

نیروی کار بخش بهداشت و سلامت: مسیری مهم به سمت پوشش جهانی سلامت

مقدمه

تمام انسان ها در سراسر جهان به یک کارمند سلامت مجرب، بانگیزه، و حامی در یک سیستم سلامت منسجم و قوی دسترسی پیدا خواهند کرد.

این دیدگاه اتحادیه نیروی کار سلامت جهان (GHWA) است که در سال ۲۰۰۶ به عنوان بخشی از پاسخ به بحران جهانی HRH (مشخص شده در گزارش بهداشت جهانی ۲۰۰۶ - همه با هم برای سلامت (WHR ۲۰۰۶)) کلید خورد.

WHR ۲۰۰۶ اضافه کرد که "هدف غایی استراتژی های نیروی کار سلامت ارائه سیستمی است که می تواند دسترسی جهانی به مراقبت های بهداشت و سلامت و حفاظت اجتماعی را برای تمام شهروندان در سراسر جهان تضمین کند."

پارادایم پوشش جهانی سلامت براساس مفاهیم موجود بودن، دردسترس بودن، قابل پذیرش بودن، و داشتن استطاعت استوار است.

همبستگی بین موجود بودن کارمندان سلامت، پوشش خدمات سلامت و خروجی های سلامت به خوبی شناخته شده است. در این مفهوم، پیشرفت در تقویت نیروی کار سلامت پیش نیازی برای حرکت به سمت پوشش جهانی است. کارمندان سلامت اما در خیلی از کشورها ضعیف ترین رابط سیستم های سلامت باقی می مانند: بر طبق WHR ۲۰۰۶، ۵۷ کشور از آستانه بحرانی ۲،۳ پزشک، پرستار و ماما در هر ۱۰۰۰ نفر عقب ماندند. این عدد عموماً برای رسیدن به سطح قابل قبولی از پوشش خدمات ضروری سلامت، لازم محسوب می شود.

کمبود جهانی، که توسط WHO حدود ۴،۳ میلیون کارمند بخش بهداشت و سلامت تخمین زده شده توسط توزیع جغرافیایی نامتناسب درون کشورها پیچیده تر هم شده به طوری که تمرکز پرسنل به شدت مجرب در نواحی شهری زیاد بوده و توسط مهاجرت بین المللی از کشورهای کم و میان درآمد به کشورهایی که شرایط کاری و دریافتی بهتری ارائه می دهند، این موضوع تشدید می شود. از آن جایی که کارمندان بهداشت و سلامت، تامین کنندگان مستقیم خدمات سلامت هستند، حضور و توزیع آن ها مستقیماً بر ابعاد موجود بودن و قابل دسترس بودن پوشش جهانی سلامت اثر می گذارد.

ظرفیت آموزشی محدود، سیستم های مدیریتی ضعیف و شرایط کاری بد شامل مشوق های مالی و غیرمالی ناکافی،

همگی دست به دست هم داده و باعث خروج کارمندان، و عملکرد و روحیه آن ها می شود که می تواند تاثیر منفی بر کیفیت و قابل پذیرش بودن خدمات ارائه شده و هم چنین استطاعت مالی می شود. وقتی که کارمندان از دریافتی خوبی برخوردار نباشند، آن ها درگیر استراتژی های بقا شده مثلاً از موارد به اصطلاح زیرمیزی و غیرمستعارف سعی در جذب پول می کنند.

با مروری بر این واقعیت ها، گزارش WHR ۲۰۰۶ یک رویکرد "طول عمر کاری" را بنا نهاد و از آن زمان گفتمان سیاست های مربوط به نیروی کار بهداشت و سلامت در سطح جهانی و کشوری به حدی توسعه یافته اند که استراتژی ها و سیاست های مربوط به مراحل که وقتی افراد بخشی از نیروی کار می شوند، دوره ای از زندگیشان وقتی که بخشی از آن هستند، و نقطه ای که از آن خارج می شوند، را نیز مد نظر قرار می دهند. برای مثال، آموزش و تربیت مسائل کلیدی در مرحله ورود هستند. سپس، در مرحله عملکرد فعال، نظارت، مشوق های موثر، حمایت از سیستم ها و آموزش مادام العمر می توانند کلید بهبود عملکرد باشند. در نهایت، در مرحله خروج، باید بر مهاجرت و ترک کار غلبه کرد. تمام این مراحل نه تنها برای غلبه بر بحران فعلی بلکه برای حل چالش های نوظهور نیروی کار بهداشت و سلامت در کشورهای کم درآمد ضروری هستند. در نتیجه، واضح است که بررسی نقاط تلاقی بین پارادایم پوشش جهانی بهداشت و چالش ها و فرصت های فعلی نیروی کار بهداشت و سلامت نیاز به تحلیل تمام این جنبه های به هم مرتبط دارد یعنی برنامه ریزی، تولید، و مدیریت منابع انسانی برای سلامت.

مورد مهم دیگر افزایش آگاهی درباره این موضوع است که تار و پود اقتصادی اجتماعی یک جامعه نیز تاثیر زیادی بر تولید، استقرار، و توزیع کارمندان سلامت دارد که به نوبه خود بر آموزش، و الگوهای جذب نیرو، استقرار و حفظ نیرو نیز اثر می گذارد. رویکردهای چندمرحله ای برای تضمین پوشش مساوی و جهانی کارمندان سلامت نیز باید به چنین تعیین کننده های پردازند.

در به رسمیت شناختن اهمیت بنیادین نیروی کار سلامت در دستیابی به اهداف جهانی پوشش سلامت، توجه فنی و حرکت سیاسی برای کارمندان سلامت در چند سال به

وضعیت نیروی کار سلامت در کشورهای کم درآمد

تعریف کارمندان بخش بهداشت و سلامت مسئله ای بحث برانگیز در بسیاری از کشورهای کم درآمد باقی مانده است زیرا که نقش و توانمندی های آن ها از کشور به کشور متفاوت است. درک وضعیت فعلی نیروی کار بهداشت و سلامت نیاز به پرداختن به سه دسته سوال است که به ترتیب به تراکم (چه تعداد؟)، توزیع (کجا؟ چه کسی؟) و عملکرد (آن ها چه می کنند؟ چطور آن را انجام می دهند؟) مربوط می شوند.

تعریف

WHO کارمندان بهداشت و سلامت را به صورت "تمام کسانی که درگیر اقداماتی هستند که هدف اولیه آن ها ارتقای بهداشت و سلامت است". به علاوه، یک چارچوب جدید عملیاتی تر اخیراً ارائه شده است که کارمندان بهداشت و سلامت را به سه دسته تقسیم بندی می کند:

الف - کسانی که در آموزش و پرورش بهداشت و سلامت تحصیل کرده اند و در بخش سلامت مشغول به کارند.

ب - کسانی که در حوزه ای غیرمربوط به بهداشت و سلامت پرورش یافته اند (یا بدون پرورش رسمی) که در بخش سلامت کار می کنند

ج - کسانی که در حوزه بهداشت و سلامت پرورش یافته اند که یا در صنعتی غیر از مسائل مربوط به مراقبت های بهداشت و سلامت فعال اند یا در حال حاضر با استخدام درنیامده و یا در بازار کار فعال نیستند.

مجموع این سه المان (الف، ب و ج) کل نیروی کار سلامت بالقوه موجود را حاصل می کند. بدین طریق، این چارچوب می تواند ابزاری مفید برای شناسایی منابع داده ای و شکاف های بالقوه برای تحلیل نیروی کار بهداشت و سلامت باشد. سرشماری های جمعیتی و نظرسنجی های نیروی کار می توانند اطلاعاتی را درباره هر سه المان فراهم کنند، در حالی که ارزیابی های امکانات سلامت یا لیست حقوق و دیگر ثبوتات اجرایی داده هایی را صرفاً برای نیروی کار فعال بهداشت و سلامت فراهم می آورند.

علاوه بر اعداد خام، تحلیل بازار کار برای دستیابی به تشخیص دقیق تولید، استقرار، توزیع و سایر جنبه های مربوط به نیروی کار سلامت در سطح ملی و مادون ملی ضروری است.

طبقه بندی نیروی کار بهداشت و سلامت بعد مهم دیگری برای تعریف کارمند بخش بهداشت و سلامت می باشد. همانند طبقه بندی ها استاندارد بین المللی، سه نوع می توانند نوعی چارچوب منسجم را برای دسته بندی حوزه ها و سطوح آموزشی، حرفه ها، و صنایع استخدامی بر طبق مشخصه های مشترک حاصل کنند: طبقه بندی استاندارد بین المللی آموزش (ISCED)، طبقه بندی استاندارد بین

شدت افزایش یافته است. بعد از گزارش مشترک نوآوری آموزشی ۲۰۰۴ (JLI ۲۰۰۴) و WHR ۲۰۰۶ که توجه را به سمت این مسئله معطوف کرده بود، GHWA اولین انجمن جهانی منابع انسانی برای سلامت را در کامپالا در مارس ۲۰۰۸ تشکیل داد و بیانیه و دستور کار کامپالا را برای اقدام جهانی اتخاذ نمود، که به مرجع جهانی برای استراتژی های در اولویت برای حل بحران نیروی کار سلامت تبدیل شده است. سپس، در جولای ۲۰۰۸، سران Toyako GA از این بیانیه پشتیبانی کردند و توجه را به سمت نیروی کار سلامت معطوف نمودند و اخیراً تاثیر جدی چالش های نیروی کار سلامت بر احتمال رسیدن بر اهداف سلامت توسعه هزاره (MDGs) نوعی جریان پنهان قوی در بین سران ارشد UN درباره MDGs بود.

با این پس زمینه، در این مقاله از طریق یک مرور مقالات مسائل کلیدی مربوط به نیروی کار سلامت را که می تواند به حرکت به سمت پوشش جهان سلامت کمک کند، بررسی می کنیم. بر اساس چارچوب ارائه شده توسط Rhode و همکاران، که سیستم های سلامت را بر طبق این که آیا پوشش انتخابی (کمتر از ۵۰ درصد)، پوشش جامع (بیش از ۸۰ درصد) را فراهم می آورند در کنار گذار بین پوشش انتخابی و جامع (بین ۵۰ تا ۸۰ درصد) طبقه بندی می کنند، ما این موضوع را نیز بررسی می کنیم که چطور کشورهای مختلف استراتژی های گوناگون و اهداف میانه ای را برای حرکت تدریجی به سمت پوشش جهانی سلامت اتخاذ کرده اند، که بین پوشش جهانی خاص هر بیماری، پوشش جهانی نیمه افقی (محدود به سلامت مادران، نوزادان، و کودکان) و پوشش جهانی افقی تمایز قائل می شویم.

برای آن که بتوانیم یافته های تحلیل خود را در بستری مناسب قرار دهیم، با ارائه تصویر کلی از تعریف و وضعیت فعلی نیروی کار سلامت در کشورهای کم درآمد آغاز می نماییم. سپس، شواهدی را در حمایت از اقدامات انجام شده برای افزایش مقیاس نیروی کار سلامت به سمت رسیدن به پوشش جهانی خاص هر بیماری، به سمت پوشش نیمه جهانی با مشخص کردن مداخلات نیروی کار بهداشت و سلامت مختص سلامت مادران، نوزادان، و کودکان ارائه می دهیم. در نهایت، به مسئله پوشش جهانی افقی می پردازیم. ما هم چنین تلاش می کنیم تا درس های آموخته شده را از کشورهای میان درآمد برای تکمیل شواهد از کشورهای کم درآمد، شناسایی کنیم.

در آخر، ما بر قدرت و کاربرد عمومی تر شواهد موجود تمرکز می کنیم و چند رهنمود استراتژیک را برای سیاست گذاران شناسایی می کنیم، جایی که مبنای شواهدی به اندازه کافی محکم باشد، و راهی را به سمت جلو برای محققان مشخص می کنیم به طوری که محدودیت ها و ضعف های موجود در مبنای اطلاعاتی از ارائه توصیه های شفاف سیاست گذاری جلوگیری می کند.

المللی حرفه‌ها (ISCO)، و طبقه بندی استاندارد بین المللی کلیه فعالیت های اقتصادی (ISIC).

ISCO-2008، کارمندان بهداشت و سلامت را به سه زیردسته طبقه بندی می کند: متخصصین سلامت (با ۱۴ عنوان حرفه ای)، دستیاران حرفه ای بهداشت و سلامت (با ۱۶ عنوان حرفه ای)، و کارمندان مراقبت های شخصی (با سه عنوان حرفه ای). به علاوه، ۵ عنوان برای سایر گروه های واحد مربوط به بهداشت و سلامت مانند مدیران خدمات بهداشت و سلامت شناسایی می شوند. در نتیجه، در مجموع، ISCO-2008 ۳۸ عنوان حرفه ای را مشخص می کند.

وقتی که بحران کارمندان بهداشت و سلامت به عنوان یک مسئله در اواسط دهه ۲۰۰۰ میلادی مورد حمایت قرار گرفت، بیشتر تعداد پزشکان، پرستاران، و متخصصین مامایی بود که مورد تاکید قرار گرفت. این دیدگاه بر اساس ISCO-1988 استوار بود. اکنون، تحت ISCO-2008، پزشکان به دو دسته تقسیم بندی می شوند: پزشکان عمومی و پزشکان متخصص. متخصصین پرستاری و مامایی نیز به دو گروه دسته بندی می شوند: متخصصین پرستاری و متخصصین مامایی. امید می رود که این دسته بندی ظریف تر به تخمین های بهتری از ظرفیت، نیازها و شکاف های فعلی برای رسیدن به پوشش جهانی سلامت منجر شود. اما هم چنان دسته های اصلاح شده هنوز باید در سیاست گذاری های نیروی کار بهداشت و سلامت به طرز موثری منعکس شود، همان طور که اکثر کشورها به برنامه ریزی اهداف نیروی کار سلامت خود بر حسب پزشکان، پرستاران و ماماها ادامه می دهند. کارمندان بهداشت و سلامت مبتنی بر خدمات اجتماعی و تامین کنندگان بهداشت و سلامت میان سطح اغلب تعریفی ندارند. این مسئله به تلفیق محدود آن ها در برنامه ریزی و مدیریت بخش سلامت دامن می زند، علیرغم سهم مهم آن ها در افزایش مقیاس خدمات ضروری سلامت در کشورهای کم و میان درآمد.

تراکم

در WHO، ۲۰۰۶، یک هدف تراکمی را برای تمام کشورها توصیه کرد: حداقل ۲,۳ پزشک، پرستار و ماما برای هر ۱۰۰۰ نفر. این هدف بر اساس ISCO-1988 برای "رسیدن به پوشش کافی تعدادی از مداخلات ضروری بهداشت و سلامت و خدمات بهداشت و سلامت کلیدی مربوط به MDG" تعیین شده بود. این نکته نشان می دهد که هدف ۲,۳ در هر ۱۰۰۰ نفر با دیدگاهی به سمت پوشش جهانی افقی تعیین نشده است.

حرکت ایجادشده توسط WHR ۲۰۰۶ توجه را در سطح جهانی و عمل را در سطح کشوری برانگیخت، خصوصا در ارتباط با تولید کارمندان بهداشت و سلامت جدید از طریق آموزش و پرورش. برزیل، اتیوپی، و هند جزو کشورهایی

بودند که آموزش و پرورش خود را در سطح ملی توسعه دادند.

حتی با هدف ساده تر پوشش نیمه-افقی، Bossert و Ono بر این عقیده اند که هدف ۲,۳ پزشک، پرستار و ماما در هر ۱۰۰۰ نفر در سطح کشوری واقع بینانه نیست. زیرا تامین مالی این تعداد پیشنهادشده از کارمندان بهداشت و سلامت تعدادی از کشورهای کم درآمد را مجبور خواهد ساخت تا بخش زیادی از تولید ناخالص داخلی (GDP) خود را صرف بهداشت و سلامت کنند: برای مثال، اتیوپی مجبور خواهد شد تا ۵۳٪ GDP خود را صرف بهداشت و سلامت کند تا به هدف WHO برسد، اگر نسبت کنونی بین پزشک و پرستار یا ماما ثابت بماند. به علاوه، بر طبق پیش بینی های آن ها، ۴۶ کشور به این هدف نخواهند رسید حتی اگر ۸۷ درصد GDP خود را صرف بهداشت و سلامت کنند. آن ها پیشنهاد می کنند که اهداف واقع بینانه تر و خاص هر کشور شانس بیشتری برای کسب حمایت از دولت های ملی و سهامداران اهداکننده دارند.

این سه نوع کارمند بهداشت و سلامت (پزشک، پرستار و ماما) انتخاب شدند زیرا داده های موجود در مقایسه با داده های مربوط به سایر کارمندان سلامت قابل اعتمادتر هستند. در ارتباط با تراکم کارمندان بهداشت و سلامت میان سطح و کارمندان بهداشت و سلامت اجتماعی، مستندات کمی وجود دارد. اگرچه شواهد بیشتری مورد نیاز است، اما WHO یک شاخص مرکزی را برای تراکم کارمندان بهداشت و سلامت ارائه می دهد: تعداد کارمندان بهداشت و سلامت در هر ۱۰۰۰ نفر. تعداد هدف هم چنان باید بر اساس آن چه که برای رسیدن به حداقل سطح پوشش خدمات لازم است، تعیین شود، اما اکنون دستورالعمل بر این است که باید از پزشکان، پرستاران و ماماها فراتر رفت: آن چه در این مدل لحاظ شده انواع گسترده ای از دسته های دیگر تامین کنندگان خدمات مانند تامین کنندگان سلامت میان سطح، کارمندان بهداشت و سلامت اجتماعی، دندانپزشکان، داروسازان و کارمندان مدیریت و پشتیبانی هستند. این جهت گیری به نظر می رسد که مسیر درستی باشد و انتظار می رود که تحقیقات بیشتر بتواند اهداف واقع بینانه تر خاص هر کشور را شناسایی کنند.

توزیع

بر طبق گزارش WHO درباره "افزایش دسترسی به کارمندان بهداشت و سلامت در نواحی دورافتاده و روستایی از طریق بهبود حفظ نیرو"، تقریبا ۵۰٪ جمعیت جهانی در نواحی روستایی زندگی می کنند، اما این نواحی توسط ۳۸ درصد کل پرستاران و ۲۴ درصد کل پزشکان خدمت رسانی می شوند. این وضعیت خصوصا در ۵۷ کشور مواجه بحران های نیروی کار بهداشت و سلامت وخیم تر است: برای مثال، در بنگلادش ۳۰ درصد پرستاران در چهار حوزه کلان شهری متمرکز هستند جایی که تنها ۱۵ درصد مردم زندگی می

کنند. در خیلی از کشورها، به جرأت می توان گفت سوء توزیع مشکلی مبرم تر از کمبود مطلق است و الگوهای پوشش خدمات روندی مشابه را نشان می دهد به طوری که نواحی محروم و روستایی نسبت به نواحی شهری از خدمات کمتری برخوردار هستند.

نظر به این که حفظ نیرو یکی از استراتژی های کلیدی برای حل معضلات سوء توزیع است، این مسئله توجهات را در بیانیه کامپالا (۲۰۰۸) و Communique GA (۲۰۰۸) به خود جلب کرد. کمیسیون شاخص های اجتماعی سلامت (۲۰۰۸) و گروه ضربتی رده بالای تامین مالی نوآورانه بین المللی سلامت (۲۰۰۸) نیز خواهان اقدام هر چه سریعتر برای بهبود حفظ نیرو در نواحی روستایی شدند.

گزارش WHO به دنبال آن است تا توصیه های شواهد-محور را برای بهبود حفظ نیرو شناسایی کند بدین صورت که آن ها را به چهار گروه عمده دسته بندی کرد: آموزش، مقررات، مشوق های مالی، و حمایت شخصی و حرفه ای.

گزینه های سیاست گذاری مربوط به آموزش شامل امکان قرار دادن مدارس تخصصی بهداشت و سلامت در خارج از شهرهای بزرگ است. رویکردی مشابه اصلاح برنامه های آموزشی پیش از خدمت است که منعکس کننده مسائل بهداشت و سلامت روستایی است.

در حوزه مقررات، گزینه ها شامل ارتقای مقیاس آموزش انواع مختلفی از کارمندان بهداشت و سلامت است: کسانی که به احتمال زیاد می توانند نیازهای بهداشت و سلامت روستایی را برآورده سازند. و بهینه سازی تاثیر برنامه های خدمت اجباری که اگر همراه با مشوق برنامه ریزی شوند، می توانند نقش موثری در طرح ملی توسعه ظرفیت، توزیع و حفظ نیروی کار بهداشت و سلامت در نواحی محروم و روستایی موثر باشد.

در ارتباط با مشوق های مالی، شواهد نشان می دهد که حفظ نیرو در روستاها بهبود خواهد یافت اگر به کمک ترکیبی از مشوق های مالی از لحاظ پایدار کارمندان بهداشت و سلامت رفتن به نواحی روستایی و محروم را ارزشمند ببینند.

در نهایت، بهبود شرایط زندگی، پشتیبانی شخصی و حرفه ای، فرصت برای پیشرفت کاری، و به رسمیت شناختن کارمندان بهداشت و سلامت باید بهبود پیدا کند.

وقتی که یک استراتژی حفظ نیرو طراحی می شود، توصیه می شود که یک متاآنالیز جامع به عنوان مرحله کلیدی اول در کل فرآیند سیاست گذاری (از شناسایی مشکلات، انتخاب مداخلات منتخب تا اجرا، پایش و ارزیابی) انجام شود. انجام این مرحله همراه با تحلیل بستر آن، به استراتژی های بهتری برای بهبود حفظ نیرو و افزایش دسترسی به کارمندان بهداشت و سلامت منتج می شود.

بعد دیگری از عدم تعادل بین کارمندان بهداشت و سلامت به جنسیت مربوط می شود. در خیلی از کشورها، زنان معمولاً در شغل های بهداشت و سلامت پایین تر متمرکز

بوده و نماینده گروه اقلیتی در بین متخصصین آموزش دیده و مجرب تر مانند پزشکان، دندان پزشکان، داروسازان و مدیران هستند. از آن جایی که تصمیمات اصولاً توسط مردان اتخاذ می شود، خطری مبنی بر توجه کمتر به مشخصه های خاص شرایط کاری برای محافظت از زنان وجود دارد. برای غلبه بر این ریسک، جریان سازی جنسیت در استراتژی های ارزیابی و پایش نیروی کار بهداشت و سلامت توصیه می شود.

در نهایت، بهبود شرایط زندگی، پشتیبانی شخصی و حرفه ای، فرصت برای پیشرفت کاری، و به رسمیت شناختن کارمندان بهداشت و سلامت باید بهبود پیدا کند.

وقتی که یک استراتژی حفظ نیرو طراحی می شود، توصیه می شود که یک متاآنالیز جامع به عنوان مرحله کلیدی اول در کل فرآیند سیاست گذاری (از شناسایی مشکلات، انتخاب مداخلات منتخب تا اجرا، پایش و ارزیابی) انجام شود. انجام این مرحله همراه با تحلیل بستر آن، به استراتژی های بهتری برای بهبود حفظ نیرو و افزایش دسترسی به کارمندان بهداشت و سلامت منتج می شود.

بعد دیگری از عدم تعادل بین کارمندان بهداشت و سلامت به جنسیت مربوط می شود. در خیلی از کشورها، زنان معمولاً در شغل های بهداشت و سلامت پایین تر متمرکز بوده و نماینده گروه اقلیتی در بین متخصصین آموزش دیده و مجرب تر مانند پزشکان، دندان پزشکان، داروسازان و مدیران هستند. از آن جایی که تصمیمات اصولاً توسط مردان اتخاذ می شود، خطری مبنی بر توجه کمتر به مشخصه های خاص شرایط کاری برای محافظت از زنان وجود دارد. برای غلبه بر این ریسک، جریان سازی جنسیت در استراتژی های ارزیابی و پایش نیروی کار بهداشت و سلامت توصیه می شود.

عملکرد

عملکرد کارمندان بهداشت و سلامت هم به راندمان پرسنل و هم به کیفیت ارائه دهنده مربوط می شود. برای بهبود عملکرد، ما باید مطمئن شویم که "مسیر تولید جذب نیروی کارمندان بهداشت و سلامت" وجود و کارکرد دارد و این که "برنامه های آموزشی و پرورشی خود را با نیازهای متغیر جمعیت سازگار می سازند".

با این حال، شاخص های عملکرد کارمندان بهداشت و سلامت به خوبی در کشورهای کم درآمد بررسی نشده است. از لحاظ نظری، یکی از شاخص های کلیدی برای ارزیابی عملکرد نیروی کار بهداشت و سلامت "تسبب رسیدگی به مراقبت های بهداشت و سلامت اولیه به تعداد کل کارمندان" است. با این وجود، تحقیقات موجودی که از این شاخص استفاده کنند، کم هستند.

یکی از روش شناسی های جالب و نوظهور برای سنجش عملکرد کارمندان بهداشت و سلامت، به کار گیری رویکردهای ارزیابی واقع گرایانه در این حوزه است.

که در آن‌ها تامین مالی نتیجه-محور برای خدمات بهداشت و سلامت ضروری جواب داده است: رواندا برای مثال عملکرد کارمندان بهداشت و سلامت خود را از طریق طرح تامین مالی نتیجه-محور بهبود بخشیده است: طرحی که به افزایش پوشش خدمات ضروری کمک نموده است. اما در سطح جهانی، شواهد مربوط به اثربخشی طرح‌های تامین مالی عملکردمحور از یکنوایی کمتری در حمایت از این گزینه سیاست‌گذاری برخوردار هستند. به علاوه، معرفی تامین مالی عملکردمحور یکی از پیچیده‌ترین انواع اقدامات است، که پیامدهای بالقوه سیستم آن ممکن است فراتر از حد تصور در مرحله طراحی یا سنجش از طریق تلاش‌های کوتاه مدت جمع‌آوری داده برود. همانند خیلی از مداخلات پیچیده، یک رویکرد تفکر در سیستم باید امکان‌پذیری و مناسب بودن طرح‌های تامین مالی عملکردمحور را مورد ارزیابی قرار دهد.

مسیرهایی به سمت پوشش جهانی

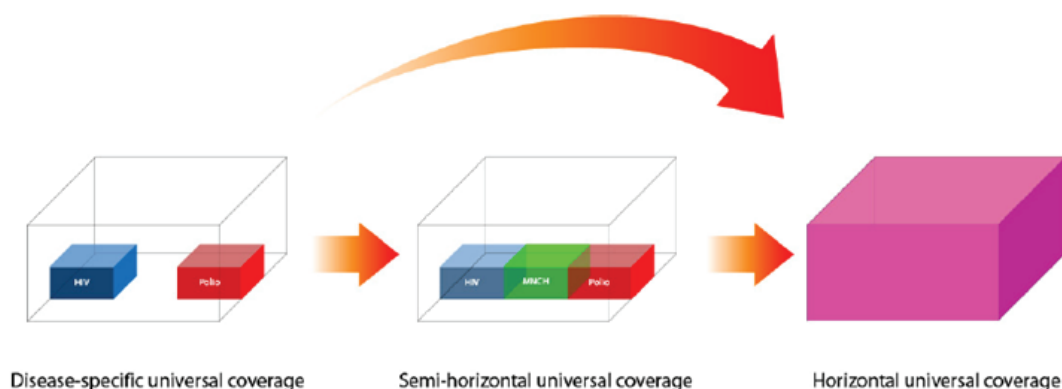
در بین کشورهای مواجه به کمبود و سوء توزیع نیروی کار بهداشت و سلامت، رویکردهای مختلفی برای غلبه برای چالش‌ها و حرکت به سمت پوشش جهانی سلامت وجود داشته است. ما آن‌ها را عموماً به رویکردهای خاص هر بیماری، نیمه افقی، و جامع افقی دسته‌بندی می‌کنیم. این استراتژی‌های اتخاذشده در واقعیت چنین مرزهای باریکی بدین شکل ندارند و معمولاً همراه با هم در یک کشور پیاده‌سازی می‌شوند، اما اتخاذ این طبقه‌بندی برای بررسی و توصیف گفتمان سیاست‌گذاری و پاسخ‌های سیستم بهداشت و سلامت به چالش‌های نیروی کار بهداشت و سلامت بر طبق تکامل آن‌ها در دهه گذشته مفید است.

برای مثال، مارشال و همکاران نوعی چارچوب ارزیابی واقع‌گرایانه را برای طرح فرضیه، جمع‌آوری داده، تحلیل داده و سنتز نتایج مورد استفاده قرار دادند و نقش مدیریت منابع انسانی را در عملکرد بیمارستان در غنا ارزیابی نمودند. از لحاظ روش‌شناسی، آن‌ها دریافته‌اند که ارزیابی واقع‌گرایانه می‌تواند به طرز موثری برای ایجاد مطالعات موردی جزئی که نحوه کار مداخلات مدیریتی را در کنار شرایط آن تحلیل می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرد. در مورد خاص خود، مارشال و همکاران پیشنهاد کردند که سبک متعادل مدیریت منابع انسانی می‌تواند تعهد سازمانی را در کارمندان بهداشت و سلامت افزایش دهد.

این رویکرد واقع‌گرایانه، در مقاله‌ای مروری که مداخلات مدیریت منابع انسانی را برای بهبود عملکرد کارمندان بهداشت و سلامت در کشورهای کم و میان درآمد تحلیل می‌کرد، نیز اتخاذ شده بود. دیدگاه واقع‌گرایانه نویسندگان شناسایی کرد که کدام مداخلات مدیریت منابع انسانی ممکن است تحت چه شرایطی و برای چه گروهی از کارمندان بهداشت و سلامت بهبود یابد. آن‌ها هم چنین شاخص‌های جزئی ارزیابی عملکرد کارمندان بهداشت و سلامت را به عنوان بخشی از فعالیت‌های پایش و ارزیابی که باید بخش اساسی فرآیند سیاست‌گذاری باشد، ارائه نمودند. این مقاله نیاز به تفکر در سیستم‌ها و رویکرد واقع‌گرایانه برای پرداختن به مداخلات پیچیده سیاست‌گذاری مانند حفظ منابع انسانی بخش بهداشت و سلامت در مناطق محروم تأکید دارد. هر دو رویکرد مستلزم استفاده از روش‌های کمی و کیفی هستند.

نقش مشوق‌های مالی در بهبود عملکرد کارمندان بهداشت و سلامت توجه و حمایت مالی زیادی را در سال‌های اخیر دریافت نموده است. مثال‌های گزینش شده‌ای وجود دارند

شکل ۱. گذار از طریق مراحل مختلف پوشش جهانی



پوشش جهانی خاص هر بیماری

اگرچه انواع مختلفی از مسائل پوشش جهانی خاص هر بیماری در کشورهای کم درآمد تجربه شده است، اما اشاره به HIV/AIDS می تواند مفید باشد چرا که پیچیده ترین و مستندترین مورد در مقالات است. کمبود کارمندان بهداشت و سلامت معضلی مزمن است که توسط اثر مستقیم اپیدمی HIV/AIDS بر نیروی کار بهداشت و سلامت وخیم تر شده است. در مقابل، اکثر کشورهایی که بیشترین آسیب را از همه گیری AIDS دریافت کرده اند، ظرفیت محدودی برای کنار آمدن با اپیدمی های نوظهور مانند بیماری های مزمن غیرواگیردار، سرطان، اختلالات ذهنی، و جراحات و آسیب ها دارند.

اگرچه پیشرفت زیادی از طریق این رویکرد عمودی برای HIV/AIDS حاصل شده است، اما نواقصی هم پدیدار گشته اند. این اثرات منفی شامل مشکلاتی از قبیل موازی کاری (توسعه سیستم های موازی و غیریکپارچه، عدم تعادل (فرارهای مغزهای داخلی)، و وقفه (مثلا فعالیت های آموزشی خاص هر بیماری که به نبود کارمندان سلامت در ایستگاه وظیفه خود دامن می زند). همزمان، اثرات مثبت بر خدمات غیر HIV نیز مشاهده شده است.

پوشش جهانی نیمه افقی

بعضی از کشورها خود را به سمت رویکردی متفاوت برای رسیدن به پوشش جهانی سلامت هدایت می کنند. دانسته ها و دستورالعمل های فعلی مربوط به رویکردهای خاص هر بیماری می توانند بینش هایی را برای برنامه دسترسی جهانی افقی در حال توسعه فراهم می کنند که خدمات یا جمعیت های خاصی را در کشورهای کم درآمد هدف قرار می دهند. این رویکرد می تواند استراتژی های فوری برای بسترهای کم منبع برای آغاز فراهم کند، همراه با توسعه تدریجی رویکرد پوشش جهانی افقی. همان طور که از شکل ۱ مشخص است، پوشش جهانی درمان HIV و ایمن سازی فلج اطفال می توانند مبین پیشرفت های چشمگیر واسطه در کشورهای کم و میان درآمد باشند. اگرچه اهداف نهایی باید پوشش جهانی سلامت باقی بمانند، اما موفقیت با کسب پوشش جهانی خدمات بهداشت و سلامت مادران، نوزادان و کودکان (MNCH) در وهله اول محقق شود.

در چند سال اخیر، فراخوان های متعددی برای معطوف کردن تلاش های بیشتر به سمت تسریع پیشرفت به سمت MDGs ۴ و ۵ وجود داشته است. جامعه جهانی اکنون تمرکزی قوی بر ارائه MNCH از طریق تقویت سیستم های بهداشت و سلامت به عنوان سکوی خدمات با تاکید بر منابع انسانی برای بهداشت و سلامت دارد.

به سمت پوشش جهانی افقی

این رویکرد خاص بیماری موفقیت زیادی در مبارزه با بیماری های بحرانی به همراه داشته است. کشورهایی با شیوع بالای HIV/AIDS به عنوان اولین قدم به سمت پوشش جهانی، مداخلاتی را برای هدف قرار دادن HIV/AIDS اتخاذ کردند. نیروی کار بهداشت و سلامت هم در کیفیت و هم در کمیت برای غلبه بر کمبود خدمات HIV/AIDS تقویت شد. تعداد بسیار زیادی از مردم از مزایای سلامت این رویکرد عمودی (توضیح داده شده در قبل) بهره برده اند.

با مزمن شدن پیشرفت HIV/AIDS، و ضمن آن که نبود پیشرفت در سایر اولویت های مهم بهداشت و سلامت مشخص شده است، کمپین های اخیر بین المللی تدریجاً به سمت مداخلاتی روی آورده اند که از رویکرد سلامت جمعیت بر سکوی یک نظام پایدار استفاده می کند. سیستم های سلامت در این کشورها در حال حاضر با چالش های جدیدی برای مبارزه با اپیدمی های نوظهور مانند بیماری های مزمن غیرواگیردار، سرطان، اختلالات ذهنی، جراحات ها و صدمات، علاوه بر بار دائمی بیماری های واگیردار و بیماری ها و مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان روبرو هستند. پوشش جهانی افقی ممکن است راه حل اصلی باشد، اگر قرار است که به اهداف بهداشت و سلامت، ریشه کن کردن فقر، و حقوق بشر برسیم. رسیدن به پوشش سلامت جهانی افقی اکنون یکی از اولویت های اصلی برای تمام ملت ها فارغ از سطح درآمدی آن هاست.

بیانیه کامپالا و دستور جلسه اقدام جهانی که در اولین انجمن جهانی منابع انسانی بهداشت و سلامت به تصویب رسید، ارائه دهنده چارچوب جامعی برای اخذ اقدامات لازم برای رسیدگی به چالش های نیروی کار بهداشت و سلامت و حرکت به سمت پوشش جهانی سلامت می باشد. دستور کار اقدام جهانی که در کامپالای اوگاندا تصویب شد (۲۰۰۸)، در نظر دارد تا مشارکت های جهانی، منطقه ای، ملی و محلی را برای پیاده سازی شش استراتژی به هم مرتبط به منظور حل بحران نیروی کار بهداشت و سلامت ایجاد کند:

۱. ایجاد رهبری ملی و منطقه ای منسجم برای حل مسائل نیروی کار بهداشت و سلامت
۲. تضمین ظرفیت برای پاسخ آگاهانه بر اساس شواهد و یادگیری مشترک
۳. افزایش مقیاس آموزش و پرورش کارمندان بهداشت و سلامت
۴. حفظ نیروی موثر، پاسخگو و به طور مساوی توزیع شده نیروی کار بهداشت و سلامت
۵. مدیریت فشارهای بازار بین المللی نیروی کار بهداشت و سلامت و تاثیر آن بر مهاجرت
۶. تضمین سرمایه گذاری بیشتر و سازنده تر در نیروی کار بهداشت و سلامت

نتیجه گیری

بدون رسیدگی به گلوگاه های حیاتی در منابع انسانی، یعنی ستون فقرات آن و در عین حال اغلب ضعیف ترین حلقه ارتباطی سیستم های بهداشت و سلامت، رسیدن به پوشش جهانی سلامت ممکن نخواهد بود. در این مفهوم، نیروی کار بهداشت و سلامت حقیقتاً نماینده این مسیر کلیدی است.

اتفاق نظر جهانی راجع به استراتژی های اولویت بندی برای رسیدگی به بحران نیروی کار سلامت وجود دارد که در بیانیه کامپالا و دستور اقدام جهانی متجلی شده است.

دولت ها و سایر دست اندرکاران باید متعهد بوده و خود و دیگری را مسئول اجرای کامل استراتژی های لازم برای تقویت منابع انسانی بهداشت و سلامت بدانند. رسیدن به این اهداف نیاز به سرمایه گذاری های کلان هم توسط دولت های ملی و هم توسط شرکای توسعه می باشد تا حمایت را برای خصوصاً کشورهای کم درآمد فراهم کنند و استفاده بهینه تر از منابع را از طریق یک طرح منطقی از کادر و ترکیب مهارت ها ممکن سازند.

کشورهای مختلف، استراتژی های گوناگونی را مورد آزمایش قرار داده اند تا پوشش جهانی سلامت را به جلو هدایت کنند، در برخی موارد سعی بر رسیدن به اهداف خاص هر بیماری و یا خاص هر جمعیت بر اساس مبنای اولیتهای به عنوان اهداف میانه در مسیر حرکت به سمت پوشش جهانی و جامع سلامت (افقی) نموده اند. تجارب گردآوری شده و بر اساس استراتژی های موفق با انواع رویکردها مستندسازی شده و تا اندازه ای انتقال ایده ها و شواهد امکان پذیر می باشد.

در دهه گذشته، تقویت نیروی کار بهداشت و سلامت در اولویت دستور کار روابط بین الملل و توسعه بهداشت و سلامت بوده است و اکنون در گفتمان مشخص ترین اقدامات و اولویت های بهداشت و سلامت که به HIV، سلامت مادران و کودکان و غیره مرتبط می شود، به جریان افتاده است.

پایداری بالای مسائلی مانند فرار مغزها یا تاثیر کمبود منابع انسانی بر اقدامات جهانب بهداشت و سلامت در بازکردن دیالوگی عمیق راجع به تعیین گره های کلیدی این مشکلات سودمند بوده و فرصتی را برای اقدامات هم افزایانه برای این چالش ها در سطح ملی و جهانی فراهم نموده است.

در کنار افزایش توجه، تعهد سیاسی نیز افزایش یافته است و در برخی از موارد این مسئله در تخصیص بیشتر منابع به تولید، استقرار و حفظ کارمندان بهداشت و سلامت منعکس شده است.

برای آن که بتوان از فرآیندهای تصمیم گیری و تخصیص منابع به خوبی حمایت کرد، جامعه بین الملل از طریق شرکای فنی خود در کنار موسسات آکادمیک و تحقیقاتی باید مبنای هنجاری و شواهدی را که می تواند به برقراری و برنامه ریزی مناسب سیاست ها کمک کند، تقویت نماید.

برای مثال، مبنای هنجاری که بر اساس آن ادعاهای مربوط به چالش های "کمبود" و "توزیع" بیان می شوند، باید احتمالاً اصلاح شوند؛ معیارهای جدیدی که ترکیب متنوع تری از نیروی کار بهداشت و سلامت را منعکس می کنند، مورد نیاز است: این مسئله فراتر از پزشکان، پرستاران، و ماماها می رود و اهداف واقع بینانه تر و دست یافتنی تری با توجه به محدودیت های مالی پیش روی بسیاری از کشورهای کم درآمد نشان می دهد. از لحاظ هدف گذاری و معیارها، فراتر از اهداف کمی، شاید بد نباشد تا توصیه هایی را مبنی بر بررسی ابعاد دیگر شامل توزیع جغرافیایی، ترکیب جنسیت، حداقل استانداردها، و چارچوب های توانمندی ها و سایر جنبه های مربوط به اقدامات گسترده تر مدیریتی فراهم آورد. میزانی که این مسائل از طریق استانداردها یا توصیه های بین المللی قابل تعمیم باشند در کنار توسعه اهداف خاص هر بستر یا کشور نیز باید بررسی شوند.

دامنه ای برای تصمیم گیران وجود دارد تا استفاده بهتری از شواهد موجود که بر اساس آن ها سیاست ها و استراتژی ها عمل می کنند یا شکست می خورند وجود دارد، حقیقتی که تلاش های بیشتری را به سمت مبادله دانش و حمایت از مبنای شواهد و مدارک فرا می خواند. همزمان، مبنای شواهد و مدارکی که بر اساس آن سیاست ها تنظیم می شوند نیز باید تقویت شده و به شکاف های دائمی موجود در شواهد و مدارک رسیدگی کند.

این کار نیاز به مرور دوباره برخی از پارادایم های سنتی مربوط به چگونگی جمع آوری و استفاده از شواهد و مدارک در سیستم های سلامت است. کشورهای کم درآمد بیش از هر چیز از کمبود، سوء توزیع و کیفیت نامتعادل نیروی کار بهداشت و سلامت خود رنج می برند. فرهنگ آن ها پیچیده بوده و آن چه که در کشورهای میان و پردرآمد جواب داده بایستی قبل از تعمیم یافته ها، به دقت ارزیابی شود: خواه می خواهد استراتژی های مناسب حفظ نیرو باشد خواه تامین مالی عملکردمحور باشد. در کشورهای میان درآمد، برنامه ریزی و آموزش، توسعه نیروی کار بهداشت و سلامت داوطلبانه، و استفاده از اقدامات اجباری و مشوق برای حفظ کارمندان بهداشت و سلامت اقداماتی بودند که برای برآورده سازی نیازهای نیروی کار بهداشت و سلامت انجام شدند. با این وجود، نگاه صرف به "آن چه جواب می دهد" کافی نیست. در عوض، درک کل نگرانه ای از "چه چیزی برای چه کسی تحت چه بسترهایی" باید دنبال شود و بدین ترتیب پیچیدگی اقدامات سیستم سلامت با هدف نیروی کار بهداشت و سلامت را به رسمیت شناخت.

تفاوت های بستری که امکان این موفقیت ها را فراهم می آورد باید برای تبدیل یک موفقیت به چند داستان موفقیت آمیز دیگر، به دقت بررسی شوند. برای این کار ما باید تاکید بیشتری را بر رویکردهای چندروشی مناسب برای تحلیل و ارزیابی مداخلات پیچیده سلامت عمومی که مستلزم هم شواهد کمی و هم کیفی است، قرار دهیم و فراتر از پارادایم

این متن ترجمه خلاصه شده مقاله زیر است.
Masamine Jimba, Giorgio Cometto, Tami Yamamoto,
Laura Shiao, Luis Huicho, Mubashar Sheikh. Health
workforce: the critical pathway to universal health
coverage. global symposium on health systems research
۱۹-۱۶ november ۲۰۱۰ • montreux, Switzerland.

تجربی متکی بر آزمایشات کنترل شده تصادفی یا نیمه
تصادفی برویم: مدارکی که در روش شناسی درجه بندی
توصیه ها، ارزیابی، توسعه و سنجش (GRADE) برای توسعه
توصیه های جهانی بهداشت و سلامت قرار داده نشده است.
تجربه نشان می دهد که وقتی استراتژی های مناسب، منابع
کافی و تعهد سیاسی با هم جمع می شوند، پیشرفت ممکن
شده و حفظ جان انسان ها نیز امکان پذیر خواهد شد.
با تمرکز تلاش ها بر روی بهداشت و سلامت مادران و
کودکان به قصد رسیدن به پوشش جهانی بهداشت و سلامت
در بستر بحران مالی جهانی که هم کمک های توسعه ای
داخلی و هم خارجی را برای بودجه های سلامت محدود
ساخته است، تحقیقات سیستم های بهداشت و سلامت
نقشی کلیدی برای تولید شواهد مورد نیاز برای تضمین این
که منابع محدود هر چه بیشتر به سمت مداخلاتی پیش می
روند که اثربخشی آن ها اثبات شده و نماینده بهترین ارزش
برای پول هستند، ایفا خواهد کرد.