Volume 24, Issue 1 (January-February)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Letter to editor

Social equity and distribution of human resources in health system

Mohammadreza Sheikhy-Chaman[1], Saeed Sheikh Gholami[1], Seyed Mehdi Mousavi Shahidi[2], Valiallah Vahdaninia[2*]

1.Health Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. AJA University of Command and Staff, Tehran, Iran

Received: 8 January 2024
Accepted for publication: 13 January 2024
[EPub a head of print- 26 February 2025]
Payesh: 2025; 24(1): 143- 145

Dear Editor,

Health is a universal human right. This should be provided to all populations by governments and under the stewardship of health system. Human resources should be distributed impartially throughout the country after receiving proper academic training. Several factors outside the boundaries of the health system disrupt policy-making and system planning in this regard. This article briefly examines these factors from the perspective of social equity indicators and provides suggestions for future studies.

Keywords: Social Equity, Health Equity, Human capital, Health Economics

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.143]

[*] Corresponding Author: AJA University of Command and Staff, Tehran, Iran
E-mail: vvnia@yahoo.com

نامه به سردبیر

عدالت اجتماعی و توزیع سرمایه‌های انسانی در نظام سلامت

محمدرضا شیخی چمان[۱]، سعید شیخ غلامی[۱]، سید مهدی موسوی شهیدی[۲]، ولی اله وحدانی نیا[۲*]

۱. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران
۲. دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا (دافوس)، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۸ اسفند ۱۴۰۳]
نشریه پایش: ۱۴۵- ۱۴۳ :(۱)۲۴؛ ۱۴۰۳

سردبیر محترم،

عدالت اجتماعی، عدالت از نظر توزیع ثروت، فرصت‌ها و امتیازات در یک جامعه است. سلامت یک حق همگانی هست که به طور مستقیم و غیرمستقیم، تحت تاثیر وضعیت عدالت اجتماعی و رویکرد بازتوزیع منابع قرار می‌گیرد. دولت‌ها موظف هستند که سلامت را با تولیت نظام سلامت برای همه افراد جامعه فراهم نمایند. هر مانعی در این مسیر باید پس از شناسایی از میان برداشته شود. در همین راستا، سیستم سلامت برای داشتن عملکرد مطلوب در حیطه‌های اجرایی، آموزشی و تحقیقاتی، نیازمند سرمایه‌های انسانی توانمند، شایسته و ماهر است [۱]. حیات هر سیستم مراقبت سلامت از خانه‌های بهداشت روستایی (خردترین سطح) تا راهبری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (کلان ترین سطح)، وابسته به حضور و فعالیت سرمایه‌های انسانی است. از دیدگاه سیاست‌گذاری، مدیریت و اقتصاد نظام سلامت، این سرمایه‌ها را می‌توان از دو جنبه آموزش و نحوه توزیع آن‌ها بررسی کرد. با این تأمل که نیمی از جمعیت جهان در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، اما فعالیت حدود ۷۵ درصد از پزشکان و ۶۲ درصد از پرستاران در مناطق شهری تمرکز یافته است [۲]. در مقاله حاضر، تمرکز اصلی بر روی جنبه دوم (توزیع سرمایه‌های انسانی) خواهد بود: سرمایه‌های انسانی پس از کسب آموزش‌های مورد نیاز در اختیار مراکز بهداشتی و درمانی قرار می‌گیرند تا اقدامات لازم بعدی برای تامین سلامت جامعه صورت گیرد؛ قدر مسلم توزیع آن‌ها باید عادلانه و مبتنی بر نیاز گروه‌های مختلف جمعیتی (خرید راهبردی خدمات) باشد. در حال حاضر چه در مقیاس جهانی و چه در سطح کشور ایران، این شرایط برقرار نیست [۳]. در ایران، سیاست‌گذاری‌ها در این زمینه نتوانسته‌اند موفقیت چشم‌گیری حاصل نمایند. برای مثال یکی از بسته‌های خدمتی گنجانده شده در مرحله اول از طرح تحول نظام سلامت ایران ماندگاری پزشکان در مناطق محروم بود که به نظر می‌رسد ریشه‌های اساسی این موضوع، یعنی تمایل اندک سرمایه‌های انسانی به فعالیت در مناطق محروم، را باید بیشتر در خارج از مرزهای نظام سلامت جستجو کرد.

کلیدواژه ها: عدالت اجتماعی، عدالت در سلامت، سرمایه‌های انسانی، اقتصاد سلامت

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه فرماندهی و ستاد آجا (دافوس)
E-mail: vvnia@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.143]

بررسی وضعیت توسعه یافتگی استان‌های ایران به لحاظ شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و هم به لحاظ شاخص‌های سلامت محور نشان می‌دهد که شکاف عمیقی میان مناطق مختلف جغرافیایی وجود دارد [۴]؛ این مسئله را می‌توان یکی از مصادیق بی‌عدالتی اجتماعی دانست، چرا که عمدتا ناشی از تخصیص نادرست منابع به مناطق مختلف کشور بوده است. زندگی در شهرهای بهره‌مند که استانداردهای زندگی بالاتری برای ساکنانش فراهم شده، برای عموم جمعیت جذابیت بیشتری دارد. حتی بین مناطق مختلف کلان‌شهرها نیز، به لحاظ وضعیت معیشتی مردم تفاوت وجود دارد. در این بین، تنها مشوقی که سیاست‌گذاران نظام سلامت می‌توانند برای تشویق سرمایه‌های انسانی خود در نظر بگیرند تا آن‌ها به حضور و فعالیت در مناطق روستایی و حاشیه شهرها ترغیب شوند، مشوق‌های مالی (مبحث نظام‌های پرداخت در علم اقتصاد سلامت) است. منابعِ در اختیار نظام سلامت محدود و در نقطه مقابل نیازهای سلامت جامعه نامحدود است. در حال حاضر از جمعیت حدود ۸۸ میلیون نفری ایران، ۲۱ میلیون نفر روستانشین و عشایر و ۱۹ میلیون نفر حاشیه نشین هستند؛ به جمعیت حاشیه نشین بیشتری هم ایجاد خواهد شد [۵]. به این آمار و ارقام حضور اتباع مهاجر افغانستانی را هم باید افزود.

سوالات آن است که:

۱- با وجود این منابعِ محدود، نظام سلامت تا چه اندازه می‌تواند مشوق‌های مالی خود (افزایش حقوق، برخورداری از معافیت‌های مالیاتی، اعطای وام) را برای انگیزه‌دهی به سرمایه‌های انسانی افزایش دهد؟

۲- آیا این مشوق‌ها، توانایی مقابله با ابعاد وسیع بی‌عدالتی اجتماعی که در خارج از مرزهای نظام سلامت استقرار یافته‌اند را دارند؟

طبیعتا سرمایه‌های انسانی دوست دارند که محل زندگی خود و خانواده‌شان از امکانات اقامتی، بهداشتی، آموزشی، تفریحی و رفاهی مناسبی برخوردار باشد و نیز به نسبت زمان تحصیل و میزان کوششی که در این مسیر داشته‌اند درآمد عادلانه‌ای کسب نمایند. به نظر می‌رسد اگرهم سرمایه‌های انسانی در اثر اعمال سیاست‌های تشویقی (مالی، غیرمالی) در مناطق محروم حضور یابند، حضور آن‌ها کوتاه مدت خواهد بود و عملا کمکی چندانی به شاخص‌های سلامت جمعیت تحت پوشش نخواهد کرد. به سبب اهمیت این نکته را هم باید اضافه کرد که خانوارهای محروم نیاز بیشتری به بهره‌مندی از خدمات سلامت دارند و نیازهای پاسخ داده نشده سلامت در آن‌ها بیشتر از خانوارهای مرفه است، اما بهره‌مندی کمتری از این خدمات دارند.

در مجموع، عوامل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و حتی سیاسی موثر بر سلامت، تعیین کننده حقیقی شاخص‌های سلامت در یک جامعه هستند. از طرفی این عوامل که در خارج از مرزهای نظام سلامت هستند و برای بهبودشان عملا کاری از سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت برنمی‌آید، در قالب بی‌عدالتی اجتماعی به برنامه‌های عدالت محور این نظام شدیدا ضربه زده و قدرت اثربخشی آن‌ها را محدود می‌کند. بهبود زیرساخت‌های کشور از همه جانبه‌ها باید در اولویت برنامه‌های دولت مردان باشد؛ در غیر این صورت، علاوه بر عدم حضور در مناطق محروم، مهاجرت به سایر کشورها به یکی از گزینه‌های اصلی سرمایه‌های انسانی کشور مبدل می‌گردد. در پایان بهتر است به این واقعیت اشاره گردد که یک نظام سلامت عدالت محور نظامی است که در ابتدا شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود را تقویت کرده و سپس به سراغ توسعه زیرساخت های درمانی و توانبخشی خود برود. این مقاله فقط از نقطه نظر اقتصادی و به طورکلی سطح توسعه‌یافتگی به مسئله توزیع سرمایه‌های انسانی در نظام سلامت پرداخت، گرچه خدمت به مردم مناطق محروم برای همه سرمایه‌های انسانی مایه عزت و یک افتخار انسانی است. بهتر است در مطالعات آتی، به شناسایی سایر عواملی که نقشه‌ریزی‌های انجام گرفته در نظام سلامت را تحت الشعاع خویش قرار داده و موجبات آسیب پذیری و در ادامه مظلومیت این نظام را فراهم می‌نمایند پرداخته شود.

منابع

1. Sheikhy-Chaman M, Hamidi H, Kakemam, E, Aboutorabi A. Designing and validation of the internal marketing questionnaire for health care centers. Health Management and Information Science 2021; 8:138-46

2. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Physician retention in deprived areas. Tehran University Medical Journal 2022; 79:992-3 [In Persian]

3. Sheikhy-Chaman M, Danaei N, Sani'ee N. Education and distribution of human capital in the health system. Zanko Journal of Medical Sciences 2022; 22:1-4 [In Persian]

4. Ashtarinezhad E, Ahmadi K, Mojiri A. Clustering and ranking Iranian provinces based on some health indicators. Payesh 2024; 23:7-17 [In Persian]

5. Sheikhy-Chaman M, Fazaeli AA, Darvishi A, Hadian M, Hamidi H. Social determinants of health with an emphasis on slum population. Social Determinants of Health 2022; 8:1-3

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.1.143]