

مشکلات بهداشتی و درمانی و نقش بیمارستان‌ها در کشورهای در حال توسعه

دکتر ابراهیم صدقیانی
عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی

مقدمه

بیمارستان به عنوان مرکز نقل ارائه مراقبت‌های درمانی، از عوامل تعیین‌کننده در توفیق شبکه بهداشتی و درمانی و گسترش عادلانه مراقبت‌های درمانی و بهداشتی در کلیه سطوح شبکه به شمار می‌رود. با این حال نقش بیمارستان‌ها در درون شبکه بهداشتی و درمانی در کشورهای جهان سوم بدرستی ترسیم و تعیین نشده و واحدهای درمانی سرپائی و بستری در کشورهای مذکور غالباً به صورت متمرکز، منزوی و بیرون از شبکه ارجاع بخش مهمی از هزینه‌های بهداشت و درمان را بخود اختصاص داده‌اند... در بخش نخست این مقاله تلاش شده است تا تحت عنوان آنچه هست... نکات اصلی و رئوس نقایص موجود در بازده تخت‌های بستری و عدم تطبیق فعالیت آنها با نیاز جوامع تحت پوشش مورد بحث قرار گیرد. در بخش دوم تحت عنوان آنچه باید باشد به راههای خروج از بن‌بست اشاره شده است. نتیجه‌گیری نهائی نیز ضرورت بازنگری در ساختار درونی و تحول در مدیریت واحدهای درمانی بستری را با یک ساختار غیرمتمرکز توصیه می‌کند.

... آنچه هست

برابر گزارش سازمان جهانی بهداشت بیمارستان‌ها در کشورهای جهان سوم

در حدود نیمی از هزینه‌های ملی در بخش بهداشت را بخود اختصاص می‌دهند
(Mills 1990)

سهم بیمارستان‌ها از هزینه‌های جاری دولت در بخش بهداشت بین ۵۰ تا ۸۰ درصد است. (باروم و کاترین ۱۹۹۲)

بیمارستان‌ها بخش مهمی از نیروی انسانی بهداشتی و درمانی را که آموزش مهمی در سطوح عالی تحصیلی دیده‌اند بخود اختصاص می‌دهند. در بعضی از کشورها این میزان ۸۰ درصد نیروی انسانی پیراپزشکی و ۶۰ درصد پزشکان را دربر می‌گیرد.

بعلاوه روند دگرگونه در هزینه‌ها پیوسته در افزایش است، به طوری که دائماً شکاف روزافزونی بین منابع قابل حصول و منابع مورد نیاز پدید می‌آید. دلیل عمده وجود این شکاف در کشورهای در حال توسعه عدم کاهش نیازها به دلیل ایجاد دگرگونی در پدیده‌های اجتماعی، جمعیتی و اپیدمیولوژی است. بدین معنی که افزایش جمعیت مراقبت‌های بهداشتی وسیع‌تر و تسهیلات بهداشتی و درمانی افزونتری را طلب می‌کند، شرایط اجتماعی، روند شهرنشینی نامطلوب، مهاجرت‌های بی‌رویه منابع و تسهیلات بیشتری را اقتضا می‌کند که متأسفانه بروز بحران‌های اقتصادی ناخواسته، کاهش درآمدها را موجب می‌شود که بیشتر تابع فعل و انفعالات اقتصادی جهان و از خصایص اقتصاد وابسته کشورهای در حال توسعه است. کاهش درآمدها از یک سو و افزایش تورم، منابع مورد نیاز را بطور روزافزون تحت تاثیر منفی قرار می‌دهد و از سوی دیگر شکاف بین نیازهای مربوط به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و عدالت اجتماعی را در تشخیص منابع عمیق‌تر می‌سازد.

در کشورهای صنعتی برخلاف کشورهای در حال توسعه سهم هزینه‌های بیمارستانی از سهم بهداشت و درمان در بخش دولتی از ۴۰ درصد تجاوز نمی‌کند. بطور مثال در کشور فرانسه تا سال ۱۹۹۱ هزینه‌های بیمارستانی در حدود ۴۰ درصد بوده که رقم مذکور به دلیل کنترل هزینه‌های بیمارستانی در ۱۹۹۴ به ۳۶ درصد رسیده است. دلیل عمده تفاوت در حجم هزینه‌های بیمارستانی عبارت از برداست صحیح کشورهای صنعتی از اهمیت نظارت و

تنظیم هزینه‌های بیمارستانی است. زیرا بطوریکه قبلاً اشاره شد بیمارستان قابلیت و استعداد چشمگیری در جذب منابع مالی و نیروی انسانی دارد، بنابراین در افزایش یا تقلیل هزینه‌های بهداشتی و درمانی نقش مهمی را ایفا می‌کند. به همین دلیل در کشورهای صنعتی کوشش می‌شود تا به اتکای مدیریت کارآمد و افزایش نظارت بر بازده و تولید بیمارستانی از روند رو به افزایش هزینه کاسته و سهم بیشتری به توسعه مراقبت‌های بهداشتی اختصاص دهند.

در کشورهای در حال توسعه روند معکوسی در جریان است. بدین معنی که بیمارستان به دلیل فقدان نظارت موثر بر تولید آن و تسلط مدیریت‌های ناتوان، به چاه ویل اسراف تبدیل شده و هدر رفتن منابع مالی و نیروی انسانی را موجب می‌شوند. منابع محدود قابل حصول نیز که باید به تامین نیازهای اجتناب‌ناپذیر مراقبت‌های اولیه بهداشتی اختصاص یابند، در بیمارستان‌هایی به مصرف می‌رسند که بازده و تولید بسیار ناچیزی دارند و این پدیده موجب عمیق‌تر شدن شکاف بین منابع ضروری و نیاز واقعی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) بویژه در مورد طبقات محروم جامعه می‌شود.

نمودار (۱) روند رو به تزاید کاهش منابع مالی را که در کشورهای در حال توسعه در دهه اخیر پدید آمده نشان می‌دهد. جای تأسف اینکه بالغ بر ۸۰ درصد این منابع رو به کاهش نیز به بیمارستان‌هایی اختصاص می‌یابد که بازده آنها در مجموع بیش از ۴۰ تا ۵۰ درصد ظرفیت آنها نیست. به عبارت دیگر در کشورهای نیازمند و محروم بودجه‌ای که برای خدمات بیمارستانی صرف می‌گردد هرگز با تولید واقعی آنها متعادل و متناسب نیست.

کاهش توان مالی دولت‌ها

بروز بحران‌های مالی در سطح بین‌المللی در دهه اخیر سقوط حجم منابع قابل حصول را در بخش بهداشت و درمان به دنبال آورده است. تورم ناشی از بروز بحران‌های اقتصادی و کاهش تولید در سطح ملی اثرات منفی اجتناب‌ناپذیری بر بخش بهداشت و درمان تحمیل می‌کند.

فقدان نظام بیمه‌های درمانی و تامین اجتماعی فراگیر در کشورهای در حال

توسعه در شرایط بحران موجب افزایش هزینه‌های درمان در بخش خصوصی و متعاقب آن موجب تضعیف بخش دولتی بهداشت و درمان شده و بخش عظیمی از جمعیت شهری و روستائی را از دسترسی به خدمات درمانی سرپائی و بستری محروم می‌سازد. بررسی اجمالی در مورد علل کاهش مراجعات به بخش خصوصی و حتی دولتی در کشورهای در حال توسعه بیانگر این واقعیت است که بخش خصوصی با انگیزه فعالیت انتفاعی و بخش عمومی به دلیل کاهش توان مالی سیاست افزایش تعرفه‌های درمانی را در پیش می‌گیرند و بیمارانی که قادر به پرداخت هزینه‌های رو به افزایش درمان سرپائی و بستری و پرداخت هزینه دارو نمی‌شوند از مراجعه به واحدهای درمانی خودداری نموده و به اصطلاح با درد و بیماری خود می‌سازند. در نتیجه کاهش توان مالی دولت‌ها، فقدان خدمات بیمه‌های درمانی سلامتی نیروی انسانی را در معرض تهدید قرار می‌دهد و به سبب وجود رقابت‌های ناسالم در بخش خصوصی، مکانیسم کنترل و نظارت بر امر مراقبت‌های درمانی دچار اختلالات خطیری می‌گردد.

ویژگی اقتصادبهداشت

در کشورهای جهان سوم برداشت‌های مغلوط و اشتباه‌آمیزی در زمینه اقتصاد بهداشت وجود دارد. با سقوط اردوگاه سوسیالیسم در جهان و قوت گرفتن نظریات لیبرالیسم در تولید، چنین استنباط شده است که تنها راه چاره در مورد افزایش بازده مراقبت‌های درمانی واگذاری این مراقبت‌ها اعم از سرپائی و بستری به بخش خصوصی است. زمزمه‌های مربوط به واگذاری تخت‌های بیمارستانی به بخش خصوصی در ایران از این طرز فکر نشأت می‌گیرد. همین طرز فکر در غالب کشورهای جهان سوم نه تنها به افزایش مراقبت‌های درمانی اساسی منجر نشده بلکه با سپردن میزان تعرفه‌های درمانی به رقابت بازار آزاد و لغو بالفعل و تدریجی نظارت‌های معمول بر قیمت خدمات، نقش دولت‌ها را در ایفای وظیفه اصلی آنها در زمینه تعهد تأمین سلامت مردم دچار تزلزل مخاطره‌آمیزی نموده است. غافل از اینکه ویژگی‌های اقتصاد بهداشت چنان است که به سادگی نمی‌توان تعیین تعرفه خدمات بهداشتی و درمانی را به رقابت

بازار آزاد سپرد. بخشی از این ویژگی را به شرح زیر می‌توان برشمرد:

۱- نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نابهنگام و پیش‌بینی نشده است و به همین دلیل مراجعه به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌ها الزامی و فوریست و مصرف مراقبت‌های درمانی اجتناب‌ناپذیر است. از این رو به دلیل عدم امکان تأمل در استفاده از تسهیلات درمانی ایجاد تعادل در قیمت ارائه خدمات و مراقبت‌های درمانی تحقق نیافته و قانون عرضه و تقاضای حاکم بر بازار تولید در زمینه تولید خدمات بهداشتی و درمانی برقرار نمی‌شود.

۲- تولید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برخلاف سایر تولیدات بازار بصورت انبوه امکان‌پذیر نمی‌شود. بدین معنی که هرگز نمی‌توان مصونیت در برابر بیماری را در نقطه‌ای متمرکز نمود و مصونیت را بدون حضور بیمار عملی ساخت انجام یک عمل جراحی ضروری در مورد بیمار با حضور در بالین وی و با بستری در یک واحد درمانی امکان‌پذیر است و حال آنکه تولید کالا را می‌توان در کارخانه تولیدی متمرکز ساخته و نسبت به صدور آن به محل اقامت مصرف‌کننده اقدام نمود. همین ویژگی موجب می‌شود که تولید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی گرانتر تمام شود.

۳- نیاز به تکنولوژی جدید و گرانبه‌تر ارائه مراقبت‌های درمانی خصوصی را مشکل و پرداخت هزینه‌های آن را بدون وجود مکانیسم پرداخت سوبسید از سوی دولت برای شهروندان غیرممکن می‌سازد. به همین دلیل به هنگام محاسبه هزینه‌های درمانی توان پرداخت مردم باید ملاک عمل قرار گیرد نه هزینه‌های واقعی آن.

نقش بیمارستان‌ها در مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)

بر اثر بروز بحرانهای اقتصادی و کاهش امکانات دولت در تخصیص منابع مالی کاهش اعتبارات در درجه اول متوجه بخش مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌شود. دلیل عمده این گرایش اینست که کاهش بودجه بیمارستان‌ها با عکس‌العمل‌های سیاسی مواجه شده و نارضایی نیروی انسانی و مراجعین را به دنبال دارد و حال آنکه غیر مستقیم بودن مراقبت‌های بهداشتی و ایمن‌سازی و

دیررس بودن اثرات و نتایج آن در جامعه موجب می‌شود که پیوسته اعتبارات خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) تحلیل رود. به این ترتیب در جریان بحرانهای اقتصادی بیشترین خسارت متوجه خدمات زیربنایی در بخش بهداشت و درمان می‌گردد.

توزیع هزینه‌های بیمارستانی نشان می‌دهد که در حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد آن به هزینه‌های پرسنلی تعلق دارد. در کشورهای در حال توسعه تخت‌های بیمارستانی در واقع عاملی است برای ایجاد اشتغال و به دلیل فقدان حمایت‌های اجتماعی هرگونه کاهش در تخت‌های بیمارستانی جامعه را با بحران سیاسی مواجه می‌سازد و حال آنکه عدم تخصیص تسهیلات به مراقبت‌های بهداشتی آسیب‌های جبران‌ناپذیری به برنامه‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی وارد می‌کند. بیمارستان‌ها نیز به نوبه خود در کشورهای در حال توسعه مشکلات عمده‌ای در بازدهی مطلوب دارند. نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌ها بویژه پزشکان گردانندگان اصلی بیمارستان‌های خصوصی و خدمات سرپائی وابسته به بخش مذکورند. به دلیل فقدان مکانیسم نظارت بر اشتغال چنگدانه و اعمال نفوذهای متعدد از سوی سازمان‌های رسمی و غیررسمی از قبیل نظام پزشکی و نظایر آن مانع بزرگی بر سر راه اثربخشی و بازده متناسب تخت‌های بیمارستانی و بیمارستان‌های بخش دولتی ایجاد می‌شود. بدرستی باید گفت مبادله نیروی انسانی در رشته‌های شغلی و حرفه‌ای پزشکی و پیراپزشکی یکی از مشکلات عمده و مسئول عدم بازدهی صحیح تسهیلات درمانی بخش دولتی را تشکیل می‌دهد و حال آنکه در کشورهای صنعتی تدابیر لازم که در صفحات بعد به آن اشاره خواهیم کرد اصولاً رخصت این نوع مبادله نیروی انسانی بین بخش دولتی و خصوصی و تعدد مشاغل به کارکنان حرفه‌های پزشکی را نمی‌دهد و حال آنکه مدیریت رایج در بخش عمومی درمان و حتی در بخش خصوصی عامل مهمی در به هرز رفتن منابع مالی، تجهیزاتی و نیروی انسانی در واحدهای درمانی کشورهای جهان سوم به شمار می‌آید. برخلاف آنچه از سوی مسئولین بهداشت و درمان کشورهای در حال توسعه عنوان می‌شود، غالب این کشورها دارای تجهیزات پیشرفته درمانی اند و فقدان سیاست و مدیریت بهره‌برداری و نگهداری

صحیح از تکنولوژی و منافع بخش خصوصی در سنگ انداختن بر سر راه استفاده صحیح از این منابع عامل اصلی در اثربخشی موسسات درمانی غیرخصوصی و بیمارستان‌های وابسته به دولت به شمار می‌روند. در مقایسه‌های انجام شده بین تسهیلات و تجهیزات درمانی و فیزیکی بخش دولتی با تجهیزات موجود در بخش خصوصی و نیز با مقایسه تعداد و میزان تحصیلات نیروی انسانی شاغل در بخش دولتی به سهولت می‌توان به قابلیت و ارجحیت انکارناپذیر بخش دولتی درمانی پی برد. مانع اصلی در مورد اثربخشی و ارائه خدمات متناسب در این بخش فقدان سیاست عدم تمرکز در اداره واحدهای غیرخصوصی است. عدم مشارکت مصرف‌کنندگان خدمات مانند نمایندگان بیمه‌شدگان، نمایندگان انجمن‌های شهر و شهرداری و بطور کلی مصرف‌کنندگان خدمات در مدیریت واحدهای درمانی و تبادل نیروی انسانی بین بخش خصوصی و دولتی و نیز استفاده از تجهیزات موجود در بخش دولتی به سود بخش خصوصی موجب شده تا منابع دولت در بخش دولتی درمان بطور روزافزون افزایش یافته و اثربخشی خدمات بیمارستان‌های دولتی کاهش یابد. شاید بتوان گفت شکست بخش دولتی درمانی در بخش خصوصی سازماندهی می‌شود آنهم با استفاده از منابع انسانی و تجهیزاتی موجود در بخش دولتی.

نیاز به تخت‌های بیمارستانی

در کشورهای جهان سوم تعداد تخت‌های بیمارستانی بسیار کمتر از میزان حداقل لازم برای پوشش درمانی جمعیت است. چنانچه میزان استاندارد نیاز به تخت‌های بیمارستانی را در مورد بیماریهای حاد ۴ تخت برای هر هزار نفر محاسبه کنیم، در کشور ما ۱/۶ تخت برای هر هزار نفر بدون تفکیک تخت‌های مزمن (بیماریهای روانی و معلولین و بیماریهای ریوی و سالمندان ...) از تخت‌های بیمارستانی برای بیماریهای حاد (تخت‌های بیمارستانی با بستری کوتاه مدت) وجود دارد. بعلاوه ۶۰ تا ۷۰ درصد تخت‌های بیمارستانی موجود در جهان سوم به علت فقدان سیاست‌گذاری مطلوب از خیر انتفاع افتاده‌اند. توزیع جغرافیایی تخت‌ها نیز به علت فقدان ضوابط روشن در شبکه بهداشتی و

درمانی این کشورها و اعمال نفوذهای فردی و برخورد‌های احساسی با مسائل، بسیار نامتناسب و مغایر نیازهای واقعی منطقه‌ای است.^{*} شگفت آنکه از این امکانات ناچیز هم استفاده لازم به عمل نمی‌آید و متجاوز از ۵۰ درصد از ظرفیت تخت‌های بیمارستانی خالی و بلااستفاده، دور از دسترسی نیازمندان واقعی به درمان و بدون کارایی و اثربخشی لازم بوده و در واقع به مرکز اسراف در نیروی انسانی و هرزگرفتن منابع مالی تبدیل شده‌اند. همین مسئله دستاویزی است برای راه انداختن تبلیغ در مورد ضرورت واگذاری تخت‌های بیمارستانی بخش دولتی به بخش خصوصی!

بررسی خدمات بیمارستانی در کشورهای جهان سوم و در کشور ما بطوریکه نمودار پیوست مبین آن است حاکی از غفلت کامل در مورد هزینه و کارائی در زمینه تولید بیمارستانی است.

آمار منتشره از سوی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حاکی از وجود نقایص فراوان در کارائی و تولید تخت‌های بیمارستانی است.

در مقدمه آماری سال ۱۳۷۱، شماره ۲۳۳ و سال ۱۳۷۴ آمده است که اطلاعات ارائه شده دربرگیرنده ۹۱ درصد بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. که آنهم «به دلیل فقدان تکنسین‌های آمار...» در خور اعتماد کامل نیست ... بعلاوه آمار ارائه شده دربرگیرنده ۵۷۸۳۶ تخت بیمارستانی از مجموع ۸۹ هزار تخت بیمارستانی موجود در کل کشور است. از تعداد ۵۷۸۳۶ تخت مذکور در حدود ۱۴ درصد غیرفعال اعلام شده‌اند که دلیلی بر انصراف از استفاده از تخت‌های بیمارستانی ذکر نشده است. که طبعاً سوء مدیریت و عدم برنامه‌ریزی در بهره‌گیری از منابع ملی جزء دلایل اصلی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

برابر همین گزارش ضریب اشتغال تخت در بیمارستان‌های وزارت بهداشت،

*- جدول توزیع تخت‌های بیمارستانی نشریه آمار معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی

درمان و آموزش پزشکی در حدود ۴۸ و ۷۱ و ۵۰ و ۷۴ درصد بوده که در اعتبار این آمار نیز به دلایل فقدان نظارت لازم بر عملکرد تخت‌های بیمارستانی و ضعف مدیریت‌های ناشی از اشتغال افراد غیرمتخصص در مدیریت بیمارستان و انگیزه‌های قوی حرفه‌ای در گردانندگان بیمارستان‌ها که خود پایایی در بخش خصوصی و پایایی دیگر در بخش دولتی دارند تردیدهایی وجود دارد. بررسی‌های موردی در شهرستانها و حتی خود تهران نشان داده است که در شرایط بهتر ضریب اشغال تخت بیمارستان‌ها از ۴۸٪ فراتر نمی‌رود. در اغلب بیمارستان‌ها که دارای مدیریت‌های ضعیف‌تر یا تخصص‌های غیرفعال و غیرضروری برای جمعیت تحت پوشش‌اند و از همه مهمتر به دلیل فقدان نظام ارجاع و کنترل کیفیت درمان ضریب اشغال تخت بین ۵ تا ۲۵ درصد در نوسان است! بررسی کلی از مجموعه تخت‌های سازمان تامین اجتماعی وضعیت بهتری را نشان نمی‌دهد. حتی بخش خصوصی نیز در مورد ارائه خدمت نقایص جدی‌تری دارد که اهم آن فقدان هر نوع نظارت درونی یا بیرونی از ناحیه مصرف‌کنندگان ارگانهای دولتی است. بنابراین کاهش توان مالی مصرف‌کنندگان خدمات درمانی از یک سو و سوء مدیریت و سازماندهی نابسامان حاکم بر بیمارستان‌های بخش خصوصی و سودجویی مفرط در این زمینه موجب کاهش بهره‌دهی کامل و نزول روزافزون ضریب اشغال تخت در بیمارستان‌های غیردولتی و انتفاعی است.

آمارهای غیررسمی ارائه شده از سوی مسئولین بیمارستان‌های بخش خصوصی در مورد ضریب اشغال در حدود ۵۵ تا ۶۰٪ را نشان می‌دهد. این مسئله نشان می‌دهد که وضعیت حاکم بر بهره‌برداری از تخت‌های بخش خصوصی نیز بر بخش دولتی رجحان ندارد. جای تعجب اینکه با محاسبه تخت مورد نیاز جامعه بر اساس حداقل تخت مورد نیاز برای جهان سوم در حدود ۱۳۹۵۶۷ تخت بیمارستانی در سطح ملی (در ایران) کسری وجود دارد. تأسف‌انگیز آنکه از کل تخت‌های موجود، یعنی از مورد ۹۰۰۰۰ تخت با منظور کردن ۱۴٪ غیرفعال و با پذیرفتن ضریب ۶۰٪ اشغال تخت که در مورد آن بنا به دلایلی که ارائه شد جای تردید فراوان وجود دارد میزان فعالیت تخت‌های بیمارستانی از مجموعه یاد شده در حدود ۴۶٪ باقی می‌ماند که ضریب اشغال

تخت مقرون به صحت کشور ما را در شرایط خوشبینانه‌تر نشان می‌دهد. سئوالی که در این زمینه مطرح می‌شود اینست: «در حالیکه ۲/۵ تخت بیمارستانی در سطح کلی کسری وجود دارد چه عواملی موجب می‌شود که استفاده کامل از این تسهیلات ناچیز به عمل نیاید و فقط کمتر از نیمی از تخت‌های موجود مورد بهره‌برداری قرار گیرد؟»

نقش نیروی انسانی و تجهیزات

در تجزیه و تحلیل آمار سال ۷۱ و ۷۳ یاد شده دفتر بررسی و تحلیل اطلاعات ضمن سئوال از مسئولین بهداشت و درمان استانها در مورد علل ناچیز بودن ضریب اشغال تخت که به رغم کارشناسان شاغل در دفتر مذکور «علاوه بر مناطق محروم و شهرهای کوچک (!) بعضاً (?) در شهرهای بزرگ نیز مشهود است (!) ...» جواب می‌شود که علت این نقیصه در بهره‌برداری از تخت‌های بیمارستان؛ کمبود نیروی متخصص در کادر ثابت (?) درمانی و عدم (وجود) تجهیزات بیمارستانی است!...*

در این زمینه بهتر است به نظریه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت اشاره کنیم «بیمارستان‌ها بخش مهمی از تحصیل‌کردگان در رشته‌های تخصصی بهداشت را بخود جذب می‌کنند. در کنیا ۶۰ درصد از کل پزشکان و ۸۰ درصد پرستاران در بیمارستان‌ها شاغل‌اند» همین رویه در بیمارستان‌های ایران با شدت بیشتری جاری است. برابر نمودار ارائه شده در نشریه شماره ۲۲۵ معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان از مجموع ۵۵۶۷ پزشک شاغل در بخش دولتی و خصوصی ۲۵۳۶ پزشک در بخش دولتی (سازمانهای منطقه‌ای سابق، دانشگاهها، سازمان تامین اجتماعی ...) شاغلند و فقط از جمع کل مذکور ۲۰۰۴ پزشک در بخش خصوصی بکار اشتغال دارند به این ترتیب چنانچه واحدهای درمانی وابسته به ارتش و سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و سایر ارگانهای نظامی

*- آمار بررسی خدمات بیمارستان‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، نشریه

را نیز به حساب بیاوریم باید اذعان کنیم که متجاوز از ۵ درصد در بخش دولتی و فقط ۳۵ درصد در بخش خصوصی شاغلند. به این ترتیب نظریه مربوط به فقدان متخصص و پزشک را به سهولت می توان مردود اعلام کرد بویژه آنکه نیاز واقعی مردم در سطوح مختلف شبکه به پزشک عمومی است که در ایران نسبت متخصص به پزشک عمومی رقم بالائی را نشان می دهد. در مورد نیروی پیراپزشکی نیز وضع به همین منوال بوده و حتی سهم بخش دولتی به مراتب بیشتر است.

در مورد تجهیزات پزشکی و کمبودهای آن مسئله روشن تر است. بخش خصوصی به دلایل گرانی شدید تجهیزات پزشکی بخصوص در آن قسمت که سرمایه گذاری در آن استفاده از کادر تخصصی ورزیده و نیز آموزش و تحقیق در قلمرو پزشکی را اقتضا می کند هرگز نه قادر به صرف هزینه و سرمایه گذاری است و نه تمایلی به این نوع فعالیت های پرهزینه نشان می دهد. در ایران نیز مهمترین گرانبهاترین تجهیزات پزشکی اعم از درمانی و تشخیصی مانند سیستم های لیتوتریپسی، درمان با لیزر، لاپاراسکپی، درمان در طب هسته ای و ... بعلت سنگین بودن هزینه و عدم تعهد بخش خصوصی در ارائه مراقبت های پزشکی که انتفاع مادی دربر نداشته باشد برعهده بخش دولتی است. بنابراین محدود بودن تجهیزات در بخش دولتی نه تنها با واقعیت مطابقت ندارد بلکه بررسی شتابزده در مورد بیمارستان های دولتی کاملاً عکس این نظریه را نشان می دهد. بیمارستان های دولتی ایران حتی در شهرستانها مملو از تجهیزات پیشرفته و پدیده های تجهیزاتی جدید در قلمرو تشخیص و درمان اند. سیستم های اتوماتیک و تشخیص طبی در قلمرو بیوشیمی هماتولوژی، هورمون شناسی، دستگاه های اندازه گیری گازهای خون همودیالیز، اکو و سونوآنژیوگرافی و سی تی اسکن و ام آر آی و سیستم های پیشرفته پزشکی در اغلب استانها و شهرستانهای کشور و منحصراً در بیمارستان های دولتی مستقرند، تنها مشکل موجود در بهره برداری، نگهداری و بطور خلاصه ضبط این تجهیزات گرانبها و کاربرد صحیح و بموقع آنهاست. اغلب بیمارستان های جهان سوم بعلت فقدان سیاست، نگهداری به گورستان تجهیزات پزشکی «نوین» تبدیل شده همانطور

که بخشهای درمانی این کشورها زباله‌دان تولیدات دارویی و مرکز اسراف داروهای گرانبها و غالباً خطرناک به شمار می‌آیند^(۱)

میانگین توقف بیمار در بیمارستان

میانگین توقف بیمار در بیمارستان‌های ایران و در تخصص‌های مختلف نوسان شگفت‌آوری را نشان می‌دهد. مدتهای مدید توقف بیمار در بیمارستان‌ها رقم بالا و اغراق‌آمیزی را نشان می‌داد. در سالهای اخیر تمایل به کاهش میانگین اشغال تخت سرعت بیشتری گرفته است و این بار نزول میانگین توقف بیمار بطور اغراق‌آمیزی مشاهده می‌شود.

نظری به گزارش آماری بیمارستان‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی این روند شگفت‌آور را به وضوح نشان می‌دهد. متوسط روزهای بستری برابر گزارش معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۴ در بیمارستان‌های آموزشی تهران در حدود ۷ روز است که نسبت متعادلی را در رابطه با وجود امکانات تشخیصی مطلوب‌تر نشان می‌دهد. میانگین روزهای بستری در استان مرکزی یکبار به ۳ روز نزول می‌کند. برخی از استانها مانند بوشهر با ۲ روز میانگین بستری و هرمزگان و زنجان و ایلام و چهارمحال بختیاری با ۳ روز میانگین روزهای بستری حاکی از بستری‌های بی‌مورد و شتابزده و ترخیص‌های بدون نتیجه از نظر مراقبت‌های درمانی‌اند و این در حالیست که استانهای محروم به سبب فقدان امکانات نیروی انسانی مجرب‌تر و تجهیزات مهم تشخیصی و درمانی قاعدتاً باید روزهای بستری بیشتری را نشان دهند. در حالیکه بررسی آمار ارائه شده از سوی وزارت بهداشت عکس این فرضیه را نشان می‌دهد. جالب توجه آنکه روند مذکور در کلیه کشورهای جهان سوم مشابهت خاصی دارد.

نمودار ۳ که ضریب اشغال تخت و میانگین توقف بیمار را در بیمارستان‌های

۱- صدقیانی، ابراهیم مجله بیمارستان شماره ۱۵ جهان سوم زباله‌دان فرآورده‌های دارویی

چند کشور در حال توسعه از جمله ایران و چند کشور صنعتی (ایالات متحده آمریکا و فرانسه) را به شرح زیر مورد مطالعه قرار داده است، مؤید وجود اشکال در بهره‌برداری از تخت‌های موجود در جهان سوم است. نمودار مذکور به چهار قسمت که نماینده ۴ ناحیه است تقسیم شده است بیمارستان‌هایی که در ناحیه ۱ قرار دارند: (اتیوپی، کره، ترکیه) ظاهراً دارای تخت‌های خالی فراوانند. در این بیمارستان‌ها مراجعه برای بستری اندک بوده و جامعه تحت پوشش استقبال زیادی برای بستری از خود نشان نمی‌دهد. ضریب اشغال تخت در این کشورها در حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد و میانگین روزهای بستری ۷/۵ تا ۱۲/۵ روز است.

۲- در منطقه ۲ کشورهای بلژیک، اردن و اندونزی قرار دارند، تخت‌های بیمارستانی در این کشورها غالباً خالی بوده و بستری‌های شتابزده و بی‌مورد بسیارند. نمودار نشان می‌دهد که برخی از تخت‌ها با بیمارانی که چندان نیازی به بستری نداشته‌اند پر شده‌اند. ترخیص‌ها نیز شتابزده و بدون نتایج درمانی بوده است. ضریب اشغال تخت‌ها ۵۰ تا ۶۰ درصد و میانگین بستری بیمار در بیمارستان ۴/۵ تا ۶/۸ روز بوده است.

ایران نیز در این ناحیه قرار گرفته با این تفاوت که میانگین بستری بیمار در حدود ۴ روز بوده و شتابزدگی در ترخیص بیمار، بستری‌های بی‌مورد و ترخیص‌های بدون نتیجه درمانی بعلت کوتا‌تر بودن میانگین بستری شدیدتر به چشم می‌خورد. ضریب اشغال تخت نیز در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارد، بدین معنی که میزان آن حداکثر در حدود ۴۸ درصد است که با در نظر گرفتن میزان تخت برای هر هزار نفر جمعیت که از ۱/۶ تخت تجاوز نمی‌کند، و نیز توزیع بسیار غیرعادلانه تخت‌ها و مقایسه استاندارد قابل قبول ۴ تخت بیمارستانی برای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، ضریب اشغال تخت یادشده از مدیریت نامطلوب، عدم برنامه‌ریزی جغرافیایی در بهره‌برداری از تسهیلات درمانی حکایت دارد.

در ناحیه ۲ کشورهای آمریکا، اروپای غربی، جامائیکا، زیمبابوه‌فی جی قرار دارند. بیمارستان‌ها در این کشورها بین ۶/۶ تا ۸ روز میانگین بستری دارند (اروپای غربی و آمریکا با ۷ روز) ضریب اشغال تخت بین ۷۵ تا ۸۵ درصد در نوسان است که موقعیت مطمئن و سازماندهی صحیح تخت‌های بیمارستانی و

توزیع جغرافیائی و بهره‌وری مطلوبتری را نشان می‌دهد. یادآوری این نکته ضروری است که میزان تخت‌های بیمارستانی در اروپا و آمریکای شمالی بدون احتساب تخت‌های آسایشگاهی و مزمن، تجاوز از ۱۰ تخت برای هزار نفر جمعیت و در اروپا نیز روند متشابهی را دارد.

منطقه ۴ موقعیت بیمارستان‌های نیجریه و چین را نشان می‌دهد. ضریب اشغال تخت در حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد و میانگین بستری بیمار ۱۴ تا ۱۹ روز است. بستری‌های طولانی حاکی از وجود اشکالات عمده در نظام مدیریت بیمارستان‌ها، اشکال در تکنولوژی ضروری برای تشخیص و درمان سریع و هدر رفتن تسهیلات بیمارستانی با توقف‌های طولانی است.

عوامل موثر در نوسانات ضریب اشغال تخت، میانگین بستری

و بهره‌برداری ناهمگون از تسهیلات درمانی بیمارستانی

مسائلی که تا اینجا مورد بحث قرار گرفت جریان یک روند معیوب را در نظام بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم نشان می‌دهد که می‌توان آنها را به شرح زیر خلاصه کرد.

۱- کشورهای جهان سوم سهم بیشتری از هزینه‌های بهداشتی و درمانی را به اداره امور بیمارستان‌ها اختصاص می‌دهند که میزان آن بین ۶۰ تا ۸۰ درصد کل هزینه‌های بهداشتی و درمانی است و حال آنکه روند مذکور در کشورهای صنعتی حداکثر ۴۰ درصد است.

نمونه بارز تقلیل هزینه‌های بیمارستانی را در کشور فرانسه می‌توان سراغ گرفت بنا به گزارش نشریه تکنیک‌های بیمارستانی (TECNICQUES HOSPITALERES) ژانویه ۱۹۹۴ شماره ۵۸۰ صفحه ۷ سال ۱۹۹۴ سهم بیمارستان‌ها از کل هزینه‌های بهداشت و درمان از ۴۰٪ به ۳۶٪ کاهش یافته و علت تقلیل آن دقیقاً تعطیل ۴۱۰۰۰ تخت بیمارستانی در سال ۱۹۹۴ بوده است. تعطیل تخت‌های مورد بحث نه به منظور تقلیل بخشی از خدمات بیمارستانی به شهروندان بوده بلکه عدم ضرورت دایر بودن آنها کاهش تسهیلات بیمارستانی را

امکان‌پذیر ساخته است زیرا در فاصله سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۱ میانگین بستری در بیمارستان‌ها به دلیل افزایش قابلیت تکنولوژیک و مراقبت در تنظیم هزینه و کارایی از ۱۰ روز به ۷ روز تقلیل یافته و با افزایش ضریب اشغال تخت در ۱۹۹۴ از ۷۵٪ به ۸۰٪ ضرورت کاهش تخت‌ها احساس گردیده است که با عملی کردن آن هزینه‌های بیمارستانی و سهم بیمارستان‌ها از هزینه‌ها از ۴۰٪ به ۳۶ درصد تقلیل یافته است.

۲- کشورهای در حال توسعه با تخصیص سهم بیشتر به خدمات بستری مراقبت‌های درمانی مهمتر و ضروری‌تری به شهروندان بویژه به محرومین جامعه ارائه نمی‌شود بلکه ضریب اشغال تخت قلیل و نیز میانگین بستری طولانی و یا بسیار نازل حکایت از به هدر رفتن منابع مالی و نیروی انسانی در این کشورها دارد. نتیجه آنکه با بروز بحرانهای مالی، کاهش هزینه‌ها منجر به کاهش هزینه‌های سهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی PHC شده و نتایج وخیمی را از نظر بهداشت و سلامت مردم بجا می‌گذارد. (شماره ۲)

۳- افزایش هزینه‌های درمانی و بار مالی رو به تزاید بیمارستان‌های دولتهای جهان سوم را به تقلیل هزینه و انصراف از خدمات درمانی با مشارکت مردم و سوبسید متناسب می‌کشاند. به همین دلیل دولتهای جهان سوم به تشویق بخش خصوصی و گروه‌های حرفه‌ای ذینفع در خصوصی‌سازی تخت‌های بیمارستانی الگوی افراطی در لیبرالیسم اقتصادی را در قلمرو بهداشت و درمان و دارو تسری داده و محرومیت بیشتر جامعه را موجب می‌شوند.

باید توجه داشت که حساس‌ترین مرحله در اتخاذ یک شیوه متناسب در ساختار تشکیلات بهداشتی و درمانی کشورهای جهان سوم در همین مرحله است. بجای تسلیم شدن در برابر فشارهای سازمانهای غیررسمی وابسته به منافع بخش خصوصی در پیش گرفتن راهی همت‌گمارد که به حفظ جنبه غیرانتفاعی اداره واحدهای درمانی بویژه بیمارستان‌ها و متعادل نمودن هزینه و کارایی آنها با درایت لازم مبادرت کند.

راههای خروج از بن بست

نکاتی که در تشریح رئوس معضلات مراقبت‌های درمانی مورد اشاره قرار گرفت در کلیه کشورهای در حال توسعه سیمای واحدی را نشان می‌دهد و بدان‌گونه که در آغاز بحث اشاره کردیم:

- بیمارستان‌ها در جهان سوم بین ۶۰ تا ۸۰ درصد هزینه‌های درمانی را به خود تخصیص می‌دهد.

- در ازاء این هزینه‌های سنگین دولتهای جهان سوم، از دو جهت در فشار روز افزونی قرار می‌گیرند: افزایش هزینه‌های بیمارستانی بدون اثربخشی در تامین نیازهای اساسی جامعه و افزایش خواسته‌های مردم که از ساختار نابسامان درمانی و احجافات روزافزون بخش خصوصی در تنگنا قرار می‌گیرند.

- بخش مهمی از منابع تجهیزاتی نیروی انسانی و سرمایه‌ای بخش دولتی درمانی به علت برنامه‌ریزی‌های نابسامان و سوء مدیریت در خدمت بخش خصوصی قرار می‌گیرد، صرف منافع دولتی در بخش خصوصی ضمن دامن زدن به نارضایتی مردم، دولت را نیز از توسعه و بخش عام‌المنفعه باز می‌دارد.

- فقدان بیمه‌های درمانی همگانی و یا صوری بودن خدمات آن مشکل لاینحل دیگری است که کشورهای در حال توسعه را با بحران بخش بهداشت و درمان مواجه ساخته است. سؤ مدیریت در اداره امور بیمارستان‌ها در کشورهای جهان سوم موجب می‌شود تا منابع مالی و نیروی انسانی بدون ارائه خدمات موثر به مردم از بین برود. همین منابع که می‌توانست به پرداخت هزینه بیمه‌های درمانی و پوشش خدمات ضروری بصورت سوبسید تخصیص یابد، در بیمارستان‌هایی به مصرف می‌رسد که تعادل هزینه و کارایی در آنها منفی است.

- به استناد مشکلات یاد شده و مسائل مختلف دیگری که مجال پرداختن به آنها در این گفتار نیست، برخی از مسئولین بخش بهداشت و درمان به ترویج و راه‌اندازی طرحهای کارانه و خودکفائی و غیره می‌پردازند، و حال آنکه بدون تخمین توان پرداخت مردم در مورد هزینه‌های درمانی و بدون پدید آمدن مکانیسم بیمه‌های درمانی همگانی این نوع طرحها جز تعطیل خدمات دولتی و انتقال آن به بخش خصوصی و تامین منافع عده قلیلی از صاحبان حرفه‌های

پزشکی نتیجه‌ای دربر نخواهد داشت و به علت عدم توان مردم به پرداخت هزینه‌های سنگین درمانی سلامت مردم به طور جدی به خطر خواهد افتاد. بانک جهانی در مورد صدمات اجرای طرح کارانه در نشریه خود تحت عنوان نقش بهداشت و درمان در توسعه جهانی و هدر رفتن منابع در اثر اجرای این طرح شدیداً هشدار داده است.^(۱)

مشارکت مردم در توزیع منابع مالی و نیروی انسانی و اداره

واحدهای درمانی در بخش بهداشت و درمان

سیاست اداره واحدهای درمانی و موسسات بیمارستانی بصورت متمرکز پیوسته به اثر بخشی منابع زیان رساننده و مردم را از مشارکت در مدیریت واحدهای درمانی که خود عامل رفع مشکلات آن و اثربخشی مطلوب آن می‌توانند باشند باز داشته است.

تجربه نشان داده است که مردم تا زمانی که راساً در مدیریت واحدهای درمانی و اداره آن درگیر نشوند از اعطای کمک‌های جدی به آن امتناع خواهند کرد. این سیاست تمرکزگرایی ناگزیر دولتها را نیز از کمک‌های موثر مردم محروم ساخته و آنها را رودر روی کوهی از مشکلات درمانی قرار خواهد داد.

مشارکت مردم در اداره امور بیمارستان‌ها در قالب هیئت‌های مدیره با مشارکت مصرف‌کنندگان مانند نمایندگان انجمن‌های شهر، شهرداری‌ها، نمایندگان بیمه، نمایندگان گروه‌های پزشکی شاغل در بیمارستان و نمایندگان اداری، فنی و پیراپزشکی بیمارستان و بخصوص نمایندگان بیمه‌های درمانی که در اصل پرداخت کننده هزینه‌های درمانی اند و نمایندگان دولت تحت عنوان ذیحساب و مدیر متخصص مدیریت امور بیمارستان‌ها می‌تواند واقعیت پیدا کند.

در کشورهای صنعتی همین شیوه متجاوز از یک قرن است که واحدهای درمانی را از تمرکزگرایی و عدم کارایی رها ساخته است.

۱- نقش بخش بهداشت و درمان در توسعه جهانی نشریه بانک جهانی ۱۹۹۲

در یک کلام بیمارستان باید بصورت غیرانتفاعی و با منابع مالی دولت با مشارکت مستقیم مردم در مدیریت و تامین هزینه‌های آن اداره شود، و وضعیت متمرکز شیوه مدیریت بیمارستانها در ایران و اغلب کشورهای جهان سوم راه به صلاح نخواهد برد.

بخشی از منابع تهیه مقاله:

Hospitals: Design and Deuelopement W. poul james, William To Hon - Brown

The Architectusol press London 1986

Hospital Organisation and Manegement By: M.T.MACEACHERN, Recosd Compony

Chicago 1957

Primery care in the home, LAwrence H. Bernslein

J.B.Iippincoli compony 1987

LHopitol de Demain P.Aurouss EAU

Massor JC. 1984

Health Economics and Resouce manegement. Alan H. Rosenstion, Hospital and Health seruice Administrotion 36:3 1991

Hospital Economics and finomcing in Deloping countries

W.H.O. 1990

Hospital Unit cost and Efficiency, Howard Brnum, kutzin world Bank 1990

Techaiques Hospitalicre mors 1994 N. 582

منابع فارسی: اقتصاد بهداشت، سعید آصفزاده، انتشارات نشر دانش امروز

تهران ۱۳۷۱

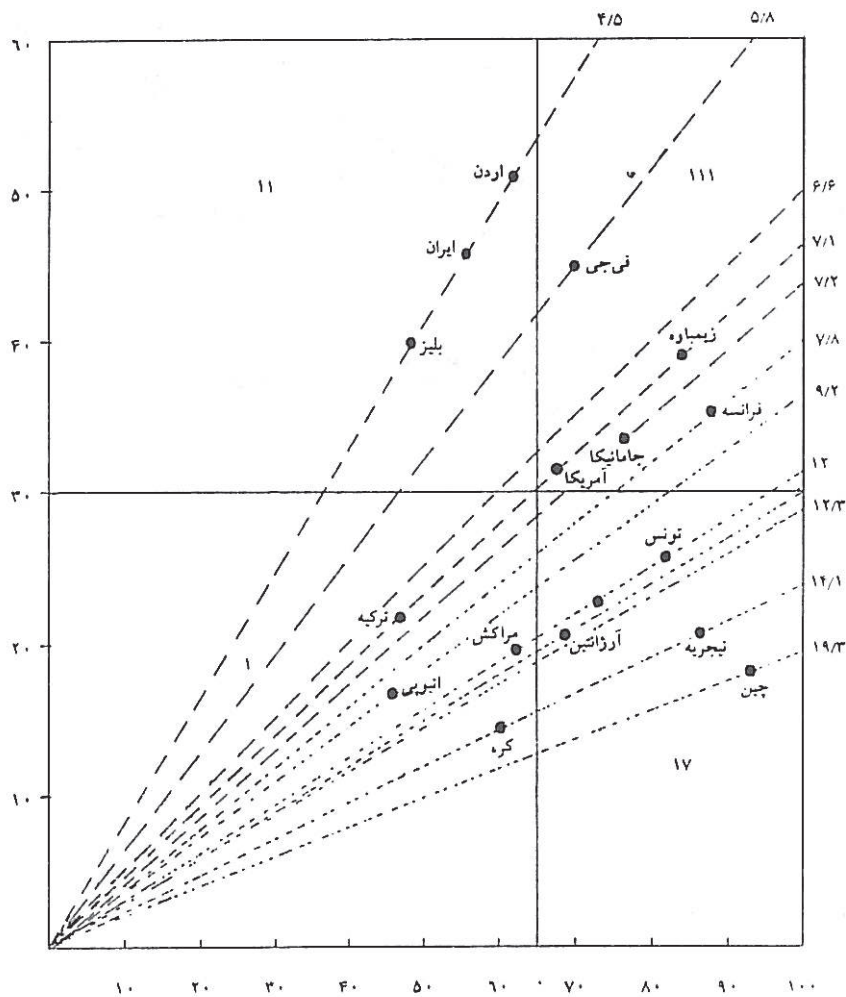
آمار مشخصات موسسات درمانی در سطح کشور نیمسال ۱۳۷۱ و

۱۳۷۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آمار بررسی خدمات بیمارستانی سازمان تأمین اجتماعی ۱۳۷۴

نمودار ۱- شاخص‌های عملکرد بیمارستان در مورد برخی از کشورها

میانگین طول اقامت بیمار چرخش اشغال تخت



درصد اشغال تخت