● مقاله تحقیقی

عدالت در توزیع جغرافیایی تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان

علی محمد مصدق‌راد[1]، حامد دهنوی[2]، *علیرضا دررودی[3]

چکیده

مقدمه: عدالت در نظام سلامت عبارت است از «دسترسی مردم به خدمات سلامت و استفاده از آن بر اساس نیاز، پرداخت هزینه‌های سلامت بر اساس توان مالی و برخورداری از سطح قابل قبول سلامتی». توزیع عادلانه تخت‌های بیمارستانی نقش بسزایی در دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت دارد. پژوهش حاضر به‌منظور سنجش عدالت در توزیع جغرافیایی تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان انجام شد.

روش بررسی: از داده‌های وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران برای انجام این پژوهش توصیفی و مقطعی استفاده شد. بیمارستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ جامعه پژوهش را تشکیل دادند. از منحنی لورنز و ضریب جینی برای نمایش و محاسبه میزان عدالت در توزیع تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اکسل تحلیل شد.

یافته‌ها: استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ دارای ۴,۷۱۰,۵۰۹ نفر جمعیت، ۵۴ بیمارستان و ۷,۰۱۴ تخت فعال بیمارستانی بود. تعداد ۱/۱ بیمارستان به ازای هر صد هزار نفر جمعیت و ۱/۵ تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر جمعیت در این استان وجود داشت. شهرستان‌های اهواز، کارون و مسجد سلیمان بیشترین تخت بیمارستانی به ازای جمعیت را داشتند. حدود ۳۰٪ بیمارستان‌ها و ۵۱٪ تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان در شهرستان اهواز بود. ضریب جینی توزیع تخت‌های بیمارستانی در شهرستان‌های استان خوزستان برابر با ۰/۳۳ بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: توزیع تخت‌های بیمارستانی در استان خوزستان با استفاده از شاخص جینی نسبتاً عادلانه بوده است. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید اقداماتی برای بهبود عدالت در دسترسی مردم جامعه به تخت‌های بیمارستانی به کار گیرند.

کلمات کلیدی: تخصیص منابع، تخت بیمارستانی، عدالت سلامت

۱. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکترای تخصصی اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، تهران، ایران
(*مؤلف مسئول) a.darrudi91@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهاجا (سال بیست و دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۹، مسلسل ۷۱)
تاریخ دریافت: ۹۸/۹/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۹/۵/۱۵

مقدمه

نظام سلامت مجموعه سازمان‌ها، گروه‌ها و افرادی است که به سیاستگذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف تأمین، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم جامعه می‌پردازد [۱]. سلامتی مردم جامعه، پاسخ‌گویی به انتظارات بالینی و غیربالینی آنها و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های فزاینده سلامت، سه هدف اصلی نظام سلامت است. دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت و تاب‌آوری به‌عنوان اهداف واسطه‌ای نظام سلامت، پیش‌نیازهای دستیابی به این اهداف اصلی نظام سلامت هستند [۲]. تأمین مالی منصفانه، توزیع عادلانه منابع سلامت و ارائه عادلانه خدمات سلامت به مردم جامعه پیش‌نیاز دستیابی همه مردم به سطح قابل قبولی از سلامت است.

عدالت در نظام سلامت عبارت است از «دسترسی مردم به خدمات سلامت و استفاده از آن بر اساس نیاز، پرداخت هزینه‌های سلامت بر اساس توان مالی و برخورداری از سطح قابل قبول سلامتی» [۱]. عدالت در نظام سلامت چهار حوزه تأمین مالی خدمات سلامت، تولید منابع نظام سلامت، ارائه و استفاده از خدمات سلامت و در نهایت، سطح سلامتی مردم را شامل می‌شود. به عبارتی، مردم باید دسترسی عادلانه به منابع سلامت داشته باشند، افراد دارای نیاز بیشتر به خدمات سلامت، از خدمات بیشتری استفاده کنند؛ افراد با توان پرداخت بیشتر، مشارکت بیشتری در پرداخت هزینه‌های سلامت داشته باشند و در نهایت، همه مردم جامعه بدون تبعیض سنی، جنسی، نژادی، اجتماعی و اقتصادی از سطح سلامتی برابری برخوردار باشند. بنابراین، سیاستگذاران نظام سلامت باید ساز و کاری را به کار گیرند تا مشارکت مالی مردم بر اساس توان مالی و نه بر اساس نیاز آنها به خدمات سلامت باشد تا بدون هیچ مانعی به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند و در تأمین مالی نظام سلامت دچار فقر نشوند.

واژه‌های دادگری (دادگستری)[1]، عدالت[2]، انصاف[3]، برابری[4] و یکسانی[5] گاهی اوقات به جای یکدیگر استفاده می‌شوند. دادگری یک مفهوم قانونی و عدالت یک مفهوم اجتماعی است. دادگری دو مفهوم توزیعی[6] (چگونگی توزیع کالاها و خدمات در جامعه) و کیفری[7] (تکریم و تنبیه عادلانه بر اساس اعمال) دارد [۳]. عدالت با توزیع عادلانه منابع و خدمات عمومی در بین مردم جامعه سر و کار دارد. برابری به این معنا است که با همه بدون توجه به نیازهای آنها، به طور یکسان رفتار شود و به خاطر نژاد، جنس، عقیده، مذهب، ملیت، سن، معلولیت و غیره تبعیضی اعمال نشود. عدالت در مقابل، برخورد عادلانه با افراد بر اساس نیازهای آنها است [۴]. یکسان بودن نتیجه برابری و انصاف نتیجه عدالت است. عدالت با قضاوت‌های اخلاقی از تفاوت بین افراد و شرایط زندگی آنها مرتبط است و تضمین می‌کند که منابع لازم برای دسترسی به فرصت‌های یکسان در اختیار همه افراد، متناسب با نیازهایشان قرار می‌گیرد. رعایت عدالت و برابری در نهایت، منجر به دستیابی به دادگری در جامعه خواهد شد.

همه مردم بر اساس اصل شأن انسانیت[8] از حقوق انسانی برابر برخوردار بوده و حقوقشان باید محترم شمرده شود. سلامتی حق مردم جامعه است و کاهش بی‌عدالتی ضروری است. همه مردم باید فرصت‌های کافی و برابر برای لذت بردن از زندگی سالم داشته باشند و اختلاف غیرمنصفانه و قابل پیشگیری و جبران در بین گروه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و جغرافیایی مردم جامعه در دسترسی و استفاده از منابع عمومی وجود نداشته باشد. با وجود این، بسیاری از گروه‌ها از جمله سالمندان، جوانان و افراد کم درآمد به طور سنتی در حاشیه قرار گرفته و از دسترسی به خدمات ضروری مانند آموزش و سلامت

1. Justice
2. Equity
3. Fairness
4. Equality
5. Sameness
6. Distributive
7. Retributive
8. Human dignity

محروم شدند. سازمان ملل متحد به خاطر اهمیت بسیار زیاد عدالت در توسعه کشورها، هدف دهم از مجموعه اهداف توسعه پایدار[1] را به عدالت اختصاص داده است. هدف ۱۰ توسعه پایدار سازمان ملل به کاهش نابرابری در کشورها و بین کشورها اشاره دارد [۵].

نظرات مختلفی در زمینه چگونگی توزیع عادلانه کالاها و خدمات عمومی و اجتماعی مطرح است. به عنوان مثال، جان رالز[2] معتقد است که توزیع کالاها و خدمات در جامعه باید برابر باشد، مگر اینکه توزیع نابرابر کالاها و خدمات به نفع گروه‌های محروم جامعه باشد. او معتقد است که کالاها و خدمات اجتماعی[3] مانند خدمات سلامت، خدمات آموزش و پرورش و خدمات اجتماعی باید مورد استفاده عموم مردم قرار گیرند تا نابرابری‌های حاصل از توزیع نابرابر کالاهای طبیعی[4] مانند شرایط سلامتی ذاتی را جبران کند [۶]. مایکل والزر[5] دو نوع برابری ساده[6] و پیچیده[7] را مورد توجه قرار می‌دهد. از نظر او برابری ساده به این معنا است که هر فردی دقیقاً باید میزان برابری از کالا یا خدمت اجتماعی را داشته باشد. در مقابل، برابری پیچیده توزیع نابرابر کالا یا خدمت اجتماعی را در یک بخش خاص جامعه مشروط بر اینکه به طور خودکار به سایر بخش‌های جامعه برتری ندهد، می‌پذیرد. به عنوان مثال، مالکیت یک نوع کالای اجتماعی مانند پول، نباید به طور خودکار به فرد، دسترسی به سایر کالاها و خدمات اجتماعی مثل خدمت سلامت را بدهد [۷]. با این تفاسیر، عدالت در نظام سلامت را می‌توان به دو دسته عدالت افقی (برابری) و عدالت عمودی (انصاف) تقسیم کرد. در عدالت افقی با افراد دارای نیاز یکسان، به طور برابر رفتار می‌شود و در عدالت عمودی با افراد متناسب با نیازهای آنها، منصفانه رفتار می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی بر فراهم نمودن عادلانه دسترسی به خدمات سلامت بدون توجه به وضعیت اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی مردم تأکید دارد [۸]. سازمان بهداشت جهانی درکنفرانس آلما آتای[8] قزاقستان در سال ۱۹۷۸ میلادی، استراتژی مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به عنوان یک برنامه ساده، مردمی، افقی، عادلانه، مؤثر و در دسترس به کشورهای جهان معرفی کرد. هدف این برنامه دستیابی همه مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ میلادی، به سطحی از تندرستی بیان شد که بتوانند از نظر اجتماعی و اقتصادی زندگی سازنده‌ای داشته باشند [۹]. سیاستگذاران کشورهای جهان از آن زمان تلاش‌هایی را برای کاهش بی‌عدالتی در بخش سلامت شروع کردند. سازمان بهداشت جهانی از سال ۲۰۰۰ میلادی نیز بر به کارگیری استراتژی پوشش همگانی سلامت برای دستیابی به هدف سلامتی برای همه تأکید دارد. هدف اصلی پوشش همگانی سلامت حصول اطمینان از دسترسی برابر همه مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت بر اساس نیازشان بدون تحمل فشار مالی است [۱۰].

علی‌رغم تلاش‌های بسیار زیاد دولت‌ها برای حذف یا کاهش اختلاف سلامتی[9]، به خاطر تفاوت‌های موجود در ویژگی‌های نظام سلامت کشورها، ویژگی‌های متفاوت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مردم، توان پرداخت مردم و دسترسی آنها به خدمات سلامت، نابرابری و بی‌عدالتی در تأمین مالی، دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و در نهایت، وضعیت سلامتی بین گروه‌های مختلف جمعیتی به ویژه اقشار آسیب‌پذیر جامعه مشاهده می‌شود. عواملی نظیر نژاد، جنس و سن موجب تبعیض و بی‌عدالتی در دسترسی مردم به خدمات سلامت می‌شود [۱۱]. به عنوان مثال، اقلیت‌های نژادی و قومی در آمریکا نسبت به سایر مردم از سلامتی کمتر برخوردار بوده و بیشتر دچار بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان هستند [۱۲]. امید زندگی بومیان مرد و زن استرالیا حدود ۱۱/۵ و ۹/۷ سال کمتر از سایر شهروندان این

1. Sustainable development goals
2. John Rawls
3. Social goods
4. Natural goods
5. Michael Walzer
6. Simple equality
7. Complex equality
8. Alma Ata
9. Health disparity

کشور است. مرگ و میر کودکان و نوزادان در این گروه‌ها نیز بیشتر است [۱۳]. در سال ۲۰۱۳ میلادی، امید زندگی مردان جهان شش سال کمتر از زنان بوده است (۷۱ سال در مقابل ۷۷ سال). همچنین، یک اختلاف ۳۸ ساله بین امید زندگی مردم ژاپن (۸۴ سال) و مردم سیرالئون (۴۶ سال) وجود دارد [۱۴]. میانگین امید زندگی در کشورهای با درآمد کم ۶۲ سال و در کشورهای با درآمد بالا ۸۱ سال است. حدود ۹۹٪ مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. شانس مرگ مادران در کشور چاد ۱ به ازای هر ۱۶ نفر و در کشور سوئد ۱ به ازای هر ۱۰ هزار نفر است. حدود ۹۵٪ مرگ ناشی از بیماری سل در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. حدود ۸۷٪ مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد. میزان مرگ کودکان کشورهای جنوب صحرای آفریقا ۱۴ برابر سایر نقاط دنیا است [۱۵].

دسترسی ناکافی به تسهیلات بهداشتی و درمانی و هزینه بالای خدمات سلامت مهمترین مانع استفاده از خدمات سلامت توسط مردم و در نتیجه، افزایش بی‌عدالتی در نظام سلامت است. حدود ۹۲۷ میلیون نفر در جهان در سال ۲۰۱۵ میلادی دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شدند و پرداخت از جیب بیش از ۱۰٪ درآمد خانوار داشتند. حدود ۲۰۹ میلیون نفر آنها پرداخت از جیب بیش از ۲۵٪ بودجه خانوار داشتند. مردم منطقه آسیا و کشورهای با درآمد متوسط بیشترین پرداخت از جیب را داشتند. در حالی‌که حدود ۹۰ میلیون نفر در جهان در سال ۲۰۱۱ میلادی، به خاطر پرداخت از جیب بابت هزینه‌های درمان دچار فقر شدند (درآمد سرانه کمتر از ۱/۹ دلار در روز)، این رقم به ۹۹ میلیون نفر (خط فقر ۳/۲ دلار در روز) در سال ۲۰۱۵ میلادی رسید که بیشتر آنها متعلق به آسیا و کشورهای با درآمد متوسط بوده است [۱۶]. سازمان بهداشت جهانی از رهبران کشورها می‌خواهد که مرگ نارس را به میزان ۵۰٪ در جمعیت فقیر کاهش و امید زندگی برای فقرا را به میزان دو سال بیشتر از میانگین کشوری افزایش دهند [۸].

عدالت در سطح سلامتی مردم باید یکی از اهداف اختصاصی نظام سلامت باشد. عدالت در تأمین مالی خدمات سلامت، عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و عدالت در استفاده از خدمات سلامت باید برای دستیابی به این هدف رعایت شود. سیاستگذاران نظام سلامت به هنگام تخصیص منابع سلامت باید اطمینان حاصل کنند که همه مردم به هنگام نیاز، دسترسی عادلانه به خدمات سلامت داشته باشند و بتوانند از خدمات موجود استفاده کنند. دسترسی به خدمات سلامت شامل سه مقوله دسترسی فیزیکی یا جغرافیایی، دسترسی مالی و در نهایت، دسترسی ادراکی است. دسترسی فیزیکی به خدمات سلامت مرتبط با طرف عرضه خدمات و دسترسی مالی و ادراکی مرتبط با طرف تقاضای خدمات سلامت است. توزیع منابع سلامت نظیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و بازتوانی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت مانند پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و پرستاران باید عادلانه صورت گیرد.

بیمارستان به عنوان یکی از مهمترین اجزای نظام سلامت، وظیفه ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی را به مردم بر عهده دارد. افزایش جمعیت سالمند، افزایش بیماری‌های مزمن، تقاضای روزافزون برای خدمات بیمارستانی، استفاده از فناوری‌ها و روش‌های جدید و گران‌قیمت تشخیصی و درمانی، به کارگیری کارکنان تخصصی و بروز خطاهای پزشکی موجب افزایش هزینه‌های بیمارستانی شده است [۱۷]. در نتیجه، بخش قابل‌توجهی از بودجه نظام سلامت به بیمارستان‌ها اختصاص یافته است. بنابراین، توزیع بیمارستان‌ها و تخت‌های بیمارستانی باید متناسب با نیاز مردم جامعه صورت گیرد. تعداد ۹۳۰ بیمارستان با ۱۱۸,۸۹۴ تخت فعال در سال ۱۳۹۵ در کشور وجود داشت. بیشترین تخت بیمارستانی به ازای جمعیت در استان‌های یزد، سمنان و تهران و کمترین تخت بیمارستانی به ازای جمعیت در استان‌های سیستان و بلوچستان، البرز و بوشهر بوده است [۱]. دسترسی نابرابر به منابع سلامت منجر به ایجاد نابرابری در سطح سلامتی مردم جامعه خواهد شد.

استان خوزستان واقع در جنوب غرب ایران شامل

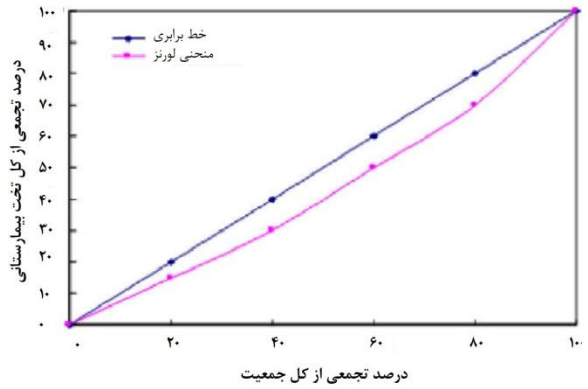
۲۷ شهرستان، ۸۶ شهر، ۶۷ بخش، ۱۴۴ دهستان و ۶۳۱۱ آبادی است (شکل ۱). این استان با مساحت ۶۴,۰۵۷ کیلومتر مربع، حدود ۳/۹٪ وسعت کشور است. استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ با ۴,۷۱۰,۵۰۹ نفر جمعیت، پنجمین استان پرجمعیت ایران بود [۱۸]. تعداد ۵۴ بیمارستان با ۷,۰۱۴ تخت فعال در سال ۱۳۹۵ در استان خوزستان وجود داشت. به عبارتی، ۵/۸٪ بیمارستان‌ها و ۵/۹٪ تخت‌های بیمارستانی کشور در استان خوزستان قرار دارد [۱۹].

شکل ۱- تقسیمات شهری استان خوزستان

عدالت در توزیع منابع بیمارستانی باید به عنوان هدف مهمی در سیاستگذاری سلامت مورد توجه قرار گیرد. برای این منظور سیاستگذاران سلامت باید با شفاف‌سازی توزیع منابع و خدمات سلامت، وضعیت فعلی عدالت در نظام سلامت را ارزشیابی کنند تا آگاهی کاملی از آن به دست آورند. این پژوهش با هدف سنجش عدالت در توزیع جغرافیایی تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان انجام شد. نتایج این پژوهش، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت ایران به منظور مدیریت صحیح تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان قرار می‌دهد و به بهبود عدالت در دسترسی و استفاده از خدمات بیمارستانی استان کمک خواهد کرد.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی به صورت گذشته‌نگر با استفاده از داده‌های بیمارستانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی [۱۹] و داده‌های جمعیتی مرکز آمار ایران انجام شد [۱۸]. در این مطالعه از منحنی لورنز و ضریب جینی برای اندازه‌گیری عدالت در توزیع جغرافیایی تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان استفاده شد. در این پژوهش محور X درصد تجمعی جمعیت و محور Yدرصد تجمعی تخت‌های بیمارستانی را در نمودار منحنی لورنز تشکیل دادند (نمودار ۱). خط ۴۵ درجه در نمودار لورنز، توزیع برابری کامل منابع (تخت‌های بیمارستانی) را در جامعه نشان می‌دهد. هر قدر فاصله منحنی لورنز از خط برابری بیشتر باشد، نابرابری در توزیع تخت‌های بیمارستانی بیشتر است.



نمودار ۱- منحنی لورنز

شاخص ضریب جینی نسبت مساحت بین خط برابری و منحنی لورنز و مساحت کل زیر خط برابری است. فرمول محاسبه ضریب جینی در این پژوهش در زیر آمده است. در این فرمول G ضریب جینی، X_i نسبت تجمعی جمعیت، Y_i نسبت تجمعی تخت فعال بیمارستانی و K تعداد کل شهرستان‌ها است. ضریب جینی بین صفر و یک متغیر است. ضریب جینی صفر (انطباق منحنی لورنز با خط ۴۵ درجه) اشاره به توزیع کاملاً برابر منابع و ضریب جینی یک حاکی از نابرابری کامل در توزیع منابع است. ضریب جینی کمتر از ۰/۳ عدالت مطلوب، بین ۰/۳ و ۰/۴ عدالت معمولی، بین ۰/۴ و ۰/۶ هشدار بی‌عدالتی و بیش از ۰/۶ بیانگر بی‌عدالتی بسیار زیاد است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اکسل تحلیل شدند.

$$G = 1-\sum_{i=0}^{k-1}\{Y_{i+1} + Y_i\}\ \{X_{i+1} - X_i\}$$

یافته‌ها

تعداد ۵۴ بیمارستان با ۷,۰۱۴ تخت فعال در پایان سال ۱۳۹۵ در استان خوزستان وجود داشت. دانشگاه علوم پزشکی (۶۱٪) و سازمان تأمین اجتماعی (۱۱٪) بیشترین و بنیاد شهید و امور ایثارگران (۲٪) و سازمان‌های خیریه (۴٪) کمترین بیمارستان‌های استان خوزستان را تشکیل دادند. بیمارستان‌های دانشگاهی بیشترین تخت فعال استان خوزستان (۶۷٪) را در اختیار داشتند (جدول۱).

جدول ۱- بیمارستان‌ها و تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان به تفکیک نوع مالکیت در سال ۱۳۹۵

سازمان	بیمارستان		تخت فعال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دانشگاه علوم پزشکی	۳۳	۶۱/۱۱	۴,۷۰۲	۶۷/۰
سازمان تامین اجتماعی	۶	۱۱/۱۱	۴۹۰	۷/۰
شرکت نفت	۵	۹/۳	۵۶۲	۸/۰
بخش خصوصی	۴	۷/۴	۶۳۷	۹/۱
نیروهای مسلح	۳	۵/۶	۱۵۸	۲/۳
سازمانهای خیریه	۲	۳/۷	۳۴۴	۴/۹
بنیاد شهید و امور ایثارگران	۱	۱/۹	۱۲۱	۱/۷
کل	۵۴	۱۰۰	۷,۰۱۴	۱۰۰

بیمارستان‌های درمانی ۸۹٪ و بیمارستان‌های آموزشی، درمانی و پژوهشی ۱۱٪ بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دادند. حدود ۷۰٪ تخت‌های موجود در استان خوزستان در بیمارستان‌های درمانی قرار گرفته است (جدول ۲).

جدول ۲- بیمارستان‌ها و تخت‌های فعال بیمارستانی استان خوزستان به تفکیک مأموریت در سال ۱۳۹۵

نوع بیمارستان	بیمارستان		تخت فعال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
درمانی	۴۸	۸۸/۹	۴,۹۰۷	۷۰/۰
آموزشی، درمانی و پژوهشی	۶	۱۱/۱	۲,۱۰۷	۳۰/۰
کل	۵۴	۱۰۰	۷,۰۱۴	۱۰۰

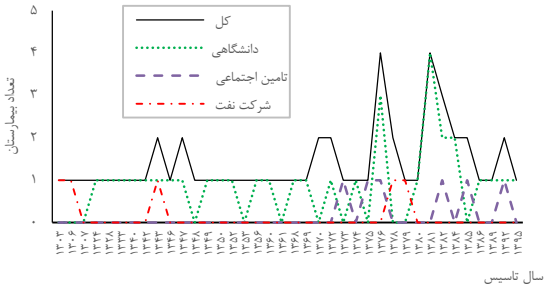
حدود ۸۵٪ بیمارستان‌های استان خوزستان عمومی و ۱۵٪ تخصصی بودند. بیمارستان‌های عمومی حدود ۸۸٪ تخت‌های فعال بیمارستانی استان را در اختیار داشتند. بیمارستان‌های زنان و زایمان (۳ بیمارستان) و روانپزشکی (۲ بیمارستان) بیشترین و بیمارستان‌های اطفال (۱ بیمارستان) و سرطان (۱ بیمارستان)، کمترین بیمارستان‌های تخصصی استان خوزستان بودند (جدول۳).

نمودار ۲ روند سال تأسیس بیمارستان‌های استان خوزستان را نشان می‌دهد. بیشترین تعداد بیمارستان‌های استان خوزستان در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۱ تأسیس شدند (۴ بیمارستان). دانشگاه علوم پزشکی، بیشترین بیمارستان را ساخته است

جدول ۳- بیمارستان‌ها و تخت‌های فعال بیمارستانی استان خوزستان به تفکیک نوع خدمات در سال ۱۳۹۵

نوع ارائه خدمت	بیمارستان		تخت فعال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عمومی	۴۶	۸۵/۲	۶,۱۳۹	۸۷/۶
زنان و زایمان	۳	۵/۶	۱۵۷	۲/۲
روانپزشکی	۲	۳/۸	۳۱۶	۴/۵
سوانح و سوختگی	۱	۱/۸	۹۰	۱/۳
اطفال	۱	۱/۸	۱۵۷	۲/۲
سرطان و انکولوژی	۱	۱/۸	۱۵۵	۲/۲
کل	۵۴	۱۰۰	۷,۰۱۴	۱۰۰

(نمودار۲). بیشترین تعداد تخت‌های استان خوزستان در سال ۱۳۸۱ ایجاد شدند (۷۹۹ تخت).



نمودار ۲- روند تأسیس بیمارستان‌های استان خوزستان به تفکیک مالکیت در سال ۱۳۹۵

در دو دهه اخیر از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۹۵ حدود ۴۶٪ (۲۵ بیمارستان) به بیمارستان‌های استان خوزستان و حدود ۴۸٪ (۳۰۶۶ تخت) به تخت‌های بیمارستانی استان اضافه شد (جدول ۴). حدود نیمی از بیمارستان‌های استان خوزستان در دهه‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۸۰ ساخته شده است.

حدود نیمی از بیمارستان‌های استان خوزستان بیش از ۲۰ سال قدمت دارند. بیمارستان امام خمینی شرکت نفت مسجد سلیمان (۹۲ سال)، بیمارستان امام خمینی صنعت نفت آبادان (۸۹ سال) و بیمارستان ۵۸۰ ارتش دزفول (۸۸ سال) قدیمی‌ترین بیمارستان‌های استان بودند (جدول ۵).

جدول ۴- بیمارستان‌ها و تخت‌های فعال بیمارستانی استان خوزستان به تفکیک زمان تأسیس در سال ۱۳۹۵

دهه	بیمارستان		تخت فعال	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دهه ۱۳۴۰	۹	۱۶/۷	۱,۵۶۳	۲۲/۳
دهه ۱۳۵۰	۴	۷/۴	۳۰۶	۴/۷
دهه ۱۳۶۰	۴	۷/۴	۴۷۱	۶/۷
دهه ۱۳۷۰	۱۴	۲۵/۹	۱,۸۶۲	۲۶/۵
دهه ۱۳۸۰	۱۴	۲۵/۹	۱,۹۹۱	۲۸/۴
نیم دهه ۱۳۹۰	۳	۵/۶	۱۷۳	۲/۵

جدول ۵- قدمت بیمارستان‌های استان خوزستان

قدمت	بیمارستان	
	تعداد	درصد
کمتر از ۱۰ سال	۷	۱۳/۰
۱۱ تا ۲۰ سال	۱۸	۳۳/۳
۲۱ تا ۳۰ سال	۸	۱۴/۸
۳۱ تا ۴۰ سال	۳	۵/۵
۴۱ تا ۵۰ سال	۸	۱۴/۸
۵۱ تا ۶۰ سال	۴	۷/۴
۶۱ تا ۷۰ سال	۲	۳/۷
۷۱ تا ۸۰ سال	۱	۱/۹
۸۱ تا ۹۰ سال	۲	۳/۷
بیشتر ۹۱ سال	۱	۱/۹
کل	۵۴	۱۰۰

میانگین تخت بیمارستان‌های استان خوزستان ۱۳۰ تخت بود. حدود ۸۱٪ بیمارستان‌های استان زیر ۲۰۰ تخت دارند. بیمارستان‌های گلستان اهواز (۶۰۷ تخت)، امام خمینی اهواز (۶۰۴ تخت) و دکتر گنجویان دزفول (۳۸۴ تخت) سه بیمارستان بزرگ استان خوزستان بودند (جدول ۶).

بیشترین تعداد بیمارستان‌ها و تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان در شهرستان‌های اهواز، دزفول و آبادان قرار دارند. شهرستان‌های اندیکا، هفتکل، هویزه، حمیدیه و باوی فاقد بیمارستان هستند (جدول ۷).

جمعیت استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ برابر با ۴,۷۱۰,۵۰۹

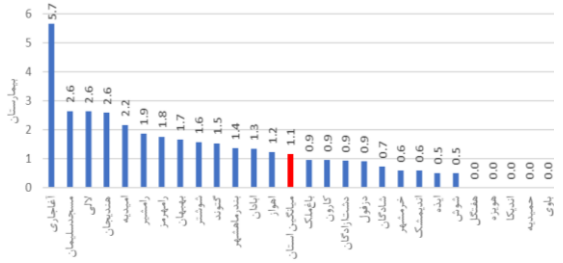
جدول ۷- بیمارستان‌ها و تخت‌های فعال بیمارستانی به تفکیک شهرستان‌های استان خوزستان

شهرستان	بیمارستان		تخت فعال		جمعیت		بیمارستان به ازای صد هزار نفر جمعیت	تخت به ازای هزار نفر جمعیت
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
اهواز	۱۶	۲۹/۶۲	۳,۵۷۷	۵۰/۹۹	۱,۳۰۲,۵۹۱	۲۷/۶۵	۱/۲	۲/۷
دزفول	۴	۷/۴۰	۵۴۴	۷/۷۵	۴۴۳,۹۷۱	۹/۴۲	۰/۹	۱/۲
آبادان	۴	۷/۴۰	۳۸۵	۵/۴۸	۲۹۸,۰۹۰	۶/۳۲	۱/۳	۱/۳
بندر ماهشهر	۴	۷/۴۰	۲۴۱	۳/۴۳	۲۹۶,۲۷۱	۶/۲۸	۱/۴	۰/۸
بهبهان	۳	۵/۵۵	۲۹۳	۴/۱۷	۱۸۰,۵۹۳	۳/۸۳	۱/۷	۱/۶
مسجد سلیمان	۳	۵/۵۵	۲۴۴	۳/۴۷	۱۱۳,۴۱۹	۲/۴۰	۲/۶	۲/۲
شوشتر	۳	۵/۵۵	۲۰۲	۲/۸۷	۱۹۲,۰۲۸	۴/۰۷	۱/۶	۱/۱
رامهرمز	۲	۳/۷۰	۱۵۷	۲/۲۳	۱۱۳,۷۷۶	۲/۴۱	۱/۸	۱/۴
امیدیه	۲	۳/۷۰	۱۲۸	۱/۸۲	۹۲,۳۳۵	۱/۹۶	۲/۲	۱/۴
کارون	۱	۱/۸۵	۲۶۱	۳/۷۲	۱۰۵,۸۷۲	۲/۲۴	۰/۹	۲/۵
خرمشهر	۱	۱/۸۵	۱۶۲	۲/۳۰	۱۷۰,۹۷۶	۳/۶۲	۰/۶	۰/۹
اندیمشک	۱	۱/۸۵	۱۳۶	۱/۹۳	۱۷۱,۴۱۲	۳/۶۳	۰/۶	۰/۸
شوش	۱	۱/۸۵	۱۳۱	۱/۸۶	۲۰۵,۷۲۰	۴/۳۶	۰/۵	۰/۶
شادگان	۱	۱/۸۵	۱۲۶	۱/۷۹	۱۳۸,۴۸۰	۲/۹۳	۰/۷	۰/۹
ایذه	۱	۱/۸۵	۱۱۷	۱/۶۶	۱۹۸,۸۷۱	۴/۲۲	۰/۵	۰/۶
دشت‌آزادگان	۱	۱/۸۵	۱۱۰	۱/۵۶	۱۰۷,۹۸۹	۲/۲۹	۰/۹	۱/۰
باغ‌ملک	۱	۱/۸۵	۹۵	۱/۳۵	۱۰۵,۳۸۴	۲/۲۳	۰/۹	۰/۹
رامشیر	۱	۱/۸۵	۲۹	۰/۴۱	۵۴,۰۰۴	۱/۱۴	۱/۹	۰/۵
آغاجاری	۱	۱/۸۵	۲۵	۰/۳۵	۱۷,۶۵۴	۰/۳۷	۵/۷	۱/۴
هندیجان	۱	۱/۸۵	۱۹	۰/۲۷	۳۸,۷۶۲	۰/۸۲	۲/۶	۰/۵
لالی	۱	۱/۸۵	۱۹	۰/۲۷	۳۷,۹۶۳	۰/۸۰	۲/۶	۰/۵
گتوند	۱	۱/۸۵	۱۳	۰/۱۸	۶۵,۴۶۸	۱/۳۸	۱/۵	۰/۲
هفتکل	۰	۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۲۲,۱۱۹	۰/۴۶	۰/۰	۰/۰
هویزه	۰	۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۳۸,۸۸۶	۰/۸۲	۰/۰	۰/۰
اندیکا	۰	۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۴۷,۶۲۹	۱/۰۱	۰/۰	۰/۰
حمیدیه	۰	۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۵۳,۷۶۲	۱/۱۴	۰/۰	۰/۰
باوی	۰	۰/۰۰	۰	۰/۰۰	۹۶,۴۸۴	۲/۰۴	۰/۰	۰/۰
کل	۵۴	۱۰۰	۷,۰۱۴	۱۰۰	۴,۷۱۰,۵۰۹	۱۰۰	۱/۱	۱/۵

جدول ۶- بیمارستان‌های استان خوزستان به تفکیک تعداد تخت‌های فعال

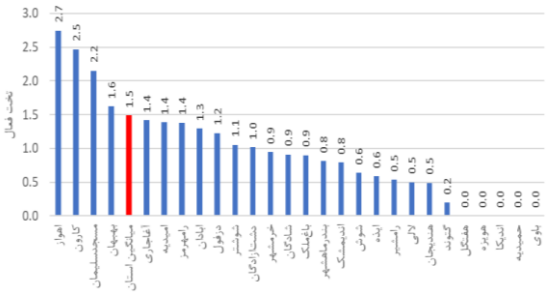
تعداد تخت	بیمارستان	
	تعداد	درصد
کمتر از ۱۰۰	۲۴	۴۴/۵
۱۰۰ – ۲۰۰	۲۰	۳۷/۰
۲۰۰ – ۴۰۰	۸	۱۴/۸
۴۰۰ – ۶۰۰	۰	۰/۰
۶۰۰ – ۸۰۰	۲	۳/۷
بالاتر از ۸۰۰	۰	۰/۰
جمع کل	۵۴	۱۰۰

نفر بود. بنابراین، تعداد ۱/۱۵ بیمارستان به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در استان خوزستان در این سال وجود داشت. شهرستان‌های آغاجاری، مسجد سلیمان و لالی بیشترین بیمارستان‌ها و شهرستان‌های اندیکا، حمیدیه و باوی کمترین بیمارستان را به ازای هر صد هزار نفر جمعیت داشتند (نمودار ۳).



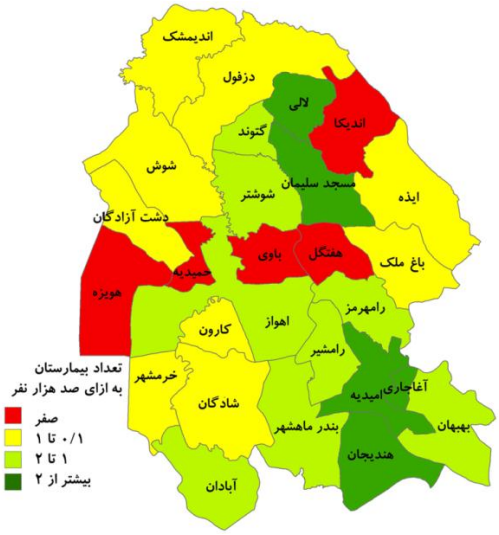
نمودار ۳- تعداد بیمارستان به ازای صد هزار نفر جمعیت
به تفکیک شهرستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۵

تعداد ۱/۴۹ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت در استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ وجود داشت. بیشترین تعداد تخت به ازای هزار نفر جمعیت به ترتیب مربوط به شهرستان‌های اهواز، کارون و مسجد سلیمان و کمترین تعداد تخت به ازای هزار نفر جمعیت به ترتیب مربوط به شهرستان‌های اندیکا، حمیدیه و باوی بود (نمودار۴).



نمودار ۴- شاخص تخت به ازای هزار نفر جمعیت
به تفکیک شهرستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۵

۵۰٪ شهرستان‌های استان خوزستان کمتر از یک بیمارستان به ازای هر صدهزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵ داشتند (۱۴ شهرستان). شهرستان‌های آغاجاری، مسجدسلیمان، لالی، هندیجان و امیدیه بیشتر از ۲ بیمارستان به ازای هر

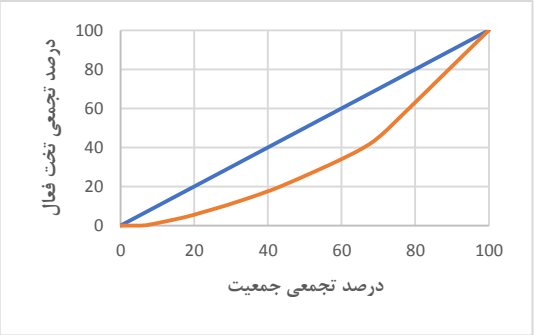


شکل ۲- وضعیت توزیع نسبت بیمارستان به ازای صد هزار نفر جمعیت در شهرستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۵

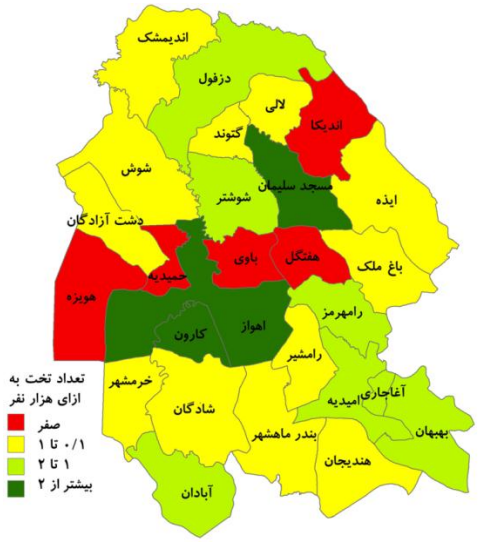
صدهزار نفر جمعیت و شهرستان‌های باغ ملک، کارون، دشت آزادگان، دزفول، شادگان، خرمشهر، اندیمشک، ایذه، شوش، هفتگل، هویزه، اندیکا، حمیدیه و باوی کمتر از یک بیمارستان به ازای هر صدهزار نفر جمعیت داشتند (شکل ۲).

بیشتر شهرستان‌های استان خوزستان کمتر از ۱ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵ داشتند (۱۷ شهرستان). شهرستان‌های اهواز، کارون و مسجد سلیمان بیشتر از ۲ تخت به هر هزار نفر جمعیت و شهرستان‌های خرمشهر، شادگان، باغ ملک، بندر ماهشهر، اندیمشک، شوش، ایذه، رامشیر، لالی، هندیجان، گتوند، هفتگل، هویزه، دشت آزادگان، اندیکا، حمیدیه و باوی کمتر از ۱ تخت به هر هزار نفر جمعیت داشتند (شکل ۳).

میزان ضریب جینی توزیع تخت‌های بیمارستانی در شهرستان‌های استان خوزستان نسبت به جمعیت هر شهرستان در سال ۱۳۹۵برابر با ۰/۳۳ بود (نمودار ۵).



نمودار ۵- منحنی لورنز توزیع تخت‌های فعال در بیمارستان‌های استان خوزستان نسبت به جمعیت هر شهرستان در سال ۱۳۹۵



شکل ۳- وضعیت توزیع نسبت تخت به ازای هزار نفر جمعیت در شهرستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش سنجش عدالت در توزیع جغرافیایی تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ بود. استان خوزستان در این سال ۴,۷۱۰,۵۰۹ نفر جمعیت، ۵۴ بیمارستان و ۷,۰۱۴ تخت فعال داشت. بنابراین، تعداد ۱/۱ بیمارستان به ازای هر صد هزار نفر جمعیت و ۱/۵ تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر جمعیت در استان خوزستان وجود داشت. در این سال، تعداد ۱/۲ بیمارستان به ازای هر صدهزار نفر جمعیت و ۱/۵ تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر جمعیت در کشور ایران وجود داشت [۱]. میانه نسبت تخت به ازای جمعیت در جهان و در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۱۲ میلادی به ترتیب برابر با ۲/۶ و ۰/۸ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت بود. همچنین، تعداد ۰/۹ بیمارستان به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در منطقه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۱۳ میلادی وجود داشت [۱۴]. استان خوزستان از نظر تعداد تخت به ازای جمعیت، وضعیت مشابهی با میانگین کشوری دارد و نسبت به منطقه مدیترانه شرقی وضعیت مطلوبی دارد. با این وجود، این شاخص برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت و دستیابی به دورنمای تعیین شده برای نظام سلامت کشور تا سال ۱۴۰۴، باید تا میزان ۲/۵ تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر جمعیت ارتقاء یابد.

شهرستان‌های اهواز، کارون و مسجد سلیمان بیشترین و شهرستان‌های اندیکا، حمیدیه و باوی کمترین تعداد تخت به ازای جمعیت را داشتند. شهرستان اهواز با ۲۸٪ جمعیت استان خوزستان حدود ۳۰٪ بیمارستان‌ها و ۵۱٪ تخت‌های بیمارستانی استان را به خود اختصاص داده است. کمبود تخت‌های بیمارستانی در شهرستان‌ها منجر به کاهش استفاده از خدمات بیمارستانی، افزایش بی‌عدالتی در سطح سلامتی مردم شهرستان‌ها، اعزام بیماران به مراکز استان‌ها، افزایش نارضایتی بیماران و در نهایت، افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. در مقابل، افزایش بی‌رویه تخت‌های بیمارستانی در مراکز استان‌ها منجر به افزایش میزان پذیرش‌های بستری بیماران و اتلاف منابع محدود نظام سلامت می‌شود.

حدود ۸۵٪ بیمارستان‌های استان خوزستان از نوع عمومی هستند. فقط هشت بیمارستان تخصصی در استان وجود داشت که بیشتر مرتبط با تخصص‌های زنان و زایمان و روانپزشکی بود. بیمارستان‌های تک تخصصی اگرچه منجر به ارائه خدمات تخصصی اثربخش به بیماران می‌شوند، ولیکن، با توجه به نیاز بیماران به خدمات متنوع بیمارستانی به ویژه به‌هنگام فوریت‌های پزشکی، چالش‌هایی برای مدیران بیمارستان‌ها ایجاد می‌کند و آنها مجبور به ارجاع بیمار به سایر بیمارستان‌ها یا توسعه تجهیزات و به کارگیری کادر متخصص در حوزه‌های دیگر هستند که هزینه‌زا است. تعداد تخت‌های تخصصی بیمارستان‌های استان خوزستان باید متناسب با نیازهای مردم منطقه تعیین شود. به ترتیب حدود ۸۹٪ بیمارستان‌ها و ۸۶٪ تخت‌های بیمارستانی استان از نوع دولتی یا شبه دولتی هستند. همچنین، حدود ۱۱٪ بیمارستان‌ها و ۳۰٪ تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان از نوع آموزشی درمانی هستند. مراجعه مردم کم درآمد جامعه به بیمارستان‌های دانشگاهی دولتی با توجه به تعرفه پایین آنها زیاد است. بنابراین، نسبت بیمارستان‌های آموزشی درمانی از کل بیمارستان‌ها باید طوری باشد که مردم به اندازه کافی امکان انتخاب بیمارستان‌های دانشگاهی دولتی غیر آموزشی را هم داشته باشند.

این پژوهش نشان داد که توزیع تخت‌های بیمارستانی در استان خوزستان نسبتاً عادلانه (ضریب جینی ۰/۳۳) است. بیشتر بیمارستان‌ها و تخت‌های بیمارستانی در شهرستان اهواز تجمع یافتند. مطالعه‌ای نشان داد که ضریب جینی توزیع تخت‌های بیمارستانی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵ برابر با ۰/۱۰۷ بوده است [۱]. به عبارتی، عدالت در توزیع تخت‌های بیمارستانی در استان خوزستان به مراتب کمتر از میانگین کشوری است. توزیع ناعادلانه منابع منجر به ارجاع بیماران به استان‌ها و شهرستان‌های برخوردار خواهد شد که هزینه بیشتری به بیماران و در نهایت، به نظام سلامت تحمیل خواهد شد و موجب نارضایتی بیماران خواهد شد. عدالت در سلامت حق اساسی مردم و ارزش اصلی پوشش همگانی سلامت است. بی‌عدالتی انصاف نیست و سیاستگذاران نظام سلامت با به کارگیری اقدامات مناسب باید آن را کاهش دهند. مداخلاتی باید برای افزایش دسترسی مردم نقاط محروم به منابع سلامت به کار گرفته شود. مداخلات بهبود عدالت منجر به افزایش دسترسی و استفاده از خدمات سلامت متناسب با نیاز مردم و محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت می‌شود.

سیاستگذاران نظام سلامت برای بهبود عدالت در نظام سلامت باید مداخلاتی هماهنگ در سطح عرضه و تقاضا به کار گیرند. مداخلات سطح عرضه شامل افزایش تعداد و پوشش منابع سلامت نظیر بیمارستان، مراکز بهداشتی و درمانی و تربیت و استخدام ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی است. در مقابل، مداخلات طرف تقاضا مانند افزایش پوشش بیمه سلامت اجتماعی، کاهش هزینه دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، حذف یا کاهش پرداخت مستقیم مردم برای دریافت خدمات سلامت و ارائه مشوق‌هایی برای استفاده از خدمات سلامت است. بنابراین، موانع سمت عرضه و تقاضای دسترسی و استفاده از خدمات سلامت باید شناسایی و رفع شوند. با وجود این، عوامل سیاسی اثرگذار است. به عنوان مثال، سیاستمداران شاید بیشتر متمایل به استفاده از مداخلات طرف عرضه باشند تا بهتر بتوانند نظر رأی‌دهنگان را جلب کنند. در

نتیجه، مداخلات طرف تقاضا کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در این‌صورت، ممکن است پدیده مصادره (تصرف) نخبگان[1] روی دهد و گروه کوچکی از افراد رتبه‌های بالای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی، از منابع جامعه به نفع خودشان به طور نامتناسب استفاده کنند. اگر مداخلات طرف عرضه هماهنگ با مداخلات طرف تقاضا نباشد، احتمال به وجود آمدن پدیده مصادره نخبگان وجود دارد و افراد ثروتمندتر بیشتر از توسعه بیمارستان‌ها استفاده خواهند کرد. به کارگیری مداخلات طرف عرضه مانند حذف یا کاهش پرداخت از جیب بیماران، اگرچه موجب افزایش تقاضا و استفاده از خدمات بیمارستانی می‌شود، ولیکن، بدون به کارگیری مداخلات طرف تقاضا منجر به کاهش کیفیت خدمات، کاهش انگیزه کارکنان بیمارستان‌ها و حتی ایجاد پدیده مصادره نخبگان می‌شود که در نهایت، مانع استفاده فقرا از خدمات سلامت خواهد شد.

افزایش کارایی بیمارستان‌ها و استفاده بهینه از تخت‌های موجود بیمارستانی و جلب مشارکت بخش خصوصی و خیریه برای ساخت و تجهیز بیمارستان‌های جدید راهکارهای مؤثر طرف عرضه برای بهبود عدالت در دسترسی به خدمات بیمارستانی در شرایط فعلی کشور است. افزایش غیرضروری تخت‌های بیمارستانی در یک جمعیت دارای پوشش بیمه سلامت، منجر به افزایش ارائه خدمات غیرضروری و در نتیجه، افزایش هزینه‌های سلامت و اتلاف منابع می‌شود. کارایی نظام سلامت برای بهبود عدالت، اثربخشی و دسترسی به خدمات سلامت ضروری است. حدود ۲۰٪ تا ۴۰٪ منابع سلامت به هدر می‌رود [۲۰]. میزان کارایی بیمارستان‌های ایران در حد متوسط است. یک مطالعه مرور منظم در سال ۱۳۹۶ با بررسی ۹۱ مقاله پژوهشی، کارایی بیمارستان‌های ایران را در دو دهه اخیر بین ۰/۵۸۴ و ۰/۹۹۸ برآورد کرد [۲۱]. میانگین درصد اشغال تخت بیمارستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ برابر با ۷۰٪ بود [۱۹]. به عبارتی، با توجه به استاندارد ۸۵ درصدی میزان اشغال تخت مطلوب یک بیمارستان، از ظرفیت ۱۰۵۲ تخت بیمارستانی استان به خوبی استفاده نمی‌شود. بنابراین، بدون افزایش تخت‌های بیمارستانی که هزینه‌زا است، با افزایش کارایی فنی و با هزینه کمتر می‌توان به نیازهای درمانی مردم پاسخ داد. سیاستگذاران نظام سلامت باید عدالت عمودی را هم در تخصیص تخت‌های بیمارستانی مورد توجه قرار دهند تا تعداد و نوع تخت‌های بیمارستانی متناسب با بار بیماری‌ها و نیاز مردم جامعه باشد. از طرف دیگر، تعداد تخت بهینه یک بیمارستان بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ تخت است [۲۱]. میانگین تخت بیمارستان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۹۵ برابر با ۱۳۰ تخت بود. حدود ۸۱٪ بیمارستان‌های استان خوزستان زیر ۲۰۰ تخت و ۴٪ بیمارستان‌ها بالای ۴۰۰ تخت دارند. به عبارتی، فقط ۱۵٪ بیمارستان‌ها با ظرفیت کارآمد ساخته شدند. بنابراین، در صورت نیاز به افزایش تخت‌های بیمارستانی استان، بهتر است بیمارستان‌های کوچک توسعه یابند و با افزایش تخت‌های آنها، کارایی مقیاسی[2] را افزایش داد.

نظام سلامت بسیار پیچیده است و گروه‌ها و افراد مختلفی باید به طور مستقیم و غیرمستقیم با هم کار کنند تا بتوان به نتایج سلامتی مورد انتظار دست یافت. بنابراین، سیاستگذاران نظام سلامت با توجه به تقدم پیشگیری بر درمان، باید بر ارائه خدمات یکپارچه سلامت[3] تأکید داشته باشند. ارائه هدفمند، هماهنگ و مؤثر خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی منجر به کاهش نیاز مردم جامعه به خدمات درمانی و در نتیجه، نیاز به تخت‌های بیمارستانی کمتر می‌شود. توسعه شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و ارائه خدمات منسجم ارتقای سلامت موجب کاهش بستری‌های غیرضروری بیماران در بیمارستان‌ها می‌شود [۲۲]. همچنین، ادغام مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی منجر به کاهش پذیرش بیماران در بیمارستان می‌شود. استفاده از مراقبت‌های پرستاری در خانه و خدمات خانه‌های پرستاری

1. Elite capture

2. Economies of scale

3. Integrated health services

نیز از اشغال غیرضروری تخت‌های بیمارستانی جلوگیری می‌کند [۲۳].

بیش از نیمی از بیمارستان‌های استان خوزستان (۵۴٪) دارای بیش از ۲۰ سال قدمت هستند. حدود ۱۹٪ بیمارستان‌ها نیز بالای ۵۰ سال قدمت دارند. قدمت بیمارستان‌ها منجر به افزایش هزینه‌ها، کاهش کارایی و افزایش نارضایتی کارکنان و بیماران می‌شود. با توجه به نوع مالکیت و اندازه بیمارستان باید در این زمینه تصمیم گرفت. پیشنهاد می‌شود که تعداد تخت‌های بیمارستان‌های قدیمی بسیار بزرگ را به حداکثر ۴۰۰ تخت کاهش داد تا منجر به کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی این بیمارستان‌ها شود. شبکه‌سازی و ادغام بیمارستان‌های بسیار قدیمی کوچک نیز راهکار دیگری برای افزایش کارایی بیمارستان‌ها است.

دولت نقش پر رنگی در ارائه خدمات بیمارستانی کشور دارد و با چالش‌هایی نظیر کمبود منابع سلامت و افزایش هزینه خدمات سلامت مواجه است که منجر به کاهش کیفیت خدمات سلامت می‌شود. ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش نیازمند مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی جامعه است [۲۴]. بخش خصوصی و خیریه حضور کمی در ارائه خدمات بیمارستانی استان خوزستان دارند (۱۱٪ بیمارستان‌ها و ۱۴٪ تخت‌های بیمارستانی استان). بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مشارکت بخش خصوصی و خیریه در ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها به خصوص در شهرستان‌های استان خوزستان به ویژه در زمان رونق اقتصادی تشویق شود. دسترسی مردم به خدمات سلامت، به‌ویژه در شرایط رکود اقتصادی محدود می‌شود. بنابراین، دولت در زمان رکود اقتصادی به توسعه تخت‌های بیمارستانی استان در صورت نیاز و کاهش پرداخت مستقیم مردم اقدام کند. مشارکت بخش خصوصی و خیریه در توسعه منابع سلامت منجر به افزایش کیفیت خدمات سلامت و حفظ ذخایر دولت برای زمان رکود اقتصادی می‌شود.

این پژوهش با استفاده از داده‌های سطح کلان، میزان عدالت در توزیع جغرافیایی تخت‌های بیمارستانی استان خوزستان را ارزشیابی کرد. مطالعات بعدی باید به بررسی عدالت در استفاده از خدمات سلامت و همچنین، عدالت در وضعیت سلامتی مردم این استان و استان‌های دیگر کشور بپردازد. همچنین، در این پژوهش، نحوه تخصیص بیمارستان و تخت بیمارستانی به ازای جمعیت مورد توجه قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود که از فرمول‌های مبتنی بر نیاز برای ارزشیابی عدالت در تخصیص منابع در پژوهش‌های آتی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «طراحی مدل کنترل استراتژیک بیمارستان‌های ایران» با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1396.4116 است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شد. بدین‌وسیله از داوران محترمی که با ارائه نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌شود.

تعارض در منافع

هیچ تعارضی بین نویسندگان در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

References

1. Mosadeghrad Am, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2020;24(6):12-36.[Persian]
2. World Health Organization. The world health report 2000-health systems: improving performance, 2000. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2020.
3. Höglund AT, Carlsson M, Holmström IK, Lännerström L, Kaminsky E. From denial to awareness: a conceptual model for obtaining equity in healthcare. International journal for Equity in Health. 2018;17(1):1-11.
4. Mosadeghrad AM, Hashempour R, Veisy M. Equity in geographical distribution of medical specialists in Iran. Journal of health-based research. 2017;3(1):25-37. [Persian]
5. Biermann F, Kanie N, Kim RE. Global governance by goal-setting: the novel approach of the UN sustainable development goals. Current opinion in environmental sustainability. 2017;26-27:26-31.
6. Rawls J. A theory of justice. Harvard University Press; 1971.
7. Walzer M. Spheres of justice: a defense of pluralism and equality. United States: Basic Books; 1984.
8. World Health Organization. Health System Equity, World Health Organization. 2015.
9. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. 1978.
10. World Health Organization. World health statistics 2010. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
11. Lyons AC. Masculinities, femininities, behaviour and health. Social and personality psychology compass. 2009;3(4):394-412.
12. Williams JS, Walker RJ, Egede LE. Achieving equity in an evolving healthcare system: opportunities and challenges. The American journal of the medical sciences. 2016;351(1):33-43.
13. Li J-L. Cultural barriers lead to inequitable healthcare access for aboriginal Australians and Torres Strait Islanders. Chinese nursing research. 2017;4(4):207-210.
14. World Health Organization. World health statistics 2015. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
15. World Health Organization. 10 facts on health inequities and their causes. [Accessed 2011 June 25]; Available from: https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/en/.
16. World Health Organization. Global monitoring report on financial protection in health 2019. World Health Organization. 2020:1-64
17. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran Tehran. 2015:92-110. [Persian]
18. Statistical Center of Iran. [Accessed 2019 March 14]; Available from: https://www.amar.org.ir/. [Persian]
19. Iran Ministry of Health. Hospital beds statistics.: Ministry of Health, Treatment deputy.; 2019 [Available from: http://avab.behdasht.gov.ir/rbp2/Rbp2/default/Default_body.asp Access date 2019/04/30.
20. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World health report. 2010:10-12.
21. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' Efficiency in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis of Two Decades of Research. payavard. 2017;11(3):318-331. [Persian]
22. Rosano A, Loha CA, Falvo R, Van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. The European Journal of Public Health. 2013;23(3):356-360.
23. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin P, et al. Impact of integrated home care services on hospital use. Journal of the American Geriatrics Society. 1999;47(12):1430-1434.
24. Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public private partnership in hospital operations: a case study. Payesh (Health Monitor). 2019;18(2):127-48. [Persian]

Equity in geographical distribution of hospital beds in Khuzestan Province

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Hamed Dehnavi[2], *Alireza Darrudi[3]

Abstract

Background: Equity in the health system is “people's access to the health services according to their needs, paying for healthcare based on the financial ability, and having an acceptable level of health”. Equitable distribution of hospital beds plays an important role in achieving the goal of universal health coverage. The purpose of this study was to evaluate equity in the geographical distribution of hospital beds in Khuzestan Province.

Materials and methods: Data from the Ministry of Health and the statistics center of Iran were used for this descriptive and cross-sectional study. Hospitals of Khuzestan Province in 2016 formed the research community. The equity in the distribution of hospital beds has been measured using the Lorenz curve and the Gini coefficient. Excel software was applied for data analysis.

Results: Khuzestan Province had a population of 4,710,509 and 54 hospitals with 7,014 active hospital beds in 2016. There were 1.1 hospitals per hundred thousand population and 1.5 hospital beds per thousand population in the province. The cities of Ahwaz, Karun, and Masjed Soleiman had the most hospital beds per people. About 30% of hospitals and 51% of hospital beds were in Ahvaz. The Gini coefficient of distribution of hospital beds in the cities of Khuzestan was 0.33.

Conclusion: The distribution of hospital beds in Khuzestan province using the Gini index was relatively fair. Policymakers and senior health managers should take measure to improve equity in the access of people to hospital beds.

Keywords: Resource allocation, Hospital Bed Capacity, Health equity

1. Associate professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. PhD student in health care management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. PhD Student in health economics, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author) a.darrudi91@gmail.com