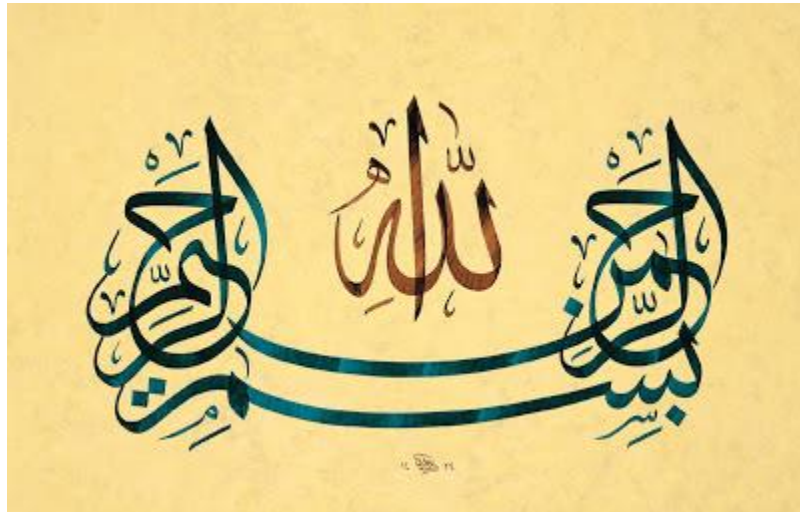


روشهای تامین نیروی انسانی علوم پزشکی در مناطق محروم



شماره صفحه	عنوان
1	مقدمه
2	تعریف مناطق محروم
8	گرایش‌ها در انتخاب محل کار توسط نیروی کارِ درمانی
11	جذب و حفظ افراد در مناطق دورافتاده و روستایی - چه چیزی جواب می‌دهد؟
13	هماهنگی انتخاب محل کار با مداخلات
18	بحث

اطمینان از دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولویت مهمی در بین سیاست‌گذاران سراسر جهان است. توزیع نابرابر نیروی کار درمانی یک پدیده جهانی است که چالش عظیمی را در مقابل ارائه‌ی عادلانه‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی قرار می‌دهد. به دلیل نقش اساسی پزشکان در ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی، سوءتوزیع آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. توزیع پزشکان در جوامع روستایی مسئله‌ی سیاسی مهمی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. ایران نیز استثناء نیست؛ وسعت جغرافیایی این کشور منجر به تجمع پزشکان در مناطق شهری و کمبود آن‌ها در مناطق روستایی و شهرهای کوچک شده است. کمبود پزشکان در مناطق روستایی مسئله‌ی مهمی است زیرا جمعیت‌های روستایی در بسیاری از جوامع نیازهای درمانی بیشتری دارند و این در حالی است که دسترسی آن‌ها به خدمات درمانی با کیفیت اندک است. همچنین آن‌ها در مقایسه با جمعیت‌های شهرنشین دسترسی کمتری به تامین کنندگان صلاحیت‌دار مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارند.

عوامل مختلفی از قبیل ارجحیت پزشکان برای کار در مناطق شهری، عرضه‌ی ناکافی فارغ التحصیلان پزشکی، و مشکلاتی در جذب و حفظ^۱ پزشکان در مناطق روستایی و دور افتاده در کمبود پزشک در مناطق روستایی و دور افتاده سهم هستند. ارجحیت‌های پزشکان به عواملی همچون جنسیت، وضعیت تاهل، پیش‌زمینه‌ی پزشک و جمعیت‌شناسی جامعه مربوط می‌شود. به علاوه، این استدلال مطرح شده است که پزشکان برای طبابت به انتخاب شهرهای بزرگ‌تر تمایل دارند، زیرا این شهرها نیاز بیشتری به خدمات درمانی دارند و درآمدهای بیشتری در آن‌ها کسب می‌شود. با توجه به تعدد عوامل موثر بر جذب و حفظ پزشکان در نواحی روستایی و دور افتاده، به مداخلات متعددی برای جبران توزیع ناعادلانه‌ی پزشکان احتیاج است. راهبردهایی^۲ همچون حمایت مالی، ارائه‌ی فرصت‌های پیشرفت حرفه‌ای، استخدام نامزدهایی از مناطق روستایی، و بهبود شرایط زندگی و کار در جهت پرداختن به سوءتوزیع جغرافیایی پزشکان موفقیت‌آمیز گزارش شده‌اند.

این متن سعی می‌نماید مروری بر روشهای تامین نیروی انسانی علوم پزشکی در مناطق محروم داشته باشد.

¹ retention

² strategies

تعریف مناطق محروم

وظیفه‌ی تعریف مناطق روستایی همواره به طور ویژه چالش برانگیز بوده است. اصطلاح «روستایی» تصاویری از مزارع، روستاها، شهرهای کوچک، و فضاها را تداعی می‌کند. اما روی تعریفی مشخص برای این مناطق هیچ اتفاق نظری وجود ندارد. این مسئله همچنین بازتابی از این واقعیت است که «روستایی» و «شهری» مفاهیمی چند بعدی هستند، و ایجاد تمایزی صریح بین این دو مفهوم مشکل است. تراکم جمعیت موضوعی تعریف کننده است یا جدایی جغرافیایی؟ آیا این اندازه‌ی کوچک جمعیت است که تمایز قائل شدن بین روستایی از شهری را ضروری می‌سازد؟ اگر چنین است، چقدر کوچک روستایی تلقی می‌شود؟ آیا یک بعد اجتماعی-اقتصادی وجود دارد که بین این دو اصطلاح تمایز ایجاد کند؟

سازمان ملل متحد، مشکل تعریف مناطق شهری و روستایی را در سطح جهانی قبول دارد، و توضیح می‌دهد که، «به دلیل تفاوت‌های ملی در ویژگی‌هایی که مناطق شهری را از مناطق روستایی مشخص می‌کنند، تمایز بین جمعیت‌های شهری و روستایی تابع تعریف واحدی نیست که بتوان آن را برای تمام کشورها به کار گرفت». مناطق روستایی معمولاً به عنوان «آنچه که شهری نیست» تعریف می‌شوند، و به همین دلیل تناقضات در تعریف آن‌چه که شهری است به تناقضات در توصیف آن‌چه که روستایی است، منتهی می‌شود. تجمع شهری¹ به طور کلی آسان‌تر تعریف می‌شود. سازمان ملل متحد آن را مکانی تعریف می‌کند که «شامل شهرستان یا شهر به طور کامل می‌شود، و حاشیه‌ی حومه یا مناطق مسکونی انبوه را نیز که در خارج از شهر قرار دارند اما در مجاورت مرزهای آن هستند، در بر می‌گیرد». یک تجمع شهری بزرگ و منفرد ممکن است شامل چنین شهرستان یا شهر و حاشیه‌ی حومه‌های آن‌ها شود.

با در نظر گرفتن دو عنصر اصلی در اکثر موارد، هر کشور تعریف‌های خودش را برای این اصطلاحات دارد. این دو عنصر عبارت هستند از: نمایه‌ی مسکن (تراکم جمعیت، در دسترس بودن ساختارهای اقتصادی) و قابلیت دسترسی از مناطق شهری (فاصله به کیلومتر یا ساعات رانندگی).

به دلیل مشکلاتی که در توافق بر سر یک تعریف واحد وجود دارد، برای نیل به هدف تعاریف زیر مطرح شده‌اند:

«مناطق روستایی» آن دسته از نواحی هستند که ماهیت شهری ندارند. «تجمع شهری» به جمعیت حاضر موجود در خطوط یک قلمروی به هم پیوسته اشاره دارد که در سطوح تراکم شهری و بدون در نظر گرفتن مرزهای اداری سکنی گرفته‌اند. «تجمع

¹ urban agglomeration

شهری» معمولاً جمعیت شهرستان یا شهر و به علاوه‌ی مناطق حومه‌ای را که در خارج – اما در مجاور – مرزهای شهرستان قرار دارند، ادغام می‌نماید.

«مناطق محروم» را می‌توان در وسیع‌ترین معنا تفسیر کرد. این اصطلاح به آن دسته از مناطق جغرافیایی اشاره دارد که جمعیت نسبتاً فقیرتری در آن‌ها سکونت دارند – در این مناطق، دسترسی به تامین کنندگان واجد صلاحیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی و خدمات سلامت که از کیفیت مناسب برخوردار باشند، محدود است. برای مثال، این مناطق ممکن است شامل این موارد باشند: مناطق روستایی دورافتاده؛ جزایر کوچک یا دورافتاده؛ مناطق فقیر نشین شهری؛ مناطقی که در حال جنگ هستند یا دوران پس از جنگ را سپری می‌کنند؛ اردوگاه‌های پناهندگان؛ و مناطقی که گروه‌های اقلیت یا بومی در آن‌ها ساکن هستند.

تعریف OECD از مناطق روستایی

OECD با هدف ایجاد مقایسه‌های بین‌المللی از شرایط و روندهای روستایی، اخیراً تعریف واحدی از مناطق روستایی توسعه داده است. این تعریف، علی‌رغم وجود تفاوت‌هایی بزرگ در مشکلات روستایی، دیدگاه‌ها و خط‌مشی‌ها، در سطح ملی مفید تلقی شده است. این تعریف متمایز کننده‌ی دو سطح سلسله‌مراتبی از واحد ارضی است: سطح محلی و سطح منطقه‌ای. در سطح جوامع محلی OECD مناطق روستایی را به عنوان جوامعی شناسایی می‌کند که در آن‌ها تراکم جمعیت به ازای هر کیلومتر مربع پایین‌تر از 150 نفر سکنه است. در سطح منطقه‌ای OECD، بر مبنای این که چه سهمی از جمعیت آن ناحیه در جوامع روستایی زندگی می‌کنند، واحدهای عملیاتی یا اجرایی بزرگ‌تری را به وسیله‌ی میزان زندگی روستایی آن‌ها متمایز می‌سازد. به منظور تسهیل این بررسی، نواحی سپس به سه نوع گروه‌بندی می‌شوند:

1. نواحی عمدتاً روستایی: بیش از 50٪ از جمعیت در جوامع روستایی زندگی می‌کنند؛
2. نواحی که به میزان قابل توجهی روستایی هستند: 15٪ تا 50٪ از جمعیت در جوامع روستایی زندگی می‌کنند؛
3. مناطق عمدتاً شهری: کمتر از 15٪ از جمعیت در جوامع روستایی زندگی می‌کنند.

مناطق محروم به لحاظ پزشکی 1 (MUAs)، جمعیت‌های محروم به لحاظ پزشکی 2 (MUPs)، و مناطق مواجه

با کمبود متخصصان حوزه‌ی سلامت 3 (HPSAs)

معیارهای MUP در اصل در سال 1975 صادر شد و بر اساس چهار متغیر شامل شاخص خدمات‌رسانی ضعیف پزشکی⁴ می‌شد: درصدی از جمعیت با درآمدی پایین‌تر از خط فقر فدرال، نسبت مراقبت‌های اولیه‌ی پزشک-به-جمعیت، نرخ مرگ و میر نوزادان، و درصدی از جمعیت که 65 ساله یا بیشتر هستند. تعیین MUP در اصل برای تعیین شایستگی برای دریافت کمک‌های مالی بود. معرفی HPSA ها در سال 1978 ایجاد شد. این معرفی می‌تواند مختص به یک منطقه، مرکز، یا گروهی از افراد باشد.

HPSAs تعریف شده شامل این موارد می‌شوند: 1) مناطق جغرافیایی شهری و روستایی، 2) گروه‌های جمعیت، 3) مراکزی که به لحاظ متخصصان حوزه‌ی سلامت دچار کمبود هستند. یک منطقه اگر دارای هر یک از معیارهای زیر باشد می‌تواند این معرفی را کسب کند.

1) منطقه باید برای ارائه‌ی خدمات اولیه‌ی مراقبت‌های پزشکی منطقه‌ای معقول باشد. در تعیین مناطق «عقلانی»، یکی از این سه شرط باید رضایت‌بخش باشد. منطقه باید تشکیل شده باشد از:

- بخش یا مجموعه‌ی به هم پیوسته‌ای از بخش‌ها که مراکز جمعیتی آن‌ها به فاصله‌ی زمانی 30 دقیقه سفر از یکدیگر باشند.
- بخشی از ناحیه (نواحی) که جمعیت آن دسترسی اندکی به منابع مجاور به منطقه دارند، و این مسئله به وسیله‌ی زمان سفر بیشتر از 30 دقیقه برآورد می‌شود، و/یا،
- محله‌ها و جوامع تاسیس شده درون مناطق شهری که یک همانندی قوی را به نمایش می‌گذارند، تعاملات اندکی با مناطق مجاور دارند، و حداقل جمعیت آن‌ها 20000 نفر است.

2) یکی از دو شرط زیر باید در منطقه غالب باشد:

- نسبت جمعیت به پزشکان معادل تمام وقت که مراقبت‌های اولیه را ارائه می‌دهند باید حداقل 1:3500 باشد،

یا

- نسبت جمعیت به پزشکان معادل تمام وقت که مراقبت‌های اولیه را ارائه می‌دهند باید حداقل 1:3500 ولی بیشتر از 1:3000 باشد، و نیاز بالایی برای خدمات مراقبت‌های اولیه وجود داشته باشد یا ظرفیت ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه که از قبل در منطقه وجود داشته‌اند ناکافی باشد.

¹ Medically Underserved Areas

² Medically Underserved Populations

³ Health Professional Shortage Areas

⁴ index of medical underservice

شرح مفصلی از معرفی مناطق مواجهه با کمبود، اهداف اصلی آن‌ها، و این‌که استفاده از آن‌ها چگونه در طول سالیان گسترش یافته است در جدول زیر موجود است.

مناطق محروم به لحاظ پزشکی (MUAs) و جمعیت‌های محروم به لحاظ پزشکی (MUPs)	مناطق مواجهه با کمبود متخصصان حوزه‌ی سلامت (HPSAs)	
<p>MUAs به مناطق اشاره دارند، در حالی که MUPs به لحاظ فنی به جمعیت‌ها اشاره دارند. با این حال، در زمینه‌ی بحث‌های فعلی، MUP اصطلاحی است که به منظور پوشش دادن به تمامی محرومیت‌ها، چه بر اساس مکان و چه بر اساس جمعیت، به کار می‌رود.</p> <p>مناطق که تراکم‌هایی از افراد فقیر، اقلیت‌ها، و یا منزوی به لحاظ زبانی را در بر می‌گیرند، بر اساس دسترسی محدودشان به پزشک، معرفی‌های HPSA برای گروه‌های افراد را کسب کرده‌اند.</p>	<p>- منطقه‌ی جغرافیایی - ممکن است سرتاسر ناحیه (معمولاً روستایی) یا قسمتی از ناحیه باشد (روستایی یا شهری).</p> <p>- گروه افراد - برای مثال، کارگران مهاجر مزارع درون یک ناحیه-تعریف شده‌ی جغرافیایی</p> <p>- امکانات - مراکز بهداشت واجد صلاحیت فدرالی و مشابهی که به طور خودکار معرفی شده‌اند. سایر مثال‌ها عبارت هستند از: مراکز تادیبی، کلینیک‌های بهداشت روستایی که صرف‌نظر از توانایی مالی بیماران به آنان خدمت می‌کنند، و بیمارستان‌های روانی دولتی.</p> <p>- مراقبت‌های اولیه</p> <p>- دندان‌^۱</p> <p>- سلامت روان</p>	<p>انواع / دسته بندی‌ها</p>
<p>IMU براساس این موارد محاسبه می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> - درصدی از افراد جمعیت که زیر خط فقر هستند؛ - درصدی از افراد جمعیت که مسن هستند؛ - نرخ مرگ و میر نوزادان؛ و - در دسترس بودن پزشکان ارائه دهنده‌ی مراقبت‌های اولیه <p>مقیاس IMU از صفر تا صد است، و عدد صفر نماینده‌ی محرومیت کامل و عدد صد نماینده‌ی برخوردار کامل است. منطقه‌ای که IMU آن 62 یا کمتر باشد به عنوان MUA معرفی می‌شود.</p>	<p>معرفی HPSA به طور وسیعی بر اساس نسبت حداقل 1 به 3500 نفر پزشک به جمعیت است تا معادلی برابر با مراقبت‌های اولیه‌ی تمام وقت صورت پذیرد.</p>	<p>داده‌ها و روش‌های فعلی</p>
<p>ایجاد کمک‌های مالی برای حمایت از مراکز بهداشت جامعه (CHCs)</p>	<p>HPSAs برای استفاده در سپاه ملی خدمات سلامت ایجاد شد. یک ناحیه باید معرفی HPSA را داشته باشد تا به منظور درخواست برای انتصاب کارکنان NHSC واجد صلاحیت باشد.</p>	<p>هدف اصلی</p>
<p>بدون نیاز به انجام به روز رسانی بسیاری از معرفی‌هایی که توسط شاخص‌های مربوط به دهه‌ی 1970 اداره می‌شدند، به طور قابل توجهی منقضی شده‌اند.</p>	<p>بررسی: اساسنامه مستلزم آن است که HPSAs سالانه بررسی شود. این پیش‌نیاز به وسیله‌ی الزام به به روز رسانی HPSAs که بیش از سه سال از تاریخشان می‌گذرد، اجرا می‌شود. برای مثال، HPSAs که در سال 2001 تعیین شده‌اند یا آخرین تاریخ به روز رسانی‌شان در این سال بوده است، برای بررسی در سال 2005 برنامه ریزی می‌شوند.</p>	<p>فراوانی به روز رسانی</p>

تمام پزشکان غیر فدرال (M.D.) و دکترهای استثنویتی (D.O.) که مراقبت مستقیم به بیماران ارائه می‌دهند، و عمدتاً در یکی از چهار تخصص از مراقبت‌های اولیه طبابت می‌کنند - طبابت عمومی یا خانواده، پزشکی عمومی داخلی، اطفال، و زنان و زایمان - به حساب خواهند آمد. 36 ساعت کاری در هفته به عنوان استاندارد برای تعیین معادل‌های تمام وقت (FTE) استفاده خواهد شد. برای پزشکانی که کمتر از 36 ساعت در هفته کار می‌کنند، هر 4 ساعتی (یا 1/2 روز) که صرف ارائه مراقبت از بیمار می‌شود، به صورت 0.1 FTE به حساب خواهد آمد و هر پزشکی که 36 ساعت یا بیشتر در هفته به ارائه مراقبت از بیماران می‌پردازد به صورت 1.0 FTE منظور خواهد شد.

زمانی فرض می‌شود که یک منطقه نیازهای بالایی به خدمات اولیه‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارد که: الف) بیش از 100 تولد در سال به ازای هر 1000 زن 15 تا 44 ساله وجود داشته باشد، ب) بیش از 20 مرگ نوزاد از هر 1000 تولد زنده گزارش شود، یا ج) بیش از 20٪ از جمعیت (یا از تمام خانوارها) درآمدی زیر خط فقر داشته باشند.

3) به دلیل فواصل بسیار دور یا غیر قابل دسترس بودن برای جمعیت منطقه‌ی مورد نظر، باید از متخصصان مراقبت‌های اولیه‌ی پزشکی در مناطق همجوار بیش از حد استفاده کرد.

در مناطقی با استفاده‌ی بیش از حد¹، نسبت جمعیت به پزشکان معادل تمام وقت که مراقبت‌های اولیه را ارائه می‌دهند حداکثر به 1:2000 می‌رسد. اگر منابع مراقبت‌های اولیه در مناطق همجوار بیش از 30 دقیقه فاصله‌ی زمانی سفر از مرکز جمعیت منطقه‌ی مورد نظر برای معرفی داشته باشند، این مناطق همجوار بسیار دور از هم تلقی می‌شوند. اگر موانع جمعیتی یا موانع اقتصادی در دسترسی وجود داشته باشند، مراقبت‌های اولیه در مناطق مجاور غیر قابل دسترس خواهند بود.

داده‌های زیر به منظور تکمیل سنجش یک منطقه برای تعیین وضعیت MUA مورد نیاز هستند.

1. تعریف کاملی از منطقه‌ی پیشنهادی برای ارائه‌ی خدمات، با نام‌های کل نواحی، بخش‌های سرشماری ناحیه، یا

گروه‌های سرشماری به هم پیوسته (نقشه‌ای که مرزهای منطقه و محل منابع موجود درون ناحیه‌ی پیشنهادی را نشان دهد، ضروری است).

¹ over-utilized area

2. جمعیت منطقه‌ی پیشنهادی برای ارائه‌ی خدمات، از جمله ساکنین غیر نظامی و غیر سازمانی
 3. آخرین داده‌های موجود راجع به درصد جمعیت منطقه‌ی پیشنهادی که زیر خط فقر هستند.
 4. آخرین داده‌های موجود راجع به درصد افراد بالای 65 سال که در منطقه‌ی پیشنهادی ساکن هستند.
 5. آخرین متوسط پنج ساله‌ی موجود راجع به مرگ و میر نوزادان در منطقه
 6. تعداد فعلی پزشکان معادل تمام وقت (FTE) که مراقبت‌های اولیه را ارائه می‌دهند که مشغول به خدمت در منطقه هستند، و محل طبابت آن‌ها.
 7. نسبت محاسبه شده‌ی پزشکان FTE ارائه دهنده‌ی مراقبت‌های اولیه به ازای هر هزار نفر جمعیت منطقه.
- یک منطقه یا جمعیتی از افراد که از معیارهای ایجاد شده برای MUA پیروی نمی‌کنند، برای معرفی به عنوان جمعیت محروم به لحاظ پزشکی مد نظر قرار داده می‌شوند، اگر:
1. وجود و ثبت شرایط غیر معمول محلی؛ این شرایط، مانعی برای دسترسی یا موجود بودن خدمات سلامت شخصی هستند، و
 2. این گونه معرفی‌ها توسط مدیر ارشد اجرایی و یا مقامات محلی ایالتی توصیه می‌شوند.

گرایش‌ها در انتخاب محل کار توسط نیروی کار درمانی

از منابع مطالعاتی می‌توانیم سه گرایش اصلی را در نیروی کار درمانی مشاهده کنیم:

- افراد به شدت در حال حرکت به سمت مدل‌های تعادلی کار-زندگی هستند.
- افراد توسط ساختار پیچیده‌ای از پاداش‌ها انگیزه می‌گیرند، و در این بین منافع غیرمالی به طور فراینده نقش مهمی را ایفا می‌کنند.
- اگر انتظارات افراد برآورده نشود به سرعت به شغل دیگری مشغول می‌شوند.

در این زمینه، برای مدیران و سیاست‌گذاران به طور فزاینده‌ای مشکل است که به جذب و حفظ نیروی کار درمانی بپردازند که به اندازه‌ی کافی با مهارت و با انگیزه باشند. اثبات شده است که انگیزه و رضایت از کار به منظور ارتقای عملکرد نیروهای کار درمانی و به این ترتیب، عملکرد نظام درمانی حیاتی هستند. مشکلات موجود در بحث جذب و حفظ به کمبود نیروی کار منجر خواهد شد، در حالی که ناتوانی در ایجاد انگیزه برای نیروی کار درمانی به کاهش بهره‌وری منتهی می‌شود. از این رو برای سیاست‌گذاران ضروری است که درک خوبی از مسائل مربوط به جذب، حفظ و ایجاد انگیزه داشته باشند.

عواملی که بر انتخاب محل کار تاثیر می‌گذارند، باید در حیطه‌ی گسترده‌تری از بازار کار بهداشت جهانی تحلیل و درک شوند. منابع مطالعاتی گسترده‌ای راجع به عوامل تاثیرگذار بر انتخاب محل کار در مناطق روستایی و دورافتاده وجود دارد، که در برخی بازنگری‌های اخیر به خوبی شناسایی و خلاصه شده‌اند. اخیراً، این عوامل را، عمدتاً در رابطه با پژوهش‌هایی که روی مهاجرت‌های داخلی و بین‌المللی نیروی کار سلامت صورت گرفته است، با عناوین عوامل «فشار»^۱ و «جاذبه»^۲ می‌شناسند.

عوامل «جاذبه» آن‌هایی هستند که فرد را به یک مقصد جدید جذب می‌کنند. این‌ها ممکن است فرصت‌های بهبود یافته‌ی اشتغال و/یا چشم‌اندازهای شغلی، درآمد بیشتر، شرایط بهتر زندگی یا محیطی مهیج‌تر باشند. عوامل «فشار» آن‌هایی هستند که در جهت دفع فرد از یک محل عمل می‌کنند. آن‌ها اغلب سایه‌ی عوامل «جاذبه» هستند و ممکن است شامل از دست دادن فرصت‌های شغلی، دستمزدهای اندک، شرایط بد زندگی، نبود امکان تحصیل برای کودکان، و غیره باشند.

^۱ push factors

^۲ pull factors

نظریه‌ها و مدل‌های زیادی در حال تلاش برای توضیح عوامل درگیر در تحرک کارکنان هستند. خاستگاه برخی از آن‌ها در نظریه‌های اقتصادی همچون نظریه‌ی دستمزد نئوکلاسیک^۱ است که بر طبق آن، انتخاب عمدتاً حاصل انگیزه‌های مالی و احتمال پیدا کردن کار است. در این معنا، این استدلال مطرح شده است که «یک نیروی کار سلامت در صورتی یک شغل را می‌پذیرد که مزایای انجام آن بیشتر از هزینه‌ی فرصت^۲ باشند».

نظریه‌های رفتاری نیز وجود دارند که با نظریه‌های مازلو و هرزبرگ آغاز می‌شوند. این نظریه‌ها، رضایتی را که کارکنان از شغل خود به دست می‌آورند در مرکز فرآیند تصمیم‌گیری پیچیده‌تری قرار می‌دهند.

با توجه به اهمیت طراحی و اجرای راهبردهای حفظ نیروی کار سلامت، بسیار مهم است که درک خوبی از این عوامل داشته باشیم. با این حال، اغلب اوقات، درک آن‌ها نیازمند روش‌های دقیق پژوهشی است؛ زیرا این عوامل به رفتارهای انسانی و اولویت‌های فردی مربوط می‌شوند که تعیین کمیّت آن‌ها دشوار است. به منظور شناسایی عوامل مربوط به انتخاب محل کار، روش‌های مختلفی ارائه شده‌اند. این روش‌ها از مصاحبه‌های سنتی‌تر نیمه ساختار یافته یا گروه‌های متمرکز، تا روش‌های جدیدتری همچون آزمایش انتخاب گسسته^۳ تنوع دارند. روش اخیر رویکردی است که توسط آن انتخاب‌های دقیق به نیروی کار سلامت ارائه می‌شوند، و از آنان خواسته می‌شود تا بین دو سناریوی ممکن تا زمانی که انتخاب دست بزنند که مجموعه‌ای از عواملی را که به طور کامل تصمیمات مبنی بر ماندن در مناطق روستایی یا دورافتاده توضیح می‌دهند، شناسایی شوند.

پیچیدگی این عوامل دسته‌بندی آن‌ها را دشوار می‌کند، اما آن‌ها به طور کلی به عوامل فردی، سازمانی، یا گسترده‌تر محیطی تقسیم می‌شوند. این عوامل بر انتخاب و تصمیم نیروی کار سلامت مبنی بر محل کار یا طبابت به صورت جداگانه تأثیر نمی‌گذارند، بلکه با یکدیگر تعامل دارند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. این عوامل باید به درستی شناسایی شوند تا بتوان پاسخ‌های مناسبی را طراحی کرد. از این رو، روش‌های پژوهشی که برای استخراج این عوامل به کار گرفته می‌شوند باید هماهنگ شوند و شایستگی‌شان بهبود یابد.

¹ Neoclassic Wage Theory

² opportunity cost

³ discrete choice experiment

جدول عوامل فشار و جاذبه

عوامل جاذبه	عوامل فشار
<ul style="list-style-type: none"> • دسترسی به آموزش مداوم پزشکی و توسعه‌ی حرفه‌ای 	<ul style="list-style-type: none"> • تمایل به آموزش‌های بیشتر • نداشتن مهارت‌های مناسب • تمایل به کسب تجارب بین المللی
<ul style="list-style-type: none"> • پاداش‌های بیشتر • کمک هزینه‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • پاداش‌های اندک • نبود بخش خصوصی یا فرصت‌هایی برای اشتغال ثانوی
<ul style="list-style-type: none"> • استانداردهای بهتر زندگی • شرایط کاری بهتر • فرصت برای تحصیل کودکان • نظارت‌های بهتر 	<ul style="list-style-type: none"> • شرایط بد کاری و زندگی • نداشتن نمایه‌های شغلی مشخص • نبود امکان تحصیل برای بچه‌ها و شغل برای همسران • اضافه بار کاری • نبود پشتیبانی مدیریتی • اتمام قوای عاطفی • کمبود خدمات درمانی • درگیری‌های سیاسی و جنگ • ناآرامی اجتماعی

جذب و حفظ افراد در مناطق دورافتاده و روستایی - چه چیزی جواب می‌دهد؟

نتیجه‌ی نهایی در اختیار داشتن نیروی کار سلامت در مناطق دورافتاده و روستایی به دو منظر مرتبط بستگی دارد:

الف) عواملی که بر تصمیم یا انتخاب نیروی کار سلامت مبنی بر آمدن، ماندن یا ترک کردن آن مناطق تاثیر می‌گذارند، و

ب) این که سیاست‌ها و مداخلات نظام سلامت تا چه حد به این عوامل پاسخ می‌دهند.

آنچه که اتفاق می‌افتد این است که پاسخ نظام سلامت با عوامل تاثیرگذار بر انتخاب‌های نیروی کار سلامت هماهنگ نیست،

و این پاسخ در اغلب اوقات به جای این که راهبرد بلند مدت منسجمی باشد، یک برآورد موقتی (برای مثال، همچون افزایش

دستمزد یا کمک هزینه‌های روستایی) است.

مداخلات مختلف را می‌توان به سه مجموعه یا حوزه‌ی مداخلاتی گروه‌بندی کنیم:

الف) مداخلات آموزشی و نظارتی

ب) جبران مالی (تشویق‌های مالی مستقیم و غیر مستقیم)، و

ج) مدیریت، محیط و حمایت‌های اجتماعی.

جدول زیر مهمترین انواع مداخلات را در هر یک از دسته‌های پیشنهادی ارائه می‌دهد.

جدول دسته‌بندی مداخلات مورد استفاده به منظور بهبود حفظ نیروی کار سلامت در مناطق دورافتاده و روستایی

دسته‌بندی مداخلات	مثال‌ها
الف. مداخلات آموزشی و نظارتی	• پذیرش هدفمند دانشجویانی با پیش‌زمینه‌های روستایی
	• استخدام از مناطق روستایی و آموزش در این مناطق
	• تغییرات/ بهبودهایی در برنامه‌های آموزش پزشکی
	• فراهم آوری زودهنگام و بیش از پیش امکان طبابت در روستا در حین تحصیلات کارشناسی (تنوع بخشی محل‌های مربوط به سایت‌های آموزشی)
	• برنامه‌های توسعه‌ی آموزش
	• مشارکت اجتماع در انتخاب دانشجویان
	• الزامات خدمات اجباری
	• صدور مشروط مجوز (مجوز برای طبابت در قبال محل طبابت در مناطق روستایی)
	• طرح بازپرداخت وام (بررسی‌هایی که در ازای آن‌ها پرداخت صورت می‌گیرد در قبال خدمات‌رسانی به مدت معین در مناطق روستایی)
	• تربیت انواع مختلف نیروی کار سلامت (کادرهای میانی، جایگزینی، جا به جایی وظایف)
ب. جبران پولی (جبران مالی مستقیم و غیرمستقیم)	• به رسمیت شناختن مدارک تحصیلی خارج از کشور
	• حقوق‌های بیشتر برای طبابت‌های روستایی
	• کمک هزینه‌های روستایی
	• پرداخت برای عملکرد
	• روش‌های متفاوت پاداش‌دهی (هزینه برای خدمات، سرانه و غیره)
	• وام‌ها (مسکن، خودرو)
	• کمک هزینه‌ی مالی برای تحصیلات اعضای خانواده
ج. مدیریت، محیط و حمایت‌های اجتماعی	• سایر مزایای غیر دستمزدی
	• بهبود کلی در زیرساخت‌های روستایی (مسکن، جاده‌ها، تلفن‌ها، منابع آب، ارتباطات رادیویی و غیره)
	• بهبود شرایط کار و زندگی، از جمله فرصت‌هایی برای تحصیل بچه‌ها و اشتغال همسر، تضمین موجودی کافی از فن‌آوری‌ها و داروها
	• نظارت حمایتی
	• حمایت از توسعه‌ی حرفه‌ای مداوم، مسیرهای شغلی
	• جوایز ویژه و کسب جایگاه اجتماعی
	• فرصت‌های منعطف عقد قرارداد برای کارهای پاره وقت
	• اقداماتی برای کاهش احساس انزوا در نیروی کار سلامت (شبکه‌های حرفه‌ای/ تخصصی، تماس از راه دور از طریق پزشکی از راه دور و سلامت از راه دور)
	• فرصت‌های بیشتر برای جذب در خدمات شهری

هماهنگی انتخاب محل کار با مداخلات

آنچه که اغلب اوقات مشاهده می‌شود، فقدان انسجام بین آن چیزی که به عنوان راهبرد حفظ پیشنهاد می‌شود و عواملی است که برای نیروی کار سلامت در انتخاب محل کار مهم هستند. اغلب اوقات کشورها تلاش کرده‌اند تا تشویق‌های مالی را به اجرا در بیاورند. به رغم این واقعیت، بررسی‌های تحلیل عاملی به طور مستمر نشان داده‌اند که تشویق‌های مالی و جوایز نه اولین و نه مهمترین عامل در تصمیم‌گیری برای ترک یا ماندن در مناطق دورافتاده یا روستایی نیستند. علاوه بر این، این نوع مداخله می‌تواند بسیار پرهزینه باشد، و ممکن است در دراز مدت دوام نیاورد. همچنین، خطر اثر سرریز¹ به سمت دیگر بخش‌های خدمات وجود دارد.

جدول زیر تلاش دارد تا بین عوامل تاثیرگذار بر انتخاب‌ها و تصمیمات نیروی کار سلامت مبنی بر طبابت در مناطق دورافتاده و روستایی، و مجموعه مداخلاتی که می‌توانند به آن عوامل پاسخ دهند، ارتباط ایجاد کند. مهمترین نگرانی‌های نیروی کار سلامت هنگامی که بحث از طبابت در مناطق دورافتاده و روستایی می‌شود، مسائل مربوط به محیط اجتماعی-اقتصادی، همچون شرایط کار و زندگی، دسترسی به آموزش برای کودکان، فراهم بودن اشتغال برای همسران، ناامنی، و اضافه بار کاری هستند. مشخص شده است راهبردهایی که قابلیت پاسخگویی به این نگرانی‌ها را دارند، به ندرت توسط دولت‌ها طراحی و اجرا می‌شوند. مداخلات موثر باید بر روی مجموعه‌ای از عوامل کلیدی عمل کنند، و لازم است تا به عوامل زمینه‌ای محلی² و نیز عوامل بخشی گسترده‌تری³ که انگیزه‌ی کارکنان را در سطح محلی تحت تاثیر قرار می‌دهند، توجه شود.

¹ spill-over

² local contextual factors

³ broader sectoral factors

جدول عوامل فشار و جاذبه به منظور حرکت دادن نیروی کار سلامت از مناطق روستایی به شهری، بر اساس

دسته‌بندی مداخلات بالقوه‌ی خط مشی

عوامل جاذبه	عوامل فشار	دسته‌بندی مداخلات حفظ
<ul style="list-style-type: none"> دسترسی به آموزش مداوم پزشکی و توسعه‌ی حرفه‌ای 	<ul style="list-style-type: none"> تمایل به آموزش‌های بیشتر نداشتن مهارت‌های مناسب تمایل به کسب تجارب بین المللی 	مداخلات آموزشی و نظارتی
<ul style="list-style-type: none"> پاداش‌های بیشتر کمک هزینه‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> پاداش‌های اندک نبود بخش خصوصی یا فرصت‌هایی برای اشتغال ثانوی 	جبران پولی (انگیزه‌های مالی مستقیم و غیر مستقیم)
<ul style="list-style-type: none"> استانداردهای بهتر زندگی شرایط کاری بهتر فرصت برای تحصیل کودکان نظارت‌های بهتر 	<ul style="list-style-type: none"> شرایط بد کاری و زندگی نداشتن نمایه‌های شغلی مشخص نبود امکان تحصیل برای بچه‌ها و شغل برای همسران اضافه بار کاری نبود پشتیبانی مدیریتی اتمام قوای عاطفی کمبود خدمات درمانی درگیری‌های سیاسی و جنگ ناآرامی اجتماعی 	مدیریت، محیط و حمایت‌های اجتماعی

مداخلات «دسته‌ای»¹

یافته‌ی مهم دیگر این است که از آن جایی که عوامل جذب و حفظ پیچیده و بغرنج هستند، مداخلات منفرد تاثیرگذار نیستند. از این‌رو، راهبردهایی که به منظور جذب و حفظ نیروی کار سلامت در مناطق دورافتاده و روستایی به کار گرفته می‌شوند باید شامل مجموعه‌ای از مداخلات ترکیبی یا دسته‌ای باشند. برای مثال، در تایلند برنامه‌ی پیچیده‌ای به اجرا در آمد که شامل مداخلات نظارتی (قرارداد اجباری 3 سال کار عمومی پس از فارغ التحصیلی)، همراه با منظرهای اقتصادی (پروژه‌ی توسعه‌ی روستایی و تشویق‌های مالی)، و نیز مداخلات آموزشی و مدیریتی (استخدام روستایی و آموزش در مراکز درمانی روستاها؛ توسعه‌ی پزشکی اجتماعی، بهبود

¹Bundled

مدیریت کارکنان) بود. نتایج پس از 30 سال کاهشی را در تفاوت‌های موجود بین تراکم شهری و روستایی نیروی کار سلامت به ازای افراد جمعیت نشان داد.

چه چیزی جواب می‌دهد؟

پرسش بدیهی این است که چه چیزی و چرا کار می‌کند؟ پاسخ نه ساده است و نه واضح. به طور کلی، باید تاثیرگذاری و پایداری تمامی این مداخلات مختلف در طولانی مدت بهتر درک و اثبات شود. شواهد بسیار اندکی وجود دارند و کیفیت بیشتر آن‌چه که وجود دارد ضعیف است. درجه‌بندی این شواهد حتی چالشی بزرگتر است. با توجه به وضعیت فعلی شواهد، هنوز هم می‌توان پیام‌هایی مهم را برای شروع به پاسخ به پرسش «چه چیزی جواب می‌دهد؟» استخراج کرد.

الف. مداخلات آموزشی و نظارتی:

- متخصصین سلامت که پیش‌زمینه‌ی روستایی دارند با احتمال بیشتری در مناطق روستایی به طبابت مشغول می‌شوند.
- چرخش‌های بالینی¹ در محیط‌های روستایی ممکن است تصمیمات متعاقب دانشجویان پزشکی مبنی بر کار در مناطق محروم را تحت تاثیر قرار دهند.
- تطبیق‌دهی برنامه‌های آموزشی به منظور در بر گرفتن مسائل مرتبط با سلامت روستاییان موجب بهبود توانایی در کار در مناطق روستایی می‌شود و علاقه‌ی بیشتری را به کار در این مناطق ایجاد می‌کند.
- تاثیر قرارگیری اجباری توسط بررسی‌های توصیفی سنجیده شده است و نتایج غیرقاطعی به دست آمده است (این مسئله به اثر توزیع نامناسب در کوتاه مدت می‌پردازد، اما به دلیل بیگانه کردن مردم از حرفه‌ی پزشکی، و به دلیل مشکلاتی در مدیریت و اجرای آن وجود دارد، از آن انتقاد شده است).
- طرح بازپرداخت وام، انگیزه‌های مستقیم و برنامه‌های دستیاری تخصصی پزشکی² برای تشویق به قرارگرفتن در روستاها بالاترین نرخ تکمیل خدمات و بالاترین نرخ حفظ پزشکان را دارند.

¹ clinical rotations

² medical-resident programmes

- تشویق‌های مستقیم مالی به منظور طبابت در مناطق روستایی ممکن است به طور خاص در کشورهای توسعه یافته پزشکان را به طبابت در روستاها ترغیب کند، اما گزارش‌های مربوط به کشورهای در حال توسعه مثبت نیستند، ولی استثناهایی احتمالاً در چند کشور اندک از قبیل مالی، زامبیا، و آفریقای جنوبی وجود دارد.

ج. مدیریت، محیط و حمایت اجتماعی

- حمایت حرفه‌ای و اجتماعی از کارکنان روستا، پزشکان را به طبابت در روستاها تشویق می‌کند (اما در این مورد هیچ نتیجه‌ی کمی از مداخلات واقعی به دست نیامده است)؛ با نظارت حمایتی، پروژه‌های دسترسی به اینترنت و مشارکت‌های اجتماعی، و نیز به وسیله‌ی شبکه‌های حرفه‌ای می‌توان به این حمایت دست یافت.
- کشورهای بسیار اندکی مداخلات را در مقیاس بزرگ به منظور بهبود شرایط زیرساخت‌ها و زندگی اجرا کرده‌اند، و ارزیابی‌هایی که روی این مداخلات انجام گرفته‌اند به چاپ رسیده‌اند. این امر به رغم این واقعیت است که عواملی که در اولویت‌های کارکنان و انتخاب محل کار بالاترین امتیاز را دارند، دقیقاً آن‌هایی هستند که به زیرساخت‌های محلی، جداسازی و شرایط کار مربوط می‌شوند.

راهبردهای موثر در استخدام و حفظ پزشکان عبارت هستند از:

- ارائه‌ی چرخش‌های بالینی به دانشجویان در مناطق دورافتاده و محروم باعث می‌شود تا دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها در معرض تجربیاتی قرار بگیرند که حوزه‌ی طبابتشان را گسترده می‌کند، و به این ترتیب، چرخش‌های بالینی به طور بالقوه روی نگرش دانشجویان مبنی بر طبابت در این محل‌های محروم اثرگذاری مطلوبی دارند.
- انگیزه‌های مالی برای دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها، از جمله بازگشت اختیاری از خدمات بورسیه، یا تامین وجه پوزیشن‌های رزیدنتی.
- توسعه‌ی مدل‌های تیمی جدید برای مراقبت‌های اولیه که توسط طرح‌ریزی مناسب منابع انسانی حوزه‌ی درمان¹ حمایت می‌شوند. دسترسی به پاسخ‌های اضطراری، و نیز همکاری با همکاران و تیم‌های بین حرفه‌ای² از طریق پزشکی از راه دور باعث می‌شود تا احساس مسئولیت فشارآور و انزوای مربوط به طبابت در مناطق روستایی و دورافتاده کاسته شود.
- دسترسی به منابع برای فرصت‌های مستمر در آموزش پزشکی.

¹ Health Human Resources

² interprofessional

- دسته‌بندی همکاران برای اطمینان از حجم کاری که امکان سبک زندگی متعادل را فراهم آورد.
- در دسترس بودن جانشین برای ایجاد انطباق در تعادل کار- زندگی، برای اطمینان حاصل کردن از این مسئله که پزشکانی که در جوامع محروم به طبابت مشغول هستند، تعادل کار- زندگی مشابهی با آن دسته از همکارانشان دارند که در محیط شهر به طبابت مشغول هستند.
- اشتغال همسر و حمایت از خانواده پیوستگی مثبتی با حفظ بلند مدت پزشکان در جوامع روستایی و دورافتاده دارند.
- انگیزه‌های مالی با مقیاس متغیر¹ برای پزشکانی در مناطق روستایی و دورافتاده که با توجه به تعداد سال‌هایی که پزشک در ناحیه‌ای محروم به طبابت مشغول است، افزایش می‌یابد.

¹ Sliding scale

کمبود و توزیع نابرابر نیروی کار درمانی برای افرادی که در مناطق روستایی و دورافتاده به لحاظ دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی زندگی می‌کنند منجر به مشکلاتی شده است. به منظور رسیدگی به توزیع ناعادلانه‌ی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در مناطق روستایی و دورافتاده در سراسر جهان، مداخلات متعددی طراحی و اجرا شده‌اند. شواهد رو به رشدی حاکی از آن هستند که برای رسیدگی به مسئله‌ی توزیع نابرابر پزشکان به مجموعه‌ای از سیاست‌ها نیاز داریم. به منظور بهبود در توزیع جغرافیایی پزشکان متخصص در سراسر کشور بسته‌های سیاستی مختلفی توسط MOHME در ایران طراحی و اجرا شده است. اکثریت ذینفعان معتقد هستند که در توزیع جغرافیایی پزشکان متخصص در سال‌های اخیر بهبود قابل توجهی صورت گرفته است. با این حال، مشکلاتی در ارتباط با مداخلات به اجرا در آمده شناسایی شده‌اند که باید در آینده به آن‌ها رسیدگی شود. در نظر ذینفعان سیاست‌های اجرا شده و به خصوص خدمت اجتماعی اجباری، دلایل اصلی افزایش عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در مناطق محروم هستند. بررسی‌های متعددی گزارش کرده‌اند که خدمات اجتماعی پزشکان، در افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، کاهش زمان انتظار، و سطح بالاتر نیروهای انسانی در مناطق روستایی در کشورهای دیگر عامل موثر و اصلی هستند.

یافته‌های بررسی‌های اخیر نشان دادند که تصمیم پزشکان مبنی بر ماندن در جوامع روستایی و توسعه نیافته مسئله‌ای پیچیده و متاثر از عوامل متعددی است. ویژگی‌های مشخصی از پزشکان در انتخاب محل طبابتشان نقش مهمی ایفا می‌کنند. نتایج حاصل از این بررسی‌ها مشابه با یافته‌های بررسی‌های پیشین حاکی از آن هستند که پزشکانی با خاستگاه روستایی در مقایسه با آن‌هایی که پیش‌زمینه‌های شهری داشتند به طبابت و ماندن در این محل‌ها تمایل بیشتری نشان می‌دادند. به منظور اصلاح توزیع نامناسب نیروی کار درمانی در ایران، تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق توسعه نیافته در طی چند سال اخیر رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. بنیان‌گذاری دانشگاه‌های بومی به عنوان عامل اصلی برقراری تعادل در توزیع نیروی کار درمانی در سایر کشورها گزارش شده است. به نظر می‌رسد که افزایش تعداد دانشجویان پزشکی با پیش‌زمینه‌ی روستایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی بومی، و نیز ارائه‌ی تشویقی به منظور ترغیب آنان به کار در مناطق روستایی پس از فارغ التحصیلی، راهبردهای احتمالی برای کاستن از مشکلات توزیع نابرابر پزشکان در ایران هستند.

علاوه بر این، به موجب یافته‌های بررسی‌های پیشین، پزشکان زن تمایل کمتری به کار در مناطق دور افتاده دارند. به نظر می‌رسد که انتخاب کار توسط پزشکان زن عمدتاً متأثر از تعهدات و مسئولیت‌های خانوادگی آن‌ها است. با توجه به این واقعیت که تعداد پزشکان زن طی سالیان اخیر در ایران به طور چشمگیری افزایش یافته است، MOHME احتمالاً مداخلات حمایتی از قبیل فراهم آوردن گزینه‌های انعطاف‌پذیرتر برای پزشکان زن به منظور انجام خدمت اجباری را در نظر خواهد گرفت.

ویژگی‌های اجتماعی- اقتصادی منطقه‌ی تعیین شده عامل مهم دیگری است که بر توزیع جغرافیایی پزشکان تاثیر می‌گذارد. بر طبق نتیجه‌گیری حاصل از آن‌ها، پزشکان در زمان انتخاب محل کارشان به عوامل مرتبط با سبک زندگی از قبیل تسهیلات کافی مسکن، زیرساخت‌های تفریحی، و دسترسی به مدارس خوب برای فرزندانشان توجه می‌کنند. به منظور بهبود بخشیدن به ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی باید اقدامات حمایتی از قبیل بهبود سیستم‌های حمل و نقل و فراهم آوردن تسهیلات تفریحی و آموزشی را نیز مد نظر قرار داد.

بررسی‌های متعددی از ارزش مداخلات در دستیابی به توزیع عادلانه‌تر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در مناطق روستایی و دورافتاده حمایت کرده‌اند. در منابع مطالعاتی در مورد این‌که آیا سیاست‌های مبتنی بر انگیزه‌های مالی می‌توانند به کاستن از کسری نیروی کار درمانی در جوامع روستایی در دراز مدت کمک کنند یا خیر توافق اندکی وجود دارد. با این حال، بررسی‌های متعددی نشان داده‌اند که انگیزه‌های مالی مستقیم روی توزیع جغرافیایی متخصصان سلامت در کوتاه مدت تاثیر مثبت قابل توجهی داشته‌اند. به طور مشابه، غرامت‌های مالی و حقوق‌های بالا عوامل مهمی هستند که انتخاب پزشکان پیرامون محل طبابت را تحت تاثیر قرار می‌دهند. ظاهراً شکاف درآمد پزشکان بین مناطق روستایی و شهرهای بزرگ تاثیر منفی چشمگیری در حفظ کردن پزشکان در مناطق روستایی دارد.

خدمت عمومی اجباری در معرض طیفی از انتقادات قرار گرفته است که آن را اقدامی غیرمنصفانه دانسته‌اند. با این حال، شواهد نشان می‌دهند که این خدمت دولت را قادر می‌سازد تا خدمات درمانی را به مناطق و جوامع نامطلوب که خدمات‌رسانی در آن‌ها به خوبی صورت نمی‌گیرد، هدایت کند. انگیزه‌های مالی و غیر مالی مکانیسم‌های احتمالی برای تشویق پزشکان به طبابت در مناطق توسعه نیافته شناخته شده‌اند. همچنین، چنین انگیزه‌هایی باعث می‌شوند تا این خدمت اجتماعی اجباری برای پزشکان جذاب‌تر شود. به نظر می‌رسد که این خدمت اجتماعی اجباری پزشکان در ایران باعث شده است تا عرضه‌ی کارکنان صلاحیت‌دار به مناطق محرومی که به خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه دسترسی کافی نداشته‌اند، افزایش یابد. با این حال، ممکن است این برنامه با توجه به کاستی‌هایی که دارد راه حل دائمی برای توزیع نابرابر جغرافیایی پزشکان در ایران نباشد. افزایش عرضه‌ی پزشکان، انتخاب دانشجویان پزشکی از مناطق توسعه نیافته، و نیز فراهم آوردن انگیزه‌های بیشتر و اقدامات حمایتی برای پزشکانی که در مناطق محروم کار می‌کنند، از جمله عواملی هستند که می‌توانند تاثیرگذاری برنامه‌ی خدمات اجتماعی را در دراز مدت افزایش دهند و توسعه‌ی نیروی کار دائمی را برای جوامع محروم در ایران تضمین نمایند.