ارایه یک مدل جهت توزیع مبتنی بر نیاز نیروی انسانی متخصص در بخش سلامت با الگوگیری از نظام‌های مختلف مالیاتی

علی‌محمد احمدی[۱]، عباس عصاری[۲]، مهدی یوسفی[۳*]، سمیه فضایلی[۴]، بهروز ملکی[۲]

۱- گروه اقتصاد ایران و توسعه، پژوهشکده اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس ۲- گروه توسعه و برنامه‌ریزی اقتصادی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس ۳- گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۴- گروه مدارک پزشکی و فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت و مدیریت. تلفن: ۸۵۴۴۶۴۳-۰۵۱۱ نمابر: ۸۵۱۷۵۰۵ ۰۵۱۱

پست الکترونیک mehdiyousefy@gmail.com

دریافت: ۹۰/۱۰/۱۴ پذیرش: ۹۱/۵/۲۶

چکیده

مقدمه: *توزیع مبتنی بر نیاز نیروی انسانی متخصص در بخش سلامت، با توجه به ویژگی‌های حیاتی خدمات سلامتی برای مردم، بسیار مهم می‌باشد. در این راستا مطالعه حاضر سعی کرده است با ارایه یک مدل مناسب در این جهت گام بردارد.*

روش کار: *پژوهش حاضر از نوع کاربردی بود که با استفاده از چهار شاخص منتخب در زمینه توزیع نیروی انسانی متخصص، چهار سطح نیاز به نیروی انسانی متخصص در هر منطقه را تعیین کرد و سپس با الگوگیری از چهار نظام مالیاتی، روش پرداخت مناسب برای هر یک از این سطوح را ارایه داد.*

یافته‌ها: *بهترین روش پرداخت برای سطح اول که بیشترین امتیاز را به لحاظ نیاز به نیروی انسانی متخصص کسب می‌کند، پرداخت افزایشی می‌باشد. سطوح دوم، سوم و چهارم که امتیازات کمتری را کسب می‌کنند، به ترتیب، استفاده از روش‌های پرداخت نسبتی، مبلغ کلی و کاهشی پیشنهاد می‌گردد.*

نتیجه‌گیری: *ایجاد انگیزه اقتصادی هدفمند برای توزیع مبتنی بر نیاز نیروهای متخصص در بخش سلامت، دغدغه‌ای بوده است که مدل پیشنهادی در این مطالعه می‌تواند تا حدودی آن را رفع نماید. لذا بررسی بیشتر این مدل و ایجاد الزامات قانونی و سیستم اطلاعاتی مناسب برای بهره‌مندی بیشتر از نتایج آن پیشنهاد می‌گردد.*

گل‌واژگان: *توزیع مبتنی بر نیاز، نیروی انسانی متخصص، بخش سلامت، نظام مالیاتی*

مقدمه

رشد و توسعه هر جامعه‌ای در گرو بکارگیری صحیح منابع انسانی است و با توجه به تنوع و سطوح مختلف مهارت‌های افراد در یک جامعه، نقش برنامه‌ریزی و توزیع مناسب نیروی انسانی در یک کشور، پررنگ‌تر می‌شود (۱). بخش سلامت هر کشور نیز از این قاعده مستثنی نیست؛ و برنامه‌ریزی و توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص در این بخش بسیار حائز اهمیت می‌باشد و فقط از این طریق است که می‌توان دستیابی به مراقبت‌های سلامتی عادلانه و مطلوب را تسهیل نمود (۲). اولین قدم در سیاست‌گذاری منابع انسانی در این بخش، درک بازار نیروی کار بخش سلامت می‌باشد (۳). با این حال، این رویکرد عموماً مورد استفاده قرار نمی‌گیرد و انگیزه‌های اقتصادی نیروی تخصصی بخش سلامت در توزیع نیروی انسانی اکثراً نادیده گرفته می‌شود یا کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۴). مناسب‌ترین شیوه تخصیص مبتنی بر نیاز منابع نظام سلامت در هر کشور، طراحی و انتخاب مدلی است که در عین ساده و شفاف بودن از شاخص‌هایی استفاده کند که نماینده خوبی برای نیازهای سلامتی مردم در مناطق جغرافیایی مختلف آن کشور باشد و اطلاعات مربوط به شاخص‌های آن مدل نیز تا حد قابل قبولی در دسترس باشد (۵). کشورهایی مانند ولز، اسکاتلند، ایرلند شمالی و انگلیس تجربیات نسبتاً موفقی را در زمینه تخصیص مبتنی بر نیاز منابع نظام سلامت کسب کرده‌اند. سیستم بهداشتی درمانی انگلستان با استفاده از فرمول موسوم به

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

RAWP[1] توانسته است منابع خود را در حد قابل قبولی به صورت عادلانه و بر اساس نیازهای واقعی مردم به خدمات سلامتی، بین مناطق مختلف کشور توزیع نماید (۶). میزان مرگ‌های کمتر از ۶۵ سال، نرخ بیکاری، نسبت سالمندان به کل جمعیت در این کشور و دور افتاده بودن مناطق مختلف جغرافیایی، چهار شاخص مهمی است که در مدل تخصیص منابع نظام سلامت کشور اسکاتلند استفاده شده است (۷). اما به نظر می‌رسد در نظام سلامت ایران تاکنون روشی جامع، مبتنی بر شواهد و مناسب برای تخصیص منابع بر اساس نیازهای واقعی مردم طراحی و مورد استفاده قرار نگرفته است و هنوز تخصیص منابع بیشتر بر اساس روش های سنتی موجود صورت می‌گیرد. این روش ممکن است منجر به بی‌عدالتی در توزیع منابع و استفاده نامناسب از منابع محدود موجود گردد و از طرفی بسیاری از نیازهای اساسی مردم ممکن است بی‌جواب بمانند (۵).

تداوم این رویکرد در توزیع ناعادلانه امکانات و تسهیلات سلامتی در کشور و جذابیت شهرهای بزرگ برای متخصصان عرصه سلامت، باعث تجمع نیروهای متخصص ماهر و با تجربه در این مناطق و عدم دسترسی مردم به این افراد در مناطق محروم شده است (۱۰ –۸). لذا معرفی و استفاده از روش‌هایی که بتواند منجر به توزیع مبتنی بر نیاز نیروی انسانی متخصص در نقاط مختلف جغرافیایی کشور شود، همواره جزو دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران بوده است و این موضوع در قوانین مختلف اکثر کشورها، از جمله قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران مانند قانون اساسی و برنامه‌های مختلف توسعه مورد تأکید قرار گرفته است (۹ و ۱۱). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مهم‌ترین متولی برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در زمینه توزیع نیروی انسانی متخصص سلامت در ایران، اقداماتی را در زمینه توزیع مبتنی بر نیاز متخصصان در تمام کشور انجام داده است که از جمله این موارد، سطح‌بندی ارایه خدمات سلامتی، ارسال نیروهای متخصص به مناطق محروم در قالب طرح نیروی انسانی، و برنامه پزشک خانواده می‌باشند (۱۲). اما از آن جا که این روش‌ها اغلب حالت دستوری داشته و معمولاً همراه با عدم تمایل فرد به حضور در مناطق مورد نظر می‌باشد، لذا استفاده از این روش‌ها نتوانسته است کارایی و اثربخشی لازم را داشته باشد و مشکلات مربوط به عدم دسترسی مردم به نیروهای متخصص در بسیاری از مناطق همچنان پابرجاست (۹). لذا با توجه به این که هدف اصلی سیاست‌های منابع انسانی بخش سلامت، حصول اطمینان از تأمین کارکنان مورد نیاز بخش سلامت، با کمیت و کیفیت کافی در سطوح مختلف حرفه‌ای و تکنیکی و در مناطق مختلف جغرافیایی یک کشور می‌باشد (۱۳)، معرفی روشی جهت توزیع مبتنی بر نیاز نیروهای متخصص در عرصه سلامت که بتواند این دغدغه‌ها را رفع کند به شدت احساس می‌شود. بر این اساس، مطالعه حاضر سعی کرده است با الگوگیری از سیستم‌های مختلف مالیاتی و ترکیب آن با رویکرد توزیع نیروی متخصص در عرصه سلامت، یک مدل خود انگیزشی ارایه دهد که منجر به پویایی و پایداری بیشتر نیروهای متخصص عرصه سلامت در مناطقی شود که به خدمات آنان نیاز بیشتری وجود دارد. با توجه به این که مدل پیشنهادی در این مطالعه از چهار نوع سیستم مالیاتی الگوبرداری کرده است، در ادامه توضیح مختصری در مورد هر کدام از این سیستم‌ها ارایه می‌گردد.

نظام‌های مالیاتی: در این قسمت به صورت مختصر هر یک از نظام‌های مالیاتی توضیح داده می‌شود:

مالیات پیشرونده[2] (تصاعدی). در صورتی که نرخ مالیاتی دولت (به تبع درآمد مالیاتی دولت)، با افزایش فعالیت (تعداد واحدهای کاری انجام شده یا تعداد واحدهای تولید شده) افزایش پیدا کند، این نوع سیستم مالیاتی را تصاعدی می‌گویند. به عنوان مثال اگر دولت اعلام کند که برای ۱۰ تا ۱۵ ساعت کار در هفته، نرخ مالیات برابر با ۵٪ و برای ۱۵ تا ۲۵ ساعت کار در هفته نرخ مالیات برابر با ۱۰٪ است، در این وضعیت دولت از سیستم مالیاتی تصاعدی استفاده کرده است و دلیل این نام‌گذاری این است که با افزایش سطح درآمد افراد نرخ مالیاتی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد.

مالیات کاهشی[3]. در این نوع سیستم مالیاتی، بر عکس مالیات پیشرونده، افراد زمانی که به سطح بالاتری از درآمد می‌رسند درصد کمتری را به عنوان مالیات پرداخت می‌کنند. به عنوان مثال دولت می‌خواهد بخش کشاورزی را تشویق به تولید بیشتر کند؛ در این حالت دولت از مالیات کاهشی استفاده می‌کند و کشاورز در این سیستم می‌داند که هر چه بیشتر تولید کند و درآمد بیشتری داشته باشد نرخ مالیات (درصد پرداختی از درآمد برای مالیات) کمتر خواهد بود و این موضوع باعث تشویق کشاورز جهت تولید بیشتر خواهد شد.

مالیات به صورت مبلغ کلی[4]. در این نوع روش مالیاتی، یک مبلغ ثابت به عنوان مالیات در نظر گرفته می‌شود؛ به عنوان

[1] Resource allocation working party

[2] Progressive taxes
[3] Regressive taxes
[4] Lump-sum taxes

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

مثال، زمانی که دولت اعلام می‌کند به ازای هر منزل مسکونی یک مبلغ ثابت را به عنوان مالیات از صاحب مسکن خواهد گرفت، از این روش استفاده می‌شود و همان طور که در این مثال مشخص است مبلغ ثابت مالیات بدون توجه به متغیرهایی از قبیل مکان منزل، و بزرگی یا کوچکی آن تعیین می‌شود. پس می‌توان بیان کرد این نوع سیستم مالیاتی مستقل از تصمیم افراد و میزان فعالیت آن‌ها می‌باشد.

مالیات نسبتی[5]. در این نوع سیستم مالیاتی، یک نرخ ثابت (درصد ثابت) به عنوان نرخ مالیاتی بدون توجه به مقدار درآمد افراد تعیین می‌شود. به عنوان مثال اعلام می‌شود ۱۰٪ از درآمد به عنوان مالیات دریافت می‌شود و این نرخ مالیاتی برای تمام درآمدها یکسان است (۱۴).

روش کار

مطالعه حاضر، از نوع مطالعات کاربردی می‌باشد که به روش ترکیبی، با استفاده از انواع روش‌های توصیفی، کمی و کیفی انجام شده است و در آن سعی شده است با استفاده از الگوگیری و ترکیب سیستم‌های مالیاتی مختلف با رویکرد توزیع نیروی متخصص در سلامت، مدل مناسبی جهت توزیع مبتنی بر نیاز نیروی انسانی متخصص در بخش سلامت ارایه شود. جهت رسیدن به این هدف، ابتدا طی دو مرحله، شاخص‌هایی برای دسته‌بندی نیروهای متخصص سلامت، انتخاب و معرفی گردید. در مرحله اول، ۱۱ شاخص به روش توصیفی (پیمایشی) با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی موجود (مانند مدلاین[6] و گوگل اسکولار[7]) و گزارشات موجود و مرتبط با موضوع مورد مطالعه، مانند گزارشات مربوط به طرح پزشک خانواده و سیاست‌های وزارت بهداشت در زمینه توزیع نیروی انسانی متخصص و برخی منابع کتابخانه‌ای دیگر در محیط پژوهشی کتابخانه و اینترنت بررسی و شناسایی گردید. سپس در مرحله بعد این شاخص‌های یازده‌گانه با استفاده از تکنیک دلفی مورد نظرسنجی نمونه‌ای هدفمند از متخصصان و خبرگان موضوعی که شامل ۲۲ نفر از نیروهای متخصص در عرصه سلامت (شامل نه نفر از گروه پزشکی، پنج نفر از گروه پیراپزشکی و هشت نفر از مدیران ستادی نظام سلامت) گذاشته شد و بعد از بررسی جوانب مختلف این شاخص‌ها و پس از سه بار انجام تکنیک دلفی و توافق ۷۵ درصدی متخصصان، در نهایت چهار شاخص برای دسته‌بندی نیروهای متخصص در نقاط جغرافیایی مختلف کشور انتخاب گردید. این چهار شاخص عبارت بودند از: ۱) میزان کمبود تخصص مربوطه در یک منطقه جغرافیایی؛ ۲) میزان کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی مربوط به تخصص مورد نیاز در یک منطقه جغرافیایی؛ ۳) میزان محرومیت منطقه جغرافیایی مورد نظر؛ ۴) فاصله منطقه جغرافیایی مورد نظر از مرکز استان.

بعد از تعیین این شاخص‌ها، مدل پیشنهادی بر اساس تعیین ویژگی‌های هر یک از دسته‌های چهارگانه نیروی‌های متخصص و با تعیین روش پرداخت مناسب با الگوگیری از چهار نظام مالیاتی برای هر یک از این دسته‌ها شامل نظام پرداخت افزایشی، نظام پرداخت کاهشی، نظام پرداخت به صورت مبلغ کلی و نظام پرداخت نسبتی ارایه گردید. لازم به ذکر است که نظام مالیاتی در اصل یک روش برداشت از درآمد حاصل از کسب و کار یا ارائه خدمت، یا برداشت از ارزش دارایی‌ها در زمان توزیع یا مبادله آن‌ها می‌باشد؛ ولی از آن جا که در این مقاله سعی شده است از این نظام‌ها الگوبرداری شود، لذا درصورتی که به عنوان مثال برای نیروهای متخصصی که در سطح اول قرار می‌گیرند و بر اساس چهار شاخص مطرح شده، سیاست‌گذار تمایل به فعالیت و حضور بیشتر آن‌ها در یک منطقه دارد، از این روش‌ها برای پاسخ به این سؤال که از کدام نظام مالیاتی می‌توان الگو گرفت تا به این هدف (فعالیت و حضور بیشتر در منطقه هدف) دست یافت استفاده می‌شود. برای دستیابی به این هدف باید از روشی استفاده کرد که با افزایش فعالیت نیروی متخصص در منطقه مربوطه نرخ دریافتی آن‌ها نیز افزایش یابد (مثلاً اگر تا ۱۵ ویزیت در روز، ۳۰٪ درآمد به عنوان کارانه به آن‌ها پرداخت می‌شد، در صورت افزایش این تعداد ویزیت مثلاً به ۳۰ واحد، میزان دریافتی وی به ۴۰٪ تغییر می‌یافت) و این یعنی الگوگیری از نظام مالیات تصاعدی که در آن نرخ مالیاتی (به تبع درآمد مالیاتی دولت) با افزایش فعالیت (تعداد واحدهای کاری انجام شده یا تعداد واحدهای تولید شده) افزایش پیدا کند. در این الگوگیری، گویا پزشک در جایگاه دولت در نظام مالیاتی قرار می‌گیرد؛ با این تفاوت که هدف از اجرای این مدل ایجاد انگیزه در نیروهای متخصص سلامت برای فعالیت در مناطق مورد نظر سیاست‌گذاران نظام سلامت می‌باشد.

نتایج

در این قسمت، مدل خود انگیزشی با الگوگیری از چهار نوع نظام مالیاتی جهت توزیع مبتنی بر نیاز نیروی انسانی متخصص در بخش سلامت ارایه می‌گردد. اولین مرحله در ارایه این مدل،

[5] Proportional taxes
[6] Medline
[7] Google Scholar

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

شناسایی تخصص‌های موجود و مورد نیاز در هر منطقه جغرافیایی می‌باشد. در مرحله دوم، این نیروهای تخصصی شناسایی شده بر اساس چهار شاخص معرفی شده در چهار سطح قرار می‌گیرند.

سطح اول: نیروهای تخصصی که در این سطح قرار می‌گیرند، به صورت قراردادی، امتیازی بین ۷۵ تا ۱۰۰ کسب می‌کنند. بر اساس این چهار شاخص، این سطح دارای مشخصات زیر می‌باشد: کمبود شدید در زمینه نیاز به تخصص مربوطه در این سطح احساس می‌شود و/ یا عدم دسترسی به امکانات و تجهیزات پزشکی برای فعالیت نیروهای متخصصی که در این سطح قرار می‌گیرند به شدت احساس می‌شود و/یا در این سطح عمدتاً مناطق جغرافیایی دارای محرومیت بالا می‌باشند و/یا فاصله زیادی از مرکز استان دارند.

سطح چهارم: نیروهای تخصصی که در این سطح قرار می‌گیرند به صورت قراردادی، امتیازی بین صفر تا ۲۵ کسب می‌کنند. بر اساس این چهار شاخص، این سطح دارای مشخصات زیر می‌باشد: در این سطح عمدتاً نیروی تخصصی مازاد بر نیاز وجود دارد و/ یا امکانات و تجهیزات پزشکی برای فعالیت نیروهای متخصصی که در این سطح قرار می‌گیرند به وفور موجود و در دسترس می‌باشد و/ یا در این سطح عمدتاً مناطق جغرافیایی برخوردار بوده و/ یا در مراکز استان‌ها و شهرهای بزرگ یا با فاصله کمی از مرکز استان قرار دارند.

دو سطح دیگر بین این دو قرار می‌گیرند، بر اساس این شاخص‌ها، سطح دوم امتیازی بین ۵۰ تا ۷۵ و سطح سوم امتیازی بین ۲۵ تا ۵۰ کسب می‌کند.

نظام‌های پرداخت به سطوح مختلف: با توجه به ویژگی‌های تخصص‌هایی که در سطح اول قرار می‌گیرند، نظام پرداخت به این گونه نیروها باید به گونه‌ای باشد که با ایجاد انگیزه کافی در آن‌ها به پویایی و پایداری بیشتر این نیروهای تخصصی در ارایه خدمات سلامتی در مناطق مورد نظر منجر شود. نظام پرداخت مناسب برای این سطح، پرداخت افزایشی می‌باشد. بدین معنی که اگر به عنوان مثال در یک منطقه جغرافیایی محروم در یک نمونه استان، نیاز شدیدی به متخصص و جراح چشم می‌باشد و این نیروهای تخصصی تمایلی به حضور و ارایه خدمت در این منطقه ندارند، قرار گرفتن این نیروی تخصصی در سطح یک، بدین معنی است که سیاست پرداخت به این فرد، به صورت افزایشی خواهد بود. بدین ترتیب که اگر این فرد در یک بیمارستان در طول ماه، ۲۰٪ از بیماران مراجعه کننده را که نیاز به درمان دارند، بدون ارجاع با موفقیت درمان نماید،۴۰٪ میزان درآمدزایی وی برای بیمارستان به او پرداخت می‌شود و در صورتی که بین ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران را درمان نماید، میزان پرداختی به او معادل ۶۰٪ خواهد بود. البته این اعداد و ارقام مثال بوده و حدود میزان پرداختی به متخصصان، چه به صورت کارانه و یا به صورت بازپرداخت‌های بیمه‌ای تابع سیاست‌گذار نظام سلامت در آن منطقه می باشد و با توجه به اهداف سیاست‌گذاران تعیین می‌گردد. به عنوان مثال، در صورتی که هدف سیاست‌گذار استفاده بیشتر مردم از یک نوع خدمت سلامتی باشد، نوع پرداختی که در این سطح معرفی شد، انگیزه کافی را در ارایه دهنده خدمت در جهت پویایی و فعالیت بیشتر و حضور بیشتر در منطقه مورد نظر فراهم می‌کند.

به همین ترتیب، در تخصص‌هایی که با توجه به شاخص‌های پیشنهادی در سطح چهارم قرار می‌گیرند، نظام‌های پرداخت باید به گونه‌ای باشد که با ایجاد انگیزه کافی و هدفمند، افراد را به سمت انتخاب مناطقی برای فعالیت ترغیب کند که نیاز به تخصص آنان بیشتر بوده و این تخصص‌ها در آن مناطق در دسته‌های پایین‌تر قرار می‌گیرند. نظام پرداخت مناسب برای این سطح به صورت پرداخت کاهشی می‌باشد. به این معنی که درصد پرداختی به این نیروهای تخصصی بابت سطوح مختلف ارایه خدمت کاهش می‌یابد. در مناطقی که سیاست‌گذاران اهدافی را مانند محدود کردن استفاده از یک خدمت سلامتی، کاهش تقاضای القایی یا ایجاد اشتغال برای نیروهای متخصص جدید دنبال می‌کنند، استفاده از این روش پرداخت مناسب می‌باشد و تخصص‌هایی که سیاست‌گذاران آن منطقه این اهداف را در مورد آنان دنبال می‌کنند، در همین سطح قرار می‌گیرند. ویژگی‌های کلی هر سطح و روش پرداخت مناسب برای هر یک از آن‌ها به صورت خلاصه برای چهار سطح ذکر شده در جدول ۱ ارایه شده است. نکته‌ای که در اینجا لازم به ذکر است این است که این مطالعه وارد مقوله امتیازدهی و تعیین ضریب برای چهار شاخص معرفی شده نشده است؛ زیرا پژوهشگران این مطالعه معتقد هستند تعیین ضرایب برای هر یک از این شاخص‌ها باید انعطاف‌پذیر بوده و با توجه به شرایطی که هر منطقه جغرافیایی با آن روبرو است، توسط سیاست‌گذاران سلامت در آن منطقه برای حصول اهداف از پیش تعیین شده در زمینه سلامت مردم تعیین گردد؛ ولی به عنوان یک پیشنهاد می‌توان برای تعیین ضریب محرومیت مناطق جغرافیایی مختلف کشور از روش معرفی شده توسط یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده کرد (۵).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

جدول ۱- مشخصات سطوح چهارگانه نیروهای تخصصی و نظام پرداخت مناسب برای هر سطح

سطح	امتیاز	مشخصات سطح	نظام پرداخت
اول	۷۵ تا ۱۰۰	نیاز شدید به تخصص و/یا عدم وجود امکانات و تجهیزات مورد نیاز و/یا محرومیت بالای منطقه و/یا فاصله زیاد از مرکز استان	**پرداخت افزایشی[1]:** در این روش به ازای سطوح بالاتر ارایه خدمات سلامتی به مردم، درصد بیشتری به او پرداخت می‌گردد
دوم	۵۰ تا ۷۵	نیاز متوسط به سمت زیاد به تخصص و/یا وجود امکانات و تجهیزات مستهلک یا ناقص ولی قابل استفاده و/یا محرومیت متوسط به سمت بالای منطقه و/یا فاصله نه چندان زیاد از مرکز استان	**پرداخت نسبتی[2]:** در این روش به ازای سطوح مختلف ارایه خدمات سلامتی به مردم، درصد یکسانی به وی پرداخت می‌گردد
سوم	۲۵ تا ۵۰	نیروی تخصصی مازاد بر نیاز وجود ندارد و نیازهای سلامتی مردم نیز پاسخ داده می‌شود و/یا امکانات و تجهیزات در حد کافی وجود دارد و/یا منطقه به لحاظ محرومیت نرمال بوده و/یا فاصله چندانی تا مرکز استان وجود ندارد	**پرداخت به صورت مبلغ کلی[3]:** در این روش به ازای سطوح مختلف ارایه خدمات سلامتی به مردم، مبلغ ثابتی در ماه پرداخت می‌گردد
چهارم	۰ تا ۲۵	نیروی تخصصی مازاد بر نیاز وجود دارد و/یا وفور امکانات و تجهیزات بیش از نیاز وجود دارد و/یا منطقه برخوردار می‌باشد و/ یا اکثراً در مراکز استان‌ها یا شهرهای بزرگ قرار می‌گیرد	**پرداخت کاهشی[4]:** در این روش به ازای سطوح بالاتر ارایه خدمات سلامتی به مردم، درصد کمتری به او پرداخت می‌گردد

[1]Progressive; [2]Proportional; [3]Lump-sum; [4]Regressive

بحث

پایین بودن کارایی در جذب نیروی انسانی متخصص سلامت در مناطق محروم به دلیل فقدان جاذبه‌های لازم برای بکارگیری و حفظ این نیروها از جمله چالش‌های پیش روی نظام سلامت کشور می باشد که در گزارش عملکرد سال ۱۳۸۴ دفتر مدیریت منابع انسانی وزارت بهداشت به آن اشاره شده است (۱۵). در همین گزارش، برای برون‌رفت از مشکلات پیش روی نیروی انسانی سلامت کشور، ایجاد جاذبه لازم برای فعالیت نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق محروم به عنوان یک راه حل ذکر شده است. بر این اساس مدل حاضر سعی نموده است با معرفی یک مدل مناسب، راهکاری را جهت این مشکل ارایه دهد.

پاملا مک کوئید[8] در سال ۲۰۰۸ مقاله‌ای با عنوان "نگاهی به الگوهای طرح‌ریزی منابع انسانی بخش سلامت" منتشر کرد که در مقدمه آن تأکید کرده است برنامه‌ریزی برای نیروی انسانی بخش سلامت در زمان و مکان لازم است و از آنجا که آموزش چنین افرادی مستلزم زمانی طولانی است، باید برنامه‌ریزی در این زمینه به دقت صورت پذیرد. رویکرد مورد استفاده برای معرفی یک مدل باید با توجه به عملی بودن، امکان اجرا، محدودیت‌های منابع و داده‌ها انتخاب شود (۱۶). رویکردهای مورد استفاده برای مدل ارایه شده در این مطالعه، رویکرد مبتنی بر نیاز[9] و رویکرد مبتنی بر هدف[10] یعنی تعیین هدف‌هایی برای برخی خدمات خاص بر مبنای عرضه نیروی کار یا تقاضای خدمات بخش سلامت بوده است و از قابلیت اجرایی بالایی نیز برخوردار است. فلیکس ریجولی[11] و گیلز دوسالت[12] در سال ۲۰۰۳ متذکر شده‌اند که تاکنون مطالعات اندکی در مورد تأثیر اصلاحات نظام سلامت به نیروی کار و برعکس انجام شده است. این در حالی است که نیروی انسانی بخش سلامت و عوامل انگیزشی این نیروها تأثیر بسیار زیادی در موفقیت اصلاحات در نظام سلامت دارد (۱۷ و ۱۸). لذا از آنجا که در نظام سلامت ایران الگوی خاصی برای سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت و بهره‌برداری شایسته از نیروی انسانی وجود ندارد (۱۵)، لذا تدوین الگوهای مناسب برای مدیریت بهتر نیروی انسانی بخش سلامت و استفاده بهتر از مهارت‌ها و تخصص آنان حائز اهمیت زیادی می‌باشد.

به صورت خلاصه، مزایایی که پیاده‌سازی این مدل خودانگیزشی می‌تواند نظام سلامت را از آن بهره‌مند کند به شرح زیر می‌باشد: ۱- کاهش تمرکز نیروهای متخصص و فوق‌تخصص در شهرهای بزرگ و افزایش حضور این نیروها در مناطقی که به تخصص آن‌ها نیاز دارند؛ ۲- امکان حضور متخصصین جوان و جدید در عرصه طبابت در شهرهای بزرگ با توجه به محدود شدن پرداخت‌ها به متخصصین دیگر؛ ۳- کاهش تقاضای القایی در مناطق برخوردار با کنترل طرف عرضه با توجه به محدودیت پرداخت‌ها به ارایه دهندگان خدمت؛ ۴- ارتقای سطح سلامت مردم از طریق ایجاد انگیزه مثبت جهت ارایه خدمات سلامتی مورد نیاز در مناطق جغرافیایی مختلف کشور؛ ۵- ایجاد عدالت در توزیع درآمدها بین نیروهای تخصصی در عرصه سلامت با توجه به استفاده از سیاست کنترل درآمدها از طریق محدودیت پرداخت‌ها به ارایه دهندگان خدمت؛ ۶- ایجاد یک ابزار مناسب برای کنترل بازار ارایه خدمات سلامتی؛ ۷- انعطاف‌پذیری و امکان به روز رسانی این مدل و جابجایی مناطق جغرافیایی مختلف در چهار سطح تعیین شده؛ ۸- ساده و شفاف بودن پیاده‌سازی و استفاده از این مدل در مناطق جغرافیایی مختلف با توجه به ثبت میزان کارکرد نیروهای متخصص در مراکز ارایه دهنده خدمات سلامتی و بیمه‌ها؛

[8] Mcquide P
[9] Need-based Approach
[10] Target-based Approach
[11] Rigoli, Felix
[12] Dussault, Gilles

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

۹- کاهش هزینه‌های غیرمستقیم دریافت خدمات سلامت برای مردم از طریق در دسترس شدن نیروهای تخصصی سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف؛ و ۱۰- امکان استفاده از این مدل برای نیروهای تخصصی مختلف و فعال در حوزه سلامت

در پایان این قسمت ذکر دو نکته حائز اهمیت می‌باشد:

نکته اول این که مدل ارایه شده در این مطالعه بیشتر یک چارچوب مناسب برای توزیع نیروی متخصص در بخش سلامت می‌باشد و می‌توان با بررسی‌های بیشتر مدل را کامل‌تر و اجرایی‌تر نمود. به عنوان مثال برای جامعیت و انعطاف بیشتر مدل، می‌توان شاخص‌های دیگری مانند کیفیت ارایه خدمات سلامتی توسط متخصصین و رضایت گیرندگان خدمت را نیز مدنظر قرار داد و برای این گونه موارد امتیازاتی را در نظر گرفت. برای مثال، اگر متخصصی در یک شهر بزرگ، خدمات با کیفیتی را ارایه می‌دهد و از طرف دیگر برخورد مناسبی با گیرندگان خدمت دارد، می‌توان محدودیت‌های پرداخت به او را کاهش داد. البته استفاده از این سیاست‌ها و ابزارها منوط به اهدافی است که سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان این حوزه دنبال می‌کنند.

نکته دوم این است که روش‌های پرداخت پیشنهاد شده در این مطالعه، تنها مختص پرداخت‌های وزارت بهداشت به نیروهای تخصصی سلامت نمی‌باشد و سازمان‌های بیمه‌گر و دیگر تأمین‌کنندگان مالی نظام سلامت نیز می‌توانند از این روش‌های پرداخت برای کنترل ارایه دهندگان خدمات سلامت در بخش غیردولتی بهره گیرند و از مزایای اقتصادی پیاده‌سازی این مدل، مانند کاهش تقاضای القایی در شهرهای بزرگ و مناطق برخوردار و ارتقای سطح سلامت مردم در مناطق محروم و غیربرخوردار بهره‌مند شوند.

نتیجه‌گیری

توزیع مبتنی بر نیاز نیروهای متخصص در عرصه سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف کشور، نیازمند استفاده از روش‌هایی است که بیشتر مبتنی بر خودانگیزشی در افراد باشد تا این که به صورت دستوری ابلاغ شوند و فقط در این صورت است که می‌توان اثربخشی مناسبی را از فعالیت این نیروهای متخصص انتظار داشت. با توجه به این موضوع، مطالعه حاضر سعی کرد مدلی را معرفی کند که با اجرای آن بتوان به توزیع بهتر نیروی متخصص سلامت و اثربخشی بهتر استفاده از این نیروها دست پیدا کرد.

پیشنهادات: در این قسمت چند پیشنهاد جهت استفاده از این مدل و بهره‌مندی بهتر از نتایج آن ارایه می‌گردد:

۱- بررسی بیشتر مدل و توجه به جنبه‌های مختلف آن توسط سیاست‌گذاران و برنامه ریزان نظام سلامت کشور؛ ۲- ایجاد سیستم اطلاعاتی مناسب در زمینه توزیع نیروهای متخصص در عرصه سلامت و سنجش عملکرد این نیروها در مناطق مختلف کشور؛ ۳- ایجاد الزامات قانونی مؤثر برای پیاده‌سازی این مدل در نظام سلامت کشور.

تشکر و قدردانی

در اینجا نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد، مخصوصاً پزشکان و مدیران فعال در حوزه سلامت، که با ارایه دیدگاه‌های خود ما را در این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی کنند.

References

1- Nili M, Nafisi Sh. Human capital estimates based on average years of education for Iranian labor. Iranian Journal of Economic Research 2006;(25) 7: 17. (in Persian)

2- Tofighi Sh, Maleki M, Shahabi M, Delpasand M, Nafisi A. Distribution status of specialist physicians and occupational beds in governmental hospitals in Iran. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2010;(3) 8: 1-2. (in Persian)

3- Marchal B, Fegels G. Health Work force imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? International journal of health planning and management 2003; 18(supplement):89-101.

4- Hillman A, Pauly M, Kerstein J. How Do Financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations? The New England Journal of Medicine 1989; 13: 86-92.

5- Yousefi M, Akbari Sari A, Arab M, Oliaeemanesh A. Methods of Resource Allocation Based on Needs in Health Systems, and Exploring the Current Iranian Resource Allocation System. Hakim Research Journal 2010; 13(2): 10- 20.

6- Yousefi M. (dissertation). Fair method for allocating resources of the health system to the provinces, using models based on the needs. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009. (in Persian)

7- Gordon D, Lloyd E, Senior M, Rigby J, Shaw M, Shlomo YB. Wales NHS Resource Allocation Review. NHS. 2001; 27-30.

8- Akbariyan A. (dissertation). The comparison of the management of hospitals in selected countries and pattern for social security organizations hospitals in Iran. Tehran; Islamic Azad University, Science and Research Campus: 2001. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

9- Damari B. Study and analysis of health status: a review of human resource management of health and suggested interventions.[cited 2012 Aug 10]. Available from: http://hamahangi.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=126&pageid=933
10- Sadaghyani E. Hospital management and organization. Tehran: Jahan Rayane; 1998: 47-48. (in Persian)
11- Ahmadi A, Vafaie R. Investigation of indices of health economic in third and forth development plan. Health and Sustainable Development Quarterly, Iranian Academic Center for Education, Culture and Research 2007: 15(4), 17-23. (in Persian)
12- Sadeghifar J, Pourreza A, Ahmadi B, Zeraati H, Arab M. Assessment of Necessary Staff For Hospitals of Ilam University of Medical Sciences in Accordance With Personnel Criteria And Standards Of Iranian Health Ministry. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences; 2011: (1) 19: 25-26. (in Persian)
13- Nyoni J. Policies and Plans For Human Resources for health: guidelines foe countries in the WHO African region. Brazzaville: World Health Organization. 2006.
14- Matthias D, Andreas L, Andrew W. Macroeconomics. 1st ed. Chicago; University of Chicago; 1999; 132- 148.
15- Faraji F, Maleki MR, Tabibi SJ, Vatan Khah S. (dissertation). Designing a Model for Policymaking in Human Resources of Health. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2011: 88-92, 330-8. (in Persian)
16- Mcquide P, Stevens J, Settle D. An overview of human resources for health projection models. [Cited 2009 Jun. 25]. Available from: http://www.capaciryproject.org/hris/hris-tools/pdf/techbriey-12.pdf
17- Dussault.G, Dubois CA. Health resources for health policies: a critical component in health policies. Human resources for health 2003; 1:10.
18- Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. Human resources for health 2003; 1(1).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]

Proposing a Need-based Model to Distribute Professional Human Resources in Health Sector Using Benchmarking of Various Tax Systems

Ahmadi AM[1] (PhD), Assari A[2] (PhD), Yousefi M[3*] (PhD student), Fazaeli S[4] (PhD Student), Maleki B[2] (PhD student)

[1] *Department of Iranian Economic and Development, Economic Research Institute, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*
[2] *Department of Development and Economic Planning, School of Management & Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*
[3] *Department of Public Healthcare Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*
[4] *Department of Medical Records, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*

Received: 4 Jan 2012, Accepted: 17 Aug 2012

Abstract

Introduction: Distribution of professional human resources in health sector is an important issue. This study aimed to propose an appropriate need-based model in order to apply in distribution of professional human resources.

Methods: In this descriptive study, using four selected criteria in the field of professional human resources distribution, four levels of need to professional human resources in each region were determined. Using the benchmarking of four tax systems, appropriate payment methods for each level were proposed.

Results: The best method of payment for the first level, in which most professional human resources are needed, was progressive method. For the second, third, and fourth levels that have respectively lower scores, proportion, per capita, and regressive methods were recommended.

Conclusion: Creating a purposive economic incentive for need-based distribution of professional human resources in the health sector is a main challenge. Our proposed model in this study could partly solve the problem. Further studies on this model, creating legal requirements, and using appropriate information systems are recommended to take more advantages of this model.

Key words: need-based distribution, professional human resources, health sector, tax system

Please cite this article as follows:

Ahmadi AM, Assari A, Yousefi M, Fazaeli S, Maleki B. Proposing a Need-based Model to Distribute Professional Human Resources in Health Sector Using Benchmarking of Various Tax Systems. Hakim Research Journal 2012; 15(3): 221- 228.

*Corresponding Author: Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences, School of Health, Department of Health and Management. Tel: +98- 511- 8544643, Fax: +98- 511- 8517505, E-mail: mehdiyousefy@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-11-28]