

الگوهای فرهنگی-اجتماعی طبقات مختلف و ربط آن به سیاست گذاری سلامت

آمار بیماری و مرگ‌ومیر رابطه مستقیمی با میزان توسعه‌یافتگی کشورها دارد. همچنین تحقیقات نشان داده در هر کشور و جامعه‌ای، صرف میزان درآمد یا ثروت و سرمایه مادی افراد نیست که میزان سلامت یا کیفیت آن را تعیین می‌کند. عامل مهم تأثیرگذار در این میان، الگوهای فرهنگی و از آن جمله رفتارهای جست‌وجوی مراقبت‌های مرتبط با سلامت پیش از ابتلا و در حین ابتلا به یک بیماری در بین طبقات مختلف اجتماعی است. به‌ویژه در مورد بیماری‌های خاصی مانند سرطان، کمبود اطلاعات، الگوهای منفعل ارتباطی مردم در برخورد های کلینیکی و بار معنایی و سنگین بودن اسم این بیماری به لحاظ عرفی و فرهنگی منجر به بدفهمی متقابل میان مردم و متخصصان شده و مراجعه به مراکز درمانی را به تأخیر می‌اندازد. این مسئله باعث می‌شود افراد در وضعیت‌های وخیم‌تری به مراکز درمانی مراجعه کنند که ضمن الابدردن هزینه‌ها، هزینه‌های درمان را، چه به لحاظ خصوصی یا عمومی بودن بیمارستان و چه به لحاظ روش‌های مختلف درمانی از دست بدهند. به عبارت دیگر، این افراد چاره‌ای جز مراجعه و نشستن در صف‌های طولانی انتظار در بیمارستان‌های خصوصی، دریافت خدمات باکیفیت پایین‌تر، استفاده از روش‌های ارزان‌تر و گرفتن خدمات مراقبتی بی کیفیت‌تر پس از انجام عمل‌های جراحی ندارند. اگرچه این مسئله قابل تعمیم به همه بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با تمام بیمارستان‌های خصوصی نیست، اما الگوهای اشتباه تشخیص و پیش‌گیری و حتی الگوهای مراقبت و درمان بعد از تشخیص و ابتلا از مسائل مهم تأثیرگذار در طی کردن روند بهبود یا درمان است. برخلاف نظر بسیاری از متخصصان حوزه سلامت در ایران، این مسئله تنها با اطلاع‌رسانی به افراد در طبقات پایین‌تر اجتماعی حل نمی‌شود.

از طرفی نشانه‌ها و علامت‌های بیماری سرطان، کاملاً مشخص نیستند. بسیاری از علامت‌های قید شده، می‌تواند نشانه‌هایی از بیماری‌های دیگر باشند. همچنین مردم، مخصوصاً زنان در طبقات پایین‌تر در ایران، عادت به «تحمل درد» دارند، بنابراین بسیاری از نشانه‌های قید شده توسط متخصصان، از نظر مردم، یک دل درد، کمردرد، دردسینه یا سردرد ساده یا موسمی است. بنابراین آنچه می‌تواند این ابهام‌ها را روشن و نشانه‌های واقعی را غربالگری کرده و منجر به تشخیص به‌موقع بیماری سرطان شود، کمک‌ها و امکانات پزشکی و نه صرف اطلاعات پزشکی است. در نتیجه، برای فهم تأثیر واقعی الگوهای مراقبتی در طبقات مختلف باید نشان داده شود که این الگوها در زندگی روزمره این طبقات چه جایگاه و سهم واقعی دارند. به عبارت دیگر، این سیاست‌گذاری‌های سیستم سلامت، مبتنی بر علایق و امتیازهای گروه‌های ذی نفع است که باعث می‌شود این الگوها، در زندگی روزمره طبقات مختلف یک جامعه پیاده‌سازی شود. مادامی که این سیاست‌گذاری‌ها توسط پزشکان و تنها بر مبنای ابعاد زیستی مسئله سلامت طرح‌ریزی شوند و ابعاد فرهنگی و اجتماعی مسئله مورد مطالعه قرار نگرفته و نتایج آن در برنامه‌ریزی‌های کلان و بلندمدت کشوری مورد استفاده قرار نگیرند، این افراد از طبقات پایین هستند که مجبور به پرداخت هزینه‌های سلامت از جیب خواهند بود. همچنین این مسئله هزینه زیادی را به سیستم سلامت کشور، در سطح ملی تحمیل خواهد کرد. کما اینکه امروزه بیشتر بیماری‌های خاص در ایران، توسط مراکز و بیمارستان‌های دولتی و در سطوح و استیج‌های بالای بیماری، بنابراین با صرف هزینه‌های هنگفت، کنترل و درمان می‌شوند.

رویکردهای تازه برای کنترل هزینه‌های سلامت

هم‌زمان با بالاتر رفتن امید به زندگی و امکان تجربه سالمندی برای بیشتر مردم و البته پیشرفت روزافزون تکنولوژی‌ها و فنون پزشکی، هزینه‌های مراقبت و بهداشت نیز بالاتر رفته است. سیستم‌های سلامت در دنیا، تدابیر مختلفی را جهت کنترل این هزینه‌ها، اندیشیده‌اند. در کشورهای اسکاندیناوی، سیستم سلامت به فکر توزیع امکانات میان همه اقشار جامعه بود. در آمریکا اما پزشکی به سمت کالایی و خصوصی شدن پیش رفت. در سال‌های اخیر، با توجه به همه‌گیری الگوهای اقتصادی سرمایه‌دارانه، آمریکا بود که توانست کیفیت ارائه خدمات پزشکی، مخصوصاً در موارد خاص را افزایش دهد.

۱۰ | کتینه نو

تبار شناسی بخش خصوصی نظام سلامت در ایران

جای خالی شهروندان در سیاست گذاری نظام سلامت



• فاطمه غلامرضا کاشی •

• دانشجوی دکتری ار فاه اجتماعی •

بخش خصوصی بیشتر از آنچه به‌نظر می‌رسد در صورت‌بندی نظام سلامت ایران نقش دارد. شاخص‌های سلامت کشور نشان می‌دهد کل هزینه‌های سلامت چیزی حدود ۱۵۰ هزار میلیارد تومان در سال است و قسمت عمده این پول «هزینه از جیب» است، هزینه‌هایی که در مقایسه با کشورهایی که درآمد مشابه دارند بیشتر است، یعنی با هزینه سلامت (Total Health Expenditure) کم و بیش یکسان، هزینه از جیب در ایران بسیار بالاتر است. همچنین کل هزینه‌های سلامت نسبت به تولید ناخالص ملی (GDP) بیشتر از کشورهای هم‌سطح است. به‌عنوان مثال، هزینه سلامت کشور تایلند با درآمد سرانه بیشتر از ایران، حدود ۵/۵ درصد از تولید ناخالص ملی است در حالی که این رقم در ایران ۸/۹ درصد است. به عبارت دیگر، سهم پرداخت از جیب مردم در مقابل هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت (General government expenditure on health) علی‌رغم اقدامات سال‌های اخیر و هزینه‌های فراوان دولت در طرح تحول سلامت، بالاست. طرح تحول سلامت موفق به کاهش نسبی پرداخت هزینه از جیب شده، ولی این کاهش به اندازه‌ای نیست که در هدف‌گیری برنامه‌های توسعه عنوان شده بود. با توجه به شرایط اقتصادی کشور، تحریم‌ها، برجام، وضعیت بحرانی صندوق‌های بازنشستگی و مواردی از این قبیل، بعید به نظر می‌رسد بتوان بیش از این برای طرح تحول سلامت هزینه کرد، بنابراین برای منطقی کردن هزینه‌های سلامت باید به فکر گزینه‌های دیگری بود. ۷۰ درصد از پولی که در نظام سلامت هزینه می‌شود بابت دستمزد نیروی انسانی است. این یعنی سهم دارو و تجهیزات نسبت به نیروی انسانی، کم است. از این نظر حتی می‌توان گفت تحریم‌ها تاکنون به نفع کشور بوده است، زیرا در بازار تنظیم‌شده ایران، با ورود تکنولوژی‌های جدید، هزینه‌های سلامت از این هم بالاتر خواهد رفت. نیاز به اصلاح نظام سلامت و کاهش هزینه‌ها یک نیاز جهانی است، اما به‌نظر می‌رسد این امر در ایران چندان موفق نبوده و این عدم موفقیت در بازار افسارگسیخته بخش خصوصی کاملاً مشهود است.

«اندرو و دل» در مقاله‌ای با عنوان «نظام‌های سلامت چگونه تبدیل به مسئله اجتماعی می‌شوند» به سه نظام مختلف اشاره می‌کند: نظام دموکراتیک، نظام حرفه‌ای و نظام بازاری. در نظام دموکراتیک، تصمیم‌گیری‌ها توسط شهروندان و نمایندگان آن‌ها صورت می‌گیرد. ویژگی مهم

پزشکی

66

سلامت، بالاست.

و همه افراد می‌توانند از خدمات مراقبت به یک اندازه بهره ببرند. هزینه‌ها به نسبت نظام حرفه‌ای بیشتر کنترل می‌شود و به نسبت نظام بازاری برابرانه‌تر است و منفعت شخصی افراد کنترل می‌شود. در ایران می‌توان برخی از ویژگی‌های هر دو نظام حرفه‌ای و بازاری را مشاهده کرد. در این دو نظام از یک سو مدیریت به متخصصان یعنی پزشکان واگذاشته می‌شود، در عین حال، توزیع جغرافیایی متناسبی ندارد. پزشکان تلاش می‌کنند فارغ از میزان هزینه، بیماران را درمان کنند. در نظام بازاری هم اولویت با سود و منفعت است. خدمات گران‌قیمت فارغ از نیازی که به آن‌ها وجود دارد ارائه می‌شود. توزیع خدمات سلامت به نفع کسانی است که توان پرداخت بیشتری داشته باشند. نظام سلامت ایران به‌ویژه در بخش خصوصی، هم به لحاظ جغرافیایی و هم به لحاظ مالی بسیار نامتعادل توزیع شده است. نیروهای حرفه‌ای و تخصصی جزء تصمیم‌گیرندگان اصلی این نظام‌اند که بر اساس بالاترین کیفیت، بهترین خدمات و بیشترین سود، تصمیم می‌گیرند. در این میان خدمات سلامت با کیفیت بالا، از دسترسی بخش زیادی از جمعیت خارج است. از حدود دهه ۳۰ شمسی بیمارستان‌های خصوصی در ایران

هزینه سلامت کشور تایلند با درآمد سرانه بیشتر از ایران، حدود ۵/۵ درصد از تولید ناخالص ملی است در حالی که این رقم در ایران ۸/۹ درصد است. به عبارت دیگر، سهم پرداخت از جیب مردم در مقابل هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت علی‌رغم اقدامات سال‌های اخیر و هزینه‌های فراوان دولت در طرح تحول سلامت، بالاست.

و مطلوب این پزشکان را برای بیماران ممکن می‌کنند. اما در بسیاری از موارد این قدرت انتخاب برای بیماران وجود ندارد.

■ در چه مواردی بیمار قدرت انتخاب ندارد؟

آسیب‌های ناشی از سوانح سوختگی، درمان انواع سرطان‌ها یا دریافت پیوند مغز استخوان از مواردی هستند که در نظام سلامت تعداد مراکز درمانی و بیمارستان‌های مناسب برای این درمان‌ها، به نسبت تقاضا کافی نیست و در این موارد، بخش دولتی متولی اصلی محسوب می‌شود. در مواردی که تشخیص بیماری نیازمند تجهیزات پیشرفته ویژه در بیمارستان‌های دولتی باشد، پس از انجام مراحل تشخیص در بیمارستان‌های دولتی، آن دسته از پزشکانی که در بیمارستان‌های خصوصی نیز طبابت و عمل جراحی می‌کنند گاهی ترجیح می‌دهند فرایند در مان این بیماران در بیمارستان‌های خصوصی دنبال شود.

■ اگر در مان این بیماران در بیمارستان‌های دولتی امکان پذیر است، چرا فرایند در مان در بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌شود؟

در این موارد پزشکان بنا به سلیقه و تشخیص خود تصمیم



یکشنبه ● ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۷ ● شماره صد و پنجاه

A T I V E H N O



شاخص‌های سلامت کشور نشان می‌دهد کل هزینه‌های سلامت چیزی حدود ۱۵۰ هزار میلیارد تومان در سال است و قسمت عمده این پول «هزینه از جیب» است.

وجود داشته‌اند، اما تعرفه‌های آن‌ها تابع هیچ نهاد و ارگان مشخصی نبوده است. این یعنی هیچ نظام قیمت‌گذاری برای خدمات خصوصی پزشکی در ایران وجود نداشته است. دولت با تصویب قانون بیمه همگانی، پول سلامت را به بیمه‌ها داد تا بیمه‌ها خدمت را از بیمارستان‌ها خریداری کنند. از این رو بیمارستان‌ها باید برای فروش خدمت، آزاد گذاشته می‌شدند. از سوی دیگر، برای جبران کمبود پزشک در کشور، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها پیاده شد. در آن زمان ایران به دلیل کمبود نیروی انسانی پزشکی، تعداد زیادی پزشک خارجی داشت. با خودگردان شدن بیمارستان‌ها، برای پزشک‌ها مشوق کارانه ایجاد شد. در حال حاضر حقوق یا همان کارانه‌ای که به پزشک پرداخت می‌شود سهم کوچکی از درآمد وی را تشکیل می‌دهد و با توجه به شیوه پرداخت FFS پزشکان به‌ازای کاری که انجام می‌دهند پول دریافت می‌کنند. علی‌رغم موفقیت طرح بیمه همگانی تنها حدود ۵۰ درصد مردم تحت پوشش بیمه قرار گرفتند. در نتیجه با هم عده زیادی باید با مراجعه به پزشک، مستقیماً پول پرداخت کنند. در بخش خصوصی هم پزشکان به‌ازای خدماتی که ارائه می‌دهند پول دریافت می‌کنند و حتی زمانی که سقف موردنظرشان تأمین نشود رو به دریافت زیرمیزی می‌آورند، بنابراین بخش زیادی از اتفاقات ناگوار نظام سلامت کشور در بخش خصوصی رخ می‌دهد. بخش خصوصی با چالش مدیریتی روبه‌رو است و اگر بخواهد به‌عنوان بازیگر مهم سلامت کشور ایفای نقش کند باید تنازعات و مشکلاتش را حل کند. در این میان نقش بخش دولتی به‌عنوان تنظیم‌کننده و قانون‌گذار کلیدی است.

۱. استاد زبان شناسی دانشکده علوم رفتاری و اجتماعی دانشگاه آریزونا

گفت‌وگو با آذر شعاعی، کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان

فرهنگ رسیدگی و ارتباط با بیمار در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی

نظارت کارآمدتر بیمه‌ها و تصحیح نظام ارجاع توسط پزشک خانواده می‌تواند به دریافت درمان کارآمد کمک کند. ایجاد پرونده‌های الکترونیکی همچنین می‌تواند از تحمیل هزینه‌های خدمات تکراری تشخیصی مانند آزمایش‌ها، گرافی‌ها و درمان‌های تکراری جلوگیری کند. از دیگر عوامل مهم در این میان نقش مغفول مانده «فرهنگ رسیدگی و ارتباط با بیمار» است. در نظام سلامت شاید بخش اعظم هزینه‌ها صرف پرداخت دستمزد نیروی انسانی شود. اما از این مقدار، سهم بسیار زیادی به پزشکان تعلق دارد. دستمزدهای پایین سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و نسبت غیراستاندارد پرستار به بیمار در بسیاری از بیمارستان‌ها، مستقیماً بر کاهش کیفیت مراقبت و رسیدگی به بیمار اثر می‌گذارد. آن دسته از بیمارستان‌های دولتی که با مدیریت مناسب نتوانسته‌اند از تشخیص تأثیر خالص، کیفیت درمان و مراقبت با بیماران راه‌بهدود بخشند، نمونه‌های موفق هستند که نتوانسته‌اند امکانات، تجهیزات و نیروی انسانی بخش دولتی را با مراقبت‌های پرستاری موثر تلفیق و تکمیل کنند.

می‌گیرند. عواملی مانند وضعیت مالی بیمار، تأخیر دریافت دستمزد عمل در بیمارستان‌های دولتی یا نوبت‌های طولانی برای برخی اعمال جراحی در این بیمارستان‌ها می‌تواند بر این اعمال سلیقه اثر بگذارد. از طرفی در بیمارستان‌های خصوصی توجه ویژه‌ای به جلب رضایت مشتری از طریق رعایت اخلاق و مهارت‌های ارتباطی وجود دارد و بیماران در زمان بستری، و مراقبت‌های پرستاری و هتلینگ بهتری دریافت می‌کنند که می‌تواند با کاهش استرس بیماران و پرسنل، اثربخشی درمان را تحت‌تأثیر قرار دهد. در ضمن انتقال بیماران با تشخیص درست و درمان نسبتاً قطعی به بیمارستان خصوصی، نرخ موفقیت درمان را در این بیمارستان‌ها افزایش می‌دهد و در پی این افزایش رضایت مشتریان، اعتبار بیمارستان خصوصی افزایش می‌یابد. در واقع بدین ترتیب بخش خصوصی سهم کمتری از ریسک در مان را متقبل می‌شود.

■ سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت چگونه می‌توانند در یافت خدمات بهداشتی – درمانی را برای بیماران کارآمدتر و عادلانه‌تر کنند؟