

خلاصه گزارش نشست چهل و ششمین عصرانه داغ سلامت

عنوان: رویکرد سیستمی به مدیریت نگهداشت منابع انسانی در نظام سلامت

تاریخ: ۲۴ آذرماه ۱۴۰۴

چهل و ششمین نشست از سلسله نشست‌های عصرانه داغ سلامت که از ماه پیش اختصاص به «تفکر سیستمی در نظام سلامت» پیدا کرده است با عنوان «رویکرد تفکر سیستمی به مدیریت نگهداشت منابع انسانی در نظام سلامت»، روز دوشنبه ۲۴ آذرماه از ساعت ۱۵ تا ۱۷:۳۰ با حضور و سخنرانی اعضای محترم پنل؛ سرکار خانم دکتر طاهره چنگیز، جناب آقای دکتر ابوالفتح لامعی، جناب آقای دکتر احمد رضا پورقادری، جناب آقای دکتر علی سیبویه، جناب آقای دکتر مجتبی احمدزاده و جناب آقای دکتر مسعود فردوسی، در تالار شهید بهشتی (رویش) برگزار شد. در این جلسه ایشان به تبیین مساله دسترسی عادلانه همه مردم کشور، به‌ویژه در مناطق محروم و صعب‌العبور، به خدمات پزشکی ضروری با رویکرد سیستمی پرداختند.

در ابتدای جلسه، آقای دکتر رضایتمند در مورد خلاصه نشست‌های دو جلسه اول توضیح دادند. در جلسه اول با استاد لامعی محور بحث بر تفکر سیستمی بود و تأکید شد که در سیستم‌های پیچیده، روابط بین اجزا مهم‌تر از خود اجزا هستند و مرزهای سیستم اعتباری و فیزیکی ندارند. همچنین اشاره شد که راه‌حل‌های گذشته ممکن است باعث ایجاد مشکلات امروز شده باشند و توجه به حلقه‌های بازخوردی و درک اهداف سیستم‌های پیچیده برای تحلیل صحیح ضروری است. مبنای تصمیم‌گیری افراد نیز الگوهای ذهنی آن‌هاست و در تفکر سیستمی باید به آنها توجه شود.

در جلسه دوم با استاد مشایخی، تمرکز بر پویایی‌شناسی سیستم‌ها بود و هدف آن شناسایی سازوکارهایی که تغییرات پیرامون ما را ایجاد می‌کنند بیان شد، زیرا همه چیز در حال تغییر است و تنها چیزی که تغییر نمی‌کند خود تغییر است. دو نکته کلیدی مورد تأکید بود: تفکر در امتداد زمان و کل‌نگری؛ یعنی مسائل را نه به صورت مقطعی بلکه در روند زمانی بررسی کنیم و سیستم‌ها



را به عنوان یک کل تحلیل کنیم که ویژگی‌هایش فراتر از مجموع اجزایش است. همچنین حلقه‌های بازخوردی تقویت‌کننده و متعادل‌کننده معرفی شد و با مثال‌هایی از کرونا و نظام بهداشت و درمان، اهمیت درک اثر متقابل اجزا و نحوه اثرگذاری حلقه‌ها روشن شد. هدف این سلسله جلسات، انتقال مفاهیم پایه تفکر سیستمی و پویایی‌شناسی و آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای تحلیل عملی مسائل واقعی، از جمله مدیریت نگهداشت منابع انسانی در نظام سلامت است.

سپس دکتر چنگیز بحث خود را با طرح یک مسئله مزمن و حل‌نشده در نظام سلامت آغاز کردند: **دسترسی عادلانه همه مردم کشور، به‌ویژه در مناطق محروم و صعب‌العبور، به خدمات پزشکی ضروری است.** ایشان تأکید کردند که این مسئله سال‌هاست مطرح می‌شود و با وجود وسعت جغرافیایی، تنوع اقلیمی و پراکندگی جمعیت در ایران، تأمین عادلانه این دسترسی همچنان چالش‌برانگیز باقی مانده است. هدف اصلی ایشان از طرح این موضوع، تمرین نگاه سیستمی به یک مسئله واقعی نظام سلامت و مقایسه آن با رویکردهای خطی و مرسوم گذشته بود.

دکتر چنگیز به راه‌حل‌ها و مداخلات مختلفی اشاره کردند که در طول زمان برای این مسئله به کار گرفته شده‌اند؛ از به‌کارگیری پزشکان خارجی پیش از انقلاب، تا طرح خدمات اجباری پزشکان پس از انقلاب، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی، توسعه بیمارستان‌ها، افزایش بودجه سلامت و سهمیه مناطق محروم. ایشان معتقدند که هر یک از این مداخلات بر اساس **مفروضاتی شکل گرفته‌اند** و پیامدهای مثبت، منفی و گاه پیش‌بینی‌نشده داشته‌اند، اما با وجود گذشت دهه‌ها، مسئله همچنان پابرجاست. از نظر ایشان، **تداوم مسئله نشان می‌دهد که رویکردهای اتخاذشده کافی نبوده و نیازمند تحلیل عمیق‌تر با نگاه سیستمی هستیم.**

دکتر سیبویه پیشنهاد کردند که پیش از ورود به نقد راه‌حل‌های گذشته، خود مسئله دسترسی عادلانه به خدمات سلامت دقیق‌تر و شفاف‌تر تبیین شود. ایشان تأکید دارند که لازم است روشن شود مشکلات و نارضایتی‌ها دقیقاً چه بوده‌اند، در چه مناطقی بروز کرده‌اند، آیا صرفاً محدود به مناطق محروم بوده یا در سطح گسترده‌تر از کشور وجود داشته‌اند، و اینکه دغدغه اصلی کمبود نیروی انسانی بوده یا هم‌زمان کمبود تجهیزات و زیرساخت‌ها نیز نقش داشته است. مشخص کردن دامنه جغرافیایی مسئله، نوع خدمات و نیروهای درگیر پیش‌نیاز تحلیل دقیق‌تر و گفت‌وگوی مؤثر درباره راه‌حل‌هاست.

دکتر چنگیز مسئله دسترسی عادلانه به خدمات پزشکی را از زاویه تجربه زیسته مردم توضیح دادند و با مثال یک اورژانس حاد نشان دادند که تفاوت محل زندگی چگونه می‌تواند به **تحمیل هزینه، اتلاف زمان و افزایش ریسک سلامت** منجر شود. در شهرهای بزرگ، دسترسی به اورژانس، پزشک و خدمات تشخیصی معمولاً سریع‌تر و کم‌هزینه‌تر است، اما در شهرهای کوچک و مناطق کمتر برخوردار، حتی برای خدمات اولیه، افراد مجبور به طی مسیرهای طولانی، صرف هزینه‌های چندبرابری و مواجهه با نبود امکانات تشخیصی می‌شوند. این نابرابری فقط محدود به مناطق محروم نیست؛ حتی در شهرهای بزرگ نیز بخش دولتی با مشکل تأمین نیرو مواجه است، در حالی که بخش خصوصی در همان منطقه با **رقابت پزشکان** روبه‌روست. بنابراین مسئله صرفاً کمبود نیروی انسانی نیست، بلکه ترکیبی از عوامل نیروی انسانی، زیرساخت، جذابیت اقتصادی و نقش متفاوت بخش دولتی و خصوصی است.



در ادامه، تأکید شد که بخش مهمی از ناکامی راه‌حل‌های گذشته به **تعریف نادقیق مسئله و مفاهیم کلیدی** بازمی‌گردد. مفاهیمی مانند «دسترسی»، «عادلانه»، «همه مناطق» و «خدمات پزشکی ضروری» برداشت‌های متفاوتی دارند که هر کدام مسیر سیاست‌گذاری متفاوتی ایجاد می‌کند. به عنوان مثال، دسترسی می‌تواند صرفاً به معنای وجود پزشک و تجهیزات باشد یا به معنای امکان استفاده به‌موقع، با هزینه قابل قبول و در مکان مناسب. همچنین عدالت می‌تواند به صورت مساوی، متناسب با نیاز یا مبتنی بر احساس عدالت تعریف شود. بسیاری از سیاست‌ها بدون این دقت مفهومی و مستقیماً با راه‌حل‌های ساده و فوری اجرا شده‌اند و همین امر موجب شده مسئله با وجود سال‌ها مداخله، همچنان حل نشده باقی بماند.

دکتر سیبویه تأکید کردند که اگر قرار است مسئله دسترسی عادلانه به خدمات پزشکی با رویکرد پویایی‌شناسی سیستم‌ها بررسی شود، ابتدا باید رفتار متغیرها و شاخص‌های کلیدی در طول زمان به صورت کیفی یا کمی شناخته شود. بدون درک این پویایی‌ها، امکان مدل‌سازی و تحلیل عمیق وجود ندارد. ایشان همچنین به اهمیت مدل‌های و مفروضات ذهنی در تعریف مفاهیمی مانند دسترسی و عدالت اشاره کردند و توضیح دادند که بسیاری از پیش‌فرض‌ها بدیهی انگاشته می‌شوند، در حالی که تغییر همین چارچوب‌های ذهنی می‌تواند نگاه ما به مسئله و راه‌حل‌ها را به‌طور اساسی دگرگون کند.

ایشان یکی از اصول بنیادین تفکر سیستمی را **پرهیز از نگاه خطی و حرکت به سوی تفکر حلقه‌بسته** دانستند؛ یعنی توجه به بازخوردها و پیامدهای ناخواسته که تصمیم‌ها در طول زمان ایجاد می‌کنند. سیاست‌گذاری‌ها باید توجه داشته باشند که راه‌حل‌های امروز، خود مسئله‌های آینده را می‌سازند و آثار آن‌ها ممکن است در بخش‌ها و زمان‌های دیگر (آموزش، اقتصاد، فرهنگ یا حتی مناطق دیگر) ظاهر شود. به همین دلیل، تصمیمات پایدار نیازمند نگاه کل‌نگر، توجه به تصویر بزرگ و پیش‌بینی اثرات جانبی و بلندمدت مداخلات هستند. همچنین ادامه دادند که حتماً باید در هنگام سیاست‌گذاری به اثرات جانبی تصمیمات خود نگاه کنیم و با ارزیابی این اثرات، به تصمیم‌گیری بهتری بپردازیم.

دکتر رضایتمند پیشنهاد نمودند که با مشارکت دکتر احمدزاده، دکتر چنگیز و سایر اساتید، یک بارش فکری درباره پیامدها و عوارض جانبی طرح اجباری نیروی انسانی انجام شود تا نمونه‌هایی از این سایدافکت‌ها (اثرات جانبی) شناسایی و در چارچوب نگاه کل‌نگر بررسی شوند.

دکتر احمدزاده با تأکید بر ضرورت نگاه به **بیگ پیکچر (تصویر بزرگ)** توضیح دادند که سیاست‌هایی مانند توسعه زیرساخت‌های درمانی، وقتی بدون توجه هم‌زمان به سایر اجزای سیستم اجرا می‌شوند، به نتایج کاریکاتوری می‌انجامد. ایشان با مثال‌های واقعی نشان دادند که ساخت بیمارستان‌ها و تأمین تجهیزات بدون برنامه‌ریزی متوازن برای نیروی انسانی، موجب ایجاد مراکز با ظرفیت فیزیکی بالا اما **بدون نیروی کافی** شده است. بیشینه‌سازی یک جزء از سیستم (مثل تخت یا تجهیزات) به جای بهینه‌سازی کل سیستم، نه تنها مسئله دسترسی را حل نمی‌کند، بلکه منابع را مصرف کرده و امکان تأمین سایر اجزا را از بین می‌برد.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای ناخواسته طرح‌های اجباری نیروی انسانی، **خروج تدریجی پزشکان از چرخه ارائه خدمات ضروری** است. اجبار پزشکان به خدمت در مناطق محروم، واکنش طبیعی انسانی ایجاد می‌کند؛ پزشک پس از پایان دوره اجباری و بازگشت به



شهر، به سمت فعالیت‌هایی مانند خدمات زیبایی سوق پیدا می‌کند و عملاً از نقش مورد انتظار فاصله می‌گیرد. این روند باعث شکل‌گیری **مهاجرت درون‌رشته‌ای** و از دست رفتن بخشی از نیروی انسانی تربیت‌شده با منابع عمومی می‌شود؛ سایدافکتی که نشان می‌دهد **راه‌حل‌های امروز، خود به مسئله‌های مژمن فردا تبدیل شده‌اند.**

دکتر چنگیز تأکید کردند که **کاهش تاب‌آوری سیستم در تأمین نیروهای انسانی** یکی از پیامدهای مهم سیاست‌های اجباری در مناطق کمتر برخوردار است. عدم برنامه‌ریزی برای ماندگاری و پیگیری بلندمدت نیروها باعث می‌شود کمبودها و ناپایداری‌ها به‌صورت مکرر ظاهر شوند و اثرات منفی آن حتی در شهرهای بزرگ نیز دیده شود. برای ارزیابی مسئله دسترسی عادلانه، لازم است **ساختار و سیاست‌های گذشته نقد و تحلیل شوند** تا مشخص شود کدام سیاست‌ها کافی بوده و کدام‌ها نیازمند اصلاح یا جایگزینی هستند.

دکتر فردوسی با تجربه مدیریت شبکه‌های بهداشتی در مناطق محروم، تبعات سیاست‌های اجباری نیروی انسانی را در چهار دسته بررسی کردند: **تبعات برای دولت، مردم، پزشک و سلامت جامعه.** از دید دولت، این سیاست پرهزینه و زمان‌بر است؛ برای مردم، گاهی آرامش ایجاد می‌کند اما اغلب افراد حتی در مناطق دارای امکانات ترجیح می‌دهند به شهرهای بزرگ بروند. برای پزشکان، اجبار موجب **نارضایتی و تمایل به خروج از مناطق محروم** می‌شود و برای خانواده مشکلات جدی ایجاد می‌کند. این سیاست همچنین می‌تواند اثر **بازدارنده بلندمدت** داشته باشد و برخی افراد را حتی از ورود به حرفه پزشکی منصرف کند.

دکتر سیبویه تأکید کردند که برای بررسی جامع مسئله دسترسی عادلانه، لازم است **متغیرهای کلیدی، روند آنها در طول زمان و ارتباطات میان آنها شناسایی و تحلیل شوند** تا حداقل یک تحلیل کیفی انجام شود. توجه به **متنال مدل‌ها و دیدگاه‌های مختلف ذینفعان** نیز اهمیت دارد؛ درواقع توجه به نگاه‌های مختلف سبب می‌شود، هنگامی که سیاستی را اعمال می‌کنیم، توجهمان به اهداف و سیاست‌های بازخوردی احتمالی سایر ذینفعان نیز باشد. یعنی پزشکان، پرستاران و مدیران هر کدام ممکن است مسئله را از زاویه متفاوت ببینند و سیاست‌ها و واکنش‌های متفاوتی ایجاد کنند. همچنین در ادامه **آرکتایپ‌های سیستمیک** را معرفی کردند. آرکتایپ‌هایی مانند بهبودهایی که وضعیت را بدتر می‌کنند و انتقال فشار که نشان می‌دهند راه‌حل‌های کوتاه‌مدت ممکن است در بلندمدت وضعیت مسئله را بدتر کنند.

دکتر احمدزاده به **برند کارفرمایی در بیمارستان‌ها و سازمان‌های سلامت** اشاره کردند و توضیح دادند که جذب و حفظ نیروی انسانی صرفاً با حقوق بالا ممکن نیست؛ بلکه **فرصت‌های رشد، ارزش‌های سازمانی، تعادل کار و زندگی و تصویر کلی بیمارستان** نقش مهمی دارند. با تقویت برند کارفرمایی، می‌توان انگیزه طبیعی برای حضور پزشکان در مناطق کمتر برخوردار ایجاد کرد و از روش‌های اجبار پرهیز کرد.

خانم دکتر چنگیز توضیح دادند که سیاست‌های فعلی که فارغ‌التحصیلان تازه را پس از طرح اجباری بدون جذابیت ماندگاری رها می‌کنند، باعث کاهش تاب‌آوری سیستم در تأمین خدمات ضروری شده است. خروج این نیروها به سمت بخش‌های غیرضروری، ایجاد **لوپ‌های (حلقه‌های) بازخورد مثبت** می‌کند که تقاضای این خدمات را افزایش داده و فارغ‌التحصیلان جدید را نیز به این مسیر جذب می‌کند. حتی رزیدنت‌های تخصصی نیز وارد این مسیر می‌شوند و آموزش و تجربه تخصصی خود را کنار می‌گذارند، که پیامدهای بلندمدت برای کیفیت آموزش و نیروی انسانی در نظام سلامت دارد.



دکتر لامعی تأکید کردند که دسترسی به خدمات پزشکی هیچ‌گاه به صورت کامل قابل حل نیست و در علم سیستم‌ها مهم، مدیریت مسئله است. استفاده از راه‌حل‌های موقت باعث از دست رفتن فرصت پیگیری راه حل‌های قطعی می‌شود؛ برای مثال، اگر نظام ارائه خدمات با سطوح‌بندی درست و نظام ارجاع مؤثر ایجاد شده بود، بسیاری از مشکلات فعلی با سیاست‌های موقت مانند طرح‌های اجبار نیرو در مناطق محروم پیش نمی‌آمد.

دکتر پورقادرى تأکید کردند که هر فرد بر اساس مدل ذهنی خود مسائل را تحلیل می‌کند و این مدل‌ها اغلب پر از ابهام و ناقص هستند. انسان‌ها حتی با هوش بالا نمی‌توانند همزمان تأثیر چندین عامل پیچیده را تحلیل کنند، بنابراین برای تحلیل سیستم‌های پیچیده ابتدا باید مدل‌های ذهنی به مدل‌های تشریحی و سپس به مدل‌های ریاضی تبدیل شوند تا سازگاری داخلی و امکان پیش‌بینی رفتار سیستم فراهم شود. در این فرآیند، درک روابط علیتی و تاخیرهای زمانی و مکانی بین علت و معلول اهمیت بالایی دارد و باید در طراحی سیاست‌ها لحاظ شود.

برای بررسی دسترسی عادلانه به خدمات پزشکی، باید متغیرهای اصلی مانند زمان پاسخ‌دهی، نفر ساعت پزشک به ازای جمعیت و تعداد تخت‌های بیمارستانی مشخص و داده‌های تاریخی آن‌ها تحلیل شود. این تحلیل امکان شبیه‌سازی سیستم و پیش‌بینی اثر سیاست‌های مختلف را فراهم می‌کند. حلقه‌های بازخورد تقویت‌کننده مانند تله ورک لود روستایی و موفقیت برای موفقیت نشان می‌دهند که کمبود منابع انسانی در مناطق کم‌برخوردار به فرسایش شغلی و کاهش انگیزه کارکنان منجر می‌شود و تمرکز نیروها در مناطق شهری مشکلات مناطق محروم را تشدید می‌کند.

دکتر پورقادرى به تجربیات بین‌المللی نیز اشاره کردند؛ در استرالیا، ژاپن، اروپا، کانادا و تایلند سیاست‌ها و مدل‌سازی‌های ریاضی برای جذب و نگهداشت پزشکان استفاده شده است، اما مدل‌ها محدود و نیازمند اعتبارسنجی در شرایط واقعی هستند. پیچیدگی واقعی سیستم از تعاملات و روابط بین متغیرها ناشی می‌شود، نه از تک‌تک فاکتورها، و حل مسائل پیچیده نیازمند دیدگاه جامع و درک روابط میان عوامل است.

در پایان، دکتر رضایتمند تأکید کردند که تمرکز جلسه بر مسئله مهم دسترسی عادلانه به منابع انسانی در نظام سلامت بود و نشان داده شد که سیاست‌های اتخاذ شده اغلب مبتنی بر نگاه خطی هستند و تبعات گسترده‌ای دارند که سایر سیستم‌ها را هم تحت تأثیر قرار می‌دهند. برای درک جامع‌تر، لازم است متغیرهای مؤثر بر رفتار سیستم شناسایی، حلقه‌های بازخوردی رسم و روابط علی و معلولی مشخص شوند تا تحلیل کامل و دقیق‌تری انجام شود و سیاست‌گذاری‌ها مبتنی بر شناخت رفتار کل سیستم باشد.

همچنین بر اهمیت بهینه‌سازی کل سیستم تأکید شد؛ مثال‌هایی از سیستم فیزیکی و منابع انسانی نشان داد که اگر یک بخش بهینه شود اما سایر بخش‌ها بهینه نشوند، کل سیستم عملکرد مناسبی نخواهد داشت. آموزش و یادگیری تفکر سیستمی از طریق بازی و شبیه‌سازی تعاملات واقعی افراد، به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا اثرات تصمیمات و رفتار ذینفعان را درک کرده و مسیر تصمیم‌گیری بهینه را شناسایی کنند.



در نهایت، تجربه جلسات گذشته و نمایشنامه‌ها نشان داد که تفکر سیستمی به زمان، تمرین و تحلیل مستمر نیاز دارد و نمی‌توان با راهکارهای سریع و سطحی مسائل پیچیده را حل کرد. هدف این سلسله جلسات ایجاد بینش سیستمی، یادگیری عملی و فراهم کردن زمینه‌ای برای ارائه پیشنهادها کاربردی در تصمیم‌گیری واقعی است و این مسیر ادامه خواهد داشت تا الگوی عملی برای استفاده از تفکر سیستمی در مدیریت منابع محدود و تصمیم‌گیری‌های پیچیده شکل گیرد.

این سلسله نشست‌ها با همین موضوع تا دو ماه آینده در دوشنبه آخر ماه در تالار شهید بهشتی دانشگاه برگزار خواهد شد و تلاش می‌کند با ایجاد فضایی آموزشی و گفت‌وگومحور برای دانشجویان، پژوهشگران و فعالان حوزه سلامت و مدیریت بحران، فرصتی ارزشمند برای ارتقای دانش مفهومی و تحلیلی در زمینه تعاملات پیچیده نظام سلامت فراهم کند.

