

منتشره از سوی سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی اشاره شده است وضعیت خدمات درمانی نامطلوب در کشور‌های در حال توسعه (شامل کشور ایران) به مراتب بدتر بوده اما متأسفانه داده و اطلاعاتی موجود نیست. بنابر این می‌توان گفت چنانچه در توسعه یافته‌ترین نظام‌های سلامت کیفیت خدمات بیمارستانی چنین باشد، ترسیم و برآوردی از وضعیت کیفیت خدمات در بیمارستان‌های کشور کار دشواری نخواهد بود. اما اینکه مشکلات کیفی خدمات در مراکز درمانی در کشور چگونه مدیریت می‌شوند، موضوعی است که می‌بایست در دو سطح کلان و خرد مورد توجه قرار گیرد.

### ◆◆◆ **نبود سیستم‌های مدیریت کیفیت**

در سطح کلان مشکل اصلی را می‌توان در عدم تعریف و تبیین در ست سیستم‌های مدیریت کیفیت (سیستم‌هایی برای استقرار کیفیت و هم چنین سیستم‌هایی برای ارزیابی کیفیت) از سوی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی دانست. بر این اساس بیمارستان‌ها اعم از بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی نیازمند سیستم‌هایی برای استقرار کیفیت در دل مراکز خود می‌باشند. سیستم‌هایی که موجب حفظ و ارتقای کیفیت خدمات در ابعاد مختلف شوند. این مهم در طی چند سال اخیر در کشور دستخوش تغییرات فراوانی شده است که همین امر سرگردانی بیمارستان‌ها را رقم زده است. چند سالی استقرار سیستم‌های ISO مطرح گردید، سپس بحث‌های تعالی سازمانی و ما بعد آن حاکمیت بالینی و در نهایت اعتبار بخشی مطرح شدند.

### ◆◆◆ **انحلال سیستم حاکمیت بالینی و بلا تکلیفی بیمارستان**

با این وجود علیرغم اثر بخشی و کارایی سیستم حاکمیت بالینی (این سیستم توسط NHS انگلیس در سال ۱۹۹۷ مطرح گردید) به عنوان یک سیستم کارآمد در استقرار کیفیت خدمات بالینی با تمرکز بر اثر بخشی و ممیزی بالینی، متأسفانه وزارت بهداشت با منحل نمودن استقرار چنین سیستم‌هایی عملاً بیمارستان‌ها را بلا تکلیف نموده و اگر فعالیتی نیز در این زمینه صورت می‌گیرد به اختیار و انتخاب خود بیمارستان‌هاست. از سوی دیگر سیستم‌هایی نیز که از سوی وزارت بهداشت برای کیفیت سنجی خدمات بیمارستان‌ها مطرح گردیده دارای مشکلات عدیده‌ای است.

### ◆◆◆ **طرح اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها**

در سال ۱۳۹۱ طرح اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها توسط وزارت بهداشت اجرایی گردید که این طرح در اولین دور اجرایی خود دارای مشکلات اساسی به شرح ذیل بوده است: حجم بالایی از استانداردها که پیاده‌سازی آن‌ها در مقیاس کوچک‌تر بر اساس مطالعات جهانی حداقل بین ۳ تا ۵ سال زمان می‌برد که این مهم مورد توجه وزارت بهداشت قرار نگرفت، تبیین و تفهیم نادرست بیمارستان‌ها از روال ارزیابی و بسته استانداردهای تدوین شده برای بیمارستان‌ها، عدم توجه به گروه‌های پزشکی در تعریف استانداردها، عدم استقلال تیم ارزیابی از بیمارستان‌ها چرا که وزارت بهداشت خود در مقام عمل بیمارستان‌های خود را ارزیابی می‌نماید و این امر سبب شده است که متأسفانه میان ارزیابان و بیمارستان‌ها ارتباط غیر رسمی و پشت پرده شکل گرفته و عملاً امتیاز بندی کیفی بیمارستان‌ها خریداری شود. عدم ارتباط گواهی‌های صادر شده از سوی وزارت بهداشت با شاخص‌های عملکردی و کیفی بسیاری از بیمارستان‌ها

### ◆◆◆ **علت اصلی مشکلات؛ نبود سیستم جامع اطلاعاتی**

بنیان اصلی ایجاد موارد فوق‌الذکر را می‌بایست در نبود یک سیستم جامع اطلاعاتی در وزارت بهداشت جستجو نمود. چرا که سنگ بنای سیستم‌های کیفی در بیمارستان‌ها شفاف‌سازی و جریان درستی از داده‌ها و اطلاعات هست. از این روست که وزارت بهداشت همواره در محاسبه و اعلام سطوح کیفیت خدمات بیمارستان‌ها دچار مشکل می‌باشد. به عنوان مثال وزارت بهداشت قادر نبوده شاخص‌هایی چون میزان مرگ و میر به واسطه عوارض ناشی از جراحی‌های بزرگ (Major Surgery)، بستری‌های مجدد (Readmission) به واسطه عفونت‌های بیمارستانی، میزان رضایتمندی بیماران مراجعه کننده و ... را اندازه‌گیری و مورد بررسی قرار دهد.

### ◆◆◆ **مشکلات خرد بیمارستان‌ها**

در سطح خرد نیز بیمارستان‌ها دچار مشکلات و معضلات فراوانی می‌باشند. بر اساس پژوهش‌های انجام شده در کشور مهم‌ترین عاملی که موجب مراجعه بیماران از بخش دولتی خدمات به بخش خصوصی می‌شود عامل کیفیت بر شمرده شده است. از دیدگاه مردم اجزای این عامل عبارت بوده‌اند از کیفیت خدمات پزشکی و هم چنین زمان سریع‌تر در دسترسی به خدمات. در تبیین جزء اول باید گفت به واسطه آموزشی بودن اکثریت مطلق بیمارستان‌های دولتی و متأسفانه عدم نظارت و پایش خدمات ارائه شده توسط کادر آموزشی، مردم از دریافت خدمات در چنین مراکزی سرباز می‌زنند و در جهت حصول نتیجه بهتر و به بیان خود انجام اقدام درمانی لازم توسط کادر غیر آموزشی به‌ویژه اساتید و پزشکان متخصص و باتجربه به بیمارستان‌های خصوصی روانه و یا در برخی از موارد با الزام ارجاع می‌شوند.

### ◆◆◆ **ویرترین بیمارستان‌های خصوصی**

نکته قابل توجه ویرترین سازی برخی از بیمارستان‌های خصوصی برای چنین مراجعینی با فراهم آوردن ساختمان‌هایی با طراحی زیبا و اقدامات هتلینگ نسبتاً مناسب هست اما این در حالی است که فرآیندهای پشتیبانی در این مراکز (به‌ویژه خدمات استریلیزاسیون و رختشوی خانه) و فرآیندهای مراقبت‌های پرستاری (به‌ویژه در رعایت استانداردهای مراقبت‌های پرستاری در اتاق‌های عمل و بخش‌های مراقبت ویژه) و خدمات پزشکی (به‌ویژه در مورد ایجاد تقاضاهای القایی و اقدامات تشخیصی و درمانی بدون اندیکاسیون) خود جای بحث و بررسی فراوان دارد.

### ◆◆◆ **لیست‌های انتظار طولانی برای دریافت خدمات**

در مورد جزء دوم نیز باید گفت به واسطه ازدحام و تراکم مراجعین در بیمارستان‌های دولتی در پارهای از موارد برای دستیابی به اقدامات درمانی حیاتی فهرست‌های انتظار طولانی شکل گرفته که این موضوع به‌ویژه با پیاده‌سازی طرح تحول نظام سلامت تشدید شده است. نکته قابل توجه آن است که به واسطه اینکه بین پرداختی به بیمارستان‌ها و میزان عملکرد و سطح کیفی خدمات در آن‌ها ارتباطی برقرار نشده است، بسیاری از این مراکز از استقرار کیفیت خدمات سرباز می‌زنند.

بدین منظور می‌بایست در گام اول حوزه‌های اساسی کیفیت خدمات یعنی ایمنی بیمار (Patient Safety) و حقوق گیرنده خدمت (Patient Rights) در اولویت کاری تمامی بیمارستان‌های اعم از دولتی و غیردولتی قرار گرفته و با تعیین شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستان‌ها را بدین سمت سوق داد. اقدامی که توسط وزارت بهداشت در راستای ترویج زایمان طبیعی صورت گرفت مثال مودی از این جنس فعالیت‌هاست. با تعریف شاخص نسبت میزان زایمان‌های طبیعی (به عنوان فاکتوری مهم در ایمنی مادران باردار و کیفیت خدمات بیمارستانی) به پروسیجر سزارین در بیمارستان‌ها و تعریف ارتباط میان رتبه‌بندی و پرداختی بیمارستان‌ها با این شاخص جریان بسیار مثبتی در مراکز دولتی و خصوصی به وقوع پیوست.

### ◆◆◆ **جمع بندی**

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان بیان داشت رفع نقص در کیفیت خدمات بیمارستانی و مدیریت امور مربوطه نیازمند سیستم‌هایی برای استقرار و هم چنین ارزیابی کیفیت خدمات در مراکز مذکور است که برای تحقق این مهم نیازمند ایجاد یک ساختار فعال و پویای جمع‌آوری و تحلیل داده و اطلاعات از سراسر بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کشور هستیم؛ لیکن اولین قدم در این مسیر تعریف حوزه‌های اساسی عملکردی بیمارستان‌ها در زمینه کیفیت خدمات است (حوزه‌هایی چون: ایمنی بیمار و حقوق گیرنده خدمت) تا از این منظر در اولویت کاری بیمارستان‌ها قرار گیرند. در پایان خاطر نشان می‌گردد آنچه تحقق این امور را تسریع و تثبیت می‌نماید واگذاری بسیاری از امور سازمانی و اجرایی استقرار و نظارت بر کیفیت خدمات به نهادهای علمی و تخصصی است که بدون هیچ گونه وابستگی سازمانی به بیمارستان‌های طرف تعامل و با حفظ استقلال، در چهار چوب سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به امور تحقق و ارزیابی کیفیت در بیمارستان‌ها بپردازند.

پرونده دوم

### ■ **طرح تحول نظام سلامت**



نکته قابل توجه

تأثیرات اقتصادی

ناشی از سطح

پایین کیفیت

خدمات

بیمارستانی است،

به گونه‌ای که

برآورد می‌شود

به واسطه عوارض

درمانی در کشور

انگلستان سالانه

بیش از ۱۶ میلیارد

دلار و در کشور

آمریکا سالانه ۲۹

بیلیون دلار هزینه

ایجاد می‌گردد