

کردستان (گروه مورد) با ۱۶۳ بیمار مشابه در جمعیت غیر تحت پوشش این برنامه (گروه شاهد) مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش از طریق پرسش‌نامه و گفتگوی حضوری با خانواده‌های بیماران و نیز بررسی پرونده‌های بهداشتی آنها جمع‌آوری گردید. در این مطالعه که براساس تکنیک تحلیل هزینه - منفعت (Cost-Benefit Analysis) انجام گردید، متغیرهای وابسته عبارت از هزینه، منفعت (تبعات اقتصادی افزایش ساعات کار بیمار و کاهش مراقبت خانواده از بیمار)، مراجعه‌های سرپایی و روز بستری بودند.

نتایج حاصل بر روی بیماران افسرده نشان داد که متوسط مراجعه‌های سرپایی سالانه «گروه مورد» بطور قابل ملاحظه‌ای بیش از «گروه شاهد» و متوسط هزینه سالانه آنها کمتر بود. همچنین متوسط سود سالانه بیماران (گروه مورد) بطور چشمگیری بیشتر از بیماران افسرده «گروه شاهد» بود. در مورد بیماران صرعی هم نتایج بالا صدق می‌نمود. در مورد بیماران اسکیزوفرنی متوسط روزهای بستری، میانگین مراجعه‌های سرپایی سالانه و متوسط هزینه سالانه در دو گروه «مورد و شاهد» تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. اما در گروه شاهد بطور نسبی روزهای بستری و هزینه سالانه بیش از گروه مورد و مراجعه‌های سرپایی سالانه در گروه مورد بیش از گروه شاهد بود. برای بیماران اسکیزوفرنی نیز همانند بیماران افسرده و صرعی میانگین سود سالانه در «گروه مورد» بطور چشمگیری از گروه شاهد بیشتر بود.

مقایسه کل بیماران گروه مورد و شاهد، نشان داد که میانگین مراجعه‌های سرپایی سالانه گروه مورد و همچنین سود سالانه آنها بطور معنی‌داری بیش از میانگین مراجعه‌های سرپایی و منفعت سالانه گروه شاهد بود. ضمناً میانگین هزینه سالانه کل بیماران گروه مورد بطور چشمگیری کمتر از میانگین هزینه سالانه بیماران گروه شاهد بود.

ضمناً میانگین هزینه سالانه کل بیماران گروه مورد بطور چشمگیری کمتر از

میانگین هزینه سالانه بیماران گروه شاهد بود. هزینه کمتر بیماران «گروه مورد» علیرغم مراجعه‌های بیشتر آنها، می‌تواند به عنوان تأثیر مثبت برقراری نظام ادغام بهداشت روانی در PHC تلقی گردد. همچنین سود بیشتر بیماران «گروه مورد» نشان داد که جنبه‌های اقتصادی اثربخشی درمان در نظام ادغام، قابل توجه می‌باشد.

مقدمه

در همایش بین‌المللی آلماتا، مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان کلید رسیدن به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی تعیین گردید (۱). متأسفانه با گذشت چندین سال، از ادغام بهداشت روانی در PHC هنوز این خدمات در مقایسه با دیگر اجزاء از پوشش مطلوبی برخوردار نمی‌باشد و تنها بخش کوچکی از هر شبکه بهداشتی - درمانی را شامل می‌شود. پوشش اندک خدمات بهداشت روانی در مقایسه با دیگر اجزاء PHC تصور نوعی بلا تکلیفی را القا می‌کند، خاصه آنکه تفکر تأثیرناپذیری خدمات تخصصی از سطوح محیطی شبکه‌های بهداشت و درمان هم در محافل بهداشتی، بدلیل ویژگی‌های تشخیصی آن وجود دارد. یکی از طرق ارزیابی هر برنامه بهداشتی از بعد اقتصادی، اثربخشی آن است که متأسفانه در سیستم بهداشت و درمان کشور کمتر مورد توجه قرار گرفته است. توجه به بعد اقتصادی در برنامه‌ریزی مقوله تازه‌ای نیست، از زمانیکه تایلور (Taylor ۱۹۱۱)^۱ تئوری مدیریت علمی و روش‌های علمی انجام کار را مطرح نمود، همواره در مدیریت سازمان‌ها طراحی روش‌های علمی برای افزایش کارایی و اثربخشی برنامه‌ها مدنظر بوده است (۲). خدمات بهداشتی درمانی گرچه نوعاً و از جنبه‌های انسانی با سایر خدمات تفاوت‌هایی دارد ولی نیاز روزافزون جامعه به خدمات بهداشتی - درمانی و محدودیت منابع و امکانات، ضرورت توجه به بعد اقتصادی برنامه‌ریزی را می‌طلبد. امروزه در دکترین اقتصاد بهداشت هزینه‌های بخش بهداشت و درمان جزء «خدمات غیرمولد» و با «یارانه» تلقی نشده و بصورت سرمایه‌گذاری مولد مورد توجه قرار گرفت (۳). یکی از معیارهای ارزیابی استراتژی مناسب در بهداشت و درمان بعد کارایی آن است. در زمینه خدمات بهداشتی درمانی سه نوع کارایی قابل تمیز است (۴).

۱- Taylor

۱- کارآئی تکنیکی، که در واقع پاسخگوئی به این سؤال را مطرح می‌کند که آیا در ازاء به کارگیری نیروهای انسانی بخش بهداشت و درمان و ابزار و تجهیزات بکارگرفته شده میزان ستاده به حداکثر رسیده است؟ کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی و خدمات تشخیصی، اجزاء موثر، کارآئی تکنیکی را شامل می‌شوند که طیف وسیعی را دربر می‌گیرد.

۲- کارآئی مقیاسی، که مسئله استانداردهای کمی واحدهای بهداشتی - درمانی در ارتباط با پوشش جمعیتی را مطرح و جنبه اقتصادی مسئله در آن مستتر است. این مطالعه در آمریکا حداکثر تخت بیمارستانی برای به حداقل رساندن هزینه‌ها ۱۹۰ تخت برآورد شده است درستی عدم توجه به این مقیاس بیمارستان‌هایی است که در نقاط کم جمعیت توسط افراد خیر ساخته می‌شود.

۳- کارآئی اقتصادی، که در آن به کارگیری تکنیکهای مدیریتی برای ترکیب فعالیت‌ها به صورت حداقل نمودن هزینه و حداکثر نمودن بازده می‌باشد. به عبارت دیگر برای ارائه میزان ثابتی از خدمات هزینه می‌بایست به حداقل رسیده باشد. در سال‌های اخیر کارآئی اقتصادی برنامه‌های بهداشتی درمانی مورد توجه سازمان جهانی بهداشت و محافل بین‌المللی قرار گرفته و استراتژیهای بهداشتی - درمانی که در شرایط مساوی بار مالی کمتری را دربر دارد توصیه می‌شود. بحث استفاده از نیروی ارزان (بهورز) در محل مناسب بجای نیروی گران (پزشک) در مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اولیه PHC از کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۷۸ الگو می‌باشد. تحلیل هزینه - منفعت (COST-BENEFIT ANALYSIS) یکی از تکنیک‌های مورد بهره‌برداری برای ارزیابی اقتصادی برنامه‌هاست که در آن هزینه ریالی اجرای یک برنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. در کشور ما ایران که یکی از کشورهای نسبتاً موفق در زمینه ادغام مراقبتهای اولیه بهداشتی و درمانی در نظام بهداشت و درمان است متأسفانه به ارزشیابی اقتصادی استراتژی‌ها توجه لازم مبذول نشده است. آنچه که از نظر می‌گذرد پژوهشی است که در آن بیماران صرعی تحت پوشش خدمات بهداشت روانی در سیستم بهداشت و درمان استان

کردستان، با بیماران صرعی غیر تحت پوشش این خدمات از نظر هزینه مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

روش پژوهش

در این مطالعه با استفاده از «تکنیک تحلیل هزینه - منفعت»، بعد اقتصادی اثربخشی درمان بیماران صرعی در نظام PHC در سیستم بهداشت و درمان استان کردستان مورد بررسی قرار گرفته است. نوع مطالعه شاهد - موردی گذشته‌نگر و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود. جمعیت مورد بررسی ۸۵۲۹۴ نفر بودند که ۴۲۸۴۸ نفر آنها ساکن در مناطقی بودند که در سال ۱۳۷۲ تحت پوشش خدمات بهداشت روانی در شبکه بهداشت و درمان استان کردستان قرار داشتند «گروه مورد» و مابقی (۴۲۴۴۴ نفر) تحت پوشش خدمات بهداشت روانی نبودند اما از لحاظ جغرافیائی با «جمعیت مورد» (گروه شاهد) هم‌مرز بودند. در گروه مورد ۹۲ بیمار صرعی و در گروه شاهد ۸۰ بیمار صرعی از طریق بررسی پرونده‌ها و فهرست بیماران مراجعه‌کننده به کلیه مراکز بهداشتی و درمانی روستائی مناطق مورد نظر، مرکز روانپزشکی سنندج و بخش روانپزشکی بیمارستان توحید سنندج شناسائی شدند. این دو گروه از نظر مراجعه‌های سرپائی سالانه، میانگین روز بستری، هزینه سالانه هر بیمار، و سود سالانه هر بیمار مورد مقایسه قرار گرفتند در این پژوهش نوع و روش درمان به عنوان متغیرهای مستقل و مراجعه‌های سرپائی، روز بستری، هزینه و سود به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

منظور از «هزینه»، جمع هزینه‌های اداری تشکیلاتی، درمان و رفت و آمد بیماران و خانواده‌های آنها به مراکز درمانی می‌باشند که از طریق دفاتر حسابداری و بودجه و برآورد هزینه استهلاک، بررسی پرونده بیماران و مصاحبه با خانواده آنها محاسبه شد. و منظور از «سود» تبعات اقتصادی ناشی از کاهش ساعات

مراقبت از بیمار در خانواده و افزایش ساعات کار بیمار صرعی بر اثر درمان می‌باشد. در این مطالعه متغیرهای سن، جنس، شغل متغیرهای زمینه‌ای بودند.

یافته‌ها

در این بررسی در دو جمعیت مورد و شاهد (۸۵۲۹۲ نفر) جمعاً ۳۴۹ بیمار صرعی، افسرده و اسکیزوفرنی مشاهده شد. نشان می‌دهد ۴/۱ در هزار جامعه به یکی از این سه نوع بیماری در زمان مطالعه مبتلا بودند. این شاخص به تفکیک در جامعه مورد و شاهد معادل ۴/۳ در هزار و ۳/۸ در هزار بود که آزمون آماری Z اختلاف معنی‌داری بین نسبت بیماران در جامعه نشان نداد ($Z = 1.15$).

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که بین سن، جنس و شغل کل بیماران در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری از لحاظ آمادگی وجود ندارد.

- متوسط روزهای بستری سالانه کل بیماران در گروه مورد معادل ۲ روز با انحراف معیار ۶/۸ روز بود و در گروه شاهد ۴/۷ روز با انحراف معیار ۱۲ روز بود. آزمون اختلاف معنی‌داری را بین متوسط روزهای بستری سالانه دو گروه مورد و شاهد نشان داد ($t = 2.62, df = 347, p = 0.009$). متوسط روزهای بستری در بیماران گروه شاهد بیشتر از بیماران گروه مورد بودند.

- میانگین مراجعه‌های سرپائی سالانه کل بیماران برابر ۴/۲ مرتبه با انحراف معیار ۲/۳ بار بود. میانگین مراجعه‌های سرپائی سالانه کل بیماران «گروه مورد» ۵/۳ مرتبه با انحراف معیار ۲/۱ مرتبه و میانگین مراجعات سرپائی سالانه کل بیماران «گروه شاهد» ۲/۹ مرتبه با انحراف معیار ۱/۷ مرتبه بود. آزمایش آماری نشان داد که میانگین مراجعات سرپائی سالانه کل بیماران گروه مورد بیشتر از میانگین مراجعات سرپائی سالانه کل بیماران گروه شاهد می‌باشد ($t = 11.62, df = 347, p < 0.001$).

- متوسط هزینه^۱ سالانه بیماران «گروه مورد» برابر ۱۵۵۲۱۳ ریال با انحراف

۱- هزینه بیماران شامل هزینه اداری تشکیلاتی، ویزیت، دارو، خدمات پاراکلینیکی، هزینه تردد، هزینه فرصت از دست رفته بدلیل مراجعات درمانی یا بستری، هزینه تردد خانواده

معیار ۳۷۶۵۴۸ ریال بود و متوسط هزینه سالانه بیماران «گروه شاهد» ۳۴۶۴۷۸ با انحراف معیار ۶۵۲۶۷۲ ریال بود. آزمایش آماری t نشان داد که هزینه سالانه بیماران گروه مورد کمتر از هزینه سالانه بیماران گروه شاهد می‌باشد
($t = 3.14, df = 347, P = 0.001$).

- متوسط منفعت^۱ سالانه بیماران گروه مورد ۳۳۷۰۵ ریال با انحراف معیار ۴۶۴۶۰ ریال و در گروه شاهد بترتیب ۱۶۴۷۵ و ۲۲۰۷۸ ریال بود. آزمون آماری^۱ اختلاف معنی‌داری را بین منفعت سالانه بیماران گروه مورد و شاهد نشان داد
($t = 4.33, df = 347, p < 0.001$).

جهت ارزیابی اثرات اجرائی برنامه بهداشت روانی در قالب PHC از دیدگاه هزینه - منفعت BCR^۲ (نسبت منفعت به هزینه) برای دو گروه شاهد و مورد نیز محاسبه گردید و نتیجه‌ها عبارت بودند از:

گروه مورد $BCR = 0.217$

گروه شاهد $BCR = 0.047$

که این یافته‌ها با سودمند بودن استراتژی ادغام خدمات بهداشت روانی را در PHC نشان می‌دهد.

بحث یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سن، جنس و شغل کل بیماران در گروه‌های شاهد و مورد اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به اینکه

بعنوان همراه بیمار است.

۱- منفعت بصورت تبعات اقتصادی ناشی از افزایش ساعات کار و کاهش ساعات مراقبت از بیمار در خانواده بدلیل اثربخشی درمان تلقی شده است.

2- Benefit - Cost Ratio

$$BCR = (\text{Benefit} / \text{Cost})$$

این دو گروه در مناطق هم جوار قرار داشتند و از نظر جغرافیایی و سایر شرایط اقلیمی، اجتماعی، اقتصادی مانند هم بودند، لذا اختلاف مشاهده شده در هزینه و منفعت می تواند ناشی از نوع استراتژی درمانی باشد. که هر یک از دو گروه از آن بهره گرفته اند.

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که مراجعه های سرپائی سالانه کل بیماران گروه مورد تقریباً دو برابر میانگین مراجعه های سرپائی سالانه کل بیماران گروه شاهد بود که این امر می تواند ناشی از پیگیری بیماران روانی و تحت کنترل بودن آنها در استراتژی ادغام باشد به بیان دیگر مدل مراقبت از بیماران روانی در نظام ادغام خدمات بهداشت روانی در PHC اثر چشمگیری بر مراجعه های سرپائی بیماران داشته است.

یافته های پژوهش حاضر نشان داد، که میانگین هزینه سالانه بیماران روانی تحت پوشش بهداشت روانی علیرغم بالا بودن میانگین مراجعات، کمتر از متوسط هزینه سالانه بیماران روانی غیر تحت پوشش بهداشت روانی می باشد. دلایل توجیهی این نکته می تواند مراجعات بیشتر بیماران روانی در استراتژی ادغام به خانه های بهداشت باشد که از نظر اداری دارای هزینه کمتری بوده اند از طرفی مراجعات سرپائی بیماران و کنترل آنها در نظام ادغام می تواند آنان را از مراجعات تکراری به مراکز تخصصی بی نیاز گرداند که خود در کاهش هزینه بیماران مؤثر بوده است. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که متوسط هزینه سالانه بیماران روانی در جمعیت تحت پوشش استراتژی ادغام بطور چشمگیری کمتر از متوسط هزینه سالانه در جمعیت غیر تحت پوشش برنامه بهداشت روانی می باشد این نتایج با یافته های مطالعات دُرک^۱ و همکاران (۵) در هلند، گاوین^۲ (۶) در استرالیا و هافنر و ولفرام^۳ (۷) در آلمان مطابقت دارد.

1- Durk

2- Gavin

3- Hafner & Wolfram

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که متوسط منعت سالانه کل بیماران (افزایش درآمد و کاهش ساعات مراقبت خانواده از بیمار) ناشی از اثربخشی درمان در سال ۲۵۶۵۸ ریال با انحراف معیار ۳۸۰۵۹ ریال می‌باشد و آزمون آماری نشان داد که تبعات اقتصادی اثربخشی درمان بیماران روانی در استراتژی ادغام بیشتر از این تبعات در بیماران روانی غیر تحت پوشش خدمات بهداشت روانی است. این اثربخشی درمان می‌تواند ناشی از مراجعات بیشتر بیماران گروه مورد و استمرار درمان آنان در مقایسه با گروه شاهد تلقی گردد که بصورت بازگشت سریعتر و بیشتر به فعالیت اقتصادی تجلی یافته است. بطور کلی در نتیجه اعمال استراتژی ادغام خدمات بهداشت روانی در سیستم شبکه بهداشت و درمان (PHC) گذشته از تأثیر مثبت بر مراجعات بیشتر بیماران و تحت کنترل بودن آنها از دیدگاه اقتصادی نیز نسبت به عدم اجرای برنامه با صرفه‌تر است که این خود می‌تواند یک صرفه‌جویی در اعتبارات وزارت بهداشت و درمان محسوب گردد.

منابع

1. Primary Health Care (1975). Alma-Ata, WHO, Health For All series, No 1.
- ۲- طوسی، محمدعلی (مترجم، ۱۳۶۹). اصول مدیریت علمی تایلور. تهران: انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی.
3. Jacobs, P. (1991). The Economic of Health and Medical care. Anaspen Publication. Maryland U.S.A
- ۴- کریمی، ایرج (۱۳۷۳). اقتصاد بهداشت. تهران: (جزوه درسی)، دانشگاه آزاد اسلامی.
5. Durk, W. & etal (1991) Cost and Benefit of Day Treatment withCommunity for Schizophernic Patient. Schizophernia Bulletin, 17 (13), 411 419.
6. Gavin, A. (1991). The Cost of Schizophrenia Revisited. Schizophrenia American Journal of psychiatry, 173, 801 - 805.
7. Heina, H. & Wolfram, D. (1991). Evaluation and Cost of comunity care for Schizophernic patients. Schizophernia Bulletin, 17(3), 441-451.