

ارتقای کارآمدی استفاده از نیروی انسانی در خدمات سلامت باروری زنان در ایران؛ یک تحلیل هزینه-خدمت*

مجید داوری^۱، شهناز کهن^۲، بهناز انجذاب^۳، مژگان جوادنوری^۴

چکیده

مقدمه: استفاده مؤثر از نیروی انسانی یکی از عوامل کلیدی در کارآمدی نظام‌های سلامت شمرده شده است. همچنین دسترسی عادلانه‌ی افراد به خدمات قابل پرداخت، بر حسب نیاز نیز نشانه‌ی عادلانه بودن نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی تلقی می‌گردد. ارایه‌ی خدمات سلامتی، به ویژه سلامت باروری، به زنان به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر جامعه، یکی از اولویت‌های اصلی سیاست‌گذاران سلامت محسوب می‌شود. متخصصان زنان و کارشناسان مامایی برای ارایه‌ی برخی از خدمات سلامت باروری، توانمندی‌ها و مهارت‌های مشترکی دارند. این مقاله با هدف شناسایی هزینه-خدمت این خدمات، از منظر کارآمدی طراحی گردید.

روش بررسی: این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۰ در سه گام انجام شد. ابتدا برنامه‌ی درسی کارشناسان مامایی و متخصصین زنان مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. سپس پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ای، حاوی ۲۰ سؤال طراحی و روایی و پایایی آن تأیید گردید. در مرحله‌ی آخر، اطلاعات پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی توسط ۲۶۱ خانم در سنین باروری در ۹ دفتر کار مامایی و ۱۵ مطب پزشک متخصص زنان از فهرست مطب‌های سراسر شهر اصفهان جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۸} تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۱۴ خدمتی که هر دو گروه قابلیت و مهارت ارایه‌ی آن را داشتند، شناسایی و مورد بررسی قرار گرفتند. ۶۵ درصد از زنان مورد مطالعه، تحت پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی بودند و میانگین سنی آنان ۲۸ سال بود. عفونت‌های دستگاه تناسلی و مراقبت‌های دوران بارداری، شکایت شایع زنان برای مراجعه به متخصصان زنان و دفا تر مامایی بود. شایع‌ترین دلیل مراجعین در انتخاب متخصص زنان، اطمینان از مهارت آن‌ها و برای مطب‌های مامایی، هزینه‌ی قابل پرداخت خدمات بود. مراجعین دفا تر کار مامایی، زمان انتظار کمتر و طول ملاقات بیشتری داشتند و در کلیه‌ی ۱۴ خدمت هزینه‌ی کمتری پرداخت نموده بودند.

نتیجه‌گیری: اختصاص وقت متخصصان زنان به مراقبت‌های قابل انجام توسط کارشناسان مامایی با پرداخت هزینه‌های بیشتر و زمان انتظار طولانی‌تر می‌تواند نشانه‌ای از ناکارآمدی خدمات سلامت باروری تلقی گردد. از این‌رو، استفاده از سیستم ارجاع و تحت پوشش بیمه قرار گرفتن خدمات قابل ارایه توسط کارشناسان مامایی، می‌تواند سالانه بیش از ۲۵۰ میلیارد تومان صرفه‌جویی در بر داشته باشد و کارآمدی نظام ارایه‌ی خدمات سلامت باروری کشور را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: کارآمدی؛ هزینه‌ها؛ سلامت باروری؛ کارشناس مامایی.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰

ارجاع: داوری مجید، کهن شهناز، انجذاب بهناز، جوادنوری مژگان. ارتقای کارآمدی استفاده از نیروی انسانی در خدمات سلامت باروری زنان در ایران؛ یک تحلیل هزینه-خدمت. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۷): ۹۳۷-۹۲۹.

* این مقاله حاصل تکلیف پژوهشی درس «اقتصاد سیاست‌های سلامت» در دوره‌ی دکتری بهداشت باروری می‌باشد.

۱. دکتری تخصصی، اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، ایران.
۲. مربی، مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: kohan@nm.mui.ac.ir

۳. مربی، مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۴. مربی، مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران.

مقدمه

ارتقای سلامت افراد، پیامد مطلوب و ارزشمند سرمایه‌گذاری در برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت است (۱). برنامه‌ریزی برای تربیت، به کارگیری و توزیع نیروی انسانی عرضه کننده خدمات بهداشتی درمانی به صورت کارآمد، به عنوان محوری‌ترین عوامل بر سلامت هر جامعه تأثیرگذار می‌باشند (۲). سازمان جهانی بهداشت نیز علاوه بر کارآمدی در ارائه خدمات درمانی بر عدالت (Equity)، دسترسی و قابل قبول بودن کیفیت خدمات نیز تأکید دارد (۳). همچنین از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات سلامت، کیفیت مناسب خدمات ناظر بر کارآمدی است؛ به گونه‌ای که این خدمات بتواند نیازهای آن‌ها را به صورت مؤثری بر طرف نماید. از آنجا که در بسیاری از موارد، عدالت و کارایی به موازات هم پیش می‌روند، دسترسی عادلانه به خدمات بر حسب نیاز می‌تواند نشان دهنده کارآمد بودن نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی باشد (۴).

در این میان، توجه ویژه به گروه‌های آسیب پذیر که بخش عمده‌ای از جامعه را تشکیل می‌دهند، از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. زنان به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر و اغلب بدون درآمد مستقل در جامعه، در ارتقای سلامت خانواده و جامعه دارای نقش تعیین کننده‌ای هستند. منشور حقوق زنان در نظام جمهوری اسلامی ایران نیز بر حق سلامت زنان در بهره‌مندی و دسترسی به خدمات، حمایت‌ها و مراقبت‌های بهداشتی درمانی مورد نیاز و با کیفیت مناسب تأکید می‌نماید (۵). بنابراین ارائه مراقبت‌های سلامتی به ویژه خدمات سلامت باروری قابل دسترس و قابل پرداخت به زنان، یکی از وظایف اصلی سیاست‌گذاران بهداشتی یک جامعه محسوب می‌شود.

بیانیه کنفرانس جمعیت و توسعه قاهره، حفظ و ارتقای سلامت باروری را مورد تأکید قرار داده است و ابعاد متعددی، مثل آموزش دوران بلوغ و مشاوره نوجوانی، خدمات دوران بارداری و زایمان، تنظیم خانواده، غربالگری سرطان‌های زنان و اداره بیماری‌های مقاربتی و مشکلات جنسی و مسایل و

مشکلات یائسگی را برای آن مطرح کرده است (۶). به علاوه، بهبود سلامت مادران نیز به عنوان یکی از هشت هدف توسعه‌ی هزاره، جهت کاهش عوارض باروری زنان مورد تأکید قرار گرفته است (۷).

سلامت باروری به معنای سلامت کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی مربوط به سیستم تولید مثل و روند و عملکرد آن در طول زندگی هر فرد می‌باشد (۸). سلامت باروری زنان در جهان، آسیب‌های جدی دیده است؛ در ایران نیز مطالعات متعددی تلاش کرده‌اند تا گستردگی و تأثیر عوارض باروری بر سلامت و کیفیت زندگی زنان را نشان دهند، از جمله نتایج مطالعه‌ی رضوانی تهرانی و همکاران حاکی از شیوع عفونت‌های سیستم تناسلی (۳۷/۶ درصد)، شلی‌های لگنی (۴۰/۴ درصد) و خونریزی غیر طبیعی رحمی (۳۱ درصد) بود. آن‌ها نتیجه گرفتند که با توجه به شیوع عوارض باروری در زنان، ارائه‌ی خدمات جامع سلامت باروری باید مورد بازنگری و توجه قرار گیرد (۹).

با وجود تربیت نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات سلامت باروری، نتایج مطالعه‌ی مظلومی و همکاران نشان داد که زنان از خدمات مناسب در این زمینه برخوردار نیستند. به طور مثال، ۵۳ درصد زنان از روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری و ۷۲ درصد از پاپ اسمیر و خودآزمایی پستان، ۵۴ درصد از اثر حفاظتی کاندوم در پیشگیری از انتقال ایدز و بیماری‌های مقاربتی اطلاع نداشتند (۱۰). همچنین شیوع حاملگی ناخواسته در مصرف کنندگان روش‌های پیشگیری ۲۲ درصد و شیوع سزارین ۳۷ درصد بوده است؛ در حالی که سازمان جهانی بهداشت میزان ۱۵-۱۰ درصد سزارین را ایمن می‌داند.

گسترده‌ی عوارض سلامت باروری و اهمیت حفظ سلامتی زنان، ارائه و دسترسی به خدمات سلامت باروری کارآمد را از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌کند. کارآمدی در خدمات هنگامی تأمین می‌شود که بیشترین بهره‌وری با کمترین هزینه یا بیشترین و با کیفیت‌ترین خدمات با هزینه‌های مناسبی به دست آیند و از طرفی، منابع در مسیریابی به کار گرفته شود

روش بررسی

برای انجام این مطالعه‌ی تحلیلی-مقطعی، ابتدا برنامه‌ی درسی کارشناسان مامایی و متخصصین زنان از نظر آموزش‌ها و مهارت‌های مشترک در ارائه‌ی خدمات سلامت باروری بر اساس سر فصل دروس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

سپس با مراجعه به بخشنامه‌ها و مراکز ارائه‌ی خدمات زنان و مامایی در مراکز دولتی و خصوصی، فهرستی از خدمات مشترک قابل ارائه توسط این دو گروه جمع‌آوری شد. فهرست به دست آمده شامل ۱۰ خدمت درمانی و ۴ خدمت مشاوره‌ای بود (جدول ۱).

جدول ۱: فهرست خدمات مشابه سلامت باروری قابل ارائه توسط کارشناسان مامایی و متخصصین زنان

ردیف	مهارت
۱	انجام معاینه‌ی زنان با اسپاکولوم و تشخیص عفونت مهبل و سرویکس
۲	انجام پاپ اسمیر و تهیه‌ی کشت دهانه‌ی رحم
۳	انجام معاینه‌ی دقیق و صحیح پستان
۴	انجام آموزش و مشاوره‌ی سلامت باروری
۵	گذاشتن آی یو دی
۶	خارج کردن آی یو دی
۷	کنترل آی یو دی
۸	ارایه‌ی آموزش و مشاوره در مورد تنظیم خانواده و مسایل جنسی
۹	انجام مراقبت و مشاوره‌ی قبل از بارداری در مورد بیماران غیر پیچیده
۱۰	انجام مراقبت‌های روتین پره‌ناتال در مورد بیماران غیر پیچیده
۱۱	انجام زایمان واژینال غیر پیچیده
۱۲	ارایه‌ی خدمات پس از زایمان و شیردهی
۱۳	ارایه‌ی خدمات مشاوره‌ی دوران شیردهی
۱۴	کنترل رشد و تکامل کودکان در موارد غیر پیچیده

در مرحله‌ی بعد با توجه به فهرست خدمات به دست آمده،

که بیشترین منفعت را عاید جامعه نماید یا بیشترین افراد جامعه، به خصوص گروه‌های آسیب پذیر از آن بهره‌مند شوند. در واقع، کارآمدی اصل مهمی در برنامه‌ریزی خدمات سلامتی است، زیرا منابع در دسترس برای تأمین سلامت اعم از مادی و انسانی، محدود هستند و نیازها و انتظارات جامعه بسیار متنوع و حتی نامحدود می‌باشند؛ بنابراین لازم است از منابع موجود حداکثر استفاده‌ی ممکن صورت پذیرد (۴).

کارشناسان مامایی، پزشکان عمومی و متخصصان زنان، سه گروه از متخصصانی هستند که در طول دوره‌ی تحصیل، آموزش‌های دانشگاهی و حرفه‌ای و آمادگی‌های لازم برای ارائه‌ی خدمات سلامت باروری را کسب می‌کنند. از این سه گروه، کارشناسان مامایی و متخصصین زنان به صورت تخصصی‌تر و با تمرکز بیشتر در این زمینه، مهارت می‌آموزند و در برخی از خدمات سلامت باروری، مهارت‌های مشترکی کسب می‌کنند.

گسترده‌ی عوارض باروری (۱۰) و مشکلات زیادی که برای تأمین مالی خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد (۱۱-۱۲)، اهمیت کارآمدی در ارائه‌ی خدمات سلامت باروری در زنان، به عنوان قشر آسیب پذیر و اغلب بدون درآمد مستقل، را بهتر نشان می‌دهد. این اهمیت به ویژه هنگامی روشن‌تر می‌شود که به بیش از یک میلیون بارداری سالانه در کشور و توصیه و انجام ۶ مراقبت (به طور متوسط) برای هر بارداری توجه شود (۱۳). به عبارت دیگر، سالانه حداقل ۶ میلیون خدمت برای مراقبت‌های دوران بارداری در کشور صورت می‌گیرد. بنابراین بررسی و تحلیل وضعیت دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌های آن ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، هدف این تحقیق انجام یک مطالعه‌ی تحلیلی جهت شناسایی هزینه‌های پرداخت شده برای خدمات مشابه از دو گروه حرفه‌ای مجاز برای ارائه‌ی این خدمات، یعنی کارشناسان مامایی و متخصصان زنان، از منظر اقتصادی بود. در این مطالعه، نقش سازمان‌های بیمه‌گر در پوشش هزینه‌های این خدمات و تأثیر آن در جهت‌دهی به نحوه‌ی دریافت این خدمات از دو گروه تحت بررسی نیز مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌ها

مرور سر فصل دروس دوره‌های آموزشی نشان داد که کارشناسان مامایی طی یک دوره‌ی چهار ساله با گذراندن ۴۱ واحد نظری و عملی، ۱۲ واحد کارآموزی و ۱۴ واحد کارورزی در زمینه‌ی خدمات سلامت باروری آموزش می‌بینند و مهارت‌های کافی برای ارائه‌ی خدمات در مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت کامل زایمان‌های طبیعی، مراقبت‌های پس از زایمان، انجام مشاوره و آموزش در سلامت باروری، تشخیص و درمان بیماری‌های زنان، غربالگری سرطان‌های زنان، درمان عفونت‌های واژن و سرویکس و تجویز روش‌های پیشگیری از بارداری را کسب می‌نمایند (۱۴). از طرف دیگر، متخصصین زنان در دوره‌ی پزشکی عمومی ۶ واحد کارآموزی بخش زنان و مامایی و ۴ واحد نظری بیماری‌های زنان و زایمان را طی می‌کنند و در دوره‌ی چهار ساله‌ی دستیاری در کلیه‌ی خدمات سلامت باروری زنان به صورت تخصصی دانش و مهارت‌های گسترده‌ای را کسب می‌کنند (۱۵).

پرسش‌نامه‌ی توسط پژوهشگران طراحی گردید. این پرسش‌نامه حاوی ۲۰ سؤال در مورد نوع خدمات دریافتی، میزان هزینه‌های پرداختی، پوشش بیمه‌ای، مدت زمان انتظار و مدت زمان ملاقات بود. روایی پرسش‌نامه با قضاوت ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی، کارشناسان ارشد مامایی و متخصصین بهداشت باروری تعیین گردید و پایایی آن توسط ۱۲ تن از دریافت کنندگان خدمات با روش آزمون مجدد مورد تأیید قرار گرفت.

حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه و تعداد ۲۶۰ نمونه حاصل شد. ۹ دفتر کار مامایی و ۱۵ مطب پزشک متخصص زنان به طور تصادفی از فهرست مطب‌های سراسر شهر اصفهان انتخاب گردید. با نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک، پرسش‌نامه به روش مصاحبه از ۲۶۱ خانم در سنین باروری که برای دریافت خدمات سلامت باروری سرپایی غیر اورژانس به دفتر کار ماماها و مطب‌های پزشکان مراجعه کرده بودند، تکمیل گردید. داده‌های مطالعه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۸} مورد تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۲: مقایسه‌ی هزینه- خدمت متخصصین زنان و کارشناسان مامایی در خدمات مشابه

ردیف	متغیرها	ارایه دهنده	متخصصین زنان	کارشناسان مامایی	P-value
۱	تعداد نمونه‌ها		۱۵۶ نفر	۱۰۵ نفر	-
۲	میانگین مدت زمان انتظار در مطب (دقیقه)		۸۴ ± ۱۴	۳۲ ± ۸	<۰/۰۰۱
۳	میانگین مدت زمان ملاقات (دقیقه)		۸ ± ۲	۲۳ ± ۴	<۰/۰۰۱
۴	نسبت ارایه‌ی خدمت مشاوره‌ای سلامت باروری به کل خدمات (درصد)		۷	۳۵	<۰/۰۰۱
۵	میانگین هزینه‌ی کل (بر حسب ریال) برای دریافت هر یک از ۱۳ خدمت (به جز زایمان)		۱۶۰۰۰۰ ± ۳۰۰۰۰	۶۰۰۰۰ ± ۱۵۰۰۰	<۰/۰۰۱
۶	میانگین هزینه‌ی مستقیم پرداختی بیمه شدگان (بر حسب ریال) برای دریافت هر یک از ۱۳ خدمت (به جز زایمان)		۱۰۵۰۰۰ ± ۲۳۰۰۰	۶۰۰۰۰ ± ۱۵۰۰۰	<۰/۰۰۱
۷	میانگین هزینه‌ی کل ۶ مراقبت بارداری و ۲ مراقبت بعد از زایمان (بر حسب ریال)		۱۰۰۰۰۰ ± ۱۲۰۰۰۰	۴۴۰۰۰۰ ± ۶۰۰۰۰	<۰/۰۰۱
۸	میانگین هزینه‌ی مستقیم پرداختی بیمه شدگان برای ۶ مراقبت بارداری و ۲ مراقبت بعد از زایمان (بر حسب ریال)		۷۸۰۰۰۰ ± ۹۴۰۰۰	۴۴۰۰۰۰ ± ۶۰۰۰۰	<۰/۰۰۱
۹	میانگین هزینه‌ی زایمان طبیعی (بر حسب ریال)		۳۰۰۰۰۰ ± ۲۰۰۰۰۰	۱۳۰۰۰۰۰ ± ۱۰۰۰۰۰	<۰/۰۰۱

زیادی برخوردارند. به علاوه، نیاز به حداقل شش مراجعه به ازای هر بارداری (۹) و وجود سالیانه بیش از یک میلیون بارداری در کشور (۱۶) نیز تأیید می‌کند که نیاز به خدمات سلامت باروری زنان، یکی از شایع‌ترین مراقبت‌های مورد نیاز زنان در دوران باروری است.

از میان سه دلیل عمده‌ی انتخاب پزشک متخصص زنان برای دریافت مراقبت‌های مورد بررسی، ۹۰ درصد زنان، «مهارت بیشتر» را مهم‌ترین دلیل انتخاب خود عنوان کردند و پوشش بیمه‌ای برای هزینه‌ی ویزیت و داروها را به عنوان عوامل مهم بعدی ذکر نمودند. این در حالی بود که به ترتیب، دریافت خدمات مشاوره‌ای بیشتر، دسترسی بهتر با مدت انتظار کوتاه‌تر، وقت ملاقات بیشتر و هزینه‌ی پایین‌تر، از دلایل اصلی مراجعه به مطب‌های مامایی ذکر شده بود. این موضوع، از یک سو بیانگر اهمیت مراقبت‌های سلامت نزد خانواده‌ها و از سوی دیگر تأییدی بر صحت اصل «بازار ناموفق در مراقبت‌های بهداشتی درمانی» (۱۸-۱۷) می‌باشد و اهمیت سیاست‌گذاری در بازار مراقبت‌های سلامت را نشان می‌دهد.

اینکه متخصصان زنان دانش و مهارت بیشتری نسبت به کارشناسان مامایی دارند و به طور طبیعی نزد بانوان از اعتماد بالاتری برخوردارند، موضوع قابل انتظاری است. اما موضوع این مطالعه تنها مقایسه‌ی آن دسته از خدماتی بود که هم از لحاظ دانش و هم از منظر مهارت، توسط هر دو گروه مورد بررسی، قابل ارایه و مورد تأیید مراجع قانونی هستند. این موضوع به ویژه با توجه به محدودیت منابع، اعم از منابع مالی و نیروی انسانی و نیازهای متنوع و فراوان زنان و نیز مسؤولیت مدیران نظام ارایه‌ی خدمات درمانی در تأمین خدمات مورد نیاز زنان جامعه، قابل بحث و بررسی می‌باشد.

با وجود اینکه بیش از ۸۰ درصد بارداری‌ها کم‌خطر و طبیعی هستند (۱۳) و کارشناسان مامایی کفایت مناسبی برای مراقبت از آن را دارند (۱۹)، همچنین درمان اغلب عفونت‌های تناسلی در حیطه‌ی شرح وظیفه‌ی کارشناسان مامایی است (۲۰)، اما اغلب زنان (بیش از ۷۰ درصد) برای دریافت این خدمات به متخصصین زنان مراجعه داشتند. همچنین مراجعین

از ۲۶۱ خانمی که مورد پرسش قرار گرفتند، ۱۰۵ نفر از دفتر کار ماما و ۱۵۶ نفر از مطب متخصص زنان انتخاب شدند. میانگین سنی مراجعین 4 ± 28 سال و شایع‌ترین شکایت هنگام مراجعه به متخصص زنان (۶۰ درصد) و دفاتر مامایی (۷۲ درصد) عفونت‌های مهبلی و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بود. میانگین تعداد مراجعین روزانه‌ی دفاتر مامایی ۹ نفر و مطب متخصصین ۳۲ نفر بود. ۶۵ درصد زنان تحت پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی بودند. نتایج مقایسه‌ی هزینه‌ی خدمت متخصصین زنان و کارشناسان مامایی از نظر متغیرهای مدت زمان انتظار، مدت زمان ملاقات، نسبت خدمت مشاوره‌ای و هزینه در کلیه‌ی خدمات قابل ارایه برای هر دو گروه مورد بررسی، در جدول ۲ خلاصه گردیده است.

در بررسی علت انتخاب پزشک یا ماما برای دریافت خدمات سلامت باروری، شایع‌ترین علل در مراجعین به پزشکان، سه عامل اطمینان از مهارت پزشکان (۹۰ درصد)، پوشش بیمه‌ای برای هزینه‌ی ملاقات با پزشک (۷۰ درصد) و وجود پوشش بیمه‌ای برای هزینه‌ی داروها (۶۰ درصد) بیان شد. در حالی که دلایل اصلی مراجعین مطب‌های مامایی دریافت خدمات مشاوره‌ای (۷۰ درصد)، مدت انتظار کوتاه (۶۵ درصد) و هزینه‌ی قابل پرداخت خدمات (۸۵ درصد) بود.

بحث

این مطالعه به منظور مقایسه و تحلیل هزینه-خدمت در ارایه‌ی خدمات سلامت باروری مشابه توسط ماماها و متخصصین زنان انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که در کنار متخصصین زنان، ماماها نیز از آموزش‌های مناسبی برای ارایه‌ی خدمات عمومی مورد نیاز زنان در دوران باروری برخوردارند. اهمیت این توانایی به ویژه با توجه به نیاز فراوان زنان در خور اهمیت است. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که از بین خدمات مشترک متخصصین زنان و ماماها، شایع‌ترین خدمات مورد درخواست زنان در سنین باروری، مراقبت‌های دوران بارداری و عفونت‌های مهبلی بودند. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که عفونت‌های سیستم تناسلی با شیوع $37/6$ درصد (۹) در بین زنان از اهمیت

مقایسه‌ی آن دسته از خدماتی است که از لحاظ دانش و مهارت، توسط هر دو گروه مورد بررسی، قابل ارایه هستند. توجه به توانایی‌ها، میزان هزینه‌ها و سادگی نسبی خدمات مورد بررسی از یک سو و عنایت به محدودیت منابع مالی و انسانی از سوی دیگر نشان می‌دهد که روند فعلی ارایه‌ی خدمات به زنان در دوران باروری می‌تواند با هزینه‌های کمتر و بدون احتمال کاهش کیفیت تغییر یابد. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد خدمات زنان در کشور می‌تواند با کارآمدی اقتصادی مطلوب‌تری ارایه شود.

ریشه‌ی این نامطلوبی از چند جهت قابل بررسی و توجه است. نخست اینکه با تخصیص وقت متخصص زنان به موارد ساده‌تر و قابل انجام توسط کارشناسان مامایی، در واقع از سرمایه‌گذاری برای آموزش و تربیت متخصص زنان استفاده‌ی صحیح و کارآمد نشده است. از سوی دیگر، عدم استفاده‌ی صحیح از توانایی کارشناسان مامایی نیز منجر به ناکارآمدی سرمایه‌گذاری برای تربیت ماما شده است. این در حالی است که یکی از مهم‌ترین راهکارهای افزایش کارایی نظام سلامت، آموزش نیروهای متخصص در سطوح مختلف و به کارگیری صحیح توانمندی‌های آنان در ارایه‌ی خدماتی است که برای آن تربیت شده‌اند (۴).

در نظام‌های سلامت، نیروی انسانی به عنوان بخش کلیدی در استفاده‌ی مؤثر یا مسرفانه‌ی منابع تخصیص داده شده به این بخش، به شمار می‌روند. هر هزینه‌ای برای عرضه‌ی بهتر این خدمات به وسیله‌ی این نیروها، بهترین سرمایه‌گذاری است. استفاده‌ی نامناسب از نیروهای انسانی بخش سلامت باعث هدر رفتن مهم‌ترین سرمایه‌ی هر کشور یعنی نیروی انسانی ماهر است (۲۳). مشکل سومی که وجود دارد این است که متخصصان زنان با پرداختن به مشکلات ساده‌تر، فرصت کافی برای پرداختن به موارد پیچیده‌تر و تخصصی‌تر را از دست می‌دهند و شاید بیماران نیازمند به آن خدمات تخصصی، از دریافت به موقع آن خدمات محروم شوند. نکته‌ی چهارم، صرف هزینه‌های خدمات تخصصی برای دریافت خدمات ساده‌تر است. این نحوه‌ی هزینه کردن چه به طور مستقیم

به پزشک زنان برای ۸ دقیقه ملاقات، به طور متوسط ۸۰ دقیقه منتظر بودند؛ اما مراجعین به کارشناسان مامایی بعد از ۳۲ دقیقه انتظار می‌توانستند ۲۳ دقیقه از وقت ماما را به خود اختصاص دهند. مقایسه‌ی میانگین‌ها در این مورد، اختلاف معنی‌داری بین مراجعین متخصصین زنان و ماماها نشان داد. مطالعه‌ی دیگری نیز نشان داد که طول مدت ملاقات پزشکان متخصص به طور متوسط ۲۱ دقیقه بوده است؛ که در موارد خاصی مثل بیماری‌های مزمن و انجام غربالگری و معاینه‌ی فیزیکی ۳ تا ۵ دقیقه افزایش داشته است (۲۱).

در حالی که پزشکان حدود ۷ درصد خدمات مشاوره‌ای را ارایه داده‌اند، ۳۵ درصد خدمات ارایه شده توسط ماماها به صورت خدمات مشاوره‌ای در زمینه‌ی سلامت باروری از جمله مشاوره‌ی جنسی، تنظیم خانواده، قبل بارداری و شیردهی بوده است. جمعیت مامایی کانادا نیز زمان ملاقات بیشتر (۲۰-۳۰ دقیقه)، حمایت‌های روانی و خدمات مشاوره‌ای بهتر، تداوم خدمات دوران بارداری تا بعد از زایمان و شیردهی و نیز تشویق زنان به زایمان واژینال را از دلایل نیاز به استفاده‌ی بیشتر از خدمات مامایی ذکر کرده است (۲۲).

مقایسه‌ی میانگین هزینه‌ی پرداخت شده در هر یک از ۱۳ خدمت مشابه (به جز زایمان) در مطب متخصص زنان با یا بدون در نظر گرفتن پوشش بیمه، تفاوت معنی‌داری را با هزینه‌ی پرداخت شده در دفاتر مامایی نشان داد (جدول ۲). قابل توجه است با وجود اینکه خدمات ارایه شده توسط کارشناسان مامایی تحت پوشش بیمه نبود، هزینه‌ی پرداخت شده توسط بیمار برای دریافت خدمات مشابه، برای پزشکان نزدیک به دو برابر در مقایسه با ماماها بود. به عبارت دیگر، پوشش بیمه‌ای خدمات پزشکان متخصص باعث کاهش میزان پرداخت مستقیم بیماران برای دریافت خدمات نشده است. هزینه‌های زایمان طبیعی نیز توسط متخصصان زنان به وضوح بیشتر از کارشناسان مامایی و حدود سه برابر بود (جدول ۲). اگر چه بالاتر بودن هزینه‌های ارایه‌ی خدمات توسط متخصصان زنان در مقایسه با کارشناسان مامایی نیز موضوعی قابل انتظار و طبیعی است، اما چنانچه گفته شد، موضوع این مطالعه تنها

افزایش کارآمدی به نوبه‌ی خود منجر به صرفه‌جویی ده‌ها میلیارد تومان سالانه می‌شود، که با هزینه کردن آن برای تحت پوشش قرار دادن سایر خدمات و یا افراد بیشتر، می‌توان عدالت در سلامت را نیز افزایش داد.

این مطالعه نشان داد که انجام ارزیابی‌های اقتصادی مثل مطالعات هزینه- خدمت و هزینه- اثربخشی می‌تواند در راستای بهبود کارآمدی و عدالت در نظام ارایه‌ی خدمات درمانی به سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت کمک نماید. با این حال استفاده از این گونه مطالعات در تعیین فرایندها و اولویت‌بندی سازمان‌های بیمه‌گر کشور هنوز به طور جدی مورد توجه قرار نگرفته است. شواهد متعددی از کشورهای پیشرفته و در حال توسعه نیز نشان می‌دهد که با وجود اهمیت معیار هزینه- اثربخشی، استفاده از آن در فرآیند اولویت‌گذاری بیمه‌های درمانی، محدود است و تخصیص نامناسب منابع موجب افزایش بی‌عدالتی در سلامت شده است (۲۵).

نتیجه‌گیری

استفاده‌ی صحیح، مؤثر و به‌جا از توانمندی‌های متخصصان زنان و کارشناسان مامایی می‌تواند تأثیر قابل توجهی در جلوگیری از ده‌ها میلیارد تومان هزینه‌های ناب‌جا داشته باشد و در نهایت کارآمدی نظام ارایه‌ی خدمات به زنان کشور را بهبود بخشد. این بهبود می‌تواند به نوبه‌ی خود باعث ارتقای شاخص‌های عدالت در نظام ارایه‌ی خدمات درمانی نیز بشود.

پیشنهادها

طراحی سیستم ارجاع در خدمات سلامتی باروری از ماما به متخصص زنان و پوشش بیمه‌ای خدمات ماماها از عوامل کلیدی در اصلاح روند فعلی هستند و می‌توانند به طور مؤثری به این ارتقا کمک نمایند.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه‌ی یکایک نمونه‌ها که اجرای این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود، قدردانی می‌شود.

توسط مردم پرداخت گردد یا توسط سازمان‌های بیمه‌گر، در نهایت توسط جامعه هزینه می‌شود و در واقع یکی از ریشه‌های قابل توجه ناکارآمدی در نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی به زنان جامعه است.

ردیف ۵ از جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین اختلاف هزینه‌های خدمات برای زنان بارور، حدود ۱۰۰۰۰ تومان می‌باشد. با توجه به اینکه تعداد زنان سنین باروری جامعه بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۸۵ کشوری بیش از ۱۲ میلیون نفر (۱۶) و حداقل تعداد خدمات مشابه سلامت باروری مورد نیاز هر یک از این زنان، به طور متوسط ۳ خدمت در سال می‌باشد (یک خدمت تنظیم خانواده یا مراقبت بارداری، یک خدمت غربالگری سرطان زنان، یک خدمت عفونت‌های دستگاه تناسلی) (۲۴)؛ مبلغ این اختلاف هزینه، سالانه برابر با ۳۶۰ میلیارد تومان برآورد می‌شود. به همین ترتیب و با توجه به بیش از یک میلیون بارداری سالانه در کشور و اینکه بیش از ۵۰ درصد زایمان‌ها به صورت طبیعی انجام می‌شود، بر اساس نتایج ذکر شده در ردیف ۹ جدول ۲، مبلغ اختلاف هزینه برای انجام زایمان طبیعی توسط دو گروه مورد بررسی، سالانه برابر با ۸۵ میلیارد تومان می‌باشد. همچنین با در نظر گرفتن اینکه در حال حاضر، مراجعین کمتر از ۳۰ درصد خدمات مشابه را از کارشناسان مامایی دریافت می‌کنند، سالانه حدود ۲۵۰ میلیارد تومان هزینه‌ی اضافی برای دریافت خدمات مشابه به متخصصان زنان پرداخت می‌شود. در حالی که تأثیر تشویق احتمالی برای انجام عمل سزارین و نیز تفاوت الگوی نسخه‌نویسی متخصصان زنان و کارشناسان مامایی در محاسبه‌ی این مبالغ در نظر گرفته نشده است.

با توجه به اهمیت کارآمدی در نظام ارایه‌ی خدمات درمانی و جلوگیری از هدر رفتن منابع به نظر می‌رسد در صورتی که نظام ارایه‌ی خدمات درمانی یک برنامه‌ی جامع ارجاع برای خدمات زنان تهیه نماید و خدمات کارشناسان مامایی را تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار دهد، از منابع مالی و انسانی خود، شامل متخصصان زنان و کارشناسان مامایی، استفاده‌ی بهتری می‌نماید و کارآمدی نظام سلامت را بهبود می‌بخشد. این

References

1. Aday LA. Evaluating the healthcare system: effectiveness, efficiency, and equity. 3rd ed. Chicago: Health Administration Press; 2004. p. 122-4.
2. Asefzade S. Principles of Health Economics. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences Publications; 2007. p. 3-9. [In Persian].
3. Smith PC, Mossialos E, Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
4. Witter S. Health Economics for Developing Countries: A Practical Guide. New York: MacMillan; 2000. p. 55-60.
5. Policies and strategies to promote women's health. Iran Supreme Council of Cultural Revolution [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.women.gov.ir/pages/content.php?id=3386>. 2012.
6. Rezasoltani P. Maternal and Child Health. 4th ed. Tehran: Sanjesh Publication; 2009. [In Persian].
7. WHO. Millennium Development Goals [Online]. 2010; Available from: URL: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
8. Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardebili H, Majlesi F, Seyed Nozadi M, Parizade MJ. Textbook of public health. 3rd ed. Tehran: Arjmand Publication; 2008. p. 1354-72. [In Persian].
9. Ramezani Tehrani F, Simbar M, Abedini M. Prevalence of Reproductive Morbidity in Four Selected Provinces in Iran. Hakim Research Journal 2011; 14(1): 32-40. [In Persian].
10. Mazloumei Mahmoodabadi S, Shahidi F, Abbasi-Shavazi M, Shahrizadeh F. knowledge, attitude and behavior of women on reproductive health subjects in seven-central cities of Iran. Journal Reproduction & Infertility 2007; 7(4): 391-400. [In Persian].
11. Karimi I, Nasiripour AA, Maleki MR, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. Journal of Health Administration 2005; 8(22): 15-24. [In Persian].
12. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health Finance Equity in Iran: an Analysis of Household Survey Data (2003-2007). Journal of Health Administration, 2010; 13(40): 51-62. [In Persian].
13. Cunningham FG, Williams JW, Leveno KJ, Bloom S, Hauth JC. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2009.
14. Midwifery curriculums. Supreme Council for Planning. Supreme Council of Cultural Revolution. Tehran: Ministry of Culture and Higher Education Iran [Online]. Available from: URL: <http://www.mums.ac.ir/shares/education/asadia1/karshenasia%20p%20mamaee.pdf/> [In Persian].
15. Gynecology assistant curriculums. Supreme Council for Planning. Supreme Council of Cultural Revolution. Ministry of Culture and Higher Education. Iran [Online]. Available from: URL: http://med.sums.ac.ir/icarusplus/export/sites/medical_school/payam/edo/download/course/dastyari/zanan.pdf/. [In Persian].
16. National Organization for Civil Registration. Collection of population statistics [Online]. 2011; Available from: URL: <http://www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset99/eteljamiyat88.pdf/> [In Persian].
17. Folland S, Goodman AC, Stano M. Microeconomic Tools for Health Economics. In: Folland S, Goodman AC, Stano M, Editors. The economics of health and health care. New York: Pearson Prentice Hall, 2007. p. 36-43.
18. Donaldson C, Gerard K. Economics of health care financing: the visible hand. New York: Palgrave Macmillan; 2005.
19. Medical Council. The regulation of midwives qualified bachelor and master degree [Online]. 2008; Available from: URL: http://rashmtmc.ir/index.asp?home=yes&no_id=1616&id_text=62630119626301/
20. The medical council of the Islamic republic of Iran [Online]. 2010; Available from: URL: <http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=6224/> [In Persian].
21. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Arch Intern Med 2009; 169(20): 1866-72.
22. Midwifery Care Continues to Face Challenges [Online]. 2003; Available from: URL: <http://www.cwhn.ca/en/node/39533/> [In Persian].
23. World Health Organization. The World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: World Health Organization; 2006.
24. Planned Parenthood [Online]. 2011; Available from: URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Planned_Parenthood/
25. Dehnavieh R, Tabibi SJ, Maleki M, Rashidian A, Noorihekmat S. Information Criteria for Basic Health Insurance Package in Iran from Health Insurance Organization's View. Health Information Management 2010; 7(2):109-118. [In Persian].

Promoting the Efficient Use of Human Resources in Reproductive Health Services in Iran: A Cost-Service Analysis*

Majid Davari, PhD¹; Shahnaz Kohan²; Behnaz Enjezab³; Mojgan Javadnoori⁴

Abstract

Introduction: Effective use of human resources is considered as a key factor in the efficiency of health systems. Accessibility to affordable services for individuals according to their needs is also regarded as a sign of equitable health care system. Providing health services, particularly reproductive health, for women as a vulnerable population is one of the main priorities for health policy makers. Gynecologists and midwives are well-trained and have some common skills to provide women with reproductive health services. The aim of this study was to undertake a cost-service analysis of these services from efficiency perspective.

Methods: This study was performed in three phases. The educational curricula of midwifery and gynecology were first reviewed and compared. Then, a 20-item questionnaire was designed and its validity and reliability were confirmed. Finally, the questionnaire was used to collect data from 261 randomly selected women in reproductive age who were visited by gynecologists or midwives in their offices. The collected data was analyzed by SPSS.

Results: Overall, 14 common services which could be provided by both gynecologists and midwives were identified. Mean age of patients was 28 years and 65% of them were covered by health insurance services. Genital infection and pregnancy care were the most common causes why women referred to gynecologists or midwives. While the most common reason for choosing gynecologists was their confidence in their skills, it was the affordable fee for selecting midwives. Midwifery patients had shorter waiting time, longer visit length and lower payment rates in all 14 services.

Conclusion: The results of this study showed that spending specialists' time for common cases with longer waiting time and higher payment rate could be considered as an important source of inefficiency in reproductive health services. Therefore, development of an effective referral system from midwives to gynecologists and providing insurance coverage for midwifery services could improve the efficiency of reproductive health services and save more than 250 million dollars annually for the country.

Keywords: Efficiency; Cost; Reproductive Health; Midwife.

Type of article: Original article

Received: 30 Jan, 2012

Accepted: 30 Jan, 2012

Citation: Davari M, Kohan Sh, Enjezab B, Javadnoori M. **Promoting the Efficient Use of Human Resources in Reproductive Health Services in Iran: A Cost-Service Analysis.** Health Information Management 2011; 8(7): 937.

* This article was extracted from a research assignment of the PhD course entitled "The Economics of Health Policy"

1. Health Economics, Health Management and Economics Research Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Lecturer, Midwife, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: kohan@nm.mui.ac.ir

3. Lecturer, Midwife, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences And Health Services, Yazd, Iran.

4. Lecturer, Midwife, Reproductive Health Research Center, Ahvaz Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.