

## سیاست‌های تشویقی ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم ایران

فرشته داوری<sup>۱</sup>، حانیه سادات سجادی<sup>۲</sup>، الهام احسانی چیمه<sup>۳</sup>، خلیل‌علی محمدزاده<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** تأمین و نگهداشت منابع انسانی سلامت در مناطق محروم، چالشی جهانی به ویژه در کشورهایی است که پراکندگی جغرافیایی بالایی دارند. هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی و اولویت‌بندی سیاست‌های تشویقی نظام سلامت ایران برای ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم بود.

**روش بررسی:** این مطالعه در دو مرحله مروری و کیفی انجام شد. در بخش مروری، سیاست‌ها و مداخلات نظام سلامت برای ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم ایران شناسایی و تدوین گردید. فهرست تدوین شده جهت اعلام نظر و تکمیل سیاست‌ها و مداخلات نظام سلامت برای ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم، در اختیار ۱۸ صاحب‌نظر حوزه منابع انسانی سلامت قرار گرفت. در مرحله دوم، این سیاست‌ها با استفاده از پرسشنامه الکترونیکی توسط ۴۴ نفر خبره اولویت‌بندی شد. داده‌های به دست آمده از پاسخنامه‌ها با استفاده از آماره‌های فراوانی، درصد و میانگین توصیف گردید.

**یافته‌ها:** پس از انقلاب اسلامی، ۸ بسته سیاستی در قالب طرح یا برنامه مشتمل بر ۴۰ مداخله یا سیاست طراحی و اجرا شد. طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان، طرح پزشک خانواده، طرح توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی و طرح تحول سلامت در ماندگاری پزشکان و طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان، قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی و طرح تحول سلامت بر ماندگاری پرستاران در مناطق محروم ایران، از جمله تأثیرات بیشتر و طولانی‌تری برخوردار می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** با وجود دستاوردهایی در جذب و ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم، هر یک از سیاست‌ها با چالش‌ها و نارسایی‌هایی مواجه می‌باشند. قوانین و سیاست‌های مبتنی بر الزام، مشوق‌های مالی و استخدامی و طرح‌های حمایتی منطبق بر نیاز و مشارکت ذی‌نفعان بر جذب و نگهداشت پزشکان و پرستاران در مناطق محروم و کم‌برخوردار جمهوری اسلامی ایران مؤثرتر می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سیاست؛ ماندگاری؛ پزشکان؛ پرستاران؛ خدمات بهداشتی روستایی

**پیام کلیدی:** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت جامعه، باید اقدامات متناسب برای کاهش موانع و مشکلات مربوط به هر یک از سیاست‌های تشویقی و مداخلات مؤثر در ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم را برنامه‌ریزی نماید.

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۷/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۶/۲۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

**ارجاع:** داوری فرشته، سجادی حانیه سادات، احسانی چیمه الهام، علی‌محمدزاده خلیل. سیاست‌های تشویقی ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۷ (۴): ۱۶۶-۱۵۹

جغرافیایی کشور سبب تمرکز پزشکان در مناطق شهری و کمبود آن‌ها در مناطق کم‌جمعیت و شهرهای کوچک شده است که به علت نیاز بیشتر و دسترسی محدودتر مردم این مناطق، نگرانی عمده‌ای محسوب می‌شود (۱۱).

## مقدمه

امروزه، توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص، سبب به وجود آمدن چالش جهانی در ارایه مراقبت‌های بهداشتی عادلانه شده است (۱). عدم ماندگاری منابع انسانی در نقاط محروم، می‌تواند پیامدهای منفی نامتجانس بودن در تعداد و ترکیب مهارتی، توزیع جغرافیایی نابرابر و فقدان هماهنگی نیازهای جمعیت و منابع انسانی در دسترس را ایجاد نماید (۳، ۲). در اندونزی (۴)، ژاپن (۵)، تایلند (۶)، نیپال (۷)، ایالات متحده آمریکا و انگلستان به دلیل فعالیت بیشتر پزشکان متخصص در شهرهای توسعه یافته، توزیع پزشکان متخصص ناعادلانه است (۸). سیاست‌های انقباضی دولت در تأمین مخارج بهداشت و درمان، شرایط زندگی نامناسب خارج از مناطق شهری، آموزش نامناسب کارکنان بهداشت و درمان، کمبود امکانات و داروهای لازم برای خدمات بالینی مؤثر، سوء مدیریت در سطوح مختلف بخش بهداشت عمومی و ناکافی بودن بودجه، از جمله موانع عمده جذب و حفظ کارکنان در مناطق دورافتاده نیجریه به شمار می‌رود (۹). در ایران، نگاهی‌گذرا به شاخص‌های سلامت، از یک سو روند سریع ارتقای شاخص‌ها و از سوی دیگر، وجود نابرابری در مناطق و استان‌های مختلف را نشان می‌دهد (۱۰). گستردگی

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۲- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات بهره‌بردار از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

**نویسنده طرف مکاتبه:** خلیل‌علی محمدزاده؛ دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: dr-khalil-amz@yahoo.com

درمان کشور از وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های مختلف با معیار ورود برخورداری از آگاهی و تجربه در سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌سازی‌های حوزه سلامت بود.

مرحله اول در دو بخش انجام گرفت. ابتدا با مطالعه مروری و جستجو در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی علمی Google Scholar، Civilica، PubMed، Elsevier و Scopus و موتورهای جستجو و مرورگر Google و Firefox و سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از کلید واژه‌های «سیاست‌های تشویقی، ماندگاری، پزشکان، پرستاران و مناطق محروم»، با مراجعه به مقالات، پایان‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و مطالعه و بررسی اسناد بالادستی، کلیه بسته‌های سیاستی و مداخلات نظام سلامت برای ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم احصا شد و در بخش دوم فهرست سیاست‌ها و مداخلات نظام سلامت برای ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم در اختیار ۱۸ نفر صاحب‌نظر حوزه منابع انسانی سلامت قرار گرفت و طبق نظر آن‌ها نهایی گردید.

با استفاده از داده‌های مستخرج از مرحله اول، پس از تعیین معیارهای اولویت‌بندی، پرسش‌نامه اولویت‌بندی سیاست‌ها و مداخلات نظام سلامت برای ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم طراحی شد. با توجه به این که ساخت پرسش‌نامه بر مبنای نظرات متخصصان در مرحله قبلی بوده است، داده‌های این بخش معتبر می‌باشد. این پرسش‌نامه الکترونیک در مرحله پیمایش در اختیار ۴۴ نفر از صاحب‌نظران به روش تمام‌شماری قرار گرفت. پرسش‌نامه شامل سه بخش بود. بخش اول درباره مشخصات جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان شامل جنسیت، سن، سابقه کار، سابقه مدیریت، مقطع و رشته تحصیلی، نوع استخدام، محل کار و نام واحد محل خدمت و بخش دوم شامل ۱۴ سؤال برای ارزش‌گذاری میزان عمق و دوام ۷ بسته سیاستی مربوط به ماندگاری پزشکان و بخش سوم شامل ۱۲ سؤال جهت ارزش‌گذاری میزان عمق و دوام تأثیر ۶ بسته سیاستی در ماندگاری پرستاران در مناطق محروم بود. ارزش‌گذاری از طریق مقیاس لیکرت به صورت Linear Scale از ۱ تا ۵ انجام گردید داده‌های حاصل از پاسخنامه‌ها از طریق Google Forms و نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۱۶ و با استفاده از میانگین حسابی از طریق رابطه ۱ تجزیه و تحلیل گردید.

$$\mu = \bar{X} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N X_i = \frac{1}{N} (x_1 + x_2 + \dots + x_N) \quad \text{رابطه ۱}$$

مشارکت‌کنندگان به صورت داوطلبانه در مطالعه شرکت نمودند و می‌توانستند در هر مرحله از مطالعه انصراف دهند. هدف تحقیق برای آن‌ها توضیح داده شد. کلیه اطلاعات به صورت محرمانه نزد محقق ماند و بدون نام و مشخصات مشارکت‌کنندگان گزارش گردید. پژوهشگر بدون قضاوت و سوگیری، داده‌ها را تحلیل و گزارش نمود.

### یافته‌ها

جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در مرحله اول (۱۸ نفر) و دوم (۴۴ نفر) مطالعه را نشان می‌دهد.

Shankar طیف وسیع استراتژی از آموزش پزشکی جامعه‌نگر و تربیت پزشکان روستایی، بازپرداخت شهریه به دانشجویان و ارایه فرصت برای پیشرفت علمی و حرفه‌ای پزشکان روستایی تا سرمایه‌گذاری دولت با هدف بهبود شرایط کار در روستاها را پیشنهاد نمود (۸). Potter و همکاران، ارایه خدمات اورژانسی از راه دور (۱۲) و Verma و همکاران نیز عواملی همچون تربیت و استخدام نیروهای بومی، مشوق‌های مالی، استخدام بین‌المللی، طرح‌های حمایتی، فرصت‌های ارتقای تحصیلی و تخصصی را به عنوان مؤثرترین استراتژی‌ها نام بردند (۳). نظام سلامت تایلند برای رفع معضل توزیع نابرابر پزشکان، پروژه آموزش پزشک روستایی شامل سه استراتژی فرایند پذیرش در مناطق روستایی، آموزش‌های مشترک مدارس پزشکی و وزارت بهداشت و بازگشت به خدمت در استان‌های خود پس از فارغ‌التحصیلی را اجرا نمود که در کوتاه‌مدت مؤثر واقع شد (۷).

Awofeso مداخلاتی مانند طراحی برنامه‌های آموزشی تخصصی، اطمینان کارکنان از پیشرفت امور و ارتقای کیفی شرایط و تخصیص منابع مناسب را برای رفع محدودیت‌های موجود در نیجریه مطرح نمود (۹). زاهدی و قجریه، بهبود سیستم مدیریت منابع انسانی را معطوف به ارتقای سطح رضایت کارکنان از جایگاه و مقام حرفه‌ای خود و افزایش امنیت شغلی، کنترل بر شغل، ارتقای سطح توانمندی، کاهش استرس، رعایت عدالت، اتخاذ سبک رهبری تحول‌گرا، فراهم آوردن فرصت یادگیری، ایجاد مدیریت‌های خودگردان، بهبود ارتباطات با سرپرستان و همکاران نام برده‌اند که موجب عدم ترک سازمان و نگهداشت آنان در مناطق هدف می‌شود (۱۳).

از ابتدای پیروزی انقلاب تاکنون، تلاش‌های گسترده‌ای برای استقرار نظام سلامت مطلوب پاسخگوی نیازهای جامعه صورت گرفته است و دولت با ایجاد تغییرات هدفمند در منابع و قوانین و دستکاری در عوامل قابل تغییر محل خدمات، سعی در جلب نظر مشمولان و هدایت آنان به انتخاب مناطق واجد اولویت خود دارد. نظام شبکه درمانی نیز بر سه اصل اولویت خدمات درمانی بر پیشگیری، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه‌ریزی شده است (۱۴، ۱۵)، اما بیشتر عوامل تأثیرگذار بر تراکم پزشکان در شهرستان‌های کشور تحت تأثیر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های وزارتی می‌باشد (۱۰) و به نظر می‌رسد تاکنون روشی جامع، مبتنی بر شواهد و مناسب برای تخصیص منابع انسانی بر اساس نیازهای واقعی طراحی نشده است و تخصیص آن بیشتر بر اساس روش‌های سنتی صورت می‌گیرد که در نتیجه، بسیاری از نیازهای اساسی مردم بی‌جواب می‌ماند. مرور تحقیقات نیز نشان از عدم جمع‌آوری و تدوین و اولویت‌بندی این سیاست‌ها به صورت جامع و کامل دارد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و جمع‌آوری این سیاست‌ها برای ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم و اولویت‌بندی آن‌ها از لحاظ میزان دوام ماندگاری انجام گرفت.

### روش بررسی

این مطالعه در دو مرحله مروری و کیفی انجام شد و خروجی مرحله اول به عنوان ورودی مرحله دوم بررسی گردید. جامعه آماری پژوهش متشکل از خبرگان حوزه سلامت شامل سیاست‌گذاران، تصمیم‌سازان، افراد مطلع و ذی‌نفعان بهداشت و

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان مطالعه

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	طبقات	نمونه مرحله اول [تعداد (درصد)]	نمونه مرحله دوم [تعداد (درصد)]
جنسیت	مرد	۱۰ (۶۱/۱)	۲۵ (۵۶/۸)
	زن	۸ (۳۸/۹)	۱۹ (۴۳/۱)
سن (سال)	۳۱-۴۰	۶ (۳۳/۳)	۱۲ (۲۷/۲)
	۴۱-۵۰	۶ (۳۳/۳)	۱۴ (۳۱/۸)
	۵۱-۶۰	۶ (۳۳/۳)	۱۸ (۴۰/۹)
سابقه کار (سال)	۰-۱۰	۳ (۱۶/۷)	۵ (۱۱/۳)
	۱۱-۲۰	۶ (۳۳/۳)	۱۴ (۳۱/۸)
	۲۱-۳۰	۶ (۳۳/۳)	۱۸ (۴۰/۹)
سابقه مدیریت (سال)	بیش از ۳۰	۳ (۱۶/۷)	۷ (۱۵/۹)
	۱-۱۰	۳ (۱۶/۷)	۶ (۱۳/۶)
	۱۱-۲۰	۶ (۳۳/۳)	۱۵ (۳۴/۱)
تحصیلات	بیش از ۳۰	۳ (۱۶/۷)	۷ (۱۵/۹)
	پزشک عمومی	۲ (۱۱/۱)	۸ (۱۸/۱)
	دکتری تخصصی	۱۴ (۷۷/۷)	۱۶ (۳۶/۳)
نوع استخدام	پزشک متخصص	۱ (۵/۶)	۱۲ (۲۷/۲)
	پزشک فوق تخصص	۱ (۵/۶)	۸ (۱۸/۱)
	رسمی	۱۱ (۶۱/۲)	۳۷ (۸۴/۰)
نوع استخدام	شرکتی	۱ (۵/۶)	۲ (۴/۵)
	ضریب K	۱ (۵/۶)	۲ (۴/۵)
	پیمانی	۵ (۲۷/۸)	۳ (۶/۸)

میانگین ۳/۳ در اولویت دوم قرار گرفت.

## بحث

تحلیل یافته‌های اولویت‌بندی نشان داد که قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان با اولویت اول در ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم مؤثر می‌باشد و این قانون تا حد زیادی توانسته است کمبود نیروی انسانی در مناطق محروم را مرتفع نماید. نتایج پژوهش سنجری و همکاران مبنی بر تمایل دانشگاه‌ها برای استفاده از نیروهای طرحی به دلیل اجبار قانونی (۱۶) نیز مؤید این موضوع می‌باشد؛ هرچند که مشکل عدم توجه به خواسته‌های مشمولان در این قانون حاکمیتی مطرح است (۱۷، ۱۸).

یافته دوم مطالعه، اولویت دوم برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری و بیمه روستایی بود که با نتایج تحقیقات صدیقی و همکاران (۱۹)، رئیسی و همکاران (۲۰) و اشرفیان امیری و همکاران (۲۱) و تأکید این پژوهش‌ها بر تأثیر نظام ارجاع و پزشک خانواده در تعدیل و کاهش بی‌عدالتی و استفاده بهینه از نیروهای تخصصی بخش سلامت با توجه به رفع نیازهای واقعی مردم، همسو می‌باشد.

یافته سوم، اجرای دستورالعمل نحوه توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی با اولویت سوم بود که با نتایج مطالعه نوری حکمت و همکاران در مورد روند رو به بهبود تغییرات شاخص نسبت پزشک متخصص به جمعیت پس از اجرای این دستورالعمل (۱) همخوانی داشت. همچنین، یافته‌های به دست آمده از نظر میزان دوام ماندگاری پزشکان با نتایج تحقیق ابری و همکاران که توزیع پزشک متخصص در استان‌ها را مطلوب ارزیابی نمود، اما بر نابرابری ضریب Gini در استان‌های مازندران و گیلان تأکید داشت (۲۲)، همسو بود.

جدول ۲ نشان دهنده کلیه بسته‌های سیاستی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در قالب (۸) طرح، قانون یا برنامه و مداخلات و سیاست‌های تشویقی (۴۰) مداخله ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم پس از انقلاب اسلامی می‌باشد.

طبق یافته‌های مرحله اول پژوهش، کلیه مداخلات و سیاست‌های تشویقی نظام سلامت شامل ۸ بسته سیاستی در قالب طرح، برنامه یا قانون مشتمل بر ۴۰ مداخله یا سیاست استخراج گردید.

در مرحله دوم تحقیق، اولویت‌بندی سیاست‌های تشویقی نظام سلامت از لحاظ شدت و عمق تأثیر بر ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم انجام گرفت. جدول ۳، نمرات ارایه شده به سیاست‌های تشویقی نظام سلامت از لحاظ بیشترین تأثیر و بیشترین دوام برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم از نظر مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

بر اساس داده‌های جدول ۳، قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان با میانگین ۳/۸ بیشترین تأثیر را در میزان ماندگاری و دوام آن داشت و بعد از آن، برنامه پزشک خانواده و دستورالعمل نحوه توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی با میانگین ۳/۷، نسبت به سایر برنامه‌ها مؤثرتر بود.

جدول ۴ نمرات ارایه شده توسط پاسخ دهندگان به سیاست‌های تشویقی نظام سلامت از لحاظ بیشترین تأثیر و بیشترین دوام برای ماندگاری پرستاران در مناطق محروم را نشان می‌دهد.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان با میانگین ۳/۷ دارای بیشترین میزان تأثیر در عمق و دوام ماندگاری پرستاران در مناطق محروم کشور ایران بود و پس از آن، قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی با

جدول ۲: مداخلات و سیاست‌های تشویقی ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم

عنوان طرح، برنامه، قانون	مداخلات یا سیاست‌ها	مشمولان
قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان	ادغام آموزش و ارایه خدمت پرداخت مبلغی علاوه بر حقوق و کارانه با عنوان پرداخت ویژه مناطق محروم دریافت گواهی پایان تعهدات پس از گذراندن دو سوم از خدمات پرداخت مقطوع اعطای امتیاز بومی برای متخصصانی که انتخاب اولشان با محل تولدشان یکی است. پرداخت تعرفه ترجیحی مناطق محروم بر اساس شاخص‌های بدی آب و هوا، ضریب توسعه یافتگی، محرومیت منطقه و تسهیلات زندگی اختصاص سهمیه جداگانه به مناطق محروم و نیازمند هنگام پذیرش دستیار تخصصی و دریافت پروانه دایم پس از خدمت برابر طول دوران تحصیل کاهش خدمت قانونی در مناطق محروم برای دستیاران تخصصی دارای پروانه دایم پزشکی و استفاده‌کننده از سهمیه موضوع به نصف مدت دوره تخصصی استخدام پیمانی یا رسمی مشمولان خدمت پزشکان و پیراپزشکان بدون اخذ مجوزهای مربوطه برای مناطق محروم و نیازمند	کلیه رشته‌های علوم پزشکی متخصصان
طرح پزشک خانواده دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی دستورالعمل پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران مصوبه ستاد اجرایی بیمه روستایی آیین‌نامه اداری و استخدامی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی وابسته	پرداخت کارانه پزشک بر اساس سهم مأموریت، ماندگاری، جمعیت، شب بیتوته، پراکندگی یا دهگردشی، ضریب عملکرد و حضور و حق مسؤلیت پرداخت کارانه پزشک اعمال ۱۰ درصد افزایش حقوق برای مناطق محروم به ازای هر سال تحصیلی خدمت در مناطق محروم، ۱۰ امتیاز برای فرصت مطالعاتی (حداکثر ۳۰ امتیاز) خدمت در مراکز تحقیقاتی صنعتی تولیدی و خدماتی در مناطق محروم به صورت مأموریت به ازای هر سال کامل ۵ امتیاز (حداکثر ۲۰ امتیاز) دریافت فوق‌العاده بدی آب و هوا و محرومیت از تسهیلات زندگی آیین‌نامه اجرایی قانون ارتقای بهره‌وری و کسر ساعات کار کارکنان بالینی	کلیه پزشکان پزشکان عمومی
قانون ارتقای بهره‌وری و کسر ساعات کار کارکنان بالینی	لحاظ ضریب منطقه محروم در محاسبه امتیاز فارغ‌التحصیلان ارایه پایان تعهدات به فارغ‌التحصیلان سال ۱۳۹۱ که دو سوم خدمت خود را در منطقه محروم ویژه بگذرانند. تأمین مسکن به صورت پانسیون، استیجاری یا سازمانی بدون کسر از حقوق پرداخت ثابت به ازای هر ۲۴ ساعت	پزشکان، پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، کاردان‌ها و کارشناسان اتاق عمل و هوشبری و فوریت‌های پزشکی پزشکان متخصص
دستورالعمل نحوه توزیع فارغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی		
طرح تحول سلامت دستورالعمل حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم	پرداخت عملکردی	پزشکان عمومی شاغل در اورژانس بیمارستان و پیش‌بیمارستانی گروه‌های تخصصی بالینی، داروسازی بالینی رشته‌های تخصصی پاراکلینیک جراحی، بی‌هوشی و داخلی تخصص‌های بالینی، داروساز بالینی، پاراکلینیک (پاتولوژی، آزمایشگاه، دکتری داروسازی) تخصص‌های طب اورژانس، داخلی، کودکان، زنان، جراحی عمومی، رادیولوژی، بی‌هوشی، قلب و عروق، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، فلوشیپ و فوق تخصص‌های جراحی، داخلی و بی‌هوشی آزمایشگاه تشخیص طبی پاتولوژی سونوگرافی رادیوگرافی ساده و رنگی، MRI و CT

## جدول ۲: مداخلات و سیاست‌های تشویقی ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم (ادامه)

عنوان طرح، برنامه، قانون	مداخلات یا سیاست‌ها	مشمولان
طرح تحول سلامت	متوسط حق‌الزحمه پزشک مقیم به ازای هر شب مقیمی ۵ میلیون ریال (۱۳۹۳) اختیار دانشگاه برای افزایش یا کاهش حق‌الزحمه مقیمی تا ۵۰ درصد افزایش حق‌الزحمه پزشک مقیم در روز تعطیل معادل یک سوم روز غیر تعطیل حق‌الزحمه مقیمی علاوه بر حقوق و مزایا و کارانه پرداخت به تناسب میزان حضور افراد در ساعات شیفت امکان مشارکت متخصصان درمانی و هیأت علمی با هر نوع رابطه استخدامی در پوشش شیفت مقیمی بیمارستان‌های دانشگاه ممنوعیت پرداخت هم‌زمان وجه تحت عنوان حق‌الزحمه آنکالی به پزشکان شاغل در بخش‌های دارای پزشک مقیم قابل پرداخت بودن ۱۰۰ درصد حق‌الزحمه به پزشک مقیم در صورت کسب امتیاز ارزیابی عملکرد ۸۰ و بالاتر پرداخت هم‌زمان حقوق و حق‌الزحمه پزشکان مقیم در پایان هر ماه اعمال امتیاز خدمت در مناطق محروم برای شرکت پزشکان در دوره دستیاری پزشک خانواده MPH	پزشکان متخصص و فوق تخصص، فلوشیپ پزشکان عمومی
طرح تحول در علوم پزشکی	استقرار دانشگاه‌های ویژه در مناطق محروم و جذب نیروهای بومی و بوریسه	پزشکان عمومی و متخصص
برنامه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اولیه به روستاییان و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر برنامه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اولیه به حاشیه‌نشینان و شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر برنامه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اولیه به کلان‌شهرها و شهرهای بیشتر از ۵۰ هزار نفر تکمیل و اصلاح پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران راهبرد گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت، سند سیاست و راهنمای عملیاتی اجرای سند بسته آموزش پاسخگو و عدالت‌محور	نهادینه‌سازی رویکرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت گسترش عدالت در آموزش عالی سلامت شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی سلامت ارتقای منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت سیاست نهادینه‌سازی رویکرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت با هدف طراحی و تدوین برنامه آموزشی تخصصی پزشک خانواده و اجرای آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی نهادینه‌سازی رویکرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت گسترش عدالت در آموزش عالی سلامت تمرکززدایی در نظام آموزش عالی سلامت	کلیه رشته‌های علوم پزشکی
برنامه مراقبت‌های بهداشتی - بسته راهبردی و هدفمند و مأموریت‌گرای بسته آمایش سرزمینی، مأموریت‌گرای، تمرکززدایی و ارتقای توانمندی دانشگاه‌ها		

MRI: Magnetic resonance imaging

یافته بعدی، اجرای طرح تحول سلامت با اولویت چهارم در ماندگاری پزشکان و اولویت سوم در ماندگاری پرستاران می‌باشد که با نتایج پژوهش‌های سجادی و زابلی (۲۳) و مصطفوی و همکاران (۱۰) مبنی بر تأکید بر شناسایی و مشارکت ذی‌نفعان، کاهش نابرابری در توزیع پیراپزشک، داروساز، دندان‌پزشک و پزشکان متخصص و چالش مهم عدم تأمین مالی مطابقت داشت. اجرای قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت و کسر ساعات کارکنان بالینی با اولویت دوم در ماندگاری پرستاران نیز با نتایج مطالعه صادقی و همکاران مبنی بر این که برای بیشتر کارکنان بالینی امتیاز مثبت داشته است و می‌تواند در صورت اصلاح نظام‌های استخدام و جذب، موجب افزایش رضایت شغلی آنان و نگهداشت منابع انسانی شود (۲۴) همسو بود.

## جدول ۳: اولویت‌بندی سیاست‌های تشویقی از لحاظ تأثیر در ماندگاری

اولویت	بسته سیاستی (قانون، طرح، برنامه)	میانگین
اول	قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان	۳/۸
دوم	برنامه پزشک خانواده روستایی و شهری و بیمه روستایی	۳/۷
سوم	دستورالعمل نحوه توزیع فراغ‌التحصیلان رشته‌های تخصصی پزشکی	۳/۷
چهارم	طرح تحول سلامت	۳/۸
پنجم	قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳/۰
ششم	طرح تحول در علوم پزشکی	۲/۸
هفتم	آیین‌نامه اداری استخدامی اعضای هیأت علمی و غیر هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی	۲/۸

## جدول ۴: اولویت‌بندی سیاست‌های تشویقی از لحاظ میزان تأثیر در

## ماندگاری پرستاران در مناطق محروم

اولویت	بسته سیاستی (قانون، طرح، برنامه)	میانگین
اول	قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان	۳/۷
دوم	قانون ارتقای بهره‌وری و کسر ساعات کار کارکنان بالینی	۳/۳
سوم	طرح تحول سلامت (شامل برنامه ارتقای خدمات هتلینگ و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد)	۳/۲
چهارم	قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳/۰
پنجم	آیین‌نامه اداری استخدامی اعضای هیأت علمی و غیر هیأت علمی	۲/۵
ششم	طرح تحول در علوم پزشکی	۲/۵

پزشکان متخصص بوده است.

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل پراکندگی سیاست‌ها و مداخلات انجام شده در خصوص نگهداشت منابع انسانی، نبود تحقیقات مشابه، عدم وجود بانک اطلاعاتی تصمیم‌سازان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت، پراکندگی جغرافیایی و عدم دسترسی آسان به مشارکت‌کنندگان برای انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه بود که محقق با برقراری ارتباط با اعضای تیم مطالعاتی و افراد صاحب‌نظر و صرف زمان بیشتر، سعی در کنترل متغیرهای محدودکننده نمود.

## نتیجه‌گیری

از مهم‌ترین نتایج مطالعه حاضر، شناسایی و جمع‌آوری کلیه سیاست‌های نظام سلامت ایران شامل ۸ بسته سیاستی و ۴۰ مداخله یا سیاست و در مرحله دوم، اولویت‌بندی سیاست‌ها و مداخلات احصاء شده از لحاظ میزان و عمق تأثیر بر ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم بود. تدوین سیاست‌ها و بررسی آن‌ها، این امکان را برای پژوهشگران فراهم می‌آورد تا با اطلاع از خلأها و محدودیت‌های موجود و نقد مداخلات، الگوی سیاستی مناسبی را طراحی نمایند. نتایج حاصل از مرحله اولویت‌بندی سیاست‌ها نشان داد که قوانین و طرح‌های اجرا شده توسط نظام سلامت از لحاظ میزان تأثیر بر ماندگاری پزشکان و پرستاران در مناطق محروم جمهوری اسلامی ایران و دوام آن، متفاوت بود و بعضی از قوانین و طرح‌ها دارای تأثیر بیشتری بوده‌اند. بنابراین، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت مردم، باید ضمن بازنگری کلی سیاست‌های تشویقی اثرگذار در نگهداشت و ماندگاری منابع انسانی سلامت به ویژه پزشکان و پرستاران در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته، بر اساس مدیریت مبتنی بر شواهد در جهت کاستن موانع و مشکلات مربوط به هر یک از مداخلات و برنامه‌ها اقدام جدی نماید.

## پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود در تدوین سیاست‌های نظام سلامت برای جذب و نگهداشت منابع انسانی در مناطق محروم، نقاط ضعف و قوت سیاست‌های قبلی مورد توجه قرار گیرد و ضمن آگاهی از ترجیحات و مؤلفه‌های اثرگذار بر تصمیم مشارکت‌کنندگان، برای تقویت آن‌ها در جهت همسو نمودن سیاست‌ها و خواست وزارت بهداشت با خدمات و مطالبات مشمولان و ایجاد مسؤلیت‌پذیری اجتماعی اقدام گردد.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه نویسندگانی که از مطالب آن‌ها در نگارش پژوهش حاضر استفاده گردید، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

## References

- Noori Hekmat S, Hashemi H, Haghdoost A, Haji Aghajani M, Janbabaee G, Maher A, et al. Specialized and geographic distribution of specialists in Iran in 2016 and its estimates in 2026. Iran J Epidemiol 2018; 13: 122-32. [In Persian].
- Ehsani Chimeh E, Ghadakchi A, Yazdi Feyzabadi V, Sadrossadat S, Mahi A, Mehroolhassani M, et al. investigating availability and distribution trend of human resources affiliated to the ministry of health and medical education in Iran from 2009 to 2015. Iran J Epidemiol 2019; 14: 60-71. [In Persian].

3. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res* 2016; 16: 126.
4. Nouraei Motlagh S, Darvishi B, Haghightafard P, Lotfi F, Rezapoor A. Measuring equity in the distribution of physical and human resources in health sector among the cities of Lorestan Province (2006-2014). *J Health Adm* 2017; 20(69): 92-104. [In Persian].
5. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2017; 67(657): e227-e237.
6. MacDowell M, Glasser M, Fitts M, Nielsen K, Hunsaker M. A national view of rural health workforce issues in the USA. *Rural Remote Health* 2010; 10(3): 1531.
7. Pagaiya N, Kongkam L, Sriratana S. Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: A cohort study. *Hum Resour Health* 2015; 13: 10.
8. Shankar PR. Attracting and retaining doctors in rural Nepal. *Rural and remote health* 2010; 10: 1420.
9. Awofeso N. Improving health workforce recruitment and retention in rural and remote regions of Nigeria. *Rural Remote Health* 2010; 10(1): 1319.
10. Mostafavi H, Aghlmand S, Zandiyan H, Alipoori Sakha M, Bayati M, Mostafavi S. Inequitable distribution of specialists and hospital beds in West Azerbaijan Province. *Payavard Salamat* 2015; 9(1): 55-66. [In Persian].
11. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhassani M, Khosravi S. Study of geographical inequality trend in distribution of human resources and health facilities in health sector of Iran in past decade. *Iran J Epidemiol* 2018; 13: 27-36. [In Persian].
12. Potter AJ, Mueller KJ, Mackinney AC, Ward MM. Effect of tele-emergency services on recruitment and retention of US rural physicians. *Rural Remote Health* 2014; 14(3): 2787.
13. Zahedi SM, Ghajarieh F. Relationship between organizational commitments and nurses' intention to remain at health centers affiliated to army of the Islamic Republic of Iran. *Iran J Nurs* 2011; 24(73): 19-26. [In Persian].
14. Sobhanian SMH, Mehrara M. Study of factors influencing physician decision to enter the family physician program; a case study of Tehran. *Journal of Economic Modeling Research* 2017; 7(26): 7-40. [In Persian].
15. Mosa Farkhani E, Khooban H, Dahrazama B, Arefi VR, Saadati F. Determining the causes of discontinuation of family physicians working in Mashhad University of Medical Sciences. *Health Inf Manage* 2015; 12(1): 117-24. [In Persian].
16. Sanjari H, Moghadamifard Z, Heydarzadeh B, Mobaraki H. Identification and ranking the components serving doctors and paramedics manpower in choosing their place of employment and durability. *Payavard Salamat* 2015; 8(6): 528-40. [In Persian].
17. Deghati A, Mohammadi M, Yaghoobi M. Identifying the base of attraction of human force in Medical Science University of Birjand City. *Public Management Researches* 2017; 10(3): 157-75. [In Persian].
18. Khalafi A, Shirkhani B, Ghiasi A, Pourreeza A. In-field survey of attractions and repulsions of family medicine: family physicians' and medical students' attitudes. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2013; 1(1): 51-60. [In Persian].
19. Sedighi S, Amini M, Porreza A. Assessment on causes of physicians abdication from rural family physician plan in 2012. *Journal of Healthcare Management* 2015; 5(4): 33-43. [In Persian].
20. Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani kia H. The impact of family physician program on mother and child health indices in rural population auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran 2009. *J Health Adm* 2011; 14(43): 27-36. [In Persian].
21. Ashrafian Amiri H, Mikaniiki E, Nasrollapour Shirvani S D, kabir M J, Jafari N, Dadashi A, et al. Satisfaction of healthcare team from the performance of rural family physicians in northern provinces of Iran. *J Health Res Commun* 2015; 1(1): 1-10. [In Persian].
22. Iri H, Mahmoudi G, Jahani Tiji MA. The distribution of medical specialists in Golestan and Mazandaran Universities of Medical Sciences using Gini coefficient. *Jorjani Biomed J* 2017; 5(2): 11-20. [In Persian].
23. Sajadi HS, Zabolli R. An Assessment of the positive effects of health reform plan implementation from the perspective of hospital directors. *Health Inf Manage* 2016; 13(1): 55-60. [In Persian].
24. Sadeghi G, Adham D, Panahi M, Khalili Z, Naseri M, Abbasgholizadeh N, et al. Survey of "Improving Productivity of Clinical Staffs' Law" enforcement in hospitals affiliated to Ardabil University of Medical Sciences. *Journal of Health* 2017; 8(2): 151-9. [In Persian].

## Incentive Policies for the Retention of Physicians and Nurses in Deprived Areas of the Islamic Republic of Iran

Fereshteh Davari<sup>1</sup>, Haniyh Sadat Sajadi<sup>2</sup>, Elham Ehsani-Chimeh<sup>3</sup>, Khalil Alimohammadzadeh<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The retention of health human resources in the deprived areas is a global challenge, especially in countries with high geographic dispersion. This study endeavored to identify incentive policies for the retention of physicians and nurses in deprived areas of Iran.

**Methods:** The study was conducted in two stages of review and qualitative. In the review stage, health system policies and interventions for the retention of physicians and nurses in deprived areas of Iran were identified. The list compiled to announce the opinion and complete the policies and interventions of the health system for the retention of physicians and nurses in the deprived areas was provided to 18 experts in the field of health human resources. In the second stage, these policies were prioritized by 44 experts using an electronic questionnaire. Data obtained from the responses were described using frequency, percentage, and mean. The compiled list was approved using the opinions of 18 experts in the field of health human resources. Second, these policies were prioritized through an electronic questionnaire by 44 experts. The data were described through frequency, percentage, and mean.

**Results:** Following the Islamic Revolution, the Iranian health system designed and implemented eight policies, including 40 interventions, for the retention of physicians and nurses in deprived areas. Prioritization findings indicated that the Law of Service of Physicians and Paramedics, Family Physician Program, Instructions on how to distribute medical graduates, and the health transformation plan have greater and longer-term impact on retention of physicians; and the Law of Service for Physicians and Paramedics, the Law on Promoting Clinical Staff Productivity, and the health transformation plan had longer-term effects on retention of nurses.

**Conclusion:** Although policies have been effective in attracting and retaining physicians and nurses in deprived areas, they face challenges and failures. Therefore, it seems necessary for policymakers to review the overall incentive policies, and take serious action to address program challenges by creating cross-sectional coordination, sustainable funding and cost management, and awareness of physicians, nurses and patients' preferences as well as aligning policies with their services and demands.

**Keywords:** Policy; Survival; Physicians; Nurses; Rural Health Services

Received: 11 Mar., 2020

Accepted: 19 Sep., 2020

Published: 06 Oct., 2020

**Citation:** Davari F, Sajadi HS, Ehsani-Chimeh E, Alimohammadzadeh K. **Incentive Policies for the Retention of Physicians and Nurses in Deprived Areas of the Islamic Republic of Iran.** Health Inf Manage 2020; 17(4): 159-66.

Article resulted from an independent research without financial support.

1- PhD Student, Health Services Management, Department of Health Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

2- Associate Professor, Health Services Management, Knowledge Utilization Research Center, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Health Services Management, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Address for correspondence: Khalil Alimohammadzadeh; Associate Professor, Health Services Management, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran; Email: dr\_khalil-amz@yahoo.com