

مسیر توسعه بیمارستان‌های کوچک در ایران: دورچین زیاد- محتوای اندک

مسعود فردوسی^۱

بیان دیدگاه

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۲

ارجاع: فردوسی مسعود. مسیر توسعه بیمارستان‌های کوچک در ایران: دورچین زیاد- محتوای اندک. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۴۰۰؛ ۱۸ (۱): ۵۰-۴۸

رفتن بخش بستری، ۲- تمایل برای خرید تجهیزات پیشرفته و ۳- الزام بیمارستان در راه‌اندازی بخش‌های جنبی تأسیساتی. از دیدگاه مدیریت و اقتصاد سلامت، این نحو توسعه دو مشخصه «پرهزینه بودن این نوع توسعه و برتری رشد سخت‌افزاری بر توسعه نرم‌افزاری» را دارد.

در پاسخ به سؤال دوم (مناسب بودن این مسیر توسعه برای بیمارستان‌ها)، بی‌شک کارشناسانی که با نگاه کلان به مسیر توسعه بیمارستان‌های کوچک می‌نگرند، به آن نمره خوبی نخواهند داد؛ چرا که این مسیر به یک مسابقه تجهیزاتی پرخرج در بین بیمارستان‌ها تبدیل می‌شود و به بنیان اقتصاد سلامت کشور لطمه خواهد زد. از طرف دیگر، توسعه نرم‌افزاری مسیری کم‌خرج‌تر و پربازده‌تر برای کیفیت خدمات درمانی است که متأسفانه کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. فقط بگویید چند بیمارستان را می‌شناسید که به توسعه نرم‌افزاری کیفیت خدمات (مانند کشف فعال موارد ناراضی و رسیدگی به آن‌ها و پیگیری بیماران پس از ترخیص) بیش از خرید تجهیزات گران‌قیمت بها می‌دهد؟ لازم به ذکر است که این نوشتار به هیچ وجه در پی نقد عملکرد مدیران این بیمارستان‌ها نیست؛ چرا که آن‌ها مدیران دلسوزی هستند که حسب شرایط با فداکاری و دلسوزی در پی توسعه خدمات‌رسانی به مردم شهر خود می‌باشند، بلکه این نوشتار می‌تواند زنگ هشدار برای مسؤولان ارشد وزارت بهداشت باشد. در گذشته بخش‌های بستری مهم‌ترین رکن یک بیمارستان بود، اما امروزه شاهد گسترش روزافزون بخش‌های جانبی و پاراکلینیک در کنار انقباض بخش‌های بستری هستیم. این منظره مرا به یاد غذاهای رستورانی می‌اندازد که هرروز از محتوای اصلی آن کم و به دورچین آن افزوده می‌شود. اگر چلوکیاب‌های سابق را در خاطر دارید، منظور مرا متوجه می‌شوید. در آن دوره یک سیخ کیاب بزرگ در چلوکیاب حرف اصلی را می‌زد، اما امروزه کیاب‌ها آب رفته‌اند و به جای آن‌ها

مقدمه

به تازگی بازدیدی از دو بیمارستان محلی در دو شهر کوچک و زیبا از استان اصفهان داشتم. هر دو شهر دارای حدود ۵۰ هزار نفر جمعیت و هر دو بیمارستان دارای حدود ۶۰ تخت بودند. تلاش مدیران هر دو بیمارستان برای نوسازی و توسعه بیمارستان‌ها با کمک خیرین محلی ستودنی بود، اما جالب‌تر از هر چیزی برای من، مسیر توسعه‌ای بود که این دو بیمارستان تقریباً به طور مشابهی طی می‌کردند. به نظر می‌رسد که اغلب بیمارستان‌های کوچک در ایران، در چنین مسیری راه توسعه خود را می‌پیمایند.

در گزارشی که مدیر محترم یکی از این بیمارستان‌ها منتشر کرده بود، اقدامات زیادی برای بازسازی و توسعه بیمارستان انجام شده بود که از آن جمله می‌توان به خرید و نصب یک دستگاه CT اسکن (Computed Tomography Scan) و ملزومات آن، احداث محل و خرید لوازم بی‌خطر سازی پسماندهای پزشکی، خرید ست‌های اعمال جراحی ENT (Ear, Nose and Throat) و ارتوپدی، خرید دستگاه یاق لیزر چشم و دستگاه الکترو کمی لومینسانس آزمایشگاه اشاره کرد.

در بازدید از بخش بستری بیمارستان، متوجه شدم که به علت کمبود نیروی پرستاری، همه بخش‌های بیمارستانی شامل بخش‌های کودکان، زنان، داخلی، جراحی عمومی، چشم، ENT و ارولوژی در یک بخش مجتمع شده بود و با یک ایستگاه پرستاری به آن‌ها سرویس داده می‌شد. این بخش با ۶۰ تخت در روز توسط ۴ پرستار و در عصر و شب توسط ۳ پرستار اداره می‌شد. مقایسه آمار عملکردی بیمارستان در سال‌های اخیر، نشان دهنده افزایش عملکرد بخش‌های پاراکلینیک همچون CT اسکن و سونوگرافی و کاهش یا ثابت ماندن عملکرد بخش بستری بود.

پس از این توصیف مختصر، چنانچه بپذیریم که بیشتر بیمارستان‌های کوچک و محلی کم و بیش چنین مسیر توسعه‌ای را می‌پیمایند، سه سؤال مهم مطرح می‌شود: ۱- ویژگی‌های بارز این مسیر توسعه چیست؟ ۲- آیا این مسیر توسعه برای بیمارستان‌های کوچک کشور مناسب است؟ و ۳- چرا بیمارستان‌های محلی به این مسیر وارد می‌شوند؟

شرح دیدگاه

در پاسخ به سؤال نخست، ویژگی‌های شاخص این مسیر توسعه را می‌توان چنین خلاصه کرد: ۱- توسعه پررنگ بخش‌های پاراکلینیک، مختصر شدن و به حاشیه

مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی و سازمانی است.

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده طرف مکاتبه: مسعود فردوسی؛ دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: ferdosii348@yahoo.com

موضوع سطح‌بندی خدمات و هزینه- اثربخشی آن‌ها جدی است، اما در نهایت در برخی موارد، این سطح‌بندی خدشه‌دار و به تدریج قربانی چانه‌زنی‌های سیاسی می‌شود. تعریفی که از عدالت توزیعی به معنای تساوی حق برخوردارگی از امکانات در ذهن برخی مسؤولان محلی وجود دارد، باعث می‌شود که بدون توجه به موضوع مهم هزینه- اثربخشی، پیوسته در حال مطالبه امکانات بیشتر و کاهش فاصله خود با شهرهای بزرگ باشند. نکته مهمی که کمتر به آن توجه می‌شود، تفاوت در تعریف عدالت توزیعی در بین دو نوع خدمت تک لایه (خدمات کمتر تخصصی که یا ارایه می‌شود یا نمی‌شود) و چند لایه (مانند خدمات سلامت که انواع و سطوح مختلفی دارد و در طول زمان تغییر می‌کند) است. حتی اگر عدالت توزیعی به معنای یکسان بودن خدمات تک لایه در بین همه مردم باشد، در خدمات چند لایه که خدمات سلامت مصداق بارز آن‌ها می‌باشد، عدالت با پذیرش سطح‌بندی خدمات و عدم تساوی و در نهایت، تمرکز خدمات تخصصی‌تر برای جمعیت‌های بیشتر همراه است؛ چرا که در غیر این صورت، چند لایه بودن خدمات معنی خود را از دست خواهد داد. پس عدالت در خدمات چند لایه حکم می‌کند که ملاک‌هایی برای سطح‌بندی خدمات وجود داشته باشد و معیار توزیع هم می‌تواند «کمینه‌سازی فاصله دسترسی برای عموم افراد بر اساس سطح‌بندی» باشد که در عمل به معنی استقرار خدمات و دستگاه‌های پیشرفته در کانون شهرهای پرجمعیت بر اساس آمایش سرزمینی است.

نتیجه‌گیری

تصور می‌کنم دقت در بخش اخیر و دلایل اقتادن به ورطه فن‌آوری‌زدگی و اداره پرهزینه بیمارستان‌ها که بر خلاف اصول اقتصاد مقاومتی می‌باشد، بسیاری از راهکارها را آشکار کرده است و ما را از توضیح بیشتر بی‌نیاز می‌نماید. در یک جمله، اگر تعریف خود را از عدالت توزیعی تصحیح کنیم، سپس برای هر دسته از بیمارستان‌ها (بسته به اندازه و محل) مأموریت و وظایف ویژه خود را تعیین کنیم و در ارزیابی‌هایی مانند اعتباربخشی بیمارستان‌ها نیز از هر بیمارستانی انتظارات به‌جا داشته باشیم، بیمارستان‌های کوچک و محلی مسیر توسعه بهتری را پیش رو خواهند داشت.

با این همه، نمی‌توان انکار کرد که هنوز برخی از ما یک غذای گران با دورچین زیاد را به یک غذای ساده‌تر، ارزان‌تر و حتی سالم‌تر ترجیح می‌دهیم!

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

دورچین‌های متنوع اضافه شده‌اند، البته دورچین‌ها هم خاصیت غذایی دارند و مقدار کم آن‌ها هم بد نیست. مشکل جایی است که حاشیه بر متن و دورچین بر غذای اصلی ترجیح می‌یابد.

مهم‌تر از همه، پاسخ به سؤال سوم است که چرا بیمارستان‌های محلی به این مسیر وارد می‌شوند؟ از جمله دلایل آن می‌توان به ۱- تدوین استانداردهای یکسان در ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک و بزرگ، ۲- ابهام نقش بیمارستان‌های کوچک و انتظارات بیش از حد از یک بیمارستان محلی و کوچک و ۳- تفسیر ناصحیح از مفهوم عدالت توزیعی اشاره کرد.

هم‌اکنون استانداردهای اعتباربخشی یکسانی برای همه انواع بیمارستان‌ها به کار می‌رود که جز در موارد معدودی که به اصطلاح غیر قابل تطبیق (Not Applicable) خوانده می‌شوند، در سایر موارد به طور یکسان اعمال می‌شود. عجیب نیست که این روند، بیمارستان‌های کوچک را به دردهای می‌اندازد و آن‌ها را وادار می‌کند که برای کسب امتیازات لازم، هزینه‌های جانبی زیادی را متحمل شوند. هزینه‌هایی که حتی اگر برای یک بیمارستان بزرگ لازم باشد، برای یک بیمارستان کوچک منطقی نیست. به طور مثال، ساخت محل و خرید تجهیزات بی‌خطر سازی پسماندهای بیمارستانی با روش اتوکلاو در یک بیمارستان کوچک، هزینه‌ای تقریباً برابر یک بیمارستان متوسط یا بزرگ دارد؛ در حالی که این‌همه هزینه برای یک بیمارستان کوچک به راحتی قابل توجه نیست. نظیر همین خطای راهبردی در سایر زمینه‌های غیر هزینه‌ای نیز قابل شناسایی است. مثلاً درباره کمیته‌های بیمارستانی و همچنین، در اغلب دستورالعمل‌های وزارتی مشاهده می‌شود که تفکیک چندانی بین انواع بیمارستان‌ها وجود ندارد.

مأموریت بیمارستان‌های کوچک به خوبی و شفاف تعریف نشده است. حتی اگر این تعریف در سطح وزارت بهداشت وجود دارد، تلقی اغلب مردم و مسؤولان استانی از یک بیمارستان محلی کوچک، مشابه یک بیمارستان مجهز و بزرگ است که تنها تعداد تخت کمتری دارد. این ابهام نقش بیمارستان‌های کوچک، باعث می‌شود که آن‌ها همواره با بیمارستان‌های بزرگ‌تر و مجهزتر قیاس شوند و هیچ‌گاه رضایتی از وضعیت خدمات آن‌ها در سطح محلی وجود نداشته باشد. در نتیجه، بیمارستان‌های کوچک در پی برخی از خدمات تخصصی هستند که در فاصله قابل قبولی از آن‌ها در بیمارستان‌های بزرگ‌تر ارایه می‌شوند.

دیدگاه‌های مختلفی درباره عدالت در توزیع خدمات و تسهیلات حوزه سلامت وجود دارد. از دید مسؤولان محلی که با تفسیر خاص خود از عدالت به موضوع می‌نگرند، برخوردارگی از فن‌آوری‌های پیشرفته حق مردم منطقه است. از دید مسؤولان حوزه سلامت در دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت،

The Development Path of Local Hospitals: Gold Plate Does Not Fill Belly

Masoud Ferdosi¹ 

Commentary

Abstract

Recently, I have visited two local hospitals in two small cities in Isfahan Province, Iran. Both cities had a population of about 50000, and both hospitals had about 60 beds. The development paths of the two hospitals were almost identical, involving the integration and downsizing of inpatient wards, the development of laboratory and imaging units, and the purchasing of High Tech, yet inefficient equipment. In view of these, it seems that most local hospitals in Iran are developing in a similar path. This development path seems to be costly and technology-oriented. Experts who look at it from a macro view will not approve it, since this path will tend to a costly competition among hospitals. Meanwhile, software development (such as process improvement) is a less costly and more cost-effective path toward the quality of healthcare, but is usually underestimated. Using unique standards for the accreditation of the hospitals, the ambiguity of a local hospital role, and the misinterpretation of distributive justice about the health services can be considered as the main reasons for choosing this development path. It seems that local hospitals would have a better development path if we agree on a better definition of distributive justice (and accept that health services are among multilayer services that need to be regionalized), set appropriate roles for hospitals (depending on their size and location), and have rational expectations from each hospital in the accreditation plan. After all, some people still may prefer a gold plate, rather than a cheaper and even healthier meal!

Received: 20 Feb., 2021

Accepted: 30 Mar., 2021

Published: 04 Apr., 2021

Citation: Ferdosi M. **The Development Path of Local Hospitals: Gold Plate Does Not Fill Belly.** Health Inf Manage 2021; 18(1): 48-50.

Article resulted from an independent research without financial support.

1- Associate Professor, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center AND Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Address for correspondence: Masoud Ferdosi; Associate Professor, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center AND Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: ferdosi1348@yahoo.com