

بررسی توزیع نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سید جواد قاضی میرسعید^۱، محیا میرزائی^۲، الهام حق شناس^۳، دکتر حسین درگاهی^۴

چکیده

زمینه و هدف: امروزه نظام مراقبت سلامت نه تنها در ایران بلکه در سراسر جهان با چالش توزیع نامناسب نیروی انسانی متخصص روبروست. به همین جهت این مطالعه با هدف تعیین وضعیت توزیع نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که با روش مقطعی در چهار بیمارستان عمومی و تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها برگه جمع آوری اطلاعات مربوط به تعیین تعداد نیروی انسانی متخصص در بخش‌های مختلف بود. پس از جمع آوری داده‌ها، تفاوت تعداد نیرو در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها در مقایسه با دستورالعمل وزارت بهداشت تعیین شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: بیمارستان‌های مورد مطالعه به جز بیمارستان امام خمینی (ره) با کمبود نیروی انسانی مواجه هستند. همچنین در بیشتر بخش‌های بیمارستان‌ها توزیع نیروی انسانی مناسب، منطبق با دستورالعمل وزارت بهداشت وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد توزیع نیروی انسانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از مدل خاصی پیروی نمی‌کند و این امر بیشتر تحت تاثیر بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارتی است. لذا، پیشنهاد می‌شود مدل برنامه ریزی نیروی انسانی با توجه به اجزاء نظام سلامت طراحی و اجرا شود.

واژه‌های کلیدی: توزیع نیروی انسانی، نظام سلامت، بیمارستان

* نویسنده مسئول :

دکتر حسین درگاهی ؛

دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

Email :
Hdargahi@sina.tums.ac.ir

- دریافت مقاله : آذر ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله : آبان ۱۳۹۲

مقدمه

رشد و توسعه هر جامعه در گرو بکارگیری صحیح منابع انسانی است (۱). امروزه نیروی انسانی به عنوان یک عامل راهبردی در سازمان‌ها شناخته شده است.

صاحب نظران علم مدیریت، توجه روزافزونی را به نقش و نفوذ منابع انسانی بر سایر عوامل کلیدی بهره‌وری سازمانی معطوف کرده‌اند (۲). دستیابی به نیروی انسانی متخصص در مواقع نیاز یکی از عوامل رشد و توسعه سازمان‌ها است؛ بطوریکه سازمان‌ها برای ادامه حیات خود به عرضه کافی نیروی انسانی نیاز دارند (۳).

ارائه موثر خدمات بهداشتی درمانی بطور جدی تحت تاثیر منابع انسانی است. نگرانی‌های عمده در این زمینه شامل نامناسب بودن تعداد، نوع، روش توزیع و

^۱ استادیار گروه کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، حوزه معاونت توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پیراپزشکی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

حیاتی در زمینه مدیریت نیروی انسانی در نظام سلامت مواجه هستند؛ مانند کمبود نیروی انسانی، عدم توازن در ترکیب مهارت‌ها، توزیع جغرافیایی غیر متوازن، شرایط کاری نامناسب و ضعف در دانش و مهارت‌های کارکنان (۱۱-۱۳). کمبود کارکنان در این حوزه، گذشته از آثار اقتصادی و اجتماعی و تاثیر مستقیم آن در میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، کیفیت این خدمات را نیز تحت الشعاع خود قرار می‌دهد (۱۴).

اگرچه نظام سلامت در سراسر جهان بطور فزاینده‌ای با چالش کمبود نیروی انسانی و توزیع نامناسب مهارت‌ها مواجه است (۱۵ و ۱۶)، اما تلاش‌های اخیر در جهت توسعه سیاست گذاری‌های منابع انسانی در نظام سلامت که بطور عمده توسط سازمان‌های جهانی ذیربط هدایت می‌شود، اغلب بر روی کشورهای در حال توسعه تمرکز دارد (۲۰-۱۶ و ۲۱).

با وجود این، یکی از چالش‌های پیش رو در مورد نیروی انسانی در نظام سلامت در کشور کانادا مربوط به توزیع نامناسب پزشکان است. به شکلی که این کمبود به مشکلات استخدام، ابقا و نگه داری آنها مربوط می‌شود (۲۱). موضوع توزیع نیروی انسانی متخصص همواره یک مساله اصلی در عرصه سیاست‌های نظام سلامت در بسیاری از کشورها بوده است (۲۲). اگرچه، در کشور ژاپن، تعداد پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها افزایش یافته است، اما توزیع پزشکان در بیمارستان‌ها هنوز نامطلوب است (۱۴). مشکل اصلی مدیریت بیمارستان‌ها در کشور ژاپن ارائه خدمات به مصرف کنندگان نظام سلامت می‌باشد. دلیل این امر در بسیاری از بیمارستان‌های این کشور کمبود نیروی انسانی متخصص، توزیع نامتعادل آنها و کاهش تعداد تخت‌ها عنوان شده است (۲۴ و ۲۳).

عملکرد کارکنان می‌باشد (۴). نیروی انسانی، پایه و اساس و قلب نظام سلامت است و حیات و بقای آن نیازمند نیروی انسانی متخصص است (۵). نقش نیروی انسانی در حیطه سلامت در دهه اول قرن بیست و یکم، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۶ کانون توجه خود را در دهه اخیر (۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵) به نیروی انسانی در حوزه سلامت معطوف کرده است (۶). علاوه بر این، برای دسترسی بهتر مردم به نظام سلامت باید نیروی انسانی به صورت کیفی و کافی تربیت شود (۷). کشورهایی که کمتر توسعه یافته هستند برای اینکه به توسعه نیروی انسانی دست یابند، باید این مبحث را جزء اولویت‌های آموزشی و پژوهشی خود قرار دهند (۸).

در بحث نیروی انسانی همواره پدیده عدم تعادل و توازن خودنمایی می‌کند. این موضوع در نظام سلامت، پدیده‌ای ناخوشایند و پیچیده است که از نظر تعداد، از لحاظ کیفیت و از نقطه نظر توزیع (توزیع جغرافیایی، شغلی و یا تخصصی، سازمانی و یا از نظر جنسیتی) اتفاق می‌افتد. طبیعی است که تربیت نیروی انسانی در نظام سلامت به میزانی بیش از نیاز برآورد شده در هر کشور، باعث اتلاف هزینه‌های عمومی در آن کشور می‌شود (۹).

با توجه به تنوع و سطوح مختلف مهارت‌های افراد در یک جامعه، نقش برنامه ریزی و توزیع مناسب نیروی انسانی در یک کشور، پررنگ‌تر می‌شود (۱). نظام سلامت در هر کشور نیز از این قاعده مستثنی نیست و برنامه ریزی و توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص در این بخش حائز اهمیت می‌باشد و فقط از این طریق است که می‌توان دستیابی به مراقبت سلامت عادلانه و مطلوب را تسهیل نمود (۱۰).

بسیاری از کشورها در دنیای کنونی با چالش‌های

متولی برنامه ریزی و سیاست گذاری در زمینه توزیع نیروی انسانی متخصص در ایران، اقداماتی را در زمینه توزیع مبتنی بر نیاز متخصصان در تمام کشور انجام داده است که از جمله این موارد، سطح بندی ارائه خدمات سلامت، ارسال نیروهای متخصص به مناطق محروم در قالب طرح نیروی انسانی و برنامه پزشک خانواده می‌باشند (۲۹). اما از آنجا که این روش‌ها اغلب حالت حاکمیتی داشته است، لذا استفاده از آنها تاکنون نتوانسته است کارایی و اثربخشی لازم را به دنبال داشته باشد و بنابراین مشکلات مربوط به عدم دسترسی مردم به نیروهای متخصص در بسیاری از مناطق همچنان پابرجاست (۳۰).

اگرچه نظام سلامت از تعداد ۵ دایره متحدالشکل تشکیل شده است که عبارتند از: فراهم کنندگان، خدمات، آموزش، خط مشی و اطلاعات، اما عنصر برنامه ریزی می‌تواند نقش موثری در ارتباط این دایره‌ها ایفا کند و به نوعی بین آنها هم پوشانی و حلقه بازخورد را به وجود آورد (۳۱). بنابراین، برآورد نیازها در زمینه نیروی انسانی در نظام سلامت هر کشور در قالب برنامه ریزی امکان پذیر است. متغیرهای بسیاری بر تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در این بخش تاثیر دارد. بررسی این متغیرها در کشورهای در حال رشد همانند ایران، بسیار مشکل و شاید غیرممکن باشد. از جمله این عوامل می‌توان به علم و فن آوری، ویژگی‌های پزشکان، خصوصیات جمعیتی، ویژگی‌های جغرافیایی و خصوصیات اقلیمی و آب و هوایی اشاره کرد (۷). همچنین متغیرهای موثر دیگری بر تعداد نیروی انسانی در بیمارستان‌ها تاثیرگذار هستند، مانند معماری ساختمان، تنظیم عبور و مرور و گردش کار بین بخشی و درون بخشی، مدیریت امور بیماران از جمله انجام صحیح و به موقع آزمایشات، رعایت استانداردهای بالینی و پروتکل‌های

اگرچه توزیع نیروی انسانی در نظام سلامت همیشه یک موضوع مهم و حیاتی در این حوزه به شمار آمده است، اما هیچ کشوری تاکنون نتوانسته است کلید حل مشکل عدم تناسب بین عرضه و تقاضا را ارائه دهد (۲۵). منابع انسانی همیشه و در همه حال عنصر کلیدی نظام سلامت در ارائه خدمات به شمار می‌رود و کمبود کارکنان حرفه‌ای و تخصصی در این حوزه می‌تواند مانع بزرگی در راه دستیابی به اهداف توسعه سازمانی در هزاره سوم باشد (۲۶).

توسعه نیروی انسانی در حوزه نظام سلامت کشورها به رغم تلاش‌های بسیار اندیشمندان و صاحب نظران، بسیار کند پیش می‌رود. لذا، لازم است تلاش‌های گسترده و پژوهش‌های اصیلی درباره توسعه منابع انسانی در حوزه نظام سلامت و به ویژه در بیمارستان‌ها صورت پذیرد. امروزه گفته می‌شود اساس توسعه را ۴ عامل سرمایه، نیروی انسانی، تجهیزات و برنامه تشکیل می‌دهد که همراه با مدیریت بخردانه به شکوفایی و رونق سازمان منجر می‌شود. از بین عوامل مختلف تاثیرگذار در توسعه منابع انسانی، دو عامل برنامه ریزی و آموزش نیروی انسانی در زمره اهداف کلیدی به شمار می‌آیند. اگرچه موانعی فرا راه توسعه منابع انسانی وجود دارند که باید دقیقاً مورد توجه قرار گیرند (۲۷).

به نظر می‌رسد در نظام سلامت ایران تاکنون روشی جامع، مبتنی بر شواهد و مناسب برای تخصیص منابع انسانی بر اساس نیازهای واقعی مردم طراحی و مورد استفاده قرار نگرفته است و هنوز تخصیص آن بیشتر براساس روش‌های سنتی موجود صورت می‌گیرد که در نتیجه باعث شده است تا توزیع و استفاده از منابع محدود ناعادلانه انجام شود و از طرفی بسیاری از نیازهای اساسی مردم بی جواب بماند (۲۸). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مهمترین

نبود پژوهش کافی در مقوله‌ی منابع انسانی در حوزه سلامت کشور، انجام این مطالعه را از لحاظ مناسب بودن و به موقع بودن و جامعیت حائز اهمیت می‌کند. لذا این پژوهش با هدف تعیین نحوه توزیع نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ای توصیفی است که بصورت مقطعی در دو بیمارستان عمومی - آموزشی (امام خمینی (ره) و شریعتی)، دو بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی آموزشی (امیراعلم و فارابی) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و در بخشهای پرستاری، پاراکلینیکی و پشتیبانی انجام شد و وضعیت نیروی انسانی این بخش‌ها به جز پزشکان مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار گرد آوری داده‌ها شامل فرم جمع آوری اطلاعات و مصاحبه تکمیلی حضوری با سرپرستان بخش‌ها بود. ضریب اشغال تخت، تعداد تخت ثابت و فعال، وضعیت بخش‌های مختلف بیمارستان از نظر تعداد نیروی انسانی و تعداد شاغلین در گروه‌های شغلی مختلف در بیمارستان‌ها از طریق این فرم به دست آمد.

پس از جمع آوری داده‌ها، موارد مربوط به کمبود نیروی انسانی و همچنین نیروی انسانی مازاد به تفکیک ردیف‌های شغلی در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های مورد مطالعه تعیین شد و نیروی انسانی مورد نیاز برآورد گردید. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و راهنمای الگوی پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به کمک نرم افزار آماری Excel مورد تحلیل قرار گرفت.

درمانی از جمله تعداد آزمایشات و داروهای مورد نیاز، وجود تجهیزات و لوازم بیمارستانی، آموزش مداوم کارکنان، تشکیل گروههای تخصصی و روش‌های انجام کار به صورت متمرکز یا غیر متمرکز، سیاست‌های اداره بخش‌های خدماتی از جمله استریلیزاسیون مرکزی و رخشویخانه در روزهای تعطیل و ساعات کاری عصر و شب و میزان تفویض اختیار از طرف مقام مافوق (۲۲).

چیدمان مناسب نیروی انسانی و شناسایی هزینه‌های غیر ضروری، هزینه‌های بیمارستانی را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد و از سویی به کارایی و اثربخشی مراقبت‌های بیمارستانی کمک می‌کند (۳۲).

از آنجایی که مجوز استخدام در کشور ایران در بسیاری از موارد به صورت متمرکز و با اخذ مجوز از سوی دولت همراه می‌باشد، لذا باید یک نوع هماهنگی بین استانداردهای وزارت بهداشت و دیگر بخش‌های دولتی ذیربط در این زمینه وجود داشته باشد (۳۳).

تعیین نیازهای بیمارستان در زمینه نیروی انسانی از مشکلات مشترک همه بیمارستان‌هاست. پیچیدگی نظام بیمارستانی را می‌توان در دو نکته خلاصه کرد: استاندارد نبودن تعداد تخت‌های بیمارستانی در بخش‌های درمانی و نوع پذیرش بیماران و سیاست گذاری در زمینه آن و ارائه خدمات سرپایی به جای بستری (۳۴).

تخصیص عادلانه نیروی انسانی متخصص به جمعیت، شرط لازم برای دستیابی به سلامت برای همه است (۳۵).

در نهایت اینکه بررسی وضعیت نیروی انسانی بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت دارای اهمیت فراوانی است، بطوریکه هم اکنون این امر در کانون توجه سیاستگذاران نظام سلامت قرار دارد (۳۲).

جدول ۱: اطلاعات شناسنامه‌ای بیمارستانهای مورد مطالعه

| مشخصات بیمارستان | تعداد تخت | | متوسط درصد اشغال تخت |
|------------------|-----------|------|----------------------|
| | ثابت | فعال | |
| امام خمینی (ره) | ۷۹۰ | ۵۳۷ | ۷۸ |
| شریعی | ۸۳۴ | ۵۱۷ | ۷۶/۵ |
| امیراعلم | ۲۲۶ | ۱۸۳ | ۶۴ |
| فارابی | ۴۵۱ | ۲۱۷ | ۶۴ |

مشخصات مربوط به تعداد تخت ثابت و فعال، بیمارستان‌های خیلی بزرگ (Large size) و متوسط درصد اشغال تخت در جدول ۱ ارائه شده است. همانگونه که ملاحظه می‌شود بیمارستان‌های شریعی و امام خمینی (ره) از نظر تعداد تخت در زمره بیمارستان‌های متوسط (Medium size) به حساب می‌آیند.

جدول ۲: تعداد نیروی انسانی از نظر وضعیت استخدامی در بیمارستانهای مورد مطالعه

| بیمارستان | امام خمینی (ره) | | شریعی | | امیراعلم | | فارابی | |
|----------------|-----------------|------|-------|------|----------|------|--------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| رسمی | ۴۲۶ | ۳۱ | ۲۸۹ | ۲۴ | ۱۷۱ | ۳۰ | ۸۳ | ۱۴ |
| پیمانی | ۲۱۰ | ۱۵ | ۲۳۴ | ۱۹ | ۱۱۲ | ۲۰ | ۲۴۷ | ۴۱ |
| طرحی | ۴۲۶ | ۳۰ | ۱۵۱ | ۱۳ | ۳۱ | ۵ | ۸۱ | ۱۳ |
| خرید خدمت | ۱۲۹ | ۱۰ | ۱۹۴ | ۱۵ | ۳۹ | ۷ | ۴۵ | ۷ |
| نیروی خدماتی | ۶۵ | ۴ | ۱۰۴ | ۸ | ۱۸۰ | ۳۱ | ۱۰۵ | ۱۷ |
| نیروی پشتیبانی | ۱۵۰ | ۱۰ | ۲۴۲ | ۲۱ | ۳۹ | ۷ | ۴۹ | ۸ |
| جمع کل | ۱۴۰۶ | ۱۰۰ | ۱۲۱۴ | ۱۰۰ | ۵۷۲ | ۱۰۰ | ۶۱۰ | ۱۰۰ |

در جدول ۲ تعداد نیروی انسانی موجود به تفکیک وضعیت استخدامی در زمان انجام مطالعه بصورت مطلق و نسبی آورده شده است. با توجه به این جدول، تعداد نیروی انسانی در بیمارستان امام خمینی (ره) ۱۴۰۶ نفر، در بیمارستان شریعی ۱۲۱۴ نفر، در بیمارستان امیراعلم ۵۷۲ نفر و در بیمارستان فارابی ۶۱۰ نفر است.

جدول ۱۳: مقایسه وضعیت نیروی انسانی در بخش‌های مورد مطالعه بیمارستان‌ها با الگوی وزارت بهداشت

| بیمارستان | | | | نیروی انسانی |
|----------------|--------|----------|--------|--|
| امام خمینی(ره) | شریعتی | امیراعلم | فارابی | |
| ۸۳۲ | ۸۰۶ | ۳۰۷ | ۴۹۳ | تعداد نیروی انسانی موجود |
| ۶۷۶ | ۸۶۳ | ۳۴۶ | ۵۲۲ | تعداد نیروی مورد نیاز براساس الگویی پیشنهادی |
| +۱۵۶ | -۵۷ | -۳۹ | -۲۹ | فاصله الگویی پیشنهادی از وضع موجود |

همانگونه که ملاحظه می‌شود غیر از بیمارستان امام خمینی(ره) بقیه بیمارستان‌ها با توجه به الگوی پیشنهادی با کمبود تعداد نیروی انسانی در بخش‌های پرستاری، پاراکلینیکی و پشتیبانی روبه‌رو هستند.

در جدول ۳ تعداد کل نیروی انسانی در وضعیت موجود، تعداد نیروی انسانی مورد نیاز براساس الگوی پیشنهادی و فاصله الگوی پیشنهادی از وضع موجود برای بیمارستان‌های مورد مطالعه تعیین شده است.

جدول ۱۴: مقایسه تعداد بخش‌های مورد مطالعه در بیمارستان‌ها از لحاظ تعداد و توزیع نیروی انسانی منطبق با الگوی پیشنهادی وزارت بهداشت

| بخش‌های کمتر از الگوی پیشنهادی وزارت بهداشت | | بخش‌های بیشتر از الگوی پیشنهادی وزارت بهداشت | | بخش‌های منطبق با الگوی پیشنهادی وزارت بهداشت | | نام بیمارستان |
|---|-------|--|-------|--|-------|-----------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۲۵ | ۶ | ۸/۷۰ | ۱۷ | ۱۶/۴ | ۱ | امام خمینی (ره) |
| ۹/۴۱ | ۱۳ | ۴۵ | ۱۴ | ۹/۱۲ | ۴ | شریعتی |
| ۳۳ | ۵ | ۶/۴۶ | ۷ | ۲۰ | ۳ | امیراعلم |
| ۳۳ | ۷ | ۵۷ | ۱۲ | ۲/۹ | ۲ | فارابی |

پیشنهادی می‌باشند. به طور کلی و در چارچوب این مطالعه، بیشترین پست سازمانی مصوب در بیمارستان امام خمینی(ره) مربوط به گروه پرستاری شامل پرستار، بهیار و کمک بهیار می‌باشد و پس از آن بیشترین اختلاف به ترتیب در بخش‌های امور اداری، آزمایشگاه، رادیولوژی، پذیرش و مدارک پزشکی، حسابداری، داروخانه، مددکاری اجتماعی، تجهیزات پزشکی، تغذیه، تدارکات و کتابخانه وجود دارد.

جدول ۴ نشان دهنده مقایسه بخش‌ها از نظر وضعیت نیروی انسانی با الگوی وزارت بهداشت در بیمارستان‌های مورد مطالعه می‌باشد. همانگونه که ملاحظه می‌شود وضعیت توزیع نیروی انسانی در بخش‌های بیمارستان امام خمینی(ره) به این شکل است که از ۲۴ بخش مورد مطالعه ۱۷ (۷۰/۸٪) بخش بیشتر از الگوی پیشنهادی، ۶ (۲۵٪) بخش کمتر از الگو و در نهایت ۱ (۴/۱۶٪) بخش منطبق با الگوی

در مقایسه وضع موجود با نیروی انسانی مورد نیاز در بخش‌ها براساس الگوی پیشنهادی در بیمارستان شریعتی از ۳۱ بخش ۱۴ بخش بیشتر از الگوی پیشنهادی، ۱۳ بخش از نظر نیروی انسانی کمتر از الگو و در نهایت ۴ بخش منطبق با الگوی پیشنهادی می‌باشد.

در مجموع به نظر می‌رسد در میان ۴ بیمارستان مورد مطالعه، بیشترین انطباق (۲۰٪) با الگوی وزارت بهداشت از نظر توزیع نیروی انسانی در بخش‌ها مربوط به بیمارستان امیراعلم است. اگرچه به نظر می‌رسد در این بیمارستان و سایر بیمارستان‌ها در بسیاری از بخش‌های پرستاری، پشتیبانی و پاراکلینیکی تعداد و توزیع نیروی انسانی مناسب نمی‌باشد.

بحث

خط مشی‌ها و فعالیت‌های مدیریت منابع انسانی مناسب می‌تواند مشکلات مربوط به نیروی انسانی را بهبود بخشد و در نتیجه اثربخشی نیروی کار و به نوبه خود عملکرد سازمان را ارتقا دهد. تصور براین است که خط مشی‌ها و فعالیت‌های مدیریت منابع انسانی باید با اهداف مراقبت سلامت هم سو باشد تا بتواند مشکلات و پیامدهای نیروی انسانی را در نظام مراقبت سلامت مرتفع کند (۳۶).

این مقاله سعی دارد به صورت توصیفی نحوه توزیع نیروی انسانی را در بخش‌های بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران بر مبنای الگو و دستورالعمل وزارت بهداشت مورد مطالعه قرار دهد. در این پژوهش نویسندگان صرفاً تلاش کرده‌اند تا کمیت و توزیع نیروی انسانی متخصص را در بیمارستان‌های مورد مطالعه تحلیل کنند و به دیگر ویژگی‌های نیروی انسانی در بیمارستان‌ها و بخش‌های آنها نپرداخته‌اند. نتایج این پژوهش که در سطح خرد انجام شد نشان

داد توزیع نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌های مورد مطالعه به طور مناسب انجام نشده است.

توزیع نامناسب منابع انسانی در حوزه مراقبت سلامت، باعث بروز مشکلات در ارزیابی مراقبت بهداشتی درمانی می‌شود (۳۷). نتایج پژوهش Shinjo و Aramaki نشان داد بین نحوه توزیع منابع انسانی و ارائه خدمات به بیماران در حوزه سلامت ارتباط قوی وجود دارد (۳۸). از سوی دیگر، در کشور ژاپن گزارش شده است اگرچه تعداد کارکنان متخصص در بیمارستان‌های این کشور در حال افزایش است، اما نحوه توزیع آن‌ها در این مراکز همچنان غیر مطلوب می‌باشد (۳۹). همچنین مشخص شده است در کشور مزبور کمبود کارکنان متخصص در بیمارستان‌ها و توزیع نامناسب آنها در بین بخش‌های بیمارستانی تاکنون در اولویت توجه قرار نگرفته است (۴۰). با وجود این، در موضوع توزیع نیروی انسانی در بیمارستان‌های کشور ژاپن باید به نقش‌ها، مسئولیت‌ها و تقسیم کار در بخش‌ها توجه کرد. علاوه بر این، در توزیع نیروی انسانی در بیمارستان‌ها باید به خط مشی‌های موجود در این زمینه تاکید داشت و انگیزه‌های شغلی را نیز مدنظر قرار داد (۲۵).

در کشور چین، اگرچه در سالهای اخیر در حوزه سلامت، اصلاحات و تغییرات اساسی اتفاق افتاده است، اما به نظر می‌رسد مدیریت نیروی انسانی در این کشور نیاز به خط مشی‌های کلی دارد (۴۱). در این کشور، توزیع نامناسبی از نظر نیروی انسانی به ویژه پرستاران و پزشکان وجود دارد که از این نظر بیشترین نقص در نواحی روستایی دیده می‌شود. اگرچه در نواحی شهری نیز توزیع نامتعادل نیروی انسانی وجود دارد (۴۲). نامناسب بودن توزیع نیروی انسانی در حوزه سلامت در کشور چین بر روی پیامدها و برون داد مراقبت سلامت تاثیر بسیاری

گذاشته است (۴۳). پژوهش‌های انجام شده در این کشور نشان می‌دهد توزیع نامناسب نیروی انسانی باعث شده است تا شاخص‌های بهداشتی مانند میزان مرگ و میر نوزادان نسبت به حد طبیعی افزایش داشته باشد (۴۴). در ایران نیز زندیان و همکاران (۱۳۹۱) گزارش کردند نابرابری در توزیع منابع انسانی متخصص بیمارستانی در استان اردبیل ارتباط معنی داری با بالا رفتن میزان شاخص‌های مرگ و میر مادران، کودکان زیر یک سال و پنج سال در این استان دارد (۴۵). در پژوهش حاضر در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز مشخص شد توزیع نیروی انسانی در بخش‌های پرستاری، پشتیبانی و پیراپزشکی نامناسب است و از الگو و خط مشی خاصی تبعیت نمی‌کند که در نتیجه می‌توان انتظار داشت این امر بر روی شاخص‌های بهداشتی در این بیمارستان‌ها تأثیر بگذارد.

احمدی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود تلاش کردند تا مدل مناسبی را جهت توزیع نیروی انسانی متخصص در حوزه سلامت بر مبنای خط مشی‌های وزارت بهداشت در چهار سطح نیاز به تخصص مربوطه، عدم دسترسی به امکانات و تجهیزات، محروم بودن مناطق جغرافیایی و فاصله زیاد از مرکز استان ارائه کنند (۴۶). Mcquide و همکاران (۲۰۰۹) اعتقاد دارند برنامه‌ریزی برای نیروی انسانی در بخش سلامت باید به دقت صورت پذیرد و مدل مورد نیاز برای آن باید عملیاتی باشد و با توجه به امکان اجرا، محدودیت‌های منابع و داده‌ها انتخاب شود (۴۷). Dussault & Dubois (۲۰۰۳) و همچنین Rigoli & Dussault (۲۰۰۳) نیز گزارش کردند تاکنون مطالعات اندکی در مورد تأثیر اصلاحات مدیریت نیروی انسانی در نظام سلامت صورت گرفته است. این در حالی است که این نوع اصلاحات

به ویژه در موضوع عوامل انگیزشی می‌تواند تأثیر زیادی در موفقیت نظام سلامت در هر کشوری داشته باشد (۴۸ و ۱۲). یکی از راه‌هایی که کشور چین توانسته است بر مشکل نامتعادل بودن نیروی انسانی در حوزه مراقبت سلامت فائق آید، ایجاد عوامل انگیزشی مناسب برای این افراد به ویژه پزشکان و پرستاران می‌باشد. از سوی دیگر هماهنگی با خط مشی‌ها و راهبردهای وزارت بهداشت نیز ممکن است به رفع این مشکل کمک کند (۴۹). با وجود این، مهمترین عواملی که می‌تواند مانع از اجرای راهبردهای توزیع مناسب منابع انسانی در حوزه مراقبت سلامت و به ویژه در بیمارستان‌ها شوند عبارت است از ناکافی بودن سرمایه و پشتوانه مالی و تمرکز آن در سطوح راهبردی و ستادی و تخصیص نامناسب سرمایه به خط اول مراقبت سلامت، فقدان اطلاعات مناسب مربوط به بیماران، ساختارهای سازمانی غیر موثر مانند فقدان شایستگی، مهارت و آموزش در بین کارکنان، قوانین محدودکننده، نبود رهبران و مدیران موثر در سطوح خرد جهت انجام مدیریت تغییر و سرانجام تصمیم‌گیری‌های سیاسی در حیطه نظام مراقبت سلامت و وجود اختلاف نظر در بدنه دولت‌ها که تصمیم‌گیری در سطح ملی را دچار اختلال می‌کند (۵۰). نتایج پژوهش Matsumoto و همکاران (۲۰۱۰) که در کشورهای ژاپن، آمریکا و انگلیس انجام شد نشان داد که در این سه کشور توزیع نامناسب نیروی انسانی در بخش‌های مراقبت سلامت دیده می‌شود. برای حل این معضل، علاوه بر استفاده از نظام بیمه تساوی گرا، نیاز به مداخلات از سوی دولتمردان جهت تدوین راهبرد و الگوی مناسب احساس می‌شود (۵۱ و ۵۲). علاوه بر این، ایمانی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش تطبیقی خود اعلام داشتند در کشورهای در حال توسعه برای

خدمات، پزشکی و پیراپزشکی و مدیریتی است. اگرچه این نسبت نمی‌تواند بیانگر توزیع مناسب این گروهها در بیمارستان‌ها باشد (۳۲) که با نتایج پژوهش ما هم خوانی دارد. این در حالی است که میانگین درصد اشغال تخت در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران برابر ۷۰ درصد است که در مقایسه با درصد اشغال تخت در بیمارستان‌های کشور در پژوهش ابوالحلاج و همکاران که ۵۷ درصد گزارش شده است، افزایش دارد. محمدی و همکاران (۱۳۸۴) نیز در مطالعه خود اعلام کردند وضعیت فعلی اشتغال نیروی انسانی متخصص در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها از الگوی خاصی تبعیت نمی‌کند، بلکه براساس الگو، ضوابط و استانداردهای پرسنلی و یا بخشنامه‌هایی است که از سوی وزارت بهداشت تهیه و ارائه می‌شوند، استوار هستند. براین اساس تعداد نیروی انسانی بیمارستان‌ها بر اساس تعداد تخت پیش بینی و تعیین می‌شود و عوامل دیگر در تعیین آن دخالت ندارند (۵۶). شهابی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود گزارش کردند توزیع نیروی انسانی در نظام سلامت کشور به ویژه پرستاران از الگوی یکسان و یکنواختی برخوردار نیست. اگرچه این موضوع در سال‌های اخیر مورد توجه خاص قرار گرفته و رو به بهبودی است (۵۷). در پژوهش ما نیز مشخص شد توزیع نیروی انسانی در بیمارستان‌های مورد مطالعه از الگوی خاصی پیروی نمی‌کند و حتی با استانداردهای وزارت بهداشت نیز همخوانی ندارد.

اگرچه تولید نیروی انسانی متخصص در حیطه سلامت در سال‌های اخیر رو به افزایش است، اما به نظر می‌رسد مشکلات فراوانی در توزیع مناسب آنها در بیمارستان‌ها وجود دارد. ضروری است در همه کشورها از جمله ایران، ترویج و تشویق دستیابی عادلانه و عمومی به خدمات سلامت پایه از اهداف

رسیدن به اهداف توسعه پایدار باید به توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌ها و دیگر مراکز بهداشتی درمانی توجه ویژه‌ای شود (۵۳). در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که توزیع نیروی انسانی در بخش‌های بیمارستانی از مدل خاصی پیروی نمی‌کند و همچنین بسیاری از عوامل ذکر شده و تاثیرگذار که مانع از اجرای مناسب توزیع نیروی انسانی می‌شوند در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران وجود دارد.

در مطالعه حاضر مشخص شد که بیشترین اختلاف در خصوص نیروی انسانی در بیمارستان‌های مورد مطالعه نسبت به الگوی وزارت بهداشت مربوط به کادر پرستاری است. اکبری و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای که بر روی نیروی انسانی پرستاری یک بیمارستان عمومی خصوصی در شهر تهران انجام دادند، اعلام کردند این بیمارستان با توجه به استانداردهای وزارت بهداشت نیاز به افزایش پرستار دارد (۵۴) که این تفاوت با نتایج پژوهش حاضر منطبق است.

جزنی و همکاران (۱۳۸۶) به این نتیجه رسیدند که در کشور ما باید به برنامه‌های راهبردی در جهت توزیع نیروی انسانی متخصص به ویژه پرستاران در حوزه مراقبت سلامت توجه ویژه‌ای شود (۵۵). از سوی دیگر ابوالحلاج و همکاران (۱۳۸۸) توانستند با توجه به نقصان اطلاعاتی موجود در کشور و عدم بهره مندی از سیستم‌های رایج گردآوری و تحلیل داده‌های ضروری، داده‌های اطلاعاتی واقعی را از وضعیت منابع موجود در نظام سلامت به ویژه در حوزه مدیریت منابع انسانی کشور به دست آورند. نتایج این پژوهش مشخص کرد که توزیع منابع انسانی در بیمارستان‌های کشور از بیشترین تا کمترین درصد به ترتیب در اختیار گروه‌های پرستاری و مامایی،

اگر چه بیمارستان‌های عمومی و تخصصی مورد مطالعه با توجه به تعداد تخت انتخاب شده بودند که در نتیجه می‌تواند نتایج بدست آمده به تعداد کل بیمارستان‌ها در گروه‌های اندازه بزرگ (Large size) و اندازه متوسط (Medium size) تعمیم داده شود.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که توزیع نیروی انسانی متخصص در بیمارستان‌ها و بخش‌های بیمارستان‌های مورد مطالعه از مدل خاصی در زمینه مدیریت منابع انسانی در حوزه سلامت پیروی نمی‌کند و بیشتر از هر چیز تحت تاثیر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های وزارت بهداشت می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد سیاست گذاران حوزه درمان در دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت برنامه ریزی در بیمارستان‌ها باید از مدل‌های خاصی استفاده کنند. این مدل‌ها می‌توانند با توجه به شرایط هر کشور تهیه و تدوین شده و برحسب مورد در بیمارستان‌ها اجرا شوند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مدل برنامه ریزی نیروی انسانی در نظام سلامت کشور بر مبنای ارتباط بین اجزاء مدل مانند اطلاعات، فراهم کنندگان مراقبت (پزشکان و دیگر گروه‌های متخصص)، خدمات، آموزش و خط مشی‌ها؛ و با استفاده از بازخورد و هم پوشانی این حلقه‌ها با یکدیگر به عنوان اجزا یک نظام مراقبت سلامت تدوین و ارائه شود.

اصلاحات در نظام سلامت محسوب شود که البته این امر نیازمند تامین کارکنان متخصص و آموزش دیده و توزیع مناسب آن‌ها می‌باشد (۵۸).

در مجموع به منظور انجام برنامه ریزی مناسب نیروی انسانی در حوزه سلامت باید به نکات زیر توجه داشت:

- ایجاد ساختار مالی پیشرفته به منظور افزایش منطقی پروژه‌ها
- ایجاد ساختار مالی پیشرفته جهت تامین جریان سرمایه به سمت گیرندگان از قبل پیش بینی شده
- افزایش قابلیت انعطاف در قوانین و مقررات
- تعریف واضح و شفاف از چارچوب فعالیت‌ها و ارتباط با فراهم کنندگان
- جمع آوری نظام مند داده‌های اختصاصی در سطح خرد
- ارزشیابی ابتکارات در سطوح خرد و گزارش تعیین کننده‌های موفقیت در سازمان (۵۹).
- از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به چشم پوشی از ورود پزشکان به عنوان نیروی انسانی متخصص در نمونه پژوهش این مطالعه اشاره کرد. اگرچه توزیع سایر گروه‌های شغلی مانند پرستاران، پیراپزشکان و کارکنان حوزه پشتیبانی در بیمارستان‌ها نیز هماهنگ با گروه پزشکان و بر مبنای دستورالعمل‌ها و الگویی انجام می‌شود که از سوی وزارت بهداشت ارائه می‌شود. کم بودن تعداد بیمارستان‌ها نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه مزبور می‌باشد.

منابع

1. Nili M & Nafisi SH. Human capital estimates based on average years of education for Iranian labor. Iranian Journal of Economic Research 2006; 7(25): 17[Article in Persian].
2. Herman RD & Renz DO. Advancing nonprofit organizational effectiveness research and theory: nine theses. Nonprofit Management and Leadership 2008; 18(4): 399-415.

3. Singer MG. Human resource management. USA: PWS-Kent Publishing Company; 1990: 110-5.
4. Narasimhan V, Brown H, Pablos Mendez A, Adams O, Dussault G, Elzinga G, et al. Responding to the global human resources crisis. *Lancet* 2004; 363(9419): 1469-72.
5. 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.
6. Anonymous. The world health report 2006- working together for health. Available at: <http://www.who.int/whr/2006/en/>. 2006.
7. Khatri N. Building HR capability in healthcare organizations. *Health Care Management Review* 2006; 31(1): 45-54.
8. Anonymous. Resources management consultants: healthcare management consultant . Available at: www.rmc-Canada.com. 2005.
9. Iranian Council for Graduate Medical Education. The report in connection with requires specialist number in Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 1999: 68-90[Book in Persian].
10. Tofighi SH, Maleki M, Shahabi M, Delpasand M & Nafisi A. Distribution status of specialist physicians and occupational beds in governmental hospitals in Iran. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2010; 8(3): 1-10[Article in Persian].
11. Chen L, Evans T, Anand S, Brown H, Dare L, Fee E, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004; 364(9449): 1984-90.
12. Dussault G & Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources For Health* 2003; 1(1): 1-14.
13. Wyss K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health related millennium development goals. *Human Resources For Health* 2004; 2(1): 11.
14. Toyabe SI. Trend in geographic distribution of physicians in Japan. *International Journal for Equity in Health* 2009; 8(1): 5.
15. OECD. The looming crises in the healthcare workforce. How can OCED countries respond? Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org>. 2008.
16. Dal Poz MR, Gupta N, Quain E & Soucat ALB. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547703_eng.pdf. 2009.
17. Dumont J & Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of high skilled migration. Available at: <http://www.oecd.org/els/mig/41515701.pdf>. 2007.
18. Martineau T & Willetts A. The health workforce: managing the crisis ethical international recruitment of health professionals: will codes of practice protect developing country health systems? *Health Policy* 2006; 75(3): 358-67.
19. Anonymous. Models and tools for health workforce planning and projections. Available at: <http://www.who.int/hrh/resources/observer3/en>. 2010.
20. Anonymous. Transformative scale up of health professional education. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/transformative_education/en/. 2011.

21. Grosskopt S, Self S & Zaim O. Estimating the efficiency of the system of healthcare financing in achieving better health. *Applied Economics* 2006; 38(13): 1477-88.
22. Kolars JC. Forecasting physician supply and demand. *Medical Education* 2001; 35(5): 424-5.
23. Seaton P. Depopulation and financial collapse in Yubari: market forces, administrative folly, or a warning to others? *Social Science Japan Journal* 2010; 13(2): 227-40.
24. Anonymous. Welfare and medical service agency (Independent Administrative Institution). Available at: www.wam.go.jp. 2013.
25. Koikea S, Yasunaga H, Matsumoto S, Ide H, Kodama T & Imamura T. A future estimate of physician distribution in hospitals and clinics in Japan. *Health Policy* 2009; 92(2-3): 244-9.
26. Pallikadavath S, Singh A, Ogollah R, Dean T & Stones W. Human resource inequalities at the base of India's public health care system. *Health and Place* 2013; 23(1): 26-32.
27. Tabibi SJ. Human resources development in hospitals. *Tebo Tazkie Journal* 2003; 12(3): 9-24[Article in Persian].
28. Yousefi M, Akbari Sari A, Arab M & Olliaeemanesh AR. Methods of resource allocation based on needs in health systems, and exploring the current Iranian resource allocation system. *Hakim Research Journal* 2010; 13(2): 80-90[Article in Persian].
29. Sadeghifar J, Pourreza A, Ahmadi B, Zeraati H & Arab M. Assessment of necessary staff for hospitals of Ilam University of Medical Sciences in accordance with personnel criteria and standards of Iranian health ministry. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2011; 19(1): 24-31[Article in Persian].
30. Damari B. Study and analysis of health status: a review of human resource management of health and suggested interventions. Available at: <http://hamahangi.behdasht.gov.ir>. 2012.
31. Wranik D. Health human resource planning in Canada: a typology and its application. *Health Policy* 2008; 86(1): 27-41.
32. 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[Article in Persian].
33. Yaghobi Kahanki M. A comparative study of manpower planning and the standards of the hospitals of Iran University of Medical Sciences[Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2005.
34. Onishi H & Yoshida I. Rapid change in Japanese medical education. *Medical Teacher* 2004; 26(5): 403-8.
35. Anonymous. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. 2013.
36. Liua X, Martineaub T, Chenc L, Zhana S & Tang S. Does decentralisation improve human resource management in the health sector? A case study from China. *Social Science & Medicine Journal* 2006; 63(7): 1836-45.
37. McGuire TG & Anthony J. Physician agency. *Handbook of health economics*. London: Elsevier; 2000: 461-536.

38. Shinjo D & Aramaki T. Geographic distribution of healthcare resources, healthcare service provision, and patient flow in Japan: A cross sectional study. *Social Science & Medicine* 2012; 75(11): 1954-63.
39. Kobayashi Y & Takaki H. Geographic distribution of physicians in Japan. *Lancet* 1992; 340(8832): 1391-3.
40. Ide H, Yasunaga H, Koike S, Kodama T, Igarashi T & Imamura T. Shortage of pediatricians in Japan: a longitudinal analysis using physicians' survey data. *Pediatrics International* 2009; 51(5): 645-9.
41. National Bureau of Statistics of China. China population statistics yearbook. Available at: http://www.stats.gov.cn/was40/gjtjj_en_outline.jsp?channelid=4920. 2005.
42. Anad S, Fan VY, Zhang J, Zhang L, Ke Y, Dong Z, et al . China 's human resources for health: quantity, quality and distribution. Available at: <http://www.who.int/management/district/5.%20Human%20Resources.pdf>. 2008.
43. ACMR. Market research in China. China county boundary with 2000 population census data from 9.5% long form data. Available at: www.acmr.com.cn/en. 2005.
44. Han J, Ji P & Wang H. Educational statistics yearbook of China. Available at: <http://tongji.cnki.net/overseas/engnavi/HomePage.aspx?id=N2012010030&name=YZKRM&floor=1>. 2005.
45. Zandian H, Ghiasvand H & Nasimidoost R. Measuring of inequity in healthcare resources: a pilot study. *Payesh* 2012; 11(6): 799-805[Article in Persian].
46. Ahmadi AM, Assari A, Yousefi M, Fazaeli S & Maleki B. Proposing a need-based model to distribute professional human resources in health sector using benchmarking of various tax systems. *Hakim Research Journal* 2012; 15(3): 221-8[Article in Persian].
47. Mcquide P, Stevens J & Settle D. An overview of human resources for health projection models. Available at: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/4.pdf>. 2008.
48. Rigoli F & Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources For Health* 2003; 1(1): 1-9.
49. Wang D. Current status and reform trends of medical education in China. WFME Executive Council Meeting and Forum on New Trends in Medical Education. Beijing, China: WFME; 2007: 6-9.
50. Hatch NW & Dyer JH. Human capital and learning as a source of sustainable competitive advantage. *Strategic Management Journal* 2004; 25(12): 1155-78.
51. Matsumoto M, Inoue K, Farmer J, Inada H & Kajii E. Geographic distribution of primary care physicians in Japan and Britain. *Health & Place* 2010; 16(1): 164-6.
52. Ricketts TC & Randolph R. Urban-rural flows of physicians. *Journal of Rural Health* 2007; 23(4): 277-85.
53. Imani R, Asefzadeh S & Mamikhani J. A comparative study of the health workforce in countries of the Eastern Mediterranean (2007-2008). *Qazvin University of Medical Science Journal* 2010; 15(4): 6-12[Article in Persian].
54. Akbari F, Kokabi Saghi F & Yosefiyan SH. The nursing workforce needed in hospitals under 100 beds based on standards of Ministry of Health and Medical Education. *Journal of Hospital* 2009; 9(3-4): 70-5[Article in Persian].
55. Riahi L, Tabibi SJ, Jandaghi A & Peivandi AA. Designing healthcare staffing legislation in Iran. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2007; 25(2): 154-69[Article in Persian].

56. Mohammadi J, Azar A & Zarei Matin H. Manpower planning model for the design of teaching hospital of Ahwaz. *Journal of Daneshvar* 2005; 12(11): 79-90[Article in Persian].
57. Shahabi M, Tofighi SH & Maleki MR. Distribution of specialized physicians and nurses per population and its relation to the number of beds in public hospitals in Iran. *Journal of Health Management* 2010; 13(41): 7-14[Article in Persian].
58. Anand S. *Inequality and poverty in Malaysia: measurement and decomposition*. New York: Oxford University Press; 1983: 303-16.
59. Khatri N, Wells J, McKune J & Brewer M. Strategic human resource management issues in hospitals: a study of a university and community hospital. *Hospital Topics* 2006; 84(4): 9-20.

Human Resources Distribution Among Tehran University Of Medical Sciences Hospitals

Ghazi Mirsaeid Seyed Javad¹(Ph.D) – Mirzaie Mahya²(BSc.)
Haghshenas Elham³(BSc.) – Dargahi Hossein⁴(Ph.D)

1 Assistant Professor, Medical Library & Information Science Department, School of Allied Medicine, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Bachelor of Sciences in Health Care Management, Vice Chancellor of Management Development Resource Planning, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Bachelor of Sciences in Health Care Management, School of Allied Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Professor, Health Care Management Department, School of Allied Medicine, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received : Dec 2012

Accepted : Oct 2013

Background and Aim: Today, healthcare system is exposed to inappropriate human resources distribution challenges in all over the world. So far there is not an appropriate policy for human resources distribution in Iran. This deficiency may cause several problems for providing healthcare services. This research was aimed to determine the situation of human resources distribution among Tehran University Of Medical Sciences (TUMS) Hospitals.

Materials and Methods: This is a cross-sectional definitive study induced in four general and special TUMS hospitals. The research tool was a checklist that determine the number of nurses, paraclinic and supportive employees and finally the decrease and increased of the human resources among the departments of the hospitals regarding Iranian Ministry of Health (MOH) issues. The data was collected and analyzed by SPSS software and determined the differences between current situation in accordance to MOH issues.

Results: We observed the deficiency of human resources among all studied hospitals. Also the distribution of human resources among most of the hospitals departments was not coordinated with MOH issues.

Conclusion: It seems the distribution of human resources among Iranian healthcare system is not followed by a special model. Therefore, we suggest the model of health human resources planning should be determined and related by information, providers, services, education and policy as healthcare system factors and overlapping of these factors.

Key words: Human Resources Distribution, Healthcare, Hospital

* Corresponding

Author:

Dargahi H;

E-mail:

Hdargahi@sina.tums.ac.

ir