گزارش

اجرای طرح تحول نظام سلامت با تأکید بر محور حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم: نتایج و چالش‌ها

علیرضا اولیایی‌منش[۱]، سعید معنوی[۲]، محمدآقاجانی[۳]، لیلا پورآقاسی[۴]، علی ماهر[۵]، علی شهرامی[۶]، موسی طباطبایی[۷]، فرح بابایی[۸]، جمشید کرمانچی[۹]، پیرحسین کولیوند[۱۰]، حسن واعظی[۱۱]، مرضیه زنگنه[۱۲]، آرزو دهقانی[۱۳]، سیده‌سنا حسینی[۱۴]

۱- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۵- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۶- معاون اجرایی معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۷- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- رئیس اداره مامایی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- مشاور معاون درمان در بیماری‌ها وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رئیس سازمان اورژانس کشور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رییس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۲- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳- مدیر روابط عمومی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- کارشناس معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، طبقه ۷، تلفن: ۸۱۴۵۴۳۲۱ -۰۲۱
پست الکترونیک: olyaee@health.gov.ir

دریافت: ۹۵/۷/۲۱ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۵

مقدمه

توزیع نابرابر منابع انسانی در حوزه سلامت پدیده‌ای جهانی است و در ابعاد مختلفی بروز می‌کند (۱). توزیع نابرابر به‌خصوص در حرفه پزشکی اولین و بزرگ‌ترین چالش است. اغلب پزشکان در کشورهای توسعه‌یافته و شهرهای بزرگ تمرکز دارند که دارای سطح زندگی مناسب، درآمد بالاتر و رضایت شغلی بیشتر است. حالت دوم توزیع نامناسب مربوط به ترکیب مهارت‌ها است. تعداد پزشکان در بسیاری از کشورها از جمله بنگلادش، برزیل، چین، پاکستان بیشتر از پرستاران است. سومین مسئله مربوط به فوق تخصص و چهارمین مورد مربوط به توزیع نامناسب نهادی است. در آخر توزیع نامناسب جنسیتی نیز از جمله موارد چالشی در این حوزه محسوب می‌شود (۲)، از این رو سازمان جهانی بهداشت برنامه‌ای با هدف رفع توزیع نابرابر کارکنان بهداشتی در مناطق محروم و روستایی ارایه کرده است. این برنامه پاسخی است به درخواست کشورهایی که تحت تأثیر بحران جهانی نیروی کار در بخش بهداشت و سلامت قرار گرفته‌اند (۳, ۴). به‌علاوه دسترسی به کارکنان بهداشت و سلامت در مناطق محروم به بهبود نتایج بخش سلامت بر اساس ارزش‌ها و اصول مراقبت‌های اولیه می‌انجامد. فقدان راه‌حل‌های عملیاتی برای انطباق با چالش مذکور موضوعی است که در تمام کشورها اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه مهم و اساسی است. بر این اساس برنامه سازمان جهانی بهداشت به‌دنبال شواهد و ارایه توصیه‌های مبتنی بر شواهد روز دنیا است که با استراتژی‌های پیشنهادی قادر به رفع چالش حضور پزشکان در مناطق مورد نیاز باشد. سه محور اصلی تشکیل‌دهنده استراتژی‌های مذکور عبارتند از:

- تدوین و اشتراک استراتژی‌های اثربخش مبتنی بر شواهد که به افزایش دسترسی به کارکنان بهداشتی در مناطق محروم و روستایی
- حمایت از کشورهای عضو برای ارزیابی، انطباق و اجرای استراتژی‌های مذکور
- توسعه و انتشار توصیه‌ها و استراتژی‌های مبتنی بر شواهد در این حوزه (۵)

گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)[1] در ایران به‌طور عمده بر اساس اصول بهداشت همگانی کنفرانس آلماآتا است (۶). مراقبت‌های اولیه سلامت به‌طور چشمگیری به بهبود نتایج سلامت و بهداشت به‌ویژه در مناطق روستایی منجر شده است (۷)، با این حال پاسخگوی نیازهای رو به رشد سلامت مردم در چند دهه اخیر نیست. از سال ۱۳۸۴ برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کوچک آغاز شد که در دولت بعد از آن نیز ادامه یافت (۸). علی‌رغم افزایش جمعیت زیر پوشش بیمه درمانی، مسایل مربوط به دسترسی به خدمات سلامت و برابری در دسترسی و استفاده از این خدمات کماکان باقی‌مانده بود (۶) و (۹-۱۱). از این رو در دولت یازدهم مجموعه‌ای از برنامه‌های اصلاح و بازنگری

[1] Primary Health Care

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

نظام سلامت پیگیری شد (۸). نتیجه این اصلاحات با عنوان طرح تحول نظام سلامت[۲] (HSEP) توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت معرفی شد.

کمبود کادر پزشکی در شهرها، بخش‌ها و روستاهای دورافتاده کشور و تراکم فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها در کلان‌شهر پایتخت، سایر کلان‌شهرها و مراکز استان‌ها همواره باعث ایجاد اختلال در ارایه خدمات تشخیصی و درمانی به ساکنین مناطق محروم و نیازمند کشور شده است. به‌کارگیری پزشکان خارجی در سال‌های اول پس از پیروزی انقلاب و مداخلات و فشارهای سیاسی و اجتماعی متعدد در روند جذب و به‌کارگیری پزشکان متخصص اثر نامطلوبی به‌جا گذاشته بود. بررسی وضع موجود نظام بهداشتی درمانی کشور (در اواخر دهه پنجاه) نشان می‌دهد که توزیع نیروهای پزشکی کشور به‌شدت ناهمگون بوده است؛ به‌طوری که ۶۹٪ پزشکان متخصص در تهران و ۱۸٪ پزشکان در شهرهای تبریز، مشهد، اهواز، شیراز و اصفهان و ۱۳٪ در بقیه کشور توزیع شده بودند. از آنجا که طرح خدمات پزشکان در اکثر نقاط جهان وجود دارد جهت رفع معضل کمبود کادر درمانی، در اردیبهشت ماه سال ۱۳۶۷ قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و به موجب آن فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی مکلف شدند که سال‌های اولیه خدمت خود را خارج از تهران و در شهرهای دور افتاده انجام دهند تا به این وسیله قسمتی از دین خود را به جامعه ادا کنند. به منظور حل این کمبود برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» با هدف افزایش دسترسی مردم ساکن در مناطق محروم کشور به خدمات سلامت سطح دوم و سوم و در جهت اجرای بند «ب» ماده ۳۴، بند «الف» ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه کشور و بند «۹-۷» سیاست‌های کلان بخش سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، تدوین شده است (۱۲, ۱۳). این برنامه از ابتدای خردادماه سال ۱۳۹۳ در قالب یکی از برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور اجرا شد. پزشکان مشمول این برنامه در صورت پذیرش تعهدات مندرج در دستورالعمل «برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» و با تکمیل فرم مربوطه، به عنوان «پزشک ماندگار» شناخته می‌شوند و می‌توانند از مزایای تشویقی ماندگاری که در قالب «پرداخت ثابت و پرداخت عملکردی» است، بهره‌مند شوند. در این گزارش ضمن مرور فرایند اجرایی برنامه ماندگاری پزشکان، نتایج اجرا و نارسایی‌ها و چالش‌های پیش روی این محور بحث و بررسی خواهد شد.

اهداف

هدف اصلی

- ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه‌یافته، با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت در سطح دوم و سوم و جذب ماندگاری پزشکان در این مناطق تدوین شده

اهداف اختصاصی

- ارتقای عدالت در دسترسی و بهره‌مندی مردم به خدمات تخصصی سلامت در مناطق محروم
- کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم
- ساماندهی مناسب‌تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق‌تخصصی مناطق کمتر توسعه‌یافته
- حذف پرداخت‌های غیررسمی در این مناطق
- افزایش زمینه فعالیت پزشکان به صورت تمام‌وقت جغرافیایی
- اجرای صحیح نظام سطح‌بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری (۱۴)

مبانی نظری

منابع انسانی یکی از زیرساخت‌های شش‌گانه سیستم بهداشت و سلامت محسوب می‌شود (۱۵). با این حال کادر پزشکی (شامل پزشک، پرستار، دندان پزشک، ماما) در مقیاس جهانی با کمبودی حدود ۴.۲ میلیون نفر مواجه است (۱۶). در مقیاس جهانی ارتباط نزدیکی میان تراکم کادر پزشکی واجد شرایط و نتایج کلیدی سیستم سلامت و بهداشت مانند ایمن‌سازی نوزاد، کودک و مادر وجود دارد (۱۷). از این‌رو، این شکاف محدویت اساسی در دستیابی به اهداف هزاره مربوط به توسعه سلامت محسوب می‌شود (۱۸). افراد مناطق روستایی تحت تأثیر آثار نامطلوب کمبود منابع انسانی قرار می‌گیرند. وزارتخانه‌های بهداشت و سیاست‌گذاران حوزه سلامت با چالش‌های اساسی در رفع نیازهای سلامت جمعیت روستایی مانند کمبود ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، کمبود منابع انسانی مقیم در این مناطق و توزیع جغرافیایی نابرابر ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی مواجه هستند (۱۹).

در همه کشورها، اعم از غنی و فقیر، نسبت کادر بهداشتی در مناطق شهری و ثروتمند، بالاتر گزارش شده است (۲۰-۲۲) اما نیمی از جمعیت جهان در مناطق روستایی زندگی می‌کنند درحالی که تنها ۳۸٪ از نیروی کار پرستار و ۲۴٪ از نیروی کار پزشک در این مناطق، خدمات بهداشتی ارایه می‌دهند (شکل ۱) (۱۹).

[2] Health System Evaluation Plan -or- Health Transformation Program

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

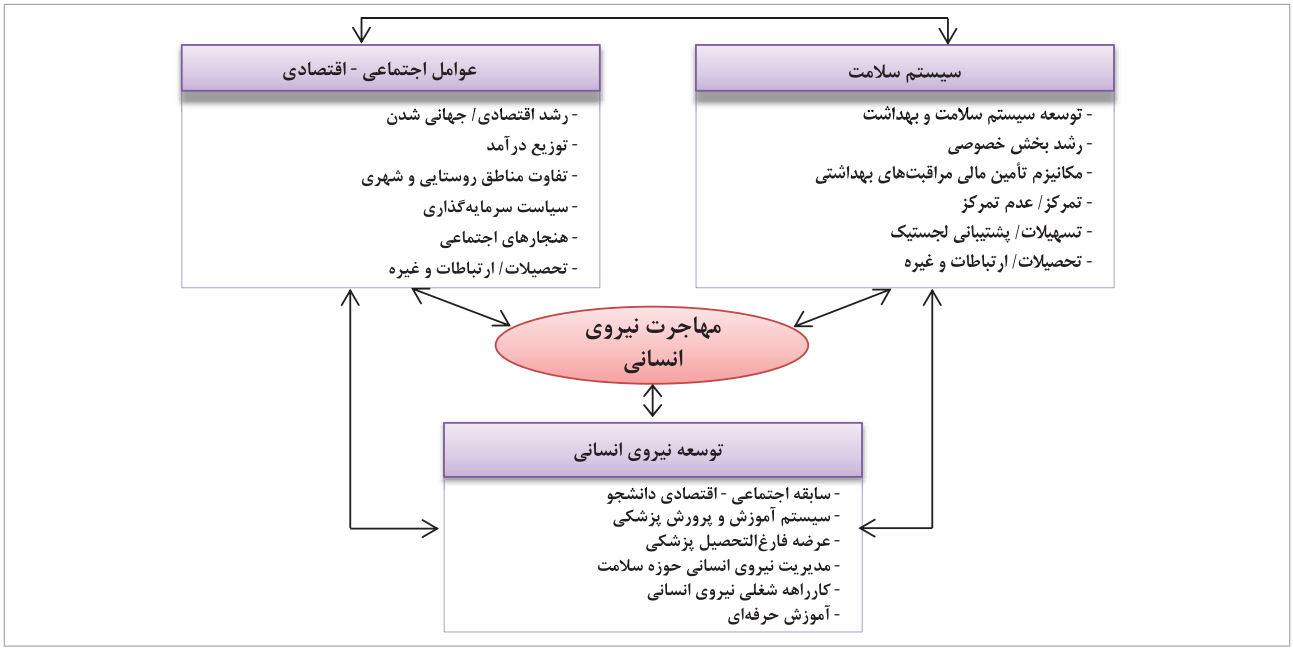


شکل ۱- توزیع جهانی پزشکان و پرستاران در مناطق شهری و روستایی (۱۹)

این وضعیت در ۵۷ کشور جهان که با کمبود اساسی کارکنان آموزش‌دیده در حوزه سلامت مواجه هستند، شدت می‌یابد به‌صورتی که حدود یک میلیارد نفر به خدمات ضروری در حوزه بهداشت و سلامت دسترسی ندارند (۱۵). در بنگلادش ۳۰٪ از پرستاران در چهار منطقه شهری شاغل هستند در حالی که این مناطق فقط ۱۵٪ از جمعیت را در بر می‌گیرد (۲۳). در آفریقای جنوبی ۴۶٪ جمعیت در مناطق روستایی زندگی می‌کنند در حالی که ۱۲٪ پزشکان و ۱۹٪ پرستاران در این مناطق شاغل هستند. از طرف دیگر پرورش بیش از ظرفیت کارکنان حوزه بهداشت و سلامت در برخی از مناطق فرانسوی زبان کشورهای جنوب صحرای بزرگ آفریقا مانند ساحل عاج، جمهوری دموکراتیک کنگو و مالی منجر به بیکاری پزشکان در مناطق شهری و کمبود کادر پزشکی در مناطق روستایی شده است (۲۴).

حتی کشورهای ثروتمند هم با کمبود کادر پزشکی در مناطق محروم و روستایی مواجه هستند. به‌عنوان مثال در ایالات متحده آمریکا ۹٪ از پزشکان در مناطق روستایی شاغل هستند در حالی که این مناطق ۲۰٪ جمعیت این کشور را در بر می‌گیرد (۲۵). فرانسه با نابرابری گسترده‌ای در توزیع پزشکان عمومی مواجه است به‌صورتی که نسبت تراکم پزشکان در مناطق جنوبی و پایتخت بالاتر از مناطق شمالی و مرکزی کشور است (۲۶). در کانادا ۲۴٪ جمعیت در مناطق روستایی و دورافتاده زندگی می‌کنند در حالی که تنها ۹.۳٪ از پزشکان در این مناطق شاغل هستند (۲۷).

این بحران با علل پیچیده‌ای مواجه است و نه تنها تحت‌تأثیر کمبود نیروی انسانی است بلکه عدم توانایی حفظ این کارکنان در مناطقی که بیشترین احتیاج به آنها احساس می‌شود مزید بر علت است. از این رو با توجه به مجموعه پیچیده‌ای از عوامل اثرگذار بر تحرک کارکنان بهداشتی، هرگونه تلاش به‌منظور افزایش نیروی کار بهداشتی باید با اقدام‌هایی مناسب در جهت جذب و نگهداشت کارکنان بهداشتی همراه شود. (۵). به‌طورکلی عوامل مختلف اثرگذار بر نابرابری توزیع کادر پزشکی را می‌توان در شکل زیر تحت عناوین نابرابری اجتماعی و اقتصادی، سیستم آموزش پزشکی، مشوق‌های مالی، توسعه سیستم سلامت عمومی/ خصوصی و جنبش‌های اجتماعی به‌منظور اصلاحات نظام سلامت طبقه‌بندی کرد (۲۸).



شکل۲- عوامل اثرگذار بر نحوه توزیع پزشکان (۲۸)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

در سال‌های اخیر شناسایی و اجرای راه‌حل‌های مناسب برای رسیدگی به کمبود کارکنان بخش سلامت و بهداشت مورد توجه روزافزون پژوهشگران و سیاست‌گذاران بوده است (۱۶, ۲۹-۳۳). به‌منظور پاسخگویی به این توجه روزافزون سازمان بهداشت جهانی برنامه‌ای با عنوان افزایش دسترسی به کارکنان سلامت و بهداشت در مناطق محروم و روستایی با بهبود سیاست‌های حفظ و نگهداری تدوین کرده است (۵). در این برنامه جدولی از عوامل مؤثر در بهبود جذب و حفظ کارکنان بخش بهداشت و سلامت در مناطق محروم و روستایی ارایه داده است. این عوامل در چهار دسته کلی: آموزش و پرورش، قوانین و مقررات، مشوق‌های مالی و پشتیبانی حرفه‌ای و شخصی قرار می‌گیرند (۱۹).

جدول۱- طبقه‌بندی مداخلات مورد استفاده برای بهبود فرایند جذب، استخدام و نگهداشت کارکنان حوزه سلامت در مناطق محروم و روستایی

طبقه‌بندی مداخلات	مثال
تحصیلات	– دانشجویان با پیشینه تولد و زندگی در روستا – مراکز آموزشی حرفه‌ای خارج از کلان شهرها – چرخش بالینی طول تحصیل در مناطق روستایی – برنامه‌های درسی منعکس‌کننده مسایل سلامت مناطق روستایی – توسعه مستمر حرفه‌ای کادر سلامت مناطق روستایی
قوانین و مقررات	– گسترش اقدام‌های پیشرفته – تخصص‌های مختلف کادر سلامت و کارکنان بهداشتی – خدمات اجباری – بورس تحصیلی
مشوق‌های مالی	– مشوق‌های مالی مناسب
پشتیبانی حرفه‌ای و شخصی	– شرایط زندگی بهتر – محیط کاری امن و حمایتی – توسعه پشتیبانی و امدادرسانی – برنامه‌های توسعه حرفه‌ای – شبکه‌های حرفه‌ای – اقدام‌های شناخته‌شده عمومی

اسناد بالادستی

برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم

قوانین پایه	ناظر بر	قانون برنامه پنجم توسعه	ناظر بر	سیاست‌های کلی سلامت	ناظر بر
قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/ ماده ۶	ناظر بر توزیع متناسب نیروی انسانی	بند ب ماده ۳۴ بند الف ماده ۳۶	– پایداری نیروی انسانی متخصص – ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت – پرداخت تسهیلات ویژه برای ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه‌یافته	بند ۹-۷	توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت در مناطق محروم

روش اجرا برنامه

در زمان مطالعات ۶ ماهه در مورد برنامه‌های مورد نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به‌منظور اجرای طرح تحول نظام سلامت که به تولیت شورای سیاست‌گذاری سلامت انجام می‌شد، نشست‌های کارشناسی[3] متعددی برای هرکدام از برنامه‌ها بر اساس چارچوب مفهومی مدون، برگزار شد. پس از تعیین تعداد و عناوین برنامه‌ها و اعتبار مورد نیاز برای اجرایی کردن هر کدام، جزییات برنامه‌ها از جمله برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم استخراج شد. به منظور تدوین برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، اسناد بالادستی همچون بند ب ماده ۳۴، بند الف ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه و بند ۹-۷ سیاست‌های کلی سلامت، موردتوجه قرار گرفت که بر پایداری نیروی انسانی متخصص، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت و پرداخت تسهیلات ویژه برای ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته تأکید دارد و آن را از وظایف و اختیارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌داند.

[3] Expert Panel

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

گام‌های اولیه در اجرای برنامه حمایت از ماندگاری شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌های مقدماتی مانند تهیه فهرست پزشکان ماندگاری و تهیه برنامه آنکالی در بیمارستان‌های مشمول است که در این چارچوب به عنوان مقدمات و الزامات بسته ماندگاری اشاره شده است. همچنین برای اجرای این برنامه مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها تدوین و ابلاغ شده است. در این دستورالعمل‌ها، همه شهرهای کشور بر اساس شاخص‌های محرومیت گروه‌بندی شده و در دو گروه بزرگ «شهرهای مشمول برنامه ماندگاری» و «شهرهای غیرمشمول برنامه ماندگاری» جای می‌گیرند. شهرهای مشمول به ترتیب محروم‌ترین تا برخوردارترین در چهار گروه الف، ب، ج و د طبقه‌بندی می‌شوند که در هر گروه بسته حمایتی ویژه‌ای برای پزشکان ارایه می‌شود. در این دستورالعمل به منظور حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، دو نوع پرداخت تشویقی به آنها صورت می‌گیرد:

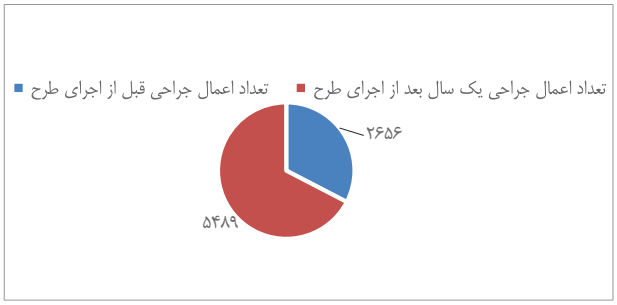
۱. پرداخت ثابت به‌صورت مبلغی ثابت برای پزشکان عمومی و متخصص در شهرهای الف و ب و برای پزشکان عمومی شاغل در اورژانس پیش بیمارستانی در شهرهای الف، ب، ج و د است.
۲. پرداخت عملکردی به صورت افزایش ضریب کا برای شهرهای الف، ب، ج و د است.

پزشکان مشمول این برنامه در صورت پذیرش تعهدات مندرج در دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و با تکمیل فرم مربوطه، به‌عنوان پزشک ماندگار شناخته می‌شوند و می‌توانند از مزایای پرداخت ثابت و عملکردی این برنامه بهره‌مند گردند. اطلاعات پزشکان ماندگار به‌انضمام تصویر فرم مذکور، در سامانه طرح تحول نظام سلامت (HSE) در قسمت فرم برنامه ماندگاری با دسترسی معاونین درمان دانشگاه‌ها ثبت می‌شود و مسئولیت به‌روزرسانی و تأیید صحت اطلاعات ثبت شده در سامانه با معاونت درمان هر دانشگاه است. همچنین پزشکان مشمول این برنامه باید در روزهای ماندگاری خود به‌صورت ۲۴ساعته در شهر محل خدمت حضور داشته باشند و به ارایه خدمت بپردازند. به گونه‌ای که صبح‌ها در درمانگاه بیمارستان، بعدازظهرها درکلینیک ویژه و شب‌ها آنکال باشند. پزشکان مکلف هستند درزمان آنکالی، حداکثر ظرف مدت ۲۰دقیقه بر بالین بیمارحاضر شوند.

در دستورالعمل مربوط به برنامه حمایت از ماندگاری به‌منظور محاسبه میزان پرداخت‌های تشویقی، همه شهرهای کشور بر اساس شاخص‌های ضریب محرومیت منطقه، درجه بدی آب و هوا، مرزی یا غیر مرزی بودن شهر، جمعیت شهر/ شهرستان و امتیاز مرتبط با شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تسهیلات منطقه برای جذب پزشک گروه‌بندی شدند و در دو گروه بزرگ شهرهای مشمول برنامه ماندگاری و شهرهای غیرمشمول برنامه ماندگاری جای گرفتند که ۷۳ شهر در کشور به‌دلیل توسعه‌یافتگی، مشمول برنامه ماندگاری نمی‌شوند. شهرهای مشمول به‌ترتیب از محروم‌ترین تا برخوردارترین در چهار گروه الف، ب، ج و د طبقه‌بندی می‌شوند که در هر گروه بسته حمایتی ویژه‌ای برای پزشکان ارایه می‌شود. لازم به ذکر است در این دستورالعمل به منظور حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، دو نوع پرداخت ثابت و عملکردی صورت می‌گیرد؛ پرداخت ثابت به‌صورت مبلغی ثابت برای پزشکان عمومی و متخصص در شهرهای الف و ب و برای پزشکان عمومی شاغل در اورژانس پیش بیمارستانی در شهرهای الف، ب، ج و د است و پرداخت عملکردی به‌صورت افزایش ضریب کا برای شهرهای الف، ب، ج و د است.

دستاوردها

دستاوردهای اجرای این برنامه شامل دسترسی مردم جهت انجام اعمال جراحی در همه ساعات شبانه روز، انجام ویزیت‌های تخصصی و پروسیجرها در کلینیک ویژه صبح و بعد از ظهر و حضور پزشک آنکال در ساعات غیراداری در سطح شهر است. افزایش قابل توجه تعداد اعمال جراحی و ویزیت‌های سرپایی در این مناطق نشان‌دهنده افزایش دسترسی مردم است. نمودار زیر نشان‌دهنده افزایش دسترسی مردم در مناطق محروم و کاهش ارجاعات به سطوح تخصصی است. (منبع، مستندات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، علیرضا اولیایی‌منش[4]، ۱۳۹۵)

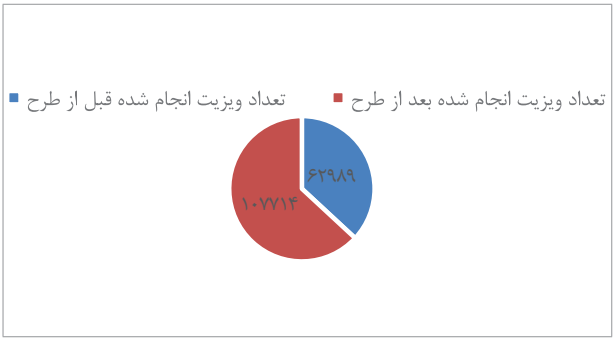


نمودار ۱- تعداد اعمال جراحی قبل و بعد از آغاز برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

مطابق با نمودار فوق تعداد اعمال جراحی در مناطق محروم پس از اجرای برنامه ماندگاری حدود دو برابر افزایش یافته است که این افزایش قابل توجه نشان‌دهنده موفقیت و اهمیت اجرای این برنامه است. لازم به ذکر است این افزایش در مورد تعداد ویزیت نیز صدق می‌کند. در جدول و نمودار زیر آمار ویزیت‌های قبل و بعد از اجرای برنامه ارایه شده است.

[4] با توجه به کیفی بودن پروسه تحقیقات که بخشی از آن از طریق مصاحبه با عوامل برنامه‌های تحول نظام سلامت حاصل شده است، در این مقاله نیز مستندات آقای دکتر علیرضا اولیایی‌منش به‌عنوان مسئول اجرای برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، به‌عنوان مرجع اعداد و ارقام و دستاوردهای برنامه در نظر گرفته است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]



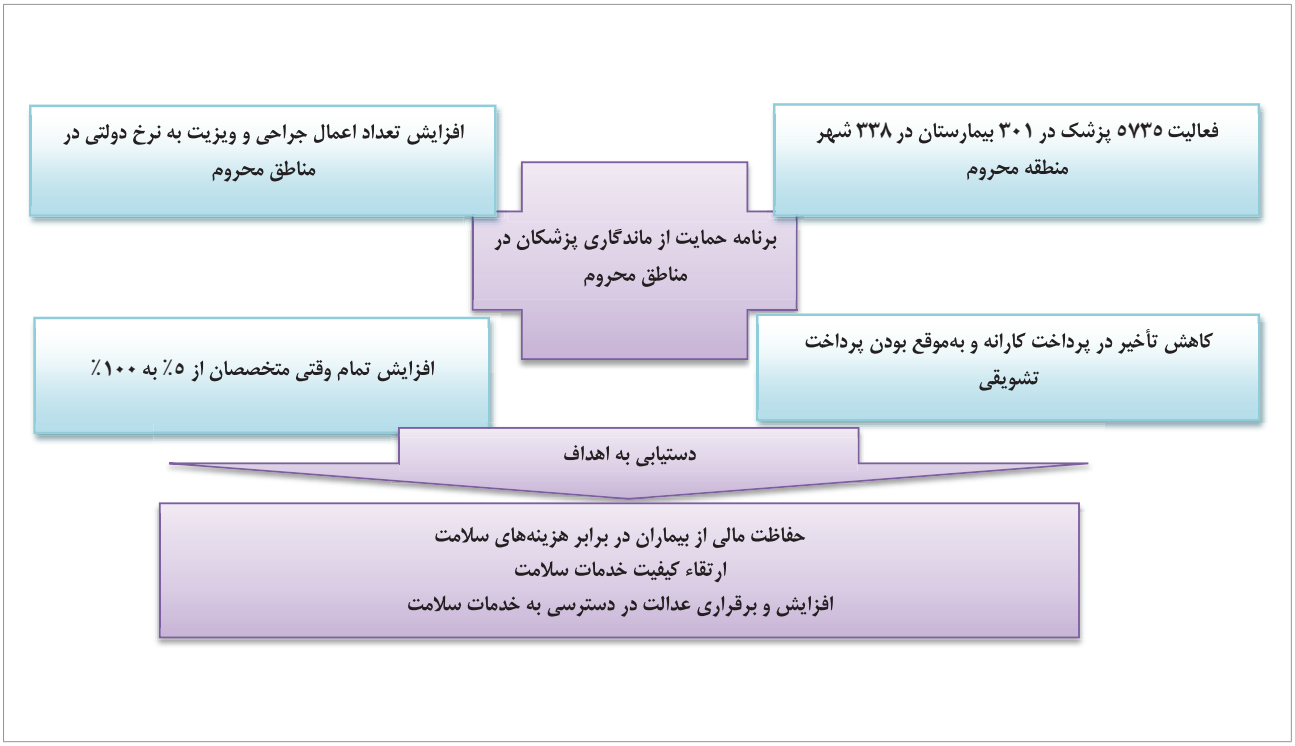
نمودار ۲- تعداد ویزیت پیش و پس از آغاز برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

از سوی دیگر، اجرای این برنامه، بیماران ساکن در مناطق محروم و دورافتاده کشور را قادر ساخت تا به‌جای پرداخت تعرفه‌ای در حدود ۳۰،۰۰۰ تومان در مطب پزشکان و پرداخت هزینه‌های غیرمستقیم جهت حمل و نقل و مسافرت به شهرهای بزرگ، با پرداخت هزینه‌ای در حدود ۳،۰۰۰ تومان در کلینیک ویژه بیمارستان و در نزدیک‌ترین محل به سکونت خود، خدمت تخصصی مورد نیاز را دریافت کنند. به عبارت دیگر، مردم مناطق محروم کشور با پرداخت فرانشیز ناچیز می‌توانند خدمات درمانی مورد نیاز را در شهر/شهرستان محل سکونت خود و بدون نیاز به ارجاع به بخش خصوصی و مرکز استان دریافت کنند و این موضوع سبب کاهش قابل توجه پرداخت از جیب مردم شده است.

از دیدگاه پزشکان نیز این برنامه رضایت‌بخش بوده است. براساس سنجش میزان رضایت پزشکان مشمول این برنامه که به‌صورت برون‌سازمانی و کاملاً مستقل، توسط «موسسه ملی تحقیقات سلامت» در پایان سه ماهه نخست اجرای این برنامه صورت گرفته است، نشان می‌دهد که ۴۲/۵٪ از پزشکانی که وارد برنامه ماندگاری شده‌اند، از اجرای این برنامه رضایت دارند و خواستار ادامه فعالیت خود در مناطق محروم هستند. اصلی‌ترین دلیل رضایت پزشکان در مناطق محروم -با عنایت به محرومیت‌های اجتماعی، فرهنگی و بعضاً شرایط سخت آب و هوایی این مناطق- بهبود مشوق‌های مالی و پرداخت به‌موقع آن‌ها بوده است. به‌طوری که تعداد زیادی از پزشکان غیرتمام‌وقت، مشتاقانه مطب خود را تعطیل و به‌طور تمام‌وقت در بیمارستان فعالیت می‌کنند. گزارش‌های مربوط به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت در بخش نظام دیده‌بانی ارایه می‌شود (۳۴).

مطابق با گزارش عملکرد دوساله برنامه تحول نظام سلامت (۹۳/۲/۱۵ لغایت ۹۵/۲/۳۰) مهم‌ترین دستاوردهای برنامه حمایت از ماندگاری به شرح زیر است:

- ۵۷۳۵ پزشک در ۳۳۸ بیمارستان در ۳۰۱ شهر در مناطق محروم، وارد این برنامه شده‌اند.
- تمام‌وقتی جغرافیایی متخصصین از ۵٪، پیش از اجرای برنامه به ۱۰۰٪ در حال حاضر افزایش یافته است.
- کاهش تأخیر در پرداخت کارانه به پزشکان و به‌موقع بودن پرداخت‌های تشویقی در مناطق محروم کشور از دیگر دستاوردهای این برنامه است (۳۵) و (۳۶).



[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

پیشنهادات

مطالعات متعددی به‌منظور ارزیابی برنامه ماندگاری صورت گرفته است. گودرزی و همکاران (۱۳۹۴)، پژوهشی با عنوان «ارزیابی ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه‌یافته و محروم کشور» انجام دادند. در این مطالعه ۲۵۶ بیمارستان مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه برنامه ماندگاری در تمامی بیمارستان‌های دولتی وابسته اجرا نمی‌شود، شاخص پرداخت به‌موقع حق‌الزحمه پزشکان برابر مقررات و براساس پایش عملکرد آنها (۸۱.۸٪)، عدم دریافت وجه از بیماران خارج از روال رسمی صندوق بیمارستان توسط پزشک (۸۱.۶٪) و انجام به‌موقع ویزیت بیماران، تعیین تکلیف بیماران اورژانسی در حداقل زمان و حضور در اعمال جراحی (اورژانسی) از سوی پزشک (۷۸٪) در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارد (۳۷). به‌علاوه، زابلی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «عوامل و چالش‌های تهدیدکننده جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق محروم جنوب کشور» به شناسایی این عوامل و متغیرهای اثرگذار بر آنها پرداخته‌اند. این مطالعه به‌صورت کیفی با رویکرد تحلیل محتوا به تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر پرداخته است. از این پژوهش در نهایت چند عامل در حیطه‌های مختلف از جمله گزینش بومی نیروی انسانی، مشوق‌های مالی برای پزشکان، تعرفه‌گذاری با ضرایب بیشتر در مناطق محروم، رضایتمندی حقوق و پاداش، تأمین اعتبارات لازم و منابع مالی پایدار، افزایش درصدی پزشکان جهت عدالت در آموزش مازاد بر سهمیه برای مناطق محروم، تجهیزات و امکانات، خدمات و درمان، کاهش تمرکز رشته‌های تخصصی در مراکز استان‌ها، میزان تمایل پزشکان و پرستاران به ماندگاری در محل کار کنونی استخراج شده است که از این تعداد چند عامل مربوط به افزایش ظرفیت آموزش نیروی انسانی پزشک برای مناطق محروم و چند عامل مربوط به تجهیزات و امکانات و عوامل مربوط به ایجاد انگیزه، کیفیت ارایه خدمات و عوامل مربوط به حیطه درمان به‌دست آمده است (۳۸).

برنامه ماندگاری با ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه‌یافته کشور منجر به افزایش دسترسی مردم به خدمات تخصصی سلامت در سطح دوم و سوم و جذب و ماندگاری پزشکان در این مناطق شده است و با اجرای آن از طریق پرداخت‌های تشویقی در مناطق کمتر توسعه‌یافته و ایجاد تسهیلات رفاهی جهت اقامت، زمینه ماندگاری، حضور تمام وقت پزشکان و در نهایت کاهش پرداخت از جیب مردم در این مناطق، فراهم شده است. اصلی‌ترین دلایل اجرای برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، نبودن انگیزه کافی برای پزشکان جهت حضور در مناطق محروم و ماندگاری در آن منطقه به‌علت پایین بودن بار مراجعات به دلیل جمعیت کم ناشی از محرومیت منطقه، وضعیت جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی، دور بودن از مراکز استان‌ها و وضعیت راه‌های ارتباطی آن و عدم انگیزه برای زندگی در این مناطق، مراجعه بیماران به شهرهای بزرگ‌تر و مراکز استان‌ها به دلیل عدم دسترسی به خدمات سطح دو و سه در مناطق محروم، غیر تمام‌وقت بودن پزشکان و به تبع آن بالا بودن پرداخت از جیب مردم در این مناطق است. اهم پیشنهادها و راهکارهای اجرایی این برنامه به شرح زیر است:

- ✓ اجرای صحیح اصلاحیه قانون عدالت آموزشی جهت اختصاص ۳۰٪ از پذیرفته شدگان دوره دستیاری، به‌عنوان سهمیه بومی در نقاط محروم
- ✓ افزایش فارغ‌التحصیل در رشته‌های تخصصی پزشکی
- ✓ عدالت در توزیع نیروهای تخصصی کشور منطبق با نیازسنجی‌های واقعی
- ✓ تخفیف زمانی دوره طرح متخصصین در صورت انجام خدمات در نقاط محروم ویژه
- ✓ ارتقاء و بهبود مشوق‌های مالی جهت ایجاد انگیزه برای حضور در مناطق محروم کشور
- ✓ مشوق‌های غیرمالی مانند تسهیلات رفاهی و مسکن مناسب
- ✓ اعطای وام‌های بلندمدت برای پزشکان ماندگار در مناطق محروم
- ✓ اعطای امتیاز ویژه تحصیلی برای پزشکان ماندگار در مناطق محروم
- ✓ به‌روز کردن پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه با اولویت نقاط محروم
- ✓ مشارکت بیشتر مسئولین محلی در تصمیم‌گیری مرتبط با حضور و ماندگاری پزشکان در نقاط محروم و مشارکت آنان در رفع مشکلات آنان
- ✓ تجهیز مراکز درمانی مناطق محروم
- ✓ ادغام «پرداخت عملکردی» برنامه ماندگاری و «تعرفه ترجیحی مناطق محروم» سازمان‌های بیمه‌گر پایه، با رویکرد برنامه ماندگاری جهت عدالت بیشتر در توزیع منابع
- ✓ ادغام بخش عملکردی برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در تعرفه ترجیحی مناطق محروم
- ✓ حمایت ویژه از پزشکان مناطقی که فاقد عملکرد بالینی هستند
- ✓ اطلاع‌رسانی دقیق از آخرین وضعیت پرداخت تشویقی ماندگاری پزشکان به تفکیک ماه و بیمارستان، در سایت دانشگاه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

به‌طورکلی، برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم تدابیر متعددی قابل انجام است که از آن جمله می‌توان به خدمات اجباری، تدابیر مدیریتی، بومی گزینی، سهمیه‌های خاص و قانون عدالت آموزشی اشاره نمود. لیکن این راهکارها باید همسو با نظام پرداخت تشویقی مؤثر به کارگیر گرفته شوند تا زمینه ماندگاری پزشکان در مناطق محروم را فراهم کنند و قطعاً ترکیب همزمان چند راهکارها حضور پزشکان در این مناطق را تضمین می‌کند و هیچ یک از راهکارها به تنهایی کارگشا نخواهد بود. تجربیات سایر کشورها نیز نشان می‌دهد برای ارایه خدمت در نقاط کم‌تر برخوردار، استفاده از مشوق‌های مالی ضروری است ولی به تنهایی کافی نخواهد بود. نظام‌های پرداخت در این نقاط باید در جهت افزایش حمایت‌های مالی جهت حضور در مناطق محروم‌تر، باز طراحی شود.

در پایان لازم به ذکر است که نظام سلامت کشور همواره با مشکل کمبود پزشک در مناطق محروم مواجه بوده است. این چالش کماکان وجود دارد و به‌طور کامل برطرف نشده است؛ اما، اجرای برنامه «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» به‌عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت کشور توانسته است دسترسی به خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی در مناطق محروم را بیش از دو برابر افزایش دهد و تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش پرداخت از جیب مردم داشته باشد. همچنین به بهبود بخش سلامت از طریق افزایش سرعت دسترسی به خدمات، منجر شده است. در نهایت از تمامی موارد برشمرده شده در بالا می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم توانسته است در راستای دستیابی به اهداف اصلی مدل پوشش همگانی سلامت سازمان بهداشت جهانی که سرلوحه طرح تحول نظام سلامت قرار گرفت، موفق عمل کند[5].

References

1- Wibulpolprasert S. Human Resources for Health Development in the Context of Health Sector Reform. A training module for the Flagship training courses in Health Sector Reform. Washington DC: World Bank; 1997.

2- Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience 2003. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC317381/.

3- Abrahams JF, Lefi MM. Implementing telemedicine in South Africa 'A South African Experience. International Hospital Federation Reference Book 2006/2007. Available from: http://www.ihffih.org/pdf/69-71.pdf.

4- Abzalova R. Reform of primary health care in Kazakhstan and the effects on primary health care worker motivation: The case of Zhezkazgan Region. 1998.

5- World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention Geneva: World Health Organization 2009. Available from: http://www.who.int/hrh/migration/rural_retention_background_paper.pdf.

6- Manenti A. Health situation in Iran. Med J Islam Repub Iran. 2011;25(1):1-7.

7- Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. 2000;6(4):822-5.

8- Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. Family practice. 2013;30(5):551-9.

9- Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Med J Islam Repub Iran. 2013;27(1):42-9.

10- Moradi-Lakeh M, Bijari B, Namiranian N, Olyaeemanesh AR, Khosravi A. Geographical disparities in child mortality in the rural areas of Iran: 16-years trend. Journal of epidemiology and community health. 2013;67(4):346-9.

11- Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984-2010). International journal for equity in health. 2014;13:42.

12- I.R.Iran 5th 5 year economic, social and cultural development plan Act. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196.

13- Law on the Organization and obligation of the Ministry of Health and Medical Education. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/law/show/91555?keyword.

14- Barnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. BMC health services research. 2009;9:86.

15- 15- World Health Organization (WHO). The World Health Report 2006 - Working together for health Geneva2006. Available from: www.who.int/whr/2006/en/index.html.

16- World Health Organization, Global health workforce alliance. The kampala declaration and agenda for global action. Geneva: WHO, 2008.

17- Available from: http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf

18- Anand S, Barnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. Lancet. 2007;369(9569):1277-85.

19- Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote

[5] با توجه به کیفی بودن پروسه تحقیقات که بخشی از آن از طریق مصاحبه با عوامل برنامه‌های تحول نظام سلامت حاصل شده است، در این مقاله نیز مستندات آقای دکتر علیرضا اولیایی‌منش به‌عنوان مسئول اجرای برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم در سراسر کشور به‌عنوان مرجع اعداد و ارقام و دستاوردهای برنامه درنظر گرفته است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

and rural areas. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(5):379-85.
20- World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations: WHO; 2010 Available from: http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/.
21- Nigenda G, Machado MH. From state to market: the Nicaraguan labour market for health personnel. Health policy and planning. 2000;15(3):312-8.
22- Braveman P, Starfield B, Geiger HJ. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. Bmj. 2001;323(7314):678-81.
23- Ministry of Health, Health Partnership Group. Joint annual health review: human resources for health in Vietnam. Hanoi, 2009.
24- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. Human resources for health. 2004;2(1):13.
25- Hamilton K, Yau J. The global tug-of-war for health care workers Washington, DC: Migration Policy Institute; [cited 2010 17 March]. Available from: http://www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=271.
26- Committee on the Future of Rural Health Care, Institute of Medicine. Quality Through Collaboration: The Future of Rural Health. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
27- Cash R, Ulmann P. Projet OCDE sur la migration des professionels de santé : Le cas de la France Paris: OECD, 2008.
28- Dumont JC. International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: Myths and realities. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008
29- Darkwa EK, Newman MS, Kawkab M, Chowdhury ME. A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh. BMC health services research. 2015;15:344.
30- Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(1):CD005314.
31- Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. Human resources for health. 2008;6:18.
32- Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC health services research. 2008;8:19.
33- Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural and remote health. 2009;9(2):1060.
34- Guidelines for the program sustainability support of Doctors in deprived areas. Instruction set health transformation plan, version 1.00. 2014.
35- Report on the evaluation of health transformation plan in the field of treatment 2014. Available from: http://nihr.tums.ac.ir.
36- A two-year report Of health transformation plan (May, 5, 2014 to May 19, 2016) executive secretariat country in transformation plan Performance report and treatment deputy programs.
37- Goodarzi L, Kheiri F, Meshkini A, Khaki A, editors. How to run six programs IN health transformation plan OF the perspective of experts to monitor treatment. National Conference on Criticism of the Performance of the Eleventh Government in the Area of Health; 2015.
38- Zabuli R, Alidadi A, Hosseini SM, editors. The threats and challenges of physicians in the deprived areas of the South COUNTRY. National Conference on the Review of the Functioning of the Eleventh Government in the Area of Health; 2015.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]

Implementing the Health Transformation Plan with Emphasis on Supporting the Survival of Physicians in Deprived Areas: The Results and Challenges

Alireza Olyaeemanesh*[1], Saeid Manavi[2], Mohammad Aghajani[3], Leila Poraghasi[4], Ali Maher[5], Ali Shahrami[6], Mosa Tabatabaei[7], Farah babaei[8], Jamshid Kermanchi[9], Peirhossein Kolivand[10], Hassan Vaezi[11], Marziyeh Zangeneh[12], Arezoo Dehghani[13], Seyedeh Sana Hosseini[14]

[1] *Director General of the Office of Technology Assessment, Standards & Health Tariffs. Ministry of Health and Medical Education*

[2] *Head of the Tariff Policy Department & Payment System Ministry of Health and Medical Education*

[3] *Deputy for Curative Affairs Ministry of Health and Medical Education*

[4] *Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources Ministry of Health and Medical Education*

[5] *Vice Deputy of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education*

[6] *Executive Vice of Curative Affairs Ministry of Health and Medical Education*

[7] *Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance Ministry of Health and Medical Education*

[8] *Head of Department of Midwifery Ministry of Health and Medical Education*

[9] *Adviser of Curative Affairs in the Disease Management. Ministry of Health and Medical Education*

[10] *Head of The Emergency Department of The Country. Ministry of Health and Medical Education*

[11] *Head of Hospital Emergency Ministry of Health and Medical Education.*

[12] *Expert of Coordination Office and Planning of Health Insurance Ministry of Health and Medical Education*

[13] *Director of Public Relations f Curative Affairs Ministry of Health and Medical Education*

[14] *Expert of Curative Affairs Ministry of Health and Medical Education*

Please cite this article as follows:

Olyaeemanesh A, Manavi S, Aghajani M, Poraghasi L,Maher A, Shahrami A, et al. Implementing the Health Transformation Plan with Emphasis on Supporting the Survival of Physicians in Deprived Areas: The Results and Challenges. Hakim Health Sys Res 2017; 19(4): 228-237

* **Corresponding Author:** 7 Th Floor, Block A Eyvanak E Qods, Tehran, Iran Tel: +98-21- 81454321, Emeil: Olyaee@Health.Gov.Ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-22]