

پزشکان عمومی و رضایت شغلی

کل چیزی بیشتر از جمع جبری اجزا است!

رضایت شغلی متأثر از عوامل گوناگونی از جمله خود آگاهی مبنی بر شناخت نقاط قوت و ضعف خود و تهدیدها و فرصتها، وجود چالش‌های شغلی، تنوع‌پذیری، رویکرد مثبت شغلی، سبک زندگی متعادل و هدفمندی است. دو عامل امنیت اقتصادی و هویت علمی نیز از مهمترین عوامل تاثیرگذار در رضایت شغلی پزشکان عمومی است و گرایش غالب آنان به ادامه تحصیل در رشته‌های تخصصی را با دو انگاره‌ی زیر توجیه می‌کند:

۱- امنیت اقتصادی پزشکان متخصص بسیار بالاتر از پزشکان عمومی است.

۲- هویت علمی پزشکان متخصص بیشتر از پزشکان عمومی است.

با بررسی موردی هر یک از مولفه‌ها نگاهی دقیقتر به یکی از مهمترین حرفه‌های حوزه‌ی سلامت یعنی پزشکی عمومی بیاندازیم:

۱- **امنیت اقتصادی:** زمانی پزشکی عمومی شغلی با درآمد بالا محسوب می‌شد اما در حال حاضر وضع اقتصادی پزشکان عمومی نسبت به بسیاری از شغل‌های دیگر و نیز تحصیلکرده‌های رشته‌های دیگر در سطح پایین قرار دارد. همین امر پزشکان بویژه پزشکان عمومی را با توجه به سطح تحصیلات آکادمی‌شان، جزء ناراضی‌ترین گره‌های شغلی در جامعه‌ی امروز ایران قرار داده است. پزشکان عمومی هم به دلیل نسبت بالاتر در تعداد جمعیت شاغل و هم به دلیل نسبت پایین تقاضا به عرضه‌ی خدمات‌شان بیشترین آسیب را از وضع بحرانی اقتصاد می‌خورند. این را از مقایسه‌ی ساده‌ی وضع زندگی و رفاهی پزشکان عمومی با همکلاسی‌هایشان که پس از تحصیلات متوسطه راه بازار را به دلیل عدم قبولی در کنکور یا انتخاب آگاهانه برگزیدند، می‌توان به‌سادگی دریافت. پزشکان عمومی به دلیل کسب رتبه‌ی بالا در کنکور قاعدتا از هوش و توانمندی‌های ذهنی بالایی نسبت به دیگران برخوردارند، اما همین توانایی باعث شده که در چنبره‌ی اقتصاد ناکارآمد پزشکی جامعه‌ی ایران گرفتار شوند. شاید اگر بسیاری از آنان مسیر دیگری را برای کسب درآمد انتخاب می‌کردند، به‌واسطه‌ی توانمندی‌های ذهنی خود از جمله اراده، هوش، خستگی‌ناپذیری و دقت می‌توانستند از نظر اقتصادی و برخورداری از امکانات زندگی مناسب، فاصله‌ی بسیار زیادی از وضع کنونی خود داشته باشند. از سویی ترک حرفه‌ی پزشکی و پیوستن به تجارت و بازار، آنهم پس از سالهای طولانی ممارست تحصیلی و کسب اعتبار و هویت و البته علاقه به پزشکی، برای بسیاری از پزشکان عمومی نوستالژیک و بسیار گران و غیر قابل قبول می‌نمایند، ولی از سوی دیگر مقایسه‌ی روزمره‌ی خود با دیگر افراد جامعه و سطح توقع اقتصادی و رفاهی از پزشکان، آنان را برای گریز از وضع اقتصادی ناپه‌نجار و تمسک به شغل دیگر بسیار وسوسه می‌کند. این مسئله امنیت روانی و پویایی حرفه‌ای بسیاری از آنان را با چالش دوگانگی مواجه کرده و باعث عدم رضایت و رکود شغلی شده است.

آیا راهی برای گریز از این وضع پارادوکس وجود دارد؟ یعنی یک پزشک عمومی بتواند هم با بکارگیری دانش و اندوخته‌های پزشکی خود اعتبار و هویت حرفه‌ای خود را بهبود بخشد، بدون آنکه مجبور شود با انجام پراکتیس‌ها و خدمات غیرضروری و بعضاً غیر علمی داخل مطبی (مثلاً سرم‌تراپی و تزریقات غیر ضروری) از میانی پزشکی علمی و اخلاقی فاصله بگیرد و هم امنیت اقتصادی خود را بگونه‌ای تأمین کند که از سطح زندگی و رفاهی حداقل متناسب با موقعیت حرفه‌ای و اجتماعی خود برخوردار باشد؟! این همان معضلی است که پزشکان عمومی باید برای آن گامی تازه بردارند: آشتی حرفه‌ای با اقتصاد مولد!

در حال حاضر درآمد پزشکان عمومی نسبت به پزشکان متخصص تفاوت فاحش دارد. این تفاوت بسیار نامتناسب‌تر از آن است که طول زمان تحصیلات آکادمیک گروه‌های تخصصی و فوق تخصصی و تفاوت توانمندی‌های حرفه‌ای بتواند توجیه‌گر آن باشد. هر چند نسبت ۱۰.۰۰۰/۶.۰۰۰ و ۱۳.۰۰۰ تومان برای حق ویزیت پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص این میزان تناسب درآمد را منطقی جلوه می‌دهد ولی عواملی مانند تخصص‌گرایی افراطی، عدم وجود نظام ارجاع و پزشک خانواده، نسبت بالای جمعیت پزشکان عمومی، خدمات جانبی پر درآمد متخصصان (مانند عمل‌های جراحی، پراکتیس‌های داخل مطبی، بررسی‌های فرابالینی داخل مطبی و مداخلات تشخیصی و درمانی) دامنه‌ی این تفاوت را از ماهی کمتر از یک میلیون تومان (در تعداد کثیری از پزشکان عمومی) به بیش از ۱۰۰ میلیون تومان (در تعداد چشمگیری از متخصصان و پزشکان فوق تخصص) گسترانده است. به این فاصله‌ی طبقاتی بحران بیکاری درصد زیادی از پزشکان عمومی را نیز اضافه کنید. هر چند که تعدادی از پزشکان متخصص نسبت به بعضی از پزشکان عمومی درآمد پایین‌تری دارند. البته نقد کنونی معطوف به سازوکار اقتصادی درآمد بالا و بعضاً نامتناسب و ناصواب پزشکان متخصص یا فوق تخصص نیست بلکه نگاهی گذرا به فرایندهای نادرست اقتصادی حاکم بر فعالیت پزشکان عمومی دارد.

اساسا درآمد پزشکان وابسته به یک نیاز بوجود آمده بر ضد جریان توسعه‌ی جامعه است، البته اگر بپذیریم که ارتقای سلامت جامعه یکی از پیش‌نیازهای توسعه است. بقول دکتر اسل استین جونیور (Esselstyn jr.) «ما پزشکان در حال فروش بیماری به مردم هستیم» این فروش ناصواب روزی با بازار بد مواجه خواهد شد. ما در وضع کنونی، از نظر اقتصادی (و نه اخلاقی) نمی‌توانیم مدافع واقعی ارتقای سلامت آحاد مردم باشیم. این تعارض به بدبینی مردم نسبت به خواست و هدف واقعی پزشکان دامن زده است (ضرب المثل معروف: طبیبان خلق را رنجور می‌خواهند). ما باید از یک چیز نگران باشیم و آن این است که اگر مردم با اتخاذ رویکردهای سلامت محور از طریق موج رسانه‌های فرهنگ ساز کمتر بیمار شوند، با در نظر گرفتن اینکه تعداد پزشکان سال به سال در جامعه زیاد می‌شود، غالب پزشکان اعم از عمومی یا متخصص دچار بحران اقتصادی می‌شوند. چرا که اقتصاد کنونی پزشکان به دلیل وجود سیستم حق ویزیت (Fee for Service) در جهت توسعه‌ی پایدار نیست بلکه در تباین با آن است.

این تصور که «تا انسان است بیماری هم است» با واقعیت تلاش آدمی برای ارتقای استانداردهای زندگی و تندرستی در تضاد است. احتمالاً مراکز درمانی اگر فکری اساسی نکنند در آینده مجبور خواهند شد غالباً خدمات خود را بیشتر به کسانی که بخاطر افزایش سن و پیری از مشکلاتی رنج می‌برند، متمرکز کنند و این نمی‌تواند جوابگوی هزینه‌های سرسام‌آور چنین مراکزی شود. چرا که میزان عرضه‌ی خدمات پزشکی از تقاضای خدمات درمانی بیماری‌ها فزونی می‌گیرد و پزشکان دیگر نخواهند توانست از راه بیماری مردم، درآمد کسب کنند. در واقع رعایت الگوهای سبک صحیح زندگی و شناخت شاخص‌های ارتقای سلامت خواهد توانست نیاز بسیاری از کودکان، جوانان، میانسالان، و حتی سالمندان را به خدمات پزشکی به حداقل برساند.

سیستم حق ویزیت نمی‌تواند اصلاً جوابگوی تامین اقتصادی سیستم‌های خدمات سلامت محور باشد، زیرا در نظام‌های خدماتی سلامت‌محور، آغاز و پایان یک بسته‌ی خدمت در بستر یک فرایند طولانی و پرونده‌سازی دقیق شکل می‌گیرد که گاهی چندین ساعت یا چندین روز طول می‌کشد. در حالیکه در سیستم‌های حق ویزیت که آنهم بدون برآورد صحیح هزینه‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری یک مرکز درمانی در قالب یک بخش‌نامه‌ی دولتی یا نیمه‌دولتی تعیین می‌شود، زمان ویزیت حداکثر ۱۵ دقیقه در نظر گرفته می‌شود. چالش تولید تعیین حق ویزیت بین سازمان نظام پزشکی و دولت، آنهم بر سر چندرغاز تفاوت، بیشترین تاثیر را انحراف ذهن پزشکان از اصل ماجرا داشته است. در واقع اصل ماجرا باید انجام اصلاحات اساسی در بسته‌های خدمتی پزشکان و تمرکز بر اقتصاد مولد در نظام سلامت، آنهم توسط خود نهاد صنفی باشد که متأسفانه در حال حاضر به دلیل درگیری با تعرفه‌های دولت‌فرموده فرسنگ‌ها از آن دوریم!

پزشکان عمومی می‌توانند با تغییر سیستم خدمات خود نه تنها بر عقب ماندگی اقتصادی و درآمد پایین خود فائق آیند بلکه می‌توانند به نسب سالیان ممارست و تحصیل و نیز تراز تحصیلی-مدرکی خود به یک درآمد آبرومند با حاشیه‌ی امن دست یابند. یک اقدام آن است که به جای اقتصاد بیماری محور به اقتصاد سلامت محور متکی شوند. این اقدام بیشترین بازده را در اقتصاد پزشکان عمومی خواهد داشت، چون اساساً اقتصاد سلامت محور از چارچوب کاری پزشکان متخصص که اقتصاد خود را وابسته به وجود بیماری‌های عضو یا سیستمی تعریف کرده‌اند، خارج است. در حالیکه که پزشکان عمومی می‌توانند با ایجاد ساختار خدمات مبتنی بر اصلاح الگوهای رفتاری و فرهنگی مراجعان خود از طریق فروش سلامت (و نه بیماری) بازار جدیدی برای خود ایجاد کنند. این ساختار جدید علاوه بر اینکه با الگوهای توسعه‌ی پایدار هم‌خوانی دارد می‌تواند پزشکان عمومی را مجدداً در نقطه‌ی محوری مناسبات حاکم بر اقتصاد سلامت و درمان قرار دهد و نقش برجسته‌ای در تعدیل ناهمگونی و رفع ناکارآمدی اقتصاد پزشکی داشته باشد.

اقدام دیگر اجرایی شدن هر چه سریعتر نظام ارجاع و سطح بندی خدمات است. در این حالت پزشک عمومی در جایگاه پزشک خانواده تصمیم‌گیرنده‌ی اصلی در حلقه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جامعه و بخش خصوصی خواهد بود. این جایگاه نقش مهمی در تعدیل مناسبات اقتصادی بیمار-پزشک و بیمه خواهد داشت. پزشکان عمومی باید با عضویت و حمایت نهاد صنفی خود، در فرایندهای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری شورای عالی نظام پزشکی و وزارت بهداشت نقش موثرتری را ایفا کنند. این در حالی است که تعداد اعضای پزشک عمومی در سازمان‌های نظام پزشکی و شورای عالی نظام پزشکی تناسبی با تعداد آنها در کل پزشکان ندارد، چرا که تقریباً ۷۰ درصد جامعه‌ی پزشکی را پزشکان عمومی تشکیل می‌دهد. دلیل مقاومت گروه‌های پزشکی متخصص و فوق متخصص به اجرای نظام اجرا قابل درک است و طبیعی است تا زمانی که پزشکان عمومی نقش خود به عنوان متولی اصلی نظام ارجاع در نهادینه کردن آن ایفا نکنند نمی‌توان انتظار چندانی در تسریع اجرای آن داشت.

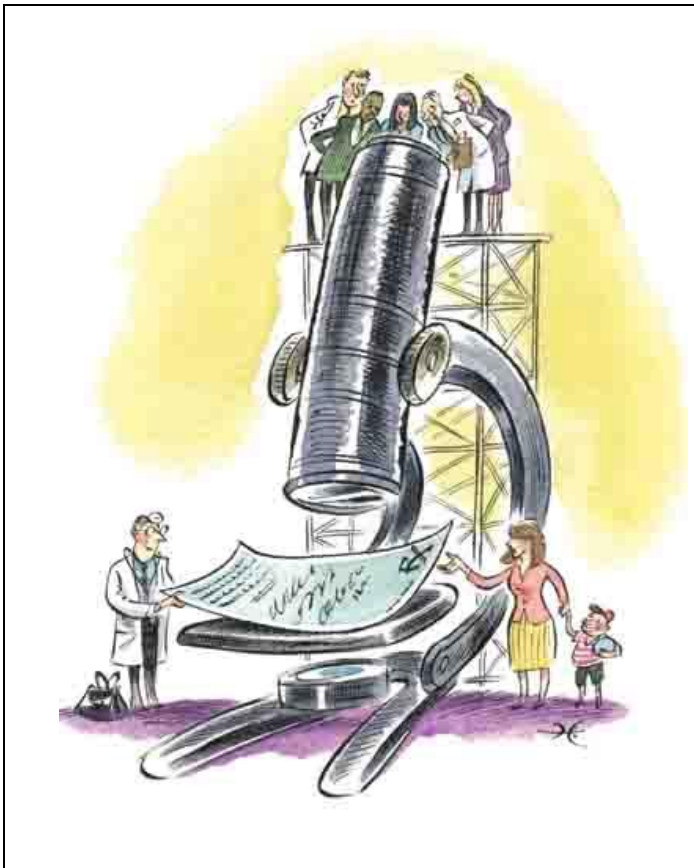


همچنین پزشکان عمومی در قالب بسته‌های خدمتی خود می‌توانند خدمات پیشگیری را علاوه بر خدمات درمانی از راه سیستم‌های اسکرینینگ و یافتن عوامل خطر در مراجعان خود ارائه دهند تا با ارزیابی و پیشگیری اولیه و ثانویه که عموماً می‌تواند از وظایف پزشک خانواده باشد، بر کاهش شیوع و بروز بیماری مراجعان خود تاثیر شگرفی داشته باشند. این نوع خدمات می‌تواند مناسبات اقتصادی جدیدی را در قالب سیستم‌های پرداخت سرانه (Capitation) ایجاد کند و تاثیر مثبتی بر درآمد پزشکان عمومی داشته باشد.

۲- اعتبار علمی: متأسفانه ساختار دانشگاه‌های ما نیز به‌مانند نظام درمان از هم‌همی تخصص‌گرایی افراطی در امان نمانده است، بگونه‌ای که پزشکان عمومی به رغم داشتن مدرک دکترای حرفه‌ای از عضویت در هیات‌های علمی دانشگاه‌ها محروم هستند. و این در حالی است که در رشته‌های دیگر حتی با داشتن مدرک فوق لیسانس می‌توان عضو هیات علمی شد. هرچند امروزه دانشگاه و آموزش و تحقیق دانشگاهی تنها راه کسب معرفت و حتی امتیاز علمی نیست اما به دلیل وابستگی فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی و پژوهشی در رشته‌ی پزشکی (به‌عنوان نوعی سرمایه‌گذاری بلند مدت) به منابع دولتی، تقریباً نوعی گسستگی علمی و حرفه‌ای برای پزشکان غیر دانشگاهی پدید آمده است. پزشک عمومی تنها می‌تواند دل خود را به اخذ امتیازهای بازآموزی برای تمدید پروانه‌ی مطب خوش کند و این برای اغنای آن دسته از پزشکان عمومی که مشتاق فعالیت علمی و پژوهش‌اند، کافی نیست. آنهم با ساختار غیر پویای برنامه‌های آموزش مداوم که عموماً از تنوع موضوع ولی با عمق کم برخوردار است. زیرا قرار بر این شده که پزشکان با شرکت در این برنامه‌ها عمدتاً دانسته‌های دوران دانشگاهی خود را به‌روز کنند و نه مشارکت در تولید علم کنند.

ساختار مراکز درمانی اعم از مطب، درمانگاه و بیمارستان (بخش خصوصی) نیز بگونه‌ای شکل گرفته است که امکان و مجال برای پزشک عمومی نمی‌ماند تا بتواند با توجه به هزینه‌های نه‌چندان مقرون به صرفه‌ی بخش خصوصی، خدمات خود را در قالب یک پروژه‌ی علمی انجام دهد. لذا مجبور می‌شود عطای فعالیت علمی را به لقای معیشت ببخشد و تنها گاهی با مطالعه، اینترنت، شرکت در بازآموزی‌ها و رسانه‌های دیگر، تنها یک مصرف‌کننده‌ی خوب علم که آنهم غالباً محصول کشورهای توسعه‌یافته است، باقی بماند. این سرنوشت اکثر پزشکان عمومی است که زمانی از نخبگان ذهنی و علمی جامعه خود بودند ولی بتدریج از محیط‌های علمی مخصوصاً دانشگاه‌ها بدور مانده‌اند.

علم هدف نیست بلکه ابزاری است که انسان را برای رفع نیازها و خواست‌های خود توانمند می‌کند. آدمی از طریق علم که چیزی جز تجربه‌ی مدون وی نیست، می‌تواند به شناخت بهتر از خود و دنیای اطراف خود برای ساختن زندگی بهتر برسد. تحصیلات عالی، مدرک و امتیازات علمی این امکان را بوجود می‌آورد که انسان مجهز به ابزار نیرومند دانش و تخصص شود. بسیاری از پزشکان عمومی انگیزه‌ی زیادی برای فعالیت علمی و مشارکت در تولید علوم پزشکی دارند و در پی ارتقای هویت علمی خود هستند. آنان می‌خواهند فعالیت حرفه‌ای خود را بگونه‌ای سامان دهند که بتوانند بخشی از فعالیت‌های خود را بدور از روزمرگی‌های شغلی در محیط‌های آرامش‌بخش و سازنده‌ی علمی بگذرانند. اما الیگارشی آکادمیسی‌های تخصص‌گرا فضایی را برای فعالیت پزشکان عمومی در محیط‌های دانشگاهی مهیا نکرده است. همه چیز به هیات‌های علمی ختم می‌شود که هر گونه طرح یا برنامه‌ی علمی-پژوهشی را باید از صافی‌های بوروکراتیک از پیش تعیین شده‌ی کلاسیک و غالباً قدیمی بگذرانند. در واقع دانشگاه، مدرک، تیترو امتیاز علمی آنقدر در فرایند برخورداری از امتیازات اجتماعی، بودجه‌ای و اقتصادی نقش مرکزی و تعیین‌کننده را پیدا کرده است که هدف و وسیله جای خود را تعویض کرده‌اند. یعنی تحصیلات عالی و اخذ مدارک و مدارج عالی هدف شده است و رشد علمی و ارتقای خدمات پزشکی وسیله!



دانش تخصصی در پزشکی از ملزومات دنیای مدرن است، اما این دانش نباید تنها از طریق کوریدورهای باریک امتحانات رزیدنتی راه خود را به جامعه باز کند بلکه می‌تواند و البته باید از طریق آمیزه‌ی حرفه‌ای و علمی که مستقیماً نیازهای رو به تزاید جامعه را لمس می‌کند، خود را دائماً باز تعریف کند. بر این اساس دانش تخصصی منطبق با نیازهای جامعه بوجود می‌آید و از ایستایی و عقب ماندگی رشته‌های تخصصی نسبت به نیازهای روز جامعه جلوگیری می‌شود. ایالات متحده که مهد تخصص‌گرایی پزشکی است از این نظر مثال خوبی است. هنوز بهره‌وری سلامت به نسبت هزینه‌های آن (cost-benefit) در این کشور از بسیاری از کشورهای جهان در رتبه‌ی پایین‌تری قرار دارد ولی در عین حال در همان کشور گروه‌های پزشکی مختلف اعم از پزشکان عمومی، خانواده، فعالان و دیگر شاغلین حوزه‌ی سلامت جنبش‌هایی را در زمینه‌های مختلف از جمله پزشکی مکمل و جایگزین و پزشکی کل‌نگر برآه انداخته‌اند که با تعاریف کلاسیک رشته‌های تخصصی پزشکی کاملاً همخوانی ندارد. این رشته‌های نوپا در قالب علوم بین‌رشته‌ای دائماً مسئولان سیاست‌گذار و تصمیم‌گیر را به چالش می‌کشد تا در هنگام تعیین سطح‌بندی و تعریف تخصص‌های پزشکی، نیازهای روز جامعه و اهداف متولیان خدمات پزشکی را در نظر بگیرند.

پزشکان عمومی بعنوان محور اصلی خدمات سلامت می‌توانند بهترین مرجع تعیین نیازهای تخصصی پزشکی جامعه باشند و بدین طریق در تعیین کیفیت، نوع رشته‌ی تخصصی و نیز تعداد مورد نیاز متخصص نقشی اساسی داشته باشند. این نقش می‌تواند موازی با ساختار نظام آموزشی و دانشگاهی وجود داشته باشد تا پرورش نوع رشته‌ی تخصصی و تعداد متخصص با نیازهای واقعی جامعه همخوانی داشته باشد. گرایش روزافزون مردم در بسیاری از کشورها به رشته‌های غیر رسمی پزشکی از جمله طبیعت‌درمانی، کایروپراکتیک، هومئوپاتی، طب سوزنی دلالت بر آن دارد که پزشکی رسمی (Conventional Medicine) با ساختار صرف دانشگاهی نمی‌تواند آهنگ پیشرفت خود را با نیازهای واقعی حوزه‌ی سلامت در جامعه تنظیم کند و لذا در پاسخگویی به نیازهای سلامت دچار کاستی شده است. آنچه را که یک مسئول دولتی پزشکی رسمی نیاز می‌بیند، شاید پزشکی که در ارتباط مستقیم با مردم است، غیر ضروری بداند و برعکس. مصرف‌گرایی بی‌رویه‌ی خدمات پزشکی نیز به بحران ناکارآمدی پزشکی رسمی بیشتر دامن زده است. به‌عنوان مثال «ایران با جمعیت مشابه انگلستان، ۸ برابر این کشور دستگاه MRI دارد»^۱ و این در حالی است که کشور انگلستان از لحاظ شاخص‌های سلامت از ایران برتر است. پرسشی که مطرح می‌شود این است که چه کسانی یا چه نهادهایی مسئول پرورش متخصصان MRI بیش از نیاز واقعی جامعه بوده‌اند؟ آیا نیاز واقعی بیماران به MRI را تیمی متشکل از پزشک عمومی یا خانواده و متخصص بهتر تشخیص می‌دهد یا مثلاً متخصص رادیولوژی؟ این مشکل در مورد بسیاری از خدمات پر هزینه‌ی پزشکی نیز وجود دارد. یکی از دلایل اصلی این معضل ناشی از کنار گذاردن پزشک عمومی از مراکز علمی دانشگاهی و تصمیم‌گیری است.

پزشکان عمومی می‌توانند از طریق تقویت و مشارکت تشکلهای صنفی خود، نقش محوری نظام سلامت را چه در بخش دولتی و چه بخش خصوصی تقبل کنند و همچنین اندوخته‌ها و اطلاعات جامع خود درباره‌ی سلامت و بیماری‌های انسان و روش‌های گوناگون پیشگیری و درمان را به روز کنند تا بدون باریک‌بینی تخصص‌گرایانه و با ذهن باز و با در نظر گرفتن تمام موضوعات مرتبط با بیماران و مراجعان خود، خدمات «تشخیصی، پیشگیری و درمانی» مدیریت شده را به آنان ارائه دهند. این امتیازی است که عموماً از شرح وظایف پزشکان متخصص خارج است. این رویکرد می‌تواند جبهه‌ی جدیدی از فعالیت‌های علمی و پژوهشی را برای پزشکان عمومی مهیا کند که آنگاه خواهند توانست نشان دهند اعتبار و امتیاز علمی بهره‌مندی از دانش و تخصص باید از متن نیازهای واقعی جامعه (نه نیازسازی

و مصرف‌گرایی) به افراد و گروه‌ها اعطا شود. بدین ترتیب مراکز دانشگاهی و پژوهشی هم در نقش کاتالیزور جریان‌های علمی بین مردم و پزشکان (و نه به‌واسطه‌ی اتصال به دولت) نقش عمده‌ی خود را در به رسمیت شناختن مدارج و امتیازات علمی ایفا خواهند کرد.

دکتر شهرام آروین

پزشک عمومی

مدیرعامل موسسه‌ی پزشکی تندرستی ساوان

1-<http://www.hamshahrionline.ir/News/?id=75524>