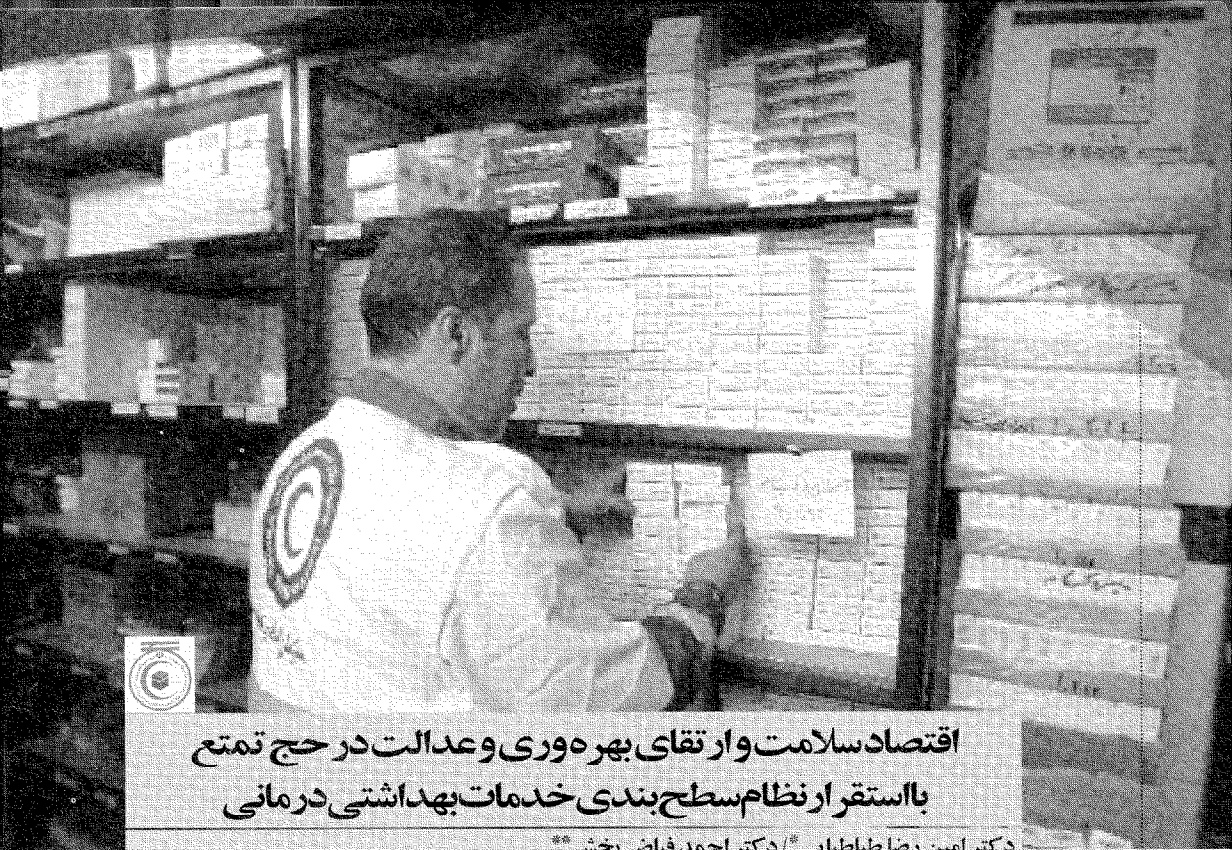




# بہشت درج





## اقتصاد سلامت و ارتقای بهره‌وری و عدالت در حج تمتع با استقرار نظام سطح‌بندی خدمات بهداشتی درمانی

دکتر امین رضا طباطبایی\* / دکتر احمد فیاض بخش\*\*

### مقدمه

در این نوشتار ابتدا تعاریف پایه ارائه می‌گردد و آنگاه به موارد زیر پرداخته می‌شود:

\* «اقتصاد سلامت و مباحث اصلی مطرح در آن» که عبارت است از ارتقای بهره‌وری و عدالت،

\* «نظام ارجاع و لوازم آن» که شامل سطح بندی و ادغام در سازماندهی ارائه خدمات مختلف است،

\* و «بررسی نقش پزشک خانواده و پزشک متخصص در نظام ارجاع».

\* و در ادامه به این مطلب می‌پردازد که: خدمات گروه نخست دارای ماهیت عمدتاً بهداشتی، پیشگیرانه و اولیه (Primary Care) بوده و قابل ارائه در مطب‌ها، مراکز و خانه‌های بهداشتی به صورت سرپایی است و این در حالی است که بیمارستان‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی، محل تمرکز فعالیت‌های پزشکان متخصص و فوق

\* MD مرکز تحقیقات مدیریت سلامت در حج و زیارت.

\*\* PHD.MD دانشگاه علوم پزشکی تهران.

تخصص است و پس از بستری کردن بیمار، اقدام به ارائه خدمات پیشگیرانه سطح دوم (Secondary Care) و سوم (Tertiary Care) می‌گردد.

\* و سپس به نمونه‌هایی که نظام ارجاع در بخش سلامت آن‌ها با موفقیت‌هایی همراه بوده، اشاره می‌شود.

\* و به دنبال آن، دستاوردها و خصوصیات که سبب موفقیت در این نمونه‌ها شده است، فهرست می‌گردد.

\* و بالأخره در پایان، پس از اشاره به مدیریت و سازمان خدمت‌رسانی در بخش سلامت کشور و در پزشکی حج و زیارت، به تاریخچه، مشکلات و مزایای پیاده سازی نظام ارجاع در این دو نمونه کشوری اشاراتی شده و مقایسه‌وار مطالبی ارائه می‌گردد. همچنین مقایسه‌هایی مشابه در این موارد صورت خواهد گرفت:

- نظام ارائه خدمات در حج تمتع فعلی، در مقایسه با نظام ارائه در عمره فعلی کشور،
- نظام ارائه خدمات در حج تمتع فعلی کشور در مقایسه با نظام ارائه خدمات در حج تمتع در سال‌هایی که نظام ارجاع در هیئت پزشکی وجود نداشت،
- و در نهایت، نظام ارائه خدمات در حج تمتع فعلی کشور با وضعیت فعلی کشورهایمانند ترکیه، مالزی و اندونزی که در موسم حج تمتع به اعزام حجاج به تعداد انبوه اقدام می‌نمایند.

### اقتصاد سلامت و ارتقای بهره‌وری و عدالت

اقتصاد (Economics)، علم شناسایی واکنش مردمان در بازار (Market) و از جمله در هنگام بروز تغییرات مختلف در میزان عرضه (Supply) و تقاضا (Demand) است. هرگاه تولید (Production) بالا رفت، عرضه زیاد شده و در مقابل، افزایش نیاز (Need) به مصرف (Consumption) یک محصول (Product)، سبب افزایش تقاضا برای آن محصول می‌گردد. در بازارهای آزاد (Free Market)، آنچه سبب تنظیم سطح تولید، مصرف، عرضه و تقاضا است، همان قیمت (Price) است. در بازارهای ناکامل، شکست بازار (Market Failure) وجود دارد؛ بدین معنا که قیمت قدرت تنظیمی خود را از دست

می‌دهد. در این موارد، مداخلات دولتی (Government Interventions) است که در کمک به قیمت می‌تواند به کار گرفته شده و نقص‌های عملکرد آن در بازارهای ناکامل را جبران نماید. این مداخلات تنظیم‌گر می‌تواند در بازار بعضی از انواع کالا (Goods) و یا خدمات (Services) ضروری باشد؛ از جمله بازارهایی که قیمت به تنهایی قابلیت تنظیم در آن‌ها را ندارد، بازار بخشی از خدمات و کالاهای سلامتی است؛ به‌عنوان نمونه، در مورد بسیاری از داروها و تجهیزات پزشکی که دو نوع اصلی کالاها در بخش سلامت هستند، به هر میزان که قیمت بالا رود باز تقاضا برایشان در زمان نیاز وجود خواهد داشت. عدم وجود کشش تقاضا (Demand Elasticity) باعث می‌شود که تأخیر در خرید هم امکان‌پذیر نباشد؛ زیرا به زعم بیمار، در بسیاری موارد فوریت مصرف وجود دارد؛ یعنی حتی اگر خرید فوری منجر به بار کمرشکن (Catastrophic Burden) بر بیمار و خانواده او گردد، آن‌ها تصور می‌کنند که حتماً این کالاها باید خریداری شود. تصور بیمار در برخی موارد درست است لیکن در بسیاری از موارد نیز غیر کارشناسانه است؛ یعنی می‌توان خرید را به زمانی موکول نمود که قیمت در سطح وسیع خرید بیمار قرار گیرد. این زمانی اتفاق می‌افتد که یا قیمت پایین می‌آید و یا قدرت خرید بیمار بدون ایجاد ورشکستگی بالا می‌رود.

در بازار ناکامل تقاضای القایی (Induced Demand) می‌تواند به وسیله خود بیمار و اضطراب‌ها و ذهنیت‌های ناصحیح وی، از طرف پزشک به‌عنوان وکیل بیمار (Patient Agent) و یا از سوی اطرافیان غیر کارشناس نسبت به بیمار و بیماری، ایجاد شود. این که بیمار برای هرگونه مشکل جسمی ساده و سهل‌العلاجی تقاضای دریافت خدمات از تخصصی‌ترین مراکز و مجموعه‌های پزشکی را دارد، نمونه شایعی از این تقاضای القایی است. در هر صورت بیمار زیر بار خرید کالا و دریافت آن دسته از خدمات بهداشتی و درمانی می‌رود که در واقع در اولویت نیاز نیست؛ یعنی آن لوازم یا اصلاً نباید خریداری شوند و یا فوریت دریافت در مورد آن کالا و خدمات وجود ندارد.

علت عدم وجود احتمال القای تقاضا در بازارهای ناکامل، عدم وجود اطلاعات نامتوازن (Information Asymmetry) در دو سوی تولید و مصرف است. در بازار ناقص سلامت، این پزشک است که نقش دارد؛ زیرا او به‌تصور اینکه کارشناس تر است

(مخصوصاً اگر اخلاق پزشکی حاکم نباشد) قادر است به بیمار که اطلاعات کمتری نسبت به موضوع خرید دارد، تلقین کند که چه زمانی، چه کالا یا خدماتی را باید از خود او (پزشک) خرید. در چنین موقعیتی، به شدت می‌تواند مصارف نابجا بالا رود و هر دو هدف اصلی در اقتصاد سلامت؛ یعنی بهره‌وری (Efficiency) و عدالت (Equity) به چالش کشیده شوند. برای پیشگیری از ایجاد چنین چالش‌هایی، مداخلات مدیریتی از مسیر ادغام (Integration) و سطح بندی (Stratification) و به شکل خاص در نظام پزشک خانواده (Family Physician System) صورت می‌گیرد. اما ادغام و سطح بندی به چه معنا است و چگونه سبب بهبود اثربخشی، عدالت و کارایی در ارائه خدمات و مصرف کالاهای سلامت می‌گردند.

در یک بیان ساده، عدالت یعنی برخورد یکسان با افرادی که وضعیت و جایگاه مساوی از جهت شدت یک بیماری دارند و یا عدم برخورد یکسان با افرادی که مشکلات بیماری‌شان دارای شدت یکسان نیست. در اقتصاد سلامت به اولی عدالت افقی (Horizontal Equity) و به بعدی عدالت عمودی (Vertical Equity) گفته می‌شود. در زمانی که هزینه‌ها از بودجه عمومی پرداخت می‌گردد، بیمار به‌ویژه آنگاه که اطلاعات ناقص در مورد بیماری‌اش و درمان‌ها داشته باشد، می‌تواند درخواست کالا و یا خدمتی را داشته باشد که در مغایرت با حق عادلانه او در هر دو نگاه افقی و عمودی به عدالت است. پزشک خانواده، به خصوص اگر در یک نظام ارجاعی (Referral System) که درست مهندسی شده است، می‌تواند نقش آفرینی کند و می‌تواند تقاضاهای غیرعادلانه را تنظیم نماید.

از سوی دیگر، اگر بیمار به جهت جهل نسبی و حتی بدون اتکا به بیت المال، به دنبال مصرفی باشد که هیچ نیاز واقعی از وی برطرف نمی‌کند، باز پزشک خانواده به‌عنوان معتمد آگاه نسبت به او و سیر بیماری‌هایش، می‌تواند مورد مشاوره قرار گیرد و از ارائه خدمت یا کالای غیر اثربخش (Ineffective) و غیر کارا (Inefficient) جلوگیری نماید. در یک نگاه جامع‌نگر و حتی فردگرا، اجرای مؤثر چنین نقشی در نظام ارجاع، سبب حداکثر سازی نسبت نتایج در بهبود وضعیت سلامتی جامعه و فرد به منابع صرف شده برای ایجاد آن

دستاوردها گردد. در بازار ناکامل سلامت افزایش بهره‌وری (Productivity) به صورت گفته شده منطقی‌اً باید آرزوی تمامی دولت‌هایی باشد که همگی با محدودیت فزاینده بودجه در بخش سلامت کشورشان مواجه‌اند.

این مشکل فزاینده، از یک سو مرتبط با کهولت سنی پیشرونده و در نتیجه افزایش بروز و شیوع بیماری‌های مزمن غیر واگیر؛ مانند سرطانها، بیماریهای قندی، قلبی و عروقی و همچنین آسم و سایر مشکلات تنفسی در جوامع می‌باشد. از سوی دیگر، فناوری‌ها و مداخلات مؤثر ولی بسیار گران قیمت تشخیصی، درمانی و توانبخشی برای این نوع بیماری‌ها به وجود آمده و در موردشان تبلیغ می‌گردد که در گذشته وجود نداشته‌اند.

چنین عرضه و تبلیغاتی، از سوی سوم سبب می‌شود که ملل آگاهی به وجود آیند و بتوانند دولت‌ها را تحت فشار قرار دهند تا نسبت به دریافت درمان‌های جدید گرانقیمت با اتکا به بودجه عمومی اقدام نماید. کرنش پیشرونده دولت‌ها در مقابل چنین درخواست‌های فزاینده، سبب افزایش محدودیت‌های بودجه‌ای بخش سلامت شده و در زمان چنین محدودیت‌هایی دولت‌ها به جای خارج نمودن چنین خدماتی از بسته خدمات پایه مورد حمایت در پرداخت دولتی و یا خدمات تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی (Social Insurance)، توزیع خدمات را، به تعبیری که در بالا گفته شد، ناعادلانه می‌نمایند.

دسترسی عادلانه (Equal Access)، به شرایطی اطلاق می‌شود که بتواند بهره‌مندی عادلانه (Equitable Utilization) و سلامتی مساوی متناسب با وضعیت فرد (Equal Health) را در تمام افراد و اقشار جامعه فارغ از سن، جنس، نژاد، جغرافیا، سطح اجتماعی و اقتصادی را تضمین نماید. توزیع عادلانه (Equitable Distribution) در مورد بودجه (Budget) و منابع (Resources) از لوازم دسترسی عادلانه است. به عبارت دیگر، توزیع عادلانه بودجه، سبب توزیع نیروی انسانی (Man)، تجهیزات سرمایه (Machine) و منابع مصرفی (Material) به نحوی می‌گردد که در تمام مناطق جغرافیایی دسترسی عادلانه تضمین گردد.

## سطح بندی خدمات سلامت یا نظام ارجاع بیمار در حج تمتع

با توجه به توضیحات فوق و برای نیل به عدالت و بهره‌وری هرچه بیشتر از منابع و امکانات موجود، نظام ارجاع از چهار سال قبل، به طور کامل از سوی مرکز پزشکی حج در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در حج تمتع مستقر گردیده است و دارای سطح بندی به شرح زیر می‌باشد:

**سطح اول:** پزشک کاروان، به عنوان خط اول حفظ سلامت زائران، در نقش پزشک خانواده، با رویکردی سلامت محور و نه صرفاً درمان محور، در ابعاد سه گانه: «آموزش»، «بهداشت» و «درمان» همراه با زائران کاروان خود از بدو ثبت نام در کاروان‌ها تا پایان سفر حج، به طور تنگاتنگ فعالیت می‌کند. موضوع معاینات قبل از اعزام که مبتنی بر احکام فقهی و قرآنی است و احراز یا عدم احراز استطاعت جسمی را به همراه دارد، توسط این پزشک انجام می‌گیرد و مسئولیت نهایی و اختیار اظهار نظر در مورد آن - حتی در صورت ارجاع فرد به کمیسیون‌های تخصصی - به عهده او است.

در پایان این معاینات، نتیجه مهم دیگری نیز به دست می‌آید و آن شناسایی افرادی است که علی‌رغم برخورداری از استطاعت جسمی، به واسطه بیماری(های) زمینه‌ای خود، در معرض خطر (High Risk) می‌باشند و پزشک می‌تواند و موظف است جهت حفظ استطاعت و سلامت آنان تا پایان سفر برنامه‌ریزی لازم را انجام دهد و مراقبت‌های لازم را به عمل آورد.

آموزش سلامت در زمینه پیشگیری از بروز یا تشدید بیماری‌ها در طول سفر و چگونگی حفظ بهداشت فردی، محیطی و چگونگی رعایت بهداشت تغذیه از اقدامات مهمی است که پزشک کاروان از حدود ۵ ماه قبل از سفر تا پایان حج، به آن اقدام می‌ورزد.

پاره‌ای از شرح وظایف پزشک کاروان برای قبل و حین سفر حج به شرح زیر است:

- ◀ معاینه قبل از اعزام زائران، بر اساس دستورالعمل و زمانبندی مربوط،
- ◀ تشکیل پرونده سلامت و ثبت و ارسال اطلاعات درمانی همه زائران،
- ◀ معاینه خدمه کاروان و درخواست آزمایش‌های ویژه این افراد،
- ◀ احراز استطاعت جسمی زائران،
- ◀ شناسایی زائران پرخطر (High Risk)،
- ◀ اجرای برنامه‌های آموزشی حجاج،

- ◀ ترغیب زائران به مشارکت در برنامه‌های بهداشتی،
- ◀ تعامل فعال و مثبت با مدیر، روحانی و عوامل کاروان،
- ◀ توجه و حساسیت ویژه و انجام اقدامات لازم در مورد موضوعاتی مانند اعتیاد، حاملگی و واکسیناسیون زائران،
- ◀ نظارت و توجه ویژه به مسائل بهداشتی کاروان،
- ◀ ویزیت، اقدام به درمان و مراقبت از زائران بیمار در طول سفر،
- ◀ ارجاع بیماران نیازمند به اقدامات تخصصی به بیمارستان‌های مرکز پزشکی در مکه و مدینه در قالب سیستم ارجاع،
- ◀ اعزام مستقیم بیمار در موارد ضروری به مراکز درمانی سعودی، با هماهنگی مرکز پزشکی،
- ◀ معرفی و انجام امور مربوط به زائران High-Risk نیازمند به وقوف اضطراری،
- ◀ همکاری، هماهنگی و جلب مشارکت اعضای مؤثر کاروان در حفظ سلامت زائران،
- ◀ نظارت و انجام اقدامات بهداشتی و درمانی لازم در ایام تشریق،
- ◀ تعامل با ناظران بهداشتی - درمانی مرکز پزشکی حج و زیارت،
- ◀ همکاری در زمینه اقدامات پژوهشی و تحقیقاتی مرکز پزشکی حج در ایران و عربستان،
- ◀ گزارش دقیق موارد بیماری‌ها، حوادث و سوانح، بستری و مرگ و میر به مرکز پزشکی طی فرم‌های مربوط .

در مجموع می‌توان فواید حضور پزشک در کاروان را به صورت زیر خلاصه کرد:

- ◀ ایفای نقش «سلامت محور» به جای «درمان محور»ی صرف،
- ◀ ایجاد اطمینان و آرامش روحی و روانی در زائران،
- ◀ رسیدگی به موارد اورژانس در کوتاهترین زمان،
- ◀ عدم نیاز به خروج زائران از کاروان در بسیاری از موارد،
- ◀ امکان رسیدگی بهتر به مسائل بهداشتی کاروان،
- ◀ ارائه مداوم آموزش‌های مرتبط با سلامت زائران.

**سطح دوم:** عبارت‌اند از: بیمارستان‌ها و تیم‌های تخصصی بهداشتی - درمانی مرکز پزشکی حج در شهرهای مدینه منوره، مکه مکرمه و مشاعر مقدس عرفات، مشعرالحرام و منا.



پزشکان کاروان در صورت نیاز به دریافت مشاوره و یا مداخلهٔ درمانی، نسبت به ارجاع زائر خود به این مراکز اقدام می‌کنند. تکمیل فرم ارجاع واسطهٔ این اقدام می‌باشد. متخصصان مرکز پزشکی در طول ۲۴ ساعت آمادهٔ پاسخگویی حضوری و تلفنی به پرسش‌های تخصصی پزشکان کاروان و زائران هستند تا بدینوسیله بتوانند از ارجاعات غیر ضروری به بیمارستان‌ها بکاهند. همچنین کارشناسان بهداشتی در صورت لزوم با مداخلهٔ بهداشتی و گزارش دهی لازم، وظایف خود را در سطح دوم ارجاع می‌دهند.

هنگام خروج بیمار (اعم از بیمار سرپایی و بستری) از بیمارستان، برگه‌ای شامل تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده برای وی در بیمارستان، جهت ارائه به پزشک کاروان، به او تحویل می‌گردد تا پزشک در جریان کلیهٔ مراحل درمانی وی قرار گیرد. متخصصان مرکز پزشکی همچنین مواردی را که لازم است به وسیلهٔ پزشک کاروان اقدام یا پیگیری شود، در این برگه ثبت می‌کنند.

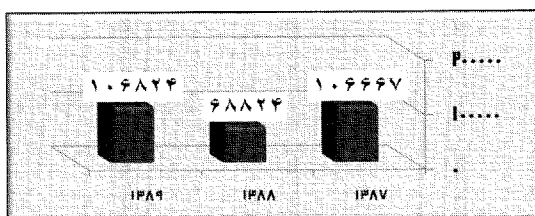
**سطح سوم:** بیمارستان‌های کشور میزبان در شهرهای مدینهٔ منوره، مکه مکرمه و مشاعر مقدس هستند. اگر بیمار نیازمند خدمات مداخله‌ای مانند جراحی، بستری‌های ویژه در سی‌سی‌یو [CCU]، آی‌سی‌یو [ICU]، سی‌تی‌اسکن [CT-SCAN]، ام‌آر‌آی [MRI] و... باشد، همراه با پزشکان مسلط به زبان عربی به وسیلهٔ آمبولانس‌های مرکز پزشکی به آن بیمارستان‌ها اعزام خواهند شد. پزشکان یاد شده در طول مدت بستری یا انجام اقدامات تشخیصی - درمانی تا زمان ترخیص پیگیری درمان توسط متخصصین بیمارستان‌های میزبان را به عهده دارند.

در اینجا نیز پس از بازگشت بیمار از بیمارستان سعودی، ابتدا نزد متخصصان مرکز پزشکی منتقل می‌شود تا آنان نحوهٔ خدمات ارائه شده را ارزیابی و تأیید نمایند. در این موارد نیز پزشک کاروان به صورت مکتوب در جریان روند درمان بیمار قرار می‌گیرد.

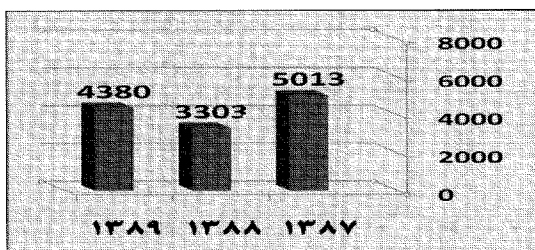
**سطح چهارم:** نیز در این مراحل ممکن است پیش‌آیند و آن اعزام بیماران بدحال به ایران و بستری شدن آنان برای تکمیل درمان در بیمارستان‌های داخل کشور است که پس از بازگشت از کشور عربستان به آن اقدام می‌شود.

مقایسه آمار مراجعات درمانی در عمره با حج تمتع برای بررسی میزان کارآمدی و بهره‌وری سیستم سطح بندی خدمات و تأثیر آن بر اقتصاد سلامت

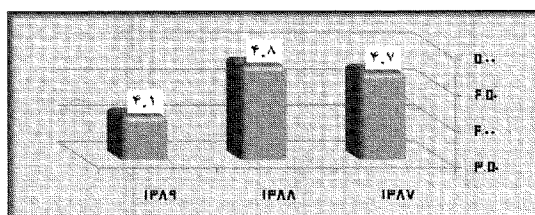
تعداد حجاج طی ۳ سال :



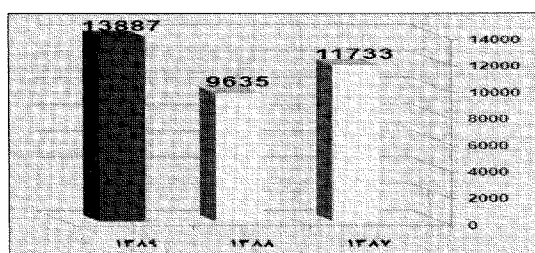
تعداد زائر مراجعه کننده به درمانگاه های عمومی در حج طی ۳ سال :



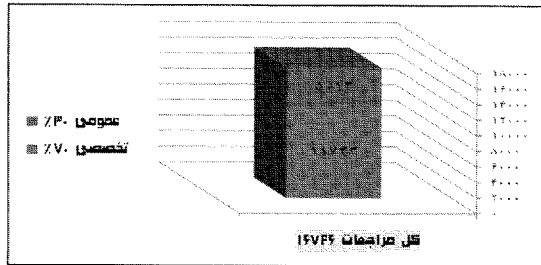
درصد زائران مراجعه کننده به درمانگاه عمومی در حج طی ۳ سال :



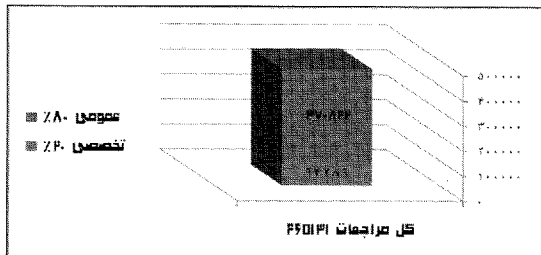
تعداد زائر مراجعه کننده به درمانگاه های تخصصی در حج طی ۳ سال :



## تعداد مراجعات به درمانگاه‌های عمومی و تخصصی در حج تمتع ۱۳۸۷



## تعداد مراجعات به درمانگاه‌های عمومی و تخصصی در عمره ۱۳۸۷



### نتیجه گیری

چنانکه آمار به وضوح نشان می‌دهد، حجم مراجعات زائران عمره مفرده به مراکز درمانی هلال احمر، بسیار بیشتر از حج تمتع و حدود ۲۷/۸ برابر است. در این میان، نسبت مراجعات عمومی بسیار بیشتر؛ یعنی حدود ۷۴ برابر و سهم مراجعات تخصصی حدود ۸ برابر بوده است.

جهت واقعی‌تر شدن این ارقام، باید مؤلفه‌های اصلی؛ یعنی مدت حضور زائر در عربستان (در حج تمتع حدود ۳۰ روز و در عمره مفرده حدود ۱۵ روز یعنی ۲ برابر) و نیز طول مدت عملیات (در حج تمتع حدود ۵۰ روز و در عمره مفرده حدود ۱۸۰ روز) در محاسبات آورده شود که در این صورت، نسبت کل مراجعات حدود ۱۵/۵، نسبت مراجعات عمومی ۴۱/۱ و نسبت مراجعات تخصصی حدود ۴/۵ برابر به دست می‌آید.

نسبت عمیره به حج	نسبت خام	نسبت واقعی (با احتساب مدت حضور و مدت عملیات)
کل مراجعات	۲۷/۸ برابر	۱۵/۵ برابر
مراجعات عمومی	۷۴ برابر	۴۱/۱ برابر
مراجعات تخصصی	۸ برابر	۴/۵ برابر

این نسبت‌ها به خوبی بیانگر تفاوت واضح در میزان بهره‌وری و عدالت در ارائه خدمات در عملیات حج تمتع در مقایسه با عمره مفرده می‌باشد.

حضور پزشک کاروان در کنار زائران حج تمتع، موجب گردیده است که میزان خروج زائران از کاروان‌ها به حداقل برسد و عوارض اقتصادی و حتی انسانی به شدت کاهش یابد و کلیه حجاج؛ از هر سن و جنس و منطقه کشور، به میزان یکسان، به پزشک هم نژاد خود دسترسی داشته باشند، در حالی که در عمره مفرده علی‌رغم ایجاد نزدیک به ۲۰ مرکز درمانی، دسترسی زائران به پزشک و امکانات درمانی از نظر مسافت، هم نژادی و مؤلفه‌های دیگر بسیار متفاوت و غیر همگون می‌باشد. نکته مهم دیگر این که اعداد فوق نشانگر تفاوت‌ها از نظر کمیت است و در صورت تحلیل کیفی، مشخص خواهد شد که مراجعات بیماران در عمره، به جهت خلأ پزشک کاروان، در اکثر موارد غیر ضروری است که این حجم انبوه مراجعین از سوی دیگر می‌تواند باعث کاهش دقت پزشکان و Miss شدن بیماران واقعی گردد که خود خسارت‌ها و هزینه‌های جدی انسانی و اقتصادی به همراه دارد.