نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، بهار ۱۴۰۳، شماره اول، صفحات

دیدگاه

نگرانی‌ها و چالش‌های فراروی طرح سلامت خانواده

حمید بهلولی[1*]، محمدجواد کبیر[2]

۱. *نویسنده مسئول: استاد مدعو سیاست‌گذاری عمومی و سلامت دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، مشاور دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، dr.bohloli@gmail.com
۲. دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۱۶

طرح سلامت خانواده ارائه شده توسط معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۴۰۳ در نظر دارد به جای طرح پایلوت شده پزشکی خانواده در کشور از مراقبان سلامت (یک ماما - یک کارشناس بهداشت) به جای پزشکان خانواده در سطح اول مراقبت استفاده کند. بدین‌وسیله نکاتی تحت عنوان ۱۶ نگرانی و چالش فراروی این طرح در جهت بررسی و اخذ تدبیر به منظور اصلاحات لازم پیش از اجرای طرح که با طراحی فعلی می‌تواند برای نظام سلامت کشور آسیب‌زا باشد، به عنوان یک وظیفه ملی و علمی ارائه می‌شود. امید است که در بازبینی و تبیین موضوع و اصلاح و اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های همگانی سلامت در کشور مفید و قابل استفاده باشد.

۱. طرح سلامت خانواده بر مبنای **به‌کارگیری نیروی طرحی و شرکتی (خرید خدمت) پیش‌بینی** شده است: اساس نظام مراقبت در ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی مبتنی بر ثبات نیروی انسانی، کارآمدتر کردن حیطه‌های دانش ومهارت برای انجام وظیفه‌های پیش‌بینی شده می‌باشد در بهره‌گیری از نیروی طرحی و شرکتی چالش‌های جدی وجود دارد: نخست اینکه نیروی طرحی و شرکتی در نظام سلامت ماندگاری ندارد؛ لذا با فلسفه پزشکی/ سلامت خانواده که می‌بایست پزشک/ مراقب سلامت منطقه، محیط و خانواده تحت پوشش را عمیقاً از لحاظ عناصر محیطی و اجتماعی، جسمی و روانی بشناسد منافات دارد. دوم اینکه درمجموع میزان دریافتی نیروهای طرحی/ شرکتی پایین‌تر از نیروهای پیمانی و رسمی است که در کنار عدم امنیت شغلی، انگیزه کافی برای مشارکت جدی در طرح را با چالش بیشتری روبه‌رو خواهد کرد. سوم اینکه تبدیل نیروهای طرحی به نیروهای ثابت با محدودیت‌های عمده در اعطای مجوز استخدام و بودجه مالی روبرو است. به صورتی که درحال‌حاضر تنها با بازنشستگی یک بهورز، می‌توان بهورز جدید را انتخاب و به آموزشگاه بهورزی فرستاد که طی آموزش دوساله او، همچنان روستا بدون بهورز ثابت خواهد بود. همین موضوع در به کارگیری مراقبان سلامت دائم و ماندگار نیز با شدت بیشتری خویش را نشان خواهد داد. علاوه بر اینکه نمی‌توان با آموزش کوتاه مدت ۳-۲ ماهه بعد از فارغ‌التحصیلی (ماما - کارشناس بهداشت) از دانشگاه، مراقب سلامت جامعه‌نگر تربیت کرد.

۲. **تغییرات دموگرافیک جمعیتی جغرافیایی**، میزان روستانشینی را به حدود ۲۳ درصد و میزان شهرنشینی و حاشیه‌نشینی را به ۷۷ درصد از جمعیت کل کشور تغییر داده است. در حال حاضر جمعیت روستانشین ۱۸/۹ میلیون نفر با حدود ۱۸۵۰۰ خانه بهداشت و قریب ۳۳۰۰۰ بهورز و ۲۷۰۰ مرکز جامع سلامت روستایی که به ازای هر ۴۰۰۰ نفر یک پزشک و هر ۷۰۰۰ نفر یک ماما به همراه سایر اعضای تیم سلامت تعریف شده در ساختار مراکز جامع سلامت روستایی و قسمت روستایی مراکز شهری- روستایی عهده دار ارائه خدمات تعریف شده منطبق با بسته خدمتی ابلاغی می‌باشند. و همچنین درشهرهای زیر بیست هزار نفر با جمعیت حدود ۴/۶ میلیون نفر، مراکز شهری-روستایی عهده دار ارائه خدمات مطابق ضوابط تعریف شده در طرح‌های شبکه و مفاد ابلاغی شیوه‌نامه برنامه پزشکی خانواده در جمعیت‌های روستایی، عشایری و زیر بیست هزار هستند. در این حال، پیش اجرای اولیه برای گسترش پزشکی خانواده در دو استان مازندران و شیراز از ده سال پیش مستقر و اجرا شده است با این فرض که بتوانند از طریق اجرایی کردن نظام مراقبت فعال خدمات اولیه سلامت را برای جمعیت تحت پوشش فراهم و تأمین کنند. بدان معنا اگرچه اجرای این برنامه در دو استان ذکر شده براساس فرایندهای تعریف شده محدودیت‌هایی را در بار مراجعات به خدمات تخصصی ایجاد می‌نماید ولیکن با اجرای برنامه مراقبت فعال پزشک و اعضای تیم سلامت با یک رویکرد منسجم کار تیمی مسئولیت سلامت جمعیت تعریف شده را به عهده گرفته و در قبال آن پاسخگو می‌باشند. به همین جهت تا حدود زیادی از چالش‌های پیش روی آن به نحو قابل چشمگیری کاسته شده است؛ اما برای موفقیت بیشتران نیازمند اقداماتی از جمله فرهنگ‌سازی و آموزش مردم، ارتقاء سطح دانش و مهارت پزشک خانواده و اعضای تیم سلامت می‌باشیم تا

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

بتوانند وظایف تعریف شده را به نحو مطلوب ارائه کنند. بنابراین با توجه به تجربه دو استان و کارکردهای پزشکی خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر انتخاب استراتژی خدمات با محوریت مراقب سلامت/ماما در مناطق شهری درعمل غیرممکن بوده و دارای بازتاب‌های اجتماعی بسیار منفی برای نظام سلامت خواهد بود. براساس شواهد موجود مطول شدن اجرای برنامه سلامت خانواده ارائه شده، در شهرهای منتخب همگی حاکی از فقدان منطق علمی و اجرایی مناسب در پیاده‌سازی طرح مذکور می‌باشد که نیازمند تجدیدنظر و بازنگری اساسی بر مبنای طرح شناخته شده پزشکی خانواده در چهارچوب ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور است. در یک جمله می‌توان گفت که وقتی جامعه روستایی از پزشک خانواده روستایی بهره می‌برد، نمی‌توان جامعه شهری را به دست مراقب سلامت/ ماما سپرد. این مشکل در کلان‌شهرها به صورت حادتری خود را نشان خواهد داد و در صورت اجباری کردن آن می‌تواند منجر به سلب مشروعیت از نظام سلامت کشور و بحران‌های سلامتی، اجتماعی و سیاسی شود.

۳. **تغییرات سیمای دموگرافیک سنی جمعیت (روستایی و شهری) ایران** به سمت سالمندی با افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر (فشارخون، قلبی‌عروقی - تنفسی، دیابت، سرطان‌ها و غیره) نیاز به غربالگری، مراقبت‌های پزشکی باکیفیت و به موقع و درمان اثربخش را پیش از پیش جدی نموده و نیازمند مراقبت، خدمات و درمان مبتنی بر دانش پزشکی و زنجیره ارجاع تخصصی می‌کند که در طرح پزشکی خانواده قابل حصول هست و در طرح سلامت خانواده مبتنی بر مراقب سلامت با نیروهای ناپایدار طرحی مغفول واقع می‌شود. از سوی دیگر مداخلات مورد نیاز برای اصلاح شیوه زندگی و کنترل عوامل خطرساز سلامت به عنوان یک ضرورت را مورد تأکید قرار می‌دهد که درآن می‌بایست جامعیت، پیوستگی و روابط بین اجزای خدمت و ارائه کنندگان خدمات توسط تیم سلامت با محوریت پزشک مورد توجه قرار گیرد که در طرح سلامت خانواده پیشنهادی به دلیل ترسیم فرایند ناکارآمد ارجاع و گسستگی در جامعیت خدمت مغفول است.

۴. **تفکیک ضرر بار و پر عارضه مدیریت بهداشت و درمان در نظام سلامت کشور** که از مشکلات و سدهای عمده منجر به نافرجامی نظام ارجاع اثربخش در کشور حتی در اندازه شبکه روستایی بهداشت و درمان کشور بوده است در طرح سلامت خانواده (تفکیک مراقب سلامت از پزشک خانواده) پیشنهادی، با آسیب‌زایی بیشتر همراه بوده و امکان شکل‌گیری نظام ارجاع را بیش از پیش دچار چالش زیانبار خواهد نمود. در طرح پزشکی خانواده، مراقب سلامت زیرمجموعه پزشک خانواده در یک فضای فیزیکی واحد بود و هرکدام به وظایف محوله می‌پرداختند و نمی‌توان از مراقب سلامت که به دو صورت جغرافیایی و فرآیندی از پزشک خانواده جدا گردیده است انتظار دانش و مراقبت پزشکی جامع داشت.

۵. **انتخاب ماما یا کارشناس بهداشت به عنوان مراقب سلامت** (با توجه به شرایط و نیازهای امروزین جمعیت که با ۴۰ سال قبل کاملاً متفاوت است) که فاقد تشخیص پزشکی است، موجب افزایش موارد مغفول بیماری بوده و ضمن ایجاد خسران جانی برای جمعیت تحت پوشش، موجب افزایش هزینه نهایی نظام سلامت به علت مراجعه دیرهنگام با مرحله پیشرفته‌تر بیماری برای درمان و توانبخشی خواهد بود.

۶. **افزایش سطح سواد اجتماعی و انتظارات رو به گسترش مبتنی بر حق انسانی آحاد جامعه روستایی و شهری** امکان مراجعه شهروندان به مراقبان سلامت/ ماما در غیاب پزشک را منتفی می‌کند و تنها یک لایه بی‌اثر در افزایش کیفیت خدمات سلامتی را به سلسله مراتب خدمات سلامت می‌افزاید که موجب افزایش هزینه نظام سلامت و طولانی شدن زمان انتظار برای دریافت خدمت، ناکارآمدی سیستم و افزایش بی‌اعتمادی به قابلیت نظام سلامت می‌شود.

۷. **صلاحیت علمی - قانونی ماما - کارشناس بهداشت در کسوت مراقب سلامت** در درخواست و تفسیر آزمایش‌های پاراکلینیک و رادیوگرافی و تجویز نسخه برای جمعیت عمومی، جای تردید و سؤال می‌باشد و جدا بودن آنها از پزشک که دارای چنین اختیار قانونی است، جمعیت تحت پوشش را دچار بلاتکلیفی و افزایش طول دوره درمان خواهد کرد. علاوه بر اینکه کوریکولوم آموزشی ماما متناسب با بیماری‌های زنان و مراقبت‌های بارداری بوده و دانش و مهارت آنها برای مراقبت و درمان عمومی زنان مناسب نیست. همچنین، در مورد مراقبت و درمان مردان فاقد هرگونه آموزش و صلاحیت تخصصی می‌باشند و با توجه به شرایط فرهنگی کشور، نمی‌توان از ماما برای مراقبت و درمان مردان استفاده کرد. از سویی دیگر مردان جمعیت تحت پوشش نیز رغبتی به مراقبت توسط ماما نخواهند داشت. این شرایط موجب خارج شدن گستره وسیع جمعیت مردان از پوشش خدمات سلامتی خواهد شد. با توجه به این امر که جامعه ایران به سمت سالمندی می‌رود و ما با جمعیت بالای ۶۰ سال مردان مواجه خواهیم بود که مشکلات اورولوژی و پروستات در این جمعیت بار بیماری زیادی را خواهد داشت. در این صورت تشخیص به‌موقع نقش مهمی در سلامت مردان خواهد داشت و استفاده از ماما به عنوان خط اول مراقبت جدا از پزشک موجب عدم مراجعه مردان با این نوع از مشکلات سلامتی به ماما خواهد شد.

۸. باید توجه داشت که **تطبیق نظام ارائه خدمات سلامتی با نظام تأمین مالی و بیمه** جزو چالش‌های مهم در هر نظام ارائه خدمت سلامت بوده و پایداری تأیید اسناد مالی خدمات ارائه شده از طرف مراقب سلامت غیرپزشک، توسط سازمان‌های بیمه

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

دچار تردید جدی است. جدا بودن بیمه سلامت سازمان تأمین اجتماعی از نظام بیمه سلامت کشور با مقتضیات و فرایندهای متفاوت این چالش را جدی‌تر خواهد کرد.

۹. **حذف طرح پزشک خانواده از کشور که طرحی رو به آینده بود** و برگشت به سیستم متکی بر خدمت‌دهندگان غیرپزشک توسط بهورز/ مراقب سلامت برای جمعیت شهری یک اقدام رو به عقب بوده و در مقایسه ایران با حتی همسایگانی چون ترکیه، امارات و عربستان، توسعه نظام سلامت کشور را دچار حرکت قهقرایی و افت شاخصهای سلامتی در کشور خواهد کرد. در جدول مستندات طرح به صورت تلویحی اشاره به پوشش جمعیت تحت پوشش ۳۰۰۰ نفره توسط یک مراقب سلامت و یک پزشک گردیده است که با نوشتار طرح متفاوت است. حال سؤال این است اگر طبق متن نوشتاری طرح سلامت خانواده جمعیت ۳۰۰۰ نفره تحت پوشش دو مراقب سلامت- ماما و یک پزشک خواهد بود چه تفاوتی با طرح پزشک خانواده دارد که از ۱۰ سال قبل اجرا گردیده و برای جمعیت ۳۵۰۰-۲۵۰۰ نفر یک پزشک و یک مراقب سلامت زیر نظر پزشک وجود داشته است؟! آیا تفاوت این طرح گسست ارتباط تیمی پزشک خانواده با مراقب سلامت و تبدیل پزشک خانواده به پزشک عمومی صرف است؟ باید پرسید با اجرای این طرح جایگاه پزشکان عمومی کشور در بخش غیردولتی و در گستره شهر و روستا چگونه خواهد بود؟

۱۰. **تبدیل نظام پزشکی خانواده با دهها نمونه قابل مطالعه جهانی و ده سال سابقه اجرایی در کشور** (اینجانب اجرای پزشک خانواده در هر دو استان مازندران و فارس را مطالعه میدانی نموده‌ام و با نقاط مثبت و منفی آن عمیقاً آشنا هستم) **با نظام ناآشنای سلامت خانواده بدون داشتن سابقه جهانی** تنها به بهانه کمبود پزشک فعال در کشور که خود نتیجه سیاست‌های غلط (آموزشی، به‌کارگیری، نگهداشت و تأمین معیشت پزشکان کشور درگذشته و حال است)، تنها پاک کردن صورت مسئله است و با ادامه این روند دامنه مهاجرت پزشکان به پرستاران و مراقبان سلامت نیز خواهد رسید. ما نویسندگان این مقاله قویاً به استفاده از تیم ترکیبی منابع انسانی با محوریت پزشک خانواده و با نگاه مجدد به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در یک نگاه کلان ملی - توسعه‌ای با راهبردهای عدالت در سلامت معتقد هستیم، ولی متأسفانه طرح مراقب سلامت را فاقد چنین ظرفیتی می‌بینیم.

۱۱. **پیاده کردن نظام سلامت خانواده نیازمند آموزش مراقبان سلامت آگاه از سلامت عمومی و خصوصاً آگاه از طب میانسالی و سالمندی بوده** که می‌توان از پرستار بهداشتی با کوریکولوم آموزشی ادغام یافته استفاده نمود و آنها را به عنوان نیروی ثابت و دائم و نه طرحی و شرکتی در یک تیم منابع انسانی ترکیبی با محوریت پزشک مسئول یک ناحیه به صورت منطقه تحت پوشش (کچمنت اریا) و با عضویت پرستار، ماما، کارشناسان بهداشت عمومی، تغذیه و بهداشت روانی به خدمت گرفت. آموزش پرستاران بهداشتی مناسب با توانایی‌های دوگانه درمان-بهداشت می‌تواند قدمی فرارو باشد که در دوره ۴ ساله دانشکده می‌بایست انجام یابد و درحال‌حاضر می‌توان با فراخوان دانشجویان ورودی تا دو سال اول تحصیل و با تغییر کوریکولوم آموزشی اقدام به تربیت پرستار بهداشتی نمود. مقایسه مراقب سلامت ماما/ کارشناس بهداشت با نرس پراکتیشنر آموزش‌دیده و باتجربه در کشورهای پیشرفته که در سیستم تریاژ سرپایی بیمارستان‌ها قبل از پزشک انجام وظیفه می‌نمایند و نه در پایگاههای بهداشت که مراجعه جمعیت تحت پوشش به پزشک خانواده خود است، مقایسه مع‌الفارق بوده و موجب غفلت سیستم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نظام سلامت کشور می‌شود.

۱۲. توجه به این موضوع نیز حیاتی است که **مابین دو راهبرد سیاستی ارائه خدمات در حوزه سلامتی یعنی (PC: Primary Care), (PHC:Primary Health Care) تفاوت ظریف و تعیین‌کننده‌ای وجود دارد** به صورتی که PC مراقبت اولیه، کوتاه‌مدت بوده، مفهوم محدودتری از خدمات «پزشکی خانواده» ارائه شده به افراد را توصیف می‌کند. درحالی‌که مراقبت‌های سلامتی اولیه PHC اصطلاح گسترده‌تری است که از اصول اصلی بیان شده توسط سازمان بهداشت جهانی در بیانیه آلماآتا نشأت می‌گیرد و رویکردی به خط‌مشی سلامت و ارائه خدمات را توصیف می‌کند که شامل خدمات ارائه شده به افراد (خدمات مراقبت اولیه) و «نوع سلامت عمومی» در سطح جمعیت می‌شود و نگاه ویژه‌ای به تعیین کننده‌های اجتماعی و محیطی سلامت دارد. این چنین رویکردی، توسط یک تیم سلامتی متشکل از پزشک اجتماعی، پزشک خانواده و کارشناسان بهداشت و تغذیه و روان و ارتباط و حمایت بین‌بخشی و فرابخشی تحت استراتژی‌های اجرایی افقی سلامت تنیده با استراتژی‌های اجرایی عمودی سلامت و در بلندمدت به نتیجه می‌رسد. نظام ارائه خدمات فعلی حتی در شبکه روستایی در سه دهه گذشته آرام آرام از راهبرد سیاستی PHC که در دهه اول بعد از انقلاب در حال شکل گرفتن بود، به راهبرد سیاستی PC (یعنی ارائه خدمات بهداشتی- درمانی در واحدها) بدون توجه به تأثیرات هوا، خاک، آب و محیط زیست و مؤلفه‌های اجتماعی چون فقر و اشتغال و حمل‌ونقل سالم، نحوه زندگی و غذای سالم و استرس و همجوشی اجتماعی تبدیل گشته است. امروزه خردجمعی در سازمان جهانی بهداشت بعد از نشست سال ۲۰۱۶ همه کشورها و دولت‌ها را به برگشت به PHC فرامی‌خواند. در پایان باید تأکید کرد که ارائه بهترین شکل از PC یعنی خدمات سرپایی در مراکز بهداشتی تحت پوشش به اضافه همه خدمات

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

بستری و بیمارستانی حتی در کشورهای توسعه یافته در حدود ۲۰ درصد بر سلامت مردم تأثیر می‌گذارد (طبق مطالعات در انگلستان این تأثیر ۱۶/۵) درصد است و ۸۰ درصد باقی مانده تحت تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به ویژه فقر و بیکاری و بقیه تعیین‌کننده‌ها است. به صورتی که مطالعات نشان می‌دهند، افزایش ۱ درصد به میزان جمعیت زیر خط فقر در حدود ۰۲ درصد از امید زندگی می‌کاهد. دسترسی به UHC، یعنی پوشش همگانی سلامت از مسیر PHC و توجه ویژه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی- محیطی که قابل دست‌یابی است. در ایران وظیفه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به عنوان جایگاه حکمرانی سلامت بیشتر معطوف به سیاست‌گذاری و ارتقا این سهم ۸۰ درصد از سهم سلامت عمومی از طریق هماهنگی‌های بین‌بخشی و بین‌ساحتی است، درعین‌حال نظارت بر سهم ۲۰ درصد تولی‌گری سلامت که باید با تغییرات ساختاری در شورای عالی سلامت و انتقال دبیرخانه این شورا به سطح راهبردی نهاد ریاست جمهوری نهادینه شود.

۱۳. **تغییرات پرسرعت در دنیای سایبری و تطبیق نظام سلامت کشورها همزمان با این روند امکان بازگشت به نظامات تاریخ گذشته را از کشورهای کمتر توسعه یافته می‌گیرد.** در همین رابطه کشورهای منطقه با سرعت در حال انجام رفرم‌های پردامنه‌اند. اصلاحات نظام سلامت در ترکیه و نهادینه کردن پزشک خانواده با مناطق تحت پوشش مشخص و مستقر و استفاده از تکنولوژی سایبری (که نیازمند زیرساختهای قابل اعتماد است) و برنامه رفرم سلامت در عربستان سعودی از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۳ با همین چشم‌انداز به منظور پاسخگویی به نیازهای در حال تحول جمعیت در جهان معاصر طراحی شده‌اند. ادامه این روند قهقرایی موجب شکل‌گیری شکاف دیجیتالی و خروج کشور از گردونه رقابتهای حوزه سلامت شده و نه تنها موجب خروج منابع انسانی حرفه‌ای نظام سلامت از کشور به سمت کشورهای پیرامونی می‌شود؛ بلکه در آینده خطر مهاجرت بیماران برای دریافت خدمات بستری (مطابق گزارش‌های اخیر در مورد بیمارستان‌های ترکیه) دور از انتظار نخواهد بود. این امر در داخل کشور موجب شیفت مراکز از خدمات ضروری سلامت به سمت خدمات القایی و زیبایی خواهد شد.

۱۴. **جایگاه ستاد سازمان جهانی بهداشت با وظایف و فضای کاری دفاتر کشوری آن دارای تفاوت‌های عمده‌ای است** و این دفاتر ناچارند در داخل هر کشوری با مقتضیات آن کشور خود را وفق دهند. به همین دلیل ادعای تأیید طرح بهداشتی- درمانی پیشنهادی در هر کشوری توسط دفتر سازمان جهانی بهداشت در آن کشور فاقد هرگونه ارزش علمی بوده و هیچگاه سابقه نداشته است که دفتری از این سازمان با اجرای پروژه‌ای در کشور محل مأموریت خود مخالفت نماید؛ چراکه تنها وظیفه مشاوره (ادوایزری) و تسهیل کنندگی دارند. طبیعی است که در هر کشور، برای ارزشیابی هر سیاست و رفرم نظام سلامت می‌بایست به دانشمندان و کارشناسان دارای استقلال رأی و به دور از تعارض منافع در آن حوزه علمی در داخل و خارج مراجعه کرد؛ اما نباید دو نکته را ازنظر دور داشت که اولاً، اولین اصل در ایجاد هر رفرم در نظام سلامت، پایداری منابع اعم از مالی و انسانی آن است. دوماً، تجربه کشورهای درحال توسعه نشان داده است که غلبه نگاه‌ها نئولیبرالی در رفرم نظام سلامت در این کشورها که متکی بر دست نامریی عرضه و تقاضای آدام اسمیت بوده، نتایج مناسبی به همراه نداشته و منجر به کاهش عدالت در سلامت و تخلیه کارشناسی نظام سلامت شده است.

۱۵. **پیش‌بینی موفقیت یا شکست یک سیاست/ برنامه/ طرح/ اقدام مبتنی بر شواهد و دلایل و براهین و محاسبه است و نه مبتنی بر غیبگویی.** شکست یک سیاست به دو دلیل عمده اتفاق می‌افتد. دلیل اول نهادینه شدن شکست، در طراحی یک سیاست است و این، زمانی است که در وضع یک سیاست هدف بیشتر دستاوردسازی و نمایش و یا دریافت بودجه و امثالهم است. دلیل دوم شکست، در اجرای سیاست است که خود موضوع مبسوطی است که در حوصله این مقال نمی‌گنجد.

۱۶. **از منظر تحلیل سازمانی، تفاوت عمده در اجرای دو مدل پزشکی خانواده و سلامت خانواده مبتنی بر نیروی انسانی غیرپزشک** این است که در مدل پزشکی خانواده، بوروکرات سطح خیابان مطابق نظریه لیپسکی، پزشک است و تنظیم‌گری و مقررات فقط چهارچوب‌های کلی فعالیت یک پزشک را مشخص می‌کند فلذا سازمانی که شکل می‌گیرد یک سازمان ارگانیک و منعطف می‌باشد. در حالی که در مدل سلامت خانواده موصوف بوروکرات سطح خیابان آن یعنی مراقب سلامت- ماما به سطح بسیار پایینی از قدرت تشخیص و تصمیم و مصلحت‌اندیشی سقوط خواهد کرد و متعاقباً موجب ایجاد سازمانی غیرمنعطف و مکانیکی خواهد شد و نحوه طراحی این نوع سازمان، شکلی از بوروکراسی ماشینری می‌بایست باشد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]