مقـاله تحقیقی

نقش عوامل انسـانی در الگوی پیشنهـادی توزیع عادلانه امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی

ابراهیم نائل بفروئی[۱]، امیر اشکان نصیری‌پور[۲*]، علی کمیلی[۳]، لیلا ریاحی[۳]، کامران حاج نبی[۳]

[۱] دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی،تهران،ایران.

[۲] دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

[۳] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نشانی الکترونیک: nasiripour@srbiau.ac.ir

زمینه: تمام افراد جامعه بایستی دسترسی عادلانه به امکانات بهداشتی و درمانی داشته باشند. عدم تامین و توزیع نیروی انسانی متخصص یکی از عوامل اصلی ایجاد کننده نابرابری در خدمات بهداشتی و درمانی است. این پژوهش با هدف شناسایی عوامل انسانی موثر بر توزیع عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی در سازمان تامین اجتماعی انجام گرفته است.

روش کار: این مطالعه به شیوه‌ی توصیفی – تطبیقی و به صورت مقطعی انجام گرفت. جامعه آماری شامل ۴۱۵ نفر از کارشناسان و روسای مراکز درمانی سازمان تامین اجتماعی بود که بصورت تصادفی انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آمار توصیفی و بهره‌گیری از تحلیل عامل اکتشافی انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس این پژوهش سه عامل امکان تامین پزشک، نیروی تخصصی غیر پزشک و نیروی تخصصی با جنسیت زن بعنوان عوامل انسانی موثر بر توزیع عادلانه امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی شناسایی گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه یکی از مهمترین اهداف نظام سلامت، توزیع عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی می‌باشد و از طرفی تامین نیروی انسانی مخصوصاً تامین پزشک، کلیدی‌ترین عامل در چرخه توزیع امکانات بهداشتی و درمانی بوده و عدم تامین نیروی انسانی متخصص منجر به ناکارآمدی سایر منابع فیزیکی، مالی و تجهیزاتی می‌گردد، بنابراین توجه به هنگام و بررسی امکان تامین نیروی انسانی متخصص پیش شرط تصمیم‌گیری جهت تخصیص سایر امکانات درمانی به مناطق مختلف بعنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.

کلمات کلیدی: عوامل انسانی، توزیع عادلانه، امکانات درمانی، سازمان تامین اجتماعی

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-20]

مقدمه

عدالت یک اصل اخلاقی بوده و به طور جدی با حقوق اساسی انسان‌ها مرتبط است. عدالت را می‌توان به عنوان انصاف یا بی‌طرفی اجتماعی[1] در نظر گرفت (۱). عدالت در سلامت به معنی مطمئن شدن از این موضوع است که افراد یک جامعه به طور منصفانه و بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های بهداشتی – درمانی لازم بهره می‌برند (۲).
انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت، عدالت را به این صورت تعریف می‌کند: فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت (۳).
مفهوم عدالت در خدمات سلامتی در طی سالیان مختلف همواره مورد بحث بوده است. البته عدالت از جنبه‌های مختلف تعریف می‌شود ولی تمامی تعاریف موجود حول محور "توزیع منصفانه هر چیزی مانند خدمات بهداشتی و درمانی در بین افراد و گروه‌های مختلف جامعه" می‌باشد (۴).
عدالت در توزیع خدمات سلامت یکی از مهمترین مباحث مرتبط با سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت است و به عنوان مشکل اساسی در عرصه سلامت و نابرابری‌های اجتماعی مطرح است (۵) و مکان‌یابی و توزیع صحیح و بهینه تسهیلات درمانی باعث افزایش سرعت، کارآیی و سهولت دسترسی می‌گردد (۶).
یکی از پیچیده‌ترین چالش‌هایی که بسیاری از کشورهای کم درآمد با آن مواجه می‌شوند چگونگی تامین مالی و فراهم کردن مراقبت‌های سلامت برای بیش از یک میلیارد نفر از فقرا که در کشورهای فقیر و کم درآمد زندگی می‌کنند می‌باشد (۷). این موضوع نه تنها در کشورهای فقیر بلکه در گروه‌های فقیر کشورهای پیشرفته نیز صادق است. ازاین روست که توزیع عادلانه و عدالت در سلامت از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است (۸).
سلامت به عنوان یکی از عوامل اصلی و ذینفع سیاست‌های توسعه پایدار در نظر گرفته می‌شود (۹). منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن بایستی بصورت یکنواخت و منصفانه در اختیار همه مردم قرار گیرد اما توزیع ناعادلانه ثروت و حقوق اجتماعی نابرابر، مانع از آن شده که اکثریت جامعه بتوانند از امکانات بهداشتی و درمانی متناسب با نیازهای خود استفاده نمایند (۱۰).
در این راستا نظام‌های سلامت جهت ارتقای سلامت، از منابع متعددی مانند نیروی انسانی، فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و... استفاده می‌کنند (۱۱).
از میان منابع مختلف، نیروی انسانی از اهمیت دو چندانی برخوردار است. اهمیت نیروی انسانی تا آن میزان است که تجهیزات و امکانات بدون دسترسی به نیروی انسانی کارآمد، نمی‌تواند تاثیر چندانی در سلامت مردم به جای بگذارند (۱۳و۱۲). بنابراین توزیع عادلانه نیروی انسانی یک نگرانی همیشگی سیاستگذاران در تمام کشورهای دنیا می‌باشد (۱۴).
نقش نیروی انسانی در حیطه سلامت در دهه اول قرن بیست و یکم، بیش ازپیش مورد توجه قرار گرفته است. سازمان بهداشت جهانی در گزارشات خود در دهه اخیر، کانون توجه را به نیروی انسانی در حوزه سلامت معطوف نموده است (۱۵).
وزارت بهداشت به عنوان مهمترین متولی سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در زمینه توزیع نیروی متخصص در ایران، اقداماتی را در زمینه توزیع مبتنی بر نیاز به گروه‌های تخصصی و پزشکی در تمام کشور انجام داده است که از جمله این موارد، سطح‌بندی ارائه خدمات سلامتی و اعزام پزشک و نیروی متخصص به مناطق محروم در قالب طرح نیروی انسانی و برنامه پزشک خانواده می‌باشد (۱۶).
اما از آنجا که این روش‌ها اغلب حالت حاکمیتی داشته است، از این رو استفاده از این روش‌ها تاکنون نتوانسته است کارآیی و اثربخشی لازم را به دنبال داشته باشد و مشکلات مربوط به عدم دسترسی مردم به پزشکان و سایر نیروهای تخصصی در بسیاری از مناطق همچنان پابرجا است (۱۷).
در سازمان تامین اجتماعی، خدمات درمانی به دو روش درمان مستقیم و درمان غیرمستقیم ارائه می‌گردد که در بخش درمان مستقیم خدمات درمانی توسط مراکز درمانی متعلق به تامین اجتماعی و در بخش درمان غیرمستقیم، از طریق خرید خدمت و عقد قرارداد با موسسات درمانی طرف قرارداد ارائه می‌شود (۱۸).
در بخش درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی با دارا بودن ۸۴ مرکز بستری و ۲۹۲ مرکز درمانی سرپایی خدمات درمانی را به بیش از ۴۲ میلیون نفر بیمه شده تحت پوشش در سراسر کشور ارائه می‌نماید و با توجه به سطح بندی خدمات درمانی توسعه مراکز درمانی در مناطق مختلف کشور کماکان تداوم دارد (۱۹).
از آنجا که تصمیم‌گیری جهت احداث، راه‌اندازی و توزیع مراکز درمانی در شهرهای مختلف توسط سازمان تامین اجتماعی مبتنی بر تعداد بیمه شدگان با لحاظ تقسیمات کشوری صورت می‌پذیرد که علیرغم اینکه شاخص مهمی می‌باشد ولی صرفاً یکی از شاخص‌ها و عوامل تاثیرگذار جهت احداث و راه اندازی مراکز درمانی می‌باشد (۲۰). لذا با توجه به نقش کلیدی تامین نیروی متخصص در کارآیی و اثربخشی مراکز درمانی (۲۱) و نتایج مطالعات انجام شده در زمینه نابرابری و توزیع ناعادلانه منابع (۲۴ – ۲۲) و نیز با لحاظ محدودیت‌های مالی سازمان تامین اجتماعی و لزوم پرهیز از سرمایه گذاری مازاد و نابجا در مناطقی که بازده مناسب ندارد (۲۰)، هدف اصلی این مطالعه شناسایی عوامل انسانی موثر بر توزیع عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی در سازمان تامین اجتماعی می باشد. امید است بر این اساس بتوان تلاش‌های بیشتری بمنظور برنامه ریزی مناسب جهت توزیع همسو و هماهنگ امکانات درمانی متناسب

[1]. Social justice or faimess

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-20]

با پتانسیل تامین نیروی انسانی متخصص به‌ویژه پزشکان با توجه به شرایط خاص مناطق مختلف کشور بعمل آورد.

روش کار

این مطالعه از نوع کاربردی است که به شیوه ی توصیفی – تطبیقی و به صورت مقطعی در سازمان تامین اجتماعی در سال ۱۳۹۷ انجام پذیرفته است.

جهت گردآوری آوری اطلاعات از منابع کتابخانه‌ای، اینترنتی و پرسشنامه استفاده گردید. پرسشنامه محقق ساخته و مقیاس عوامل موثر بر توزیع امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی می‌باشد. روایی محتوا و ساختار پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از صاحب‌نظران بررسی و ویرایش گردید. همچنین پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون همبستگی درونی آلفای کرونباخ (۸۷) تائید گردید. جامعه آماری شامل مدیران، کارشناسان، روسا و مدیران بیمارستان‌ها، روسای درمانگاه‌ها و دی‌کلینیک‌ها و مشاورین حوزه درمان سازمان تامین اجتماعی بودند که بصورت تصادفی ۴۱۵ نفر با پراکندگی در ۲۳۹ شهر از کلیه استان‌های کشور در این مطالعه شرکت نمودند.

پرسشنامه از طریق نامه ارسال و پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در نهایت برای شناسایی عوامل انسانی موثر بر توزیع امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی از تحلیل عامل اکتشافی استفاده گردید.

برای اطمینان از کفایت تعداد نمونه‌ها و پاسخ به این سوال که آیا تعداد داده‌های موجود برای تحلیل عاملی مناسب و کافی هستند یا خیر، از شاخص KMO=.93 استفاده شد که با توجه به نزدیکی شاخص به عدد یک،کفایت نمونه با اطمینان بسیار بالا تائید گردید.

یافته‌ها

از میان ۴۱۵ نفر از افرادی که پرسشنامه را تکمیل نموده‌اند ۷۸ نفر زن (۱۹/۹درصد) و ۳۱۳ نفر (۸۰/۱ درصد) مرد بودند.

از نظر سطح تحصیلات ۳۵۵ نفر (۹۰/۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دکترا (گروه پزشکان عمومی، متخصص و...)، ۲۳ نفر (۵/۶ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و ۱۵ نفر (۳/۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس بوده‌اند.

در نهایت پس از انجام تحلیل عاملی، الگوی پیشنهادی با ابعاد جمعیتی، ساختاری، عملکردی، انسانی، جغرافیایی، اقتصادی و طرف قرارداد استخراج گردید و از میان عوامل متعدد سه عامل امکان تامین پزشک، امکان تامین نیروی تخصصی غیر پزشک و امکان تامین نیروی تخصصی با جنسیت زن بعنوان عوامل انسانی موثر بر توزیع عادلانه امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی به شرح جدول شماره ۱ شناسایی گردیدند:

جدول ۱: عوامل انسانی موثر بر توزیع عادلانه امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی

متغیر	بار عاملی	میانگین	انحراف استاندارد
امکان تامین پزشک	۰/۸۷	۴/۴	۰/۷۸
امکان تامین نیروی تخصصی غیرپزشک	۰/۵۷	۴/۰۱	۰/۹۲
امکان تامین نیروی تخصصی با جنسیت زن	۰/۷	۳/۵۵	۱/۰۲

بحث و نتیجه گیری

از آنجا که توزیع عادلانه امکانات درمانی از مهمترین اهداف حوزه سلامت می‌باشد (۵) و رابطه مثبتی بین توزیع عادلانه امکانات و سطح سلامت جامعه وجود دارد (۲۵)، از این رو تعیین مولفه‌های موثر بر توزیع امکانات درمانی با رویکرد توزیع منطقی و عادلانه همواره یکی از دغدغه‌های اصلی سیاستگذاران حوزه درمان سازمان تامین اجتماعی می‌باشد. با توجه به اینکه نیروی انسانی پایه، اساس و قلب نظام سلامت است لذا حیات و بقای نظام سلامت نیازمند تامین نیروی انسانی متخصص بوده و صاحبنظران علم مدیریت، توجه روزافزونی را به نقش و نفوذ منابع انسانی بر سایر عوامل کلیدی در بهره‌وری سازمانی معطوف نموده‌اند (۲۶).

با توجه به نقش بنیادین تامین پزشک در اداره سازمان‌های بهداشتی و درمانی، کمبود پزشک در اقصی نقاط کشور (۱۷) و نیز اهمیت تامین نیروی انسانی تخصصی در توزیع عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی در سازمان تامین اجتماعی، مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل انسانی موثر در این زمینه انجام پذیرفت. بر این اساس سه عامل امکان تامین پزشک، امکان تامین نیروی انسانی تخصصی غیرپزشک و امکان تامین نیروی تخصصی با جنسیت زن به عنوان عوامل انسانی موثر در سازمان تامین اجتماعی شناسایی گردیدند.

بر اساس نتایج این پژوهش امکان تامین پزشک با میانگین ۴/۴ بعنوان مهمترین عامل موثر بر توزیع عادلانه امکانات درمانی شناسایی گردید. پس از آن عامل امکان تامین نیروی تخصصی غیرپزشک (پرستار، ماما و...) بعنوان دومین عامل اثرگذار با میانگین ۴/۰۱ شناسایی و در نهایت امکان تامین نیروی تخصصی با جنسیت زن بعنوان سومین عامل و با میانگین۳/۵۵ استخراج گردید.

همگام با این مطالعه، مطالعات دیگری نیز در زمینه نقش نیروی انسانی در توزیع امکانات بهداشتی و درمانی در ایران و جهان انجام پذیرفته است:

کالیچ[۲] و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "طرح نهایی از تجارب مهاجرین برای موانع دسترسی خدمات بهداشتی و درمانی در کشور کانادا" به بررسی عواملی که باعث دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی

۲. Kalich

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-20]

در کشور کانادا می‌گردد، پرداخته‌اند. مطابق نتایج این مطالعه، امکان بکارگیری کارکنان تخصصی و پزشکان اعم از زن و مرد بعنوان یکی از عوامل موثر در توزیع عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی شناسایی شده است (۲۷).

اندرسون[۳] در مدل رفتاری استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، کمبود و توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص را یکی از موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی معرفی نموده است (۲۸).

جاکوبز[۴] و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "موانع دسترسی به خدمات بهداشتی: یک مدل برای مداخله مناسب در کشورهای آسیایی کم درآمد" به بررسی موانع دسترسی و مداخلاتی که باعث کاهش موانع دسترسی و توزیع متناسب خدمات بهداشتی برای کل افراد در کشورهای آسیایی کم درآمد می‌شود، پرداخته است. در این تحقیق دو دسته‌بندی جهت موانع دسترسی به خدمات بهداشتی شامل موانع مربوط به عرضه و موانع مربوط به تقاضا در نظر گرفته شده است. در قسمت عرضه وجود کارکنان بهداشتی و تخصصی بعنوان عامل مهم در دسترسی و توزیع منطقی امکانات بهداشتی و درمانی استخراج گردیده است (۲۹).

کریمی و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان «مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه‌یافته و ارائه الگوی مناسب برای ایران» نتیجه‌گیری نمودند که تمامی کشورهای مورد مطالعه به منظور برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی از استراتژی‌هایی از قبیل تعداد مناسب پرسنل پزشکی و پیراپزشکی بهره برده اند (۳۰).

با توجه به اینکه در حال حاضر جهت توزیع امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی صرفاً دو عامل جغرافیایی و جمعیتی لحاظ می‌گردد (۲۰)، با توجه به نتایج این پژوهش لزوم توجه به امکان تامین نیروی انسانی تخصصی و پزشکی مخصوصاً با جنسیت زن با هدف پرهیز از هدر رفت سرمایه های کشور، بعنوان پیش شرط اساسی در احداث، راه‌اندازی، توسعه و توزیع سایر امکانات درمانی از قبیل فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی، بودجه و اعتبارات و ... در سازمان تامین اجتماعی نشان داده شد. ضمن آنکه اهمیت تامین پزشک نسبت به سایر عوامل انسانی با توجه به ماهیت فعالیت سازمان‌های بهداشتی و درمانی کلیدی می‌باشد. از طرفی به علت پژوهش‌های اندکی که در این زمینه در کشور انجام شده است پیشنهاد می‌گردد، پژوهشگران با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع و با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش، پژوهش‌های جامع‌تر و کامل‌تری را برای دستیابی به راهکارهای مناسب در کشور به انجام رسانند.

مراجع

1. Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I. Why justice is good for our health: the social determinants of health inequalities. Daedalus 1999;128(4):215-51.

2. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health 2003;57(4):254-8.

3. Shin, Hoursing, Income related inequity in health care access and delivery, PHD, university of South Carolina, 2003

4. Zere E, Mandlhate C, Mbeeli T, Shangula K, Mutirua K, Kapenambili W. Equity in health care in Namibia: developing a needs-based resource allocation formula using principal components analysis. Int J Equity Health 2007;6:3.

5. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Mohammadsalehi N. Inequity in Health Measurement Indexes and Application to the Health Care Utilization Data . IRJE 2013; 9 (2) :1-14

6. Bozorgie Amiri Ali, Hossein Zadeh Arian. Hospital Location Based on Citizens' Justice Scale, Hospital Quarterly. Seventh Year, No. 2, Summer 97.

7. Ahangar A, Ahmadi A M, Mozayani A, FarajiDizaji S. Key Health Financing Policies with Approach Risk-Sharing to Promote Health Systems in Poor and Developing Countries; Africa and Eastern Mediterranean (WHO) Regions. Iran J Health Educ Health Promot 2018; 6 (2) :200-202

8. Hasanzadeh Ali, 1386. The Theoretical Foundations of Justice in Health, Justice Review in the Health of Iran. Social Security Quarterly, Ninth No. 28: p. 12.

9. Yousefinejadi tarane, Souri Hamid, Mohammadi Efat. Assessing the Achievement of Sustainable Health-Related Development Goals in Iran, ology, Autumn 97, Volume 14, Issue 3

10. Anjomshoa M, Seyedin SH, Mousavi SM, Abbasi M. An Analysis of Inequalities in the Distribution of Health Care Services: Evidence from Yazd Province. Bioethics Journal 2013; 9(3): 64-88.

11. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Hum Resour Health 2003;1(1):3.

12. Mistry MB, Huezo C, Malhotra U, Massoud MR, Donohue KL, McCannon CJ, Brock S, Columbia R. The Health System Assessment Approach: A how-to manual. Version 2.0. Journal of Family Welfare 1999;45(2):43-50.

13. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. Bulletin of the World Health Organization 2006;84:620-8.

14. Ehsani Chimeh E, Ghadakchi A, Yazdi Feyzabadi V, Sadrossadat S, Mahi A, Mehrolhassani MH, et al. Investigating Availability and Distribution Trend of Human Resources Affiliated to the Ministry of Health and Medical Education in Iran from 2009 to 2015. Iranian Journal of Epidemiology 2019;14:60-71.

15. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. World Health Organization; 2006.

۳. Andersen
۴. Jacobs

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-20]

16. World Health Organization. Models and tools for health workforce planning and projections. 2010.

17. Damari B. Study and analysis of health status: a review of human resource management of health and suggested interventions. 2012.

18. Parliamentary Assembly, Law on Social Security, 1369

19. A survey of statistical indicators of the Social Security Organization, a 9-month statistical selection, 1397

20. Nael Bafroei Ebrahim, Sami Kiumars, Rostami Khameneh Maryam, 1392. Justice Review in the Distribution of the Treatment Facilities of the Social Security Organization and the Need of the Insured. Scientific Journal of the Medical Organization of the Islamic Republic of Iran. No. 31, No. 1, Spring 2013: p. 33-24.

21. Abolhallaj M, Parsa Hosseini SH, Jafari Sirizi M, Inanloo S. Assessment of human resources working in the hospital. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2010;12(1):60-8.

22. Rezaci S, Karyani AK, Fcillah R, Matin BK. Relative inequalities in geographic distribution of health care resources in Kermanshah province, Islamic Republic of Iran. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal 2016;22(1):20-7.

23. Zhang T, Xu Y, Ren J, Sun L, Liu C. Inequality in the distribution of health resources and health services in China: hospitals versus primary care institutions. Int J Equity Health 2017;16(1):42.

24. Mehrolhassani MH, Khosravi S. Study of Geographical Inequality Trend in Distribution of Human Resources and Health Facilities in Health Sector of Iran in Past Decade. Iranian Journal of Epidemiology 2018;13:27-36.

25. Rezaei S, KaramiMatin B, Akbari Sari A. Inequality in the geographic distribution of health workforce in the governmental sector in Iran. Hakim Health Sys Res 2015; 18 (3):194- 200.

26. Anonymous. Human resources for health and development: a joint learning initiative. Global Health Trust. Available at: http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/ad7cea0d-33f9-4de3-82c1- dabd88f5ca4f-03hrh.pdf. 2003.

27. Kalich A, Heinemann L, Ghahari S. A Scoping Review of Immigrant Experience of Health Care Access Barriers in Canada. J Immigr Minor Health 2016;18(3):697-709.

28. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving access to care. Changing the US health care system: Key issues in health services policy and management. 2014:33-69.

29. Jacobs B, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. Health policy and planning 2011;27(4):288-300.

30. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. J Arak Uni Med Sci 2010; 12 (4) :92-104

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-04-20]