این امر دلایل روانشناختی و نامأنوس بودن ساختارهای جدید برای افراد است؛ در حالی‌که دلیل شایع‌تر آن در بحث اصلاحات نظام سلامت، ایجاد هزینه و به خطر افتادن منافع برخی از گروه‌ها در اثر اعمال تغییرات است. بدین ترتیب با تحول

ساختارهای فعلی افرادی که تا کنون نسبت به سایرین موفق تر بوده و بیش‌ترین درآمد و قدرت را داشته‌اند، احتمالاً بیش‌ترین تأثیر منفی را از اصلاحات خواهند پذیرفت. بنابراین منطقی‌ترین پاسخ رفتاری ایشان به کار بستن تمامی منابع موجود و تشکیل ائتلاف در برابر اصلاحات و مقاومت در برابر تغییرات مورد نظر سیاست‌گذاران می‌باشد. غلبه بر این مقاومت نیز نیازمند رهبری معقول و منطقی است که البته این توان رهبری اغلب وجود ندارد (۱۱). یکی از دلایل این امر نیز عدم وجود مجریان لایق و عاری از تعارض منافع می‌باشد. تعداد قابل توجهی از مدیران و مسئولین اجرایی در نهادهای مجری پزشک هستند و علاوه بر اشتغال همزمان به فعالیت خصوصی و تعارض منافع و عدم تمایل به اجرای قانون، از تجربه و مهارت مدیریتی کافی برای کاهش مقاومت در برابر تغییر کارکنان خود بهره‌مند نمی‌باشند. یکی دیگر از چالش‌های مقاومت در برابر تغییرات نظام سلامت نیز عدم وجود قدرت و منابع کافی و سازماندهی ضعیف گروه‌هایی است که بیش‌ترین نفع را از اصلاحات می‌برند (۱۱). در کشور ما نیز قانون منع اشتغال پزشکان احتمالاً بیش‌ترین سود را برای قشر متوسط و نیازمند جامعه و پزشکان جوان‌تر خواهد داشت که این گروه‌ها در مقایسه با افراد متمول و پزشکان پرنفوذ از سازماندهی و قدرت بسیار کمی برخوردارند. در کنار این موارد اجرای چند طرح ناموفق در کارنامه وزارت بهداشت و عدم تحقق منابع و وعده‌های داده شده سبب بی‌اعتمادی جامعه پزشکی و مقاومت هرچه بیش‌تر در برابر قانون فعلی شده است. مشارکت ذینفعان در فرآیند تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی، واگذاری برخی امتیازها در قبال پذیرفتن محدودیت‌های قانونی، مشخص و شفاف نمودن منابع و محل تأمین اعتبار و در نظر گرفتن منافع افراد می‌تواند در کاهش این مقاومت‌ها کمک‌کننده باشد.

نتیجه‌گیری

مسائل مالی، مسائل مربوط به اجرا و نظارت، مسائل مربوط به ظرفیت بخش دولتی و مقاومت‌های موجود با توجه به عدم اعتماد جامعه پزشکی و به خطر افتادن منافع ایشان از مهم‌ترین موضوعات مطرح شده از دید صاحب‌نظران در رابطه با پیش‌نیازها و چالش‌های اجرایی قانون منع اشتغال همزمان می‌باشند. واقعی شدن تعرفه‌ها و کم‌شدن فاصله درآمدی بخش دولتی و خصوصی و همچنین تأمین منابع کافی و پایدار از مهم‌ترین موارد مربوط به مسائل مالی می‌باشند. همچنین ایجاد تعهد در سطوح بالا و تقویت نظارت و استفاده از ابزارهای کنترلی مناسب از مهم‌ترین موضوعات اجرایی و نظارتی و ایجاد فضا و تجهیزات و همچنین فراهم آوردن منابع انسانی کافی در بخش دولتی از مهم‌ترین موارد مطرح شده در رابطه با مسائل مربوط به ظرفیت بخش دولتی می‌باشد. در مطالعات مختلفی که در کشورمان به انجام رسیده است، برخی از این موارد به عنوان مشکلات نظام سلامت معرفی شده‌اند. بدیهی است در صورت اصرار بر اجرای قانون منع اشتغال همزمان، مسئولین می‌بایست به این موارد توجه ویژه‌ای داشته و اهتمام کافی برای برطرف ساختن مشکلات و تأمین موارد مذکور را به کار بندند. نگاهی به موارد طرح شده در این زمینه نشان می‌دهد برخی از موارد مذکور فرابخشی بوده و لزوم

هماهنگی و همکاری نهادها و سازمان‌های مختلف در وزارتخانه‌ها، سازمان‌های صنفی، و قوای سه‌گانه را می‌طلبد.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کسب شد. اطلاعات شخصی و محرمانه افراد نیز محفوظ ماند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچگونه تضاد منافی نداشتند.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه که با صبر و حوصله در انجام این مطالعه همکاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Bayat M, Zalani GS, Harirchi I, Shokri A, Mirbahaeddin E, Khalilnezhad R, et al. Extent and nature of dual practice engagement among Iran medical specialists. *Human resources for health*. 2018;16(1):1-10.
2. Bian Y SQ, Jan S, Yu J, Meng Q. Dual practice by public health providers in Shandong and Sichuan Province, China. *London: London School of Hygiene and Tropical Medicine*; 2003.
3. Gruen R AR, Begum T, Killingsworth J, Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Social Science and Medicine*. 2002;54(2):267-79.
4. Jan S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P, et al. Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? *Bull World Health Organ*. 2005;83(10):771 - 6.
5. García-Prado A, González P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy*. 2007;84(2-3):142-52.
6. Akbari Sari A BS, Ghanati E , Naderi M , Tabatabaei Lotfi S M , Olyae Manesh A , Emami Razavi S H. Implementing the Full-time Practice in Iran Health System – Perceptions of the Medical University Chancellors on its Challenges, Consequences and Effective Solutions. *Hakim journal* 2012.
7. Counseling and Health Sector Reform Secretariat. Status of the Iranian health system: Challenges and solutions. Ministry of Health and Medical Education. 2008.
8. The World Bank Group. Islamic Republic of Iran health sector review. The World Bank Group. Human Development Sector Middle East and North Africa. Report no.: 39970 – IR. 2007.
9. Tarighat-Monfared M, Akhavan-Behbahani A, Hasanzadeh A. Principles and foundations of Iran's national health policy based on comparative studies 2008.
10. World Health Organization. The world health report 2006: Working together for health. Geneva, Switzerland, world health organization. . 2006.
11. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right. Oxford University Press. 2002.
12. Berman P, Cuizon D. Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries. Issues Paper–Private Sector, London: DFID Health Systems Resource Centre. 2004.
13. Hipgrave DB, Hort K. Dual practice by doctors working in South and East Asia: a review of its origins, scope and impact, and the options for regulation. *Health Policy Plan*. 2014;29(6):703-16.
14. Meliala A, Hort K, Trisnantoro L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: The role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Social science & medicine* (1982). 2013;82:30-4.
15. Rox C, Giles J, Satriawan E, Marzoeki P, Harimurti H, Yavuz E. New Insights into Provision of Health Services in Indonesia: A Health Workforce Study. Washington: The World Bank; 2012.
16. Damari B, Vosogh-Moghadam A, Abachizade K. Review Health Human Resources and suggestion interventions. Secretariat of the Health Policy and Reform Council. 2003.

Original Article

The prerequisites and executive challenges of the law prohibiting the physicians' dual practice in Iran

Marjan Vejdani^{1,3}, Fatemeh Kokabisaghi^{2,3}, Javad Moghri^{3,2,*}

¹ PhD Student In Health Service Management, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant, Department of health economic and management sciences, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 23 January 2022

Accepted: 28 September 2021

Abstract

Background: Legislation on the physicians' dual practice and how to implement is limited. This study aimed to determine the prerequisites and executive challenges of the law prohibiting the physicians' dual practice in Iran.

Materials & Methods: In this qualitative study 41 stakeholders (consists of the members of parliament (MPs), former health ministers, heads of medical schools, hospital managers/heads, Ministry of Health officials, insurance and social security organization officials, general and specialist physicians, university professors and relevant experts) were selected by purposeful sampling. Data were collected using in-depth semi-structured interviews. The interviews were recorded and transcribed verbatim. The Framework analysis was used to analyze the data.

Results: Important challenges to the implementation of the law prohibiting the physicians' dual practice of physicians in the public and non-governmental sectors, including the four main concepts of financial issues, issues related to implementation and supervision, issues related to the public sector capacity, and existing resistance.

Conclusion: Coordination and cooperation of various institutions and organizations in ministries, trade unions, and the three forces to solve problems and meet the needs seem necessary.

Keywords: Physician, dual practice, Law, Iran
