

رابطه مالی بیمارستانهای دانشگاهی و کودک بیمار

دکتر فریده شیوا*

* گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نتیجه نه درمان مطلوب حاصل می شود، نه آموزش مطلوب و نه بازدهی اقتصادی مورد نظر.

کودکان سرمایه آینده کشور هستند. تامین سلامت جسم و روان آنها که حق مسلمشان است، هزینه بر می باشد و نتایج مفید آن را باید به عنوان یک نسل سالم که پشتوانه قوی برای پیشرفت آینده جامعه است، مشاهده نمود. هر ربالی که برای سلامت کودکان هزینه شود در آینده نه چندان دور که یک جوان سالم و فعال وارد بازار کار و اجتماع شود، چندین برابر سود به بار خواهد آورد. انتظار بازدهی اقتصادی از خدماتی که به کودکان ارائه می شود به دور از منطق، عقل و شرع می باشد و نگاه کردن به آنها به عنوان ابزار درآمد نتایج وخیمی را به دنبال خواهد داشت.

با توجه به مطالب فوق، درمان رایگان برای کودک بیمار و پرداخت هزینه توسط بخشهای درآمدزا در سیستم بهداشت و درمان ضرورتی اجتناب ناپذیر است و اهمیت ندادن به این موضوع به فاجعه ای بزرگ منجر خواهد شد.

برای کاستن از هزینه های مراقبت از کودکان بیمار چندین راه وجود دارد که در ذیل به برخی از آنها اشاره می شود:

- مهیا نمودن واحدهای ترخیص سریع^۱ برای مراجعه کنندگان به اورژانس یا درمانگاه که احتیاج به مراقبت و درمان چند ساعته دارند (۵).

- جایگزین نمودن بخشهای ویژه intermediate care با هزینه کمتر بجای PICU^۲ در بیمارانی که احتیاج به مانیتورینگ علائم حیاتی دارند ولی به ونتیلاتور نیاز ندارند (۶).

- مطالعه درمورد نتایج مراقبتهای پزشکی^۳ که به سنجش همزمان کیفیت مراقبت، رضایت بیمار، بهبود زندگی و هزینه مراقبت می پردازد (۷).

سلامت مردم از عطیه های الهی است. بر اساس موازین شرعی، همه ما در جهت تامین آن تکلیف داریم (۱).

"خانم دکتر، آقای دکتر، بخدا پول ندارم"

بچه ام را بستری کنم!

این جمله در گوش تمام پزشکانی که مسئولیت سلامتی کودکان را به عهده گرفته اند طنین انداز است.

وجدان بشری، تکلیف شرعی، قوانین کشور، لزوم آموزش دانشجو و بخشنامه های وزارت بهداشت از یک طرف و ضرورت خودکفا بودن بیمارستانهای دانشگاهی و تهدیدهای مکرر بر تعطیل شدن بخشهایی که مقرون به صرفه نیستند از طرف دیگر اعضای هیات علمی گروه اطفال را سردرگم کرده است. ارگانهای بهداشت و سلامت در جهان در زمینه مقرون به صرفه بودن مراقبتهای بهداشتی گامهای بلندی برداشته اند ولی در حیطه ای که مربوط به رضایت بیمار و بهبود کیفیت زندگی او می شود، نیاز به اهتمام بیشتری می باشد (۲). بستری نکردن کودکی که احتیاج به بستری شدن دارد، اهمال در کار پزشکی (malpractice) محسوب می شود و پیگرد قانونی دارد. طبق آمار، ۱۸٪ موارد اهمال در کار پزشکی منجر به مرگ می شوند و ۱۹٪ به عوارض برگشت ناپذیر مبتلا خواهند شد (۳).

در بیمارستانهای دانشگاهی بخش کودکان یکی از چهار بخش اصلی می باشد و برای آموزش پزشکی از اهمیت ویژه برخوردار است. تحقیقات انجام شده نشان می دهد که بیش از ۶۰٪ دانشجویان clinical practice guidelines را در بخشهای اطفال یاد می گیرند (۴).

دریافت هزینه، هر چند کم و فقط فرانشیز، حلقه اول یک زنجیره معیوب است که به بستری نشدن کودک یا ترخیص زودهنگام او و کاهش "تخت روز فعال" منجر می شود. در

¹ Pediatric observation units

² Pediatric Intensive Care Unit

³ Outcome research

– بکار بردن فناوری ارتباطات و tele-medicine برای بهبود کیفیت آموزش و درمان با هزینه کمتر.
 به امید آن روزی که با رفع معضلات فوق، کودک بیمار و خانواده او هیچ نگرانی جز بیماری نداشته باشند.

REFERENCES

۱. بخشنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، معاونت سلامت. مورخه ۸۳/۲/۱۵، شماره ۱۸۶۵/س.
2. Bergman DA. Thriving in the 21st century: outcome assessment, practice parameters, and accountability. *Pediatrics* 1995; 96(4): 831-5.
3. Brown RH. The pediatrician and malpractice. *Pediatrics* 1976; 57(3): 392-401.
4. Constatini O, Papp KK, Como J, Aucott J, Carlson MD, Aron DC. Attitudes of faculty, house staff and medical students toward clinical practice guidelines. *Acad Med* 1999; 74(12): 13-22.
5. Mace SE. Pediatric observation medicine. *Emerg Med Clin North Am* 2001; 19(1): 239-54.
6. Jaimovich DG. Admission and discharge guidelines for the pediatric patient requiring intermediate care. *Crit Care Med* 2004; 32(5): 1215-8.
7. Bordley WC. Outcome research and emergency medical services for children: domains, challenges and opportunities. *Ambul Pediatr* 2002; 2(4 Suppl): 306-10.