

■ **سه‌شنبه ۳۰ اردیبهشت ۱۴۰۴**

■ **سال هفدهم ■ شماره ۳۱۲۷**

اقتصاد نظام سلامت در چنبره تصمیم گیران غیر حرفه‌ای

منافع شخصی، بلای جان بیمارستان‌ها

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

دکتر سید علی حسینی، مدیرعامل بیمارستان شهید بهشتی

سپهرغرب، گروه سلامت – ملیکا قانعی؛ سیاست‌گذاری در حوزه سلامت، به‌ویژه در زمینه ساخت بیمارستان‌ها، فرآیندی پیچیده و چندوجهی است که عوامل متعددی ازجمله نیازهای جمعیت، منابع مالی، فناوری‌های نوین پزشکی، ملاحظات زیست‌محیطی و جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی باید مد نظر باشد. ساخت یک بیمارستان، صرفاً یک پروژه ساختمانی نیست؛ بلکه پروژه‌ای راهبردی است که تأثیر عمیقی به دسترسی به خدمات بهداشتی، کیفیت مراقبت‌های پزشکی و در نهایت، سلامت جامعه دارد.

نخستین گام در سیاست‌گذاری ساخت بیمارستان، ارزیابی دقیق نیازهای جامعه به خدمات بهداشتی است. این ارزیابی باید بر اساس داده‌های آماری مطالعات اپیدمیولوژیک، پیش‌بینی‌های رشد جمعیت و توزیع جغرافیایی جمعیت انجام شود. باید مشخص شود که چه نوع بیمارستان‌هایی مانند عمومی، تخصصی، فوق تخصصی با چه ظرفیت‌هایی و در چه مکان‌هایی مورد نیاز هستند. این مرحله مستلزم همکاری نزدیک با متخصصان بهداشت عمومی، پزشکان، مدیریت بیمارستان‌ها و مسئولان برنامه‌ریزی شهری است. انجام ندادن صحیح این مرحله می‌تواند منجر به سرمایه‌گذاری‌های بیهوده و ناکارآمد در ساخت بیمارستان‌هایی شود که پاسخگوی نیازهای واقعی جامعه نیستند.

ساخت بیمارستان، پروژه‌ای پرهزینه است که نیازمند تأمین منابع مالی کافی از منابع دولتی، بخش خصوصی و یا ترکیبی از هر دو است. در سیاست‌گذاری، باید مدل‌های مالی مناسب با در نظر گرفتن ملاحظات اقتصادی و محدودیت‌های بودجه‌ای انتخاب و سازوکارهای شفاف و کارآمد برای جذب سرمایه، مدیریت هزینه‌ها و نظارت بر نحوه مصرف منابع مالی نیز باید تعیین شوند. استفاده از مدل‌های مشارکتی بین بخش‌های دولتی و خصوصی، می‌تواند در تأمین منابع مالی و بهبود کیفیت ساخت نقش مؤثری داشته باشد. شفافیت مالی و مسئولیت‌پذیری در این مرحله، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است تا از سوءاستفاده از منابع عمومی جلوگیری شود. باتوجه به اینکه پیشرفت‌های سریع در فناوری پزشکی، تأثیر عمیقی بر طراحی و تجهیز بیمارستان‌ها دارند، سیاست‌گذاری باید به‌گونه‌ای باشد که از آخرین فناوری‌ها در سیستم‌های تصویربرداری، تجهیزات جراحی، سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی و سایر زمینه‌ها بهره برد. این امر نیازمند ارتباط و همکاری نزدیک با شرکت‌های تولیدکننده تجهیزات پزشکی و متخصصان فناوری اطلاعات است. استفاده از فناوری‌های نوین می‌تواند در بهبود کیفیت مراقبت‌های پزشکی، کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی نقش بسیار مهمی ایفا کند. اما انتخاب و بهره‌برداری از این فناوری‌ها نیازمند آموزش و به‌روزرسانی مداوم نیروی انسانی است.

از طرفی طراحی و معماری بیمارستان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بیمارستان باید فضایی ایمن، راحت و کارآمد برای بیماران، پرسنل پزشکی و بازدیدکنندگان فراهم کند. در این مرحله، ملاحظات ارگونومیکی، زیست‌محیطی و بهداشتی باید به‌طور دقیق در نظر گرفته شوند. طراحی باید به‌گونه‌ای باشد که جریان کار به‌صورت بهینه بوده و از اتلاف وقت و انرژی جلوگیری شود. استفاده از مواد ساختمانی با کیفیت و پایدار، نیز در این مرحله ضروری است، البته مدیریت پروژه ساخت بیمارستان، نیازمند برنامه‌ریزی دقیق، نظارت مستمر و کنترل هزینه‌ها است. باید از روش‌های مدیریت پروژه کارآمد و به‌روز بهره برد. مدیریت خطر، نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است تا از تأخیر در اجرای پروژه و افزایش هزینه‌ها جلوگیری شود.

در سال‌های اخیر، ملاحظات زیست‌محیطی در ساخت بیمارستان‌ها از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار شده‌اند. باید از مواد ساختمانی دوستدار محیط زیست استفاده و به بهینه‌سازی مصرف انرژی توجه ویژه شود. طراحی بیمارستان باید به گونه‌ای باشد که کمترین تأثیر منفی بر محیط زیست بگذارد. بیمارستان‌ها به‌نیروی انسانی مجرب و متخصص نیاز دارد. در سیاست‌گذاری باید به آموزش و به‌روزرسانی مداوم نیروی انسانی توجه ویژه داشت. این موضوع شامل پزشکان، پرستاران، کارکنان پشتیبانی و سایر کارکنان است. جذب و نگهداری نیروی انسانی مناسب، برای ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت ضروری است.

ساخت بیمارستان یک فرآیند پیچیده و چندوجهی بوده که مستلزم برنامه‌ریزی دقیق، تأمین منابع مالی کافی، استفاده از فناوری‌های نوین، طراحی و معماری مناسب، مدیریت مؤثر پروژه و آموزش نیروی انسانی مجرب است. سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت

باید به تمام این ابعاد به‌طور همزمان توجه داشته باشند تا بتوانند به ساخت بیمارستان‌های مدرن، کارآمد و پاسخگوی نیازهای جامعه منجر شوند. در این موضوع، همکاری بین بخش‌های دولتی و خصوصی و استفاده از تجربیات بین‌المللی، می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

در همین خصوص در گفت‌وگو با دکتر کمیل سرمدی که کارشناس و تحلیلگر اقتصاد نظام سلامت است، به بررسی ابعاد مختلف سیاست‌گذاری در این زمینه و عوامل کلیدی مؤثر در فرآیند ساخت بیمارستان در همدان پرداختیم که در ادامه می‌خوانید:

■ دکتر سرمدی لطفاً در ابتدا خودتان را کامل معرفی کنید؟

من کمیل سرمدی ورودی سال ۱۳۹۴ رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان هستم که پس از فارغ‌التحصیلی در سال ۱۴۰۱، به عضویت کانون نخبگان و جوانان فرهنگستان علوم پزشکی کل کشور در تهران درآمد. در کنار فعالیت‌هایم، مدرک کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی را دریافت کردم و در حال حاضر، به‌طور همزمان در دوره عالی بهداشت عمومی و علم داده در دانشگاه تهران مشغول به تحصیل هستم. علاوه بر تحصیل در حوزه نظام سلامت، سیاست‌گذاری نظام سلامت و اقتصاد سلامت به انجام پروژه‌های تحقیقاتی می‌پردازم و در یک شرکت دارویی نیز فعالیت دارم.



■ باتوجه به دانش شما درخصوص سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت؛ در احداث بیمارستان‌ها چه مؤلفه‌هایی را به‌طور استاندارد باید مد نظر قرار داد و توجه نکردن به این موارد چه تبعاتی می‌تواند به همراه داشته باشد؟

در خصوص ساخت بیمارستان، عوامل متعددی دخیل هستند. در ابتدا باید مشخص شود که متولی نظام سلامت کیست؟ چه کسی تولد (stewardship) است و این نظام از چه الگویی تبعیت می‌کند؟ نخستین مشکلی که به‌طور کلی وجود دارد، این است که اگرچه تولیت نظام سلامت به وزارت بهداشت واگذار شده، اما شاهد هستیم که افرادی خارج از وزارت بهداشت، نظیر نمایندگان مجلس و شورای عالی انقلاب فرهنگی، در تصمیم‌گیری‌ها دخیل هستند.

در مرحله دوم، باید ببینیم که چه الگویی را برای فضای نظام سلامت انتخاب می‌کنیم. مثلاً از منظر علم اقتصاد سلامت دو مکتب فکری (paradigm) اصلی وجود دارد؛ یکی اقتصاد سلامت بازارمحور (Pro market health economists) و دیگری ضد بازاریابی (Anti economists) و دیگری ضد بازاریابی (Anti market health economists). اگر بخواهیم نظام سلامت را به سمت بازاری شدن پیش ببریم، پیش‌فرض‌هایی نظیر اولویت با بازار سوددهی ایجاد می‌شود اما اگر بخواهیم رویکرد ضد بازاری را بپذیریم، شرایط متفاوتی حاکم خواهد شد و عدالت و غیربازاری شدن در اولویت قرار می‌گیرند.

همچنین در حوزه سیاستگذاری نظام سلامت، پنج مدل اصلی برای مدیریت نظام سلامت تا به حال ارائه شده، مانند مدل Emergent, Pluralistic, Insurance/ Social Security, National Health Service و Socialized. هرکدام از این مدل‌ها، چهارچوب خاص خود را دارند که از الگوهای خاص نشأت گرفته‌اند. متأسفانه، در نظام سلامت فعلی، هنوز در این زمینه مدل خاصی را از بین مدل‌های استاندارد فوق انتخاب نکرده یا اینکه مدل استاندارد بومی خود را بر اساس باورها و الگوی فکری جامعه ساخته و ارائه نداده‌ایم.

برای ایجاد چارچوب و خطوط قرمز و به‌عنوان راهنمای مدیریت کلان نظام سلامت، سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغ شده‌اند، اما این سیاست‌ها آنقدر کلی هستند که به قول فعالان و دلسوزان، گره‌ای از مشکلات باز و مشخص نمی‌کنند که آیا می‌خواهیم از مکتب فکری لیبرالیسم پیروی کنیم یا رویکردی دوسویال دموکراتیک یا کمونیستی را در پیش بگیریم.

این امر باعث سردرگمی در ایجاد ساختار نظام سلامت می‌شود. یک بخش تلاش می‌کند پزشک خانواده را پیاده‌سازی کند، در حالی که بخش دیگری همچنان بر حفظ بیمه‌های تأمین اجتماعی و ایجاد ساختارهای خصوصی اصرار دارد و مشخص نیست که این وضعیت به کجا خواهد رسید؛ البته باید اعتراف کرد که همین سیاست‌های کلی در جاهایی خطوط قرمز واضحی را هم ارائه کرده که توسط مسئولان ذی‌ربط و حتی مسئولان خارج از نظام سلامت نقض می‌شود.

در کشورهای توسعه‌یافته و حتی در حال توسعه، مدل مشخصی برای سیاست‌گذاری نظام سلامت وجود دارد. به‌عنوان مثال، انگلستان دارای سیستم NHS است که از تفکرات سوسیال دموکراتیک نشأت گرفته. در اروپای شرقی نیز ساختارهای عمومی غیردولتی با عنوان بیمه‌های تأمین اجتماعی وجود دارد که با ساختار خاص خود پیش می‌روند. ما نیز تلاش کرده‌ایم ساختاری مشابه با تأمین اجتماعی ایجاد کنیم، با اینکه این نهادها باید از دل مردم برخاسته باشد و عمومی مدیریت شود اما به ساختاری دولتی تبدیل شده. همچنین با اینکه ساختار بیمه تأمین اجتماعی با الگوبرداری از کشورهای اروپای شرقی، آلمان و... از قبل وجود داشته، اما تلاش کرده‌ایم سیستم پزشک خانواده را مانند کشورهای حوزه بریتانیا مانند انگلستان، ولز و اسکاتلند پیاده‌سازی کنیم که به نتیجه مطلوب هم نرسیده‌ایم.

این موضوعات باعث سردرگمی و وضعیتی آشفته شده و مشخص نیست که به کجا می‌خواهیم برویم. از طرف دیگر، همان‌طور که اشاره شد، نظام سلامت از تولیت درستی برخوردار نیست. دخالت نمایندگان مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی و افراد غیرمتخصص و تبعیضات خارج از اهداف نظام سلامت، مشکلات بسیاری ایجاد می‌کند.

با صرف نظر از اقتصادات حاکمیت، به مسائل دیگری نیز می‌رسیم. به‌عنوان مثال، در ۲۰-۳۰ سال گذشته، علومی در نظام سلامت ظهور کرده‌اند که هنوز مسئولان ما به‌طور کامل با آن‌ها آشنا نیستند. اقتصاد سلامت، رشته‌ای است که در دنیا به‌وجود آمده برای اقتصاد بازار آزاد و علم اقتصاد موجود، در مورد مسائل فنی و اقتصادی نظام سلامت نارسا بوده‌اند. همین باعث شده تا بررسی شود که چرا این نارسایی وجود دارد؟ به عنوان مثال، بازار نظام سلامت یک سری مؤلفه‌هایی دارد که باعث شکست بازار می‌شوند. در این راستا می‌توان به عدم تقارن اطلاعات، نبود اطمینان، محدود تقاضای القایی و ریسک اخلاقی (Moral Hazard) اشاره کرد. همین‌ها دنیا را وادار به ایجاد علم اقتصاد سلامت کرده که هنوز در ایران و در بین مسئولان جایگاهی ندارد.

■ یکی از ویژگی‌های بیمارستان‌ها، ظرفیت خدمات‌دهی آن‌هاست که در قالب تعداد تخت اعلام می‌شود، در تعیین این ظرفیت باید به چه عواملی توجه کرد؟

یکی از اصلی‌ترین تفاوت‌های بین بازار نظام سلامت و بازارهای معمولی این است که، خریدار و مصرف‌کننده در بازار معمولی یکسان هستند، اما در بازار نظام سلامت، بیمه دایر دولت است و مصرف‌کننده مردم. همین باعث شده تا به سمت رشته متفاوتی به نام ((اقتصاد سلامت)) حرکت کنیم که در بسیاری از مباحث، با اقتصاد معمولی تفاوت دارد.

برای بررسی هر جمعیتی، باید مشخص شود که وقتی نظام ارجاع و پزشک خانواده ایجاد می‌کنیم، میزان تخت مورد نیاز کاشش می‌یابد. این به این دلیل است که پیشگیری را در اولویت قرار می‌دهیم و تعداد افرادی که بیمار می‌شوند، به‌تبع آن کمتر می‌شود. به‌عنوان مثال، در انگلستان تا حدود ۱۰ سال پیش، نسبت تخت به جمعیت حدود بیش از سه تخت به ازای هر هزار نفر بود، اما با توجه به کاهش نیاز به‌دلیل پیشرفت بهداشت و پیاده‌سازی و اجرای پیشگیری از بیماری‌ها، به‌تدریج آن را کاهش داده و به ۲٫۸ به ازای هر هزار نفر رسانده‌اند. در استرالیا و برخی کشورهای دیگر نیز تلاش شده این نسبت به پنج برسد. به‌طور کلی، میانگین جهانی این نسبت حدود سه تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر است.

البته باید در نظر داشته باشیم که چگونه می‌خواهیم فضای نظام سلامت خود را طراحی کنیم؟ اگر بخواهیم مانند آمریکا عمل کنیم، مزیت آن این است که به لبه دانش پزشکی دست خواهیم یافت. در حال حاضر، نخستین داروها، نخستین درمان‌ها و مقالات پزشکی از آمریکا منتشر می‌شوند و این کشور بیشترین علم را در حوزه پزشکی و تجهیزات پزشکی تولید می‌کند. اما عیب آن این است که آمریکا هزینه بسیار زیادی برای نظام سلامت خود صرف می‌کند که حدود دو تا سه برابر انگلستان است. با این حال، عملکرد نظام سلامت آمریکا

از نظر میانگین عمر یا امید به زندگی، لزوماً بهتر از کشورهای دیگر نیست. باتوجه به اینکه میانگین عمر در کشور ما حدود ۷۵ سال و در آمریکا حدود ۷۲-۷۳ سال است به این معنی است که عملکرد نظام سلامت ما از منظر میزان امید به زندگی از آمریکا بهتر بوده، البته این موضوع برای آمریکا قابل پذیرش است، زیرا برای آن‌ها مهم نیست که میانگین عمر چقدر است، بلکه مهم این است که در لبه علم و فناوری دنیا قرار گرفته و آزادی اقتصادی داشته باشند. در مقابل، برای ما مهم است که امید به زندگی حدود ۷۰ سال باشد. ژاپن نیز اولویت را بر ارائه بهترین خدمات به مردم قرار داده و ساختاری ایجاد کرده که امید به زندگی را به ۸۵ سال رسانده است.

بنابراین، این موارد وابسته به کیفیت و زاویه دید جامعه است. در حال حاضر، ضریب استاندارد اشغال تخت بیمارستانی حدود ۸۵ درصد است. یعنی ۸۵ درصد تخت‌ها باید توسط بیماران اشغال باشند و ۱۵ درصد برای موارد خاص و بحرانی مانند کرونا در نظر گرفته شوند. اگر بخواهیم به‌طور بیهوده تخت ایجاد کنیم، کارمند استخدام کنیم، هزینه‌ها هدر می‌رود. به همین دلیل، بسیاری از کشورها سعی می‌کنند ضریب اشغال را در حد ۸۵ درصد نگه دارند و در صورت وجود تخت اضافی، آن را جمع‌آوری و تبدیل نیروی کنند. در ایران، ۷۰-۷۵ درصد تخت‌ها اشغال است و ۲۵-۳۰ درصد آن خالی است. در برخی مناطق، این میزان به ۵۰ درصد نیز می‌رسد. در مورد تعداد تخت به ازای هر نفر، در مناطقی مانند همدان، آمارها بسیار متفاوت است. برخی آمارها نشان می‌دهند که این نسبت حدود ۱٫۴ تا ۱٫۶ است، اما در محاسباتی که با یکی از اساتید انجام دادیم، با در نظر گرفتن تخت‌های دولتی و خصوصی حدوداً ۲٫۳۱ بوده، البته باید گفت در حدود ۱۰ سال پیش این نسبت حدود ۰٫۹ تا یک بوده اما به‌طور کل باید گفت که ما آماد دقفیقی نداریم.

این نشان می‌دهد که اگر بخواهیم مبنای تعداد تخت در نظر بگیریم، تعداد تخت‌هایمان کم است، اما اگر بخواهیم ضریب اشغال را در نظر بگیریم، می‌توان گفت که از زاویه دیگری تعداد تخت‌هایی که داریم، زیاد است. چرا این اتفاق می‌افتد؟ دلایلش این است که توزیع نامتناسب پزشک و امکانات را داریم و به‌نوعی بی‌عدالتی در جامعه بسیار است و برخی از افرادی که باید بستری شوند، بستری نمی‌شوند و برخی دیگر که نباید بستری شوند، بستری می‌شوند.

این‌ها مشکلات فنی و مدیریتی است که وجود دارد، اما در مورد اینکه آیا همدان نیاز به ایجاد بیمارستان دارد یا خیر، به‌نظر من واقعاً نیاز دارد و دلایلش همان کمبود تخت به ازای تعداد افراد است. ولی آیا با احداث بیمارستان، همه مشکلات حل می‌شود؟ پاسخ منفی است. باید موارد دیگری مانند تأمین پزشک، تأمین بودجه و رعایت استانداردهای فنی بیمارستان نیز در نظر گرفته شود. همچنین با ایجاد یک نظام ارجاع کارآمد باید کاری کرد که مردمان روستایی و... نیز از این امکانات به‌خوبی بهره‌مند شده و بُعد مسافت و ضعف دانایی مانع از درمان بیماری آنان نشود.

■ علاوه بر سازه و تجهیزات که با توجه به نوع بیمارستان باید مورد توجه قرار گیرد چه عواملی باید در تعریف و ساخت یک پروژه درمانی مورد توجه باشد؟

همان‌طور که عنوان کردم، اقتصاد سلامت هنوز در ایران رواج پیدا نکرده و مسئولان به‌درستی در مورد آن صحبت نمی‌کنند. در اقتصاد سلامت، مفهومی به نام صرفه مقیاس (Scale of Economy) وجود دارد که

البته در اقتصاد بازار آزاد نیز هست. به‌عنوان مثال، یک کارخانه خودروسازی برای سرپا ماندن، باید بتواند سالانه یک میلیون و ۵۰۰ هزار خودرو تولید کرده و بفروشد. اگر نتواند به این مقیاس برسد، زیان‌ده می‌شود. به همین دلیل است که شرکت ایران خودرو وام بگیرد تا ضرر خود را جبران کند و همین امر باعث تورم می‌شود. یا مثلاً یک کارخانه طراحی موتور خودرو، برای سرپا ماندن، باید بتواند سالیانه سه میلیون موتور خودرو بفروشد. به‌عنوان مثال، ما چرا نمی‌توانیم تولید کنیم؟ چون سالیانه نمی‌توانیم سه میلیون موتور خودرو بفروشیم. یکی از دلایلش تحریم است و دلیل دیگر اینکه بازار داخلی‌مان آنچنان نیست که نیاز به این تعداد موتور خودرو داشته باشد.

حال، در مورد بیمارستان نیز شرایط مشابهی وجود دارد. تعداد افرادی که در آنجا هستند (جامعه هدف) و تعداد تخت‌های بیمارستانی مهم است. یعنی برای داشتن بیمارستانی با صرفه مقیاس، به‌طور ایده‌آل باید ۲۰۰ الی ۳۰۰ تختخواب در دنظر گرفت. برای اینکه ضررده نباشد، می‌توانید تا ۶۰۰ تختخواب هم داشته باشید. یعنی بین ۲۰۰ تا ۶۰۰ تختخواب، اما اگر بیش از ۶۰۰ تختخواب بزنید، آن مجموعه ضررده می‌شود و شما باید علاوه بر درآمد بیمارستان، از بودجه عمومی نیز برای اداره بیمارستان استفاده کنید. چرا؟ چون وقتی از ۶۰۰ تخت فراتر می‌رویم، هزینه‌های بیمارستان به‌طور تصاعدی افزایش می‌یابد و در آن صورت، اگر بازار، بازار اقتصاد آزاد باشد، بیمارستان نمی‌تواند در رقابت با بقیه بیمارستان‌ها دوام بیاورد و ورشکسته می‌شود. اگر هم سرپا بماند و دولت باید از بودجه عمومی به بیمارستان‌ها کمک کند و این یعنی هدررفت هزینه‌ها. پس به جای مثلاً یک بیمارستان هزار تختخوابی، سه بیمارستان ۳۵۰ تختخوابی پیشنهاد می‌شود، اما در ساخت بیمارستان‌ها نه‌تنها صرفه مقیاس مطرح است، بلکه قضیه دیگری به نام صرفه دامنه نیز وجود دارد. صرفه دامنه می‌گوید شما

هر چقدر بیمارستان را تک‌تخصصی‌تر کنید، درآمدش کمتر می‌شود. بیمارستان فوق تخصصی قلب، فوق تخصصی اطفال و غیره. در دنیا به این نتیجه رسیده‌اند که این کار درآمد بیمارستان را به‌شدت کاهش می‌دهد و بهتر است بیمارستان‌ها را عمومی‌تر کنید و تمام تخصص‌ها در کنار هم باشند. حتی تا جای ممکن، امکانات بیمارستان هم تکمیل باشد. این امر سوددهی بیشتر بیمارستان را در پی خواهد داشت ولی متأسفانه این روند در ایران و مخصوصاً در شهرستان‌ها به جایگاه مطلوبی نرسیده و مورد توجه نیست. اگر بخواهیم مثال بزنم بیمارستان شهید سلیمانی شهرستان توسرکان که مختص بیماران داخلی و قلب است و یا بیمارستان ولی عصر (عج) که تخصصی تروما و آسیب، اعصاب و روان و اطفال است. متأسفانه الگوی مناسب توسط مسئولان ما رعایت نمی‌شود و همین امر کسری بودجه را در پی خواهد داشت. برای مثال دانشگاه علوم پزشکی همدان ۲٫۷ همت کسری بودجه دارد و یا بیمه سلامت در سال گذشته ۵۰ همت، وزارت بهداشت ۹۰ همت، بیمه تأمین اجتماعی ۷۵ همت بدهی داشتند. دلیل این روند تنها تصمیم‌گیری اشتباه مسئولان است که مردم و پزشکان در این بین متحمل سختی و ضرر می‌شوند.

برخلاف مباحث فنی اقتصاد سلامت و سیاست‌گذاری نظام فناور و مدیریت سلامت، یکی از عمده‌ترین دلایل این اوضاع این است که بیشتر مدیرانی انتخاب می‌شوند که با اقتصاد سلامت و سیاست‌گذاری‌های این حیطه آشنایی ندارند و حتی از نهادهای مربوطه هم مشورت هم نمی‌گیرند.

افتتاح یک بیمارستان به معیارهای زیادی وابسته است و باید به هرکدام از این عنوان‌ها جداگانه پرداخته و دقت شود.

■ حداقل تعداد تختی که یک بیمارستان باید داشته باشد تا سودده باشد چه تعداد است؟

همانطور که عرض کردم تعداد تخت‌های یک بیمارستان تأثیر مستقیمی بر روند اجرایی در پذیرش بیمار، پرداختی کارمندان و تجهیز و تعمیر امکانات دارد. گاهی تعمیر و بازسازی یک بیمارستان بهتر از احداث یک بیمارستان بزرگ‌تر است، این روند هم از لحاظ اقتصاد درآمد به نفع مردم است هم به قولی از نارسایی‌ها و خطاهایی که در حال رخ دادن است جلوگیری می‌شود.

تعداد تخت به جمعیت مردم و تعداد پزشکان و امکاناتی که دارند مرتبط است محاسبه ضریب اشتغال تخت بسیار مهم است؛ البته فناوری‌هایی که در یک بیمارستان مورد استفاده قرار می‌گیرد هم نیاز به توجه دارد، برای مثال اگر در مرکز استان ام‌ار‌آی وجود دارد طبیعاً نیازمند تعداد تخت‌های مجزا است.

■ در مبحث پدافندی که در احداث بیمارستان‌ها بسیار حائز اهمیت است، چه مواردی را باید درنظر گرفت؟

در مورد پروژه‌های درمانی، به‌ویژه بیمارستان‌های بزرگ مثل بیمارستان هزار تختخوابی، موضوعات پدافندی بسیار حیاتی هستند. ابتدا باید به عرض خیابان‌هایی که به بیمارستان منتهی می‌شوند و خروجی‌های آن توجه کرد. این مسیرها باید طوری طراحی شوند که در صورت وقوع حادثه‌ای مثل آتش‌سوزی، تخلیه سریع بیمارستان امکان‌پذیر باشد. همچنین، تعداد طبقات بیمارستان نباید بیش از حد باشد، حداکثر دو یا سه طبقه، تا در شرایط اضطراری تخلیه آسان‌تر انجام شود.

علاوه بر این، مسائل ترافیکی، آلودگی هوا و نزدیکی به فرودگاه یا سایر اماکن با خطرات بالقوه، باید در محل احداث بیمارستان مورد ارزیابی قرار گیرند. ضرورت وجود سیستم‌های مناسب برای مدیریت بحران در این نوع بیمارستان‌ها بسیار مهم است و باید در طراحی اولیه لحاظ شوند، همچنین مسئولیت‌های لازم باید درخصوص رعایت موارد ایمنی و پدافندی به‌طور کامل در نظر گرفته شود.

همانطور که عنوان شد، مشکل اصلی نظام سلاّت ایران، نبود انسجام در سیاست‌گذاری و نادیده گرفتن اصول اقتصاد سلامت است. تا زمانی که تولید نظام سلامت به‌صورت متمرکز و تخصصی اعمال و الگویی شفاف مبتنی بر نیازهای بومی طراحی نشود، ساخت بیمارستان‌های جدید حتی با استانداردهای فنی باید، به بهبود کارایی منجر نخواهد شد. با اصلاح ساختار مالی در جهت جلوگیری از ساخت بیمارستان‌های غیراقتصادی و توجه به صرفه‌های مقیاس و همچنین تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده برای کاهش نیاز به تخت‌های بیمارستانی، می‌توان اقتصاد سلامت مدبران و استفاده از متخصصان این حوزه از تصمیم‌های پرهزینه و ناکارآمد جلوگیری کرد.