

بررسی نظام‌های بهداشتی

درمانی توسط سازمان بهداشت جهانی WHO

درمان در اجرای قوانین و مقرراتی که خود وضع نموده اند و مردم موظف به رعایت آنها هستند شکست می‌خورند.

دکتر جولیوفرانک، مدیر اجرایی شواهد و اطلاعات سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی می‌گوید: با استفاده از یک راهنمایی تفصیلی و تطبیقی راجع به اینکه چه کارهایی باید انجام شود و چه کارهایی نباید انجام شود، ما می‌توانیم به کشورها کمک کنیم تا از یکدیگر بیاموزند و بدین ترتیب عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی خود را بهبود بخشند.

به نقل از دکتر فیلیپ ماس گراو، ناشر اصلی گزارش، سازمان بهداشت جهانی در مطالعات و تحقیقات خود پی برده است که، مهم نیست چه مقدار سرمایه گذاری کلی صورت گرفته و تسهیلات از لحاظ جغرافیایی در چه جایی است بلکه آنچه مهم است این است که در مجموع میان داده‌ها تعادل برقرار باشد. برای مثال شما باید تعداد معقول و درست پرستاران را نسبت به پزشکان داشته باشید.

پایین‌ترین رتبه را کشورهای واقع در صحرای آفریقا، جایی که امید به زندگی پایین است، دارند HIV و ایدز در این کشورها بیشترین علل بیماری و مشکلات بهداشتی را تشکیل می‌دهند، چرا که اپیدمی ایدز امید به زندگی کودکان متولد شده در سال ۲۰۰۰ را در بسیاری از این کشورها به ۴۰ سال یا کمتر تقلیل داده است. از نکات کلیدی مهمی که در گزارش توصیه شده است این است که کشورها باید بیمه‌های بهداشتی را تا جایی که ممکن است برای درصد زیادی از جمعیت، گسترش دهند. مقامات WHO می‌گویند، بهتر است تا آنجا که ممکن است، پیش پرداخت‌هایی را به شکل بیمه، مالیات یا تامین اجتماعی، برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایجاد کنیم.

در گزارش آمده است که در همه جا علت اصلی شکست نظام‌های بهداشتی و درمانی، فقر است و فقرا با از دست دادن توان مالی‌شان، فقیرتر می‌شوند.

دکتر براندلند می‌گوید: فقرا با توجه و احترام کمتری درمان می‌شوند و قدرت انتخاب محدودی برای دریافت خدمات دارند، خدماتی که به آنها ارائه می‌شود نیز از مطلوبیت و کیفیت پایین تری برخوردار است و زمانی که برای سلامتی و درمان خود مبالغی را مستقیماً از جیبشان پرداخت می‌کنند، در واقع فقیرتر می‌شوند.

گزارش مذکور دلایل شکست بسیاری از سیستم‌های بهداشتی را بدین شرح توضیح می‌دهد:

بیشتر وزارتخانه‌های بهداشت در دنیا بر روی بخش دولتی تمرکز می‌نمایند و اغلب در جهت توسعه بخش خصوصی خدمات بهداشتی و درمانی اقدام‌های تشویقی انجام نمی‌دهند.

در بسیاری از کشورها پزشکان بطور همزمان در بخش خصوصی و دولتی کار می‌کنند و این بدین معناست که درآمد بخش دولتی به عنوان کمک هزینه برایشان محسوب می‌شود.

بسیاری از کشورها برای جلوگیری از ایجاد بازار سیاه در بخش بهداشت و درمان با شکست مواجه می‌شوند. (بازار سیاه جایی است که رشوه خواری، تباهی و فساد گسترش یافته و سایر فعالیتهای غیر قانونی و نامشروع نیز بطور واضح خود نمایی می‌کنند. بازار سیاه از عملکرد سوء خود نظام‌های بهداشتی ایجاد می‌شود و در واقع درآمد پایین کارکنان این سیستم‌ها، باعث تحلیل و تخریب نظام می‌گردد.)

اکثر وزارتخانه‌های مسئول در امر بهداشت

گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال (۲۰۰۰)

در این گزارش نشان داده شده است که نظام‌های بهداشتی ایالات متحده آمریکا سهم بیشتری از تولید ناخالص ملی خود را در مقایسه با کشورهای دیگر در این زمینه به مصرف می‌رسانند، با توجه به عملکرد، ایالات متحده در بین ۱۹۱ کشور عضو رتبه سی و هفتم را دارا است. انگلستان فقط ۶ درصد تولید ناخالص داخلی خود را در زمینه نظام‌های سلامت به مصرف می‌رساند و رتبه هیجدهم را دارد. کشورهای کوچک‌تر مانند سان مارینو، آندورا، مالتا و سنگاپور رتبه‌هایی نزدیک به ایتالیا را که در مرتبه دوم قراردارد به خود اختصاص داده‌اند. به گفته دکتر گروهارلم براندلند مدیر امور عمومی سازمان بهداشت جهانی پیام اصلی این گزارش عبارت است از این که: بهداشت و سلامتی مردم تمام نقاط دنیا به عملکرد نظام‌های بهداشتی و درمانی حاکم بر آنها بستگی دارد. هنوز تفاوت زیادی بین عملکرد این نظام‌ها حتی آنهایی که سطح درآمد و هزینه‌هایشان یکسان است وجود دارد و برای تصمیم‌گیرندگان بسیار مهم است که دلایل اساسی را که در این مورد دخیل هستند را درک کنند تا بتوانند بهداشت و سلامتی مردم را بهبود بخشند.

دکتر کریستوفر موری، مدیر برنامه‌های فراگیر در زمینه سلامتی و بهداشت سازمان ابراز می‌دارد: اگرچه در دهه گذشته پیشرفت و رشد قابل توجهی بدست آمده است در واقع تمام کشورها در حال استفاده از منابعی هستند که در دسترسشان قرار دارد و این مسئله منجر به تعداد کثیری از مرگ‌ها و ناتوانی‌های قابل پیشگیری، رنج کشیدن‌های بی‌مورد، نابرابری، ظلم و نبود قوانین پایه و مشخص برای سلامتی و بهداشت می‌شود.

می دهد که قدمهای بزرگ می تواند در یک دوره زمانی کوتاه برداشته شوند.

اطلاعات موجود در گزارش WHO همچنین کشورها را بر طبق اجزای مختلف عملکرد، فهرست بندی نموده است.

حساسیت و تاثیر پذیری کشورها

ملت هایی که دارای حساس ترین و تاثیر پذیرترین نظام های بهداشتی هستند عبارتند از: ایالات متحده آمریکا، سوئیس، لوکزامبورگ، دانمارک، آلمان، ژاپن، کانادا، هلند و سوئد. علت اینکه تمامی این کشورها در زمره کشورهای صنعتی هستند آن است که تعدادی از عناصر حساسیت و تاثیر پذیری قوی، مربوط به عامل دسترسی به منابع است. به علاوه بسیاری از این کشورها جزو اولین کشورهای بودند که تاثیر پذیری نظام های بهداشتی را نسبت به نیازهای مردم مورد توجه قرار دادند.

توزیع مالی منصفانه

هنگامی که WHO این عامل را مورد بررسی و اندازه گیری قرار می داد، کشورها بطور متفاوتی سطح بندی شدند، اندازه گیری بر اساس ظرفیت مالی خانواده ها (درآمد منهای هزینه غذا) تقسیم بر مقداری که برای خدمات بهداشتی و درمانی پرداخت می شود (مالیات، بیمه اجتماعی، بیمه خصوصی و مبالغی که مستقیم از جیب خود پرداخت می کنند) صورت گرفت.

در این مقوله، کلمبیا در بالاترین سطح قرار گرفت و بدنال آن لوکزامبورگ، بلژیک، جیبوتی، دانمارک، ایرلند، آلمان، نروژ، ژاپن و فرانسه قرار گرفتند. کلمبیا به این دلیل در سطح اول قرار گرفت که، فردی با درآمد پایین در این کشور ممکن است برای خدمات بهداشتی در یک سال، معادل یک دلار بپردازد، در حالی که در مورد افرادی با درآمد بالا این مقدار حدود ۷/۶ دلار است.

کشورهایی که از نظر توزیع بار مالی منصفانه نظام های بهداشتی در سطوح پایین قرار داشتند عبارتند از: سریلانکا، میانمار، برزیل، چین، ویتنام، نپال، روسیه فدرال، پرو و کامبوج. برزیل در این جدول رتبه پایینی دارد چرا که مردم آن با توجه به اینکه دارای درآمد

عملکرد سیستم)، پراکندگی و توزیع حساسیت در جمعیت ها (چه تعداد از مردم با توجه به وضعیت اقتصادی متفاوت، متوجه می شوند که توسط نظام های بهداشتی سرویس داده می شوند؟) و توزیع بار مالی سیستم های بهداشتی در جمعیت ها (چه کسی هزینه را می پردازد؟).

دکتر موری می گوید: ما برای کمک به اندازه گیری، یک ابزار جدید ابداع کرده ایم، در سالهایی که پیش رو داریم، همانطور که این ابزار را بیشتر توسعه می دهیم داده های خام مورد استفاده برای این اندازه گیری نیز تقویت می شوند، ما ایمان داریم که این یک ابزار فوق العاده مفید برای دولت ها خواهد بود تا نظام های بهداشتی خود را بهبود بخشند.

دیگر یافته های موجود در گزارش WHO

در اروپا، نظام های بهداشتی کشورهای مدیترانه ای مانند، فرانسه، ایتالیا و اسپانیا نسبت به سایر کشورها در سطح بالاتری قرار دارند. در میان کشورهای اسکاندیناوی، نروژ در بالاترین سطح قرار داشته و رتبه یازدهم را به خود اختصاص می دهد. در میان کشورهای آمریکای لاتین، کلمبیا، شیلی، کاستاریکا و کوبا به ترتیب دارای رتبه های ۲۲، ۳۳، ۳۶ و ۳۹ در دنیا هستند. به غیر از ژاپن که در زمره ۱۰ کشور اول قرار دارد تنها کشور آسیایی که رتبه ششم را دارد، سنگاپور است.

در بین کشورهای اقیانوسیه، استرالیا رتبه سی و دوم جهانی و نیوزلند رتبه چهل و یکم را کسب کرده اند.

در خاورمیانه و آفریقای شمالی بسیاری از کشورها رتبه های بالایی دارند، عمان رتبه هشتم، عربستان سعودی رتبه بیست و ششم امارات متحده عربی رتبه بیست و هفتم و موروکو رتبه بیست و نهم را دارند.

در سال ۱۹۷۰ نظام خدمات بهداشتی و درمانی عمان عملکرد خوبی نداشت. میزان مرگ و میر کودکان بالا بود. سرمایه گذاری عظیم دولت، موجب تثبیت موفقیت در عملکرد نظام بهداشتی این کشور شد.

دکتر موری می گوید: موفقیت عمان نشان

در حالی که در کشورهای صنعتی در حال حاضر هزینه های بهداشت و درمان شخصی (مقداری که توسط افراد پرداخت می شود) بواسطه پوشش عمومی بهداشت حدود ۲۵ درصد است (به استثناء ایالات متحده که ۵۶ درصد است) در هندوستان خانواده ها بطور نمونه ۸۰ درصد هزینه های بهداشتی درمانی شان را در زمان دریافت خدمات از جیب خود پرداخت می کنند.

دکتر فرانک می گوید: که این امر بسیار مهم است تا مطمئن شویم درصد زیادی از مردم فقیر هر کشور تا حد امکان بتوانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند. بیمه مردم را در برابر عوارض مصیبت آمیز ناشی از فقر بهداشتی، محافظت می کند. آنچه ما شاهد آن هستیم این است که در بسیاری از کشورها فقرا درصد بالایی از درآمدها را در مقایسه با ثروتمندان برای خدمات بهداشتی و سلامتی می پردازند.

در بسیاری از کشورهایی که شبکه واقعی و مطمئن بیمه بهداشتی وجود ندارد، تعداد کنیری از خانواده ها هنگامی که با یک واقعه یا سانحه فوری مواجه می شوند، مجبورند که بیش از صد درصد درآمدها را برای خدمات مورد نظر بپردازند، به عبارت دیگر، بیماری آنها را وادار به استقرار و بدهکاری می کند. در طراحی چارچوب نظام های بهداشتی و درمانی، WHO بنای اسلوب جدیدی را که قبلاً برای نظام های بهداشتی استفاده نمی شد را به کار گرفت. این تکنیک هر کشور را با توجه به برآوردهای کارشناسانه و در نظر گرفتن محدودیت ها و با توجه به میزان منابع قابل دسترس در هر کشور مورد سنجش و بررسی قرار می دهد. بعلاوه آنچه را که نظام بهداشتی هر کشور در مقایسه با سایر کشورها انجام داده است را اندازه گیری می کند.

بررسی WHO بر روی سیستم های بهداشتی و درمانی در پنج زمینه بود میزان کلی جمعیت بهداشتی، بی عدالتی های بهداشتی در جمعیت ها، سطح کلی حساسیت نظام های مذکور (ترکیبی از رضایت بیمار و چگونگی

متوسطی هستند ولی میزان زیادی از مخارج خدمات بهداشتی را از جیب خود پرداخت می کنند. این بدین معنی است که تعداد قابل توجهی از خانواده ها، بخش زیادی از درآمدها را (منهای هزینه غذا) جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی می پردازند. در مورد کشور پرو نیز عیناً همین مساله صادق است. اما دلیل اینکه روسیه فدرال در رتبه های پایین قرار گرفته است، به احتمال زیاد به بحران اقتصادی دهه ۱۹۹۰ برمی گردد که به طور جدی موجب شد تا دولت در زمینه بهداشت و سلامت کمتر هزینه کند و این مسئله منجر به افزایش پرداخت توسط مردم شد.

در آمریکای شمالی، کانادا دارای منصفانه ترین نظام بهداشتی از لحاظ مالی است و مقام ۱۷-۱۹ را کسب کرده است، در حالی که ایالات متحده در رتبه ۵۴-۵۵ قرار گرفته است. در کشورهای آمریکای لاتین، کوبا دارای بالاترین رتبه و کارایی رتبه ۲۳-۲۵ را دارد.

گزارش زیر بطور روشن و واضح نسبت های یک نظام بهداشتی خوب و مناسب را در رابطه با عناصر اندازه گیری عملکرد، که در ادامه توضیح داده می شوند، نشان می دهد.

سطح جهانی بهداشت

یک نظام بهداشتی خوب، مانند تمام آنهایی که در فوق گفته شد، جهت رسیدن به سلامتی و سطح بهداشت مورد قبول، تلاش کرده، و سلامتی و بهداشت را بطور جامع تحت بررسی قرار می دهد. بنا بر این معین می کند که چگونه بهداشت مناسب قابل دستیابی است. WHO شاخص امید به زندگی (DALE) را برای نشان دادن این عامل انتخاب کرده است. این شاخص مزیتی دارد که مستقیماً در بین جمعیت ها قابل مقایسه است. گزارش مذکور، تخمین هائی از (DALE) برای تمام کشورهای دنیا ارائه می دهد. این میزان در ۲۴ کشور، برابر با بیش از ۷۰ سال تخمین زده می شود و در بیش از نیمی از کشورهای عضو WHO، ۶۰ سال تخمین زده می شود. در انتها ۳۲ کشور قرار دارند که این شاخص در آنها کمتر از ۴۰ سال تخمین زده می شود. بسیاری از این کشورها با اپیدمی چشمگیر HIV و ایدز نسبت به سایر دلایل،

مشخص شده اند.

توزیع بهداشت در جمعیت

چنانچه زمانی میزان بی عدالتی ها به علت منافع حاصل از آنها برای افرادی که قبلاً از خدمات بهداشتی بهتری برخوردار بودند، بیشتر باشد نتیجه می گیریم که حفظ یا بهبود بخشیدن بهداشت مردم رضایتبخش نیست. نظام های بهداشتی مسئولیت دارند تا در جهت کاهش بی عدالتی ها، و مانع از بدتر شدن آن، باشند.

اهداف بهداشت مطلوب و مناسب در دو زمینه قابل بررسی است: بهترین سطح قابل حصول بهداشت، وجود عدالت و مساوات میان افراد و گروهها برای بهره مندی از سلامت است. رسیدن به هر یک از این دو مورد بدون ایجاد تغییر در مورد دیگر موجب بهبود می شود.

حساسیت و تاثیر پذیری

این عنصر دو بخش مهم را شامل می شود: الف) احترام و توجه به افراد (شان و مقام، اطمینان و استقلال افراد و خانواده هابرای اینکه در مورد سلامتی خود تصمیم بگیرند) ب) تعیین موقعیت و آشنائی خدمت گیرنده شامل توجهات برانگیزاننده، کیفیت تسهیلات و امکانات پایه، دسترسی به شبکه های حمایت های اجتماعی در حین درمان و قدرت انتخاب ارائه دهنده خدمات.

توزیع مالی

برای فراهم آوردن منابع، روشهای خوب و بد وجود دارد. اما این روشها کمابیش خوب هستند چرا که بر روی چگونگی تقسیم بار مالی تاثیر می گذارند. انصاف و عدالت مالی همانطور که از اسم آن پیداست، فقط در توزیع، متمرکز می شود که به کل اسناد و منابع و چگونگی استفاده از سرمایه بستگی ندارد. اهداف نظام بهداشتی هر سطحی از هزینه کلی را در بر نمی گیرد، چه هزینه قطعی و مطلق و چه هزینه وابسته به درآمد. و این بدین علت است که در تمام سطوح هزینه، برای منابع اختصاص داده شده به بهداشت و سلامتی، استفاده های ممکن

دیگری نیز وجود دارد.

سطح سرمایه گذاری که به نظام های بهداشتی اختصاص داده می شود، یک انتخاب اجتماعی است، با این وجود گزارش مذکور نشان می دهد در کشورهایی که، برای هر فرد در طول سال به ازای دریافت خدمات بهداشتی کمتر از ۶۰ دلار، هزینه می شود، مردم آن کشور قادر به دسترسی به این خدمات از طریق یک نظام بهداشتی با عملکرد مناسب نیستند. در واقع، نظام های بهداشتی برای انعکاس این نشانه ها، مجبورند، اعمال و رفتارهای مطمئنی را انجام دهند. آنها باید منابع انسانی را از طریق سرمایه گذاری و آموزش، تربیت کنند، خدمات را انجام دهند و تمام این فعالیت ها را از لحاظ مالی اداره کنند. آنها باید فعالیت بیشتری نشان دهند چرا که ناظرین جهانی منابع و قدرتها، این وظیفه را به آنها واگذار کرده اند.

گزارش فوق باتمركز بر روی عملکردهای کلی نظام های بهداشتی و درمانی، دلایلی را برای سیاست گزاران جهت ایجاد شقوق لازم به منظور بهبود عملکرد نظام های بهداشتی ارائه می دهد.

میزان برخی از شاخص های بهداشتی WHO در مورد کشور ایران در سالهای ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۹ به شرح زیر بوده است:

میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال: ۱۹۹۹
پسر: ۴۸ دختر: ۴۲
میزان مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۵۹ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سال: ۱۹۹۹
مرد: ۱۶۰ زن: ۱۲۹
امید به زندگی در حین تولد در سال: ۱۹۹۹
مرد: ۶۷/۹ زن: ۶۶/۸

منابع:

- WWW. WHO. int
- WWW. Whosea. Org
- ۱ - Groharlem Brundtland
- ۲ - Christopher Murray
- ۳ - Julio Frenk
- ۴ - Philip Musgrove ationz
- ۵ - World Healt Organi
- ۶ - Disability- adjusted life expectency

روی خط اینترنت

کمیود پزشک در ژاپن و تجدید سازمان

بیمارستانها

انجمن بیمارستان‌های وابسته به شهرداری توکیو اعلام کرد که با کاهش تعداد پزشکان در شش منطقه شهر از ۲۰۶/۱ پزشک به ازای هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر به ۱۷۰ تا ۱۹۰ پزشک برای همین تعداد باید به صورت جدی پیگیری و بررسی شود.

تحقیقات انجمن‌های اداره بیمارستانها نشان داده است که ۴۳ درصد از بیمارستانهای وابسته به دولت در سال گذشته به نحوی دچار کمیود پزشک بوده اند این تحقیقات نشان داده است هر چند این مساله در نواحی روستایی تعجب آور نیست، ولی تمهیداتی باید اندیشیده شود که مناطق کوچکتر بدلیل تمایل پزشکان برای خدمت در مناطق شهری و روستایی از کمیود پزشک در امر خدمات بهداشتی و درمانی دچار مشکل نشوند.

تخصیص تسهیلات لازم رفاهی جهت پشتیبانی از پزشکان که بار مالی سنگینی بر دوش دولت می‌گذارد علت اصلی این مشکلات می‌باشد اما از طرفی تجدید سازمان اداری بیمارستانها و بهبود مدیریت آن و به تبع

آن درآمد زایی با توجه به سطح بندی دوباره خدمات بهداشتی و درمانی نیز ضروری است. با علم به این موارد و آن چه اکنون قابل ذکر است این است که طرحهای ارایه شده با سرعت بسیار کندی پیش می‌رود.

تعطیلی یک بیمارستان در لوس آنجلس بدلیل عفونت بیمارستانی

بیمارستانی با ۲۳۳ تخت در لوس آنجلس وابسته به مرکز پزشکی جونیور مارتین لوکر کینگ به دلیل مرگ ۵ تن از بیماران به دلیل عفونت بیمارستانی در سال گذشته از کنترل این مرکز خارج و به مدیریت آنتونی جونز و شرککش واگذار شد.

آقای جونز با افزایش ۴۶۶/۸۰۰ دلاری برای آنچه وی بهبود مراقبت‌های بهداشتی فوق العاده در بیمارستان نامیده، درخواست بودجه نموده است.

از طرفی دکتر توماس گارث فیت مدیر سابق آن معتقد است که اختصاص این مبلغ ضرورتی ندارد و مرگ بیماران به دلیل کمیودهای قانونی در صدور مجوزهای لازم برای تامین خدمات درمانی سالخورده‌گان بوده است و منظور خویش از کمیودهای قانونی صدور در



مجوز لازم را توضیح نداد.

غنا و مشکل بی سابقه کمیود کادر محرب درمانی و بهداشتی به علت مهاجرت به خارج از کشور

در کشور غنا خروج کادر بهداشتی درمانی بیشتر در زمینه پزشک موجبات مشکلات عدیده بهداشتی و خدمات درمانی شده است. دکتر کن ساگو (Dr. Ken Sagoe) ریس بخش توسعه منابع انسانی سرویس خدمات درمانی غنامی گوید:

در سال گذشته ۱۶۶ پزشک، ۳ دندانپزشک، ۲۶ دستیار پزشکی و ۵۸۳ پرستار این کشور را ترک گفته اند. این رقم در تاریخ غنا بی سابقه است و می‌تواند با ادامه این روند در آینده مشکلات عدیده‌ای بر سیستم بهداشتی کشور تحمیل کند. دکتر ساگو افزایش خدمات رفاهی حتی در ساده‌ترین شکل آن تهیه وسیله نقلیه برای خدمت رسانی به روستاها و تامین خانه‌های بهداشتی ثابت را یکی از راههای جلوگیری از این مشکلات می‌داند.

تیم مدیریتی بانک جهانی به سرپرستی دکتر یازبیک (Dr. Yazbeck) اقتصاد دان در زمینه امر بهداشت و سلامت بعد از انجام موفقیت آمیز ماموریت شان در زمینه اصلاح سیستم کلان پروژه یا درمانی آسیایی جنوبی با کشورهای بنگلادش، سری لانکا، هند و مالزی به کمیته فقر بانک جهان بازگشتند.

توجه به مدیریت بیمارستانی در آفریقای

جنوبی

در سال ۲۰۰۴ مهمترین بخش بودجه بهداشتی بعد از تخصیص به امر کنترل چهار بیماری همه گیر به خصوص ایدز و تربیت نیروی انسانی متخصص درمانی به مدیریت بیمارستانی و توسعه بیمارستانها چه از نظر کیفی و چه از نظر کمی اختصاص یافته است. نسبت به سال گذشته این بودجه با ۱۸۳ درصد افزایش، امسال به این مهم می‌پردازد.