

## مطالعه تطبیقی مراحل اصلی سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت: 1389

فرزاد فرجی خیایوی<sup>۱\*</sup>، محمدرضا ملکی<sup>۲</sup>، کورش جعفریان<sup>۳</sup>، سودابه وطن‌خواه<sup>۴</sup>،

سیدجمال‌الدین طیبی<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** مزایای فراوانی برای تدوین سیاست‌های مناسب در بخش سلامت برشمرده شده است. با این حال، سیاست‌گذاری منابع انسانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع در بخش سلامت کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این پژوهش، مقایسه مراحل اصلی سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت از طریق مطالعه تطبیقی بود. این اقدام، گامی مهم جهت شناسایی فرآیند مناسب برای سیاست‌گذاری منابع انسانی محسوب می‌گردد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای، ابتدا یک گروه مباحثه مشتمل بر شش نفر از اندیشمندان مدیریت و منابع انسانی تشکیل شد. این گروه الگوهای منتخب را در جدولی تطبیقی با یکدیگر مقایسه نمودند و پس از آن، مراحل اصلی به‌کار رفته را برای سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت اعلام کردند. سپس نظر اندیشمندان و اساتید در مورد این مراحل طی پرسش-نامه‌ای با روش لیکرت مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** گروه مباحثه با استفاده از جدول تطبیقی مراحل ششگانه شناسایی مورد، ارزیابی، تدوین سیاست‌ها، اجرا، ارزشیابی و بازبینی آنها را به‌عنوان مراحل اصلی معرفی نمود. مراحل فوق‌الغلب به‌طور کامل یا ضمنی در الگوهای مورد مطالعه به‌کار گرفته شده‌اند. میانگین امتیازات مراحل مورد بررسی نشان داد که هر شش مرحله مورد موافقت کامل پاسخگویان قرار داشته‌اند. در نهایت، مراحل فرآیند سیاست‌گذاری در الگویی نشان داده شد.

**نتیجه‌گیری:** علاوه بر تأیید مراحل ششگانه سیاست‌گذاری از سوی اندیشمندان و صاحب‌نظران، ادبیات مدیریت و سیاست‌گذاری نیز بر این مراحل تأکید نموده‌اند. طراحی الگویی جهت نمایش جزئیات فرآیند مطلوب در سیاست‌گذاری می‌تواند بر بهبود کارایی و اثربخشی در منابع انسانی بخش سلامت کشور تأثیر مثبتی داشته باشد.

**کلید واژگان:** سیاست‌گذاری، منابع انسانی بخش سلامت، سیاست‌های بهداشتی و درمانی، مطالعه تطبیقی.

۱- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

۲- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

۳- استادیار گروه تغذیه و بیوشیمی.

۴- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

۵- استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی جندی‌شاپور اهواز، ایران.

۲- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

۳- گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

۵- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

\* نویسنده مسؤول:

فرزاد فرجی خیایوی؛ گروه مدیریت

خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی جندی‌شاپور اهواز،

ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۶۱۱-۳۷۳۸۲۶۹

Email: faraji-f@ajums.ac.ir

## مقدمه

• یک چارچوب مرجع برای ارزشیابی و گزارش‌دهی تعریف می‌شود؛

• تعیین منابع لازم برای یک عملیات اثربخش و کارآمد تسهیل می‌گردد (۱، ۵، ۶).

هم اکنون، منابع انسانی بخش سلامت (Human Resources for Health (HRH)) به‌عنوان مسأله‌ای مطرح است که به‌جز این اواخر، به‌ندرت در تدوین سیاست‌ها مد نظر بوده است (۱). باید خاطر نشان ساخت که سیاست‌گذاری و منابع انسانی در بخش سلامت ارتباط تنگاتنگی دارند؛ به‌طوری که هیچ‌گونه تغییر و اصلاحی بدون در نظر گرفتن منابع انسانی میسر نیست (۷). از نگاهی دیگر، چالش‌های فرا روی سیاست‌های بخش سلامت بر پرسنل اثر مستقیمی دارند و موفقیت در این چالش‌ها نیز به پرسنل بستگی دارد (۸، ۹). بسیاری از تحلیل‌گران معتقدند که عدم توجه کافی به منابع انسانی می‌تواند به شکست هر سیاست بهداشتی و درمانی منجر شود (۱۰، ۱۱). با این حال، اگرچه توجه به تغییرات اقتصادی و ساختاری در بسیاری از کشورها افزایش یافته است، همچنان به نیروی انسانی فقط به‌عنوان یک عامل تولید در کنار سایر عوامل نگاه می‌شود (۱۲). با این دیدگاه، تغییر در سیاست‌های نیروی انسانی تنها زمانی در برنامه‌ها گنجانده می‌شود که برنامه‌های مذکور با مقاومت گروه‌های حرفه‌ای روبرو شود، با توجه به هزینه قابل اجرا نباشد یا نیاز به اصلاحاتی در سازمان داشته باشد که از نظر پذیرش سیاسی یا ظرفیت سازمانی کنونی دشوار باشد (۱۳). شایان ذکر است که سیاست‌گذاری نیروی انسانی در بخش سلامت حایز اهمیت بسزایی است، زیرا سازمان‌های بهداشتی و درمانی بیش از هر سازمان دیگری به نیروی کار خود وابسته هستند (۱۱). علاوه بر آن، پرداخت‌های نیروی انسانی بین ۶۵ تا ۸۰ درصد هزینه‌های جاری بخش سلامت را در برمی‌گیرد (۱۴، ۱۵). مهم‌تر از همه آن که کیفیت، کارایی، اثربخشی، قابلیت دسترسی و مقبولیت خدمات بهداشتی به عملکرد کسانی

اهمیت سیاست‌گذاری در بخش سلامت و خلاء آن در سیستم سلامت کشورهای در حال توسعه یکی از بحث‌های عمده در سال‌های اخیر محسوب می‌شود (۱). اهمیت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در بهبود سیستم سلامت، در کشور ما نیز بسیار مورد تأکید است (۲). با این حال، تدوین سیاست‌های مناسب به‌ویژه در خصوص منابع انسانی تاکنون در کانون توجه قرار نداشته است (۳). بی‌توجهی به تدوین سیاست‌های مناسب می‌تواند نتایج نامطلوبی مانند عدم برآورده شدن انتظارات استفاده‌کنندگان، کیفیت پایین خدمات عمومی، نتایج معکوس اجتماعی یا زیست‌محیطی و نیز محروم شدن بخش‌هایی از جامعه از دریافت خدمات را در برداشته باشد (۴). تعیین سیاست‌های بخش سلامت دارای اهمیت فراوانی در سیستم بهداشت و درمان است، زیرا از طریق این سیاست‌ها:

• دیدگاهی جهت حل مشکلات بخش سلامت فراهم می‌آید؛

• چارچوبی برای حمایت از تصمیم‌گیری ایجاد می‌گردد و تصمیم‌گیری خردمندانه‌تر می‌شود؛

• با فراهم آمدن چارچوب تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی تسهیل می‌گردد؛

• اهداف و اولویت‌های سیستم بهداشت و درمان مشخص می‌شود؛

• ابزار و منابع مورد نیاز برای دستیابی به اهداف بخش سلامت مشخص می‌گردد؛

• افراد حرفه‌ای و دیگر ذی‌نفعان در حول مشکلات بخش سلامت گرد هم می‌آیند و برای برطرف نمودن آنها تلاش می‌کنند؛

• در توسعه سیستم سلامت، یکپارچگی و تمرکز ایجاد می‌شود و توافقی کلی فراهم می‌آید؛

• فرآیندهای پایش و ارزشیابی استراتژی‌های مختلف برای دستیابی به اهداف سیاست ارتقا می‌یابد؛

انسانی و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی به بررسی اطلاعات جمع‌آوری شده در خصوص الگوهای پیشنهادی برای تدوین سیاست‌های HRH و بخش سلامت پرداختند. گروه مباحثه، الگوی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت (۲۰)، الگوی وزارت بهداشت استرالیا (۲۱)، الگوی پیشنهادی دولت انگلستان (۲۲)، الگوی وزارت بهداشت کانادا (۲۳)، الگوی بخش سلامت آمریکا (۲۴) و الگوی بخش سلامت سریلانکا (۲۵) را برای استفاده در جدول تطبیقی انتخاب نمودند. از منظر گروه مباحثه، سازمان جهانی بهداشت دارای تجربه و اعتبار فراوانی در ارائه الگوهای مناسب برای بخش سلامت بود. الگوی سیاست‌گذاری منابع انسانی این سازمان می‌توانست منبعی بسیار مفید باشد. کشورهای آمریکا، انگلستان، استرالیا و کانادا نیز از وضعیت بهداشت و درمان مناسبی بهره‌مند بودند که بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی حاکی از تدوین سیاست‌های مناسب با شرایط و موقعیت‌های متفاوت از سوی آنها بود. الگوی سریلانکا نیز به‌عنوان کشوری در حال توسعه که از طریق مطالعه علمی، الگویی برای سیاست‌گذاری آن پیشنهاد شده بود، برای این مقایسه انتخاب شد. بنابراین انتظار می‌رفت با بهره‌گیری از این الگوها بتوان به مبنایی مناسب برای تدوین سیاست‌های منابع انسانی بخش سلامت دست یافت. الگوهای انتخابی در جدولی تطبیقی با یکدیگر مقایسه شدند. سپس با توجه به اطلاعات الگوهای جدول و در نظر گرفتن تعداد دیگری از الگوهای سیاست‌گذاری (۲۶-۲۸)، از دید گروه مباحثه، الگوهای مورد مطالعه در شش مرحله اصلی مشترک بودند. این مراحل شامل شناسایی مورد، ارزیابی، تدوین سیاست‌ها، اجرای سیاست‌ها، ارزشیابی سیاست‌ها و بازبینی سیاست‌ها بود. برای بررسی درست و مناسب بودن مراحل ششگانه، ابتدا پرسش‌نامه‌ای به روش لیکرت آماده شد. سپس این پرسش‌نامه در اختیار ۴۰ نفر از اندیشمندان، صاحب‌نظران و اساتید دانشگاه قرار گرفت. نظر به محدودیت تعداد افراد دارای تخصص‌های ذی‌ربط، این تعداد حداکثر

بستگی دارد که این خدمات را ارائه می‌کنند (۱۶ و ۱). عملکرد ارائه‌کنندگان نیز از طریق سیاست‌هایی تعیین می‌شود که تعداد کارکنان، مشخصات و شرایط احراز شغل، چگونگی سازماندهی و شرایط کار پرسنل را تعیین می‌کنند (۱۷). وضعیت HRH بر حسب کشورها متفاوت است، اما تمام کشورها با مشکلاتی نسبتاً مشابه مواجه هستند. تعداد ناکافی و توزیع نامناسب HRH، عدم استفاده یا کمبود داده‌های صحیح و به‌موقع برای برنامه‌ریزی و مدیریت HRH، نتایج ناشی از کمی سرمایه‌گذاری داریم در تحصیلات قبل از به‌کارگیری پرسنل و آموزش ضمن خدمت، عدم وجود یک محیط کاری رضایت‌بخش که اغلب با روحیه ضعیف و بهره‌وری پایین همراه است، فشار کار بیش از حد بر کارکنان در دسترس، استخدام رسمی و دائمی کارکنان مشکل‌زای بخش سلامت، عدم تطابق بین مهارت‌های کارکنان و شرایط احراز با مهارت‌های لازم برای برطرف نمودن نیازهای ملی، کمبود مدیران حرفه‌ای و رهبران سازمانی برای منابع انسانی و سرانجام سیستم‌های ضعیف مدیریت منابع انسانی را می‌توان مشکلات عمده در HRH نامید (۱۸). کارشناسان، شکست در اصلاح مسایل HRH را معمولاً ناشی از عدم توجه کافی به تدوین سیاست‌های HRH و ایجاد استراتژی‌های آن می‌دانند (۱۹). با تداوم مشکلات مربوط به منابع انسانی بخش سلامت، نارسایی‌های ناشی از آنها در بخش بهداشت و درمان استمرار خواهد یافت. برای فراهم آوردن بستری برای سیستم سلامت جهت مقابله مناسب با این مشکلات از طریق فرآیندی معقول و مورد استفاده در سایر کشورها، پژوهش حاضر با هدف مطالعه تطبیقی مراحل اصلی سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت انجام پذیرفت.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی بود و به روش تطبیقی صورت پذیرفت. در ابتدا یک گروه مباحثه متشکل از ۶ تن از صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران منابع

سازمان جهانی بهداشت و الگوی استرالیا اهمیت بیشتری برای آن قایل شده و جزئیات بیشتری از چگونگی انجام این مرحله را وارد الگو نموده‌اند. مرحله ارزیابی در الگوی WHO و آمریکا مورد اغماض قرار گرفته است، اما در سایر الگوها مورد توجه بوده است. مرحله تدوین سیاست‌ها مورد نظر تمام الگوها بوده است، اگر چه با توجه به سیستم تصمیم‌گیری هر کشور، این مرحله مستلزم توصیف بیشتری است. تمام الگوهای مورد مطالعه بر مرحله ارزشیابی سیاست‌ها تأکید داشته‌اند. بازبینی سیاست‌ها نیز به نوعی در تمام الگوهای مورد مطالعه به‌جز الگوی کشور کانادا وجود داشته است. میانگین امتیازات اندیشمندان، صاحب‌نظران و اساتید در مورد لزوم مراحل شش‌گانه‌ی فرآیند سیاست‌گذاری در نمودار ۱ نشان داده شده است. میانگین امتیازات داده‌شده به مراحل فوق، از حداقل ۴/۴ در مراحل ارزیابی و ارزشیابی سیاست‌ها تا ۴/۷ در مرحله‌ی تدوین سیاست‌ها متغیر بوده است. میزان انحراف معیار برای میانگین‌های اعلام‌شده نیز بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۸ بوده است. در هر حال، همه‌ی میانگین‌های فوق در ترازى بالاتر از چهار قرار داشته‌اند و نشان از موافقت کامل پاسخگویان با مراحل شش‌گانه‌ی سیاست‌گذاری دارند. شش مرحله‌ی اصلی در سیاست‌گذاری منابع انسانی در بخش سلامت را می‌توان در الگویی به شکل نمودار ۲ نمایش داد.

افرادی بود که قابل دسترسی بودند. پاسخگویان مذکور در زمینه‌های مرتبط با مدیریت، منابع انسانی یا سیاست‌گذاری فعالیت می‌نمودند. نظر آنها در مورد لزوم هر مرحله در فرآیند سیاست‌گذاری مورد پرسش قرار گرفت. روایی این ابزار گردآوری داده‌ها از طریق اعتبار محتوا با استفاده از نظر اساتید و صاحب‌نظران تأیید شد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه مذکور ۰/۸۹ به‌دست آمد. ۲۸ پرسش‌نامه تکمیل و در محاسبات مورد استفاده قرار گرفت. در این پرسش‌نامه برای هر یک از مراحل طیفی از پاسخ در نظر گرفته شد که شامل «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» می‌شد. برای امتیازدهی پاسخ‌ها، به‌ترتیب از امتیاز یک برای «کاملاً مخالفم» تا پنج برای «کاملاً موافقم» منظور گردید و سپس میانگین امتیازات برای هر مرحله محاسبه شد. میانگین امتیاز بالاتر از ۳ به‌عنوان قبول مرحله از سوی پاسخگویان و امتیاز بالای ۴ به‌عنوان قبول کامل آن در نظر گرفته شد.

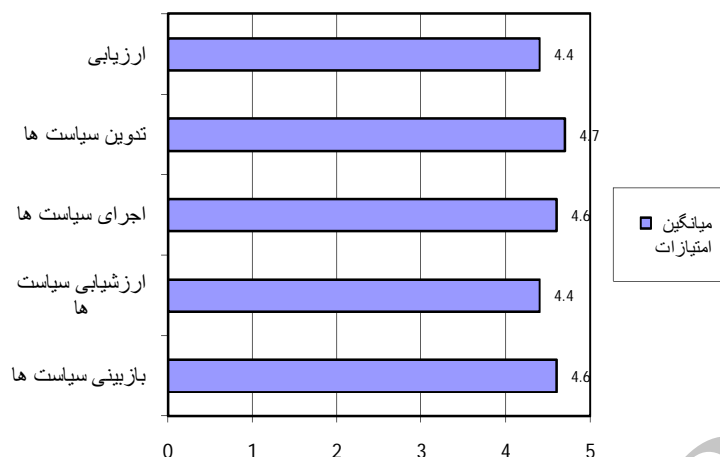
#### یافته‌ها

جدول تطبیقی را با توجه به فرآیندهای سیاست‌گذاری در کشورهای مورد مطالعه و فرآیند پیشنهادی WHO می‌توان به شکل جدول شماره یک نمایش داد. با نظر به جدول شماره یک می‌توان دریافت که شناسایی مورد در تمام الگوها مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، الگوی

جدول ۱: جدول تطبیقی مراحل اصلی سیاست‌گذاری در الگوهای آمریکا، انگلستان، استرالیا، کانادا، سریلانکا و منابع انسانی

## WHO

الگوهای سیاست‌گذاری						مراحل
الگوی سریلانکا	الگوی کانادا	الگوی استرالیا	الگوی انگلستان	الگوی آمریکا	الگوی WHO	سیاست‌گذاری
سؤال سیاست	شناسایی مشکل و زمینه آن	(۱) شناسایی موارد (۲) مشخص کردن نیاز به سیاست (۳) روشن کردن موارد مستلزم تدوین سیاست	تعیین اهداف سیاست	شناسایی مورد	(۱) ایجاد کمیته یا گروه کاری (۲) روشن نمودن رسالت، دورنما و وظایف (۳) کسب بازخورد و اجماع تمام ذی‌نفعان	شناسایی مورد
بازبینی تحلیل سیاست‌ها	(۱) ارزیابی خطرات و منافع (۲) شناسایی و تحلیل گزینه‌ها	ارزیابی	برآورد نتایج	-	-	ارزیابی
(۱) اتصال مدارک و سیاست‌ها (۲) تعیین سیاست‌های بخش سلامت	(۱) تحلیل گزینه‌ها (۲) انتخاب یک استراتژی	تصویب نهایی سیاست	اصول اساسی و ارکان سیاست-گذاری	تدوین سیاست‌ها	نهایی نمودن و اتخاذ سیاست-ها توسط بالاترین مقام ممکن	تدوین سیاست‌ها
اجرای سیاست‌ها	اجرای استراتژی منتخب برای اجرای سیاست-ها	اجرای سیاست‌ها	اجرای سیاست-ها و پایش اجرا	اجرای سیاست	(۱) چاپ و نشر سیاست‌ها (۲) آغاز اجرای سیاست‌ها از طریق برنامه‌ها (۳) پایش اجرای سیاست	اجرای سیاست‌ها
ارزشیابی عملکرد	ارزشیابی راه حل	ارزشیابی	ارزشیابی	ارزشیابی اثر سیاست‌ها	ارزشیابی	ارزشیابی سیاست‌ها
تحلیل سیاست‌ها	-	بازبینی	بازخورد	اصلاح سیاست و/یا رویکرد اجرا	بازبینی	بازبینی سیاست‌ها



نمودار ۱: میانگین امتیازات داده شده به مراحل شش‌گانه سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت از سوی اندیشمندان و صاحب‌نظران



نمودار ۲: مراحل شش‌گانه‌ی سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت

بحث

جهت‌دهی شده و توسعه یابند (۲). به‌نظر می‌رسد با بهره‌گیری از فرآیندی مستند و معقول در سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت دستیابی به این اهداف آسان‌تر باشد (۲۹). در این پژوهش، اجزای الگویی برای سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت و جایگاه هر یک از مراحل شش‌گانه معرفی گردید. در نتایج این پژوهش، مراحل مزبور مورد تأیید اندیشمندان و صاحب‌نظران قرار گرفتند. در ادامه، مواردی از تأیید هر

در چشم‌انداز ۲۰ ساله دفتر مدیریت منابع انسانی وزارت بهداشت سه هدف عمده ذکر شده است. اول، رسیدن به موقعیتی که با ایجاد فرصت‌های شغلی برابر، تعادل منطقه‌ای و رفع کمبودهای نیروی انسانی بخش سلامت، عدالت واقعی محقق گردد. دوم، با سامان‌دهی جامع منابع انسانی، کارایی و اثربخشی خدمات افزایش یابد. سوم، تبدیل شدن به سازمانی یادگیرنده که در آن کارکنان هم‌سو با اصلاحات و تحولات بخش سلامت

مرحله تدوین سیاست‌ها با مرحله‌ای تحت عنوان پیاده‌سازی و اجرای سیاست‌ها پی گرفته شود. این نکته در تمام الگوهای مورد بررسی به وضوح دیده می‌شود (۲۵-۲۰). سیاست‌ها باید ارزشیابی شوند و نتایج و عملکردهای ناشی از آنها به نقد گذاشته شود. بنابراین در هر فرآیندی که برای سیاست‌گذاری طراحی می‌شود باید مرحله ارزشیابی سیاست‌ها به‌عنوان یکی از مراحل اصلی پس از اجرای سیاست‌ها مد نظر گرفته شود (۳۴). در واقع، ارزشیابی چارچوبی سنتی و عقلانی است که سیستم‌های بوروکراتیک برای تحلیل سیاست‌ها و بررسی رابطه آنها با عملکرد بیش از هر روش دیگری بر آن تکیه دارند. از این رو، تعیین دوره‌های ارزشیابی برای هر سیاست لازم به‌نظر می‌رسد (۳۵). برخی حتی تأکید نموده‌اند که حتی خدمات و درمان‌های جایگزین نیز هنگام ارزشیابی مورد بررسی قرار بگیرند (۳۱). اگر بخواهیم سیاستی را به درستی ارزشیابی کنیم، علاوه بر نتایج، باید فرآیند دستیابی به نتایج نیز ارزشیابی گردد. بدین ترتیب می‌توان امید داشت نتایج ارزشیابی با بازبینی سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی آنها در نهایت به بهبود در نظام سلامت منجر شود (۳۶). الگوهای سازمان جهانی بهداشت و استرالیا بر بازبینی سیاست‌ها تأکید نموده‌اند (۲۱-۲۰). در الگوی آمریکا نیز به اصلاح سیاست و رویکرد اشاره شده است (۲۴). بازخورد در الگوی انگلستان و تحلیل سیاست‌ها در الگوی سریلانکا نیز اشاره‌ای تلمیحی به این مرحله محسوب می‌شود (۲۲) و (۲۵). در نگاهی کلی‌تر، می‌توان گفت تمام الگوهای سیاست‌گذاری که به شکل چرخه طراحی شده باشد به نوعی مرحله‌ی بازبینی سیاست را درون خود نشان می‌دهد؛ حتی اگر این مرحله را آشکارا بیان نکرده باشد.

### نتیجه‌گیری

از مطالب گفته‌شده چنین برمی‌آید که سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت، شایسته طراحی الگویی مناسب است. طراحی الگویی کارآمد و مناسب در بخش

یک از مراحل مذکور از سوی ادبیات مدیریت و سیاست‌گذاری بیان می‌گردد. دونالدسون و مونی با اشاره به اهمیت انتخاب مورد برای سیاست‌گذاری، اظهار نظر نموده‌اند که باید موضوعاتی برای سیاست‌گذاری انتخاب شود که بیشترین تأثیر را بر ارتقای سلامت داشته باشد (۳۰). به اعتقاد ایشان، اثربخشی سیاست‌ها میسر نخواهد بود مگر آن که شناسایی مورد، یکی از مراحل اصلی هر الگوی سیاست‌گذاری باشد. ریچاردسون نیز اعلام می‌دارد سیاست‌ها باید به نکات عمده و اساسی در بخش سلامت بپردازند (۳۱). باید برای مرحله شناسایی مورد در بین مراحل سیاست‌گذاری بیشترین وزن را قایل شد، زیرا اگر در این مرحله موارد به خطا برای سیاست‌گذاری انتخاب شوند، حاصل سیاست‌های تدوین شده چیزی جز از دست رفتن منابع و فرصت‌های بخش سلامت نخواهد بود. به‌همین دلیل نیز در این مرحله باید از مدارک و شواهد، ارزشیابی سیاست‌های قبلی، ارزیابی‌ها و نیز پژوهش‌های مستقل حداکثر استفاده به‌عمل آید. اندیشمندان بخش سلامت در آرای خود بر اهمیت مرحله ارزیابی نیز صحنه گذاشته‌اند. دونالدسون و مونی اظهار نظر کرده‌اند که در سیاست‌گذاری، وجود مرحله ارزیابی برای مطالعه و بررسی منابع موجود و نتایج منتظره ضروری به‌نظر می‌رسد (۳۰). از دیدگاه کاواگنرو مرحله‌ی ارزیابی می‌تواند در زمینه‌های پیرامون سیاست‌ها بسیاری از زاویه‌های تاریک را روشن کند و به سیاست‌گذاران در تدوین سیاست‌های قابل اجرا کمک کند (۳۲). کوپرا نیز اعتقاد دارد که نظر به تأثیر مرحله‌ی ارزیابی بر آشنایی بیشتر سیاستگذار با زمینه‌ها و مدارک، با وجود این مرحله در فرآیند سیاست‌گذاری، می‌توان انتظار داشت که فرآیند بهبود یابد و نتایج بهتری را فراهم آورد (۳۳). سیاست‌های منابع انسانی بخش سلامت هر قدر مناسب و خوب تدوین شده باشد، بدون پیاده‌سازی در عمل و اجرای آنها اثری نخواهد داشت. بنابراین باید ساز و کاری فراهم نمود تا سیاست‌هایی که در روی کاغذ اجرایی و کارآمد هستند، در دنیای واقعی نیز اثربخش باشند. از این رو، لازم است

تطابق زیادی داشته‌اند. با این حال، در این الگوها توجه اندکی به گام‌های هر مرحله و چگونگی انجام هر یک مبدول گردیده است. این مقاله پیشنهاد می‌کند الگوهای سیاست‌گذاری مناسبی برای واحدهای مختلف وزارت بهداشت و فراتر از آن در سطح کل وزارتخانه طراحی شود. نمایش جزئیات مراحل شش‌گانه‌ی فوق‌الذکر در الگوهای مزبور بسیار منطقی به نظر می‌رسد.

سلامت مستلزم آن است که شیوه انجام هر یک از مراحل شش‌گانه‌ی شناسایی مورد، ارزیابی، تدوین، اجرا، ارزشیابی و بازبینی سیاست‌ها با دقت نشان داده شود. از نگاهی دیگر، به نظر می‌رسد که عدم بهره‌گیری از هر یک مراحل شش‌گانه فوق‌الذکر می‌تواند نقطه ضعفی در الگوهای سیاست‌گذاری محسوب گردد. الگوهای مورد مطالعه در این پژوهش با مراحل شش‌گانه‌ی این مطالعه

## منابع

- 1-Musgrove P, Andrew C, Alex P, Christian B, Anders A, Thomson P. The World health report 2000, health systems: improving performance. WHO: Geneva, 2000.
- 2-Policy making council of Health and medical education ministry. Achievements, challenges and horizons in front of health system in Islamic republic of Iran. Health and medical education ministry: Tehran, 2008. (In Persian)
- 3-Damiri B, Vosugh Moghaddam A, Abachizadeh K. Health document draft: human resources of health administration. Health and medical education ministry: Tehran, 2006. (In Persian)
- 4-National Audit Office(NAO). Modern policy-making:ensuring policies deliver value for money. London: NAO, 2001.
- 5-Chatora R, Tumusiime P. Health sector and dsistrict health systems. WHO Regional office for Africa: Brazzaville, 2004.
- 6-Dussault G, Dubois C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health. 2003; 1(1).
- 7-Lethbridge J. Public sector reform and demand for human resources for health (HRH). Human Resources for Health. 2004; 2(1).
- 8-Martinez J, Martineau T. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. Health Policy Plan. 1998; 13: 345-358.
- 9-Thmpson D, Snape E, Stokes C. Health services reform and human resource management in Hong Kong public hospitals. int J Health Plann Manage. 1999; 14: 19-39.
- 10-Buchan J. Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. Health Policy Plan. 2000; 15: 319-325.
- 11-Development and strengthening of human resources management in health sector. PAHO. Washington DC : Pan American Health Organization (PAHO)128th session of the executive committee, 2001.
- 12-Pan American Health Organization (PAHO) and WHO 45th diricting council. PAHO and WHO. Washington DC: PAHO and WHO, 2004.
- 13-Beaglehole R, Sanders D, Dal Poz M. The public health workforce in Sub-Saharan Africa: challenges and opportunities. Ethnicity & Disease. 2003; 13(2 Suppl 2): S2-24-30.
- 14-Kolehamainen-Aiken RL.Decentralization and human resource: implication and impac. Human Resource Development Journal. 1997; 2(1). available from URL: [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_2\\_1\\_01.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_1_01.pdf).
- 15-Saltman RB, von Otter C. Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility. Balmoor: Open University Press, 1995.
- 16-Bennett S, Franco LM. Public sector health workers motivation and health sector reform: a conceptual framework. Partnerships for Health Reform (PHR): Bethesda, Maryland, 1999.
- 17-Martineau T, Martinez J. Human resources in the health sector: guidelines for the appraisal and strategic development. European Commission: Brusseles, 1997.
- 18-McCaffery J. Addressing the crisis in human resources for health. USAID/Global Health Technical Briefs. [serial online] [Cited: 8 10, 2006] available from: URL: <http://www.maqweb.org/techbriefs/tb37capacity.pdf>.
- 19-Egger D, Adams O. Imbalances in human resources for health: can policy formulation and planning make a difference? Human Resource Development Journal. 1999; 3. available from: URL: [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_2\\_1\\_01.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_1_01.pdf).
- 20-Nyoni J, Gbary A, Awases M, Ndecki P, Chatora R. Policies and plans for human resources for health: guidelines for countries in the WHO African region. WHO: Brazzaville, 2006.
- 21-Reid M. Policy development guidelines. NSW Health: Sydney, 1998.



- 22-Grice J. The green book: appraisal and evaluation in central government. HM Treasury: London, 2003.
- 23-Bureau of policy and coordination. Policy development in the therapeutic products programme: a reference guide. Health Canada : Ontario, 1998.
- 24-Friedman RM. A conceptual framework for developing and implementing effective policy in children's mental health. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2003; 11(1): 11-18.
- 25-Hornby P, Perera HSR. A development framework for promoting evidence-based policy action: drawing on experiences in Sri Lanka. *International Journal of Health planning and Management*. 2002; 17: 165-183.
- 26-Maxwell J. policy as a tool for revolution. Framing our Children's Policy Conference: Children's Mental Health Ontario. Canada Policy Research Networks (CPRN): Ontario, 2005.
- 27-Busse R, Schlette S. Health Policy Developments. Bielefeld: Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, 2004.
- 28-Blair T. Presented to parliament by the prime minister for the cabinet office by command of her Majesty, Report code: CM 4310. UK Cabinet Office: London, 1999.
- 29-Faraji Khiavi F. Designing policy making model in human resources for health: 2010 [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Science; 2011. (In Persian)
- 30-Donaldson C, Moony G. Needs assessment, priority setting, and contracts for health care: an economic view. *BMJ*. 1991; 303: 1529 - 1530.
- 31-Richrdson JR. Priorities of health policy: cost shifting or population health. *Australia and New Zealand Health Policy*. 2005; 2.
- 32-Cavagnero E, Daelmans B, Gupta N, Scherpier R, Shankar A. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2008; 371(9620): 1284-93.
- 33-Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet*. 2008; 371 (9613): 668-74.
- 34-Schmidt CM. Policy evaluation and economic policy advice. *AStA(Advances in Statistical Analysis)*. 2007; 91: 379-389.
- 35-Pinkerton J. Children's participation in the policy process: some thoughts on policy evaluation based on the Irish National Children's Strategy. *Children & Society*. 2004; 18: 119-130.
- 36-Judd J, Frankish JC, Moulton G. Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes—a unifying approach. *Health Promotion International*. 2001; 16: 367-380.

## A Comparative Study on Identifying Core Stages of Policy-Making in Human Resources for Health: 2009

Farzad Faraji Khiavi<sup>1\*</sup>, Mohammad Reza Maleki<sup>2</sup>, Kurosh Djafarian<sup>3</sup>, Sudabeh VatanKhah<sup>4</sup>, Seyyed Jamaledin Tabibi<sup>5</sup>

1-Assistant Professor of Health Care Administration.

2-Associate Professor of Health Care Administration.

3- Assistant Professor of Nutrition and Biochemistry.

4- Associate Professor of Health Care Administration.

5- Professor of Health Care Administration.

1-Department of Health Care Administration, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2- Department of Health Care Administration, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical sciences Tehran, Iran.

3- Department of Nutrition and Biochemistry, School of Health, Tehran University of Medical sciences Tehran, Iran.

4- Department of Health Care Administration, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical sciences Tehran, Iran.

5- Department of Health Care Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

\*Corresponding author:

Farzad Faraji Khiavi; Department of Public Health, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +98611-3738269

Email: faraji-f@ajums.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Health sector can be directed to a great deal of improvements by formulation of proper policies. However, policy making in human resources, the most important resource, was not regarded as much necessary as the health sector. Therefore, this study aimed to compare core stages of policy making in human resources for the health sector (HRH). Such a research can be considered as an important step for identification of the proper process for policy making in HRH.

**Methods and Materials:** This study was a descriptive-comparative research. First of all, a discussion group consisting of human resources and health service administration elites were established. This group compared the selected models of policy making through a comparative table and projected core stages. Finally, the accuracy of the projected stages was studied by health system elites and university professors using a questionnaire with Likert method.

**Results:** Using the comparative table, six stages for policy making in HRH were suggested by the discussion group. These stages included issue identification, assessment, policy formulation, implementation, policy evaluation and policy review. Somehow most of these stages were partially or completely considered in the studied models. Suggested stages were agreed by elites and, the average scores showed. In the end, HRH policy making stages were showed in a model.

**Conclusion:** The six-stage policy making process was confirmed by both the respondent elites and related literature. Designing a model to illustrate the details of proper process for policy making can be suggested as an influential step to improve the efficiency and effectiveness of the health sector in Iran.

**Key words:** policy-making, human resources for health, health policies, comparative study.

Received: Oct 7, 2011

Revised: June 6, 2012

Accepted: June 10, 2012