



# Analysis of Physicians' Retention Policies in Deprived Areas of the Islamic Republic of Iran

Davari F<sup>1</sup> , Alimohammadzadeh Kh<sup>2\*</sup> , Sajadi HS<sup>3</sup>, Ehsani-Chimeh E<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ph.D. of Health Care Management, Department of Health Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

<sup>2</sup>M.D., Ph.D., Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Ph.D., Associate Professor, Knowledge Utilization Research Center, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>Ph.D., Assistant Professor, National Institute for Health Research (NIHR), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

**Introduction:** The concentration of physicians in urban areas and the lack of specialist physicians in deprived areas is a global challenge. It is necessary to adopt specific, scientific and evidence-based policies to increase the health sector's resources and reduce inequality in the distribution and allocation of these resources in different regions of the country. The Ministry of Health and Medical Education, as the most important custodian of planning and policy-making for distribution of specialized manpower in Iran, has designed policies.

**Methods:** This study aimed to analyze the incentive policies for the retaining physicians in deprived areas of the country. This study has a qualitative – retrospective design to analyze the most effective policies using the Walt and Gilson policy model. Various methods were used to analyze the policies, including reviewing texts and documents.

**Results:** Findings of the study were classified based on the policy context, policy content, policy-making process and role makers in the four law (policies or plan) of service of physicians and paramedics, family physician plan, health transformation plan, and instructions on how to distribute the Specialized medical graduates. Five legal, political-economic, socio-cultural, international and structural factors were identified as policy making factors . In addition, attention to upstream documents and the use of evidence in policy-making were identified as strong points, and stakeholder ignorance and a top-down approach to planning were identified as common weak points of policies.

**Conclusion:** Considering the priority of needs, provision of resources and requirements, constructive interaction of planners, and continuous evaluation of programs are required to formulate and implement policies and interventions.

**Keywords:** Policy analysis, Survival, Physicians, Deprived areas

Sadra Med Sci J 2022; 10(2): 159-174.

Received: Jun. 15th, 2021

Accepted: May 21st, 2022

\* Corresponding Author: **Alimohammadzadeh Kh.** M.D., Ph.D., Associate professor, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Health Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Iran, alimohammadzadeh@iautmu.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۰، شماره ۲، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۱۵۹ تا ۱۷۴

تاریخ دریافت: ۰۰/۰۳/۲۵ تاریخ پذیرش: ۰۱/۰۲/۳۱

مقاله پژوهشی  
(Original Article)

## تحلیل سیاست‌های ماندگاری پزشکان در مناطق محروم جمهوری اسلامی ایران

فرشته داوری<sup>۱</sup>، خلیل علی محمدزاده<sup>۲\*</sup>، حانیه سادات سجادی<sup>۳</sup>، الهام احسانی چیمه<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> استادیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ایران

## چکیده

**مقدمه:** تمرکز پزشکان در مناطق شهری و کمبود پزشک متخصص در مناطق محروم یک چالش جهانی است. اتخاذ سیاست‌های مشخص، علمی و مبتنی بر شواهد در راستای افزایش منابع بخش سلامت و کاهش نابرابری در توزیع و تخصیص این منابع در مناطق مختلف کشور ضروری است. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان مهمترین متولی برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در زمینه توزیع نیروی انسانی متخصص در ایران، سیاست‌هایی را طراحی نموده است. این تحقیق با هدف تحلیل سیاست‌های تشویقی ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کشور انجام گردید.

**روش‌ها:** این مطالعه، بصورت کیفی و گذشته‌نگر در قالب تحلیل سیاست‌گذاری با استفاده از چارچوب مفهومی مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون انجام گردید. برای تحلیل سیاست‌ها از روش‌های مختلفی از جمله مرور متون و بررسی اسناد و مدارک استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های مطالعه براساس زمینه یا بافت سیاست، محتوای سیاست، فرآیند سیاست‌گذاری و نقش آفرینان در چهار قانون (سیاست یا طرح) خدمت پزشکان و پیراپزشکان، طرح پزشک خانواده، طرح تحول سلامت، و دستورالعمل نحوه توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی طبقه‌بندی گردید. پنج گروه عوامل قانونی، سیاسی، اقتصادی اجتماعی فرهنگی، بین‌المللی و عوامل ساختاری به عنوان زمینه‌ساز سیاست‌ها شناسایی شدند. توجه به اسناد بالادستی و استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری‌ها به عنوان نقاط قوت و نادیده گرفتن ذی‌نفعان و رویکرد بالا به پایین در برنامه‌ریزی از نقاط ضعف مشترک سیاست‌ها، شناسایی شدند.

**نتیجه‌گیری:** در تدوین و اجرای سیاست‌ها و مداخلات، توجه به اولویت نیازها، تامین منابع و الزامات، تعامل سازنده نقش آفرینان و ارزیابی مستمر برنامه‌ها ضروری است.

**واژگان کلیدی:** تحلیل سیاست، ماندگاری، پزشکان، مناطق محروم

\* نویسنده مسئول: خلیل علی محمدزاده، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد شمال، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران، alimohamadzadeh@iautmu.ac.ir

## مقدمه

از چند دهه پیش تاکنون، موضوع جذب و نگهداشت پزشکان در مناطق محروم و کم‌برخوردار در بسیاری از کشورهای جهان از جمله ایران، یک چالش جدی است (۱). تمرکز پزشکان در مناطق شهری و کمبود پزشک متخصص در مناطق کم‌جمعیت و شهرهای کوچک به علت نیاز بیشتر مردم این مناطق به خدمات پزشکی و دسترسی کمتر آن‌ها نسبت به مناطق شهری، یک نگرانی عمده محسوب می‌شود (۲). در هر جامعه، دسترسی مناسب به خدمات بهداشتی و درمانی ضروری است و با توزیع عادلانه و همگون خدمات سلامت در جامعه محقق می‌گردد. بهبود توزیع این خدمات در شهر و روستا از لحاظ کمی و کیفی، نشانه‌ای از سطح بالای توسعه‌یافتگی است (۳). همچنین کمبود کارکنان حوزه سلامت، گذشته از آثار اقتصادی و اجتماعی و تأثیر مستقیم آن در میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، کیفیت خدمات را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۴). بنابراین اتخاذ سیاست‌های مشخص، علمی و مبتنی بر شواهد در راستای افزایش منابع بخش سلامت و کاهش نابرابری در توزیع و تخصیص این منابع در بین مناطق مختلف کشور ضروری است (۵). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که مهمترین متولی سیاست‌گذاری در زمینه توزیع نیروی انسانی متخصص در ایران است، سیاست‌هایی مثل قانون خدمت پزشکان، طرح پزشک خانواده روستایی و شهری و بیمه روستایی، دستورالعمل نحوه توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی و طرح تحول سلامت را طراحی نموده است، اما تاکنون کارایی و اثربخشی لازم را نداشته است و مشکل عدم دسترسی به نیروهای متخصص در بسیاری از مناطق همچنان پابرجاست. بنابراین ارزیابی جامع و کامل این سیاست‌ها ضمن کمک به شناسایی وضعیت موجود، میزان تحقق اهداف و نقاط ضعف و قوت آن‌ها را نشان می‌دهد و امکان بهبود آن را فراهم می‌سازد. به نظر می‌رسد بخشی از این ارزیابی باید به تحلیل

سیاست و واکاوی مبتنی بر شواهد از منظر سیاست‌گذاری معطوف گردد تا با تعریف مشکل، و بررسی چگونگی تدوین و اجرای سیاست، تخصیص منابع و ابعاد تأثیرگذار بر روند سیاست‌گذاری، درک صحیحی از سیاستی که در واکنش به مشکل اجتماعی تدوین شده یا در حال تدوین است ایجاد گردد. با شفاف شدن ماهیت موضوع و تحلیل برنامه‌های گذشته، می‌توان گام‌های اساسی برای حل مشکلات حوزه درمان کشور برداشت. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف تحلیل سیاست‌های تشویقی ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کشور و به‌منظور بررسی چگونگی تدوین و اجرای این سیاست‌ها، و همچنین چگونگی تخصیص منابع و ابعاد تأثیرگذار بر روند سیاست‌گذاری انجام گرفت.

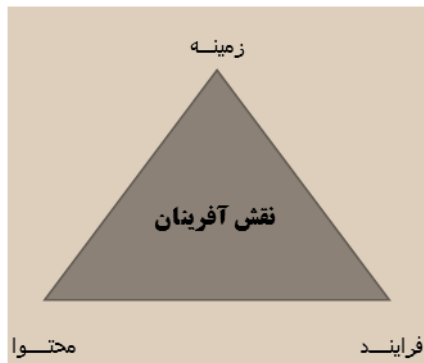
## روش‌ها

طرح مطالعه حاضر کیفی بود و به‌صورت گذشته‌نگر انجام گردید. تحلیل سیاست‌ها با مرور متون و بررسی اسناد و مدارک در قالب تحلیل سیاست‌گذاری با استفاده از چارچوب مفهومی مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون انجام شد.

ابتدا با توجه به اولویت‌بندی انجام‌شده مجلس خبرگان<sup>۱</sup> از بین ۸ بسته سیاستی مشتمل بر ۴۰ مداخله یا سیاست که پس از انقلاب اسلامی در قالب طرح یا برنامه، طراحی و اجرا گردیده؛ قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان، طرح پزشک خانواده، طرح تحول سلامت، و دستورالعمل نحوه توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی به‌عنوان

<sup>۱</sup> نتایج این جلسه مجلس خبرگان در مقاله‌ای از همین پژوهشگران با عنوان سیاست‌های تشویقی نظام سلامت در ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم ایران در مجله مدیریت اطلاعات سلامت (۹) منتشر شده است.

فرآیند اجرا دخیل هستند یا از آن تأثیر می‌پذیرند.



شکل ۱. چارچوب تحلیل سیاست‌گذاری والت-گیلسون این چارچوب که عمدتاً در کشورهای در حال توسعه کاربرد دارد، برای تحلیل مشکل و یافتن راه‌حل‌های مقابله با آن به کار می‌رود و می‌تواند در تحلیل اینکه چگونه مجموعه‌ای از عوامل مختلف در یک مشکل یا مسئله دخیل اند یا باعث تداوم آن می‌گردند، استفاده شود.

#### یافته‌ها

در این بخش، نتیجه تحلیل گذشته‌نگر سیاست‌های تشویقی با هدف تعیین روندها، تحلیل تصمیم‌ها و پیامدهای سیاست‌گذاری ماندگاری پزشکان در مناطق محروم ایران ارائه می‌گردد.

#### ۱- قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

نتایج حاصل از تحلیل قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان نشان داد که زمینه یا بافت مؤثر بر شکل‌گیری این قانون عوامل قانونی، سیاسی، اقتصادی اجتماعی، فرهنگی، بین‌المللی و عوامل ساختاری بوده است.

از جمله عوامل قانونی مؤثر بر شکل‌گیری این سیاست: تأکید مقام معظم رهبری به تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار (۶)، تأکید بر رفع محرومیت‌ها و لزوم برنامه‌ریزی برای توزیع متناسب و

سیاست‌هایی که بیشترین تأثیر را در افزایش طول مدت ماندگاری پزشکان دارند، برای تحلیل انتخاب شدند.

#### ۱- گردآوری داده‌ها

با مطالعه مروری و جستجو در پایگاه‌های داخلی از جمله Magiran, Irandoc, SID و پایگاه‌های داده خارجی مانند Elsevier, PubMed, Google scholar با استفاده از کلیدواژه‌های "قانون خدمت، پزشکان، پیراپزشکان، طرح نیروی انسانی، پزشک خانواده، نظام ارجاع، بیمه روستایی، تحول سلامت، نظام سلامت، سیاست‌گذاری سلامت، توزیع، متخصص، رشته‌های تخصصی، پزشکان متخصص؛ انجام شد و بیش از ۵۰ مقاله و سند گردآوری و مورد بررسی و مذاقه قرار گرفت که از بین آن‌ها ۲۲ نگارش که با موضوع مطالعه ارتباط بیشتری داشت و محتوای آن‌ها با توجه به هدف تحقیق، حاوی داده‌های مورد نیاز بود، انتخاب و مورد استفاده قرار گرفت و بقیه اسناد و تألیفات از مطالعه حذف شدند. پس از مطالعه عمیق منابع منتخب، طبقه‌بندی نهایی مفاهیم به‌دست‌آمده از داده‌ها؛ با استفاده از الگوی مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون انجام شد و یافته‌های مطالعه بر اساس زمینه یا بافت سیاست، محتوای سیاست، فرآیند سیاست‌گذاری و نقش‌آفرینان طبقه‌بندی و تحلیل گردید. چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون نشان می‌دهد که چگونه چهار بعد یاد شده در شکل‌دهی و اجرای یک سیاست با یکدیگر در تعامل هستند. (شکل ۱) زمینه به مجموعه‌ای از عوامل نظام‌مند سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ملی و بین‌المللی اشاره دارد که ممکن است سیاست‌گذاری سلامت را تحت تأثیر قرار دهد.

فرآیند به تمامی اقدامات و فعالیت‌های انجام‌شده طی اجرای سیاست اشاره می‌کند.

محتوا به مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات برنامه‌ریزی‌شده اشاره دارد که سیاست را به نتیجه می‌رساند و نقش‌آفرینان آن مجموعه‌ای از افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها هستند که در

تدوین و توسعه سیاست‌ها، برنامه‌ریزی توسعه منابع انسانی بهداشت و درمان، آموزش و توسعه مهارت‌ها، سرپرستی مدیریت منابع انسانی، کنترل و نظارت بر متخصصان بهداشت و درمان و تحقیق و پژوهش (۱۲).

همچنین لزوم برنامه‌ریزی برای رفع موانع دستیابی به اهداف توسعه سازمانی در هزاره سوم و مسئولیت دولت‌ها در تضمین دریافت خدمات مورد نیاز مردم را می‌توان از جمله عوامل بین‌المللی تأثیرگذار در ایجاد این قانون برشمرد (۱۳، ۱۴).

از عوامل دیگری که بر تصویب این قانون اثر داشت، عوامل ساختاری بود. بر اساس اعلام مرکز پژوهش‌های مجلس در سال ۱۳۸۲ امکان تأمین نیروی انسانی پزشکی مورد نیاز روستاها، بخش‌های محروم و دوردست و شهرهای کوچک از طریق پذیرش در چارچوب مقررات استخدام رسمی و پیمانی درازمدت، ضعیف بود و تکمیل ظرفیت‌های خالی در غیاب پزشکان طرحی میسر به نظر نمی‌رسید، لذا دولت با تصویب قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و الزام فارغ‌التحصیلان به خدمت در مناطق محروم و غیر برخوردار، به تلاش برای پاسخگویی نیاز این مناطق برآمد (۱۴).

## ۲- فرایند و محتوای شکل‌گیری قانون

پیرو مصوبه مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۱۳۶۷/۱۰/۳۰ مرکز پژوهش‌های مجلس در سال ۱۳۸۲ تصویب و اجرای قوانین و مقررات ناظر بر خدمت فارغ‌التحصیلان پزشکی و پیراپزشکی را الزامی دانست و بیان کرد که نه‌تنها در شرایط و زمان خود بلکه در حال حاضر هم برای تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی، تأمین موجبات دسترسی مردم و ارتقای سطح سلامت به‌ویژه مناطق روستایی و شهری دوردست و محروم، مؤثر و کارساز ارزیابی می‌شود و منابع اجتماعی و اقتصادی حاصل از آن‌همه جنبه و ارزشمند است (۱۵، ۱۶).

عادلانه نیروی انسانی (۷)، موظف بودن دولت به اتخاذ روش‌ها و سیاست‌های تشویقی و انگیزشی برای جذب متخصصین و فراهم نمودن زمینه‌های لازم و کافی برای تأمین، جذب و نگهداشت، رشد و تربیت نیروی انسانی در مناطق محروم و روستایی کشور، مجاز بودن وزارت بهداشت به انجام خرید خدمات تعریف‌شده از کارکنان به‌منظور افزایش کارایی و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی، همچنین بررسی و تأمین نیروهای پزشکی مورد نیاز سازمان تأمین اجتماعی بر اساس تفاهم و همکاری متقابل میان دو سازمان با اولویت مناطق محروم (۸) است. همچنین از آنجاکه یکی از آرمان‌های انقلاب اسلامی ایران، کمک به محرومان و توجه و خدمات‌رسانی به مناطق محروم از جانب مقام معظم رهبری یکی از اولویت‌های نظام است (۹) و تأمین عدالت در توزیع منابع انسانی، شاخصی برای سلامت عمومی است و در تحقق اهداف بلندمدت سند چشم‌انداز کشور نقش اساسی دارد (۸)، این موارد از جمله عوامل سیاسی تأثیرگذار بر شکل‌گیری این قانون مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بوده است. گسترش شهرنشینی با توزیع نابرابر امکانات و منابع بین قطب‌های برخوردار و محروم کشور، رابطه همبستگی مثبت بین میزان شهرنشینی و انواع بحران‌های اجتماعی اقتصادی و فرهنگی مانند طلاق، اعتیاد، خودکشی، سرقت و سن ازدواج (۱۱، ۱۰)، از جمله عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شکل‌گیری این قانون است.

عوامل بین‌المللی که برای شکل‌گیری قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان استخراج گردید، تأکید سازمان جهانی بهداشت بر کاهش نابرابری‌های سلامت و حرکت به سوی پوشش همگانی خدمات سلامت، و تعریف وظایف و برنامه‌های توسعه منابع انسانی در بخش بهداشت و درمان در قالب حوزه‌های کلیدی با عنوان زیر بود:

۳- برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری و بیمه روستایی  
نتایج حاصل از تحلیل این برنامه بر اساس مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون نشان داد که عوامل قانونی، سیاسی، اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، و بین‌المللی و انسانی زمینه‌ساز شکل‌گیری این قانون بوده‌اند.

تأکید بر اتخاذ روش‌ها و سیاست‌های تشویقی و انگیزشی برای جذب متخصصین در نواحی محروم، تأکید بر تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی و سطح‌بندی خدمات و اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات درمانی مناسب با نیاز نقاط مختلف کشور، موظف بودن وزارت بهداشت به بازطراحی و عملیاتی نمودن سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر خدمات اولیه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها و حاشیه شهرها و مناطق عشایری و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت (۱۷۰۸) تأکید بر بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی و کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی درمانی و منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع (۶) در میان عوامل قانونی مؤثر بر شکل‌گیری این سیاست طبقه‌بندی می‌شوند.

نباید فراموش کرد که تأکید بر شعار ایجاد عدالت توسط هرکدام از دولت‌ها پیش از روی کار آمدن، توجه به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌عنوان یکی از برنامه‌های اصلاحی در نظام سلامت ایران، و سیاست وزیر وقت بهداشت و درمان در سال‌های (۱۳۸۰-۱۳۸۴) در جایگاه یکی از مهمترین عوامل سیاسی مؤثر در شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی و بیمه روستایی (۱۸)؛ مطرح هستند. نتایج مطالعه مروری نشان داد که عوامل اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مانند بالا بودن هزینه‌های سلامت به علت مراجعه مردم به پزشکان عمومی متعدد،

این قانون با هدف تأمین نیروهای موردنیاز در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی و دسترسی آسان‌تر مردم مناطق محروم شامل مداخلات و اقدامات زیر تدوین و برنامه‌ریزی گردید: کاهش تعهد از یک به نیم برابر طول دوران دستکاری با اتمام کامل طرح نیروی انسانی، پرداخت تسهیلات ویژه، عدم صدور مجوز مطب برای پزشکان متخصص و فوق تخصص مشمول طرح نیروی انسانی و ضریب‌کا، پرداخت مبلغی علاوه بر حقوق و کارانه با عنوان «پرداخت ویژه مناطق محروم»، پرداخت «تعرفه ترجیحی مناطق محروم» بر اساس چهار شاخص (بدی آب‌وهوا، ضریب توسعه‌یافتگی، ضریب محرومیت منطقه، محرومیت از تسهیلات زندگی)، دریافت گواهی پایان تعهدات پس از گذراندن دو سوم از خدمات، پرداخت مقطوع، اعطای امتیاز بومی برای متخصصانی که انتخاب اول ایشان با محل تولدشان یکی است، استخدام پیمانی یا رسمی مشمولان خدمت پزشکان و پیراپزشکان بدون اخذ مجوزهای مربوطه برای مناطق محروم و نیازمند، اختصاص سهمیه جداگانه به این مناطق هنگام پذیرش دستیار تخصصی و دریافت پروانه دائم پس از خدمت برابر طول دوران تحصیل، مجاز بودن گذراندن نصف مدت دوره تخصصی برای دستیاران تخصصی استفاده‌کننده از سهمیه موضوع دارای پروانه دائم پزشکی (۱۵).

مرکز پژوهش‌های مجلس و وزارت بهداشت در نقش سیاست‌گذار، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در نقش ناظر بر حسن اجرای قانون، سازمان بیمه سلامت در نقش خریدار خدمت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در نقش تسهیلگر، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در نقش خریدار خدمت، جامعه متخصصین و پزشکان و پرستاران و سایر رشته‌های پیراپزشکی در نقش ارائه‌کننده خدمت، دانشگاه‌های علوم پزشکی در نقش متولی اجرا، و کلیه جمعیت ساکن در مناطق محروم در نقش خدمات‌گیرنده از نقش‌آفرینان این سیاست هستند.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بازطراحی نظام سلامت تحت مدیریت وزیر وقت بهداشت و درمان (۱۳۸۰-۱۳۸۴) که در زمان اخذ رأی اعتماد از مجلس، تحقق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور را وعده داده بود، تشکیل شد.

بازنگری لایحه بودجه سالیانه ۱۳۸۴ توسط کمیسیون بهداشت و درمان مجلس به همراه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت به منظور تأمین اعتبارات بیمه همگانی روستاییان و تلفیق دو خط‌مشی پزشک خانواده و بیمه همگانی روستاییان و قرار گرفتن سیاست پزشک خانواده در برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه کشور (۱۳۸۴-۱۳۸۸) انجام گردید و دولت موظف شد تا پایان شهریورماه ۱۳۸۴ با صدور دفترچه بیمه سلامت برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد، اما اجرای آزمایشی طرح پزشک خانواده در مناطق شهری به دلیل تفکیک سازمان بیمه خدمات درمانی از وزارت بهداشت در اوایل سال ۱۳۸۳ و الحاق آن به مجموعه وزارت تازه تأسیس رفاه و تأمین اجتماعی و همچنین تخصیص نیافتن بودجه برای انجام پایلوت‌های مورد نظر انجام نشد. این برنامه پس از وقوع زلزله بم برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم در سال ۱۳۸۳ عملیاتی شد.

نسخه ۰۲ دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری در تاریخ ۱۳۹۱/۰۱/۲۶ علی‌رغم آنکه هنوز به‌خوبی نهادینه و ارزشیابی نشده و چالش‌های آن مرتفع نشده بود، ابلاغ و رونمایی شد. سپس دو استان فارس و مازندران برای اجرای کامل نسخه ۰۲ پیشگام شدند. بازنگری نسخه ۰۲ با تغییر وزیر بهداشت در دی‌ماه ۱۳۹۱ صورت گرفت که به‌موجب آن ۸ استان شامل: سیستان و بلوچستان، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، خوزستان، یزد، قزوین و خراسان جنوبی برای

مواجهه غالب بیماران با پزشکان متخصص و فوق تخصص در شهرهای بزرگ به‌جای پزشکان عمومی، نسخه‌های دارویی و اقدامات پاراکلینیکی و آزمایشگاهی غیرضروری، گسترش بخش خصوصی و اضافه شدن فن‌آوری‌های گران‌قیمت پزشکی، برنامه ریزان را بر آن داشت تا برای مقابله با افزایش بی‌رویه هزینه‌های سلامت و جلوگیری از تأثیر سوء آن بر مردم، و رواج فرهنگ درمان‌محوری نسبت به سلامت‌محوری، و کاراتر کردن خانه‌های بهداشت با به‌کارگیری پزشکان خانواده که اشتغال و ارتقاء سطح رضایت آنان از لحاظ اجتماعی اهمیت داشت (۱۸،۱۹) بر ضرورت شکل‌گیری و اجرای این برنامه تأکید نمایند.

از طرف دیگر، تأکید سازمان جهانی بهداشت بر استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع که از عوامل بین‌المللی در تصویب این برنامه تأثیرگذار بود. از دیگر عوامل مؤثر در فرایند طراحی این برنامه، عوامل انسانی است. عدم تمایل نیروی انسانی به‌ویژه پزشکان به ماندگاری در مناطق محروم به‌دلیل مشکلات زیرساختی روستاها و مناطق دورافتاده، تمایل زیاد پزشکان عمومی بالاحص پزشکان جوان به ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر و رشته‌های تخصصی به‌طورمعمول درآمدزا که ماندگاری در مناطق محروم را مانع دستیابی به این هدف می‌دانستند، ناامنی برخی مناطق محروم برای اقامت، کمبود درآمد ناشی از ضعیف بودن بنیه مالی ساکنین آن مناطق، کمبود امکانات رفاهی و آموزشی برای فرزندان پزشکان (۲۰) را می‌توان جزو عوامل انسانی و اجتماعی مؤثر در طراحی برنامه پزشک خانواده دانست.

فرایند شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری و بیمه روستایی بدین‌صورت بود که گروهی مرکب از دست‌اندرکاران وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۱ با هدف مطالعه و ارزیابی

پیشبرد و اعتلای طرح، کلیه جمعیت ساکن در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری در نقش گیرندگان خدمات، نقش آفرینان مطرح، پروژه پزشکی خانواده هستند.

#### ۴- طرح تحول سلامت

از جمله عوامل قانونی مؤثر بر شکل‌گیری طرح تحول سلامت، تأکید بر رفع محرومیت عموم مردم در زمینه‌های بیمه و بهداشت و ایجاد امکانات عادلانه و ضرورت برخورداری عموم از تأمین اجتماعی (۲۲)، ضرورت تحقق شاخص عدالت در سلامت و ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی و تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز و پرداخت تسهیلات ویژه برای ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه‌یافته، و تأکید بر انجام اصلاحات (۶،۸) بود. همچنین توصیه‌های مقام معظم رهبری بر رفع گرفتاری‌هایی که ارتباطی با بیماری ندارند، کاهش نگرانی‌های بیماران و خانواده‌های آنان، مشکلات گوناگون نظام سلامت کشور و به سبب آن بروز نارضایتی مردم، ایجاد تعهد در دولت با استفاده از نظام سلامت در شعارهای انتخاباتی و بالا رفتن توقعات مردم از دولت عوامل سیاسی مؤثر در شکل‌گیری طرح تحول سلامت به‌شمار می‌روند.

از دیگر عوامل مؤثر در تصویب طرح تحول سلامت، عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. مطالبه عمومی و بالا رفتن توقعات مردم ناشی از پدیده‌های روان‌شناختی، افزایش سواد و دانش و آگاهی مردم و تغییرات دموگرافیک، نابرابری‌های خدمات سلامت و عدم توزیع عادلانه نیروی انسانی در مناطق محروم و دورافتاده و نارضایتی مردم این مناطق و ضرورت انجام اصلاحات برای بهبود دسترسی مردم به مراقبت‌ها، تنگناهای مالی و وضعیت نامطلوب اقتصادی بخش‌های مختلف کشور، عدم تحقق کامل اهداف توسعه پایدار در کشور (۲۳،۲۴) از جمله عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر در

اجرای برنامه مدنظر قرار گرفتند اما با پایان دولت دهم این موضوع عملیاتی نگردید. پس از شروع به کار دولت یازدهم بر اساس تعهدات رئیس‌جمهور و وزیر بهداشت با تصویب نامه هیئت وزیران در آبان ماه ۱۳۹۲ کارگروه بررسی طرح تحول سلامت و یکی از اولویت‌های آن یعنی استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تشکیل گردید (۱۸). ایجاد نظام ارجاع، کاهش هزینه‌های غیرضروری، افزایش پوشش خدمات و بهره‌مندی یکسان جامعه از سرانه سلامت، اجرای اصل عدالت در سلامت، ثبت سوابق بیماری و انجام معاینات دوره‌ای، پیگیری وضعیت سلامت افراد توسط پزشکان خانواده، دسترسی سریع و آسان و شبانه‌روزی مردم به خدمات سطح اول نظام سلامت و بهبود و ارتقاء نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و پاسخگویی به نیازهای جدید مردم، جلوگیری از مراجعه مردم به پزشکان متعدد و ساماندهی و ارتقای بیمه درمان روستاییان کاراثر نمودن خانه‌های بهداشت و اشتغال پزشکان عمومی بیکار و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت برای جمعیت تحت پوشش را می‌توان از جمله اهداف طرح نام برد.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در نقش سیاست‌گذار، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در نقش ناظر بر حسن اجرای قانون، سازمان بیمه سلامت در نقش خریدار خدمت و ناظر و ضامن اجرای طرح، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در نقش تسهیلگر، وزارت تعاون و کار و رفاه اجتماعی و سازمان بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد و بانک‌ها و شرکت‌های نفت و مخابرات در نقش خریدار خدمت، جامعه متخصصین و پزشکان خانواده و پرستاران و ماماها شاغل در طرح در نقش ارائه‌کنندگان خدمت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و گروه ستاد گسترش و ارتقاء سلامت در نقش متولی اجرا، نهادهای محلی مانند دهیاری و شورای شهر و اعضای شورای حل اختلاف در نقش جلب مشارکت و کمک به



محقق شده)، با مجموعاً ۱۲۱۹۴۰ میلیارد ریال افزایش بودجه نسبت به سال ۱۳۹۲ (۹۹۷۱۰ میلیارد ریال محقق شده) تأمین گردید (۲۷).

ب- اهداف طرح تحول سلامت

اهداف این طرح در چهار گام بهبود دسترسی، استطاعت پذیری و کیفیت درمان، توسعه خود مراقبتی، واقعی سازی تعرفه ها، و تحول در آموزش پزشکی خلاصه می شود.

گام اول شامل هفت بسته با اهداف کلی حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت با محوریت اقشار آسیب پذیر از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش سهم پرداخت بیماران؛ ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت های سلامت در سطح دوم و سوم، جذب و ماندگاری پزشکان در این مناطق و اجرای آن از طریق پرداخت های تشویقی در مناطق کمتر توسعه یافته و ایجاد زمینه تمام وقت شدن پزشکان و در نهایت کاهش پرداخت از جیب مردم؛ بهره مندی به موقع مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشکان متخصص در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ حداکثر استفاده از امکانات آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی و افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمات، ارتقاء کیفیت ویزیت، ماندگاری پزشکان در بخش دولتی، حفظ اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی در جهت افزایش رضایت مندی بیماران؛ یکپارچه سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استانداردهای آن ها بر اساس نیازها و انتظارات خدمت گیرندگان؛ حفاظت مالی از بیماران نیازمند در برابر هزینه های کمرشکن سلامت، ارتقاء شاخص های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین؛ در دست اجرا قرار گرفت.

هدف از اجرای گام دوم طرح تحول نظام سلامت که با

شکل گیری این طرح بودند. از طرف دیگر، لزوم پایبندی ایران به اهداف و برنامه های جهانی تدوین شده در سازمان های بین المللی و اهدافی مانند سلامت برای همه و تحقق پوشش همگانی سلامت و همچنین تجربه موفق برخی کشورها از جمله ترکیه و آرژانتین و شیلی و چین در اجرای اصلاحات نظام سلامت (۲۳،۲۵) به عنوان عوامل بین المللی سیاست گذاران سلامت را بر آن داشت که بر طراحی و اجرای تحول سلامت متمرکز شوند. مواجهه نظام سلامت با مشکلات و چالش های ساختاری نظیر پایین بودن سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی، بالا بودن سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم، اجرای ناکامل نظام سطح بندی خدمات و ارجاع، پوشش ناکافی بیمه و کیفیت نامطلوب خدمات (۲۳)؛ نیز از عوامل ساختاری مهم و تأثیرگذار در اجرای طرح تحول سلامت مطرح هستند.

الف- فرایند شکل گیری و محتوای طرح تحول سلامت طرح تحول نظام سلامت پس از ابلاغ سیاست های کلی از سوی مقام معظم رهبری در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفت و اجرای آن از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ پس از روی کار آمدن دولت یازدهم با هدف تغییر شرایط درمانی کشور و با شعار توسعه عدالت درمانی و دسترسی بیشتر مردم به خدمات سلامت در کشور، کلید خورد.

با اجرای این طرح، علاوه بر محافظت مالی از مردم در برابر هزینه های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بخش های بستری بیمارستان های دولتی مدنظر قرار گرفت و منابع آن با تصویب بودجه ۶۸۰۰۰ میلیارد ریالی از محل درآمد هدفمندی یارانه ها (۵۷۵۲۰ میلیارد ریالی محقق شده)، ۲۰۰۰۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات پزشک خانواده (۱۵۸۲۰ میلیارد ریال محقق شده)، ۵۹۴۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات کمک به سیاست های جمعیتی (۲۵۰۰ ریال محقق شده)، ۲۸۰۰۰ میلیارد ریال از محل یک درصد مالیات بر ارزش افزوده (۲۳۸۷۰ میلیارد ریال

خدمت برابر مدت تحصیل در ایران و پرداخت هزینه تحصیلات رایگان به دولت در صورت استنکاف (۲۸)، تکلیف دولت برای اتخاذ تصمیمات سازگار جهت محرومیت‌زدایی و رفع عدم تعادل‌های منطقه‌ای و روش‌های مناسب جهت تأمین و جذب و نگهداری نیروی انسانی مورد نیاز بخش‌های محروم و اختصاص سهمیه‌های جداگانه برای مناطق محروم به‌هنگام پذیرش دستیار تخصصی و پذیرش و جذب ۳۰ درصد ورودی‌های رشته‌های پزشکی عمومی و دستیاری تخصصی پزشکی در چهارچوب نظام سطح‌بندی (۱۵)، تأکید بر ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین و توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت در ماده ۳۴ و همچنین تأمین پزشک برای مناطق کمتر توسعه‌یافته و پرداخت‌های انگیزشی به آنان، تکلیف دولت به متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با راهبردهای خدمات سلامت (۸) از عوامل قانونی مؤثر در تدوین این دستورالعمل هستند.

از دیگر عوامل مؤثر در ایجاد زمینه تدوین این دستورالعمل، عوامل سیاسی بود. انقلاب اسلامی ایران با شعار حمایت از مستضعفین و محرومان و با اولویت خدمات‌رسانی و محرومیت‌زدایی به پیروزی رسید و تأکید بر بهبود کیفیت و دسترسی عموم مردم به‌خصوص اقشار محروم به خدمات بهداشتی و عدالت در توزیع منابع انسانی در جایگاه یکی از اهداف بلندمدت سند چشم‌انداز کشور و شاخصی برای سلامت عمومی مطرح بوده است.

عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به نقش مهمی در ایجاد زمینه طراحی این دستورالعمل داشته‌اند. توسعه مشکلات کوچک بهداشتی و افزایش بیماری‌ها به سبب نبود پزشک، کمبود پزشک متخصص در مناطق محروم و دورافتاده که یکی از مؤلفه‌های ناهمگونی بین مناطق مختلف کشور و عاملی برای مهاجرت روستاییان و عشایر مولد درزمینه کشاورزی، دامپروری و صنایع دستی به شهرها و متأثر شدن تولیدات اقتصادی که به دنبال آن،

شعار ارتقای خود مراقبتی آغاز شد، ارتقای سطح بهداشت جامعه از طریق آموزش و فرهنگ‌سازی و بازسازی خانه‌های بهداشت بود.

در گام سوم، کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت مورد بازبینی قرار گرفت و بر ضرورت حذف دریافت وجوه غیررسمی از بیماران تأکید گردید.

گام چهارم، که درنهایت با توجه به وجود مشکلاتی نظیر طولانی بودن دوره‌های دکترای حرفه‌ای، وجود واحدهای غیرضروری در طول دوره تحصیل، مشکلات دانشجویان در طول دوره درسی و کارآمد نبودن آموزش‌ها به تحول در نظام آموزشی علوم پزشکی اختصاص پیدا کرد. بنابراین می‌توان گفت که طرح تحول برای دستیابی به اهداف تعیین‌شده، تغییراتی را در حوزه‌های مختلف حاکمیت و رهبری، تأمین منابع مالی، دسترسی به دارو، سیستم‌های اطلاعاتی سلامت، منابع انسانی سلامت و ارائه خدمات سلامت ایجاد نمود (۲۶).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نقش سیاست‌گذار و تأمین‌کننده منابع و ارائه‌دهنده خدمت، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و سازمان برنامه‌بودجه در نقش قانون‌گذار، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در نقش تسهیلگر، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و سازمان بیمه سلامت و سازمان بیمه نیروهای مسلح در نقش سیاست‌گذار و خریدار خدمت، پزشکان عمومی و متخصص و پیراپزشکان در نقش ارائه‌کنندگان خدمت، دانشگاه‌های علوم پزشکی در نقش متولیان اجرا، و کلیه جمعیت ساکن در کشور ایران در نقش خدمات‌گیرندگان به‌عنوان نقش‌آفرینان طرح تحول سلامت مطرح هستند.

ج- دستورالعمل نحوه توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی

تکالیف قانونی جزو مهمترین عوامل زمینه‌ای مؤثر در شکل‌گیری این دستورالعمل بوده‌اند. تکلیف دانشجویان به

گرفت. دستیاران تخصصی استفاده کننده از سهمیه مناطق محروم پس از انجام خدمت قانونی برابر طول دوره تخصصی پروانه دائم خود را دریافت می‌دارند (۳۳، ۳۴).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نقش سیاست‌گذار، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در نقش قانون‌گذار و ناظر بر حسن اجرای قانون، جامعه متخصصین در نقش ارائه‌کنندگان خدمت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و گروه ستاد گسترش و ارتقاء سلامت در نقش متولیان اجرا، بنیاد شهدا و جانبازان و ایثارگران، شورای عالی پزشکی، مرکز ملی پرورش استعدادها در بخشان و دانش‌پژوهان جوان، سازمان نظام پزشکی و نظام‌وظیفه تسهیل‌کننده اجرای این دستورالعمل نقش‌آفرین بوده‌اند.

#### بحث

نتایج این مطالعه، نقش و تأثیرات عوامل قانونی، بین‌المللی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی بر سیاست‌گذاری‌هاست که در کلیه سیاست‌ها عمومیت دارد را تبیین می‌کند.

یافته‌ها نشان داد عوامل مختلفی بر شکل‌گیری زمینه سیاست‌های تشویقی نظام سلامت برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم کشور مؤثراند که بخشی از آن‌ها مانند عوامل قانونی، سیاسی و بین‌المللی از عوامل مشترک است و از این میان نقش عوامل قانونی از همه پررنگ‌تر جلوه می‌کند.

از لحاظ قانونی تأکید بر توجه و رسیدگی به مناطق محروم، توزیع عادلانه منابع و ضرورت تلاش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای جذب و نگهداشت منابع انسانی سلامت در مناطق مورد نیاز در اسناد بالادستی نظام مانند قانون اساسی، برنامه‌های شش‌گانه توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران، سیاست‌های کلی سلامت

تغییر سبک زندگی مهاجرین و افزایش ناهنجاری‌های فرهنگی اجتماعی همچون افزایش انحرافات جنسی، افزایش نرخ طلاق، خودکشی، و... (۲۹) محسوب می‌شود را موجب گردید و توجه سیاست‌گذاران را به برنامه‌ریزی برای رفع این مشکلات جلب نمود.

از طرف دیگر نقش عوامل بین‌المللی و تأکید سازمان بهداشت جهانی بر ارتقاء سلامت جمعیت تحت پوشش، پاسخ به نیازهای بهداشتی غیر پزشکی مردم و مشارکت عادلانه در تأمین مالی و کاهش نابرابری‌های سلامت (۳۰) حائز اهمیت است، چراکه ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت‌های تحت پوشش یکی از شاخص‌های سلامت و از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد دولت‌هاست و نابرابری و توزیع ناعادلانه از نشانه‌های مهم توسعه‌نیافتگی کشور که موجب ایجاد شکاف و تشدید نابرابری‌های منطقه‌ای و مانعی در مسیر توسعه است (۳۱).

عامل دیگر تأثیرگذار بر تدوین این دستورالعمل عامل ساختاری است. عدم وجود نظام ارجاع و پزشکی خانواده و درآمد بالای پزشکان متخصص در کلان‌شهرها و عدم تمایل آنان به فعالیت در مناطق محروم، جذب پزشکان در بخش خصوصی، پدیده خروج از طبابت با امکان کسب درآمد مکفی از فعالیت‌های تجاری، عدم افزایش تعداد دانش‌آموختگان متناسب با توسعه مراکز درمانی و تجهیزات سرمایه‌ای و بخش‌های ویژه، خروج متخصصان از کشور به دلایل مشکلات ساختاری نظام سلامت کشور (۳۲، ۱۸)، از جمله عوامل ساختاری مؤثر در طراحی این دستورالعمل است که با اهداف ارتقاء کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت، دسترسی عادلانه مردم به خدمات به‌ویژه در مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته، کاهش پرداخت از جیب مردم و درنهایت توسعه جذب و ماندگاری پزشکان؛ تصویب و در سال ۱۳۹۱ ابلاغ به اجرا گردید.

به‌موجب این دستورالعمل، استخدام پزشکان متخصص متعهد خدمت درمانی در مناطق مورد نیاز در اولویت قرار

کشور نیز زمینه‌ساز سیاست‌گذاری‌های مسئولان بوده است.

یافته دیگر مربوط به نقش آفرینان این عرصه است و به نظر می‌رسد هرگاه تعاملات فی‌مابین وزارت بهداشت در مسند سیاست‌گذار و خریدار خدمت مانند سازمان بیمه سلامت و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تسهیلگران مانند سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به‌درستی برقرار نشده موجب نارضایتی خدمت‌دهندگان گردیده است.

درنهایت آنچه فصل مشترک سیاست‌گذاری‌های سلامت برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم شناسایی گردید، اسناد بالادستی مورد توجه و کمابیش سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهدی است که با آن نقاط قوت سیاست‌ها مطرح می‌شود، اما در اکثر سیاست‌گذاری‌ها، رویکرد کاری، بالا به پایین و با نادیده گرفتن ذی‌نفعان است که نقاط ضعف مطرح این حوزه محسوب می‌شود.

#### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد حل مشکل عدم ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، باوجود حصول دستاوردهای اندکی، به دلیل حاکمیتی بودن مداخلات، نهایتاً نتوانسته کارایی و اثربخشی لازم را داشته باشد و مشکلات عدیده دسترسی مردم به نیروهای متخصص در بسیاری از مناطق همچنان پابرجاست و برخی تحقیقات نیز این یافته را تأیید می‌کند. مهمترین عواملی که می‌توانند مانع اجرای راهبردهای توزیع مناسب منابع انسانی در حوزه مراقبت سلامت شوند عبارت‌اند از ناکافی بودن سرمایه و پشتوانه مالی و تمرکز آن در سطوح راهبردی و ستادی و تخصیص نامناسب سرمایه به خط اول مراقبت سلامت، نداشتن اطلاعات مناسب از بیماران، ساختارهای سازمانی غیر مؤثر مانند فقدان شایستگی، مهارت و آموزش در بین کارکنان، قوانین محدودکننده، نبود رهبران و مدیران مؤثر در سطوح خرد جهت انجام مدیریت تغییر و سرانجام تصمیم‌گیری‌های سیاسی در حیطه نظام مراقبت سلامت و

ابلاغی مقام معظم رهبری، دولت را موظف به طراحی سیاست و استراتژی‌های تشویقی و انگیزشی برای جذب متخصصان به نواحی محروم کشور نموده و این موضوع در شکل‌گیری کلیه بسته‌های سیاستی اثرگذار بوده است.

از نظر سیاسی، یکی از آرمان‌های انقلاب اسلامی ایران یعنی ضرورت کمک به محرومان، اولویت توجه به مناطق محروم و خدمت‌رسانی به مردم آن مناطق توسط مقام معظم رهبری، توجه به عدالت در توزیع منابع انسانی شاخصی برای سلامت عمومی و نقش اساسی آن در تحقق اهداف بلندمدت سند چشم‌انداز کشور و همچنین شعارهای انتخاباتی هر یک از دولت‌ها، سیاست‌گذاران را به طراحی سیاست‌های حمایتی برای جذب و نگهداشت منابع انسانی در مناطق کمتر برخوردار واداشته است.

از نظر بین‌المللی؛ تأکید سازمان جهانی بهداشت بر حرکت به‌سوی پوشش همگانی خدمات سلامت و کاهش نابرابری‌ها، لزوم برنامه‌ریزی برای رفع موانع دستیابی به اهداف توسعه سازمانی در هزاره سوم و مسئولیت دولت‌ها در تضمین دریافت خدمات مورد نیاز افراد و شبکه نظام دیده‌بانی نیروی انسانی سازمان جهانی بهداشت، دولت را موظف به طراحی و اصلاح سیاست‌گذاری‌های منابع انسانی نموده است.

از نظر اقتصادی، ضرورت توجه و پاسخگویی دولت به نیازهای سلامت خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های درمانی و کاهش مهاجرت از روستاها به شهرها در شکل‌گیری سیاست‌ها مؤثر بوده است.

از نظر اجتماعی و فرهنگی؛ نابرابری‌های خدمات سلامت و توزیع ناعادلانه نیروی انسانی در مناطق محروم و دورافتاده و نارضایتی مردم این مناطق، همچنین مشکلات اجتماعی و فرهنگی ناشی از مهاجرت روستاییان به شهرها و پیامدهای روانی آن، در طراحی سیاست‌ها مؤثر بوده است. همچنین توجه دولت به همبستگی میان میزان شهرنشینی و متغیرهای اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی به توزیع نابرابر امکانات و منابع بین قطب‌های برخوردار و محروم

## منابع

1. Verma, P., Ford, J.A., Stuart, A. et al. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res* 16, 126 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1370-1>
2. Faraji Khiavi F, Maleki MR, Jafarian KD, Vatankhah S, Tabibi SJ, A Comparative Study on Identifying Core Stages of Policy- Making in Human Resources for Health, *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 2012; 4(1): 1-10.
3. Rahmatpour P, S Emamgholipour S, Moghadamnia MT, Tavakkoli M, *PAYAVARD-SALAMAT*. 11 (3), 361-370.
4. Toyabe, Si. Trend in geographic distribution of physicians in Japan. *Int J Equity Health* 8, 5 (2009). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-5>
5. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolihasani MH, Khosravi S, *Iranian Journal of Epidemiology* 2018; 13(5), Special Issue (Foundations, Approaches and Performance of Iran's Health System): 27-36.
6. <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/99709>
7. Law on the Organization and Duties of the Ministry of Health and Medical Education approved on. <https://irandataportal.syr.edu/ministry-of-health-and-medical-education>
8. Third Economic, Socio-Cultural

وجود اختلاف نظر در بدنه دولت‌ها که تصمیم‌گیری در سطح ملی را دچار اختلال می‌کند. یکی از روش‌های کشور چین برای حل مشکل نامتعادل بودن نیروی انسانی در حوزه مراقبت سلامت، ایجاد عوامل انگیزشی مناسب بوده است؛ چراکه عده زیادی از پزشکان به‌ویژه پزشکان متخصص با توجه به شکاف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بین مناطق مرکزی و دورافتاده یا تمایل به ادامه تحصیل، انگیزه‌ای برای ماندگاری و خدمت‌رسانی در مناطق محروم را ندارند و دولت ناگزیر از ایجاد امکانات و پرداخت مبالغ ویژه جهت خدمت در این مناطق که بزرگ‌ترین مکانیزم ایجاد انگیزه در پزشکان، برای دلگرم نمودن آن‌هاست. بنابراین مدیران بایستی با نگرش اندیشمندانه و مثبت نسبت به کارکنان و توجه به فرهنگ سازمانی که از مهمترین دلایل جذب و حفظ کارکنان بوده و علاوه بر به‌کار بستن فرایندهای جذب و بهسازی از تمایل به ترک خدمت کارکنان خود جلوگیری کرده و آن‌ها را به ماندگاری و تداوم خدمت تشویق نماید. درنهایت، در تدوین و اجرای سیاست‌ها و مداخلات، توجه به اولویت نیازها، تأمین منابع و الزامات، تعامل سازنده نقش‌آفرینان و ارزیابی مستمر برنامه‌ها ضروری است.

## تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان‌نامه دفاع شده دوره دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند، تشکر صمیمانه خود را از خبرگان حوزه سلامت و هیئت داوران پایان‌نامه که ما را در انجام و ارتقاء کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام دارند.

## تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

- Jahromi H, Asghari E, Eskandari Sh, Ardalan A, Hosseinpour AR, Tavakoli HR, Feiz zadeh A, Iranian Physicians to Willingness to Work in Underserved Areas and Related Factors in 2001, *Journal of Iran University of Medical Sciences*, 2005; 11(40):247-256
16. Law on the service of doctors and paramedics approved by the Islamic Consultative Assembly, <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/92663>
  17. Executive By-Laws of Article <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/92663>
  18. Law on the Establishment of the Ministry of Health and Medical Education . <https://irangov.ir/ministry-of-health-and-medical-education>
  19. Mehtarpour M, Tajvar M. Policy Analysis of Family Physician Plan and Referral System in Iran Using Policy Analysis Triangle Framework. *Journal of Health Based Research*, 2018; 4(1):31-49 .
  20. Narimani, MR, Jannati, A, Vahidi, R Gh, Mardani, L, Evaluating the compliance of the Iranian family physician program with the dimensions of policy-making from the perspective of health system experts, *Health Image*, 2014; 5(1):1-8
  21. Farkhany EM, Khooban H, Dahrazama B, Arefi VR, Saadati F, Determining the Causes of Discontinuation of Family Physicians Working in Mashhad University of Medical Sciences, *Health Information Management*, 2014; 12(1):117-123
  - Development Plan of the Islamic Republic of Iran, <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/93301>
  9. Socio-cultural economic development programs of the Islamic Republic of Iran, <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/> <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/94202>
  10. <https://www.leader.ir/en/content/25204/The-Supreme-Leader-of-the-Islamic-Revolution-In-a-televised-speech>
  11. Pourafkari N, Kalantari, S, Naqdi, A, Urban Development and Its Consequences, *Jamiat Quarterly*, 1381; (39,40):1-33
  12. Mohajerani AA, Haghghatan, M, Yousefnia, M, The effect of urbanization on the lifestyle of rural residents in Khorasan Razavi province, *Quarterly Journal of Socio-Cultural Development Studies*, 1394; 4(2):103-123
  13. Yarmohammadian MH, Yaghoubi M, Mamikhani J, Ansari M, Karimian J, Kiani M, Shirzadi M, Shahrzadi L, Compiling the Basic Human Resources Indicators in Health System, *Journal of Health Management Isfahan University of Medical Sciences*, 1389; 546-555.
  14. Mehrolhassani MH, Amiresmaili M, Iranmanesh M, An Evaluation Model for Monitoring Human Resources in the Health System of Iran, *Iranian Journal of Epidemiology, Special Issue (Productivity and Equity in Health System)*. 2018; 14:40-49
  15. Alla-Eddini F, Fatemi R, Ranjbaran

- Mostafavi, H. et al. Policy analysis of the Iranian Health Transformation Plan in primary healthcare. *BMC Health Serv Res* 19, 670 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4505-3>
28. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H, A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan, *Payesh*, 2018;17(5):481-494.
29. Law on Free Education of Iranian Youth and Children, approved by the National Assembly in, <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/93633>
30. Haghdoost A A, Kamyabi, A, Ashrafi Asgarabad A, Sadeghi Rad B, Shafieian H, Ghasemi SH, Geographical distribution of different groups of the medical community in the country and the study of inequalities Provincial, *Scientific Journal of the Organization of the Medical System of the Islamic Republic of Iran*, 2010;28(4):411-419
31. Jalalvandi M, Shamsolahi S, Shah Tahmasebi I, Zarei Gharakanloo Gh, The role of macro health indicators in the efficiency of rural health management in the provinces, *Health Information Management, University of Medical Sciences Isfahan*, 2014;11(2):208-220
32. Rahmatpour P, Emamgholipour S, Moghaddamnia MT, Tavakoli, M, A Look at the Distribution of Health Resources in Guilan Province in 2013 and 2011, *Journal of Paramedical School, Tehran University of Medical*
22. Family and Rural Physician Executive Instruction – Version 17, <https://www.mcls.gov.ir/fa/bimeosalamat/pezeshk>
23. Constitution of the country, <https://www.shoragc.ir/fa/news/4707/%D9%82%D8%A7%D9%86%D9%88%D9%86-%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%B3%DB%8C-%D8%AC%D9%85%D9%87%D9%88%D8%B1%DB%8C-%D8%A7%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%DB%8C-%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86>
24. Sajadi HS, Hosseini M, Dehghani A, Khodayari R, Zandiyani H, Hosseini SS. The Policy Analysis of Iran's Health Transformation Plan in Therapeutic Services. *Hakim Health Sys Res*, 2018;21(2):71-88
25. Kazemini SK, Zare Mehrjoui, MH, Samieh Zargar A, Raghebia M, Dehghan A, Survey of Permanent Physicians Satisfaction in Deprived Areas of Yazd Province from the Implementation of the Health System Transformation Plan, *Scientific Research Journal of the Medical System Organization*, 2019;36(1):212-225.
26. KhalajiniaZ, GaeniM. Explaining the Challenges of Implementation of Health Care Reform in the Area of Treatment in City of Qom. *Manage Strat Health Syst*, 2018;3(3):21-24
27. Doshmangir, L., Moshiri, E.,

34. Instructions on how to distribute medical graduates in, 2012, [https://oldvct.iums.ac.ir/page\\_arch.php?slc\\_pg\\_id=16946&sid=26&slc\\_lang=fa](https://oldvct.iums.ac.ir/page_arch.php?slc_pg_id=16946&sid=26&slc_lang=fa)
33. Taati Keli E, Meshkini A, Khorasani Zavareh D, Evaluation of physicians' distribution index in Iranian hospitals, *Health Information Management*, 2012;9(4):548-557
- Sciences (Payavard Salamat), 2017;11(3)361-370

Cite this article as:

Davari F, Alimohammadzadeh Kh, Sajadi HS, Ehsani Chimeh E. Analysis of Physicians' Retention Policies in Deprived Areas of the Islamic Republic of Iran. *Sadra Med Sci J* 2022; 10(2): 159-174.