



تدوین شاخص‌های نیروی انسانی بخش سلامت

مجری طرح: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت
با همکاری: دفتر بودجه و پایش عملکرد، معاونت توسعه و مدیریت منابع، وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

مشخصات کتاب

نام کتاب: تدوین شاخص‌های نیروی انسانی بخش

سلامت

ناشر: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،
پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم
پزشکی کرمان

مؤلفین: دکتر محمدحسین مهران‌حسینی، دکتر محمدرضا
امیراسماعیلی، مهلا ایرانمنش

زیرنظر: دکتر علی اکبر حقدوست

صفحه آرای: رضا شیخ‌زاده

نوبت چاپ: چاپ اول

سال چاپ: مردادماه ۱۳۹۴

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

فهرست مطالب

۵	۱- پیام‌های کلیدی
۷	۲- خلاصه اجرایی
۷	۲-۱- مقدمه
۸	۲-۲- مراحل و روش اجرایی
۸	۲-۳- اهم نتایج
۹	۲-۴- نتیجه‌گیری
۱۱	۳- گزارش تفصیلی
۱۱	۳-۱- مقدمه
۱۲	۳-۲- روش کار
۱۳	۳-۳- یافته‌ها
۲۵	۴- نتیجه‌گیری
۲۶	۵- منابع

فهرست جداول

۱۷	جدول ۱: منابع داده‌ای بالقوه برای پایش نیروی کار سلامت
۲۰	جدول ۲: شاخص‌ها و ابزارهای کلیدی سنجش ورود به نیروی کار سلامت
	جدول ۳: شاخص‌ها و استراتژی‌های اندازه‌گیری جابه‌جایی و خروج کارکنان
۲۴	سلامت

جدول ۴: شاخص‌های پایش هزینه‌های منابع انسانی سلامت ۲۵

جدول ۵: چالش‌های نیروی انسانی در بخش سلامت کشور ایران (۱۰-۷) ۴۲

فهرست اشکال

شکل ۱: جایگاه نیروی انسانی سلامت در عملکرد سیستم و پیامدهای آن ۱۵

شکل ۲: موجودی و جریان نیروی کار سلامت ۱۶

پیوست‌ها

پیوست ۱: شاخص‌های پایش و ارزیابی نیروی کار بخش سلامت ۲۸

پیوست ۲: چالش‌های نیروی انسانی بخش سلامت ۴۰

۱ - پیام‌های کلیدی

سلامت یکی از ارزش‌ها و نیازهای اساسی هر انسان و حقی پذیرفته‌شده در اسناد بین‌المللی است. حفظ و ارتقای سلامت مسئولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی است و تولید آن بر عهده دولت‌ها بوده و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه پایدار به شمار می‌رود.

نیروی انسانی بخش سلامت از دیرباز به‌عنوان زیربنای بخش سلامت، جهت تولید، ارائه و مدیریت خدمات شناخته شده است. امروزه مشخص شده است که یکی از عوامل مؤثر در دستیابی به اهداف توسعه هزاره، نحوه‌ی کارکرد نیروی انسانی است و بنا بر اعلام سازمان بهداشت جهانی پرداختن به بحث منابع انسانی یکی از شروط و عوامل موفقیت در ایجاد تحول و تغییر در نظام سلامت محسوب می‌شود.

با توجه به اهمیت نیروی انسانی در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت، مروری جامع و کلی بر انواع مدل‌های توصیف و تحلیل نیروی انسانی بخش سلامت و شاخص‌های مرتبط با پایش و ارزشیابی منابع انسانی بخش سلامت پیش از ورود به کار، حین کار و خروج از نیروی کار، انجام شد. به این منظور، مقالات معتبر علمی پژوهشی و گزارش‌های رسمی، اسناد قانونی، پایان‌نامه‌ها و کتاب‌های مرتبط با موضوع پایش و ارزشیابی نیروی انسانی بررسی گردید.

انواع منابعی که می‌تواند برای پایش نیروی کار سلامت مفید باشد شامل سرشماری جمعیت، پیمایش نیروی کار، ارزشیابی تسهیلات سلامت، دفتر ثبت حقوق کارکنان دولت، دفتر ثبت مؤسسات قانون‌گذاری حرفه‌ای است. نتایج بررسی‌ها نشان داد که ۲۰ گروه شاخص می‌تواند برای پایش و ارزشیابی نیروی انسانی بخش سلامت مفید باشد.

از جمله مهم‌ترین چالش‌های نیروی انسانی بخش سلامت در ایران عبارت‌اند از پراکندگی شبکه جمع‌آوری اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت، نبود مرکز تحقیقاتی یا شبکه مرتبط برای انجام تحقیق در زمینه نیروی انسانی، مشخص نبودن اولویت‌های تحقیقاتی در این حیطه، شفاف نبودن

خط‌مشی‌ها در زمینه استخدام نیروی کار، ناکارآمدی خط‌مشی‌های تعادل نیروها در سطوح مختلف، نبود مکانیسم تطابق تولید نیرو با نیازهای بخش سلامت، پرشدن پست‌ها توسط رشته‌های نامرتبط و ضعف در توزیع نیروی انسانی در استان‌ها و مناطق محروم است، همه این موارد اهمیت پایش و ارزشیابی نیروی انسانی و ضرورت تبادل دانش و اطلاعات در سطح ملی و بین‌المللی به‌منظور استفاده از تجربیات موفق در زمینه سیاست‌گذاری نیروی انسانی را آشکار می‌سازد.

۲- خلاصه اجرایی

۲-۱- مقدمه

نظام‌های سلامت در سراسر دنیا با هدف ارتقاء سلامت انسان‌ها شکل گرفته و مشغول به فعالیت می‌باشند، این نظام‌ها برای انجام این وظیفه خطیر، نیروی انسانی، امکانات و تجهیزات و سایر منابع را به خدمت می‌گیرند تا به خوبی از عهده این کار برآیند. در این میان نیروی انسانی که در بخش سلامت مشغول به فعالیت می‌باشند از اهمیت دوچندانی برخوردار است، بخشی از این اهمیت ناشی از ماهیت کاربر بودن بخش سلامت است و بخش دیگر به دلیل تأثیر فراوانی است که نیروی انسانی در ارائه خدمات و جلب رضایت مردم دارد. اهمیت نیروی انسانی تا آن میزان است که تجهیزات و امکانات بدون دسترسی به نیروی انسانی کارآمد، نمی‌تواند تأثیر چندانی در سلامت مردم بر جای بگذارد.

کشور ما در حال حاضر با مشکلاتی در زمینه نیروی انسانی سلامت از قبیل عدم توازن تعداد و ترکیب، فقدان هماهنگی کافی بین آموزش نیروی انسانی و نیازهای بازار کار، نبود شبکه جمع‌آوری اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت، نبود مرکز تحقیقاتی یا شبکه مرتبط برای انجام تحقیق در زمینه نیروی انسانی، پرشدن پست‌ها توسط رشته‌های نامرتب است.

بهبود شرایط نیروی انسانی بخش سلامت، بر توانایی نظام سلامت برای ارتقاء سلامت و رسیدن به اهداف خود می‌افزاید. از این رو همگام با تلاش‌هایی که در سایر بخش‌های نظام سلامت صورت می‌گیرد، ضروری است اقداماتی در جهت بهبود مدیریت نیروی انسانی بخش سلامت نیز صورت

گیرد. برای آغاز تلاشی منسجم در این مسیر، پایش و ارزشیابی نیروی انسانی می‌تواند اقدامی مؤثر در این زمینه باشد. این پژوهش با هدف شناسایی چارچوب و شاخص‌های ارزشیابی نیروی انسانی بخش سلامت انجام گرفت.

۲-۲- مراحل و روش اجرایی

این گزارش یک مطالعه مروری است که در آن مستندات علمی منتشرشده مورد جستجو و بررسی قرار گرفت. بدین منظور، مقالات معتبر علمی-پژوهشی، گزارش‌های رسمی، اسناد قانونی و کتاب‌ها به دو زبان فارسی و انگلیسی با موضوع پایش و ارزشیابی منابع انسانی بخش سلامت بررسی گردید. سپس بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، انواع مدل‌های توصیف و تحلیل نیروی انسانی بخش سلامت بررسی و پس‌از آن شاخص‌های مرتبط با پایش و ارزشیابی منابع انسانی بخش سلامت پیش از ورود به کار، حین کار و خروج از نیروی کار تعیین گردید. این شاخص‌ها دارای مشخصات ویژه‌ای از قبیل عنوان شاخص، نوع شاخص، کد شاخص و نحوه محاسبه است.

۲-۳- اهم نتایج

بررسی‌های صورت گرفته نشان داد که در مجموع ۷ مدل در زمینه تحلیل وضعیت نیروی انسانی بخش سلامت به شرح زیر وجود دارد.

۱. توصیف و تحلیل شاخص‌های اساسی نیروی انسانی در بخش سلامت.
۲. توصیف و تحلیل فرآیندهای نیروی انسانی سلامت.
۳. توصیف و تحلیل بر اساس حیاتی‌ترین مشکلات نیروی انسانی در کشورها.
۴. مدل ارزیابی سریع نیروی انسانی بخش سلامت (سازمان جهانی بهداشت).

۵. توصیف و تحلیل بر اساس مدل کار کردهای نظام سلامت (گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰).

۶. مدل دفتر حسابرسی عمومی کانادا.

۷. مدل خطی درون داد، فرآیند، برون داد و پیامد.

با توجه به نبود سیستم جامع اطلاعات در زمینه‌ی پایش و ارزیابی نیروی انسانی بخش سلامت، لازم است ترکیبی از شاخص‌های مربوط به پایش ورودی نیروی انسانی و خروج از کار آن مورد استفاده قرار گیرد.

۲-۴- نتیجه‌گیری

توجهی روز افزون در سطوح ملی و بین‌المللی به اطلاعات جدید و بهتر برای برنامه ریزی و پایش پیشرفت نیروی انسانی بخش سلامت به عنوان عاملی مهم در تقویت نظام‌های سلامت، است.

حمایت از ایجاد پایگاه مرکزی اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت یکی از روش‌های اثربخش، برای ارتقاء ارزشیابی و پایش عملکرد است بنابراین لازم است در ابتدا تعهدی جهت ایجاد داده‌ها ایجاد گردد، بررسی‌ها نشان داد که ۲ گروه شاخص شامل: شاخص‌های اصلی موجودی و توزیع نیروی انسانی، شاخص‌های فعالیت نیروی انسانی سلامت، شاخص‌های بهره‌وری نیروی کار سلامت، شاخص‌های اتلاف و تجدید نیروی انسانی بخش سلامت، شاخص‌های حاکمیت مطلوب بر نظام اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت، شاخص‌های نظام تقویت شده منابع انسانی بخش سلامت، متقاضیان واجد صلاحیت برای آموزش سلامت، فراخوان و گزینش دانش‌آموزان در برنامه‌های آموزش سلامت، اعتبار بخشی مؤسسات آموزش سلامت، ظرفیت و برون داد مؤسسات آموزش سلامت، پذیرش کارکنان آموزش دیده سلامت در سایر کشورها، تأیید و صدور مجوز ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، شاخص‌های انتقال، شاخص‌های خروج، شاخص‌های پایش هزینه‌های منابع انسانی سلامت، شاخص‌های درون داد، شاخص‌های فرآیند،

شاخص‌های اثربخشی، شاخص‌های کارایی، شاخص‌های برون داد، می‌تواند برای پایش نیروی انسانی مفید باشد.



۳- گزارش تفصیلی

۳-۱- مقدمه

نظام های سلامت در سراسر دنیا با هدف ارتقاء سلامت انسانها شکل گرفته و مشغول به فعالیت می باشند، این نظام ها برای انجام این وظیفه خطیر، نیروی انسانی، امکانات و تجهیزات و سایر منابع را به خدمت می گیرند تا به خوبی از عهده این کار برآیند. در این میان نیروی انسانی که در بخش سلامت مشغول به فعالیت می باشند از اهمیت دو چندانی برخوردار می باشد، بخشی از این اهمیت به ماهیت کاربر بودن بخش سلامت می باشد (۱) و بخش دیگر به دلیل تاثیر فراوانی است که نیروی انسانی در ارائه خدمات و جلب رضایت مردم دارد. اهمیت نیروی انسانی تا آن میزان می باشد که تجهیزات و امکانات بدون دسترسی به نیروی انسانی کارآمد، نمی تواند تاثیر چندانی در سلامت مردم بر جای بگذارد.

در حال حاضر سهم عظیمی از نیروهای آموزش دیده و متخصص در اختیار وزارت بهداشت و درمان است و حدودا بین ۵۰ تا ۸۰ درصد بودجه سلامت به کارکنان این بخش اختصاص داده می شود. چیدمان این نیروها مبنایی برای مدیریت کلان نظام سلامت و تخصیص منابع است حال آنکه این اطلاعات کامل نبوده و غالبا تخمین ها دور از واقعیت است بنابراین بایستی در جهت ارائه خدمات باکیفیت تر نیروی انسانی این بخش مورد ارزشیابی قرر گیرند تا از اتلاف منابع از جمله پول و نیروی انسانی جلوگیری شود (۲)

بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که نظام سلامت کشور ما در حال حاضر با مشکلات از قبیل، پراکندگی شبکه جمع‌آوری اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت، نبود مرکز تحقیقاتی یا شبکه مرتبط برای انجام تحقیق در زمینه ی نیروی انسانی، مشخص نبودن اولویت‌های تحقیقاتی در این حیطه، شفاف نبودن خط‌مشی‌ها در زمینه ی استخدام نیروی کار، ناکارآمدی خط‌مشی‌های تعادل نیروها در سطوح مختلف، نبود مکانیسم تطابق تولید نیرو با نیازهای بخش سلامت، پرشدن پست‌ها توسط رشته‌های نامرتبط و ضعف در توزیع نیروی انسانی در استان‌ها و مناطق محروم روبرو است (۲، ۳)، همه این موارد اهمیت پایش و ارزشیابی نیروی انسانی و ضرورت تبادل دانش و اطلاعات در سطح ملی و بین‌المللی به‌منظور استفاده از تجربیات موفق در زمینه ی سیاست‌گذاری نیروی انسانی را آشکار می‌سازد.

۳-۲- روش کار

این گزارش یک مطالعه مروری است که در آن مستندات علمی منتشر شده مورد جستجو و بررسی قرار گرفت. بدین منظور، مقالات معتبر علمی-پژوهشی، گزارش‌های رسمی، اسناد قانونی و کتاب‌ها به دو زبان فارسی و انگلیسی با موضوع پایش و ارزشیابی منابع انسانی بخش سلامت بررسی گردید. سپس بر اساس نتایج به‌دست آمده، انواع مدل‌های توصیف و تحلیل نیروی انسانی بخش سلامت بررسی و پس از آن شاخص‌های مرتبط با پایش و ارزشیابی منابع انسانی بخش سلامت پیش از ورود به کار، حین کار و خروج از نیروی کار تعیین گردید. این شاخص‌ها دارای مشخصات ویژه‌ای از قبیل عنوان شاخص، نوع شاخص، کد شاخص و نحوه محاسبه است.

با توجه به ضرورت‌های گفته شده لازم است برای توصیف و تحلیل وضعیت منابع انسانی در بخش سلامت به سؤالات زیر پاسخ داده شود:

- ۱- نیروی انسانی در بخش سلامت چه وضعی دارد و با چه مشکلاتی روبرو است؟
 - ۲- علل و عوامل ایجاد این مشکل چیست؟
 - ۳- مداخلات کوتاه‌مدت و بلندمدت برای رفع مشکل چیست؟
- برای پاسخگویی به ۳ سؤال اصلی در زمینه ی تحلیل وضعیت نیروی انسانی بخش سلامت باید از مدل مفهومی توصیف و تحلیل استفاده کرد. انواع مدل‌های توصیف و تحلیل نیروی انسانی بخش سلامت:

- ۱- توصیف و تحلیل شاخص‌های اساسی نیروی انسانی در بخش سلامت.
 - ۲- توصیف و تحلیل فرآیندهای نیروی انسانی سلامت.
 - ۳- توصیف و تحلیل بر اساس حیاتی‌ترین مشکلات نیروی انسانی در کشورها.
 - ۴- مدل ارزیابی سریع نیروی انسانی بخش سلامت (سازمان جهانی بهداشت).
 - ۵- توصیف و تحلیل بر اساس مدل کارکردهای نظام سلامت (گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰).
 - ۶- مدل دفتر حسابرسی عمومی کانادا.
 - ۷- مدل خطی درون داد، فرآیند، برون داد و پیامد.
- مدل‌های ارائه شده در زمینه ی پایش و ارزشیابی نیروی انسانی نه کامل و نه قطعی می‌باشند، بلکه نشانگر تلاشی برای ایجاد چارچوبی جهت پایش و ارزشیابی نیروی انسانی بخش سلامت با تأکید بر نگرانی‌های شناخته شده جهانی برای توسعه‌ی نیروی کار است (۴).

جمع‌آوری و به اشتراک گذاشتن اطلاعات با استفاده از شاخص‌های استاندارد می‌تواند برای انجام تحلیل‌های مقایسه‌ای بین کشورها مفید باشد و این امکان را برای وزارتخانه‌های بهداشت فراهم آورد تا از شاخص‌های منطقه‌ای و جهانی الگوبرداری شود، برای مثال می‌توان این مسئله را مورد

مقایسه قرارداد که کشورهای دیگر با استفاده از امکانات مشابه به چه سطحی از ارائه خدمات و برون داد دست یافته‌اند. این شاخص‌ها تأثیر مهمی در مفید بودن نظام اطلاعات برای حمایت از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، تصمیمات بودجه‌ای، مدیریت و پاسخگویی و عملکرد شفاف و روشن و بهینه‌سازی مشارکت ذی‌نفعان دارند.

۱- شاخص یا نشانگر (Indicator):

عبارت است از مشخصه‌هایی که برای گردآوری داده‌ها جهت قضاوت درباره ملاک‌های موردنظر به کار برده می‌شود (۵).

۲- مزایای استفاده از شاخص‌ها:

۱. شاخص‌ها به‌منظور مقایسه عملکرد واحدها و افراد به کار می‌روند.
۲. شاخص‌ها باعث تعیین میزان پیشرفت یا کاهش عملکرد یک سیستم می‌شوند.
۳. شاخص‌ها در برنامه‌ریزی استراتژیک به کار می‌روند.
۴. شاخص‌ها در کنترل و نظارت مفید می‌باشند.
۵. شاخص‌ها به پاسخگویی و ارزشیابی کمک می‌نمایند (۵).

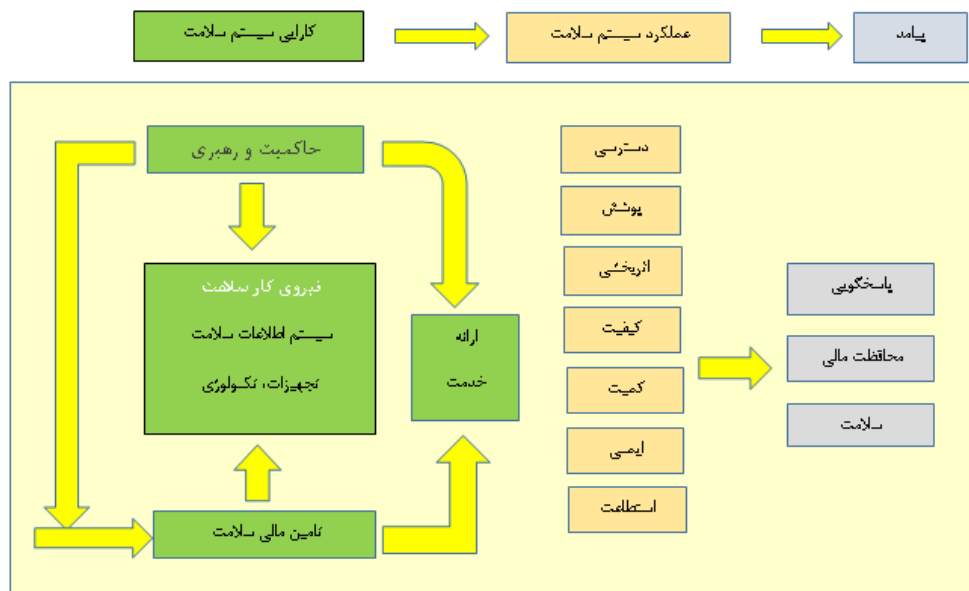
۳- شاخص‌های اصلی تحلیل نیروی انسانی بخش سلامت: پایش چه

چیزی لازم است؟

به منظور پایش و ارزیابی مؤثر نیروی انسانی بخش سلامت لازم است کشورها در خصوص مجموعه‌ای از شاخص‌ها در سطح محلی، ملی و بین‌المللی به توافق برسند از این‌رو بهتر است این شاخص‌ها دارای ویژگی SMART باشند. (S) مشخص باشند، یعنی دقیقاً نتیجه موردنظر را اندازه‌گیری نمایند. (M) قابل‌اندازه‌گیری باشند، به طوری که نتیجه قابل‌پیگیری باشد. (A) دست‌یافتنی باشند، به طوری که نتیجه یا مقصد واقع‌بینانه و قابل‌مقایسه باشد. (R) مرتبط باشند، یعنی به نتیجه‌ی موردنظر مربوط باشند. (T) محدوده زمانی داشته باشند، یعنی نشان‌دهنده دوره زمانی مشخص باشند (۱).

اندازه‌گیری مستمر شاخص‌ها کمک می‌کند که چگونگی اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های مرتبط با نیروی انسانی بخش سلامت مورد پایش قرار گیرد.

پیوست ۱ گروهی از شاخص‌ها را نشان می‌دهد که اگر به‌طور سیستماتیک اندازه‌گیری شوند، می‌توانند وضعیت نیروی انسانی بخش سلامت را به‌خوبی نشان دهند.

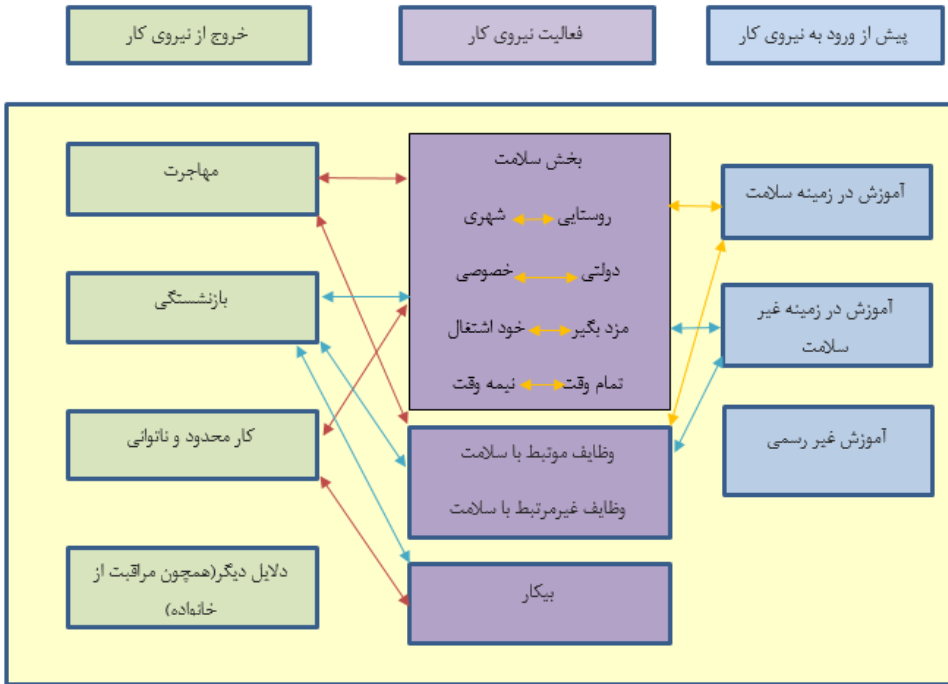


شکل ۱: جایگاه نیروی انسانی سلامت در عملکرد سیستم و پیامدهای آن

۴- کارکنان بخش سلامت چه کسانی هستند؟

برای تحلیل وضعیت نیروی انسانی سلامت نیاز به تعریف مشخصی از کارکنان بخش سلامت است، سازمان جهانی بهداشت نیروی انسانی بخش سلامت را به‌عنوان کلیه افراد درگیر در فعالیت‌هایی می‌داند که هدف اولیه آن‌ها ارتقا سلامت است (۶)؛ بنابراین تمامی سازمان‌ها، افراد و اقداماتی که هدف اولیه آن‌ها ارتقاء، بازگرداندن و حفظ سلامت است به‌عنوان نیروی انسانی بخش سلامت تعیین می‌گردد (۷). به این معنی که اعضای خانواده‌ای که از یک بیمار مراقبت

می‌کنند و دیگر مراقبان غیررسمی و داوطلبانی که در بهبود سلامت مشارکت دارند، باید به عنوان قسمتی از نیروی کار بخش سلامت محسوب شوند اما در عمل، این موارد به دلیل فقدان اطلاعات در خصوص نیروی کار که بابت آن هزینه‌ای پرداخت نمی‌گردد و دشواری‌های موجود، در تعیین مرزهای آنچه نظام سلامت را تشکیل می‌دهد، محاسبه نمی‌گردد.



شکل ۲: موجودی و جریان نیروی کار سلامت

۵- منابع داده‌ای بالقوه برای پایش نیروی کار سلامت

برنامه‌ها و رویه‌های بخش سلامت نیازمند داده‌های به هنگام، قابل اعتماد و معتبر است و برخلاف دیدگاه‌های حاکم در مورد کمیابی آمار نیروی کار سلامت، منابع گوناگونی وجود دارد که می‌توانند به طور بالقوه اطلاعات بالقوه را تولید نمایند. این منابع شامل سرشماری جمعیت، پیمایش نیروی کار، ارزشیابی تسهیلات سلامت، دفتر ثبت حقوق کارمندان دولت، دفتر ثبت مؤسسات

قانون‌گذاری حرفه‌ای است. هر کدام از این منابع محدودیت‌ها و نقاط قوتی دارند که باید مورد ارزشیابی قرار گیرند (جدول شماره ۱)

جدول ۱: منابع داده‌ای بالقوه برای پایش نیروی کار سلامت

منبع	نقاط قوت	محدودیت‌ها
سرشماری جمعیت	ارائه اطلاعات در سطح ملی در خصوص موجودی نیروی کار بخش سلامت: سرشماری تمامی مشاغل اطلاعات به تفکیک زیرگروه‌ها می‌تواند تهیه شود. با استفاده از رویه‌های جمع‌آوری و پردازش دقیق اطلاعات می‌توان از کیفیت اطلاعات اطمینان حاصل کرد.	معمولاً فقط در هر ۱۰ سال یک‌بار مدیریت پایگاه داده‌ای می‌تواند از نظر محاسباتی کار پرزحمتی باشد. اطلاعات جزئی که امکان تحلیل عمیق را ایجاد می‌کند اغلب انتشار نمی‌یابد.
پیمایش نیروی کار	ارائه اطلاعات در سطح ملی در خصوص کلیه مشاغل ارائه اطلاعات تفصیلی در خصوص فعالیت نیروی کار رویه‌های جمع‌آوری و پردازش دقیق، کیفیت اطلاعات را تضمین می‌کند. نسبت به سرشماری به منابع کمتری نیاز دارد.	دوره‌های متفاوتی در بین کشورها وجود دارد: از یک ماه تا یک‌بار در هر پنج سال انتشار یافته‌ها اغلب از دقت لازم برای تحلیل نیروی انسانی بخش سلامت برخوردار نیست. اندازه نمونه آن قدر کوچک است که امکان تفکیک بر اساس زیرگروه‌ها وجود ندارد. مقطعی است: امکان پیگیری ورود و خروج نیروی کار وجود ندارد.
ارزشیابی تسهیلات سلامت	اطلاعاتی در خصوص کارکنان تسهیلات سلامت شامل مدیران و کارمندان پشتیبان، کارمندان حاضر	معمولاً به صورت نامنظم و موردی انجام می‌شود. تسهیلات و مطب‌های خصوصی اغلب از نمونه‌گیری

<p>حذف می‌شود. کارکنان مبتنی بر جامعه ممکن است حذف شوند ممکن است کارکنانی که در بیش از یک تسهیلات کار می‌کنند دو بار محاسبه می‌شوند. مقطعی است: امکان پیگیری ورود و خروج نیروی کار وجود ندارد. اطلاعاتی در خصوص بیکاری یا مشاغل سلامت در مؤسسات غیر مرتبط با سلامت.</p>	<p>و معادل تمام وقت ارائه می‌دهد. اطلاعات می‌تواند با توجه به نوع تسهیلات و مشخصات دموگرافیک و مناطق جغرافیایی تفکیک شود، می‌تواند برای پیگیری دستمزدها و پاداش‌ها، آموزش ضمن خدمت، بهره‌وری ارائه‌کنندگان، غیبت کارکنان، نظارت، دسترسی به مهارت‌های موردنیاز برای انجام مداخله‌های ویژه بکار گرفته شود. معمولاً در مقایسه با ارزیابی‌های مبتنی بر خانوار به منابع کمتری نیاز دارد. می‌تواند با گزارش‌های معمول از کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی تکمیل شود.</p>	
<p>کسانی که صرفاً در بخش خصوصی کار می‌کنند مستثنا می‌شوند. با توجه به ماهیت دفاتر ثبت، ممکن است کارکنانی که در دو محل کار می‌کنند، دو بار شمارش شوند یا کارکنانی که به‌صورت موقت در یک منطقه کار می‌کنند، در نظر گرفته نشود. اکثر کشورها مشکلات مزمنی برای حذف کارکنان خیالی و پرداخت‌ها به کارکنانی که مدت زیادی فعال نیستند، دارند.</p>	<p>تفکیک اطلاعات در خصوص کارکنان بخش عمومی اطلاعات معمولاً از صحت کافی برخوردار می‌باشند و به‌طور مکرر به‌روزرسانی می‌شوند. اطلاعات در اکثر اوقات می‌تواند بر اساس سن، جنسیت، محل کار، عنوان شغل و رتبه پرداخت‌ها تفکیک شود.</p>	<p>دفتر ثبت حقوق کارکنان دولت</p>
<p>پوشش و کیفیت اطلاعات بین کشورها و در هر زمانی، با توجه به شاخص‌ها و ظرفیت‌های قانونی</p>	<p>همه‌ی گروه‌های ثبت‌شده تخصصی سلامت را نشان می‌دهد. اطلاعات مربوط به افراد</p>	<p>دفتر ثبت مؤسسات قانون‌گذاری حرفه‌ای</p>

جدیدالورود به بازار ملی کار موجود، متغیر است. سلامت به صورت منظم روزآمد معمولاً به متخصصین سلامت با مهارت بالا محدود می‌شود. می‌شوند. اطلاعات می‌توانند با توجه به سن، جنسیت و بعضی وقت‌ها محل کار تفکیک شود با توجه به ویژگی‌های دفتر ثبت، امکان ردیابی پیشرفت حرفه‌ای و خروج کارکنان سلامت وجود دارد.

۶- مسائل مربوط به پایش ورودی نیروی کار بخش سلامت:

یکی از دلایل اصلی توزیع نامناسب کارکنان سلامت، عدم ورود تعداد کافی نیروی انسانی آموزش دیده به بازار کار سلامت است. اندازه‌گیری ورودی‌ها و پیگیری آن‌ها برای برنامه‌ریزی، مدیریت و کنترل کیفی نیروی کار بخش سلامت ضروری است (۸). دستیابی به اطلاعات به موقع، درست و جامع در مورد ورودی‌های نیروی کار بخش سلامت برای برنامه‌ریزی در خصوص ارائه خدمات سلامت و تأثیرگذاری بر اصلاحات بخش سلامت، حیاتی است.

منظور از ورودی، قرار گرفتن در نیروی کاری است که در یک کشور برای استخدام در بخش سلامت در دسترس است. ورودی‌ها ضرورتاً به معنی استخدام نیستند بلکه به معنی کسانی می‌باشند که شایستگی و تمایل به استخدام را دارند و همه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را در بر می‌گیرد مانند پرسنل بالینی، کارکنان بهداشت عمومی، کارکنان بهداشت جامعه، کارکنان آزمایشگاه بهداشتی، شفا دهندگان سنتی، دارو فروشان و کسانی که آموزش رسمی در این زمینه ندیده‌اند، کارکنان غیررسمی و غیرقانونی بخش سلامت، کسانی که در بخش‌هایی غیر از بخش سلامت کار می‌کنند و ارائه‌دهندگان واجد شرایط خدمات سلامت که قبلاً مشغول به کار نبوده‌اند اما در حال حاضر به بازار کار بخش سلامت وارد شده‌اند را شامل می‌شود (۳).

۷- چارچوب پایش ورودی‌ها:

این چارچوب، شکل توسعه‌یافته چارچوب مسیرهای آموزش و مهاجرت‌پذیری نیروی انسانی بخش سلامت در طی چرخه‌ی زندگی کاری است که توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شده است (۶).

هفت مرحله این چارچوب عبارت‌اند از:

- ۱- وجود مجموعه‌ای از داوطلبان واجد شرایط برای آموزش در بخش سلامت.
- ۲- فراخوان و انتخاب دانشجویان جهت برنامه‌های آموزشی حوزه سلامت.
- ۳- اعتباربخشی مؤسسات آموزشی سلامت.
- ۴- ظرفیت و برون داد مؤسسات آموزش سلامت.
- ۵- ورود کارکنان آموزش‌دیده در سایر کشورها به بخش سلامت کشور.
- ۶- تأیید و صدور گواهی‌نامه فراهم‌کنندگان خدمات سلامت.
- ۷- به‌کارگیری در بازار کار سلامت (۳، ۹، ۱۰).

جدول ۲: شاخص‌ها و ابزارهای کلیدی سنجش ورود به نیروی کار سلامت

شاخص	منابع اطلاعات	ابعاد تکمیلی
۱: متقاضیان واجد صلاحیت برای آموزش سلامت		
۱-۱: تعداد دانش‌آموزانی که از مدارس ابتدایی فارغ‌التحصیل شده‌اند و به‌طور مثال برحسب درصد کل بچه‌های در سن تحصیل ابتدایی بیان شده‌اند	با مدارک اداری روزه‌نامه ارائه‌شده توسط مدارس ابتدایی و متوسطه ارزیابی می‌شوند. همچنین با مصاحبه با مطلعین کلیدی می‌توان این ارزیابی را انجام داد	داده‌ها در خصوص دانش‌آموزان واجد شرایط به تفکیک سن، جنسیت، شهری/ روستایی بودن یا عوامل دیگری که آن‌ها را به خدمت در مناطق محروم سوق می‌دهد.
۲-۱: تعداد دانش‌آموزانی که از مدارس ثانویه فارغ‌التحصیل شده‌اند	اطلاعات در خصوص تعداد کل کودکان در هر گروه سنی که از نظر قانون در سن مدرسه ابتدایی و متوسطه قرار دارند. این اطلاعات بایستی به‌طور دوره‌ای در مقایسه با	اطلاعات تکمیلی کیفی ممکن است در خصوص کیفیت یا مرتبط بودن سرفصل دوره متوسطه نیاز باشد. همچنین ممکن است اطلاعات
۳-۱: تعداد و درصد دانش‌آموزانی که از مدارس متوسطه در رشته علوم فارغ‌التحصیل شده‌اند	کودکان در هر گروه سنی که از نظر قانون در سن مدرسه ابتدایی و متوسطه قرار دارند. این اطلاعات بایستی به‌طور دوره‌ای در مقایسه با	اطلاعات تکمیلی کیفی ممکن است در خصوص کیفیت یا مرتبط بودن سرفصل دوره متوسطه نیاز باشد. همچنین ممکن است اطلاعات

اطلاعات حاصل از سرشماری دیگری در مورد شرایط ورود به جمعیت تائید شود دوره‌های آموزشی جهت مشاغل با مهارت پایین‌تر مورد نیاز باشد.

۲: فراخوان و آموزش دانش آموزان در برنامه‌های آموزش سلامت

۱-۲: تعداد متقاضی به ازای هر با مدارک اداری روزمره ارائه شده اطلاعات در خصوص متقاضیان به فرصت آموزشی و به ازای هر رسته توسط مؤسسات آموزشی سلامت تفکیک سن، جنسیت، شری / شغلی ارزیابی می‌شود. همچنین با پیمایش روستایی بودن یا عوامل دیگری که ۲-۲: تعداد و درصد متقاضیانی که کمی مؤسسات آموزشی یا مصاحبه آن‌ها را به خدمت در مناطق محروم شرایط مورد نیاز را دارند به ازای هر با مطلعین کلیدی ارزیابی می‌شود. سوق می‌دهد. فرصت آموزشی و به ازای هر رسته شغلی

۳-۲: تعداد و درصد متقاضیانی که در برنامه‌های آموزشی در هر رشته پذیرفته شده‌اند، به ازای هر رسته شغلی

۴-۲: تعداد و درصد متقاضیان پذیرفته شده که برای گذراندن دوره آموزشی در هر رشته ثبت نام نموده‌اند به ازای هر رسته شغلی

۳: اعتباربخشی مؤسسات آموزش سلامت

۱-۳: وجود آژانس‌های می‌تواند با بررسی مستندات یا داده‌هایی در خصوص نتایج اعتباربخشی مؤسسات آموزش مصاحبه با مطلعین کلیدی ارزیابی اعتباربخشی، به تفکیک نوع موسسه سلامت و منطقه جمع‌آوری می‌شود. ممکن است اطلاعات کیفی دیگری در خصوص اختیارات و منابع آژانس‌های اعتباربخشی و موانع اصلی اعتباربخشی مؤسسات مورد نیاز باشد.

۲-۳: تعداد و درصد مؤسسات آموزش سلامت که استانداردهای اعتباربخشی را کسب کرده‌اند

۴: ظرفیت و برون داد مؤسسات آموزش سلامت

۴-۱: تعداد فرصت‌های آموزش به شاخص‌هایی راجع به ظرفیت و اطلاعات در خصوص ظرفیت

ازای هر رسته شغلی	خروجی که بر اساس مستندات	آموزش، نسبت ریزش، خروجی،
۴-۲: ظرفیت آزمایشگاه‌ها یا	اجرای روزمره که توسط مؤسسات	مخارج و هزینه‌ها به تفکیک نوع
کارگاه‌های بالینی به ازای هر رسته	آموزش سلامت ارائه می‌شود.	موسسه و منطقه اطلاعات در
شغلی	همچنین با گزارش‌های کمی	خصوص فارغ‌التحصیلان بایستی به
۴-۳: تعداد دانش جویان به ازای	مؤسسات آموزشی نیز می‌تواند	تفکیک سن، جنسیت، شهری/
استاد برای هر رسته شغلی	ارزیابی شود.	روستایی بودن یا دیگر شاخصه‌های
۴-۴: تعداد دانشجویان به ازای	اطلاعات در خصوص هزینه‌های	دموگرافیک ارائه شود.
رایانه‌ی شخصی به ازای هر رسته	دولتی از وزارت امور مالی	ممکن است اطلاعات کیفی دیگری
شغلی	قابل‌دستیابی است. اطلاعات تکمیلی	در خصوص مشکلات اصلی
۴-۵: تعداد کتاب‌ها و مجلات	در خصوص هزینه‌های آموزش	ظرفیت مؤسسات آموزشی، نظرات
کتابخانه به ازای دانشجو برای هر	به‌منظور در نظر گرفتن بخش	در خصوص دسترسی به فضای
رسته شغلی	خصوصی موردنیاز است.	کلینیکی و دیگر منابع لازم،
۴-۶: نسبت خروج دانش جویان به		انتظارات، برنامه مشاوره شغلی برای
ازای کل دانشجویان برای هر رسته		دانشجویان و دلایل خروج
شغلی		دانشجویان موردنیاز باشد
۴-۷: نسبت خروج استادان به ازای		
هر رشته تخصصی تعداد		
دانشجویانی که در هر سال		
فارغ‌التحصیل می‌شوند به ازای هر		
رشته تخصصی		
۴-۸: هزینه بخش خصوصی در		
آزمون حرفه‌های سلامت به ازای		
هر رشته تخصصی		

۵: پذیرش کارکنان آموزش دیده سلامت در سایر کشورها

۵-۱: تعداد کارکنان خارجی	با سوابق اداری روزمره	اطلاعات در خصوص پذیرش
سلامت که متقاضی دریافت روادید		مهاجر به تفکیک سن، جنسیت و
می‌باشند به ازای هر رشته تخصصی		کشور زادگاه جمع‌آوری می‌شود.
۵-۲: تعداد روادیدهای صادره برای		
کارکنان خارجی سلامت به ازای		
هر رشته تخصصی		

۶: تأیید و صدور مجوز ارائه‌کنندگان خدمات سلامت

۶-۱: تعداد و درصد کارکنان	با سوابق اداری روزمره	ممکن است اطلاعات کیفی دیگری
---------------------------	-----------------------	-----------------------------

در خصوص دلایل اصلی عدم توفیق در کسب مدرک مورد نیاز باشد.

آموزش دیده سلامت داخلی که به تازگی فارغ التحصیل شده‌اند، به ازای هر رشته‌ی تخصصی ۲-۶: تعداد و درصد کارکنان آموزش دیده سلامت بین‌المللی که به تازگی فارغ التحصیل شده‌اند و مجوز فعالیت گرفته‌اند به ازای هر رشته تخصصی

۸- مسائل مربوط به پایش نقل و انتقال و خروج نیروی کار بخش سلامت

پایش نیروی کار سلامت تنها با تحلیل ورودی‌های کارکنان جدید و کارکنان فعلی میسر نمی‌شود، بلکه جریان ورود و خروج نیروی کار بخش سلامت بایستی مدنظر قرار گیرد. بنابراین لازم است ابتدا چارچوبی برای شناسایی و تحلیل خروج از کار ارائه شود، سپس مجموعه جامعی از شاخص‌ها که با استفاده از منابع آماری استاندارد قابل اندازه‌گیری است، ارائه و داده‌های مورد نیاز مشخص شود (۶). لازم به ذکر است که خروج نیروی کار به‌طور مستقیم از عواملی مانند حقوق ناکافی، شرایط کاری نامناسب (فقدان تجهیزات پزشکی و ایمنی مناسب محل کار) و عدم رضایت شغلی (به دلایل گوناگون از قبیل عدم استقلال کاری، فرصت‌های محدود برای پیشرفت‌های حرفه‌ای، ساعات کار انعطاف‌ناپذیر)، وجود گزینه‌های کاری بهتر در جاهای دیگر است (۱۱-۱۳).

۹- انواع انتقالات و جابه‌جایی‌های نیروی کار بخش سلامت:

- ۱- تغییر در الگوهای مکان و پست‌های کاری.
- ۲- جابه‌جایی جغرافیایی.
- ۳- جابه‌جایی بین بخش‌ها (از بخش دولتی به بخش خصوصی).
- ۴- جابه‌جایی به دلیل تغییر شغل.
- ۵- انتقال کارکنان به دلیل تغییر موقعیت افراد یا شرایط کلان اقتصادی.

لازم به ذکر است که خروج از سیستم سلامت می‌تواند داوطلبانه یا غیر داوطلبانه، دائمی یا موقت باشد. مرخصی زایمان یا مرخصی برای مراقبت از اعضای خانواده، مرخصی استعلاجی و یا سایر مرخصی‌های فوری از رایج‌ترین دلایل خروج موقت نیروی کار مولد از چرخه کار است. بازنشستگی، مرگ، ناتوانی و از کارافتادگی مزمن و مهاجرت بین‌المللی مثال‌هایی از خروج دائمی کارکنان از محل کار محسوب می‌شود.

جدول ۳: شاخص‌ها و استراتژی‌های اندازه‌گیری جابه‌جایی و خروج کارکنان سلامت

منابع بالقوه داده		شاخص‌ها
معیارهای اندازه‌گیری مبتنی بر موجودی	اندازه‌گیری‌های مبتنی بر جریان	
۱: شاخص‌های انتقال		
سرشماری جمعیت	سوابق اداری روزمره شامل مدارک	بین بخش‌ها
ارزیابی تسهیلات سلامت در حوزه کارکنان	پرداخت حقوق و دفاتر ثبت متخصصان سلامت	بین مشاغل
	ارزیابی ویژه نیروی انسانی بخش سلامت	بین نواحی / مناطق
		بیم مؤسسات
		تمام وقت به پاره وقت یا برعکس
۲: شاخص‌های خروج		
سرشماری جمعیت یا پیمایش نیروی کار	سوابق اداری روزمره شامل مدارک پرداخت حقوق، دفاتر ثبت	بیکاری
ارزیابی تسهیلات سلامت در حوزه کارکنان	متخصصین سلامت و سوابق تأمین اجتماعی	مأموریت آموزشی
	ارزیابی ویژه نیروی انسانی سلامت	مرخصی زایمان یا مرخصی برای مراقبت از اعضای خانواده
	ثبت وقایع حیاتی	مرخصی به دلیل بیماری یا دیگر دلایل فوری
		مهاجرت به دیگر کشورها
		بازنشستگی
		از کارافتادگی مزمن
		مرگ

۱۰- مسائل مربوط به اندازه‌گیری هزینه‌های نیروی‌های کار سلامت:

پرداخت‌های پرسنلی بزرگ‌ترین قلم هزینه‌ای در حساب‌های ملی است. علی‌رغم اهمیت منابع انسانی بخش سلامت در هزینه‌های کلی بخش سلامت، مستندات کافی در مورد روش‌های حسابداری سلامت که اختصاصاً به نیروی کار سلامت مرتبط باشد، وجود ندارد.

ایجاد سیستم جامع، قابل‌اعتماد و منسجم در مورد شاخص‌های هزینه‌ای نیروی انسانی بخش سلامت، نیازمند جمع‌آوری داده‌های اداری معمول به همراه انجام پیمایش‌های دوره‌ای است.

جدول ۴: شاخص‌های پایش هزینه‌های منابع انسانی سلامت

شاخص‌های پیشنهادی برای پایش هزینه‌های منابع انسانی سلامت

- ۱- هزینه نیروی انسانی سلامت، کلی و سرانه
- ۲- هزینه نیروی انسانی سلامت به عنوان نسبی از کل هزینه‌های سلامت
- ۳- هزینه نیروی انسانی سلامت به عنوان نسبی از تولید ناخالص داخلی
- ۴- هزینه دولتی برای نیروی انسانی سلامت به عنوان نسبی از هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت
- ۵- هزینه دولتی در خصوص نیروی انسانی سلامت به عنوان نسبی از هزینه‌های جاری دولت در بخش سلامت
- ۶- تفکیک هزینه‌های نیروی انسانی بر اساس: محل کار، بخش، وضعیت اشتغال، کارکرد حرفه‌ای

۴- نتیجه‌گیری

بررسی‌ها نشان داد که ۲۰ گروه شاخص شامل: شاخص‌های اصلی موجودی و توزیع نیروی انسانی، شاخص‌های فعالیت نیروی انسانی سلامت، شاخص‌های بهره‌وری نیروی کار سلامت، شاخص‌های اتلاف و تجدید نیروی انسانی بخش سلامت، شاخص‌های حاکمیت مطلوب بر نظام اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت، شاخص‌های نظام تقویت‌شده منابع انسانی بخش سلامت، متقاضیان واجد صلاحیت برای آموزش سلامت، فراخوان و گزینش دانش‌آموزان در برنامه‌های آموزش سلامت، اعتباربخشی مؤسسات آموزش سلامت، ظرفیت و برون داد مؤسسات آموزش

سلامت، پذیرش کارکنان آموزش دیده سلامت در سایر کشورها، تأیید و صدور مجوز ارائه کنندگان خدمات سلامت، شاخص‌های انتقال، شاخص‌های خروج، شاخص‌های پایش هزینه‌های منابع انسانی سلامت، شاخص‌های درون داد، شاخص‌های فرآیند، شاخص‌های اثربخشی، شاخص‌های کارایی، شاخص‌های برون داد، می‌تواند برای پایش نیروی انسانی مفید باشد

۵- منابع

1. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human resources for health*. 2003;1(1):3.
۲. دماری بهزاد، وثوق مقدم عباس، عباچی زاده کامبیز، پیش نویس سند سیاست مدیریت منابع انسانی بخش سلامت. دبیرخانه شورای سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت.
3. Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat AL. *Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health with special applications for low-and middle-income countries*: World Health Organization; 2009.
4. Mackay KR. *How to Build M and E Systems to Support Better Government*: World Bank Publications; 2007.
۵. یارمحمدیان محمدحسین، یعقوبی مریم، ممی خانی جهان آرا. تدوین شاخص، اساسی ترین منبع اطلاعاتی ارزیابی منابع انسانی در. مدیریت اطلاعات سلامت. زمستان ۸۹ صفحه ۵۵۵-۵۴۶.
6. Organization WH. *The world health report: 2006: working together for health*. 2006.
7. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(6):770-8.

8. Organization PAH. Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action: Pan American Health Org; 2002.
9. Bowerman J, Dussault G, Codjia L, Kantengwga K, Tulenko K. Assessing the capacity to produce health personnel in Rwanda. *Leadership in Health Services*. 2008;21(4):290-306.
10. Schneider SL, Kogan I. The International Standard Classification of Education 1997: Challenges in the application to national data and the implementation in cross-national surveys. *The International Standard Classification of Education (ISCED-97) An evaluation of content and criterion validity for*. 2001;5;8
11. Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of nursing studies*. 2007;44(2):297-314.
12. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, Ntuli A, Rowson M, Loewenson R. Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. Durban: Health Systems Trust. 2003.
13. Zurn P, Dolea C, Stilwell B, Organization WH. Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce: International Council of Nurses; 2005.

پیوست ۱: شاخص های پایش و ارزیابی نیروی کار بخش سلامت

ردیف	شاخص	شرح	صورت کسر	مخرج کسر	مسائل مربوط به اندازه گیری
۱: شاخص های اصلی موجودی و توزیع نیروی انسانی					
۱	موجودی و تراکم نیروی انسانی سلامت	تعداد کل مناسب انسانی سلامت	تعداد کل کارکنان سلامت در کشور	جمعیت کل همان کشور	تعیین و تعریف مرزهای نیروی انسانی مانند نوع شغل
۲	ترکیب مهارتی	توزیع نیروی انسانی بخش سلامت با توجه به شغل	تعداد پزشکان، پرستاران، ماماها (دیگر) طبقه های ارائه خدمت	تعداد کل کارکنان سلامت در کشور	طبقه بندی شغلی با تفکیک و تمایز بین سرشماری افراد حاضر و پست های سازمانی
۳	توزیع جغرافیایی	توزیع نیروی انسانی بخش سلامت با توجه به موقعیت جغرافیایی	تعداد کارکنان سلامت در مناطق روستایی	تعداد کل کارکنان سلامت در کشور	تعریف روستا
۴	توزیع سنی	توزیع نیروی انسانی بخش سلامت به تفکیک گروه های سنی	تعداد کارکنان سلامت در گروه های سنی مورد نظر	تعداد کل کارکنان سلامت در کشور	
۵	توزیع جنسیتی	توزیع نیروی انسانی بخش سلامت به تفکیک گروه های جنسیتی	تعداد کارکنان زن در عرصه سلامت	تعداد کل کارکنان سلامت در کشور	
۲: شاخص های فعالیت نیروی انسانی سلامت					
۶	میزان فعالیت نیروی کار	نسبت نیروی انسانی بخش سلامت که در	تعداد افرادی که با	تعداد افرادی که با	طبقه بندی شغلی

		مهارت‌های مرتبط با سلامت در سن کار قرار دارند	مهارت‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان نیروی کار فعال حضور دارند	حال حاضر جزو نیروی کار فعال می‌باشند
۷	میزان اشتغال	تعریف مشارکت نیروی کار و وضعیت اشتغال	تعداد افرادی که با مهارت‌های مرتبط با سلامت به‌عنوان نیروی کار فعال حضور دارند	نسبت نیروی انسانی بخش سلامت که شاغل یا بیکارند
۸	بخش محل اشتغال	طبقه‌بندی حرفه‌ای افراد استخدام‌شده‌اند	تعداد افرادی که در مؤسسات خدمات سلامت استخدام‌شده‌اند	توزیع کارکنان با توجه به نوع صنعتی که در آن کار می‌کنند
۹	بخش مؤسسات	تعریف صلاحیت فعالیت در محل کار	تعداد کارکنان سلامت که در بخش دولتی استخدام‌شده‌اند	توزیع کارکنان سلامت بر اساس بخش محل فعالیت
۱۰	اشتغال دوگانه	تعداد کل کارکنان سلامت	تعداد کارکنان سلامت که در حال حاضر در بیش از یک محل استخدام‌شده‌اند	نسبتی از نیروی انسانی بخش سلامت که در بیش از یک محل مشغول به کار می‌باشند

۱۱	درآمد و عایدی شغلی	میانگین درآمد و عایدات شغلی کارکنان بخش سلامت	درآمد کلی نیروی کار در یک دوره معین	تعداد کل کارکنان سلامت	تفکیک بین درآمد خالص / ناخالص، منابع درآمدی، مزایای غیر پولی و نیز تعریف دوره‌ی مرجع برای گزارش درآمد
۳: شاخص‌های بهره‌وری نیروی کار سلامت					
۱۲	غیبت از کار	روزهای غیبت از کار کارکنان سلامت	تعداد روزهای غیبت کارکنان بخش سلامت در یک دوره معین	تعداد کل روزهای کاری برنامه‌ریزی شده بین کار	تعیین حدود و گزارش دلایل غیبت
۱۳	بهره‌وری ارائه‌دهندگان	تعداد نسبی وظایف خاص انجام شده بین کارکنان سلامت	وظایف خاص انجام شده در دوره معین	تعداد کل وظایف خاص انجام شده در دوره مشابه	حدود وظایف از نظر کمیت / کیفیت دوره مشابه
۴: شاخص‌های اتلاف و تجدید نیروی انسانی بخش سلامت					
۱۴	میزان تولید نیروی کار	میزان ورودی به نیروی کار سلامت	تعداد فارغ‌التحصیلا ن مؤسسات آموزش تخصصی سلامت در سال گذشته	تعداد کل کارکنان سلامت	طبقه‌بندی آموزشی و نیز فرآیندهای تائید صلاحیت و استقرار فارغ‌التحصیلان جدید
۱۵	کفایت نیروی انسانی بخش سلامت	نسبت کارکنان سلامت آموزش دیده داخلی	تعداد کارکنان سلامت که آموزش‌های تخصصی را در داخل کشور سپری	تعداد کل کارکنان آموزش دیده سلامت در همان کشور	طبقه‌بندی شغلی

نموده‌اند			
۱۶	میزان اتلاف نیروی کار	میزان خروجی‌ها از نیروی کار سلامت	تعداد کارکنان سلامت که در سال گذشته از نیروی کار فعال خارج شده‌اند
	تعیین حدود و گزارش دلایل خروج از کار	تعداد کل کارکنان سلامت	
۵: شاخص‌های حاکمیت مطلوب بر نظام اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت			
	شاخص	شرح	محدوده زمانی و وسایل
۱۷	وجود یک استراتژی ملی با اهداف، شاخص‌ها و مقاصد معین که در برنامه‌ریزی و مدیریت نیروی انسانی بخش سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد	استراتژی تدوین یافته نیروی انسانی ملی بخش سلامت که شامل اهداف و شاخص‌هایی که دارای خصوصیات SMART می‌باشند همراه با برنامه کار از پیش تعیین شده برای اجرا و پایش در سطوح منطقه‌ای و ملی	استراتژی ملی نیروی انسانی بخش سلامت، مطلعین کلیدی
۱۸	وجود یک نهاد مشورتی برای اجرای نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت در انطباق با استانداردهای ملی	برگزاری جلسات و کارگروه‌های منظم در بین ذی‌نفعان ملی و بین‌المللی در زمینه مدیریت سلامت، توسعه و اطلاعات برای راهبری و پایش اجرای نظام پایش و اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت	گزارش‌های پیشرفت استراتژی نیروی انسانی ملی بخش سلامت، گزارش‌ها/ صورت جلسات، جلسات کمیته مشورتی مطلعین کلیدی
۱۹	وجود مکانیسم	وجود مکانیسم	گزارش‌های پیشرفت استراتژی نیروی

همکاری عملی در سطح ملی برای نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت	همکاری در سطح ملی با اختصاص منابع لازم	آغازین برنامه‌ریزی نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی ملی بخش سلامت	انسانی ملی بخش سلامت، گزارش‌ها/ صورت‌جلسات، جلسات کمیته مشورتی مطلعین کلیدی
۲۰ جایگاه نظام اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت مستقر است و از آن در تصمیم‌گیری‌های نیروی انسانی بخش سلامت در همه‌ی سطوح استفاده می‌شود	محتویات نظام اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت که برای آگاهانه‌تر کردن تصمیم‌گیری در بین صاحب‌نظران سلامت در سطوح ملی و محلی بر اساس یک رویه منظم بکار گرفته می‌شود	در طول دوره اجرا	گزارش‌های پیشرفت استراتژی نیروی انسانی ملی بخش سلامت، گزارش‌ها/ صورت‌جلسات، جلسات کمیته مشورتی مطلعین کلیدی
۶: شاخص‌های نظام تقویت‌شده منابع انسانی بخش سلامت			
شاخص	شرح	محدوده زمانی	وسایل
۲۱ مناسب بودن نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت	نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت دارای داده‌هایی در سطوح ملی و محلی است که به‌صورت منظم گردآوری می‌شوند	در طول دوره اجرا	انتشار گزارش‌ها، مطلعین کلیدی
۲۲ معتبر سازی نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت	بررسی جامع تمامی منابع اطلاعاتی موجود منابع انسانی بخش سلامت انجام می‌گیرد و از آن برای روزآمد کردن و تأیید نظام ملی	در طول دوره اجرا	انتشار گزارش‌ها، مطلعین کلیدی

		اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت به صورت منظم استفاده می شود	
۲۳	ثبات نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت	همه شاخص ها و اطلاعات موجود در نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت مجموعه واحدی از نوعی تعاریف و طبقه بندی را به کار می گیرند که امکان مقایسه بین منابع را در طول زمان و در سطح بین المللی فراهم می آورند	در طول دوره اجرا گزارش های منتشر شده
۲۴	تفکیک اطلاعات در نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت	همه شاخص ها و اطلاعات موجود در نظام اطلاعات و پایش نیروی انسانی بخش سلامت می تواند با توجه به نوع کادر، جنسیت، سن، منطقه جغرافیایی، بخش یا شاخصه های دیگر تفکیک شود	در طول دوره اجرا گزارش های منتشر شده
۷: متقاضیان واجد صلاحیت برای آموزش سلامت			
۲۵	تعداد دانش آموزانی که از مدارس ابتدایی فارغ التحصیل شده اند	با مدارک اداری روزمره ارائه شده توسط مدارس ابتدایی و متوسط ارزیابی می شوند. همچنین با مصاحبه با مطلعین کلیدی می توان این ارزیابی را انجام داد اطلاعات در خصوص تعداد کل کودکان	داده ها در خصوص دانش آموزان واجد شرایط به تفکیک سن، جنسیت، شهری/ روستایی بودن یا عوامل دیگری که آن ها را به خدمت در مناطق محروم سوق می دهد.

اطلاعات تکمیلی کیفی ممکن است در خصوص کیفیت یا مرتبط بودن سرفصل دوره متوسطه نیاز باشد. همچنین ممکن است اطلاعات دیگری در مورد شرایط ورود به دوره‌های آموزشی جهت مشاغل با مهارت پایین تر مورد نیاز باشد	در هر گروه سنی که قانونا در سن مدرسه ابتدایی و متوسطه قرار دارند. این اطلاعات بایستی به طور دوره‌ای در مقایسه با اطلاعات حاصل از سرشماری جمعیت تأیید شود	۲۶ تعداد دانش آموزانی که از مدارس ثانویه فارغ التحصیل شده‌اند
		۲۷ تعداد و درصد دانش آموزانی که از مدارس متوسطه در رشته علوم فارغ التحصیل شده‌اند
۸: فراخوان و گزینش دانش آموزان در برنامه‌های آموزش سلامت		
اطلاعات در خصوص متقاضیان به تفکیک سن، جنسیت، شری / روستایی بودن یا عوامل دیگری که آن‌ها را به خدمت در مناطق محروم سوق می‌دهد.	با مدارک اداری روزمره ارائه شده توسط مؤسسات آموزشی سلامت ارزیابی می‌شود. همچنین با پیمایش کمی مؤسسات آموزشی یا مصاحبه با مطلعین کلیدی ارزیابی می‌شود	۲۸ تعداد متقاضیان به ازای هر فرصت آموزشی و به ازای هر رسته شغلی
		تعداد و درصد متقاضیانی که شرایط مورد نیاز را دارند به ازای هر فرصت شغلی و به ازای هر رسته شغلی
		۲۹ تعداد و درصد متقاضیانی که در برنامه‌های آموزشی در هر رشته پذیرفته شده‌اند به ازای هر رسته شغلی
		۳۰ تعداد و درصد متقاضیانی که پذیرفته شده‌اند به ازای هر رسته شغلی
		۳۱ تعداد و درصد متقاضیانی که پذیرفته شده‌اند به ازای هر رسته شغلی

رشته ثبت نام	
نموده اند	
۹: اعتباربخشی مؤسسات آموزش سلامت	
۳۲	وجود آژانس اعتباربخشی مؤسسات آموزش سلامت
می تواند با بررسی مستندات یا مصاحبه با مطلعین کلیدی ارزیابی شود	داده‌هایی در خصوص نتایج اعتباربخشی، به تفکیک نوع موسسه و منطقه جمع آوری می‌شود. ممکن است اطلاعات کیفی دیگری در خصوص
۳۳	تعداد و درصد مؤسسات آموزش سلامت که استاندارد اعتباربخشی یا اعتباربخشی مجدد را کسب کرده‌اند
می تواند با بررسی مستندات یا مصاحبه با مطلعین کلیدی ارزیابی شود	اختیارات و منابع آژانس‌های اعتباربخشی و موانع اصلی اعتباربخشی مؤسسات مورد نیاز باشد
۱۰: ظرفیت و برون داد مؤسسات آموزش سلامت	
۳۴	تعداد فرصت‌های آموزش به ازای هر رشته شغلی
شاخص‌هایی راجع به ظرفیت و خروجی که بر اساس مستندات اجرایی روزمره که توسط مؤسسات آموزش سلامت ارائه می‌شود. همچنین با گزارش‌های کمی مؤسسات آموزشی نیز می‌تواند ارزیابی شود.	اطلاعات در خصوص ظرفیت آموزش، نسبت ریزش، خروجی، مخارج و هزینه‌ها به تفکیک نوع موسسه و منطقه
۳۵	ظرفیت آزمایشگاه‌ها یا کارگاه‌های بالینی به ازای هر رشته شغلی
مؤسسات آموزشی نیز می‌تواند ارزیابی شود.	اطلاعات در خصوص فارغ‌التحصیلان بایستی به تفکیک سن، جنسیت، شهری/ روستایی بودن یا دیگر شاخصه‌های دموگرافیک ارائه شود. ممکن است اطلاعات کیفی دیگری در خصوص مشکلات اصلی ظرفیت مؤسسات آموزشی، نظرات در خصوص دسترسی به فضای کلینیکی و دیگر منابع لازم، انتظارات، برنامه مشاوره شغلی برای دانشجویان و دلایل خروج دانشجویان مورد نیاز باشد
۳۶	تعداد دانشجویان به ازای ستاد به ازای هر رشته شغلی
اطلاعات تکمیلی در خصوص هزینه‌های آموزش به منظور در نظر گرفتن بخش خصوصی مورد نیاز است.	اطلاعات در خصوص هزینه‌های دولتی از وزارت امور مالی قابل دستیابی است.
۳۷	تعداد دانشجویان به ازای رایانه شخصی به ازای هر رشته شغلی
تعداد کتاب‌ها و مجلات کتابخانه به	
۳۸	تعداد کتاب‌ها و مجلات کتابخانه به

ازای دانشجوی به	
ازای هر رشته شغلی	
نسبت خروج	۳۹
دانشجویان به ازای	
کل دانشجویان به	
ازای هر رشته شغلی	
نسبت خروج	۴۰
استادان به ازای هر	
رشته تخصصی	
تعداد دانشجویانی	۴۱
که در هر سال	
فارغ التحصیل	
می شوند به ازای هر	
رشته شغلی	
هزینه بخش	۴۲
خصوصی در	
آموزش حرفه‌ای	
سلامت به ازای هر	
رشته تخصصی	
۱۱: پذیرش کارکنان آموزش دیده سلامت در سایر کشورها	
اطلاعات در خصوص پذیرش مهاجر	تعداد کارکنان
به تفکیک سن، جنسیت و کشور	با سوابق اداری روزمره
زادگاه جمع آوری می شود	خارجی سلامت که
	متقاضی دریافت
	روادید می باشند به
	ازای هر رشته
	تخصصی
	تعداد روادیدهای
	صادرہ برای
	کارکنان خارجی
	سلامت به ازای هر

رشته تخصصی	
۱۲: تأیید و صدور مجوز ارائه‌کنندگان خدمات سلامت	
<p>۴۵</p> <p>تعداد و درصد کارکنان آموزش‌دیده سلامت داخلی که به‌تازگی فارغ‌التحصیل شده‌اند، به ازای هر رشته‌ی تخصصی</p>	<p>با سوابق اداری روزمره</p> <p>ممکن است اطلاعات کیفی دیگری در خصوص دلایل اصلی عدم توفیق در کسب مدرک موردنیاز باشد</p>
<p>۴۶</p> <p>تعداد و درصد کارکنان آموزش‌دیده سلامت بین‌المللی که به‌تازگی فارغ‌التحصیل شده‌اند و مجوز فعالیت گرفته‌اند به ازای هر رشته تخصصی</p>	
۱۳: شاخص‌های انتقال	
منابع بالقوه داده	شاخص‌ها
معیارهای اندازه‌گیری مبتنی بر موجودی	اندازه‌گیری‌های مبتنی بر جریان
<p>۴۷</p> <p>بین بخش‌ها بین مشاغل بین نواحی/ مناطق بیم مؤسسات تمام‌وقت به پاره‌وقت یا برعکس</p>	<p>سوابق اداری روزمره شامل مدارک پرداخت حقوق و دفاتر ثبت متخصصان سلامت ارزیابی ویژه نیروی انسانی بخش سلامت</p>
<p>سرشماری جمعیت ارزیابی تسهیلات سلامت در حوزه کارکنان</p>	
۱۴: شاخص‌های خروج	

شاخص‌ها	منابع بالقوه داده
	اندازه‌گیری‌های مبتنی بر جریان اندازه‌گیری معیارهای اندازه‌گیری مبتنی بر موجودی
۴۸	بیکاری سوابق اداری روزمره شامل مدارک سرشماری جمعیت یا پیمایش نیروی کار مأموریت آموزشی پرداخت حقوق، دفاتر ثبت متخصصین ارزیابی زیان یا سلامت و سوابق تأمین اجتماعی مرخصی برای ارزیابی ویژه نیروی انسانی سلامت مراقبت از اعضای خانواده مرخصی به دلیل بیماری یا دیگر دلایل فوریتی مهاجرت به دیگر کشورها بازنشستگی از کارافتادگی مزمن مرگ
۱۵: شاخص‌های پیشنهادی برای پایش هزینه‌های منابع انسانی سلامت	
۴۹	هزینه نیروی انسانی سلامت، کلی و سرانه
۵۰	هزینه نیروی انسانی سلامت به‌عنوان نسبتی از کل هزینه‌های سلامت
۵۱	هزینه نیروی انسانی سلامت به‌عنوان نسبتی از تولید ناخالص داخلی
۵۲	هزینه دولتی برای نیروی انسانی سلامت به‌عنوان نسبتی از هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت
۵۳	هزینه دولتی در خصوص نیروی انسانی سلامت به‌عنوان نسبتی از هزینه‌های جاری دولت در بخش سلامت
۵۴	تفکیک هزینه‌های نیروی انسانی بر اساس: محل کار، بخش، وضعیت اشتغال، کارکرد حرفه‌ای
۱۶: شاخص‌های درون داد	
۵۵	جذب نیروی انسانی، نیروی‌های جذب‌شده برای مناطق محروم درصد کارکنانی که در دوره قرارداد سال اول آموزش توجیهی دیده‌اند میزان افزایش اعتبارات آموزشی ضمن خدمت کارکنان میانگین سنی خدمتی کارکنان
۱۷: شاخص‌های فرایند	
۵۶-	وجود برنامه جذب و اشغال پست‌های بلا تصدی

۷۷	<p>وجود دستورالعمل‌های نقل و انتقال کارکنان به‌گزینی در استخدام و جذب نیرو مستندسازی فرایندهای جاری و معمول مدیریت منابع انسانی استقرار و به‌کارگیری فن‌آوری مطلوب و متناسب در مدیریت منابع انسانی روزآمدی آمار و اطلاعات پرسنلی وجود برنامه عملیاتی به‌صورت مکتوب و مستند وجود استراتژی مشخص در زمینه توسعه و بهسازی منابع انسانی وجود استراتژی مشخص در زمینه تأمین و جذب نیروی انسانی وجود استراتژی مشخص در زمینه نگهداشت نیروی انسانی وجود برنامه استراتژیک مکتوب و مستند در مدیریت نیروی انسانی و در کل دانشگاه جلسات کاری مشترک با مدیران در موضوعات منابع انسانی دارای برنامه زمان‌بندی و ساختار وجود برنامه مدون ارزیابی عملکرد ماهانه بازدیدهای ادواری از واحدهای زیرمجموعه وجود گزارش‌های پیشرفت برنامه عملیاتی استقرار نظام‌های نوین مدیریتی در اداره نیروی انسانی میزان اطلاع‌رسانی قوانین، مقررات، ضوابط و سایر سیاست‌های مربوط به نیروی انسانی در مورد کارکنان میزان بهره‌برداری از نرم‌افزار سیستم پرسنلی تشکیل منظم جلسات کمیته‌های نقل و انتقالات پیگیری مدیریت منابع انسانی در خصوص کسب اطلاعات و برنامه‌های عملیاتی منابع مالی نیروی انسانی دانشگاه ارزیابی اجرای دوره‌های آموزش ضمن خدمت</p>
۱۸: شاخص‌های برون داد	
-۷۸	وجود سایت‌ها فعال اختصاصی برای نیروی انسانی دانشگاه
۸۷	<p>درصد صدور احکام افزایش سنواری فوق‌العاده شغل، گروه تشویقی در زمان تعیین شده درصد صحت احکام اصلاحی انفرادی درصد صدور احکام تغییر پست، انتصاب، ارتقای گروه ۱۵ روز پس از تصویب در کمیته اجرایی درصد صدور حکم افزایش ضریب سالیانه حداکثر ۲ هفته پس از ابلاغ دستورالعمل اندازه‌گیری شاخص‌های حصول به اهداف برنامه عملیاتی پیشنادهای اصلاح آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها از طرف مدیریت نیروی انسانی به هیئت‌امناى دستگاه میزان جذب بودجه جهت انجام طرح‌های تحقیقاتی سرايه ذخيره مرخصی کارکنان درصد درخواست‌های مأموریت و انتقال در کارکنان</p>

۱۹: شاخص‌های کارایی	
۸۸-	درصد اجرای قوانین بازنشستگی قبل از موعد
۹۱	تناسب شرح وظایف مصوب اعلام شده به کارمند با شرح وظایف واقعی واحد نیروی انسانی سرعت ارزشیابی و بازخورد کاهش سطوح مدیریت
۲۰: شاخص‌های اثربخشی	
۹۲-	درصد تخلفات رسیدگی شده
۹۵	علت‌یابی تخلفات اداری در حوزه نیروی انسانی نسبت کارکنان در سطوح تحصیلی دانشگاهی فوق‌دیپلم و بالاتر میزان تکمیل شناسنامه آموزشی کارکنان

منابع شاخص‌ها:

Organization WH. The world health report: 2006: working together for health. 2006.

Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat AL. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health with special applications for low- and middle-income countries: World Health Organization; 2009.

یارمحمدیان محمدحسین، یعقوبی مریم، ممی خانی جهان آرا. تدوین شاخص، اساسی‌ترین منبع اطلاعاتی ارزیابی منابع انسانی در. مدیریت اطلاعات سلامت. زمستان ۸۹ صفحه ۵۵۵-۵۴۶.

نظام های سلامت را می توان به شیوه های گوناگون توصیف کرد. بر اساس چارچوب پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت دارای شش عملکرد ارائه خدمات، نیروی انسانی بخش سلامت، تامین مالی، اطلاعات، رهبری و حاکمیت، تولیدات و فناوری های سلامت می باشد [۱]. این عملکردها از راه های مختلف به تقویت نظام های سلامت کمک می کنند نیروی انسانی به عنوان عامل کلیدی تقویت مداخلات بخش سلامت به منظور تحقق اهداف توسعه هزاره شناخته شده است [۲] و به عنوان پایه و اساس سیستم سلامت می باشد. افزایش آگاهی ها در خصوص نقش حیاتی نیروی انسانی شاغل در بخش سلامت، موضوع نیروی انسانی را در صدر امور سلامت عمومی جهان قرار می دهد [۳] بخشی از این اهمیت به دلیل ماهیت کاربر بودن بخش سلامت می باشد و بخش دیگر به دلیل تاثیر فراوانی است که نیروی انسانی در ارائه خدمات و جلب رضایت مردم دارد [۴] اهمیت نیروی انسانی تا آن میزان می باشد که تجهیزات و امکانات بدون دسترسی به نیروی انسانی کارآمد، نمی تواند تاثیر چندانی در سلامت مردم بر جای بگذارد.

نظارت و ارزیابی نظام های سلامت در قالب ورودی و فرایند، خروجی، نتایج و پیامد صورت می گیرد چارچوب نظارت و ارزیابی سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که چگونه ورودی های بخش سلامت تبدیل به خروجی می شوند و تأثیرشان بر نتایج و پیامدها منعکس می شود [۵]. نظارت و ارزیابی نیروی انسانی بخش سلامت برای مقاصد گوناگونی نظیر برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزشیابی استراتژی ها، برنامه ها و مداخلات بخش سلامت مورد نیاز می باشد. اهمیت استفاده از شواهد تجربی صحیح جهت ارزیابی نیروی انسانی، تصمیم گیری آگاهانه، توسعه و مدیریت نیروی انسانی بخش سلامت کاملاً مشخص شده است.

از این رو تشریح چالش های نیروی انسانی و شناسایی راهکارها در تقویت نظام پایش و ارزیابی نیروی انسانی بسیار موثر و حائز اهمیت می باشد.

به این منظور سه سوال اساسی مطرح می‌گردد:

چالش‌های رایج در زمینه ارزیابی نیروی انسانی چیست؟

الزامات ارزیابی نیروی انسانی برای رسیدن به اهداف سلامت ملی چیست؟

آیا تربیت فارغ التحصیل جدید در رشته‌های پزشکی و بهداشت برای رسیدن به اهداف ملی سلامت کافی و مناسب است؟

از آنجایی که در چرخه حیات نیروی کار سلامت ۳ مرحله مستقل به شرح زیر وجود دارد:

الف: قبل از ورود به خدمت یا موقع ورود به کار

ب: نیروی کار فعال

ج: خروج از نیروی کار

بنابراین بایستی چالش‌های ارزیابی نیروی انسانی در هر ۳ مرحله مورد بررسی قرار گیرد. شواهد تجربی مورد نیاز در زمینه چالش‌های ارزیابی نیروی انسانی در کشورهای در حال توسعه شامل: ۱- ارزیابی دقیق شرایط نیروی انسانی شامل: مهارت و نحوه توزیع، تغییر در موجودی نیروی انسانی (بازنشستگی، مهاجرت، ورود فارغ التحصیلان جدید) ۲- وضعیت دسترسی آینده به نیروی کار سلامت ۳- برآورد نیاز به نیروی انسانی مطابق با اهداف توسعه هزاره ۴- میزان استفاده از یافته‌های پژوهشی در تجویز سیاست‌های توسعه نیروی انسانی [۶] می‌باشد.

جدول ۵: چالش‌های نیروی انسانی در بخش سلامت کشور ایران (۱۰-۷)

اهم چالش ها

فقدان نظام جامع اطلاعات منابع انسانی

انجام فعالیت های موازی در ثبت و تولید

اطلاعات

یکپارچه نبودن سیستم های نرم افزاری در دانشگاه ها

ناسازگاری در داده های مربوط به سازمان های مختلف (وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، سازمان نظام پزشکی)

فقدان سیستم کنترل و نظارت بر ثبت داده ها

گدگاری مختلف داده ها در دانشگاه ها و حتی در واحدهای یک دانشگاه

عدم ثبات ساختار سازمانی در نرم افزارهای موجود

نبود اطلاعات سیستمی دقیق از پست های سازمانی در هر دانشگاه

عدم امکان رصد نیروی کار سلامت درگیر در ارائه خدمات

نبود تعاریف مورد توافق و ابزارهای مناسب تحلیل

جدا جدا بودن اطلاعات مربوط به تربیت نیروی انسانی و عدم به اشتراک گذاری اطلاعات

فقدان سیستم هماهنگ جهت جمع آوری، پردازش و انتشار اطلاعات در مورد کارکنان بخش سلامت

فقدان شاخص، تعاریف و نظام طبقه بندی کارکنان

نقص در دسترسی به اطلاعات بخش خصوصی

کمبود اطلاعات نیروهای آماده به کار، شاغل و خارج شده از خدمت

فقدان دستور راهنما از پذیرش دانشجو تا اشتغال افراد

کمبود اطلاعات در زمینه اشتغال به کار

نقص در کارائی و اثربخشی ارزیابی عملکرد کارکنان

ضعف در ارزیابی شایستگی نیروی انسانی و ارائه بازخورد

عدم تعریف یک نظام انعطاف پذیر ارزیابی عملکرد

فقدان سازو کار ارزیابی عملکرد توسط سازمان های خارج از بخش سلامت

عدم بهره مندی از مدیران متخصص مدیریت در حیطه منابع انسانی

نبود استانداردهای شغلی برای کارکنان

عدم وجود سیستم پایش و ارزیابی مناسب

نبود نظام تعریف شده برای نظارت بر عملکرد بخش خصوصی

نبود سیاست گذاری مناسب در زمینه ی نیروی انسانی

بسیاری از سیاست ها و استراتژی های نظام سلامت و توسعه شبکه های بهداشتی و درمانی با سیاست ها و اسناد بالا دستی همسو و هماهنگ نیست

حل معضل کمبود نیروی انسانی با در نظر گرفتن سیاست های انقباضی و کوچک سازی بسیار دشوار است. وجود قوانین دست و پا گیر و گاها متناقض

ضعف در سیاست گذاری مبتنی بر شواهد

مشخص نبودن متولی اصلی مدیریت منابع انسانی در سطح وزارت بهداشت

یکپارچه نبودن کانون های برنامه ریزی منابع انسانی در سطح وزارت بهداشت

عدم امکان استفاده از پژوهش های کاربردی

نبود برنامه جامع تامین نیروی انسانی

کمرنگ بودن نقش ذی نفعان در برنامه ریزی و سیاست گذاری

بر آورد آینده منابع انسانی بر اساس روند گذشته بدون توجه به نیازهای آینده

ضعف ارتباط بین المللی در استفاده از نیروی متخصص خارج از کشور

نبود سیستم های تسهیل کننده کارایی فارغ التحصیلان در دانشگاه ها و عدم وجود رقابت بین دانشگاه ها در کمتر کردن درصد بیکاری

ضعف ارتباط صنعت و دانشگاه

کمی مشارکت اعضای هیات علمی در امور دانشگاه

نبود شاخص ملی نسبت نیروی انسانی در گروه های مختلف به جمعیت غیر از پزشکی و پرستاری

نبود خط مشی کلی برای پاداش در سه حیظه: کار در مناطق جغرافیایی خاص، ساعات خاص و بیماران و شرایط خاص

نبود خط مشی تعادل نیرو در سطوح مختلف

سستی بودن روش تعیین پست های شغلی در نظام سلامت

تاثیر پذیری سیاست های نیروی انسانی از مسائل و تحولات سیاسی

پیچیدگی و طولانی بودن مسیر تغییر قوانین و مقررات مربوط به نیروی کار

ضعف در نظام نگهداشت نیروی انسانی

نداشتن ارتباط بین سیستم های جبران خدمت با عملکرد کارکنان، بهره وری و کیفیت خدمت
ضعف در اثربخشی و کارایی نظام جبران خدمت
عدم امکان نگهداشت کارکنان به دلیل عدم مکانیزم های پرداخت مناسب
نظام پرداخت نامتناسب و غیرعادلانه
مهاجرت نیروی انسانی متخصص از روستا ها به شهرها و از شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ
مهاجرت متخصصین به کشورهای دیگر
مشکلات مربوط به رضایت کارکنان
عدم تمایل فارغ التحصیلان بومی مناطق محروم برای ماندگاری در منطقه بومی
مقبولیت کاذب برخی از مشاغل در بازار کار

نبود یک نظام اثربخش برای آموزش و توسعه کارکنان

تخصیص بودجه ثابت و بدون برنامه ریزی به توسعه کارکنان
نبود سیستم داده ای یکپارچه برای برنامه ریزی توسعه کارکنان
متناسب نبود آموزش ها با مهارت های مورد نیاز کارکنان
نبود سیستم و ابزاری جهت سنجش اثربخشی دوره های آموزشی
تخمین های کم در مورد هزینه سرانه تربیت هر یک از دانش آموختگان رشته ها
فقدان روحیات و نیز آموزش های مبتنی بر خلاقیت و نوآوری

نبود یک نظام اثربخش برای جذب نیروی انسانی شایسته

نبود یک نظام استخدام اثربخش
نبود سیستم مناسبی برای انتخاب و غربالگری مناسب نیروی های شایسته
عدم وجود راهکارهای مشخص جهت جذب نیروی انسانی در مناطق محروم
پر شدن پست ها در رشته های مورد نیاز توسط رشته های نامرتبط

توزیع نامناسب جغرافیایی نیروی انسانی

عدم امکان جذب و به کارگیری نیروی های شایسته و کارآمد به دلیل آیین نامه ها
عدم امکان توسعه و ارتقاء واقعی نیروها به دلیل عدم پیروی برنامه های آموزشی از نیاز سنجی مشاغل
عدم تربیت نیروی انسانی بومی به تعداد مورد نیاز برای مناطق محروم
تعدد مراکز تامین کننده نیروی انسانی بخش سلامت
کاهش سهمیه وزارت بهداشت از ۷۰٪ به ۱۰٪ از مضمولین خدمت نظام وظیفه عمومی (پیام آوران بهداشت)
تورم نیروی انسانی در برخی رشته ها
عدم تعادل جغرافیایی در دسترسی به نیروی انسانی در نتیجه نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت

<p>عدم تعادل بین عرضه و تقاضای نیروی انسانی نبود روابط منطقی بین نیازهای بازار کار و نظام آموزشی عدم توجه به نیازهای بازار کار و تربیت نیرو سیاست های غیر یکپارچه در جذب و نگهداشت فارغ التحصیلان و کارکنان اتلاف سرمایه کشور به دلیل اتلاف منابع انسانی به شکل بیکاری و ریزش تحصیلی فرآهم نبودن زیرساخت های لازم در عرضه خدمات بهداشتی و درمانی منجر به افزایش هزینه ها، کاهش تعداد کارکنان شده است نداشتن برآورد از نیروی انسانی بخش سلامت ضعف در تنظیم کمیت ورودی های رشته های تحصیلی مختلف عدم هماهنگی بین شغل و شاعل ورودی مازاد بر نیاز در رشته پزشکی عمومی و تخصص های مربوطه</p>
<p>توزیع نامناسب جنسی ترکیب نامتوازن جنسی فارغ التحصیلان رشته های پزشکی و مرتبط نبود شاخص های بهره وری نیروی انسانی بخش سلامت نبود شاخص های کارایی نیروی انسانی بخش سلامت نبود شاخص های اثربخشی نیروی انسانی بخش سلامت: فقدان مهارت کار تیمی، انعطاف پذیری شغلی، سلسله مراتب اداری و اطاعت پذیری مشکلات مربوط در ارائه خدمات: مشخص نبودن نیاز های واقعی هر منطقه بالا بودن تعداد ویزیت بیمار توسط پزشکان و کاهش کیفیت ارائه خدمات بار کاری بیش از اندازه در دستیاران رشته های تخصصی</p>
<p>چالش های مربوط به فرهنگ وجود فرهنگ تن پروری و تبلی در نیروی کار پایین بودن روحیه تغییر پذیری در نیروی کار مدرک گرایی صرف بدون توجه به کارایی واقعی</p>

اهم چالش های نیروی انسانی بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته

کمبود و توزیع نامناسب کارکنان بخش سلامت: اطلاعات کمی در مورد ورودی های نیروی کار بخش سلامت برای استفاده در سیستم های آموزشی یا وزارت بهداشت وجود دارد که این نقیصه مانع پاسخگویی نظام سلامت به بازار کار یا تدوین استراتژی های اثربخش در خصوص نیروی کار بخش سلامت شده است [۱۱]. کشورهایی که دچار کمبود نیروی کار سلامت هستند از توانایی فنی شناسایی و ارزیابی معطلات سیاست گذاری مرتبط با نیروی کار برخوردار نیستند.

فقدان اطلاعات جامع، قابل اعتماد و روزآمد و نبود تعاریف مورد توافق و ابزارهای مناسب تحلیل، وظیفه ی پایش نیروی انسانی شاغل در بخش سلامت را در تمامی سطوح دشوار نموده است [۱۲]. اطلاعات مربوط به تربیت نیروی انسانی بخش سلامت وجود دارد اما معمولاً این اطلاعات جدا جدا بوده و به اشتراک گذاشته نمی شوند

فقدان سیستم هماهنگ جهت جمع آوری، پردازش و انتشار اطلاعات جامع و به هنگام در مورد کارکنان بخش سلامت خود (نظیر موجودی، توزیع، هزینه ها و عوامل تعیین کننده تغییرات) [۱۲].

فقدان شاخص ها، تعاریف و نظام های طبقه بندی کارکنان سلامت باعث ایجاد محدودیت در زمینه به کارگیری اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت برای تصمیم گیری مبتنی بر شواهد شده است [۱۲].

تحقیقات کمی در خصوص میزان سرمایه گذاری مالی برای اطمینان یافتن از وجود نظام اطلاعاتی و نظام پایش منابع انسانی انجام شده است. حقیقت تلخ آن است که کشورهایی که بیشترین نیاز را به تقویت نیروی انسانی بخش سلامت دارند، پراکنده ترین و غیرقابل اعتمادترین اطلاعات را در اختیار دارند [۳].

ارزیابی ساده تعداد کارکنان سلامت، تمام اهداف نظام سلامت به ویژه دسترسی، عدالت، کیفیت و کارایی را در نظر نمی‌گیرد [۱۳].

مهاجرت و خروج زود هنگام نیروی کار به دلیل تغییر شغل، بازنشستگی پیش از موعد [۱۴]

عدم پایش نحوه صدور مجوز به ارائه کنندگان خدمات سلامت: پایش تعداد و میزان موفقیت در کسب مجوزها و پروانه ای فعالیت می‌تواند در تشخیص انواعی از مشکلات در فرآیند ورودی به ما کمک کند. برای مثال افزایش میزان مردودی در آزمون کسب مجوز ممکن است گویای این مطلب باشد که سر فصل آموزشی ناکافی است یا آزمون‌ها متناسب با تغییرات و نوآوری‌ها در فعالیت‌های بالینی به روز نشده‌اند [۱۵]

عدم تناسب بین شایستگی مورد انتظار از دیدگاه موسسات و انجمن‌های تخصصی: مواردی وجود دارد که افراد در امتحانات موسسات نمره قبولی را کسب کرده‌اند ولی در امتحانات ممیزی انجمن تخصصی ناموفق بوده‌اند [۱۵]

کمبود شدید و توزیع نامناسب ارائه کنندگان ماهر خدمات سلامت، به خصوص متخصصین پزشکی و پرستاری که به دنبال تربیت سریع تعداد زیادی از کارکنان با مهارت‌های پایین برای پاسخگویی به نیازهای فوری در مناطق محروم و روستایی می‌باشند [۱۵].

پرداخت‌های پرسنلی بزرگترین قلم هزینه‌ای در حساب‌های ملی است مقدار و ماهیت هزینه‌های کارکنان سلامت به طور معمول در دسترس نیست و اطلاعات لازم اغلب به صورت پراکنده بین منابع گوناگون وجود دارد.

نظم‌های اطلاعاتی فقط داده‌های بخش دولتی را جمع‌آوری می‌کنند. نظام‌های اطلاعاتی بایستی دارای قابلیت استفاده از شماره شناسایی فردی باشد که امکان پایش کارکنان را از زمان ورود به دوره‌های آموزشی تا طی دوران حرفه‌ای فراهم آورد.

مقاومت ارائه دهندگان مراقبت سلامت به خصوص پزشکان و پرستاران در ایجاد اصلاحات نیروی کار بخش سلامت.

مشکلات مربوط به اندازه گیری میزان مرگ و میر بین کارکنان سلامت به این منظور بایستی داده های مربوط به مرگ و میر بر حسب گوه شغلی جمع آوری و انتشار یابند.

راهکارها

داشتن مرجعی جامع، استاندارد، قابل درک در زمینه پایش و ارزشیابی نیروی انسانی بخش سلامت

تدوین پایگاه اطلاعاتی با ظرفیت بومی برای راهنمایی و بهبود اقدامات کشورها

ارزیابی و تقویت نظام اطلاعات نیروی انسانی بخش سلامت

استراتژی مقابله با کاهش نیروی کار به دلیل مهاجرت، بهبود شرایط کار به گونه ای که بخش سلامت به گزینه ای مطلوب برای فعالیت های حرفه ای گردد.

ضرورت تنظیم و به کارگیری استانداردهای یکسان و هم راستایی سرفصل ای آموزشی با دانش و مهارت های حرفه ای مورد نیاز

جایگزینی پرونده های کاغذی با نظام پردازش و ثبت الکترونیکی اطلاعات

جمع آوری، پردازش و انتشار اطلاعات بر اساس طبقه بندی های استاندارد بین المللی آموزش، امکان مقایسه آمارهای آموزش نیروی انسانی بخش سلامت را با سایر کشورها فراهم می آورد.

تغییرات مربوط به اندازه و ساختار جمعیت، الگوهای مهاجرتی و بار بیماری ها، تغییر در سرفصل دروس باید در فرآیند سیاست گذاری نیروی کار سلامت مدنظر قرار گیرد.

تقویت ارتباطات درون بخشی و برون بخشی بخش سلامت. به عنوان مثال اندازه گیری و پایش ورودی نیروی کار، نیازمند اطلاعات جامع راجع به آموزش و پرورش در تمامی سطوح از جمله آموزش پایه می باشد.

ایجاد سیستم جامع، قابل اعتماد و منسجم در مورد شاخص های هزینه ای نیروی انسانی بخش سلامت

برنامه ریزی استراتژیک اثربخش نیروی انسانی

بررسی وضعیت داده های موجود نیروی انسانی بخش سلامت ایران

ساختار سیستم اطلاعات سلامت باید به گونه ای باشد که اطلاعات مورد نیاز را برای تصمیم گیری در هر سطح از سیستم سلامت با توجه به میزان منابع موجود فراهم آورد (۷).

با توجه به نقش آمار و اطلاعات در ابعاد گوناگون نظام سلامت به ویژه از جنبه سیاست گذاری، تصمیم گیری و برنامه ریزی در سطوح مختلف مدیریتی، در این گزارش ضمن بررسی چالش های نیروی انسانی به بررسی وضعیت داده های مربوط به نیروی انسانی در گزارشات مربوط به سازمان های ذی ربط پرداختیم. بر اساس یافته های گزارش دو سناریو با فرض، کفایت اطلاعات و عدم کفایت حجم اطلاعات بر اساس بعد زمان طراحی گردید.

کفایت اطلاعات:

اطلاعات مربوط به نیروی انسانی بر حسب جنسیت و درمان بستری

اطلاعات کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش بر حسب گروه شغلی تا سال ۱۳۹۱ به تفکیک استان ها موجود است.

اطلاعات مربوط به پزشکان و پیراپزشکان شاغل در وزارت بهداشت، درمان بر حسب رشته و نوع تخصص تا سال ۱۳۹۱

اطلاعات مربوط به تعداد کوسسات فعال و بر حسب نوع وابستگی و تخت های موجود در ان در وازت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بخش خصوصی و سایر موسسات برای سال های ۱۳۷۵-۱۳۹۱

اطلاعات مربوط به تعداد موسسات درمانی فعال بر حسب رشته فعالیت برای ۱۳۹۱-۱۳۸۰

اطلاعات مربوط به تعداد موسسات درمانی فعال بر حسب رشته فعالیت برای سال ۱۳۹۱-۱۳۸۰

تعداد مراکز بهداشتی درمانی بر حسب وضعیت جغرافیایی، نوع وابستگی، نحوه اداره و زمان کار برای سال های ۱۳۷۵-۱۳۹۱

تعداد بهورزان، تعداد خانه های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آنها بر حسب استان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۵

آزمایشگاه های تشخیص پزشکی بر حسب نوع وابستگی (وزارت بهداشت، خصوصی، سایر) در سال های ۱۳۷۵-۱۳۹۱

تعداد آزمایشگاه های تشخیص پزشکی بر حسب نحوه اداره (مستقل - غیر مستقل) و زمان کار (روزانه - شبانه) در سال ۱۳۸۷

تعداد مراکز توان بخشی بر حسب نوع وابستگی (وزارت بهداشت، خصوصی، سایر) برای سال های ۱۳۷۵-۱۳۹۱

تعداد مراکز پرتونگاری بر حسب نوع وابستگی (وزارت بهداشت، خصوصی، سایر) برای سال های ۱۳۷۵-۱۳۹۱

تعداد داروخانه ها بر حسب نوع وابستگی و زمان کار برای سال های ۱۳۹۱-۱۳۷۵

اطلاعات مربوط به نیروی انسانی بر حسب تخصص و سطح تحصیلات در وزارت بهداشت، دانشگاه ای علوم پزشکی برای سال های ۱۳۹۱-۱۳۸۵ موجود است اما این اطلاعات به این شکل در مورد نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی، بنیاد شهید و ایثارگران، سازمان بهزیستی، استانداری، شهرداری و سازمان تامین اجتماعی در دسترس نیست. لازم به ذکر است که آمار مربوط به تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات سازمان بهزیستی در فصل چهارده مربوط به سازمان بهزیستی در سایت مرکز آمار ایران گزارش شده است، این آمار به صورت کلی است اطلاعات مربوط به کمیته امداد، بنیاد شهید و ایثارگران، سازمان بهزیستی با نام بهزیستی گزارش شده است.

هزینه های انجام شده توسط عاملین تامین مالی بابت آموزش و تعلیم کارکنان سلامت در ۱۳۸۰

عدم کفایت اطلاعات:

هیچ اطلاعاتی در زمینه نوع خدمت و وضعیت استخدام، در هیچ یک از سازمان ها موجود نیست.

منابع

1. *THE HEALTH SYSTEM ASSESSMENT APPROACH A HOW-TO MANUAL.*
2. *Health and the Millennium Development Goal. Geneva, World Health Organization.*
3. *Toolkit for monitoring health system strengthening. Draft version. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://WWW.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/).*
4. *Diallo, K., et al., Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Human resources for health, 2003. 1(1): p. 3.*

5. *World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization, 2010.*
6. *Chankova, S., et al., Rising to the challenges of human resources for health in Kenya: developing empirical evidence for policy making. 2006: Partners for Health Reformplus Bethesda.*
7. دماری بهزاد. تحلیل نظام مدیریت منابع انسانی در سلامت. مستندات تولیدی در دبیرخانه تدوین سند.
8. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی. شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. آبان ۱۳۸۸. ویرایش هشتم.
9. مبارکی حسین. سند مدیریت جامع منابع انسانی. هشتمین نشست تخصصی مشترک. موسسه ملی تحقیقات سلامت و شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت.
10. مبارکی حسین، بیات محبوبه، حیرانی حسین، مافی مرادی شیوا، هادی محمد. مدیریت نوین منابع انسانی در بخش سلامت (الگوی بازآفرینی شده). پارسه نگار: سرنوشت سازان؛ بهار ۱۳۸۸
11. *Pan American Health Organization. public Health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment and bases for action. Washing, DC, Pan American Health Organization/World Health Organization, 2002. 2002.*
12. *Policy briefs. Briefs to complement The world health report 2006: working together for health. . Gertneva, World Health Organization, 2006.*
13. *The World health report 2006: working togher for health. Geneva, World Health Organization, 2006(<http://WWW.who.int/whr/2006>, accessed 10 January 2009.)*
14. *HRH Action Framework. Capacity Project(<http://capacityproject.org/framework> accessed 10 January 2009.)*

15. *Schuwirth, L., The need for national licensing examinations. Medical education, 2007. 41(11): p. 1022-1023.*