

تحلیل کیفی مشکلات بیمارستانهای روانی از دیدگاه مدیران این بیمارستانها

محمدتقی یاسمی*، احمد حاجبی**

سیدعباس باقری یزدی***

طرح مسئله: این مقاله ارائه تصویری روشن از مشکلات بیمارستانهای روانی از نظر مدیران این مراکز و تحلیلی بر علل و عواقب آن است. روش: این پژوهش به روش دلفی انجام شده که نوعی جمع‌آوری سیستمیک و سازماندهی کیفی داده‌ها است که به همت گروهی از کارشناسان منتخب فراهم شده است. **یافته‌ها:** عمده‌ترین مشکلات بیمارستانهای روانی اجرای طرح خودگرانی، کمبود بودجه‌های یارانه‌ای و تعرفه‌های غیر واقعی در این بیمارستانها است. بیماران روانی و خانواده آنها به دلیل ضعف مالی، توانایی پرداخت هزینه‌های بیمارستان را ندارند، از طرفی امکانات لازم برای رشد توانمندیهای اجتماعی، شغلی و توانبخشی این بیماران ناچیز است، پوشش بیمه‌ای بیماران روانی کامل نیست و حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی از بیماران روانی به دلیل نگرش نادرست چندان مناسب نیست. ضوابط مدون برای استانداردهای بیمارستانهای روانپزشکی، وجود ندارد و اکثر ساختمانها در مراکز روانپزشکی فرسوده و فاقد فضای مناسب برای بیماران است. **نتایج:** با توجه به یافته‌ها و پیچیدگی مشکلات بیمارستانهای روانپزشکی و نیاز روزافزون بیماران روانی به خدمات بهداشتی و درمانی، زمان آن فرا رسیده که تغییراتی در ساختار تشکیلاتی و بودجه‌ای مراکز روانپزشکی صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: بیمارستان روانی، روش دلفی، تحلیل کیفی

تاریخ پذیرش: ۱۴/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴/۷/۹

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی <yasamt@yahoo.com>

** روانپزشک، کارشناس اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، کارشناس اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، اختلالات عصبی - روانی و صدمات ناشی از بیماری ایدز به ترتیب مسئول ۱۳٪، ۱۲٪ و ۶٪ از سالهای عمر از دست رفته تطبیق یافته با ناتوانی^۱ در جهان هستند. براساس همین گزارش درخصوص بار کلی بیماریها، ۳۳٪ از سالهای سپری شده با ناتوانی^۲ را بیماریهای عصبی روانی تشکیل می دهند و در این میان عامل ۱۲/۱۵ درصد از سالهای سپری شده با ناتوانی اختلال افسردگی همراه بوده بنابراین سومین رتبه را بین علل محاسبه شده در بار کلی بیماریها دارد. به علاوه اختلال روانی، سیر دیگر بیماریهای جسمی را تحت تأثیر قرار داده، موجب عدم پذیرش و شکست در برنامه های درمانی به دلیل رعایت نکردن اصول درمان توسط بیمار می شود (WHO, 2003:8).

۱) سوابق پژوهش

طبق پژوهش انجام گرفته اخیر در سه استان ایران، بار بیماریهای روانی پس از حوادث غیرعمرمدی به طور مشترک با بیماریهای قلبی عروقی، جایگاه دوم را به خود اختصاص می دهد، به طوری که برای زنان رتبه اول و برای مردان رتبه سوم را دارا می باشد (مهدوی و همکاران، ۱۳۸۳).

در بسیاری از کشورها با در نظر گرفتن عظمت بار اختلالات روانی، بودجه قابل ملاحظه ای برای پیشگیری، درمان و توانبخشی اختلالات مذکور اختصاص داده می شود، از جمله در امریکا ۳/۵٪ تولید ناخالص ملی به طور سالانه صرف هزینه های اختلالات روانی می شود. در انگلستان ۲۲٪ از کل هزینه های خدمات درمانی به خدمات بستری بیماری روانی اختصاص دارد. در هلند سهم خدمات پزشکی این بیماران از کل هزینه های خدمات درمانی ۳۳/۲٪ است.

در حال حاضر ۷۲٪ کشورها دارای بودجه اختصاصی سلامت روان هستند. این بودجه در مناطق مختلف متفاوت است. در منطقه افریقا ۷۸/۹٪ و در جنوب شرقی آسیا ۶۲/۵٪ کشورها کمتر از ۱٪ بودجه بهداشتی را در سلامت روان هزینه می کنند. در اروپا حدود ۵۴٪ کشورها بیش از ۵٪ بودجه بهداشتی را صرف سلامت روان می کنند. در ایران فقط ۳٪

1. Disability Adjusted Life Years
2. Years lived with Disability

بودجه بهداشت به سلامت روان اختصاص یافته است.

بودجه سلامت روان با توجه به درآمد کشورها متفاوت است. ۶۱/۵٪ کشورهای با درآمد کم و ۱۶٪ کشورهای با درآمد بالا کمتر از یک درصد بودجه بهداشتی را صرف سلامت روان می‌کنند. با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی، فرسودگی ناشی از آنها و وجود مداخلات مؤثر، میزان بودجه سلامت روان باید حدود ۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشت باشد و در حال حاضر اکثر کشورها به افزایش بودجه در زمینه مراقبت سلامت روان نیز احتیاج دارند (WHO, 2002:8).

با توجه به اینکه پیشگیری اولیه و ارتقای بهداشت روان به دلیل پیچیدگی اتیولوژیک این اختلالات و دشواری مداخلات هنوز در سطح جهانی جایگاه مناسبی پیدا نکرده است، عمده مداخلات در سطح پیشگیری ثانویه انجام می‌شود و تأکید اصلی سیستمهای بهداشتی روی بیماریابی زودهنگام، پیگیری فعال، پوشش بالای خدمات و ارتقای کیفی آنها و توجه به حقوق انسانی بیماران روانی است. سیستمهای متفاوتی برای تأمین بودجه خدمات بیماران روانی وجود دارد که عبارت‌اند از:

- **خودپرداز^۱**: پولی که مصرف‌کنندگان و خانواده آنها می‌پردازند.
- **تأمین بودجه از مالیات^۲**: پولی که از طریق مالیات عمومی یا از طریق مالیاتهایی که برای ارائه خدمات بیماران روانی تهیه می‌شود.
- **بیمه اجتماعی^۳**: هر شخصی با درآمدی بالاتر از یک سطح مشخص باید درصد ثابتی از درآمدش را به دولت پرداخت نماید و دولت هم در موقع نیاز بخشی یا تمام آن را به خدمات درمانی اختصاص می‌دهد.
- **بیمه خصوصی^۴**: در این روش مصرف‌کنندگان حق بیمه خود را به شرکتهای بیمه خصوصی پرداخت می‌کنند و در ازای آن، شرکت بیمه قسمتی یا تمام هزینه‌های درمانی را پرداخت می‌کند.

1. Out of Pocket
2. Tax Based Funding
3. Social Insurance
4. Private Insurance

- **هدایای کشورهای خارجی**^۱: پولی است که برخی کشورها یا سازمانهای بین‌المللی به کشورهای نیازمند می‌پردازند.

معمولاً برای تأمین بودجه سلامت روان، ۶۰٪ کشورها از روش اخذ مالیات پیروی می‌کنند. بعد از آن بیمه اجتماعی با ۱۸٪ و خودپرداز با ۱۶٪ در مراتب دوم و سوم قرار دارند. بیمه‌های خصوصی و هدایای کشورهای خارجی به ترتیب ۱۸٪ و ۲۹٪ را به خود اختصاص می‌دهند. روش خودپرداز روش اولیه تأمین بودجه در ۳۹٪ کشورهای با درآمد کم است و تقریباً در هیچ کدام از کشورهای با درآمد بالا، روش اولیه تهیه منابع مالی نیست. بیمه‌های خصوصی در تعداد کمی از کشورها روش اولیه تهیه بودجه هستند (WHO, 2002:9).

در کشور انگلستان با حدود ۶۰ میلیون نفر جمعیت پس از اصلاحات بهداشت روان، هنوز ۵۰۰۰۰ تخت روانپزشکی وجود دارد (Davidge and others, 1993). آمارهای سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در جهان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر، ۴/۳۶ تخت روانپزشکی وجود دارد در حالی که این نسبت در ایران ۱/۶ است و طبق برآوردهای حاضر حتی در صورت ارائه خدمات جامعه‌نگر، حدود ۲۰۰۰۰ تخت روانپزشکی در کشور مورد نیاز است. در حال حاضر حدود ۷۱۰۰ تخت روانپزشکی در کل کشور تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار دارد که ۵۵۰۰ تخت آن در بیمارستانهای تک تخصصی روانپزشکی و ۱۶۳۰ تخت در بیمارستانهای عمومی قرار گرفته است و حدود ۳۶۰۰ تخت در بخش خصوصی تحت نظارت سازمان بهزیستی وجود دارد که به نگهداری از بیماران مزمن و معلول اختصاص دارد و همگی دارای بالاترین ضریب اشغال هستند. در بررسی اخیر، به منظور کسب آگاهی از وضعیت امکانات برای بیماران روانی نیازمند به بستری در اورژانسهای بیمارستانهای روانپزشکی، مشخص شد که ۴۴/۵٪ بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس روانپزشکی بیمارستانها که نیاز به بستری داشته‌اند، مشخص شده که بیماران با مراجعه به آن مراکز بستری نشده‌اند و در همین پژوهش مشخص شده که در ۹۳٪ موارد، دلیل اصلی بستری نشدن کمبود تخت بوده است (خلیلی و یاسمی، ۱۳۸۴:۵).

1. External Grant

پژوهش حاضر با انگیزه بررسی مشکلات مراکز روانپزشکی با توجه ویژه بر بحران مالی و عواقب آن انجام شده است و هدف آن تحلیل آثار این مشکلات بر روی کیفیت ارائه خدمات بیمارستانها به بیماران روانی و همچنین طرح پیشنهادات اصلاحی است.

۲) روش

روش دلفی نوعی جمع‌آوری سیستمیک و سازماندهی اطلاعات است که گروهی از کارشناسان منتخب فراهم می‌کنند (Mctavish, 2003:3).

روش دلفی در ساده‌ترین شکل آن سه خصوصیت دارد (Dalkey, 2004:1):

۱. استقلال در ارائه پاسخ: در این مرحله تمام کارشناسان منتخب، پاسخهای خود را به سؤالات به‌طور مستقل و بدون پیروی از سایرین ارائه می‌دهند. این حالت باعث می‌شود از آثار مخدوش‌کننده فشارهای سایر افراد گروه و یا اعمال نظر افراد غالب در بیان پاسخها، جلوگیری به عمل آید و پاسخ تمام افراد در قضاوت نهایی محاسبه گردد.
۲. پس‌خوراند کنترل شده: نتایج پاسخهای بیان شده، خلاصه و سپس به گروه کارشناسی ارائه می‌گردد و از آنان خواسته می‌شود که با توجه به پس‌خوراند، پاسخهای خود را مجدداً ارزیابی کنند. این مرحله اجازه می‌دهد اعضای گروه در یک روش کنترل شده تبادل نظر نمایند.
۳. اعلام قضاوت رسمی: در مرحله نهایی، پاسخهای مرحله دوم افراد به شکل گروهی و به‌طور رسمی بیان می‌شوند و در صورت لزوم ممکن است پاسخها و قضاوت گروه به‌صورت شاخصهای آماری بیان شوند.

پژوهش حاضر به روش دلفی که نوعی ارزیابی کیفی است، انجام شد. در مرحله اول با توجه به دیدگاه‌های مسئولان اکثر بیمارستانهای روانپزشکی و مشکلات بیان شده از جانب آنان، سؤالاتی مطرح و به منظور پاسخگویی و بحث به آنها ارائه گردید. سپس پاسخهای ارسالی از جانب رؤسای مراکز روانپزشکی جمع‌آوری و کدگذاری گردید و نتایج آن به‌صورت یک پرسشنامه طراحی شد که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Delphi Method

جدول ۱: خلاصه پرسشنامه مشکلات بیمارستانهای روانپزشکی

مشکلات مالی	
۱-۱	طرح خودگردانی باعث مشکلات مالی بیمارستانهای روانپزشکی شده است.
۲-۱	بودجه یارانه‌ای (ردیف ۱۲۹۰۸۶) کم است و با تأخیر پرداخت می‌گردد.
۳-۱	بیماران روانی و خانواده آنها به سبب ضعف مالی توانایی پرداخت هزینه‌های بیمارستان را ندارند.
۴-۱	پوشش بیمه‌ای بیماران روانی مناسب نیست.
۵-۱	تعرفه‌ها در بیمارستانهای روانی واقعی نیست.
۶-۱	حمایت مالی از بیماران روانی مناسب نیست.
۷-۱	کمبود نیروی انسانی منجر به افزایش اضافه‌کار کارکنان و در نهایت افزایش بار مالی بیمارستان روانی می‌شود.
۸-۱	واحدهای روان‌شناسی و کار درمانی به سبب عدم درآمد، منجر به افزایش هزینه بیمارستان می‌شود.
۹-۱	بیمارستانهای روانی بجز هتلینگ و ویزیت بیماران، درآمد عمده دیگری ندارند.
مشکلات نگرشی	
۱-۲	مدیران برنامه‌ریزی نسبت به بیمار و بیمارستان روانی نگرش مناسبی ندارند.
۲-۲	نگرش نادرست جامعه نسبت به بیماران روانی باعث انگ‌زایی شده است.
۳-۲	دیدگاه مسئولان تخصیص بودجه نسبت به درآملازایی بیمارستانهای روانپزشکی، غیرواقعی است.
۴-۲	سازمانهای بیمه‌گر نسبت به اهمیت خدمات بازتوانی بیماران روانی، آگاهی لازم را ندارند.
۵-۲	مسئولان بیمارستانهای عمومی با تخصیص ۱۰٪ تخته‌های عمومی به بیماران روانی، همکاری‌های لازم را ندارند.
۶-۲	آگاهی خانواده‌های بیماران از بیمار و بیماری روانی ناچیز است.
۷-۲	حمایتهای اجتماعی و اقتصادی از بیماران روانی به دلیل نگرش نادرست مناسب نیست.
مشکلات ساختاری	
۱-۳	نیروی انسانی آموزش دیده و مجرب با کمبود روبه‌رو است.
۲-۳	سیستم پیگیر و فعال برای بیماران پس از ترخیص از بیمارستان وجود ندارد.
۳-۳	مراکز روزانه که نیاز بیمار روانی را به بسترهای مکرر کاهش می‌دهند، کم است.
۴-۳	امکانات لازم برای رشد توانمندیهای اجتماعی، شغلی و توانبخشی بیماران روانی ناچیز است.

۵-۳	بخشهای کاردرمانی اغلب کارآمد و مؤثر نیستند.
۶-۳	عدم وجود قانون بهداشت روان منجر به مداخلات و دستورهای نادرست می شود.
۷-۳	مرکز اورژانس روانپزشکی در اکثر بیمارستانها و شهرها وجود ندارد.
مشکلات فیزیکی	
۱-۴	ساختار فیزیکی اغلب بخشهای روانپزشکی نامناسب است.
۲-۴	اکثر ساختمانها در مراکز روانپزشکی فرسوده و فاقد فضای مناسب برای بیماران است.
۳-۴	ضوابط مدون برای استانداردهای بیمارستانهای روانپزشکی وجود ندارد.
۴-۴	ارائه خدمات به بیماران با کمبود شدید تخت روانپزشکی به ویژه در بیمارستانهای عمومی روبه رو است.

این پرسشنامه حاوی چهار بخش مالی، نگرشی، ساختاری و فیزیکی است که در هر بخش مشکلات مربوط مطرح و برای هر سؤال پنج پاسخ تعیین گردید و از ۱ تا ۵ امتیاز داده شد. سپس پرسشنامه به منظور پاسخگویی در اختیار مسئولان بیمارستانها قرار گرفت تا به طور مستقل پاسخ خود را ارائه دهند. پاسخهای آنان امتیازبندی شد و پسخوراند آن طی جدولی به همراه پرسشنامه برای آنها ارسال گردید تا ضمن توجه به پسخوراند کنترل شده، مجدداً به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند.

در آخرین مرحله پس از اخذ پاسخهای ارسال شده از بیمارستانها، امتیازبندی نهایی صورت گرفت و براساس آن، سؤالات ذکر شده رتبه بندی و نتایج آن به صورت قضاوت رسمی گروه ارائه گردید.

۳) یافته ها

مشکلات بیمارستانهای روانپزشکی به چهار بخش عمده مالی، نگرشی، ساختاری و فیزیکی تقسیم می شود ولی باید توجه داشت که این تقسیم بندی برای درک بهتر مشکلات است و واقعیت امر این است که نمی توان حدود و مرز کاملاً مشخصی را بین موارد ذکر شده در هر بخش مطرح کرد زیرا این مشکلات آثار متقابل بر روی یکدیگر دارند.

در پژوهش حاضر نتایج نظرخواهی از مسئولان بیمارستانها در چهار بخش فوق جمع‌آوری و رتبه هر سؤال در گروه خود و در کل سؤالات مشخص گردید. جدول ۲ رتبه‌بندی مشکلات مالی را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج، مشخص شد که بیشترین امتیاز در مشکلات مالی بیمارستانها، مربوط به طرح خودگردانی، کمبود بودجه یارانه‌ای ردیف ۱۲۹۰۸۶، پوشش بیمه‌ای نامناسب و غیرواقعی بودن تعرفه‌های بیمارستانهای روانی است. جدول ۳ رتبه‌بندی مشکلات نگرشی را نشان می‌دهد.

جدول ۲: رتبه‌بندی مشکلات مالی

سؤال	درصد کسب‌شده	رتبه در مشکلات مالی	رتبه در کل
۱-۱	۹۶	۱	۱
۲-۱	۹۶	۱	۱
۳-۱	۹۶	۱	۱
۴-۱	۹۵	۲	۲
۵-۱	۹۶	۱	۱
۶-۱	۹۵	۲	۲
۷-۱	۸۵	۵	۸
۸-۱	۸۸	۴	۶
۹-۱	۹۳	۳	۳

با توجه به نتایج جدول فوق، عمده‌ترین مشکل، حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی نامناسب به دلیل نگرش نادرست در سطوح مختلف برنامه‌ریزی است.

جدول ۴ رتبه‌بندی مشکلات ساختاری را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، مشخص شد که بیشترین امتیاز در مشکلات ساختاری مربوط به عدم امکانات لازم برای رشد توانمندیهای اجتماعی، شغلی و توانبخشی بیماران روانی است و بعد از آن به ترتیب مربوط به کمبود مراکز روزانه و عدم وجود سیستم پیگیری فعال است.

جدول ۳: رتبه‌بندی مشکلات نگرشی

رتبه در کل	رتبه در مشکلات نگرشی	درصد کسب شده	سؤال
۶	۲	۸۸	۱-۲
۱۰	۴	۸۲	۲-۲
۷	۳	۸۷	۳-۲
۱۳	۶	۷۲	۴-۲
۷	۳	۸۷	۵-۲
۱۱	۵	۷۸	۶-۲
۲	۱	۹۵	۷-۲

جدول ۴: رتبه‌بندی مشکلات ساختاری

رتبه در کل	رتبه در مشکلات ساختاری	درصد کسب شده	سؤال
۴	۴	۹۲	۱-۳
۳	۳	۹۳	۲-۳
۲	۲	۹۵	۳-۳
۱	۱	۹۶	۴-۳
۱۲	۷	۷۵	۵-۳
۹	۶	۸۳	۶-۳
۵	۵	۹۰	۷-۳

جدول ۵: رتبه‌بندی مشکلات فیزیکی

رتبه در کل	رتبه در مشکلات فیزیکی	درصد کسب شده	سؤال
۵	۳	۹۰	۱-۴
۳	۲	۹۳	۲-۴
۲	۱	۹۵	۳-۴
۹	۴	۸۳	۴-۴

جدول ۵ رتبه‌بندی مشکلات فیزیکی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، عمده‌ترین مشکلات فیزیکی را می‌توان عدم وجود ضوابط مدون برای استانداردهای بیمارستانهای روانپزشکی و بعد فرسودگی اکثر ساختمانهای این مرکز دانست.

۴) بحث و نتیجه گیری

با توجه به وسعت و پیچیدگی مشکلات بیمارستانهای روانپزشکی و نیاز روزافزون بیماران روانی به خدمات بهداشتی و درمانی، به نظر می‌رسد که ساختار تشکیلات فعلی و حمایت‌های مالی جوابگو نباشد، لذا زمان آن فرا رسیده که مسئولان با تغییر نگرش و توجه خاص به بیماران روانی و مراکز روانپزشکی درباره ساختار تشکیلاتی و بودجه‌ای بازنگری کنند.

در پژوهش حاضر یافته‌ها نشان می‌دهد که در بین مشکلات بیمارستانهای روانپزشکی، بالاترین امتیاز مربوط به اجرای طرح خودگردانی، کمبود بودجه یارانه‌ای ردیف ۱۲۹۰۸۶، ضعف مالی بیماران روانی و خانواده آنان، تعرفه‌های غیرواقعی و کمبود امکانات لازم برای رشد توانمندیهای اجتماعی، شغلی و توانبخشی بیماران روانی است.

بحران مالی در مراکز روانپزشکی عواقب متعددی به دنبال دارد به طوری که بیمارستانهای روانی قادر نیستند تعهدات مالی خود را به موقع پرداخت نمایند. لذا از یک سو در معرض خطر تعطیلی و از سوی دیگر به کاهش کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران روانی کاهش می‌یابد. سه عامل عمده بحران مالی در بیمارستانهای روانی، اجرای طرح خودگردانی، کاهش ردیف بودجه یارانه‌ای ۱۲۹۰۸۶ و پوشش بیمه‌ای ناکارآمد است.

طرح خودگردانی در بیمارستانهای روانپزشکی، با توجه به درآمد پایین و هزینه بالا، باعث کاهش کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران شده است. بهره‌گیری از پرداختهای مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، برای اولین بار در سال ۱۹۸۷ در یکی از نشریات بانک جهانی به منظور افزایش اعتبارات بخش عمومی مطرح و ابتدا در نظر بسیاری تکیه‌گاه اصلی تلقی می‌شد (Cassels, 1997).

مطالعه درباره استفاده از پرداختهای مصرف‌کنندگان در زامبیا نشان داد که بهره‌گیری از چنین سیستمی موجب کاهش استفاده عمومی از خدمات بهداشتی درمانی بخصوص خدمات بیمارستانی می‌شود (Blass & Limbambala, 2001:40). استفاده از این سیستم در اغلب کشورهای در حال توسعه موجب نارضایتی شده است چرا که با اجرای آن، دسترسی طبقه کم درآمد جامعه به خدمات اساسی کاهش می‌یابد (Whitehead and others, 2001:834) از طرفی این افراد به دلیل مشکلات مالی بجز در شرایط اورژانس، با تأخیر به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند (Tipping, 2000).

پرداخت هزینه‌ها به روش خودپرداز، اثر تخریبی و فرساینده بر روی افراد مبتلا به اختلالات روانی و خانواده آنان دارد. این روش باید به تدریج جایگزین سایر روشهای تهیه منابع مالی مانند بیمه‌ها شود. این روش در ۳۵/۹٪ کشورهای منطقه افریقا و ۳۰٪ کشورهای آسیای جنوب شرقی، روش اولیه تأمین بودجه سلامت روان است. در اروپا هیچ کشوری از این روش برای تأمین بودجه هزینه‌های سلامت روان استفاده نمی‌کند (WHO, 2002:9).

ردیف بودجه‌ای ۱۲۹۰۸۶ یارانه‌ای است که به منظور کمک به بیماران روانی، سوختگی و ... تخصیص یافته است و می‌تواند باعث بهبود وضعیت بیمارستانهای روانی گردد ولی به دلیل کمبود تخصیص آن و نیز فاصله زمانی پرداخت این اعتبار به بیمارستانها با هزینه‌کرد آنها، جوابگوی رفع مشکلات نیست باشد. اکثر مراکز اعتقاد دارند این ردیف بودجه‌ای تا حدودی تأثیر مثبت در روند ارائه خدمات داشته است ولی جوابگوی نیازهای اساسی بیمارستان نیست، در واقع عدم توازن درآمد و هزینه بیمارستانهای روانی نیاز به جبران دارد و این ردیف در حال حاضر تنها موردی است که مراکز روانپزشکی به آن امید دارند و می‌تواند زمینه ارائه خدمات بهتر را فراهم سازد ولی تحقق آن مستلزم پرداخت سرانه همه بیماران به طور کامل به بیمارستانها است. ردیف ۱۲۹۰۸۶ می‌تواند به نحوی جبران‌کننده تخفیف فرانشیز بیماران روانی تحت پوشش سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) و همچنین هزینه بیماران معرفی شده از طرف نیروی انتظامی و قوه قضاییه باشد.

میزان پوشش بیمه‌ای و جامعیت آن از دیگر عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران روانی است. با توجه به اینکه درصد قابل توجهی از درآمد بیمارستانهای روانپزشکی از طریق سازمانهای بیمه‌گر تأمین می‌شود و این سازمانها نیز بدهیهای خود را با تأخیر پرداخت می‌نمایند، لذا بیمارستانها با مشکل عمده مالی روبه‌رو می‌شوند. سازمانهای بیمه مدت زمان محدود و مشخصی را در طی یک سال برای بیماران روانی مزمن پوشش می‌دهند، و در مواردی که بستری شدن بیمار بیش از هشت هفته طول بکشد، تعرفه تخت روز بیمارستان درجه سه را محاسبه می‌کنند و هزینه یک ویزیت را در طی یک هفته پرداخت می‌نمایند. از دیگر نقاط ضعف پوشش بیمه‌ای این است که تعرفه تخت روز بیمارستانهای روانی از تخت روز معادل آن در بیمارستانهای عمومی کمتر است

و از طرف دیگر هزینه بعضی از خدمات غیر دارویی از قبیل کار درمانی را به عهده نمی‌گیرند. آیا این قوانین بر شرایط سیستم پرداخت بیماران سایر رشته‌ها حاکم است؟ آیا شورای عالی بیمه که نهاد قانونگذار در این موارد است دلایل علمی و منطقی برای تصویب این قوانین دارد؟ اعمال این محدودیتها از طرف سازمانهای بیمه‌گر منجر به عدم پرداخت کامل هزینه درمان به مراکز می‌شود.

بیمه‌های اجتماعی، روش اولیه تهیه منابع مالی در ۵۰٪ کشور اروپایی است ولی کشورهای آفریقایی، آسیای جنوب شرقی و غرب اقیانوس آرام از بیمه‌های اجتماعی به‌عنوان روش اولیه تهیه منابع مالی سلامت روان استفاده نمی‌کنند. از طرف دیگر، بیمه‌های اجتماعی، روش تأمین بودجه در ۳۸٪ کشورهای با درآمد بالا و ۲۹٪ کشورهای با درآمد بالاتر از متوسط است ولی در کشورهای با درآمد پایین، روش اولیه تأمین منابع مالی نیست (WHO, 2002:10).

اختلالات روانی مزمن مثل اسکیزوفرنی در گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین، بیش از حد انتظار است که این نکته را می‌شود با دو فرضیه توضیح داد. طبق فرضیه حرکت نزولی^۱ افراد مبتلا، به دلیل بیماریشان، یا تدریجاً به گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر نزول می‌کنند یا به دلیل اختلال، قادر به ترقی و ترک گروه اجتماعی - اقتصادی پایین نیستند، از طرف دیگر فرضیه علیت اجتماعی^۲ اعتقاد دارد که فشارهای وارد بر اعضای گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین در پیدایش اختلالاتی مثل اسکیزوفرنی دخالت دارند (Kaplan & Sadock, 2003:477). بنابراین بیماران روانی با توجه به دو فرضیه فوق و ماهیت اختلال، اغلب از طبقه نیازمند جامعه هستند و توانایی پرداخت هزینه‌های بیمارستانی را ندارند.

یکی دیگر از عوامل مختل‌کننده خدمت‌رسانی به بیماران روانی، نگرش نادرست در سطوح مختلف نسبت به این بیماران است که منجر به حمایت اقتصادی و اجتماعی نامناسب می‌گردد. مدیران سطح بالا و متوسط دیدگاه جامعی به بیماران روانی و بیمارستانهای

1. Downward Drift Hypothesis
2. Social Causation Hypothesis

روانپزشکی ندارند در نتیجه شرایط لازم به منظور بهبود خدمت‌رسانی به آنها فراهم نمی‌شود. نگرش نادرست مسئولان بیمارستانهای عمومی و عدم درآمدزایی تختهای روانپزشکی باعث شده که در مقابل تغییر کاربری تختهای عمومی به روانپزشکی مقاومت نشان دهند. تصور آنها از بخش روانپزشکی محیطی کاملاً ایزوله است به طوری که اولین چیزی که با بیان بخش روانپزشکی در ذهن آنها تداعی می‌شود دربهای قفل شده، پنجره‌های دارای حفاظ آهنین و ... می‌باشد. مطالعه‌ای در زامبیا نشان داد که تلاش در راه اصلاحات باید با تعهد قوی و نگرش مناسب مسئولان همراه باشد چرا که در غیر این صورت همه فعالیتها بدون نیل به اهداف متوقف خواهد شد (Blass & Limbambala, 2001:42).

ساختار نظام ارائه خدمات به بیماران روانی نامناسب است. اولین نکته قابل توجه در این زمینه کمبود امکانات لازم برای رشد توانمندیهای اجتماعی، شغلی و توانبخشی بیماران روانی است زیرا تقریباً تمام بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان بدون حمایت لازم به محیط خانواده و جامعه برمی‌گردند و مراکز حد واسط بیمارستان و جامعه از قبیل مراکز روزانه جهت ارائه خدمات در زمینه بازتوانی شغلی و اجتماعی وجود ندارند.

از دیگر مشکلات بیماران روانی، بازگشت علایم و بستری‌شدنهای مکرر به علت قطع درمان دارویی است زیرا سیستم پیگیری فعال بعد از ترخیص بیمار در ساختار ارائه خدمات وجود ندارد و از این نظر منجر به افزایش تراکم بیماران در نوبت بستری می‌شود. بررسی ملکوتی و همکاران (۱۳۷۴:۶ و ۸:۱۳۷۷ و ۹) نشان داد که پیگیری فعال بیماران بعد از ترخیص ۳۰ تا ۹۰ درصد بستری مجدد و ۲/۵ تا ۷/۵ برابر هزینه‌های درمان را کاهش می‌دهند. راه‌اندازی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر و طرح ویزیت در منزل از طریق ارائه خدمات جامع و گسترده در سطح جامعه، باعث تمرکززدایی از بیمارستانهای روانپزشکی و ذهنیت‌زدایی از بیماران روانی می‌گردد.

آمارها نشان می‌دهد که تعداد زیادی از شهرهای کشور فاقد بیمارستان و یا بخش روانپزشکی هستند و از طرفی بیمارستانهای عمومی از ارائه خدمات به بیماران روانی امتناع می‌ورزند، این موضوع در موارد اورژانس هم به چشم می‌خورد در حالی که ارائه خدمات درمانی به بیماران سایر رشته‌ها حداقل در شرایط اورژانس، در مراکز فوق صورت می‌گیرد. این نقصان دلایلی از قبیل نگرش نادرست کارکنان درمان بیمارستانهای عمومی به بیماران

روانی و عدم آموزش و آگاهی لازم پزشکان و کارکنان در برخورد با بیماران اورژانس روانپزشکی دارد.

یکی دیگر از مشکلات ساختاری، عدم وجود قانون بهداشت روان است که منجر به مداخلات و دستوره‌های نادرست از جانب مراجع مختلف می‌شود. به‌طور کلی افراد مبتلا به اختلال روانی، بخش آسیب‌پذیر اجتماع را تشکیل می‌دهند بنابراین قانون بهداشت روان برای دفاع از حقوق بیماران روانی لازم است. این بیماران علاوه بر رنج آشکار ناشی از اختلالات، با فرسودگی ناشی از انگ بیماری روانی و جدایی از جامعه روبه‌رو هستند. تهاجم به حقوق و آزادی بیماران روانی و انکار حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنها یک اتفاق شایع در جهان است. متأسفانه سوء استفاده فیزیکی، جنسی و روان‌شناختی یک تجربه روزمره برای این بیماران است.

قانون بهداشت روان فراتر از مراقبت و درمان بیماران روانی است و یک ساختار قانونی برای رسیدگی به ابعاد مهم سلامت روان از قبیل دسترسی به مراقبت، بازتوانی و یکپارچگی کامل بیماران روانی در جامعه فراهم می‌سازد (WHO, 2003:7,8).

تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان ایران با تلاش اداره سلامت روان وزارت بهداشت و همکاری انستیتو روانپزشکی تهران در سال ۱۳۸۳ شروع شده است تا گامی به منظور احیای حقوق بیماران در زمینه‌های بستری اجباری، اختیاری، قیمومیت و ... باشد.

در حال حاضر ساختار فیزیکی اغلب بخشهای روانپزشکی نامناسب است و اکثر ساختمانها در مراکز روانپزشکی فرسوده و فاقد فضای مناسب برای بیماران هستند که از دلایل عمده آن می‌توان از عدم وجود استانداردهای مدون برای بیمارستانها و بخشهای روانپزشکی، استهلاک بالاتر بخشهای روانپزشکی نسبت به سایر بخشها و عدم توجه به بازسازی مراکز روانپزشکی نام برد. مسئولان بیمارستانهای روانپزشکی معتقدند بخشهای روانی سالانه نیاز به تعمیرات جزئی و هر پنج سال یکبار نیاز به تعمیرات کلی دارند؛ تا روند فرسودگی مراکز کاهش یابد.

(۵) پیشنهادها

راهکارهای مؤثر برای رهایی بیمارستانهای روانپزشکی از بحران و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران عبارت‌اند از:

۱. طرح خودگردانی از بیمارستانهای روانپزشکی حذف و بودجه‌های یارانه‌ای و غیر جاری (مثل ردیف ۱۲۹۰۸۶) جهت مساعدت به این بیمارستانها افزایش یابد.
۲. محدودیتهای پوشش بیمه‌ای نسبت به بیماران روانی حذف شود و درصد قابل توجهی از هزینه آنها توسط سازمانهای بیمه‌گر پرداخت گردد.
۳. تعرفه خدمات ارائه شده در بیمارستانهای روانپزشکی واقعی شود.
۴. ساختار لازم جهت ارائه خدمات جامعه‌نگر فراهم شود.
۵. شرایط لازم برای تبدیل ۱۰٪ تختهای بیمارستانهای عمومی به روانپزشکی مهیا گردد.
۶. شرایط و استانداردهای فیزیکی، درمانی و بازتوانی برای بیمارستانهای روانپزشکی تدوین شود.
۷. برای تغییر نگرش مدیران، مسئولان و عموم مردم نسبت به بیماران روانی و بیمارستانهای روانپزشکی، آموزشهای لازم و فرهنگ‌سازی مؤثر توسط رسانه‌ها انجام شود.

- خلیلی، نوید. یاسمی، محمدتقی. (۱۳۸۴)، آیا بیماران روانپزشکی نیازمند به بستری، از این خدمات برخوردار می‌شوند؟ یک بررسی در اورژانس روانپزشکی بیمارستانهای امام حسین و طالقانی سال ۱۳۸۴ مقاله پذیرفته شده در نشریه اندیشه و رفتار.
- ملکوتی، کاظم. نوروزی، مهناز. (۱۳۷۴)، پیگیری و بهداشت روانی در بیماران روانی مزمن، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۱ و ۲، سال دوم.
- ملکوتی، کاظم. نوری قاسم‌آبادی، ربابه. نصر اصفهانی، مهدی. اثنی‌عشر، ربابه. (۱۳۷۷)، بررسی اثر فعالیت گروه مراقبت پیوسته (پیگیری) در درمان سرپایی بیماران مزمن روانی، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۳، سال چهارم.
- مهدوی هزاوه، نیلوفر. نقوی، محسن. باقری یزدی، عباس. ابوالحسنی، فرید. کیا، آرش. مرادی لاله، مازیار. شعاعی، شروان. کاظمینی، حسین. جعفری، ناهید. سردارپور گودرزی، شاهرخ. یاسمی، محمدتقی. (۱۳۸۴)، تعیین بار بیماریهای اعصاب و روان در سه استان آذربایجان شرقی، بوشهر و چهارمحال بختیاری در سال ۱۳۸۱، در کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روان‌شناسی ارائه شده است.
- Blass, E. Limbambala, M. (2001), **The Challenge of Hospital in Health Sector Reform: The Case of Zambia**. Health policy and planning; 16(suppL2)29-43. Oxford university press.
- Cassels, A. (1997), **Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries**. WHO, Geneva.
- Dalkey, N.C. (1996), **The Delphi Methodology**. <<http://www.fernuni-hagen.de/ZIFFIV/2-ch45a.htm>> (Connection time: April, 16, 2005)
- Davidge, m. Elias, S. Jayes, B. Yates, J. (1993), **Survey of English Mental Illness Hospitals**. Inter- authority Consultancy and Comparison. University of Birmingham.
- Mctavish, G.j. (2003), **Bench Marking with Delphi Expert Opinion Panels: The Regional Municipality of Ottawa-Carleton Land Evaluation and Area Review (OCLEAR)**, System for Agriculture. Available at: <http://www.gov.on.ca/OMAFRAI/English/1_landusel_facts/Deli.ht> (April/16/2005)
- Sadock, B.j. Sadock, V.A. (2003), **Synopsis of Psychiatry**, 9th Edition, Lippincott Williams. Wilkins, USA.

References

منابع

- The world bank. (1987), **Financing Health Services: An Agenda for Reform**, Washington, D.C.
- Tipping, G. (2000), **The Social Impact of User Fees for Health Care on Poor Households: Commissioned Report to the Ministry of Health**. Hanoi, Vietnam.
- Whitehead, M. Dahigren, G. Evans, T. (2001), **Equity and Health Sector Reforms: Can Low - Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?**, The LANCET, Vol: 358, 833-836, The Lancet Publishing Group.
- World Health Organization. (2003), **Draft WHO Manual Mental Health Legislation**, International Training Forum on Mental Health, Human Rights and Legislation, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2003), **Investing in: Mental Health**, Geneva, Switzerland.