

کارگروه برنامه ریزی تربیت منابع انسانی حوزه سلامت

متن فنی ۱۶ - آذر ماه ۱۳۹۴

مسائل پیش روی نیروی کار حوزه سلامت در آینده: اهمیت مدل سازی تقاضا

پیشینه

نیروی کار سلامت انواع حرفه ها را در خود می گنجانند که در بسترهای کارکردی مختلفی فعالیت می کنند: پزشکان، پرستاران، سایر متخصصین بهداشت و سلامت (فیزیوتراپ ها، متخصصین تغذیه، درمان گران شغلی، بینایی سنج ها، روان شناسان بالینی، مددکاران اجتماعی، کارمندان محلی حوزه بهداشت و سلامت و غیره) و سایر حرفه ها که در بیمارستان ها و بسترهای سازمانی دیگر مانند مراکز مراقبت در منزل و بسترهای اجتماعی شامل مطب های خصوصی، خدمات بهداشت اجتماعی، و بسترهای خارج از حوزه بهداشت و سلامت مانند مدارس و محل های کار فعالیت می کنند.

کهولت سن جمعیت و متعاقبا کهولت نیروی کار سلامت می تواند سرمنشا نوعی بحران در تامین نیروی کار سلامت باشد. صاحب نظران به افزایش نسبت کارمندان مراقبت های بهداشت و سلامتی اشاره دارند که به سن بازنشستگی می رسند. آن ها هم چنین تاکید ویژه ای بر کاهش ساعات کار هر نفر با افزایش سن و مونث بودن نیروی کار پزشکی که با ساعات کمتر کار به کارمند به طور میانگین مربوط می باشد، دارند و معتقدند این عوامل تضعیف کننده تامین نیروی کار هستند. این مسئله توسط افزایش فشارها در محیط کار خصوصا در بیمارستان های عمومی وخیم تر می شود و به افزایش نرخ خروج از محیط های بهداشتی و سلامت و در واقع خروج از صنعت سلامت منجر می شود.

تمرکز اصلی این بحث بر روی کهولت سن نیروی کار و آن چه که به عنوان کاهش اجتناب ناپذیر تعداد افراد شاغل در این حوزه دیده می شود، بوده است. با این وجود، نتیجه گیری از داده های مقطعی خیلی از اثرات معکوس موثر بر و

تامین نیروی کار سلامت را نادیده می گیرد. نرخ شرکت در سنین بالاتر میانگین ساعات کار خصوصا در بین زنان رو به افزایش است. این موضوع تا حدی به خاطر سیاست هایی مانند تغییرات ایجاد شده در قوانین حساب بازنشستگی و سایر تغییرات مربوط به مقررات که به طور خاص برای به تاخیر انداختن بازنشستگی تدوین شده اند، می باشد. به شکلی عمومی تر، نرخ حضور زنان در تمامی سنین رو به افزایش است که به افزایش سن بارداری، کوچک شدن خانواده ها، تغییرات ایجاد شده در سیاست های مربوط به نگهداری از کودکان، و تغییرات ایجاد شده در نگرش عمومی اجتماعی مربوط می باشد. Healy معتقد است که نیروی کار مسن تر ممکن است تجربه و مهارت بیشتر و به طور بالقوه راندمان بالاتری نیز داشته باشد.

تامین و تلفیق متخصصین سلامت از طریق داوطلبین جدید، آموزش، تغییر نقش و حفظ نیروی کار، پاسخ قابل توجهی به اقدامات سیاست مدارانه مستقیم و محرک های غیرمستقیم تغییرات تقاضا برای فناوری و خدمات نشان داده است. این فرآیند توسط Duckett تدوین شده است. تغییرات خلاقانه اخیر در نقش های سنتی نیروی کار سلامت در استرالیا (مانند گسترش نقش کمک پرستار و پرستاران دیپلمه و توسعه نقش های فرا حرفه ای جدید) امکان بهبود پاسخ دهی به چالش های موجود را برای عرضه نیروی کار سلامت در آینده فراهم خواهد نمود. تمرکز اخیر بر پیشگیری از بیماری های مزمن از طریق طرح بهداشت بهتر در استرالیا توجه زیادی را درباره نقش های جدید به هم وابسته سلامت مانند "مربی های سبک زندگی" و توسعه دوره های آموزشی جدید برای آموزش این نقش های پیشگیری از بیماری اجتماع محور به وجود آورده است.

مدارک دال بر عرضه نیروی کار سلامت نشان دهنده تصویری از رشد نیروی کار سلامت است، علیرغم جمعیت و نیروی کار رو به سالخوردگی. چالش در تضمین این موضوع است که اهرم های سیاست گذاری بر حسب درک صحیحی از تقاضای نیروی کار سلامت وضع شوند. ایجاد سطح مطلوب و ترکیب نیروی کار سلامت که نشان دهنده ترکیب بهینه خدمات بهداشت و سلامت است، باید مرکز توجه تحقیقات نیروی کار سلامت قرار گیرد. استراتژی های عرضه نیروی کار سلامت آنگاه می توانند برای تامین نیازهای اساسی تر تعبیه شوند.

تقاضای نیروی کار سلامت

به ندرت می توان تمایزی را بین تقاضای نیروی کار سلامت "بیان شده" و نیازهای اساسی و زمینه ای پیدا کرد. تقاضای نیروی کار بیان شده اساسا بر اساس مکان های مالی (در اصل عرضه فعلی به علاوه جایگاه های پرنشده) استوار است، در حالی که مفهوم نیازهای زمینه ای به نیروی کار سلامتی (اندازه و ترکیب) اشاره دارد که تامین کننده اهداف بخش سلامت اجتماعی (شامل تساوی حقوق) به شکلی کارآمد است. در بستر سقوط بازار مربوط به بخش سلامت و بازار کار سلامت، مفاهیم تقاضای بیان شده و نیاز زمینه ای احتمالا از هم جدا باشند. در برنامه ریزی برای نیروی کار سلامت، این نیاز نیروی کار سلامت زمینه ای است که به نوبه خود نیاز مراقبت های بهداشت و درمان (شامل ارتقای سلامت) را منعکس می کند که باید محرک عرضه و نه تقاضای بیان شده باشد. ما هم چنین متذکر می شویم که مفهوم تقاضای بیان شده که توسط عرضه تعدیل می شود، یک مفهوم برون زاد نیست.

تقاضا برای خدمات مراقبت های بهداشت و درمان و متعاقبا برای نیروی کار سلامت اساسا توسط "پیرترشدن جمعیت" و نرخ رو به رشد ناتوانی متناظر آن در کنار تغییرات فناوری، تغییرات فشار وارده از جانب بیماری، افزایش درآمدها و انتظارات پیش می روند. با این حال، شواهد نشان می دهند که نقش پیرترشدن به شدت نامطمئن است: دلیل آن رابطه مشاهده شده بین سن و استفاده از مراقبت های بهداشت و درمان و لذا نیازهای نیروی کار سلامت است که کاملا توسط بیماری تعدیل می شوند. صرفا درست نیست که بر حسب سن از داده های مقطعی برای هزینه های مراقبت های بهداشت و درمان برای پیش بینی استفاده از مراقبت های بهداشت و

درمان و تقاضای نیروی کار سلامت استفاده کنیم. به دفعات مشخص شده است که وقایع نزدیک به مرگ سهم زیادی از هزینه های مراقبت های بهداشت و درمان را به خود اختصاص می دهد که البته رابطه آن با افزایش سن به این معنا نیست که یک تعیین کننده مستقل هزینه های مراقبت های بهداشت و درمان است. Boldy و Calver و Bulsara [۳۹]، در مطالعه خود بر روی هزینه های بیمارستانی مرتبط با وقایع نزدیک به مرگ در غرب استرالیا به این نتیجه رسیدند که "احتمال بستری شدن متوفیان پیرتر بیشتر از متوفیان جوان تر در سه سال انتهایی زندگی نبوده است. به علاوه، وقتی فرد بستری شد، هزینه های بستری شدن آن ها کمتر بود". آن ها به تعدادی از مطالعات دیگر نیز اشاره کردند که به نتایج مشابهی رسیده بودند: این مقالات اعلام می کردند که "رابطه بین سن و هزینه های سلامت ضعیف بوده و حتی ضمن احتساب نزدیک شدن به مرگ، این رابطه معکوس هم می شد".

همان طور که توسط Calver و همکاران بیان شده "عدم احتساب نزدیک شدن به مرگ باعث تاکید بیش از حد بر روی تاثیر پیرشدگی جمعیت بر هزینه های مراقبت های بهداشت و درمان می شود، زیرا انسان های مسن تر احتمال مرگ بیشتری هم دارند". مطالعات بین المللی برای ایجاد تعدیل کننده های ریسک حق بیمه هم چنین دریافته اند که پیرشدن به عنوان یک متغیر مستقل مبین ۳ درصد تفاوت در هزینه های مراقبت های بهداشت و درمان است. مدل های تعدیل ریسک بیش از پیش وضعیت سلامت را به عنوان محرک اصلی در نظر می گیرند.

مدل های نیروی کار سلامت

به دلیل سقوط بازار در بخش مراقبت های بهداشت و درمان و نیروی کار سلامت، این بازار به یک راه حل بهینه و در واقع به نقش مشخص برنامه ریزی نیروی کار سلامت نخواهد رسید. بهبود کیفیت و دامنه جمع آوری داده در بخش سلامت و مجموعه داده های مرتبط، فرصتی را برای مدل سازی دقیق تر در این حوزه فراهم می آورند. ابزارهایی مثل پلتفرم های نرم افزاری و سخت افزاری که قادرند تحلیل های جزئی انجام دهند، روز به روز ارزان تر و در دسترس تر می شوند. محدودیت فعلی در مدل های موجود و چارچوب هایی است

که از این ابزارها استفاده می کنند.

رویکرد غالب در برنامه ریزی نیروی کار سلامت، تا حد زیادی به صورت ساده انگارانه بر نسبت های پرسنل به جمعیت استوار بوده است. منطق چنین رویکردهایی مشخص نیست، خصوصا در مواجهه با تنوع گسترده ای که در نسبت های مشاهده شده در طول زمان و مکان دیده می شود. برای مثال، نیروی کار پرستار در ۲۸ کشور OECD در سال ۲۰۰۲ بین ۱،۷ پرستار برای ۱۰۰۰ نفر در ترکیه و ۱۵،۳ پرستار برای ۱۰۰۰ نفر در ایرلند متفاوت بود. استرالیا نیز که ۱۰،۴ پرستار برای هر ۱۰۰۰ نفر داشت، در جایگاه ششم نسبت پرستاران قرار داشت. این کشور از بریتانیا با ۸،۹، آمریکا با ۷،۹، کانادا با ۹،۴، و نیوزیلند پیشی گرفته بود. پزشکان نیز در سال ۲۰۰۵ بین ۱،۵ تا ۴،۹ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در OECD متفاوت بودند، که اکثر کشورها بین ۲ و ۴ قرار داشتند و در این بین استرالیا دارنده ۲،۷ پزشک به ازای ۱۰۰۰ نفر بود.

O'Brien-Pallas و همکاران در بازبینی بین المللی مدل های مختلف نیروی کار سلامت، بیش از هر چیز منتقد روش های نسبت-محور فراهم آوری خدمات و افزایش متناظر تعداد نیروی کار همراه با سطوح کلی جمعیت هستند. این موضوع عملا با رویکرد شواهد-محور که بیش از پیش مورد تقاضای جنبه های دیگر مراقبت های بهداشت و سلامت و پژوهش های خدمات سلامت است، همسو نمی باشد.

طبقه بندی رویکردها

تلاش های مختلفی به صورت بین المللی برای طبقه بندی رویکردهای مدل سازی تقاضای نیروی کار سلامت انجام شده است. Segal و Robertson پنج روش مختلف را برای پیش بینی نیروی کار سلامت پیشنهاد کرده اند:

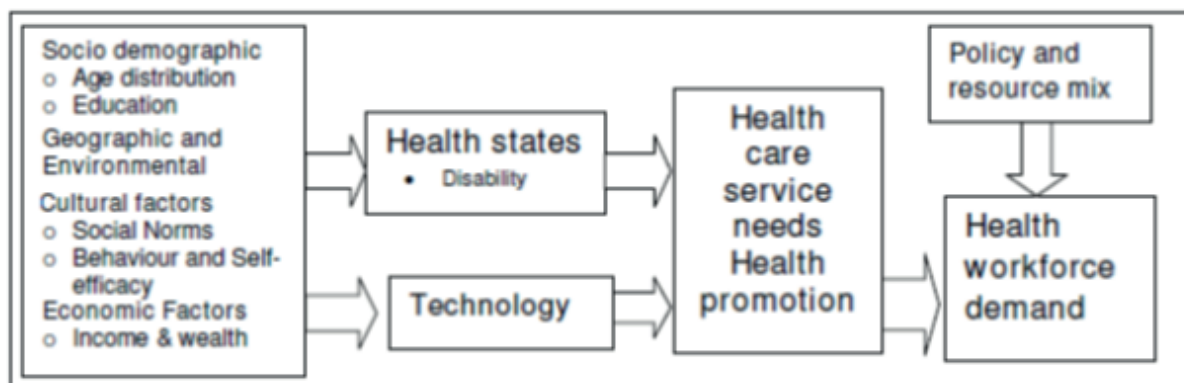
۱. تخصیص تاریخی (سنتی): که اصولا همان روش پرسنل-به-جمعیت توصیف شده در بالاست.
۲. مکانیسم های مبتنی بر بودجه: که هم چنین به صورت رویکرد عملگراییه نیز شناخته می شود. در این رویکرد سطوح خدمات و سطوح نیروی کار متناظر با آن در بستر اهداف هزینه ای از پیش تعریف شده، تعیین می شوند. به این روش، روش خدمات-تقاضا نیز اطلاق می گردد.

۳. لیست های در حال انتظار: که در آن لیست های در حال انتظار به عنوان شاخص عدم تعادل بین عرضه و تقاضا استفاده می شوند که همان طور که در بالا اشاره شد توسط تاثیر عرضه بر تقاضای مشاهده شده تعدیل می شود.

۴. مدل های برنامه ریزی گروهی تخصصی: این روش شبیه به روش پیش بینی دلفی است که در آن متخصصان این حوزه - منظور متخصصان حوزه سلامت - نقش ها و مسئولیت ها را مشخص می کنند و سطح مناسب عرضه را تعیین می نمایند.

۵. مدل های ارزیابی نیاز: این مدل ها فرض می کنند که برنامه ریزی های خدمات سلامت و تامین مالی باید بیماران و شهروندان را توانمند و حمایت کنند تا به بهترین مراقبت های درمانی دسترسی پیدا کنند (که شامل خدمات پیشگیری نیز می شود).

در یکی از این مدلها، نیاز بر اساس بهترین مراقبت های درمانی و پروتکل های پیشگیری تعریف می شود که در وضعیت سلامت جمعیت به کار گرفته می شود. این مدل به نیروی کاری تبدیل می گردد که در آن گزینه های مختلفی برای نگاشت مهارت ها و توانمندی های مختلف در انواع شغل ها در نظر گرفته می شود. Zurm و همکاران نیز چارچوبی را برای تحلیل تقاضای نیروی کار سلامت پیشنهاد کرده اند که از یک چارچوب نیاز محور تبعیت می کند. آن ها تاثیرات گسترده ای بر روی وضعیت سلامت جامعه - مشخصه های اجتماعی- جمعیت شناختی، اقتصادی، جغرافیایی و فرهنگی شناسایی کردند که ضمن تلفیق شدن با فناوری های موجود، نیازهای سلامت جامعه را تعریف می نماید. تصمیمات سیاست گذاری و تخصیص منابع بر این که تا چه اندازه نیازهای سلامت به خدمات مراقبت های بهداشت و درمان و تقاضای نیروی کار تبدیل می شوند، اثرگذار هستند (شکل زیر). وضعیت سلامت به گونه ای جهش پذیر نشان داده شده است که تحت تاثیر سبک زندگی و عوامل دیگر است. این چارچوب به صورت یک نمای کلی و نه مدلی برای تخمین تقاضای نیروی کار سلامت ارائه می گردد. تبدیل این طرح به یک مدل تقاضا به شدت پیچیده خواهد بود، اما طبیعت چالش انگیز این کار را نیز مشخص تر می نماید.



تغییر تعبیه شده است.

این موضوع که توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شده نیز از اهمیت خاصی برخوردار است: برنامه ریزی نیروی کار سلامت باید نیاز به مدیران/برنامه ریزان سلامت/محققان و نیروی کار بالینی را در نظر بگیرد. این متن ترجمه خلاصه شده مقاله زیر است.

Leonie Segal and Tom Bolton. Issues facing the future health care workforce: the importance of demand modelling. Australia and New Zealand Health Policy ۲۰۰۹،۶:۱۲.

اقتصاددان هایی مانند Maynard نیز بر یک سری از چالش های موجود برای پیش بینی برنامه ریزی نیروی کار سلامت و خصوصا تاثیر احتمالی تغییرات ایجادشده در بهره وری و نقش های نیروی کار جدید متناظر با آن تاکید کرده اند. تغییرات ایجادشده در فناوری احتمالا هم بر این موضوع که خدمات چگونه ارائه می گردند و هم وضعیت سلامت و پروفایل بیماری اثرگذار خواهند بود. این موضوع در کنار انتظارات روبه تغییر اجتماع - برای مثال درباره نقش پیشگیری از بیماری - تقاضا را برای یک سری از خدمات و متخصصین سلامت مربوطه کاهش خواهد داد و در عوض تقاضا را برای یک سری خدمات و متخصصان دیگر افزایش می دهد. گزینه های سیاست گذاری حول موضوعاتی اعم از تخصصی سازی و چند وظیفه ای در نیروی کار سلامت نیز بر این موضوع که چگونه تقاضای خدمات سلامت به نیازهای نیروی کار سلامت تبدیل می شوند، اثرگذار خواهند بود. برای مثال، تغییری که در پروفایل بیماری به سمت بیماری های مزمن به وجود آمده و رویکردهای اجتماع محور به سمت پیشگیری و مدیریت اتخاذ می شوند به معنای تقاضای بیشتر برای متخصصین سلامت با تخصص در ایجاد تغییر در سبک زندگی می باشد. این گروه مانند متخصصین تغذیه اجتماعی و بالینی، فیزیولوژیست های ورزشی، مربیان (سلامت عمومی و بالینی)، متخصصین ارتقای سلامت و نقش احتمالی تخصص های جدید هستند. این تغییرات کمابیش تدریجی بوده و شناسایی آن ها کار ساده ای است. آن ها باید قادر باشند تا در مدل های نیروی کار سلامت تلفیق گردند. مدل تقاضای "نیازمحور" که توسط Segal پیشنهاد شده، برای تلفیق دقیق شرایط رو به