

# سیستم رجعت دهی شفاخانه ها در افغانستان



موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

هیأت ماهرین فرانسوی  
کابل ، قندهار ، مزار شریف ، چاریکار ،  
هرات ، جلال اباد  
[ می ، جون ، جولای 2003 ]  
وزارت امور خارجه – جمهوریت فرانسه  
وزارت صحت – جمهوریت فرانسه

# سیستم رجعت دهی شفاخانه ها در افغانستان



موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

تماس:

DOCTEUR FREDERIC TISSOT

mobile : 00 73 00 44 539

(+93) 070 27 74 66

[frederic.tissot@diplomatie.gouv.fr](mailto:frederic.tissot@diplomatie.gouv.fr)

سفارت فرانسه Ambassade de France

کابل

Kaboul



### اعضای هیأت از :

- محترمه وزیر صاحب صحت ؛
- محترم معین صاحب وزارت صحت ؛
- رؤسای شفاخانه های ساحوی و ولایتی کابل، قندهار، مزارشریف، چاریکار، هرات و جلال اباد ؛
- رؤسا و اعضای تیم هایی که با ایشان ملاقات کردند ؛
- مسئولین مؤسسات غیر دولتی ایم. اس. اچ و ؛
- نمایندگان ایالات متحده امریکا، سازمان جهانی صحت، اتحادیه اروپایی، جاپان، بانک جهانی و یونیسف.

**صمیمانه ابراز امتنان میکنند**



سیستم رجعت دهی  
شفاخانه ها در افغانستان

---

موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

فهرست



1	خلاصه ها
8	مقدمه
9	1 << اوضاع عمومی و مفهوم کلمه ریفرانس (رجعت دهی)
9	1 . 1 << باز سازی یک سیستم پیشقدمانه صحت
9	1 . 2 << یک سیستم رجعت دهی شفاخانه و زیربناهای صحتی دارای حجم وسیع
10	1 . 3 << هیأت : ترکیب و میتود کار
10	1 . 4 << میتود و جهت گیری
11	2 << صحت در افغانستان
11	2 . 1 << معلومات عمومی
12	2 . 2 << . امکانات و اورگانیزاسیون عمومی
15	مشاهدات و تحلیل سیستم رجعت دهی
16	1 << اورگانیزاسیون عمومی و اولویت های صحت
16	1 . 1 << اولویت های صحت عامه
17	1 . 2 << صنف بندی خدمات BPHS - خدمات صحت اولیه
17	1 . 2 . 1 . - آشیانه صحتی یا Health Pos (HP)
17	1 . 2 . 2 - مرکز صحتی اساسی Basic Health Centers (BHC)
17	1 . 2 . 3 - مرکز صحتی جامع Comprehensive Health Center
17	1 . 2 . 4 - شفاخانه ولسوالی یا مرجع اساسی ریفرانس، District Health Hospital
18	2 << کابل
18	2 . 1 << تراکم موسسات در کابل
18	2 . 1 . 1 - تراکم در مرکز شهر
19	2 . 1 . 2 - تراکم سابقه دار و رو به افزایش وسایل تخنیکی
19	2 . 2 << طرز تشکیل شفاخانه ها در خدمت BPHS نیست
19	2 . 2 . 1 - تشکیلات داخلی شفاخانه ها و امور صحتی منحصر بخود و بدون رابطه با بیرون
20	2 . 2 . 2 - کیفیت نا متناسب پدیرایی مراجعین
20	2 . 2 . 3 - پذیرایی وقایع عاجل حیاتی و ولادی وجود ندارد ولی ممکن است
21	2 . 2 . 4 << رقابت و تشنت
21	2 . 3 << سکتور شخصی وسیع و رو بافزایش در کابل - امروز سرپا، عنقریب شفاخانه
22	2 . 3 . 2 - سیستم شفاخانه های شخصی
23	2 . 4 << عدم توازن کمی و کیفی پرسونل در شفاخانه های کابل
24	2 . 5 << کار پرسونل کدر و پرسونل معالج باندازه کافی مؤثر نیست
25	3 << شفاخانه و سیستم ریفرانس در ولایات
25	3 . 1 << شرایط عمومی، دو درجه ولایتی و ساحوی صلاحیت
25	3 . 2 << هماهنگی بیشتر در ولایات
25	3 . 3 << عدم توازن شدید به نقص ساختار های BPHS
26	3 . 4 << دسترسی ناکافی

26	3 . 5 << به نقش مرجع رفرنس توجهی نمیشود
26	3 . 6 << عناصر مساعد تر برای انتقال بسوی مفهوم رفرنس در ولایات
27	4 << وسایل بیومدیکل شفاخانه ها و تعمیرات
27	4 . 1 << وسایل تخنیکی موجوده کابل
27	4 . 2 << سرویس مرکزی رادیولوژی و لابراتوار مرکزی کابل
28	4 . 3 << ریاست تجهیزات و کیفیت وزارت صحت عامه
29	4 . 4 << تعمیرات و دیگر زیربناها
31	5 << منجمنت و اداره
31	5 . 1 << وظایف افقی
31	5 . 1 . 1 - پرسونل
31	5 . 1 . 2 - استخدام
31	5 . 1 . 3 - جریان ماموریت
32	5 . 1 . 4 - معاش
33	5 . 1 . 5 - وظایف طبی
34	5 . 1 . 6 - سیستم معلومات و مشعرا (اندیکاتور ها)
35	5 . 1 . 7 - لوژیستیک و اکمالات
35	5 . 1 . 8 - فارمسی
35	5 . 1 . 9 - وسایل ارتباط و ترانسپورت
36	5 . 2 << تشکیلات داخلی
36	5 . 2 . 1 - رئیس
36	5 . 2 . 2 - هیأت مدیره
36	5 . 2 . 3 - سازماندهی کار
38	6 << تقرب اقتصادی
38	6 . 1 << تمویل شفاخانه ها در محیطشان - صورت حال
38	6 . 1 . 1 - بودجه عادی صحت
39	6 . 1 . 2 - بودجه انگشافی صحت
40	6 . 2 << تعقیدات کار بودجه سیستم رجعت دهی شفاخانه ها را بمخاطره میاندازد
41	6 . 2 . 1 - سطح اجرای بودجه صحت در سال 1381 ش پایین است
41	6 . 2 . 2 - میکانیزم بودجه در ولایات و اهمیت آن در ارتباط با سیستم رجعت دهی
43	6 . 2 . 3 - شفاخانه ها وجوهی را که در اختیارشان گذاشته میشود اداره نمیکند
43	6 . 2 . 4 - در نتیجه: امکانات ناکافی ؛ سیم بی ثبات، مکدر و مولد عدم مؤثریت
45	7 << پرنسپ های عمومی ریفورم
45	7 . 1 << ضرورت اقدامات عاجل و اولویت صحت اساسی
45	7 . 1 . 1 - ضرورت اقدام عاجل
45	7 . 1 . 2 - یک برخورد مبنی بر سیستم نه مبنی بر ساختار
47	8 << تعریف شفاخانه با مفکوره رجعت دهی
47	8 . 1 << شفاخانه بمثابه خدمات توحید یافته
48	8 . 2 << تعریف ماموریت های شفاخانه در ارتباط با وظایف سیستم رجعت دهی
48	8 . 2 . 1 - طب معالجوی با اضافه ارزش بلند تخنیکی
50	8 . 2 . 2 - تربیه
51	8 . 2 . 3 - تحقیقات
51	8 . 3 << شفاخانه به مثابه محل اجماع تخصصات نادر و همزمان

52	8 . 3 . 1 - تخصصات نادر
52	8 . 3 . 2 - تخصص هاییکه همزمان باید بکارافتد
52	8 . 4 << سازماندهی دسترسی به شفاخانه
52	8 . 4 . 1 - پذیرایی واقعات عاجل
52	8 . 4 . 2 - رجعت دهی
53	8 . 5 << ماموریت های مورد بحث و مشاجره
53	8 . 5 . 1 - ماموریت های که مربوط به شفاخانه نمیباشند
53	8 . 5 . 2 - تهیه مسکن برای مریضان
53	8 . 5 . 3 - وظایف اجتماعی و همدردی
54	8 . 5 . 4 - شفاخانه و پرستیز
54	8 . 6 << تصامیم و اقداماتیکه باید از آن جلوگیری شود
55	9 << وزارت صحت قوتمند در خدمت سیاست صحت
56	پیشنهاد ها
57	1 << ماستر پلان - کابل و افغانستان
57	1 . 1 << ماستر پلان کابل
57	1 . 1 . 1 - اهداف
58	1 . 1 . 2 - دیتای کمی
58	1 . 2 << جهتگیری عمومی ماستر پلان
58	1 . 2 . 1 - یک قطب جراحی عمومی شمالی بدور وزیر اکبرخان
58	1 . 2 . 2 - یک قطب جراحی و داخله در جنوب
59	1 . 2 . 3 - تخصص های دیگر
59	1 . 2 . 4 - دو شفاخانه مخصوص زنان
60	1 . 2 . 5 - قطب اطفال متمرکز بر اندیرا گاندی
61	1 . 2 . 6 - شفاخانه های شخصی در کابل
62	1 . 2 . 7 - جنبه های خاص ماستر پلان کابل
64	2 << ماستر پلان در ولایات
64	2 . 1 << سازماندهی به سطح ولایت و ساحه باید حفظ شود
64	2 . 2 << پایه های ساحوی و ولایتی
65	2 . 3 << ظرفیت مجموعی
65	2 . 4 << شفاخانه های مرجع ریفرانس
66	3 << سازماندهی داخلی
66	3 . 1 << تنظیم مجدد اورگانیزاسیون داخلی شفاخانه ها از جمله اولویت هاست
67	3 . 2 << اقدامات اول باید راجع به رؤسای شفاخانه باشد
67	3 . 3 << تربیه کادر های متوسط نیز باید تقویه شود
68	3 . 4 << تعلیمات نرس ها باید مورد ارزیابی تخنیکی قرار گیرد
68	3 . 5 << تقویم اقداماتیکه در کوتاه مدت و میان مدت میتواند عملی گردد
68	3 . 5 . 1 - براه انداختن ارزیابی های تخنیکی
68	3 . 5 . 2 - براه انداختن یک پروگرام قراردادهای توأمیت بین شفاخانه های افغانستان و شفاخانه های فرانسه و کشور های دیگر
69	3 . 5 . 3 - اتخاذ ترتیبات برای تعلیمات اختصاصی رؤسای شفاخانه
70	4 << سیستم معلومات

- 70 4. 1 << ایجاد یک سیستم معلومات ساده و مؤثر
- 71 4. 1. 1 - یک گزارش فعالیت نمونه ای در دو بخش
- 72 5 << برآه انداختن واری ها
- 73 6 << اداره وسایل بیومدیکل و زیربناها
- 73 6. 1 << اتخاذ یک سیاست ملی دریافت و مراقبت وسایل بیومدیکل
- 74 6. 1. 1 - اعتراف بر اهمیت نقش وسایل در ماموریت های شفاخانه
- 74 6. 1. 2 - پیش بینی یک بودجه مکرر برای استعمال وسایل
- 76 6. 1. 3 - بمیان آوردن لوژیستیک بیومدیکل مناسب
- 77 6. 1. 4 - تعبیه و استعمال تجهیزات بیومدیکل باید در داخل یک چارچوب مشخص باشد
- 79 6. 1. 5 - سیاست کیفیت و منجمنت ریسک
- 79 6. 1. 6 - ساده ساختن پروسیجرهای گمرکی
- 79 6. 2 << پیاده کردن هرچه زودتر بخش های استراتژیکی سیاست ملی
- 79 6. 2. 1 - تقویه وضعیت کنونی در پسمنظر انکشاف دوامدار سیستم رجعت دهی
- 81 6. 2. 2 - استعمال بهتر وسایل
- 81 6. 2. 3 - انکشاف قابلیت های لازم برای شفاخانه ها
- 83 6. 2. 4 - انکشاف سکتور شخصی طبی تکنیکی باید همراهی شود
- 83 6. 2. 5 - تکنولوژی های عادی از طریق تبدیل نورمال و ترمیم در ورکشاپ های تخصصی اداره میشود
- 83 6. 3 << ترمیم تعمیرات و حفظ الصحه شفاخانه ها
- 83 6. 3. 1 - تسهیلات اسکان و حفظ الصحه شفاخانه
- 84 6. 3. 2 - شعبه مطالعات
- 85 6. 3. 3 - تعلیمات در باره حفظ الصحه شفاخانه ها
- 85 6. 4 << یک عملیه دوامدار بهترسازی
- 86 6. 4. 1 - بهبود بخشی مجموعه وسایل بیومدیکل
- 86 6. 4. 2 - بهبود بخشی تعمیرات
- 87 7 << مسایل اجتماعی و پرسونل
- 87 7. 1 << مسایل مربوط بمعاشات
- 87 7. 2 << برآه انداختن یک سیاست پیشقدمانه در مورد تعداد داکتران
- 87 7. 2. 1 - یک پروسس ارزیابی و تصدیق دیپلوم های طب
- 88 7. 2. 2 - میکانیزم های تشویق مستقیم برای جهت دادن اشغال وظیفه در شفاخانه ها
- 88 7. 2. 3 - در نظر گرفتن فاکتور های غیر مستقیم (امنیت، مسکن، موجودیت مکاتب برای اطفال)
- 89 7. 3 << ایجاد حالات حرفوی نو برای داکتران
- 89 7. 3. 1 - در حال حاضر همه داکتران افغانستان حیثیت مساوی دارند
- 89 7. 3. 2 - تفکیک در جنبه پوهنتونی و مقام اداری
- 89 7. 3. 3 - ایجاد حالات حرفوی مطابق وظیفه و طرز اجرای شغل
- 90 8 << نقش وزارت صحت در قبال شفاخانه ها
- 90 8. 1 << وزارت صحت باید رهبر بالاتنازع سیاست شفاخانه هاباشد که این سیاست بنوبه خود جزو تشکل دهنده سیاست صحی افغانستان میباشد
- 90 8. 2 << وزارت همچنان باید در کنترول نقش بازی کند
- 91 9 << پیشنهاد های مالی و اقتصادی
- 91 9. 1 << ارزیابی، بکار انداختن و مطمئن ساختن امکانات دولتی و شخصی در خدمت سیستم رجعت دهی

91	9 . 1 . 1 - تقریب ها برای تخمین ضروریات مالی در سیستم رجعت دهی
92	9 . 2 << جهتگیری برای حصول و حفظ امکانات مالی دولتی اضافی که برای تمویل سیستم رجعت دهی لازم است
92	9 . 2 . 1 - تزئید تمویل سیستم رجعت دهی بوسیله عواید دولتی مصرف نشده
93	9 . 2 . 2 - مطمئن ساختن بودجه تخصیصی سیستم رجعت دهی
95	9 . 3 << رسمی ساختن سهمگیری مالی مراجعین در قدم اول طی تجارب امتحانی
95	9 . 3 . 1 - جهتگیری عمومی
95	9 . 3 . 2 - در افغانستان چندین قسم پرداخت سهمیه قابل تصور است ولی فیس معین را باید ترجیح داد
96	9 . 4 << اندیشه ها درباره پرداخت مصارف شفاخانه. بسوی یک بودجه کلی همراه با تخصیصات متغیر
99	ضمیمه ها



سیستم رجعت دهی  
شفاخانه ها در افغانستان

---

موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

خلاصه ها



## بسوی یک اداره قوای بشری مطابق به امکانات کنونی افغانستان

### خلاصه عمده ترین پیشنهاد ها

(برای توجیهات و انکشافات به متن رجوع کنید)

#### مشاهدات اجمالی

- اداره امکانات بشری و سازماندهی کار در شفاخانه های افغانستان قطعاً با شرایط مطابقت ندارد.
- بر حالت اداری، سوابق کاری و تعلیمات داکتران و رؤسای شفاخانه باید هر چه زودتر تجدید نظر شود.
- وزارت صحت در اداره شفاخانه ها نقش فعالی ندارد.

#### اهداف عمومی

شفاخانه های افغانستان باید بتوانند که سازماندهی و منجمنت مطابق با شرایط را براه اندازند. برای اینکار قوانین و مقررات مهمی باید ترتیب شود.

#### توصیه یکم : سازماندهی داخلی شفاخانه ها باید اساساً از نو تنظیم شود

- با اتکا بر پرسونل موجود که به تعداد کافی میباشد تنسيق مجدد کارروزمه شفاخانه ها.
- بهتر ساختن سازماندهی معالجات، لوژیستیک و حفظ الصحة.
- اجرای یک تعداد تفتیشات تخنیکي که انشای توصیه نامه هایی را برای پیاده کردن سیاست بهترسازی ممکن سازد.

#### توصیه دوم : ایجاد یک سیستم تعلیمی برای همراهی اصلاحات

- تربیه رؤسای شفاخانه و همکاران نزدیکشان در ساحه منجمنت و کنترول اداره.
- براه انداختن یک پروگرام تربیوی برای کادر های معالج و تطابق تدریسات نرسنگ.

#### توصیه سوم : عصری ساختن اداره قوای بشری

- تجدید نظر کامل بر سیاست معاشات و تشویق سیاست عواید مبنی بر فعالیت و قدردانی از تعلیمات.
- انکشاف یک سیاست مبنی بر تفاهم و مشارکت در منافع.
- توحید فعالیت های شخصی و دولتی در داخل شفاخانه.

#### توصیه چهارم : براه انداختن یک سیاست بلندپروازانه در مورد دیموگرافی طبی

- ایجاد یک پروسیجر تصدیق دیپلوم های طبی.
- انکشاف میکانیزم های تشویقی برای سوق دادن فعالیت های طبی بسوی شفاخانه.
- در نظر گرفتن فاکتور های غیر مستقیم در سیاست تشویق (امنیت، مسکن، مکاتب، ...)

#### توصیه پنجم : براه اندازی و تعمیم یک پروگرام توأمیت شفاخانه ها.

- اتکا بر توأمیت شفاخانه ها در همراهی اصلاحات.
- تشویق روابط بین شفاخانه های توأمی برای براه انداختن تریننگ های طبی و برای تقویه بهترسازی کیفیت در هر شفاخانه افغانستان.

#### توصیه ششم : تقویه نقش کنترولی وزارت صحت

- کمک با وزارت صحت در مورد تهیه نمودن قوانین و مقررات لازم برای براه انداختن اصلاحات شفاخانه.
- براه انداختن پروسیجر های قراردادی بین وزارت صحت و شفاخانه ها بر اساس یک سیستم معلومات همگون
- ایجاد یک اداره مستقل کنترول.

## بخاطر تمویل سیستم رجعت دهی موثر و منطبق به مشکلات و شرایط افغانستان

### خلاصه عمده ترین پیشنهاد ها

(برای توجیهات و انکشافات به متن رجوع کنید)

#### مشاهدات اجمالی

بودجه های عادی و انکشافی صحت رو به ارتقا هستند ولی شدیداً تابع مساعدت پارتنرهای خارجی افغانستان میباشد؛ هر چند که عواید داخلی افغانستان نیز پیشرفت خواهد کرد. امکانات مالی موجود برای سیستم رجعت دهی کافی نمیباشد. این امکانات از ورای یک سیستم مالیاتی بی ثبات، غیر شفاف و مؤلف عدم مؤثریت ها عبور میکند که در نتیجه، در شرایط فعلی، خطر جدی ای در راه کارآرایی و دوام اصلاحات سیستم رجعت دهی در کابل و ولایات میباشد.

#### اهداف عمومی

افغانستان در یک دوره انتقالی قرار دارد که در طول آن باید حجم معقولی از عواید دولتی و شخصی متمرکز بر اولویت های قبول شده سیستم رجعت دهی، بالخاصه اولویت هایی که از اهداف BPHS منشاء میگیرند، تامین و بسیج گردد.

#### توصیه یکم : ارزیابی هرچه زودتر ضروریات مالی سیستم رجعت دهی

- در آغاز باید از یک مرحله امتحانی شروع نمود که شمار معدودی از شفاخانه های رجعت دهی را دربر گیرد. این شفاخانه ها که در کتگوری های وظیفوی (نه اداری) ساختار های سیستم رجعت دهی طبقه بندی میشوند مشتمل بر شفاخانه های منتخب ملی - کابل - ساحوی ولایتی و ولسوالی بوده از جانب وزارت صحت براساس معیار های صحت، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی انتخاب میگردند.
- بر اساس تخمین های واقعبینانه عمل باید کرد، همانسانیکه در برکی راجان عمل شد. و این بخاطری که رجوع به استاندارد های عمومی و میتود های مغلق کمی هنوز پیش از وقت است.
- ضروریات برای تولید حد اقل خدمات صحتی دارای کیفیت خوب باید ارزیابی و درجه بندی شود (ضروریات قطار اول و دوم). این درجه بندی باید قبل از همه در ارتباط با اهداف اولی در ضمن یک «مجموعه حد اقل معالجات شفاخانه ها» تصریح گردد که محتوای آن به شرایط محلی تطابق نماید.

#### توصیه دوم : بسیج عواید دولتی اضافی

- با استفاده از عواید دولتی داخلی و خارجی، تخصیص شده و تخصیص نشده، باید برای تزیید تمویل سیستم رجعت دهی به شکل خیلی پیشقدمانه آزادی عمل را جستجو کرد.
- چون صحت با دیگر سکتورهای فعالیت دولت در رقابت است و در داخل ساحه صحت رجعت دهی با دیگر بخش ها در رقابت است باید با استدلالهایی، که از نقطه نظر تخنیکی ممکن باشد و از نقطه نظر اقتصادی و سیاسی واقعبین، قناعت وزارت صحت، وزارت مالیه و کابینه حاصل شود.
- باید اول با دونه ها تماس های نیمه رسمی گرفته شود، بعداً با کابینه و سپس با وزارت مالیه تماس برقرار گردد.

#### توصیه سوم : از راه اتخاذ تدابیر موقتی مطمئن ساختن امکانات بودجوی سیستم رجعت دهی

- موجودیت حساب های خارج از بودجه باید بکلی ممنوع قرار داده شود.
- موازی باین بجا خواهد بود که از تمویل های ولایتی و محلی سیستم رجعت دهی تا زمانی جلوگیری نشود که اصلاحات مالیات دولتی تکمیل نیافته باشد.
- برای یکدهه از شفاخانه های کابل و ولایات باید یک تعداد مصارف ثابت و غیر قابل تراکم در ساحه رجعت دهی تثبیت گردد. برای اداره این مصارف باید شماره های حسابی خاصی هم به سطح مرکزی و هم به سطح مستوفیت ولایات ایجاد شود.

- چنانچه پروگرام انکشاف ملی سال 1381-1382 تلویحاً اجازه میدهد باید برای سیستم رجعت دهی یک مکانیزم تخصیص خصوصی ایجاد شود. درینباره باید حمایت کابینه، وزارت مالیه و دونه‌ها همزمان حاصل شود.
- بمنظور جلوگیری از مشکلات وجهی باید برای تامین بخش ثابت مصارف سیستم رجعت دهی یک «فند ریولونگ» Revolving بمیان آید.
- \* در مورد توصیه های دوم و سوم احتیاط باید کرد که قبل از شروع مباحثات جدی درباره قانون مالیات موافقه در اصول کابینه حاصل شود.

#### توصیه چهارم : رسمی ساختن سهمیه مالی مراجعین و عملی کردن محتاطانه و واقعینانه آن

- باید این کار از چند نقطه امتحانی که از زمره شفاخانه های انتخابی مرحله اول آغاز شود. یک تعداد روسای شفاخانه طرفدار این سیستم هستند. از همان آغاز کار باید یک مکانیزم شفاف کنترول پیشبینی شود.
- یک سیستم فیس ثابت معقول و از نگاه اجتماعی قابل قبول را باید ترجیح داد. این سیستم باید تفاوت های محلی مراجعین را در نظر بگیرد یعنی نرخنامه باید در سراسر کشور همسان نباشد.
- در مرحله امتحانی باید قسمتی از فیس های پرداخته شده مراجعین به خزانه دولت تحویل نشود.
- براه انداختن سهمگیری مراجعین باید با مشوره هایی با جامعه مدنی و مذهبی همراه باشد.
- براه انداختن یک مکانیزم مساعدت با مستضعفین در داخل شفاخانه ها. این مکانیزم باید از طرف شفاخانه یا از طرف یک کمیسیون مشترک حاوی اعضای جامعه مدنی و مذهبی اداره شود. وزارت صحت باید به هیچوجه در اداره این مکانیزم دخیل نباشد و بطرح خطوط اساسی اکتفا نماید.
- سعی برای اینکه اثرات مثبت در بهبود کیفیت خدمات صحتی بزودی مشهود باشد و مراجعین آنرا حس نمایند.
- مساعی برای اینکه نرخنامه های شفاخانه هایی که جزو پروگرام PPA هستند و شفاخانه های بالاتر از شفاخانه ولسوالی با هم هماهنگ باشند تا یک سیر موثر معالجات بمیان آید.
- ایجاد سیمینار های تدریسی برای تشریح مزایای سهمگیری مراجعین، انتخاب راه های موثر و خطرناکی که باید جلوگیری شود.

#### توصیه پنجم : بمیان آوردن اصول تخصیص بودجه به سیستم رجعت دهی طوریکه شفاخانه ها را در راه موثریت تشویق نماید

- براه انداختن میتود بودجه مجموعی، همراه با یک بخش تخصیص متغیر در یک عده از شفاخانه های امتحانی (در کابل و شهرهای مهم ولایات) تا شفاخانه ها احساس مسئولیت کنند و بکوشش تشویق شوند
- اعطای اختیارات اداری به شفاخانه های انتخاب شده تا بودجه عمومی و محصول سهمیه مراجعین را سربراه نمایند.
- با احتیاط و واقعبینی اجازه دادن اینکه بودجه قسمی از یک سال بسال دیگر منتقل شود.
- اندیشیدن در باره اینکه تا چه حد مسئولین ولسوالی در شفاخانه های منتخب مرحله امتحانی میتوانند در اجرای مصارف بر اساس بودجه تخصیصی شان دست آزاد داشته باشند.
- انکشاف عاجل یک سیستم معلومات تالاجزه دهد که حد اقل به شکل تقریبی مصارف شفاخانه ها با فعالیتشان مقایسه شوند و شفاخانه ها بین هم مقایسه گردند.
- ایجاد سیمینار های تدریسی برای تشریح مزایای بودجه عمومی، انتخاب راه های موثر و خطرناکی که باید جلوگیری شود.

#### توصیه ششم : خطوط اساسی ارزیابی ناگزیر سیستم رجعت دهی باید از همان آغاز اصلاحات تعیین شود

توصیه هفتم : توسعه اندیشه در مورد ایجاد مکانیزم های بیمه (خطرات عادی و خطرات فاجعه ای) در سکتور های رسمی و غیر رسمی

## بسوی اداره وسایل بیومدیکل و زیربناهای شفاخانه ها مطابق با شرایط فعلی افغانستان

### خلاصه عمده ترین پیشنهاد ها

(برای توجیهات و انکشافات به متن رجوع کنید)

#### مشاهدات اجمالی

شفاخانه ها وسایل بیومدیکل بسیار جدیدی در اختیار دارند، هر چند کمبودهایی در عده ای از سکتور ها مانند مونیتورینگ و لابراتوار موجود است. این وسایل بعلت نارسایی و عدم موجودیت حفظ و مراقبت و مواد استهلاکی همین اکنون بخطر مواجه هستند. استعمال این وسایل تنها از طرف صبح صورت میگیرد و در عملیاتخانه ها چند مریض همزمان در یک اتاق عملیات میشوند. این طرز استعمال مناسب نمیباشد. باوجود اینکه پاک کاری امکان خوب اجرا میشود مسئله حفظ الصحة بدرستی تحت کنترل نیست. مساعی چشمگیری بکمک جامعه بین المللی در ساحه لوژیستیک ( آب، برق، ...) صورت گرفته. وزارت شعبه های اداره وسایل بیومدیکل در داخل شفاخانه ها دارد ولی این شعبات بعلت فقدان امکانات و پرسونل باصلاحیت در انجیری بیومدیکل نمیتواند بدون همکاری فعال ان جی. او ها و دونه های بین المللی از عهده وظیفه خویش برآیند. ماموریت سرویس های مرکزی رادیولوژی و لابراتوار مشخص نیست. این سرویس ها وسایلی سازگار با ماموریت اولیه خویش در اختیار ندارند. وسایل بیومدیکل سکتور شخصی بسرعت انکشاف میکند، بدون آنکه به شکل واقعی کنترل شود. درین سکتور بزودی وسایل تکنولوژی عالی مانند اسکنر ها مورد دسترسی خواهد بود ولی شفاخانه ها ازین وسایل بهره ای نمیبیرند.

#### اهداف عمومی

تأمین حد اعظم دست رسی به وسایل بیومدیکل شخصی و دولتی برای تیم های شفاخانه ها، بدون اینکه وسایلی که در اختیار ساختار های BPHS میباشد محدود شود. تأمین یک سطح حفظ الصحة که با ماموریت های شفاخانه سازگار باشد.

تأمین دست رسی به وسایل بیومدیکل ایجاب میکند که وسایل لوژیستیک و مواد استهلاکی در یک فضای مساعد و همراه با توسعه صلاحیت های محلی در اختیار باشد.

#### توصیه یکم : انشاء و عملی ساختن هرچه زودتر یک سیاست مراقبت وسایل در شفاخانه ها

- باید در مرحله اول وزارت صحت و بعداً حکومت را قانع بدین ساخت که یک سیاست ملی مراقبت از وسایل شفاخانه ها جهت تأمین حد اعظم قابلیت دست رسی به وسایل بیومدیکل یک ضرورت اولیه میباشد.
- بکار انداختن صلاحیت های بسیج شدنی که نزد گروپ کاری اداره شفاخانه ها موجود است برای انشای یک سیاست واقعینانه مطابق با شرایط و امکانات افغانستان.
- تقویه ظرفیت وزارت صحت در مورد اداره وسایل موجود برای اینکه صلاحیت های محلی که برای اجرای سیاست مراقبت لازمست توسعه یابند و تدریجاً کار بایشان حواله شود.

#### توصیه دوم : بسیج کردن هرچه زودتر امکانات مالی برای مراقبت وسایل بیومدیکل و لوژیستیک

- قناعت دادن به مساعدت کنندگان وسایل و دونه های بزرگ باینکه تمویل مراقبت وسایل موجود امریست عاجل.
- براه انداختن یک میکانیسم انتقال تدریجی مصارف حفظ و مراقبت از دونه ها بوزارت صحت.
- تأمین کردن عواید لازم برای اینکه تدریجاً این مصارف بعهدہ گرفته شود.

توصیه سوم : تربیه هرچه زودتر متخصصان برای اداره وسایل بیومدیکل (انجینیر ها و تخنیکرها) در سکتور های شخصی و دولتی

- تربیه تخنیکران حفظ و مراقبت عمومی و بیومدیکل برای سکتور های دولتی و شخصی و ایجاد کارگاه ها در شفاخانه های مهم.
- تربیه انجینیران بیومدیکل که خریداری و حفظ و مراقبت وسایل را اداره نمایند. توظیف این انجینیران در وزارت و در شفاخانه ها.
- تربیه انجینیرها تا بتوانند از وسایل سکتور دولتی و سکتور شخصی نظارت کنند.
- تربیه انجینیران و تخنیکران تا بتوانند و سایل لوژیستیک شفاخانه ها را از بازار خریداری و از آن ها مراقبت نمایند.
- تامین عواید لازم برای کار این متخصصین.

#### توصیه چهارم : تربیه هرچه زود تر متخصصین حفظ الصحة شفاخانه. جهت دادن ترمیمات و باز سازی شفاخانه ها در راستای حفظ الصحة

- تربیه داکتران و نرسان در ساحه حفظ الصحة شفاخانه.
- بسیج کردن امکانات ا ان جی. او ها و دونه ها برای براه انداختن باز سازی شفاخانه هایی که این حیثیت را حفظ خواهند کرد.
- کنترول معقولیت باز سازی ها و جهت دادن آن بنفع حفظ الصحة.

#### توصیه پنجم : بسیج کردن عواید جدید برای تکمیل وسایل بیومدیکل و لوژیستیک

- بسیج کردن صلاحیت های موجود نزد اورگانیزم های همکاری برای تصریح ضرورت های وسایل بیومدیکل و لوژیستیک شفاخانه ها در ارتباط با مقاصد و سویه کار آنها.
- جستجوی امکانات مالی برای دریافت وسایلی که کمبود دارند و برای استعمال آن.

## بمنظور تنسيق «رجعت دهی» مشخص سازی ماموریت های شفاخانه و کار پلانگذاری

### خلاصه اجرایی

#### 1. تقویه و تنسيق وظیفه رجعت دهی

- كنترول دسترسی به شفاخانه در مراجعه ثانوی و واقعات عاجل حیاتی.
- قدر دانی از رجعت دهی، مقابله با مراجعه ابتدایی عمومی.
- تقویه کیفیت و میسریت معالجات BPHS.
- سازماندهی روابط بین سیستم شفاخانه و سیستم BPHS بنفع مریضان از راه ترتیب دادن یک سلسله مراجعه و تبادل معلومات.
- انكشاف معاینات تخصصی پیشرفته و غیر مرکزی.

#### 2. تصریح وظایف مشخص شفاخانه

- سیستم معالجات در خدمت اهداف صحت کشور.
- سیستم معالجات تخصصی با وسایل تکنیکی در خدمت BPHS.
- تضمین ماموریت معالجوی:
- معالجاتیکه بوسایل تکنیکی پیشرفته ضرورت دارند.
- معالجاتیکه به تخصصات نادر و یا همزمان به چند تخصص ضرورت دارند.
- توسعه ماموریت های تدریسی و تحقیقی.
- توسعه ندادن ماموریت های نامشخص وقایه، معاینات بار اول و تسهیلات انحصاری سکونت.

#### 3. تهیه یک ماسترپلان برای کابل و برای افغانستان

- ماسترپلان کابل باید بسوی دو قطب طبی جراحی، یک قطب پیدپاتری و دو قطب نسایی و ولادی جهت داده شود.
- سازماندهی یک پلان وقایع عاجل حیاتی طبی جراحی، یک پلان تعقیب حمل و ولادت، یک پلان معالجات اطفال در کابل.
- موازی باین، ایجاد وسایل كنترول عرضه شخصی خدمات صحتی سرپا، بیمارستانی و تکنیکی.
- یک ماسترپلان برای افغانستان که شفاخانه های ملی، ساحوی، «بین الولایتی» و ولایتی را دربر بگیرد.
- ماموریت ها و محدودیت های هر شفاخانه باید دقیقاً تصریح شوند.

#### 4. وزارت را با وسایل معلومات و اداره سیستم شفاخانه ها مجهز ساخت

- تقویه مهارت و سازماندهی ادارات مرکزی وزارت صحت.
- ایجاد و توسعه یک گروه كنترولران در خدمت مستقیم وزیر.
- ایجاد وسایل و سیستم های معلومات هماهنگ، ساده، قوی، قابل تعمیم و مقایسه.
- مشخص کردن پیش از پیش عناصر ارزیابی سیاست صحت در ساخه شفاخانه ها.





سیستم رجعت دهی  
شفابخانه ها در افغانستان

موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

مقدمه

# 1 << اوضاع عمومی و مفهوم کلمه ريفرانس (رجعت دهی)

## 1.1 << باز سازی یک سیستم پیشقدمانه صحت



تحت اداره دولت موقت اسلامی، افغانسان کار بس مهم باز سازی و تنظیم دوباره را براه انداخته است.

بعد از بیست سال جنگ این کار بزرگ به کمک عملی جامعه جهانی ضرورت دارد و این امر با روند وعده های توکیو هماهنگ می باشد.

وزارت صحت عامه در مورد صحت واقعی، دینامیک و مؤثر بنظر میرسد چنانچه سال 2002 برای تعیین اهداف صحتی و شرایط عملی کردن آن وقف گردیده بود.

خدمات صحتی اولیه دارای اولویت شناخته شده، با نشر مجموعه خدمات صحتی اساسی برای افغانستان (BPHS) تثبیت گردید.

با در نظر داشت این هدف استراتژی های مشخصی برای انکشاف واکسیناسیون، مطمئن ساختن صحت زنان حامله و کودکانشان طرح گردیده است.

برای این کشور، که تولیدات ناخالص داخلی آن از جمله پایین ترین تولیدات ناخالص داخلی جهان است، مسئله امکانات حائز اهمیت درجه اول می باشد. با وجود این مقامات محلی کوشش میکنند که سطح تنظیم و کیفیت خدمات معروضه را بوسیله سیاست دولتی روشن، واقعی و شفاف بلند ببرند.

باوجود اینکه افغانستان از سالیان دراز جنگ برون آمده فاقد شفاخانه نبوده و برعکس محلات دهاتی شهر های مهم مواجه با کمبود داکتر نیستند.

برای اینکه پروگرام صحت اولیه عملی شود چند چیز باید بطور حتمی تحت کنترل بیاید:

- امکانات مادی و بشری .
- تقسیمات جغرافیایی.
- موجودیت یک سیستم رجعت دهی انسجام یافته، در خدمت اهداف صحت عامه.

## 1.2 << یک سیستم رجعت دهی شفاخانه و زیربنای صحتی دارای حجم وسیع

افغانستان از جمله 912 ساختار صحتی با اشکال مختلف دارای 62 باب شفاخانه هست که این رقم 6% مجموع ساختارها می باشد. ولی این 6% به تنهایی چهل درصد امکانات بشری را در بر میگیرد.

در ضمن تحقیقاتی که بابتکار مشاور صحت سفارت فرانسه در کابل در سال 2002 بعمل آمد بوضاحت آشکار شد که تحت کنترل آوردن شفاخانه ها اهمیت بسزایی دارد.

در سال 2003 تقاضای تحقیقات جدیدی برای ارزیابی شرایط کنونی و ارائه پیشنهادات بوزارت صحت افغانستان در باره شفاخانه ها بعمل آمد.

جزئیات رجعت دهی واضح بوده (به ضمایم رجوع شود) و نسج ساختارهای بیمارستانی باید از دیدگاههای مختلف صحتی، اقتصادی و اجتماعی



تحلیل شود. بالخصوص تدقیق در رابطه با اولویت سیاست صحت اولیه صورت میگیرد.

### 1. 3 << هیأت : ترکیب و میتود کار

بمنظور اینکه تحلیل چند جانبه ممکن شود هیأت از اعضای آتی تشکیل یافته بود:

- یکتن داکتر صحت عامه شاغلی دکتور میشل سزار گوچکوف - اداره ولایتی امور صحتی و اجتماعی ولایت ایسون، 91
- یکتن متخصص اقتصاد صحت: پروفیسور ژاکی ماتونا، مرکز تحقیقات انکشاف بین المللی (CERDI)، پوهنتون اوویرنی.
- یکتن انجنیر بیومیدیکال: شاغلی موریس پاژ، شفاخانه های ولایت هوت ساووه، 74
- یکتن رئیس شفاخانه: شاغلی پییر تیپو، شفاخانه عمومی ویرزون، ولایت شیر.

تالیف گزارش های موضوعی و تفکرات مشترک و انسجام این گزارش بعهده دکتور میشل سزار گوچکوف بود.

هیأت دو بار به ساحه رفت:

- بار اول از 25 ثور الی 15 جوزای 1382 در طی این مدت با مسئولان ارشد امور صحتی وزارت و موسسات مختلف بین المللی ملاقات بعمل آمد و کاردanan هیأت به تقریباً تمام شفاخانه های کابل و به جلال آباد و چاریکار رفتند.
- بار دوم از 11 سرطان تا 25 سرطان 1382 حین این باز دید هیأت به هرات، مزارشریف و قندهار سفر نمود.

باز دید از موسسات صحتی کابل با بازدیدهایی از کلینیک های شخصی تکمیل گردید.

هیأت به میرمن سهیلا صدیق وزیر صحت عامه و شاغلی ف. فیروز معین وزارت صحت عامه نیز گزارش داد.

### 1. 4 << میتود و جهت گیری

طبق اهداف ماموریت کاردanan هیأت همواره شفاخانه را منحیث یکی از اجزای سیستم صحتی در نظر گرفته اند. برخوردشان مبنی بر مفهوم سیستم بوده نه مبنی بر مفهوم ساختار. شفاخانه تنها آن وقت مفهوم مییابد که دستاورد آن در مجموع سیستم صحتی مدنظر گرفته شود. سیستم همه ساختارها و شکل تنظیم آنها را دربر میگیرد. از ینجاست که مفهوم رجعت دهی کمال معنای خود را کسب میکند. این برخورد با آنچه فرق دارد که گاهگاهی ضمن فکر کردن در باره شفاخانه به توضیحات ساختمانی، تخریکی و اجتماعی موقف محوری داده میشود و از تعیین اهداف روشن و مشخص و تشریح وسایل برای رسیدن باین اهداف صرف نظر میشود.

اکنون تحقیق مهمی برای ارزیابی جنبه های کمی شفاخانه های افغانستان زیر دست گرفته شده است که این وظیفه علم اداره صحتی میباشد.

. از همین جاست که متخصصین این هیأت برخورد چند رشته ای و تحلیل از دیدگاه تنظیم و تسیق سیستم صحتی را ترجیح دادند.

در هر مؤسسه صحتی، هیأت با رئیس و اکثراً با چند تن از همکارانش مصاحبه های میتودیک انجام داده هر جا در مورد دیتاهای کمی، گزارش فعالیتها، جدولهای وظایف، وسایل، وسایط و بودجه معلومات خواسته؛ آنرا در رابطه با اهداف مشخص ماموریت خویش تحلیل و تجزیه نموده است.

هیأت از همه کسان مخاطب خویش بخاطر کیفیت عالی مصاحبه ها و احساس تعهد به دریافت کردن نتایج مطلوب صمیمانه اظهار تشکر میکند.

علاوه ازین، کاردanan هیأت با مسئولین ادارات وزارت صحت عامه وزارت مالیه و مؤسسات غیر دولتی (ان.جی.او) نیز ملاقات هایی انجام دادند، از مامورین ارشد ادارات بین المللی خصوصاً USAID،

اتحادیه اروپایی، JICA، بانک جهانی، یونیسف، دبلیو ایچ او و صلیب سرخ استمداد کردند و اظهارات شان را شنیدند.

هر باریکه امکان پذیر بود با رؤسای فاکولته های طب و با مسئولین شفاخانه های نظامی ملاقات هایی صورت گرفت.

دیتا های کمی ارائه شده از راپور هایی که در اختیار ما گذاشته شده، بدست آمده، احیاناً ممکن است با دیتا های منابع دیگر اختلافاتی داشته باشند. ارقام تقریبی و نسبی مرجح دانسته شده و بیشتر به موجودیت و عدم موجودیت معلومات جلب توجه صورت گرفته. کار تدقیقی که از جانب وزارت صحت در ماه نوامبر سال 2003 صورت میگیرد جزئیات و همه ارقام کمی را مشخص خواهد ساخت.



هیأت عمداً کار خود را به شفاخانه های ساحوی، ملی و ولایتی که عموماً بنام H1 و H2 یاد میشوند محدود ساخته است و اورگانیزاسیون پیش بینی شده در PBHS و طرق عملی شدن آن به سطح شفاخانه های ولسوالی را بحیث اصل و داده های پذیرفته شده دانسته است. هیأت همچنان فرض نموده که جهت گیریهای یونیسف برای بلند بردن کیفیت کار زایشگاهها و نظر مجدد وزارت تحصیلات عالی و شورای مدیره انسنتیوت طب کابل در مورد نصاب و تنسيق تحصیلات طبی تکمیل یافته. در گزارش حاضر ازین جزئیات صرفاً در مواردی یاد خواهد شد که اثرات شان برساحه اصلی کار مشهود باشد.

### 1.2 << معلومات عمومی

این کشور در حدود بیست و سه میلیون نفوس دارد. تعداد مهاجرین بیرون مرزی که اکثرأ در پاکستان و ایران بسر میبرند تقریباً چهار میلیون است.

مشعر (اندیکاتور) های مروج نشان میدهند که کار عینی درین ساحه یک ضرورت عاجل میباشد.

- طبق معلومات سازمان جهانی صحت سطح تلفات اطفال و نوسالان 252 بر هزار میباشد یعنی یک چهارم اطفال به سن پنج سالگی نمیرسند.
- توقع حیاتی بوقت تولد چهل و یک سال برای مردان و چهل و سه سال برای زنان میباشد.
- ضیاع توقع حیاتی مردان 24,4% و آن زنان 18% است. سطح باربرداری زنان 6,8 میباشد.
- تولیدات ناخالص داخلی را فی نفر 820 دالر امریکایی گفته اند که در سال 2000 یک در صد یعنی فی نفر 9 دالر وقف صحت شده.
- یاد آور میثویم که در فرانسه تلفات اطفال 5%, توقع حیاتی 71 سال و ضیاع توقع حیاتی با صحت خوب 6% است. از جمله 24700 دالر امریکایی تولیدات ناخالص داخلی 9,5% آن یعنی فی نفر 2335 دالر مصرف صحت میشود. سطح باربرداری 1,8 میباشد.
- تعداد تولدات در حدود 1078000 تخمین شده و نزدیک به 50 درصد نفوس از سن پانزده سالگی پایانتر است (9765000 نفر). تعداد نوزادانی که زنده میمانند 949000 است.
- اندازه واکسیناسیون 55% در مورد «بی سی جی» و 44% در مورد «دی تی پی» هست.
- عامل عمده تلفات اطفال اسهالها و امراض انتانی ریوی موسمی میباشد.



دوسیه های مراکز معاینات در ساحه این مشاهدات را با علل معاینات، بستری شدن و تلفات در ارتباط باین امراض را دربر میگیرد.

5 تا 10 درصد زنان در زایشگاهها ولادت میکنند و از 10 تا 15 درصد حین زایمان از کمک های طبی در منزل استفاده میکنند.

تلفات مادران خیلی زیاد است و علت عمده آن خونریزی، مشکلات زایمان و عفونت میباشد. تعداد اوسط تلفات مادران 1600 فی 100000 زایمان بوده، حد پایینی آن 400 - در کابل و حد اعظمی آن 5600 - در بدخشان میباشد. (منبع: یونیسف)

زنان بیش از دو الی چهار ساعت برای زایمان در زایشگاه نمیمانند و هرچه زودتر بدون توجه بوضعیت صحتی خود و یا طفل بمنزل خود باز میگردند. این امر از ارزش ارقام تلفات و بیماری میکاهد و اغلباً این ارقام کمتر از واقعیت است.

معلومات ما در مورد تصویر اجتماعی و فرهنگی صحت خیلی کم است. بطور مجموع مردم از شفاخانه برداشت خیلی بد و در مورد داکتران نظر خوب دارند.

موقف اجتماعی زنان در ساحه صحت، فرهنگ و عزت دارای اهمیت خاصیت. این مسئله به تکرار بروز میکند و اهمیت بنیادی دارد. درینجا در مورد آن بطور مشخص توضیحات نمیدهیم ولی این موضوع باید منحصراً یکی از کلید های صحت همواره و بشکل متداوم در نظر گرفته شود.



افغانستان دارای 32 ولایت است که بنوبه خود به 315 ولسوالی تقسیم شده اند. مفهوم ساحه از نگاه اداری مفهوم خاصی ندارد. هر ولایت عملاً کم و بیش استقلال عمل دارد.

هر ساحه از چهار تا شش ولایت تشکیل شده از دو الی سه میلیون نفوس را در بر میگیرد و تا حدی ارتباط منطقی شبکه سرکها، شبکه های اقتصادی و حتی قسماً روابط قومی در تشکیل آن مراعات شده.

در مورد صحت تا سال 2002 واحد های ساحوی که

از چهار تا شش ولایت را در بر میگرفت و بدور شهرهایی که دارای یک زیربنای بیمارستانی بودند تشکیل شده بود. اکثر این واحدها یک فاکولته طب را هم حاوی بودند. در حال حاضر در حدود پنج فاکولته طب موجود است (کابل، جلال اباد، هرات، مزار شریف و خوست).

شهرهایی که نفوس بیشتر دارند عبارتند از کابل، مزار شریف، هرات، جلال اباد و کندهار. در درجه دوم از شهرهای چاریکار، غزنی، کندز و بامیان میتوان نام برد.

وزارت صحت در هر ولایت مدیران صحت عامه مقرر نموده. در هرات، مزار، قندهار و جلال اباد این مدیران هنوز هم بعنوان مدیران ساحوی یاد میشوند. عموماً این مدیران مسئولیت شفاخانه ساحه را نیز بعهده دارند.

تدقیقات نو وزارت صحت عامه در اواخر سال 2002 معلومات دقیقی بدست میدهد:

- 21 شفاخانه H1 : ساحوی یا ملی
  - 41 شفاخانه H2 : ولایتی
  - 114 شفاخانه H3 : شفاخانه ولسوالی
- علاوه برین 353 مرکز صحت بنیادی ( Basic Health Centers )، 224 سب سنتر، 70 مرکز صحت طفل و مادر ثبت شده اند که مجموعاً 912 ساختار میشود.

واقعیتی که این ارقام حاکی آن هستند از جایی به جایی تفاوت قابل ملاحظه دارد شماری از ساختار های نوع H2 بمشکل قابل استفاده هستند. تعداد جمعی بسترهای H1، H2 و H3 در سراسر کشور بالغ بر 6902 میباشد.

فعالیت ثبت شده معالجات سر پا ازین قرار است:

- در شفاخانه های درجه H1 : روزانه 129 معاینه.
- در شفاخانه های تیپ H2 : روزانه 152 معاینه.
- در شفاخانه های نوع H3 : روزانه 63 معاینه.

بخش فعالیت اندازه گیری شده و تنظیم یافته بر اساس رجعت دهی بسیار ضعیف است. مصارف و مدت ترانسپورت نسبت به مصارف مربوط به مراتب بلند تر هستند.

تعداد داکترانیکه در ساحه صحت ابتدایی کار میکنند، و از روی پرنسپ در درجات رجعت دهی (H1 و H2) شامل شده نمیتوانند، به 2850 تن میرسد که 695 آن از طبقه اناث هستند و تعداد دیگر کارمندان مجموعاً 18961 تن بوده، از جمله 4517 نفر زن میباشد.

پرسونل شفاخانه های نوع H1 4347 نفر و پرسونل شفاخانه های نوع H2 2952 نفر تخمین شده است.

محاسبه سازمان جهانی صحت در سال 1997 ازین قرار بود:

- 11 تن داکتر برای 100000 افغان (فرانسه : 303؛ اوسط کشور های کمتر پیشرفته: 30).
- 18 نرس برای 100000 افغان (فرانسه: 497؛ اوسط کشور های کمتر پیشرفته: 78).
- 2 دواساز برای 100000 افغان (فرانسه: 100).



- 1 داکتر دندان برای 100000 افغان (فرانسه: 67,8).

قرار معلوم افغانستان مجموعاً 8000 داکتر دارد و این تعداد در پنج سال آینده به 11000 خواهد رسید. تحلیل ارقام مجموعی، اعم از نقطه نظر کمی و کیفی، اهمیت چندانی ندارد و ما نشان خواهیم داد که مسائل مطرح قرار ذیل است:

- توزیع: کابل ده فیصد نفوس کشور را حاویست و نصف تعداد داکتران را جلب میکند.
- تعلیمات: تحصیلات اولیه و تریننگ.
- کیفیت خدمات.
- محل و طرز اجرای وظیفه.
- امکان پرداخت معاشات تنها از بودجه دولتی بدون در نظر گرفتن بدیل های موجود.



سیستم رجعت دهی  
شفاخانه ها در افغانستان

---

موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

مشاهدات و تحلیل سیستم رجعت دهی

## 1 << اورگانیزاسیون عمومی و اولویت های صحت



دیتا های صحی و معلومات در باره رجوع برای تداوی به وزارت صحیه اجازه داده که اولویت های صحی افغانستان را به شکل دقیق افاده نماید.

امنیت نظامی و ملکی، ثبات سیاسی، انکشاف اقتصادی، دسترسی به آب و غذا باندازه کافی از فاکتور های اساسی پیشرفت صحت بشمار می آیند. بطور مشخص در هر یکی از این ساحات موسسات با صلاحیت مشغول کار هستند. ما فقط بیاد آوری از این امر اکتفا میکنیم، زیرا که بحث درین باره از ساحه ماموریت ما بیرون است.

### 1.1 << اولویت های صحت عامه

از نقطه نظر سیاست صحت اولویت هایی که تشخیص شده در مجموعه خدمات صحی اساسی ذکر گردیده است و چیزی جز مجموع معالجات صحت اولیه نمیشود. این اولویت ها بقرار ذیل است:

- صحت طفل و مادر مشتمل بر:
  - معالجات قبل از ولادت.
  - تیمارداری در وقت زایمان.
  - تیمارداری بعد از ولادت.
  - پلانینگ فامیلی.
  - تداوی نوزادان.
- صحت اطفال و واکسیناسیون مشتمل بر:
  - پروگرام وسیع واکسیناسیون IPE (پروگرام معافیت کتلوی)
  - توجه همه جانبه بامراض اطفال.
- تغذیه مشتمل بر:
  - تکمیل تغذیه با مایکرو نیوتریمنت ها.
  - معالجه سوء تغذی.
- مبارزه علیه امراض ایبیدیمیک و ساری بالخاصه:
  - توبرکلوز.
  - ملاریا.
  - سال دانه.
- صحت روانی با:
  - برخورد دسته جمعی با مسائل صحت روانی.
  - انکشاف تداوی در شفاخانه و تداوی سرپا.
- جواب به معلولیت با:
  - فیزیوتراپی و ظرفی.
  - عملیات ارتوپیدی به سطح شفاخانه.
  - دسترسی به ادویه مهم.

افغانستان که میخواهد که خدمات صحی وقایوی و معالجوی اساسی را برای اکثریت مردم تامین نماید موقف پیشقدمانه ای اتخاذ نموده. شفاخانه طبعاً به مثابه یکی از اجزای جواب به مشکلات جای خود را دارد ولی بهیچوجه نمیتواند مرجع اولی باشد و یا در سرمایه گذاری مالی و بشری حق اولیت داشته باشد.

قسمت اعظم معالجات دارای اولویت باید به شکل سرپا و در مجاورت ضرورت‌مندان ترتیب یابد. نزدیکی با مراجعین یک جنبه مهم تواتر، باور، مؤثریت و دسترسی به معالجه می‌باشد.

## 2.1 << صنف بندی خدمات BPHS - خدمات صحت اولیه

سازماندهی خدمات در چهار درجه ترتیب یافته است. برای هر یک از این درجات نوعیت خدمات، ساعات کار، امکانات موجود و سطح خدماتی که بالاتر از آن باید قضیه را برحسب اصول رجعت دهی بمرجع دیگری حواله نمود، در نظر گرفته شده است. وقتیکه مریض بمرجع بالاتر فرستاده می‌شود باید نفع کارهای انجام شده از دست داده نشود. درجات مذکور قرار ذیل است:

### 1. 2. 1 - آشیانه صحتی یا (HP) Health Post

مشمول بر دو نفر کارمند که وظایف تعلیمات و معلومات صحتی و همچنان در بعض مواقع تشخیص کلینیک و اجرای تداوی سرپا را بعهده دارند. این مراکز برای 1000 تا 1500 نفر یا 100 تا 150 فامیل در نظر گرفته شده.

### 1. 2. 2 - مرکز صحتی اساسی (BHC) Basic Health Centers

تنها معالجات سرپا را برای 15000 تا 30000 باشند اجرا مینماید و میتواند زایمان های طبیعی را بعهده بگیرد. این مرکز شش نفر کارمند دارد که یکی شان نرس و یکی دایه میباشند.

### 1. 2. 3 - مرکز صحتی جامع Comprehensive Health Center

ساحه ای با 30000 تا 60000 هزار نفوس را احتوا میکند و دارای یک لابراتوار و یک دواخانه میباشد. این مرکز 15 نفر کارمند دارد که از جمله دو تن داکتر (یک مرد و یک زن) دو تن دایه و دو تن نرس (مرد و زن) میباشند.

قرار معلوم مراکز حمایه طفل و مادر (Mother and Child Health Centers (MCH درین جهت تحول خواهد کرد. درینصورت ساحه فعالیت این مراکز به مردان نیز گسترش خواهد یافت.

### 1. 2. 4 - شفاخانه ولسوالی یا مرجع اساسی ریفرانس، District Health Hospital

اصولاً ساحه ای با 100000 تا 300000 نفوس را در بر گرفته دارای یک وسیله رادیوگرافی میباشد. اشخاص مصاب بامراضیکه مهم تلقی میشوند درین مراکز بستری میشوند.

درین مراکز سزارین areanCaes، عملیات جراحی داخله و اورتوپیدی تحت بیهوشی عمومی اجرا میشود.

ظرفیت آن در حدود پنجاه بستر است. تیم آن مشتمل بر 37 نفر است که ده تن نرس (مرد و زن)، یکتن داکتر اطفال، دو داکتر مرد، دو داکتر زن (که یکیشان تخصص نسایی و ولادی دارد)، یک جراح، یک انسٹیزیسٹ، چهار دایه و یک تخنیکر رادیولوژی را در بر میگیرد.

تدقیقات وزارت صحتیه در اواخر سال 2000، یک صد و چهارده شفاخانه ولسوالی و سه صد و پنجاه و سه مرکز صحتی اساسی را برشمردہ بود.

این سیستم تنها آنوقت قابل تصور است که اجزای آن با یکدیگر پیوسته باشند. مثال چند موسسه خیلی مؤثر نشان میدهد که چنین یک سیستم رجعت دهی، که طی آن نهاد های درجات مختلف در باره مراجعین خویش وسیعاً تبادلہ معلومات میکنند، مؤثر و کاری میباشد.



شهر کابل در شرایطی منحصر به فرد قرار دارد که تقریباً در جهت مقابل بقیه ساحات کشور واقع میباشد. ازینرو راه حل هایی که برای مرکز پیشنهاد میشوند نمیتوانند به دیگر مناطق کما هو تطبیق شود.

نزدیک به 60% تا 70% پرسونل و امکانات بیمارستانی نوع H1 و H2 درین شهر تراکم یافته و این تراکم به نوبه خود منحصر به مرکز شهر میباشد.

چون تعداد داکتران در آن بسیار زیاد است بلند ترین سطح عرضه خدمات صحتی شخصی را دارا میباشد. این عرضه نیز در مرکز شهر تراکم است. این گونه تراکم در مورد دسترسی عامه به خدمات صحتی کمک نمیکند. این نتیجه گیری که بیست سال پیش هم صورت گرفته بود هنوز توسعه مییابد و بحیث یکی از مشکل ترین دوسیه های حل طلب جلوه میکند.

## 2. 1 << تراکم موسسات در کابل

در سال 2002 بیست و سه شفاخانه بحساب آمده بود که در حدود 3000 تن داکتر و 2994 بستر داشت. نهاد های عمده عبارتند از وزیر اکبرخان، علی آباد جدید، ملالی، رابعه بلخی، جمهوریت، انتانی، میوند، صدی این سینا و شفاخانه نظامی که همه در مرکز شهر - قسمت شمالی واقع هستند. در کارته های دورتر تنها شفاخانه خیرخانه در شمال غرب هست که نقش یک شفاخانه ولسوالی را بازی خواهد کرد.

در جنوب شفاخانه سابق بنام «صلیب سرخ - کارته سه» که از سالهای 90 بدینطرف در پنج منزل رهاپشی جابجا شده بود سر از نو به وزارت صحت عامه ارتباط میگیرد.

باید یاد اور شویم که ساختارهای مختلفی در جنوب تحت اعمار میباشد. ازین قرار:

- یک شفاخانه صحت طفل و مادر بظرفیت 70 بستر از جانب موسسه غیر دولتی فرانسوی بنام «اطفال افغان» Enfants afghans

- یک شفاخانه جراحی 50 بستر که از طرف دولت ایتالیا تمویل میشود.

- یک زایشگاه 40 بستر که از جانب موسسه غیر دولتی Hope International (امید بین المللی) حمایه میشود.

واضح است که کابل قسمت اساسی امکانات بیمارستانی نوع H1 و H2 کشور را متراکم میسازد. این بنیادها اساساً تخصصی هستند و مراجعین از گوشه های مختلف کشور، ولایت و شهر میآیند.

این تراکم به شکل طبیعی، به زیان دیگر ساحات کشور و به زیان سیستم PBHS انکشاف مییابد. عدم امنیت و جستجوی شرایط زندگی نسبتاً وسیعتر این تراکم را بیشتر میسازد.

اکثریت قاطع داکتران آینده افغانستان در کابل تربیه میشوند (انستیتوت طب کابل) و تنها تشویق خاص اداری و قانونی میتواند آنها را بسوی ولایات و یا بسوی PBHS سوق دهد. تصامیم قابل توجهی درین جهت از طرف وزارت صحت عامه اتخاذ شده اند مثلاً اعزام داکتران جدیدالقرر بولایات و اجباری ساختن خدمت خارج از کابل قبل از یک عده ترفیعات.

## 2. 1. 1 - تراکم در مرکز شهر

شهر کابل از دو الی سه میلیون نفوس و بیست و سه باب شفاخانه دارد. تقریباً همه شفاخانه ها در ساحه کمتر از یک کیلومتر مربع میان شفاخانه های وزیر اکبرخان و اندیرا گاندی در شمال، علی آباد جدید در غرب و رابعه بلخی در شرق واقع میباشند.

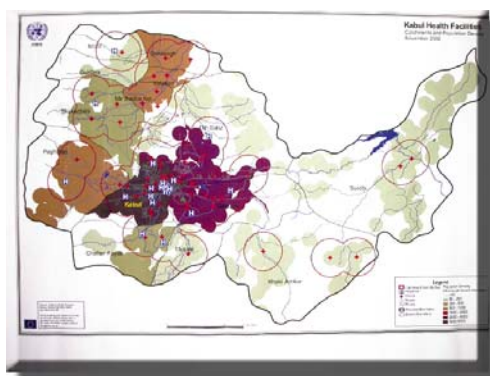
مراکز تراکم نفوس در کارته های جنوبی، جنوب غربی و غربی شهر واقع هستند که فاقد هر گونه بنیاد نوع H1 و H2 و حتی شفاخانه ولسوالی میباشند.

درین مورد از دو استثنا نام برده میتوانیم:

- خیرخانه در شمال غرب: شفاخانه 100 بستری از جانب UNFPA و ایتالیا حمایه میشود. طرز کار آن باید از نوع شفاخانه ولسوالی با 50 بستر زایشگاه باشد.
- کارته سه در جنوب: شفاخانه سابق صلیب سرخ که در سالهای 1990 در پنج منزل رهائشی جابجا شده بود دوباره به وزارت صحت عامه مسترد شد. کار در منازل رهائشی توقف یافته، قسماً در چارچوب شفاخانه ایتالیایی تحت تعمیر به انستیتوت لیثمانیا و ملاریا که بر سرک دارالامان قرار دارد انتقال مییابد.

بجای شفاخانه سابق یک بنیاد 200 بستری با یک سرویس ولادی، یک سرویس جراحی 50 بستر و یک سرویس داخله 100 بستری ایجاد خواهد شد. در واقع جراحی صرف انتقال مییابد و سرویسهای ولادی، داخله و اطفال ایجاد میگردند.

این شفاخانه به نهایت فاقد امکانات بوده بحیث یک شفاخانه ولسوالی کار خواهد کرد. بهر صورت این یگانه نهادیست که در قسمت جنوبی و جنوب غربی خصوصاً دشت برچی فعالیت میکند. تنها ساختارهای فعال دیگر در این ساحه پولیکلینیک و زایشگاه داکتران بی سرحد MSF میباشند.



## 2. 1. 2 - تراکم سابقه دار و رو به افزایش وسایل تخنیکی

شفاخانه های کابل موسسات تخصصی پراهمیتی بوده اند. علی رغم ناداری مادی هنوز هم و در آینده نیز درین امکان کارهای تخصصی دارای بلندترین اضافه ارزش تخنیکی اجرا میشود مثلاً جراحی اوعیه، جراحی عصبی، کاردیولوژی، جراحی اطفال، جراحی اورتوپیدی و Excellence Center زایشگاه ملالی.

اولین اسکندر درین محوطه مرکزی فعال خواهد شد.

## 2. 2 << طرز تشکیل شفاخانه ها در خدمت BPHS نیست

### 2. 2. 1 - تشکیلات داخلی شفاخانه ها و امور صحی منحصر بخود و بدون رابطه با بیرون

تحلیل طرز کار و تشکیلات شفاخانه های کابل نشان میدهد که این مؤسسات نه تنها در خدمت مجموعه خدمات صحی اساسی نیستند ولی اضافه برین با اهداف سیاست صحت عامه کشور نیز سازگار نمیباشند.

ماموریت های اختصاصی هر شفاخانه مشخص نشده مبنی بر «جهت گیری های تاریخی» و تعهدات بعض داکتران میباشند. باین قرار:

- جراحی اورتوپیدی اکثرأ در وزیر اکبرخان صورت میگیرد.
- جراحی حشوی قسماً در وزیر اکبرخان، قسماً در علی آباد جدید، قسماً در جمهوریت و قسماً برای زنان در رابعه بلخی.
- زایشگاه های دوگانه عبارتند از رابعه بلخی و ملالی ولی بخش اهم ولادت ها در منزل صورت میگیرد.
- طب داخله بیشتر در علی آباد جدید و کمی در وزیر اکبرخان عملی میشود.
- بخش عمده پیدیاتری محول به اندیرا گاندی و قسماً بعهدہ اتاترک است.



ولی این جهتگیری ها بوضاحت مشخص نشده یک‌عده کارهای تخصصی در چند جا، بدون توجه قناعت بخش، صورت می‌گیرد که این امر باعث پراگندگی امکانات محدود می‌گردد:

- گوش، گلو و بینی: میوند، رابعه بلخی.
- داخله: کمی در هر شفاخانه.
- جراحی حشوی و یورولوژی: جمهوریت، وزیر اکبرخان، علی اباد جدید، ابن سینا و غیره.

مریضان به شکل واضح و روشن به یک محل تدای رهنمایی نمیشوند زیرا که سیستم رجعت دهی مربوط به تخصصات طبی و جراحی وجود ندارد.

### 2. 2. 2. کیفیت نا متناسب پذیرایی مراجعین

همه شفاخانه های کابل معاینات و تدای مریضان سرپا را اجرا میکنند. این عمل از طرف صبح از هشت بجه تا یک بجه بعد از ظهر صورت می‌گیرد. از 200 تا 400 نفر روزانه از این خدمات استفاده میکنند و اکثراً این معاینات بحیث یگانه راه داخل شدن به شفاخانه جلوه میکند بدون آنکه وضعیت حیاتی مریض نقشی داشته باشد. معاینات عمومی، معاینات تخصصی اولیه و واقعات عاجل حیاتی از همان یک مجرا صورت می‌گیرد و مریضان در نتیجه یک معاینه شخصی و یا در چارچوب سیستم صحت اساسی به شفاخانه فرستاده میشوند. این کار نه تنها از نقطه نظر طبی موثر نیست بلکه میتواند خطرناک نیز ثابت شود:

- مدت انتظار بسیار طولانی هست.
- سرویسهای تخصصی مزدحم بوده اعتبار خود را از دست میدهند.
- برتری ای که برای سیستم صحت اساسی قایل باید شد ناموجود هست.

تنها دو شفاخانه یک سیستم رجعت دهی را بدون در دست داشتن امکانات اضافی، ولی از طریق تشکیلات و تنظیم دقیق، بمیان آورده که در نتیجه - بطور مشخص در وزیر اکبرخان - دسترسی مریضان به تدای مناسب و مؤثر با در نظر داشت شرایط افغانستان و تضمین تجویزات لازمه در اسرع وقت بیشتر شده است.

### 2. 2. 3. پذیرایی وقایع عاجل حیاتی و ولادی وجود ندارد ولی ممکن است

طرز کار امروزی در موارد عدم کفایت کثیر الحشوی مخصوصاً در نتیجه حادثه ترضیعی نامتناسب است.

هر شفاخانه یک سیستم نوکری را برقرار ساخته ولی داکتران نوکریوال بتعداد کم و بی تجربه هستند. در صورت ترومای کثیر الحشوی یک مریض باید در عین وقت به چند جا مراجعه کند:

- وزیر اکبرخان برای اورتوپیدی.
- جمهوریت برای معاینه با سکتر - وقتیکه این آله فعال شود.



- علی آباد جدید برای جراحی عصبی و جراحی حشوی.
- در حالیکه مراقبت شدید باید در وزیر اکبرخان صورت بگیرد.

علاوه برین، رسیدن تا وسایل تکنیکی مربوط به چانس است. با دریافت چند عراده امبولانس و وسایل مخابره مؤثر بکمک ناروی در تعمیرات ابن سینا کارها کم کم انسجام میابند ولی این سیستم تنها وقتی میتواند مؤثر باشد که مراکز راستین واقعات عاجل احداث گردد.

- برای واقعات عاجلی که مداخله کثیرالاختصاصی را مطالبه میکنند لازم است که دو شفاخانه برای بزرگان و یک شفاخانه اطفال بطور مشخص تعیین شوند و وسایل و پروسیجرهای لازم در آن متمرکز گردند.

ظاهرأ وزیر اکبرخان، اگر از امکانات تصویرگیری و نیوروسرجری برخوردار گردد، مناسب ترین و مجرب ترین محلی بنظر میآید. باید هرگونه ابهام در مورد محل مراجعه این مریضان رفع شود؛ خصوصاً تا جاییکه به ابن سینا، میوند و جمهوریت ارتباط میگیرد

نواقصی که ذکر گردید از همه بیش در مورد واقعات عاجل مربوط بزنان حامله مشهود است:

#### 2. 2. 3. 1 - معاینات عاجل

علاوه برین حادثات ترومایی کثیر الحشوی، وقایع وحیدالحشوی نیز ممکن است. در بهترین شرایط باید اکثر این واقعات از تداوی در مجاورت مستقید شوند. وسایط موجود شفاخانه ها چندان دارای اضافه ارزش کافی نمیباشند.

چند محل پذیرایی مجهز با وسایل تخنیکی دارای صلاحیت های کثیرالتخصصی میتواند در نظر گرفته شود.

بهر صورت همه شفاخانه ها نمیتوانند که یک سرویس تمام عیار وقایع عاجل را عرضه کنند.

#### 2. 2. 3. 2 - پذیرایی زنان حامله

نواقص انسجام پذیرایی بخصوص در مورد زنان حامله مشهود است. پذیرایی این مراجعین بدون ریفرانس و بدون درنظر گرفتن معاینات قبلی صورت میگیرد.

یکی از زایشگاه ها از طریق سرویس معاینات سرپای خویش کم کم به فلتر کردن مراجعین شروع کرده. این کار نمایانگر آنست که یک سازمان دهی جدید ممکن است و میتواند پذیرایی را مؤثرتر و از نگاه طبی دوستانه تر بسازد ( Friendly Hospital ).

#### 2. 2. 4 << رقابت و نشست

شفاخانه ها نه با هم روابط صحتی دارند و نه با سیستم صحت اساسی ارتباطات وظیفوی. عدم وضاحت ساحه فعالیت از راه قانون و مقررات، راه را برای جهت گیری های فردی عده ای از داکتران باز گذاشته. بعضی از رؤسای شفاخانه حتی ادعا دارند که از مال شخصی خویش و یا با به کار انداختن عوایدی که خارج از اداره وزارت صحت (از نزد دونر ها Donners ، موسسات غیر دولتی خارجی، جامعه مدنی افغانی و غیره) بدست میآورند سرمایه گذاری میکنند. در شرایطی قحط امکانات و زمانیکه کشور از یک دوره طولانی نا آرامی ها برآمده این نوع تعهدات از نقطه نظر انسانی قابل قدر است ولی اثرات ناگواری بر سازماندهی صحت و خدمات میگذارد.

کوششی چندان برای بوجود آوردن هماهنگی بین شفاخانه ها وجود ندارد. هماهنگی موجود نتیجه تحرکات وزارت صحت عامه میباشد. ازینجاست که شفاخانه ها با هم یکنوع رقابت برای جلب توجه تمویل کنندگان بین المللی و ان.جی.او ها براه انداخته اندو باز سازی های قسمی بدون در نظر داشت اولویت های صحتی صورت میگیرد.

به رهنمایی مریضان توجه خاصی نمیشود و کوششی برای همکاری موسساتی که در PBHS در نظر گرفته شده اند نمیشود. زنان و اطفالیکه در مراکز حمایه طفل و مادر دیده میشوند، و رهنمایی کردن شان به یک مرجع ریفرانس از نگاه طبی قابل توجیه میباشد، ازین رهنمایی و هدایت قبلی مستقید نمیشوند. مرجعی برای تفاهم و تبادل نظر بین کارمندان نهادهای BPHS و شفاخانه ها وجود ندارد.

حسب تجربه ما این وضع در طول یکسال بدتر شده. عملاً هر موسسه خود را بحیث یک واحد مستقل و یگانه تصور میکند.

برعکس در شهرهای ولایات کميته های هماهنگی وجود دارند و کوشش میکنند که سلسله های مؤثرتری پیشنهاد کنند و این خود نمودار است که همچو یک روشی ممکن و قابل تصور است.

#### 2. 3 << سکتور شخصی وسیع و رو بافزایش در کابل - امروز سرپا، عنقریب شفاخانه

وضعیت قانونی و امکانات کار داکتران در افغانستان در چارچوب واحدی تنظیم شده. هر داکتر نزد وزارت صحت عامه راجستر شده به یک شفاخانه کابل، یک بنیاد صحتی - شفاخانه یا PBHS مربوط میباشد.

وابستگی به یک شفاخانه داکتر را مجبور میسازد که اصولاً از ساعت هشت صبح تا ساعت چهار بعد از ظهر و عملاً از ساعت هشت صبح تا ساعت یک بعد از ظهر در شفاخانه حاضر باشد. توظیف مستقیم در شفاخانه به صلاحیت رئیس میباشد.

در مقابل این مأموریت هر داکتر در حدود 1700 افغانی معاش کسب میکند (55 افغانی = 1 یورو). این مبلغ ثابت بوده نه با وظیفه، نه با حجم کار، نه با لیاقت و نه با درجه تحصیل ارتباط دارد. این امر بهیچوجه باعث تشویق نبوده، تأثیرات منفی زیادی در پی دارد. علاوه از این معاش، مکافات های تشویقی یا Incentives نیز تقویض میگردد ولی آنها عام نبوده از جانب بعض تمویل کنندگان و ان.جی.او ها پرداخته میشود. این مکافات اثرات مثبت دارند ولی باعث اخلال های چشمگیری نیز میشوند.

برای امرار معاش هر داکتر، به شمول داکتران نظامی، معاینه خانه شخصی دارد که اصولاً از ساعت چهار بعد از ظهر تا ساعت نه یا ده بعد از ظهر در آن کار میکنند. ظاهراً ایجاد معاینه خانه آزاد میباشد. نرخنامه رسمی ای وجود دارد که از روی آن فیس یک معاینه 50 افغانی یعنی یک یورو میباشد ولی درحقیقت مبلغ فیس مربوط به سویه داکتر است.

فعالیت معاینه خانه ها نا برابر است ولی شماری از داکتران میگویند که روزانه از 100 تا 150 مریض را معاینه میکنند.

چنان بنظر میرسد که این سیستم به داکتران افغان اجازه میدهد که عواید قناعت بخشی داشته باشند. این عواید موتور قوی ایست برای انکشاف یک عده تخنیک ها و نمایانگر تقاضای چشمگیر خدمات صحتی سرپا میباشد.

**هیچگونه شواهدی وجود ندارد که نشان دهد که این تقاضا از اهالی دارای حق اولیت سرچشمه بگیرد یا حتی به نفع آنان باشد.**

بخش عمده معاینات رادیوگرافی، التراسوند و بیولوژی در سکتور خصوصی صورت میگیرد. یکعهده مریضانی که در شفاخانه های دولتی بستری هستند، ممکن است حتی در دوران بستری بودن مجبور شوند که برای بعض معاینات به سکتور شخصی مراجعه کنند!

امکان دارد که فراتر از کمبود امکانات، ضعف نهایی وسایل تخنیکی شفاخانه های دولتی کابل محصول عدم علاقه اقتصادی و عدم سهمگیری داکتران باشد.

هرچند مساعدت در انکشاف سکتور شخصی لازم بنظر میرسد تا این سکتور وسیع و مؤثر گردد، با وجود این، هیأت عقیده دارد که ایجاد رقابت های فرضی یا سازمان یافته بین شفاخانه های دولتی و شفاخانه ها و کلینیک های شخصی بمنظور انسجام عرضه خدمات صحتی کار مناسبی نیست. بهر حال رقابت های عارضی حتماً باقی خواهند ماند. در مقابله با یک سکتور خصوصی رو به انکشاف، لازم است بین شفاخانه های دولتی همنوایی ها و همکاری هایی را جویا شد که در نتیجه آن شفاخانه های دولتی بتوانند داکتران راجع کننده را یا بوسیله امکانات تخنیکی لازم و یا بوسیله کیفیت و دسترس آسان بخدمات بخود جلب کنند.

## 2.3.2 - سیستم شفاخانه های شخصی

یک سیستم شخصی قبل از جنگ نیز در افغانستان وجود داشت که بیشتر به یک سیستم امتزاجی میمانست باین معنی که مریض در شفاخانه از امکانات بود و باش استفاده میکرد و قیمت آنرا به شفاخانه میپرداخت نه به داکتر. اصولاً خدمات طبی برای همه یکسان بود.

اکنون خدمات شفاخانه دولتی بااستثنای فلم های رادیولوژی مجانی بوده قابل تادیه نیستند. عملاً همگان اعتراف میکنند که مریضان مبالغ هنگفتی برای تغذیه، مواد مصرفی و خدمات صحتی میپردازند.



این فیس های غیر رسمی قابل محاسبه نبوده، مانع بزرگی در راه دسترسی به تداوی میباشد.

احیای مجدد تادیه مصرف حد اقل برای خدمات اعاشه و اباته همزمان با بهتر شدن دسترسی در بعضی شفاخانه های دولتی ممکن بنظر میرسد.

در حال حاضر حد اقل سه باب شفاخانه شخصی در کابل وجود دارد که ما تنها یکی از آنها را دیده توانستیم. این موسسه 50 و حتی 150 بستر داشت. این شفاخانه به اندازه کافی متمر بنظر میرسد چه چند پروژه احداث یا در نظر است و یا در حال عملی شدن.

آنچه مریضان را باین موسسات جلب میکند تضمین دسترسی به یک داکتر صاحب شهرت در اسرع وقت و معلومات در مورد خدمات منتظره میباشد. داکترانیکه درین شفاخانه ها کار میکنند کسانی هستند که شهرت فراگیر دارند. جالب اینکه این شهرت را ضمن ماموریت های دولتی، بحیث استاد پوهنتون یا شف کدام سرویس تخصصی در شفاخانه های دولتی کسب کرده اند.

اصولاً وزارت صحت برای ایجاد شفاخانه های شخصی بمنظور تضمین کیفیت خدمات شرایط سختی وضع و تحمیل میکند ولی در واقع عملی شدن این شرایط به تثبیت نمیرسد.

خاصاً در موسسات شخصی سرمایه گذاری در وسایل سنگین سریع و آسان میباشد. خریداری دو پایه اسکنر قبلاً اعلان شده. این امر مربوط به تحرک ذاتی این سکتور بوده به اولویت های صحت عامه جواب نمیگوید. معهدا درین مورد زمینه ای برای تطبیق یک سیاست قراردادی وجود دارد.

این سکتور را باید محترم شمرد زیرا که نتایج علمی و اقتصادی خوبی در پی دارد ولی کنترول دقیق از جانب وزارت صحت نیز لازم است.

بطور خلاصه کنترول وزارت به تقویض اجازه، تطبیق نرخنامه، کیفیت خدمات و دسترسی بآن و همکاری صحی ارتباط میگیرد و باید در چارچوب شفاف قانون و مقررات، با تقاهم با سکتور شخصی تجویز، تطبیق و کنترول شود.

## 2. 4 << عدم توازن کمی و کیفی پرسونل در شفاخانه های کابل

تعیین قطعی تناسب بین تعداد پرسونل و معیارهای فعالیت کاریست دشوار. بر اساس ایجاباتی که برای شفاخانه قایل میشویم تفاوت های مهمی ملاحظه میشود. معهدا ممکن است قیاس هایی را ارائه نمود. عادتاً

تناسب یک نفر و یک بستر (500 بستر = 500 نفر) تناسب معقول به نظر میرسد در حالیکه تناسب دو نفر و یک بستر (500 بستر = 1000 نفر) تناسب بسیار بلند بوده فقط در شرایطی قابل توجیه میباشد که کار مشکل و سطح تکنیکی عمل خیلی بالا باشد.

آنچه به سویه اهلیت کاری ارتباط میگیرد یک شفاخانه نمیتواند وظیفه خود را با مؤثریت اجرا کند الا آن که تیم های متوازی داشته باشد. یک داکتر معالجاتیرا تجویز میکند که باید عملی شود. این ممکن نیست که تعداد داکتران بالا تر از تعداد



نرسها باشد.

در کابل، بر اساس معلومات وزارت صحت عامه، تعداد پرسونل بسیار زیاد است (نزدیک به دو نفر برای یک بستر) بدون آنکه برای این حالت توجیه طبی و تکنیکی موجود باشد. تعداد داکتران نسبت به دیگر کتگوریهای پرسونل بی تناسب است. دیده میشود که:

- برای وظایف عادی تعداد پرسونل از ضرورت زیاد است
- تعداد داکتران خیلی بلند است:
- از نقطه نظر مطلقاً تعداد.
- به تناسب بقیه پرسونل.

یک ادکتر برای چهار نرس و پرستار تناسیبیست که میتواند بطور یک حد اعظمی معقول قبول شود.

در اکثر شفاخانه ها رؤسا این عدم تناسب را بخوبی درک کرده اند و تخفیف تعداد داکتران را تجویز کرده اند. اصرار میوزیم که این معضله مختص به مرکز کابل میباشد.

## 2. 5 << کار پرسونل کدر و پرسونل معالج باتدازه کافی مؤثر نیست

یک شفاخانه مانند هر بنیاد معالجی تنها به کمک پرسونل معالج، نرس ها و پرستاران فعالیت کرده میتواند.

شفاخانه های افغانستان به قلت پرسونل معالج مواجه هستند. علاوه برین وظایف داکتران و نرسان همه جا به طور واضح تحدید نشده اند که در نتیجه صلاحیت های کاری به شکل نادرست استعمال میشوند.

تیم ها باید تنظیم شوند و کارشان هماهنگ شود. تعداد پرسونل کدری، با وجود اینکه این قشر میانی برای فعالیت درست شفاخانه دارای اهمیت خاص میباشد، خیلی کم است.

رؤسای مجموع شفاخانه ها بسیار کم در ساحه امور اداری و منجمنت تربیه دیده اند. هرچند آنها پروژه های پیشقدمانه ای دارند ولی برای عملی ساختن آن وسائلی در اختیار شان نیست. تا جاییکه ما درک کردیم مانع عمده عملی شدن پروژه ها بیشتر قلت این وسائل اداره میباشد تا قلت امکانات مادی که محراق توجه اکثر پارتنرهاست.

رؤسای شفاخانه تیم های اداری برای تنسيق، کنترول و اداره کارها در اختیار ندارند درحالیکه امر در شرایط قحط امکانات نقش اساسی دارد. البته کارمندان اجرایی موجود هستند ولی آنها نیز نه تربیه شده اند و نه صلاحیتی برایشان داده شده.

### در نتیجه:

شفاخانه های کابل دارای خصوصیت های متجانسی هستند:

- تراکم بیش از حد در مرکز شهر.
- عدم ارتباط بین فعالیت ها و اهداف صحت عامه.
- کارروایی متمرکز بر خود و بدون رابطه عملی با دنیای صحی خارج از شفاخانه.
- وسعت پرسونل، خصوصاً تعداد بیش از ضرورت داکتران، بدون آنکه این تعداد بر اساس فعالیت توجیه شده بتواند.
- تیم مدیره ناکافی.
- عدم تحدید دقیق تخصصات و وظایف.
- استراتژی رقابتی و گاهگاهی کم ارزش جلوه دادن شفاخانه نسبت به سکتور شخصی، بالاخص در مورد وسایل.
- کیفیت و امکانات دسترسی تضمین نا شده.

ممکن است که برای بعضی از شفاخانه های مرکز ماموریت های مختص سطح ملی و ساحوی تعیین شده، کوشش باز سازی و سازماندهی بر همین چند موسسه متمرکز گردد (رجوع شود به گزارش فرانسوی ماه می 2002).

برعکس فعالیت های دوگانه و موسساتیکه که از نقطه نظر صحت کمتر قابل توجیه هستند نباید از سرمایه گذاری های صحی مستفید شوند. این سینا، انتانی و حتی جمهوریت ازین نگاه حیثیت مثالی دارند.



### 3 << شفاخانه و سیستم ريفرانس در ولايات

درینجا تحلیل و تجزیه دقیق هر موضع را دوباره ذکر نمیکنیم. مسئله شفاخانه های مرجع ريفرانس در ولايات بشکل خیلی متفاوت از کابل مطرح میشود. امکانات و ولايات مانند کابل ضعیف میباشد.

#### 3. 1 << شرایط عمومی، دو درجه ولایتی و ساحوی صلاحیت

در ولايات عموماً یک شفاخانه وجود دارد که آن هم در ولايات کم نفوس کوچک و حتی غیر فعال میباشد. مشروع بنظر میرسد که این شفاخانه ها از نقطه نظر امکانات و وظایف حد اقل دارای خاصیت های یک شفاخانه ولسوالی باشند.

شفاخانه های ولايات کم نفوس مانند شفاخانه های چاریکار، کندز، غزنی، گردیز، بامیان باید طوری در نظر گرفته شوند که منظمأ و به شکل عادی به یک شفاخانه مرجع ريفرانس، که از امکانات بیشتر برخوردار باشد، در یکی از ولايات نزدیک مراجعه کنند.

در مورد شفاخانه های ولايات پر نفوس مانند شفاخانه های هرات، مزار شریف، جلال اباد و قندهار مفهوم شفاخانه های «بین الولايتی» یا ساحوی را تداعی کرده میتوانیم.

#### 3. 2 << هماهنگی بیشتر در ولايات

در اکثر شهرها فقط یک شفاخانه عمومی وجود دارد که صلاحیت و مسئولیت مجموع امکانات و ساختارهای صحی، منجمله BPHS را دارا میباشد:

- شفاخانه ولسوالی، مرکز صحی اساسی ( Basic Health Center ) ، مرکز صحی جامع ( Comprehensive Health Center ) ، و آشیانه صحی ( Health Post ) و همچنان همه فعالینی که در مجاورت مراجعین کار میکنند.
- این صلاحیت واحد و هماهنگ بوده دارای یک بودجه و تحت اداره رئیس صحت عامه و لايت یا ساحه قرار دارد.

در یک کشوری که در حال باز سازیست حاکمیت اداری مستقیم از آن وزارت صحت عامه میباشد که در باره تخصیصات ، تقرر پرسونل و تعداد تیوریک داکتران تصمیم میگیرد.

در حال حاضر سهمگیری والیان قابل توجه میباشد و موجودیت رئیس ساحوی امکان میدهد که خواسته های سطح ملی و ولایتی در نظر گرفته شود. علاوه برین والیان مستقیماً در بخشی از تخصیصات مالی و وسایل سهم میگیرند.



اینگونه «بازی قدرت» که بسیار مهم میباشد مختص به ساحه صحت نیست.

#### 3. 3 << عدم توازن شدید به نقص ساختار های BPHS

در همه ولايات عدم توازن امکانات نسبت به کابل مشهود تر است.

در ولایاتی که از آن بازدید بعمل آمد تعداد مجموعی کارمندان صحت از 600 نفر تا 800 نفر میباشد.



در هر منطقه 60% تا 80% پرسونل مستقیماً در شفاخانه توظیف شده اند. این تناسب در مورد داکتران ازین هم بلند تر است: 70% تا 90% مجموع داکتران در شفاخانه توظیف شده اند. این وضع تا حد زیادی بر اساس امنیت، عواید شخصی و کیفیت زندگی مبنیست.



در ولایات نیز مانند کابل داکتران قسمت اساسی عواید خود را از طریق کار شخصی بعد از ظهر خویش حاصل میکنند. آنها نمیتوانند که خارج از مرکز شهر باندازه کافی مراجعین داشته باشند.

اگر موازین صحت عامه در نظر گرفته شود توظیف پرسونل عکس آنچه میباشد که برای معالجات سرپا و تداوی در مجاورت مریض که بآسانی بدست بیاید و موثر باشد لازم دانسته میشود.

### 3. 4 << دسترسی ناکافی

فاصله بین محل اقامت و شفاخانه ها زیاد است (بیشتر از کابل).  
 باسنتهای چند سرک محدود راه ها به مشکل موثر رو میباشند.  
 ترانسپورت عادتاً مدت چند روز را دربر میگیرد و بعهده مریضان و پایوازانشان میباشد. پایوازان باید محلی برای بودوباش موقتی در شهر نیز جستجو کنند.  
 این شرایط برای دسترسی به معالجات چندان سازگار نمیباشند.

### 3. 5 << به نقش مرجع رفرنس توجهی نمیشود

با وجود مشکلات رسیدن به شفاخانه، مراکز ولایتی بحیث اولین مرجع صحتی عده زیادی از اهالی میباشد. تعداد معاینات خیلی زیاد بوده روزانه به 200 الی 400 میرسد در حالیکه تناسب بستری شدن ها کمتر از 10 در صد است که این خود نمایانگر این امر است که نه مردم از نقش و اهمیت سیستم رجعت دهی آگاهی دارند و نه مقامات صحت عامه باعمال آن اقدام ورزیده اند.

### 3. 6 << عناصر مساعد تر برای انتقال بسوی مفهوم رفرنس در ولایات

در ولایاتی که از آن بازدید بعمل آمد کمیته های انسجام وجود دارند. درین کمیته ها همه موسسات غیر دولتی و سهمگیران مسائل صحتی (سازمان جهانی صحت، یونیسف و غیره) تحت اداره رئیس ساحوی گردهم جمع میشوند.

روابط شخصی برقرار میشوند و موقف هر کس روشن میباشد.

سیستم دولتی از مشروعیت و اقتدار قوی برخوردار میباشد ولی در بعض مناطق BPHS تنها بر امکانات آن. جی. او ها استوار میباشد و ظاهراً تنها این موسسات میتوانند که برای مدتی در نزدیکی ضرورتمدان ایفای وظیفه کنند.

این نشان میدهد که در عدم موجودیت تشویق مادی و یا تصمیم آمرانه شفاخانه های مرکزی تقریباً تمام پرسونل و بالخصوص داکتران را بخود جلب میکند. معکوس ساختن این تمایل به اقدامات پیشقدمانه و سازماندهی سر از نو همه عناصر تشویقی ارتباط دارد. تنها حرف زدن کفایت نمیکند.

## 4 << وسایل بیومدیکل شفاخانه ها و تعمیرات

### 4. 1 << وسایل تخنیکي موجوده کابل

ضمن اولین تماس ها وقت ملاقات ها کم بود و ممکن نشد که صورت حساب دقیق وسایل موجود در شفاخانه های کابل بدست آید. با وجود این مشاهدات ذیل صورت گرفته:

- باسنتنای دو یا سه پایه ماشین رادیوگرافی بسیار ساده چینایی، تمام وسایلی که در شفاخانه های کابل فعال هستند درین تازگی ها (از سال 2001 باینطرف) عمدتاً از طرف JICA جاپان و KFW آلمان داده شده.
- وسایل ساده تر (تئویر عملیاتخانه، میزهای عملیات، اسپیریتر های مواد مخاطی، اوتوکلاو های لابراتواری، انکیوبیتر ها و اژیتاتور های لابراتوار) کهنه تر بوده از دوران کمونیست ها باقی مانده اند.

درین مشاهدات، بعلت عدم مراقبت، جای تعجبی نیست اگر شماری از ماشین های نو، خصوصاً وسایل کوچک لابراتوار، همین حالا تخریب شده و از وسایل دیگر بخاطر فقدان مواد استهلاکی (گاز های هیلوجن برای آلات تنفس مصنوعی، مواد تعاملی برای وسایل لابراتواری) استفاده صورت نمیگیرد.

وسایلیکه بنظر میخورد همه بسیار بسیط هستند، چه در رادیوگرافی (عمدتاً موبایل های گرافی)، چه در لابراتوار (اسپکترومیترومترهای دستی، بیلیروبینومترها Bilirubinometer و غیره) و چه در عملیاتخانه (آلات ساده تنفس مصنوعی). یک نکته مثبت که باید یادآوری شود اینست که تعداد مدل های مختلف کم است و این امر باعث تسهیل کار های مراقبت وسایل میباشد. هیچکدام آله پیچیده ای بچشم نخورد. اوتوکلاو ها از نوع لابراتواری هستند که بخار تولید نمیکند، استعمالشان آسانست و ضرورت زیادی برای مراقبت ندارند. اما موادیکه باینوسیله تعقیم میشوند مرطوب مانده برای اینکه عقیم بمانند باید فوراً استعمال شوند. اغلباً واقعیت چنین نیست. تعداد زیاد پوینتل ها (تعقیم با حرارت خشک بوسیله تسخین برقی)، که موثریشان تحت سؤال است، دیده میشوند. معهدا این آلات اگر واقعاً تعقیم کننده نباشند اقلأ بخوبی دفع عفونت میکنند.



هیچ عملیاتخانه ای حتی در اورتوپیدی با وسایل متحرک فلوروسکوپی مجهز نیست.

از عده محدود آلات تنفسی عملاً استفاده میشود؛ قسماً از روی عادت (جراحی حربی) و قسماً بخاطر فقدان مواد استهلاکی (گاز هیلوجن).

توزیع این وسایل به شکل مؤثر صورت نگرفته چنانچه در یک شفاخانه یک موبایل گرافی فالتو در پهلوی دوتای دیگر گذاشته شده بود.

هوس دستیابی به وسایل پیچیده البته موجود است؛ اسکنر چینایی ایکه قرار است در جمهوریت فعال شود بحیث مثال یاد شده میتواند. همچنان در شماری از کمک ها تمایل به دادن وسایل دارای کیفیت ناچیز هم محسوس است؛ بطور مثال چپرکت های جدید که در وقت باز کردن کاغذ پیچ، زنگ زده بارمیآیند و یا وسایل جراحی که بعوضیکه کرومی باشند از فولاد ستینلس ساخته شده. باید که وزارت درینگونه وقایع مداخله نموده از آن جلوگیری کند.

### 4. 2 << سرویس مرکزی رادیولوژی و لابراتوار مرکزی کابل

هدف سرویس مرکزی رادیولوژی که در ابن سینا واقع است آموختن تخنیک های ایکسریز و التراسوند به رادیولوجست ها بود. اکنون شاید در حدود 15 داکتر درینجا تحت تربیه باشند. ولی در پنج یا شش



اطاقی که سابقاً فعال بود این مرکز فقط دو پایه وسایل نسبتاً محقر رادیولوژی عادی را دارا میباشد و دو پایه ماشین التراسوند محقر سیاه و سفید نیز دارد. عمارت کهنه بوده به یک ترمیم جدی ضرورت دارد.

محصلین رادیولوژی از پروگرام تربیوی ایکه از جانب سفارت فرانسه براه انداخته شده بهره برداری میکنند ولی تا اکنون اداره این سرویس از کدام پروژه امدادی در مورد وسایل خبری ندارد.



هدف لابراتوار مرکزی که در مجاورت نزدیک سرویس مرکزی رادیولوژی و اقصیت تهیه مواد تعاملی برای لابراتوار های شفاخانه های سراسر افغانستان بود و برای لابورانت هاییکه در انستیتوت طبی متوسط تحت تربیه بودند حیثیت محل ستاژ را دارا بود. 15 تن داکتر درینجا تحت تربیه هستند و 152 نفر (که از جمله 35 نفر

قراردادهای قصیر المدت دارند و 27 نفر کارمند اداری هستند) در لابراتوارهای سروولوژی، هماتولوژی، پارازیتولوژی، باکتریولوژی و بیوشیمی کار میکنند.

این لابراتوار دارای وسایل خیلی ساده بوده، فقط از تخنیک های دستی استفاده میشود و بقول رئیس آن 35 نفر برای فعال نگه داشتن آن کافیهست.

از 30 تا 35 لابراتوار به لابراتوار مرکزی برای دریافت مواد تعاملی مراجعه میکنند. مواد، بعد از حساب دهی مقدارهای قبلاً مصرف شده، داده میشود.

تنها لابراتوار باکتریولوژی از سازمان جهانی صحت کمک ناچیزی دریافت میکند. یک دفتر برای پذیرایی مامورین این موسسه آماده شده ولی هنوز بیکار است. تا ماه های اخیر موسسه غیر دولتی کمک طبی بین المللی AMI از آن برای دو ساعت تدریس روزانه استفاده میکرد.

این دو سرویس مرکزی که پرسونل زیاد دارد ولی برای و وظیفه اصلی خویش (که باستانهای بخش تدریسی باید مشخص شود) ندارد.

#### 4. 3 << ریاست تجهیزات و کیفیت وزارت صحت عامه

این ریاست وظیفه دارد که کارهای مربوط به تجهیزات طبی و ادویه شفاخانه های افغانستان را واریسی کند، در حدود 20 نفر عمله دارد و از چهار مدیریت تشکیل یافته که وظایف هریکی به صراحت مشخص است:

- مدیریت اداری که احصائیه و بخش اداری کارهای بقیه مدیریت ها را بعهده دارد.
- مدیریت مسلکی که در مورد ادویه و تجهیزات بیومدیکل با شفاخانه های ولایت کابل کمک میکند.
- این مدیریت در مورد مساعدت وسایل (از جانب دولت های خارجی و ان.جی.او ها) صلاحیت دارد، لست های وسایل را تهیه میکند و در معاملات گمرکی سهمگیر است.
- دواسازان شفاخانه ها هر پنجشنبه مجلس دایر میکنند، در باره مصرف و ضرورت ادویه، نوآوری های فارمسی، اداره مصرف دوا و غیره با هم بحث میکنند. این دواسازان وظیفه دارند که صورت حال وسایل بیومدیکل را تهیه نمایند.
- مدیریت مسلکی ولایات (6 نفر) که صلاحیت های مشابه مدیریت مسئول امور کابل را دارا میباشد.
- این مدیریت همچنان خریداری تجهیزات مورد ضرورت را بعهده دارد و در همین نزدیکی ها برای بانک خون خریطه های خون را به مبلغ 25000 افغانی (500 یورو) خریداری نمود.
- یک مدیریت که با سه تن کارمند خویش موظف است در مورد خریداری تجهیزات و ادویه در بازار بین المللی، به اعتبار د افغانستان بانک، تجویزات ارائه نماید.

صلاحیت های این مدیریت تجهیزات، به ضرورت های وزارت صحت در ساحه اداره بخوبی جواب میگوید. ولی این صلاحیت ها تا کنون فقط جنبه تیوریک دارد زیرا که مدیریت عاری از هرگونه امکانات مادی میباشد و حتی قادر نیست که ورقه های صورت حساب وسایل را طبع کند درحالیکه این ورقه ها باید به همه شفاخانه ها توزیع شوند. ان جی. او ها و کشور های دونه سیاست وزارت را در نظر نگرفته خودسرانه و بدون تفاهم با این مدیریت عمل میکنند. مدیریت بین المللی، چون که پول برای خریداری از خارج ندارد، کاری کرده نمیتواند. این مدیریت تنها از دواسازان تشکیل یافته که در باره تجهیزات بیو میدیکل معلومات کافی ندارند.



4. 4 << تعمیرات و دیگر زیربناها

تعمیرات واقعاً کهنه بوده و اغلباً برای چندین سال از حفاظت لازم برخوردار نبوده اند. ولی امکانی که دیده شد بشکل متداوم و حتی قبل از ترمیمات پاک میشوند، خصوصاً صحن ها. رنگ دیوار ها و ترتیب داخلی سالخورده بنظر میرسد ولی این عناصر صدمه مشهودی بر کیفیت حفظ الصحه و قابلیت تخنیکی بیومیدیکل شفاخانه ها وارد نمیکند. این بسیار مهم است که بین آنچه وظایف اصلی شفاخانه را خدشه دار میسازد و آنچه مربوط به سهولت های اسکانی میباشد تفکیک بعمل آید.

#### دیوار ها و اساسات تعمیرها وضعیت خوبی دارند.

آبرسانی اکثر ا بوسیله مخزنهای مربوط به شفاخانه تامین میگردد. تامین برق بوسیله شبکه خارجی یک معضله واقعیت. پارچاویها به کثرت واقع میشوند و نوسان ولتاژ از حد بالاست، هر چند همواره سعی میشود که بوسیله استابیلایزر های متعددی شدت برق منظم گردد. ما امکان آنرا نیافتیم که وسایل کمکی همه شفاخانه ها را ببینیم، گرچه چندین شفاخانه جنراتور های نوی دریافت کرده اند. برق و آب دو ساحه ایست که اژانس های بین المللی در زمینه آن بیشتر فعال بنظر میرسند.

رخت شویی ها با وجود کهنگی ظاهراً خیلی مؤثر هستند چه لباس سفید پرسونل کاملاً پاک و نظیف میباشد. شاید لباس و رخت های جراحی نیز مشکلاتی ایجاد کند. آشپزخانه ها بر کیفیت معالجه اثر مستقیمی ندارند ولی بلا شبه تصویر خدمات شفاخانه را منعکس میکند. اینها نسبت به دیگر سکتور های لوژیستیک شفاخانه های مذکور بمراتب کمتر از ترمیم و از کمک های ان جی. او ها بهره برده اند. همه آشپزخانه هاییکه ما از ان دیدار کردیم بیحد فرسوده بودند. اگر احیاناً تجهیزات مدرنی موجود هم باشند این وسایل با برق کار میکنند و استفاده از آن ناممکن است چونکه از یکسو هنوز هم چوب منبع اصلی تسخین را تشکیل میدهد و از سوی دیگر برق بعلت ضعف جریان قابل استفاده نیست.

ضمن ماموریت ما مسئله تسخین مطرح نشد. ساحه های دیگر که، چونکه به حفظ الصحه تماس میگیرند، در واقع امر نقش حساس تری در شفاخانه دارند نسبت به آنچه پیشتر ذکر شد وضعیت نابسامان تری دارند:

- تشناب ها و نل های آب گیری برای شست و شوی مریضان به تعداد کم، زنگ زده و بعضاً لیک میباشند. بعلت سوء حفاظت نل ها حتی در عملیاتخانه های ترمیم شده هم مشکل ایجاد میکنند.
- اکثریت چپرکت ها زنگ زده هستند.
- تجهیزات کهنه گرچه زنگ زده و غیر قابل استعمال هستند بجای خود گذاشته شده.
- همه عملیاتخانه ها تا کنون ترمیم نشده اند.

این عوامل باعث میشود که کوشش های پرسونل برای نگهداشتن حفظ الصحة لازم در جاهای حساسی مثل عملیاتخانه ها اثر مطلوبی نمیگذارد.

در نتیجه، با در نظر داشت قلت نهایی امکانات موجود، وضعیت شفاخانه ها را میتوان در مورد ساختمان ها، لوژیستیک و تجهیزات بالقوه خوب تلقی نمود. ان جی او ها و دولتهای متعددی در زمینه ترمیم و باز سازی شفاخانه ها فعال هستند ولی این وضعیت خصوصاً بعلت عدم مینتیننس نهایت بی ثبات و نامطمئن بوده بزودی میتواند که بدتر شود.



منجمنت و اداره شفاخانه هایی را که دیدیم از ورای وظایف افقی و اورگانیزاسیون نهاد ها مطالعه شده.

### 1.5 << وظایف افقی

اینجا اداره پرسونل و وظایف گوناگون طبی و لوژیستیک شفاخانه ها مطالعه میشود.

#### 1.1.5 - پرسونل

پرسونل را اینجا از دیدگاه اداری ملاحظه میکنیم نه در چارچوب تحلیل اداره و منجمنت قوای که بشری که کمی دورتر درین گذارش بآن تماس خواهیم گرفت.

مسئله اداره پرسونل سوابق کاری، از بدو استخدام تا ختم فعالیت، و موضوع مهم معاش را دربر میگیرد.

اساساً شفاخانه یک سرویس غیر مرکزی وزارت صحت میباشد.

ریاست مامورین وزارت در پنج دفتر که هر یکی سه عضو دارد تقسیم شده است. یک دفتر کار های مربوط مامورین عالی رتبه را بعهده دارد که این مفهوم در افغانستان مشتمل بر داکتران و دواسازان نیز میباشد.



سوابق کاری همه کارمندان شفاخانه های افغانستان درین پنج دفتر سربراه میشود. درین شرایط بمشکل میتوان تصور کرد که چگونه وزارت میتواند با چنین تعداد ناچیز مامورین وظیفه کنترول خصوصاً لست های معاشات مامورین را اجرا کرده میتواند؟ هکذا عملی ساختن مؤثر سازماندهی تحرک پرسونل طبی بین شفاخانه های کابل و ولایات، در تشکیلات کنونی ناممکن بنظر میرسد. این امر که ما موفق نشدیم که بین آنچه شفاخانه ها اعلام میکند و آنچه وزارت میگوید یک صورت حال متفق تعداد کارمندان را بدست آوریم خود بیانگر این معضله هست.

با وجود این توانستیم ملاحظاتی در مورد اداره پرسونل گرد آوریم.

#### 2.1.5 - استخدام

تمام پرسونل شفاخانه ها از طرف وزارت صحت عامه استخدام میشود.

قرار معلوم استخدام چند کتگوری کارمندان بر اساس کانکور صورت میگیرد و برای آن لست های درجه بندی شده، مبنی بر لیاقت کاری تهیه میگرد.

وقتیکه در یکی از شفاخانه ها یک پوست خالی شود درخواستی ها از طرف وزارت مطالعه شده، بملاحظه رئیس شفاخانه میرسد. نظر رئیس تعیین کننده است و کسانیکه درین باره از آنها پرسیده شد تائید کردند که استخدام همیشه مطابق رأی رئیس بوده و وزارت، هرچند صلاحیت آنرا دارد، هیچگاه انتصاب کارمندان را بر رئیس تحمیل نمیکند.

از جانب دیگر عملاً امکان ندارد که کارمند را مجبور ساخت تا درجاییکه دلخواهش نباشد ایفای وظیفه کند.

#### 3.1.5 - جریان ماموریت

بعد از یک دوره دو ساله ستاژ کارمند طبی بطور دایمی در یکی از نهادها به کار گماشته میشود و تحت اداره رئیس که خود نیز داکتر میباشد و آمریت همه پرسونل شفاخانه (بشمول داکتران) را بعهده دارد قرار میگیرد.

مامورین مکلفیت حاضری دارند و این مکلفیت دقیقاً مشخص می‌باشد.

دفترهای حاضری خانه پری و امضا شده برای حواله معاش بوزارت ارسال می‌گردد.

چنین بنظر می‌آید که حاضری کنترل می‌شود.

با وجود اینکه خالهای چشمگیر سیستم کنترل مشاهده نشد امکانات خلاف ورزی ها در زمینه موجود می‌باشد.

پرسونل تابع یک عده اصول دسپلینی می‌باشد. هر چند این اصول تحریر نیافته همه از آن پیروی می‌کنند. این اصول همسان بر داکتر و غیر داکتر تطبیق می‌شود. عملاً اگر کارمندی بی کفایتی نشان دهد از طرف رئیس خواسته می‌شود و ممکنست خطاری دریافت کند که بوزارت نیز اعلام می‌گردد. بعد از دو یا سه اخطار، رئیس می‌تواند که سبکدوشی ویرا پیشنهاد کند. درینصورت شخص از لیست پرسونل و معاشات وزارت منفک می‌شود.

ظاهراً رئیس شفاخانه در مورد استخدام و دسپلین از قدرت واقعی برخوردار می‌باشد.

در مقابل قدرت رئیس هیچگونه قدرت متوازن مخالف بشکل یک ساختار نماینده مامورین وجود ندارد زیرا که اتحادیه‌های کارگری در شفاخانه‌های افغانستان تقریباً ناموجود می‌باشند.

معهداً ساحه کارروایی رئیس شفاخانه در مورد اداره پرسونل آنقدر وسیع هم نیست که در نظر اول بچشم میرسد. زیرا قوت‌های مخالف غیر رسمی (ارتباطات قبیلوی، سیاسی، فامیلی...) نیز وجود دارند و همچنان رئیس در مورد معاش کارمندان اختیاری ندارد.

انجام کار مامورین صحت تقاعد می‌باشد که می‌عاد آن بر اساس جنس مامورین فرق می‌کند (عمر 65 سالگی برای مردان و 60 سالگی برای زنان). معاش تقاعدی متناسب است بارتبه نهایی مامور.

درین مرحله تحقیقات خویش ما در باره مقررات دریافت تقاعدی معلومات کافی نداریم.

#### 5. 1. 4 - معاش

سیستم معاش مامورین شفاخانه‌ها مشخصات ذیل را دارا می‌باشد:

- معاش بسیار پایین و همسان است.
- همه مامورین یک برابر معاش دریافت می‌کنند: ماهانه 1700 افغانی (35 دالر امریکایی).
- در طول دوره کار معاش خیلی کم تحول می‌کند.
- تنها یک مقیاس معاشات موجود است که بلندترین درجه آن 2000 افغانی (40 دالر امریکایی) می‌باشد.
- امکانات تحول با سابقه کار خیلی محدود است چه در طول تمام عمر کار معاش فقط 12,5% بلند می‌روند.
- اضافه معاش‌هایی وجود دارند ولی پرداخت آن نا شفاف و نابرابر است.
- در مقابل نوکری معاش پرداخته می‌شود مگر این معاش آنقدر ناچیز است که نوکری بیشتر حیثیت یک مجبوریت را دارد تا وسیله دریافت عواید اضافی (بین 4 و 6 افغانی فی نوکری)؛ هر چند غذا برای عاملین نوکریوال مجانی داده می‌شود.

مکافات تشویقی که از جانب موسسات غیر دولتی پرداخته می‌شود همسان نیست. از یک ان جی. او تا دیگر، مبلغ مکافات تفاوت زیاد دارد. موجودیت مکافات برای شماری از سرویس‌ها در راه بهتر ساختن کیفیت معالجات نقش واقعاً تشویقی دارد. باز هم چون که پرداخت این مکافات از اختیارات رئیس شفاخانه بیرون است گاهگاهی در داخل شفاخانه مشکلات همناوی و حسادت‌هایی بار می‌آورد.



در نتیجه رئیس معاش واقعی و رسمی کارمندانی را که تحت مسئولیتش کار می‌کنند نمی‌داند و این امر باعث ضعف آمریتش می‌گردد.

درین مورد یکی از رؤسا بعد از آنکه اظهار نمود که هیچگونه مکافات تشویقی در شفاخانه وی وجود ندارد ازین امر ابراز خوشی نمود زیرا که آتاریتی اش بیشتر بود. این رئیس که خودش عوایدی از دارایی شخصی خویش بدست میآورد از پول شخصی خود به بعض کارمندان Incentives میپرداخت. برخلاف وی یکی از همپایگانش در یک شفاخانه دیگر شکایت داشت که خود وی از هیچگونه مکافاتی برخوردار نیست.

فرا تر از مسئله Incentives که عمومیت ندارد فعالیت های شخصی خارج از شفاخانه و در بعض موارد کار های زیر پرده به شکل سیستماتیک مکمل عواید میباشند. همه داکتران خارج از شفاخانه کار شخصی میکنند. این امریست قبول شده و تقریباً رسمی. برعکس، هر چند از اصل مجانی بودن تداوی به شدت یاد آوری میشود، مجبور هستیم اعتراف کنیم که این اصل در عمل تطبیق نمیشود. امکانات اختلاس بسیار زیاد است، هر چند درین مرحله کار خویش به قاطعیت گفته نمیتوانیم که آیا این کار گاهگاهی یا به پیمانه وسیع صورت میگیرد. کم نیست مواردی که جراحان در مقابل عملیات از فامیل مریضان اجوره دریافت میکنند. بخشی از مواد استهلاکی از مقصد اصلی برگشتانده شده در بازار به فروش میرسند. جالب است که در یک عده شفاخانه ها از مواد استهلاکی (ادویه، تار جراحی) نظارت شدید بعمل میآید و این امر در موجودیت الماری های قفل دار مشهود است. جریان ادویه (پایینتر رجوع شود) نیز اجازه میدهد که تجارتهایی صورت بگیرد. بطور عموم سازماندهی سرپوشیده وسایل تخنیکی (اخذ تصویر و لابراتوار) یک نوع فعالیت زیر پرده را ممکن میسازد که از عرصه معلومات شفاخانه خارج میماند. اداره پرسونل از نقطه نظر اداری بخوبی مشخص شده ولی بخوبی کنترل نمیشود و عمدتاً بر کیفیت و مؤثریت منجمت داخلی بنا بوده ولی بعلت معضله معاشات شدیداً در مخاطره میباشد.

#### 5. 1. 5 - وظایف طبی

طرح کردن این مسئله انسان را به فکر کردن در مورد مطابقت تربیه داکتران با ضرورت های شفاخانه ها وامیدارد.

بدون شک تعداد داکتران در شفاخانه ها خصوصاً شفاخانه های کابل از حد زیاد است. دفتر های حاضری هر شفاخانه نشان میدهد که تناسب داکتران و دیگر عمله صحتی متوازن نیست. فرا تر از این جنبه کمی شمار جراحان نیز بسیار بلند است. این امر شاید بیانگر نتایج سالهای جنگ باشد که استخدام وسیع جراحان لازم بود.

سرویس ها عموماً به شکل سرویس های طب داخله، جراحی عمومی و غیره تنظیم شده اند. بر اساس تخصص اعلام شده، شفاخانه هایی که دیده شدند عده ای از سرویس های بیشتر تخصصی نیز دیده میشوند (نسایی و لادی، یورولوژی، اورتوپیدی، جراحی عصبی، عقلی و عصبی، پدیدآوری، سرویس سوختگان، تداوی جدی و غیره).

عده ای از شفاخانه ها سرویس مشخص واقعات عاجل دارند. در بقیه شفاخانه ها پذیرایی واقعات عاجل از طرف یک نفر عمله اداری صورت میگیرد که مریض را به سرویسی که بزرگم خود وی مطابق واقعه باشد راجع میکند.

یکی از مشخصات موجودیت سرویس های مخصوص نسوان و رجال نیز میباشد. تعداد داکتران زن کم است و حل این عدم توازن با در نظر داشت تعداد محصلین اناث در فاکولته های طب (تقریباً 10% در جلال اباد) شاید سالیان درازی را دربر گیرد. این حالت برای یک عده از مریضان زن که بعلت فاکتور های فرهنگی نمیخواهند بواسطه داکتر مرد تداوی شوند بطور حتم ایجاد مشکل میکند.



با وجود این که تعداد داکتران از آنچه لازم است زیاد می باشد باز هم توصیه دوا و معاینات منحصر بداکتر نیست که این خود منتج به تداوی های نادرست و اشتباهات طبی می گردد.

تقسیم کار بین داکتران، نرس ها و سرپرستاران بوضاحت صورت نمی گیرد.

شف های سرویس موجود هستند ولی ما نتوانستیم نقش دقیق ایشان را دریابیم.

بالاخره، علی الرغم موجودیت داکتران متخصص در شفاخانه ها معاینات تخصصی برای عموم بندرت دیده می شود.

معاینات در سرویس و اوقات عاجل (در صورتیکه چنین سرویسی موجود باشد) عملی می شود.

ظاهراً معاینات تخصصی در خارج از شفاخانه در سکتور شخصی اجرا می شوند.

در سرویس های طب داخله تخصص داکتران بآسانی تشخیص شده نمیتواند و حتی لازم نیست که داکتر در رشته دیپلومی داشته باشد.

این در حالیتیست که براه انداختن معالجات تخصصی یکی از اهداف اساسی شفاخانه رفرنس می باشد.

#### 5. 1. 6 - سیستم معلومات و مشعر ها (اندیکاتور ها)

سیستم معلومات شفاخانه ها باید از نو ایجاد شود.

ظرفیت، بمفهوم تعداد بستر، بحسابی که در شفاخانه ها موجود است و آنچه وزارت اظهار میدارد بطور دقیق قابل انطباق نیست.

بدست آوردن معلومات ابتدایی در باره فعالیت بس مشکل بود.

شفاخانه ها تعداد داخله، تعداد عملیات جراحی و حتی تعداد تولدات را محاسبه میکنند ولی استفاده ای از این ارقام بعمل نمی آید.

هر باریکه یک مریض به شفاخانه می آید در کتابچه ای ثبت می شود.

چنین بنظر میرسد که معلومات زیادی ثبت و جمع آوری می شود ولی در عدم موجودیت سیستم معلومات، و حتی یک ماشین ساده فوتوکاپی، این دیتا بکار نمی افتد.

در شفاخانه هایی که از آن دیدار کردیم به استثنای یک شفاخانه این که مریض از کجا آمده (بالخصوص این امر که آیا مریض از طرف کدام ساختار صحت اولیه فرستاده شده) ثبت نمیشود.

همچنان دوسیه های طبی در همه جا موجود نیست و آرشیف های طبی وجود ندارند.

برخلاف، در شفاخانه فوق الذکر مریض یک دوسیه کاغذی در اختیار داشت که معلومات اساسی مربوط به وقایع دوره بستری و تعقیب معالجه اش در آن درج میشد.

مدت اوسط اقامت در زایشگاه ها بدرستی درج میشود زیرا که اینگونه اقامت ها عموماً کمتر از 24 ساعت می باشد.

در بقیه سرویسها این معلومات بآسانی دستیاب نبود. در حالیکه اینگونه نماد ها خیلی مهم هستند و اجازه میدهند که در باره جهتگیریهای لازم برای شفاخانه ها بدرستی فکر شود.

در شرایط کنونی تحلیل دقیق درینباره اگر با دیتای اپیدیمیولوژیک مقایسه هم شود هنوز با اطمینان صورت گرفته نمیتواند.

#### 5. 1. 7 - لوژیستیک و امکانات

لوژیستیک شفاخانه های ملاحظه شده به سه مانع عمده مواجه هست:

- وسایل برای تامین وظایف لوژیستیکی کافی نمی باشد.
- تخصیصات بودجه شفاخانه ها بوضاحت برای تامین وظایف لوژیستیکی ایکه برای شفاخانه ها لازم است (رخت باب، غذا، مراقبت وسایل، مواد استهلاکی، مواد تعاملی، قرطاسیه و غیره) کافی نمی باشد.
- کمک های بین المللی عموماً باین کمی ها جواب میگویند و ضروریات رخت و وسایلی که یکبار استعمال میشوند تقریباً کاملاً بوسیله ان.جی.او ها رفع میشوند.

- مراقبت وسایل نا مطمئن است. چنانچه پیشتر گفته شد حفاظت وسایل با امکانات در دست داشته اجرا میشود و اکثر اوقات کاملاً فراموش میشود.
  - رؤسای شفاخانه هیچگونه امکانات مالی ایکه برای کارروایی روزمره لازمست در اختیار ندارند.
- همه خریداریها در وزارت صحت عامه متمرکز هستند. عملاً وقتیکه ضرورت شود که یک گروپ برق تبدیل شود درخواستی آن باید بوزارت صحت عامه، که همه مصارف در آن متمرکز شده، ارسال گردد. نتیجه این کار بطور قطعی کمبودی های مضر میباشد.

#### 5. 1. 8 - فارمسی

اصولاً ادویه بطور مجانی به مریضان توزیع میگردد. در واقع وضعیت طور دیگرست. تخصیصات مالی شفاخانه ها برای خریداری ادویه بوضاحت نسبت به آنچه لازم است کم میباشد. بطور مثال بما گفته شد که وزارت صحت بودجه سالانه 80000 افغانی (1600 دالر امریکایی) برای خریداری ادویه به شفاخانه اندپرا گاندی تخصیص داده است.

این رقم تعجب آور است خصوصاً اگر فکر کنیم کار این نهاد پدیدآوری چقدر شدید است.

ازین رو ادویه اساساً بوسیله کمک های بین المللی اكمال میگردد.

این کمک ها به شکل سیستماتیک راجستر نشده و به سطح ریاست شفاخانه متمرکز نمیشود.

یکی از شفاخانه هاییکه دیده شد کمیته ای، برای اداره ادویه ایکه به شفاخانه میرسد، تاسیس نموده. دوا ثبت دفتر شده توزیع میشود. اینکار مانع نمیشود که در آخر دوا بعوض هدف اولیه بمصرف دیگری برسد ولی کم از کم یک کنترول مشترک جریان توزیع ادویه براه انداخته شده.

بهر حال مریض و فامیلش به کثرت مجبور میشوند که دوا و حتی تار جراحی را خودشان خریداری کنند.

سیستم فعلی اجازه نمیدهد که پروسس بشکل واقعی تنسيق یابد.

تاثیر این سیستم شاید در واقعیت مانع دسترسی شماری از مریضان به دواي مورد ضرورتشان باشد.

این هم محال نیست که برخلاف آنچه بما گفته شده توزیع مجانی ادویه ترجیحاً متوجه مریضان بی بضاعت نباشد.



درین مرحله تحقیقات، تحلیل اثرات واقعی این سازماندهی درین ساحه ممکن نبود.

یک پیگردی جدی جریان ادویه ضروری به نظر میرسد.

#### 5. 1. 9 - وسایل ارتباط و ترانسپورت

##### 5. 1. 9. 1 - وسایل ارتباط

همه شفاخانه ها با یک مرکز تلففونی و با دستگاه های فعال تلففون مجهز هستند ولی برعکس روشن است که به مشکل عدم وسایل چاپ و انتقال اسناد (اساساً فاکس) دچار میباشند.

عده ای از رؤسا یک پایه کامپیوتر در اختیار دارد ولی ظاهراً آنرا استعمال نمیکند.

هیچ جایی شبکه کامپیوتری موجود نیست و با در نظر داشت امکانات و قیمت ارتباطات تلففونی در افغانستان اتصال به شبکه انترنت قابل تصور نمیشود.

علامه گذاری داخلی از یک شفاخانه تا شفاخانه دیگر فرق میکند ولی عموماً موجود بوده حتی در بعض جاها نقشه ها و علامات تصویری نیز بر آن افزوده شده.



این علامه گذاری وظیفه اساسی خویش را که عبارت از راهنمایی مراجعین باشد بخوبی ادا میکند. باید یاد آور شویم که تشکیلات شفاخانه و جدول سرویسها بروی لوحه ها درج است.

#### 5. 1. 9- وسایط نقلیه

تا جاییکه ما مشاهده کردیم وسایط نقلیه باندازه کافی موجود است. ما در همه شفاخانه ها آمبولانس هایی را دیدیم که وضع ظاهری شان قناعتبخش بنظر میرسد. استعمال این وسایط چندان روشن نبوده و به سطح ریفرانس تنظیم نگردیده. چنان بنظر میرسد که کمک های بین المللی توجه خاصی در مورد تعبیه وسایط نقلیه شفاخانه ها بخرچ داده ولی این کار را بدون ارزیابی ضرورت های واقعی این ساحه انجام داده اند. درینمورد نیز سوال امکانات فعال نگه داشتن این وسایط (تیل و ترمیمات) در درازمدت و میانمدت مطرح باید شد.

### 5. 2 << تشکیلات داخلی

#### 5. 2. 1- رئیس

در حال حاضر رؤسای شفاخانه از جانب وزیر بر اساس معیارهایی که کفایت اداری در آن اولیت ندارد مقرر میشوند. رؤساییکه ما با ایشان ملاقات کردیم در ساختار های مربوطه آمریت واقعی دارند. آنها همچنان از روی صلاحیت های طبی شان کسان سرشناس هستند ولی صلاحیتهای اداری شان خوب است اگر تقویه شود. ایشان بر علاوه وظیفه ریاست کار های کلینیک بشمول معاینه خانه شخصی نیز دارند در حالیکه کار ریاست کار تمام روز است که به امادگی و حضور متداوم در داخل ساختار ضرورت دارد که بتوان آنرا بطور مؤثر اداره کرد. شاید خوب باشد که به رؤسا اجازه تدریس داده شود ولی این امر نیز مطلوب است که سرانجام در رأس شفاخانه ها بین کارهای مسلکی و کارهای اداری تقکیک بعمل آید. رسیدن باین هدف مشروط بر اینست که رؤسای شفاخانه از ترفیعات واقعی و جبران مادی (معاش، امتیازات مالی، خانه و غیره) مستفید شوند تا که سطح زندگی و عواید مناسبی برایشان تأمین شده باشد و ایشان را از فعالیت های جانبی بی نیاز سازد.

#### 5. 2. 2- هیأت مدیره

شفاخانه ایکه ما از آن بازدید بعمل آوردیم همه دارای تشکیلات اداری معلوم و گاهی اعلام شده هستند و این تشکیلات در اختیار ما گذاشته شد. درین تشکیلات وظایف مهم اداری تشخیص شده اند.

رئیس عمومی، معاون ریاست، مدیر اداری، مدیر مالی، مسئول سر پرستاران، مدیر مامورین .... مشخصات وظیفه و مسئولیت های واقعی مدیران اجرایی و واضح نبوده و برحسب خواهش رئیس تغییرپذیر میباشد. بطور عموم ایشان در عمل کارمندان اجراییه بوده داری صلاحیت خاص و آزادی عمل نیستند. در پهلوی این تشکیل اداری، شف های سرویس نیز وجود دارند که طرز توظیف شان را عمیقاً مطالعه نکردیم. شف های سرویس در بخشی از مجالس هیأت مدیره، اگر چنین مجالسی وجود داشته باشند، اشتراک میورزند.

#### 5. 2. 3- سازماندهی کار

سازماندهی داخلی سرویس ها از کثرت پرسونل عمیقاً متأثر میباشد.

شکایت از وفرت پرسونل شاید متناقض جلوه کند ولی در مورد شفاخانه های کابل این یک معضله مهم است که دیگر همه فعالین عمده، خصوصاً رؤسای شفاخانه آنرا درک کرده و بآن متوجه هستند. توظیف این پرسونل در یک دوره 24 ساعته نیز به شکل متوازن صورت نمیگیرد.

باید اصرار ورزید که در همه جا تقسیم اوقات هایی وجود دارد که منظمأ تجدید میشود و بروی لوحه ها نصب میگردد. این تقسیم اوقات بروی یک صفحه اسامی کارمندان و لست های نوکری هر سرویس را در بر میگیرد. مجموع پرسونل تنها از طرف صبح حاضر میباشد.

اصولاً ساعات حاضری از 8 صبح تا 3 بجه و 30 دقیقه بعد از ظهر است. عملاً کارمندان از ساعت 9 صبح الی 2 بعد از ظهر حاضر میباشند.

برای غذای نهاری یک ساعت در نظر گرفته شده ولی تقریباً همه جا این وقفه یک ساعته حذف شده تا مامورین بتوانند زود تر از کار فارغ شوند. باینطریق داکتران میتوانند که کار شخصی خود را در شهر زود تر آغاز نمایند.

تناقض این سازماندهی درین است که از طرف صبح پرسونل موجود زیاده از ضرورت است در حالیکه بعد از ظهر و شبانه تنها پرسونل نوکریوال حاضر میباشد که طبعاً برای تأمین موثر معالجات ناکافی میباشد.

فامیل ها و قتیکه حاضر باشند در بخش نرسنگ تاحدی این کمبودی را جبران میکنند ولی معالجات تخنیکی اجرا نمیشوند.

در عملیاتخانه ها نیز با این معضله مواجه میشویم. عملیات ها پیش بینی شده ولی همه آن در ساعات محدودی متمرکز میگردد

## 6. 1 &lt;&lt; تمویل شفاخانه ها در محیطشان - صورت حال

تمویل صحت در افغانستان از چند منبع منشاء میگیرد:

- عواید مالیاتی که از طرف دولت بکار میافتد.
- مساعدت دوتر های دوجانبه، چند جانبه و سازمان های غیر دولتی.
- سهمگیری مالی مراجعین در ساختارهای معالجوی مدرن دولتی و شخصی.
- مصارفی که در سکتور عنعنوی بعمل آمده.
- مصارفی که در خارج بعمل آمده.

معلومات در دست داشته تصویر خیلی ناقص از واقعیت های افغانستان ارائه میکند. حجم تمویل دولتی از ورای بودجه نسبتاً خوب معلوم است ولی از دیدگاه مصارف اجرا شده آنقدر خوب مشهود نیست.

بودجه از دو بخش تشکیل یافته: بودجه عادی و بودجه انکشافی ملی. کوشش های مهمی برای بهتر ساختن عملیه بودجه سازی و برای داخل کردن تمام مساعدتهای کمک کنندگان در بودجه رسمی انکشافی صورت گرفته. ولی کمک به شکل مواد و تجهیزات و کمک های ان.جی.او ها بطور خیلی نارسا محاسبه میشود. محصول سهمگیری مالی مراجعین 17 ملیون دالر<sup>1</sup> امرکایی تخمین شده که تقریباً 1,26 دالر فی نفر اهالی میشود<sup>2</sup> و این مبلغ تقریباً مساوی با بودجه عادی مصرف شده میباشد.



این قیاس ها را باید با احتیاط تمام ارزیابی کرد.

با تقریب غیر دقیق، بر اساس معلومات و قیاسهای موجود صورت حساب آتی را میتوان با احتیاط تمام برای تمویل صحت پیشنهاد کرد:

- عواید ملی: حدود 10% تا 12%
- دوتر ها و ان.جی.او ها: تقریباً 80%
- سهمگیری مالی مراجعین در ساختارهای دولتی و ساختارهای ان.جی.او ها: تقریباً 10% (این ارقام و برخورد معنی دقیقی نمیتواند داشته باشد چونکه ARTF قسمت اهم بودجه را تمویل میکند و عواید تا حد زیادی با هم مخلوط میشوند. در سال 1382 هجری شمسی بودجه عادی در حدود 36% از عواید داخلی تمویل میشود. سهمگیری مراجعین از روی تخمین هایی که در لغمان صورت گرفته بود ارزیابی شده).

یکبار دیگر یاد آور میشویم که این قیاس ها غیر دقیق و تأمل طلب می باشد. هیچگونه تخمینی برای دیگر منابع تمویل وجود ندارد. طبعاً محاسبه ملی باید باز سازی شود.

## 6. 1. 1 - بودجه عادی صحت

جدول شماره یک (رجوع کنید به ضمایم) تحول بودجه عادی را بین سالهای 1381 ش و 1382 ش نشان میدهد. پیشرفت واقعی یعنی بعد از اصلاح اثر انفلاسیون بیش از 10% است که این خود نسبت به ارتقای مجموع بودجه (30%) خیلی پایین است. ارتقای بودجه مخصوصاً در قسمت معاش (هر چند معاش اوسط

<sup>1</sup> منبع: گفتگو با وزارت صحت عامه و بانک جهانی

<sup>2</sup> اگر تعداد مراجعین ساختارهای صحتی 15 ملیون تخمین شود

بسیار کم است<sup>3</sup>) و مراقبت تجهیزات محسوس است. مصارف روزانه و مصارف حفاظتی کمی تقلیل یافته. تقلیل در مورد خریداری سامان آلات و در قسمت تعمیرات محسوس تر است.

تناسب اجرای بودجه عادی صحت 77% است (75% برای مجموع بودجه) که این سطح خیلی پایین است و نمایانگر مشکلات و سوء فعالیتهای مهم است. عده ای از این مشکلات ذیلاً تحلیل شده اند چونکه آغاز و بقای اصلاحات در سیستم رجعت دهی شفاخانه ها را بالقوه بخطر مواجه میسازد.

جدول شماره 2 تقسیمات بودجه عادی کابل و سی و دو ولایت افغانستان سال 1382 شمسی را نشان میدهد. تفاوت های وسیع در تخصیصات به تناسب نفوس موجود است (تفاوت بودجه فی نفر از یک ولایت تا ولایت دیگر به تناسب یک بر چهار است) و این بیانگر تفاوت های نمایان عرضه خدمات صحتی میباشد. (ارقام مربوط به کابل تا حدی دقیق نیست چونکه مردم از خدمات سطح مرکزی نیز استفاده میکنند).

جدول سوم تخصیصات کتگوری های جداگانه نهاد های کابل را نشان میدهد: شفاخانه ها، پولیکلینیک ها، بانک مرکزی خون، انستیتوت مبارزه علیه ملاریا، انستیتوت صحت روانی، انستیتوت توبرکلوز، حمایه طفل و مادر، ساختار های اولیه و بودجه مجموعی ادارات مرکزی.

اگر شفاخانه ها را مشاهده کنیم می بینیم که تفاوت های چشمگیری در تخصیصات از روی مبلغ و به تناسب تعداد کارمندان وجود دارد. ولی این چنین مشاهدات دارای ارزش خاصی نمیشاند زیرا که از یک طرف ارتباط تخصیصات و فعالیت یا ضرورت را بوضاحت افاده کرده نمیتوانیم و از سوی دیگر فعالیت های ساختار ها با هم مقایسه شده نمیتوانند. وضع پولیکلینیک ها بهمین منوال است. باز هم دیده میشود که شفاخانه ها 30% بودجه عادی را جذب میکنند، 55% بودجه به کابل اختصاص یافته، پولیکلینیک ها و مراکز حمایه طفل و مادر هریک از 8% بهره مند میشوند. این وضعیت نشان میدهد که تحت سوال قرار دادن سیستم رجعت دهی کابل و خدمتیکه این سیستم، با مقایسه با بودجه جذب شده، به مردم کابل میرساند یک ضرورت است.

در باره اندازه های نسبی بودجه اقسام مختلف مصارف، بر اساس تقسیمات محاسبه افغانستان، (پرسونل، حفظ و مراقبت و غیره) در بودجه شفاخانه ها فکر کردیم. فیصدی ها تقریباً لایتغیر هستند: 47% برای مصارف پرسونل (1000)، 8% برای اشکال دیگر معاش (2000)، 37% برای مصارف حفاظت و خریداری مواد استهلاکی (3000)، 3% برای مراقبت وسایل (4000) و 5% برای وسایل و تعمیرات (درین قلم شفاخانه انتانی مستثنی بوده 54% بودجه را مصرف میکند). این همه ارقام پیش بینی شده هست. اساساتی که از روی آن این ارقام تهیه شده اند روشن نیست. وزارت صحت از ضعف چنین کارروایی کلیشه ای بخوبی واقف است. پیشرفتهایی که در ساحه بودجه سازی آغاز شده اند اجازه خواهند داد که برای سال آینده پیشبینی های واقعبینانه ای طرح شود.

#### 6. 1. 2 - بودجه انکشافی صحت

این بودجه مصارف سرمایه و مصارف عادی را دربر میگیرد و تماماً از طریق کمک های خارجی تمویل میگردد.

این بودجه در شش پروگرام که اولویت های دولت را منعکس میکنند ترتیب گردیده:

- تقلیل وفيات نوزادان و وفيات اطفال کمتر از پنج سال.
- تقلیل وفيات مادران.
- مبارزه علیه سوء تغذی.
- تقلیل اثرات امراض ساری.
- بهبود بخشی کیفیت خدمات صحتی و عدالت در توزیع آن.
- تحکیم امکانات وزارت صحت در همه موارد برای پیاده کردن خدمات مؤثر.



<sup>3</sup>. این مسایل در پارگراف 5. 1. 4 مطالعه شده

مبلغ آن برای سال 1382 ش (جدول چهارم) 173 میلیون دالر امریکایی میباشد یعنی تقریباً سه برابر سال 1381 ش (64 میلیون دالر) که 10% کل بودجه انکشافی را تشکیل میدهد. در سال 1384 ش قرار است این مبلغ به 677 میلیون دالر ارتقا کند. اگر این پیشبینی ها تحقق یابند، هر چند این فرضیه بعید از احتمال بنظر میرسد، با در نظر داشت 10% تا 15% انفلاسیون باز هم ارتقای این بودجه قابل قدر خواهد بود. دیتای موجود در زمان ماموریت ما اجازه نمیداد که جز یک منظره خیلی ناکامل در باره تمویل های بدست آمده طی سال 1382 ش داشته باشیم (آنچه بمجموع بودجه ارتباط میگیرد و عده های دونه ها در اوایل جون بالغ بر 610 میلیون دالر بود که فقط یک ثلث مبلغ مورد ضرورت را تشکیل میدهد. بعنوان معلومات یاد آور میشویم که 40% بودجه تعلیم و تربیه و 95% بودجه ترانسپورت به قرارداد های تعهدی انجامیده). در حالت کنونی این دیتا برای اهداف ماموریت قابل استفاده نمیشاند. (یک ابتکار جالب Afghan Assistance Coordination Authority یا AACA مبنی بر جمع آوری معلومات در باره تعهدات دونه ها و پخش آن لاین این معلومات بر سایت <http://aacadad.synisis.com> قابل یاد آور است).

کریدت های مربوط سیستم رجعت دهی از ورای پروگرام شماره 5 (بهبود بخشی کیفیت خدمات صحی) و پروگرام شماره 6 (تحکیم امکانات وزارت صحت) دیده میشود. این ارقام با خط مایل در جدول پنجم نشاندهی شده. تقسیم بر اساس نهاد های جداگانه (کابل و ولایات) هنوز در دست نبود.

در مورد پروگرام شماره 5 دیده میشود که کریدت ها عمدتاً به تعمیر زیر بنا ها (تعمیر شفاخانه های ولسوالی - هیچ تعمیر شفاخانه درجه سه در نظر گرفته نشده)، بازسازی ساختار ها (درینجا بیشتر مساعی بر شفاخانه های ولایتی درجه سه متمرکز است) و بدست آوردن تجهیزات، مخصوصاً برای شفاخانه های درجه سه، اختصاص یافته است.

در باره پروگرام شماره 6 یاد آور میشویم که کریدت ها عمدتاً وقف تربیه کارمندان در ساحه منجمنت، بالخاصه منجمنت شفاخانه ها، میشود.

ولی فراتر ازین تحلیل سراسری، فعلاً هیأت گفته نمیتواند که آیا کریدت های فوق الذکر در قبال مصارف لازم برای ایجاد مجدد سیستم رجعت دهی، بشمول مرحله امتحانی آن که آغاز کار میباشد، کافی خواهد بود یا خیر. با در نظر گرفتن مشکلاتی که حکومت در مورد جمع آوری عواید داخلی و خارجی بآن مواجه است معقول به نظر می آید که فرض شود که پول مورد دسترسی برای عملی ساختن اصلاحات سیستم رجعت دهی کافی نخواهد بود.

لازم است که سر از حال جهتگیری هایی در نظر گرفته شود که معضله مالی را کمتر حاد بسازد. این مسئله دو بعد کلیدی دارد: پیدا کردن عواید و سوق عملی آن بسوی اجرای اصلاحات سیستم رجعت دهی.

فی الواقع اتخاذ طرق مطلوب تمویل، در کاری بودن سیستم رجعت دهی نقش اساسی دارد. این باین معنیست که همزمان عواید مالی لازم پیدا شود، تقسیم اوقات مناسب برای تمویل ساخته شود و پروسجرهای مطمئن و سیال بکار افتد. تمویل خود باید در بهتر ساختن کیفیت تدای، انکشاف مؤثریت شفاخانه ها و تسهیل دسترسی بآن نقش داشته باشد. حد اقل این مسئله باید در راه ریفورم مانعی ایجاد نکند.

## 6. 2 << تعقیدات کار بودجه سیستم رجعت دهی شفاخانه ها را بمخاطره میاندازد

معلوماتی که فعلاً در دست است اجازه نمیدهد که عواید لازم برای ایجاد سیستم و فعال نگه داشتن آن حتی بشکل خیلی تقریبی ارزیابی شود. این امر علل متعدد دارد که بعداً ذکر خواهیم کرد ولی بلند بردن تخصیصات مالی از همین حالا ناگزیر بنظر میرسد و این علی الرغم امکاناتیست که در نتیجه بازگستری پرسونل و ازدیاد مؤثریت کار بدست خواهد آمد. در سیستم کنونی بودجه افغانستان چندین عنصر موجود است که موانعی در راه پیاده کردن سیستم رجعت دهی شفاخانه ها ایجاد میکند.



## 6. 2. 1 - سطح اجرای بودجه صحت در سال 1381 ش پایین است

دیدیم که بر اساس معلومات در دست داشته در آخر ماه می 2003 اجرای بودجه سال 1381 ش در حدود 77% میباشد. این امر علل متعددی دارد که سیستم رجعت دهی و اصلاح پیشنهاد شده آنرا بمخاطره میاندازد بطور قطع در سال 1382 ش از بین نخواهد رفت:

- عدم کفایت عواید مالیاتی که همزمان علت های تخنیکی و سیاسی دارد. دولت در حصول مالیاتی که از طرف بعضی از والیان جمع آوری میشود بمشکلات زیادی مواجه است. اوضاع بتدریج رو به بهبود میباشد و دولت درین مورد با انرژی عمل میکند.
- مبالغی که دونه ها پرداخته اند خیلی کمتر از آن هست که وعده شده بود. این امر وزیر مالیات را وادار ساخت که طی یادداشت 26 می 2003 توجه دونه ها را بوخامت اوضاع جلب نماید: «حصول عواید داخلی شش هفته اول سال بسیار کم است... تخمین های کنونی عواید ARTF، LOFTA و سرمایه وجهی اردو اجازه نمیدهند که بودجه امسال اجرا گردد... ما در مورد تمویل و اجرای بودجه انکشافی بمشکلات مشابهی مواجه هستیم. سطح سهمگیری ARTF مسئولین سرمایه و جهی را مجبور ساخت که پروگرام سرمایه گذاری را بتعویق اندازد....»
- برای درک مشکلاتی که دولت بآن مواجه است دو مثال را ارائه میکنیم:  
الف - در بودجه عادی سال 1382 ش 36% عوایدی (127 میلیون دالر) که باید از جانب دونه ها دریافت میشد بدست نیامده (وزارت مالیات، 29 می 2003)؛  
ب - اگر احياناً کل وجوهاتی که مصرف آن در چارچوب Afghan Reconstruction Trust Fund پیشبینی شده پرداخته شوند عواید فند باز سازی در ماه دسمبر 2003 ختم خواهد شد. ازین قرار کمبودی در آمد بالغ بر 44 میلیون دالر خواهد بود. این مبلغ باید با 250 میلیون دالر که تادیه آن در ج بودجه گردیده مقایسه شود.
- ازینجا مشکلات خزانه داری و توانایی پرداخت بوجود میآید که هر سه ماه باعث حذف و تعویق شماری از مصارف در ساحه صحت همانند دیگر ساحه ها میشود (ساختار ها وجوهات را هر سه ماه یکبار دریافت میکنند). این حالت در اوایل سال 2003 در مورد پرداخت معاشات<sup>4</sup> رخ داد و ممکن نشد که مصارف متعدد حفظ و مراقبت وسایل در شفاخانه های کابل اجرا گردد. در سال 1381 ش در ولایات باسنتنای معاش هیچگونه مصرفی از طرف کابل تمویل نشد (ما نمیدانیم که آیا والی ها قسمتی از عواید مالیاتی را که بمرکز انتقال نیافته درین ساحه مصرف نموده اند یا خیر). از جانب دیگر با در نظر داشت اینکه سیاست پولی عامل عمده انفلاسیون سالهای اخیر در افغانستان بود دافغانستان بانک اجازه ندارد که پول را پیشکی بپردازد.
- در اثر حکمیت هایی که در بودجه بعمل آمده سکتور صحت از امتیاز هایی برخوردار است و سطح اجرای بودجه درین ساحه (77%) نسبت به سطح اجرای بودجه عمومی (75%) اندکی بلندتر است. دلیلی وجود ندارد که این وضع بهمین شکل ادامه یابد.
- در ولایات اوضاع بعلت ماهیت مقرراتی که ارتباطات مالی ولایات و مرکز بر آن متکیست پیچیده تر و مبهم تر است.
- عدم نظم در سیستم بانکی عده بی شمار تبادلات نقدی را لازم میسازد درحالیکه شرایط ترانسپورت عموماً مشکل است.

## 6. 2. 2 - میکانیزم بودجه در ولایات و اهمیت آن در ارتباط با سیستم رجعت دهی

درک صحیح میکانیزم های بودجه بین مرکز و ولایت اهمیت بسزایی دارد زیرا که این میکانیزم ها تاثیر مستقیم بر مسئله سیستم رجعت دهی و تمویل شفاخانه های ولسوالی، ولایتی و ساحوی دارد.

### 6. 2. 2. 1 - ترتیب بودجه

وزارت صحت به مدیریت های ولایتی هدایاتی برای تهیه و ترتیب بودجه ارسال میدارد. اینکه بودجه عملاً چطور ترتیب میگردد درست واضح نیست. بهر صورت اساس آن امکانات موجود، ضرورت های متصوره برای هر ساختار و اجراءات جدیدی که مرکز خواستار آن است میباشد. حین تهیه و ترتیب بودجه

<sup>4</sup>. باید یاد آور شد که وزارت صحت و وزارت مالیه در مورد تعداد مامورین اختلاف دارند.



سال 1381 ش ابتکاری بعمل آمد: وزارت مالیه از وزارت صحت، و دیگر وزارت ها، خواست که بر اساس ضروریات سال 1381 ش کار کنند و مصارف اضافی را که به بودجه عادی ارتباط میگیرد و با تغییراتی در سیاست صحت قابل توجهی هست انگشت نما سازد. برای ما ممکن نبود دریابیم که تا چه حد این ابتکار بر سهمگیری مدیریت های ولایتی صحت، در تهیه و ترتیب بودجه، اثر گذاشته. باید ذکر شود این تمایل بآن جهت گیری دولت موافق است که میخواهد بودجه را بر اساس برخورد متکی بر نتایج ترتیب نماید.

مدیریت های ولایتی صحت واحد های بودجوی ثانوی میباشند که از طرف وزارت صحت، که واحد اصلیت، و بنا بر تصمیم مستقل این وزارت اعتبار های بودجوی دریافت میکنند. ولسوالی ها و واحد های درجه سوم هستند و تا حد زیادی موکول بر عملیات بودجوی درجات فوق بوده تخصیصاتشان تابع تصامیمست که به سطح ولایات و کابل اتخاذ میگردد.

بودجه سازی ولایتی بمعنی واقعی که در آن مدیریت های ولایتی آزادی عمل قابل توجهی داشته باشند وجود ندارد. وزارت صحت همه درخواستها را جمع آوری کرده و بعد از حکمیت های لازم یک پیشنهاد بودجه مجموعی بوزارت مالیه ارائه میکند. وزیر مالیه در ارتباط با کابینه تصمیم نهایی را اتخاذ میکند.

وقتیکه مدیریت ولایتی صحت از اعتبار بودجوی که برایش تفویض شده آگاهی میابد تخصیصات سه ماهه به ساختار هایی ماتحت خویش، یعنی تا جاییکه به رجعت دهی ارتباط میگیرد به



کتگوریهای سه گانه فوق الذکر، میدهد.

#### 6. 2. 2. 2- اجرای بودجه

وزارت مالیه مسئولیت اجرای بودجه را در کابل بعهدہ دارد. در ولایات این مسئولیت بعهدہ مستوفیت های ولایت میباشد.

مدیریت ولایتی صحت تنها آنوقت میتواند بمصرف پول بپردازد که مستوفیت رسماً اطلاع تخصیصات را دریافت کنند.

مبالغی که هر سه ماه بمستوفیت میرسد بشکل حتمی به مجموع بودجه مدیریت ولایتی صحت بر ابر نمیشد. تنقیص های مهم و مکرر صورت میگیرند. در حال حاضر تمویل سیستم رجعت دهی شفاخانه ها، در ولایات بیشتر از کابل، تابع وضعیت مالی دولت و حکمیت های پیچیده از نظر تخنیکی، حساس از نظر سیاسی و عملاً مکدر که زاده این شرایط است میباشد. مشکلاتی که از اینجا ناشی میشوند در مورد مصارف غیر معاش که عواید تخصیص یافته و خصوصاً عواید موجود برای آن بگمان همگان ناکافی میباشد، حدت خاصی خواهد داشت. (پرداخت معاشات متمرکز بوده از خزانه ریاست در وزارت مالیه اجرا میگردد.)

مدیریت ولایتی صحت صلاحیت دارد که در حدود معینی (که تصریح نشده) مصارف را تصویب نماید، به شرطیکه مجموع مصارف جاریه از بدو سال از مجموع تخصیصات تجاوز نکند. عملاً والی همه مصارف را تصویب میکند. در ولسوالی ها که مقام صلاحیتدار برای اجرای مصارف در چارچوب وجوه تخصیص یافته وجود ندارد وضع از همین قرار است. ضرورت تصویب والی در موارد مختلف میتواند باعث تاخیراتی در اجرا و حتی باعث عدم اجرای بودجه گردد.

بصورت عموم ساختار های صحی برای مصرف خارج از معاش و اکثراً برای مصارف معاش از راه فند باز سازی، متکی بر کمک دهنر ها و ان جی. او هایی میباشد که یادداشت های تفاهم را امضا کرده اند. چنانچه دیدیم شماری از ساختار ها به سهمگیری مالی مراجعین نیز متوصل میشوند (این کار در کابل نیز صورت میگیرد).

در عده ای از ولایات سرحدی چنان بنظر میرسد که ساختار های صحی از پشتیبانی مالی مقامات ولایتی نیز برخوردار هستند و این پشتیبانی از طریق عواید مالیاتی و تکس هایی که بمرکز سپرده نمیشوند تمویل میگردد. ازین نقطه نظر ولایات بی بضاعت در حالت نا مساعدی قرار میگیرند که این حالت در

مورد مصارفی که ایجاب پول نقد میکنند نا مساعد تر میشود چه ولایات، اول نقدیاتی را که از راه مالیات بدست میآورند بمصرف میرسانند و بعد از کابل مطالبه پول نقد میکنند. ازینرو ولایاتی که عواید مالیاتی کمتر دارند بیشتر تابع امکانات نقدی د افغانستان بانک و حکمیت هایی که به سطح مرکز صورت میگیرد میباشند.

رسیدگی بعواقب قلت از جانب ساختار های قدرت به سطح مرکز و به سطح ولایات میتواند سیستم رجعت دهی را از پا بیاورد و عدم مساوات را در دسترسی به معالجات بیمارستانی تشدید نماید.

#### 6. 2. 3 - شفاخانه ها و جوهی را که در اختیارشان گذاشته میشود اداره نمیکند

معاشات تقریباً همه از عواید ARTF اجرا میشود. برای مصارف غیر از معاش رؤسای شفاخانه به وزارت صحت درخواست پیش میکند و وزارت بنوبه خود پروسیجر را براه میاندازد که عملاً مشروط به تصویب وزارت مالیه میباشد. ازینرو وزارت صحت مطمئن نیست که یک مصرف پیشنهاد شده اجرا خواهد شد یا خیر و این در حالیکه سیستم محاسبه وزارت خود نیز خیلی نابسامان است. در ضمن مصاحبات ما آشکار شد که رؤسای شفاخانه نمیدانند چه مبلغی در اختیارشان هست و این مبلغ به چه سان بین فصل های مختلف محاسبه (1000 الی 7000) تقسیم شده. بقول وزارت مالیه تقسیمات بین فصل های 2000 الی 7000 بشکل قابل انعطاف صورت میگیرد که این امر مثبت است. ولی نقل سالانه حاصل جمع مجاز نیست. این امر که در قبال وضعیت کنونی مالیات دولتی منطقی میباشد کار اداره مالی مؤثر شفاخانه ها را مشکل تر میسازد.

وزارت صحت امکانات بشری و مادی در دست ندارد که محاسبه ای برای خود ترتیب دهد تا بتواند مصارف خود را فصل به فصل و سرجمع در مقابله با تخصیصات تعقیب نماید<sup>5</sup>. درین مورد وزارت صحت کاملاً بر وزارت مالیه متکیست. واضحتر بگوییم وزارت صحت بمشکل میتواند دریابد چه مبلغی مصرف کرده است و وزارت مالیه، بقول مقامات، با مشکل قلت معلومات و کثرت راپور هایی که صداقتشان مورد شک است مواجه میباشد. مساعی جدی جریان دارد تا بتدریج شفافیت بوجود آید.

#### 6. 2. 4 - در نتیجه: امکانات ناکافی؛ سیستم بی ثبات، مکدر و مولد عدم مؤثریت

از تحلیل وضع عمومی برمی آید که در حال حاضر وزارت صحت امکان آنرا ندارد که بشکل قناعتبخش بودجه شفاخانه ها را از دیدگاه محاسبه واریسی کند<sup>6</sup>. بطور عموم، باسنتهای مصارف پرسونل، حدس زدن در مورد حجم و کیفیت مصارف دور از احتیاط خواهد بود.

برای مدت مدیدی تخمین مصارف پرسونل ناروشن بود زیرا که تعداد مامورین معلوم نبود و امروز نیز، بقول وزارت مالیه، شماری از کارمندان فرضی و کارمندان مربوط موسسات دیگر دفتر های حاضری را امضا میکنند (وزارت صحت ازین امر انکار میورزد). امروز همه



موافق هستند که اگر مکافاتی که از جانب پارتنرهای مختلف پرداخته میشود و ارزیابی آن مشکل است نادیده گرفته شوند حجم معاشات پرسونل وزارت صحت در مجموع معلوم است. درینجا باید دو عنصر دیگر را نیز بیافزاییم:

الف - اکثر شفاخانه ها کمک هایی بشکل جنس (مهمات، مواد استهلاکی، ادویه، ...) نیز از جانب دونر ها و ان.جی.او ها دریافت میکنند و این کمک ها چنانچه لازم است بمعادل وجهی آن ارزیابی نمیشود؛

ب - چندین شفاخانه به سهم گیری مالی مراجعین بشکل غیر رسمی ولی علنی توسل میورزند. (وزارت چنین روشی را که قانون اساسی منع قرار داده اجازه نمیدهد) این سهمیه اگر احیاناً در محاسبه رسمی شامل هم شود مرموز میماند. رشوه ستانی نیز بکثرت دیده میشود.

<sup>5</sup>. بهر صورت کامپیوتری ساختن حد اقل خدمات محاسبه ضروریست.

<sup>6</sup>. رسیدگی به بودجه های اجراییوی شفاخانه ها نباید در ساحه صلاحیت وزارت باشد



دوران سرمایه دولتی و شخصی، ملی و بین المللی، که در تمویل ساختارهای مربوط با سیستم رجعت دهی نقش بازی میکند هنوز نهایت مکدر است. این که چه چیزی واقعاً تمویل میشود، از طرف چه کسی، برای چه هدفی، بنفع که (مریض یا عامل تداوی) بهمان اندازه تاریک است.

میکانیزم های بودجه که بطور سرسری بیان شد در تمویل سیستم رجعت دهی بی ثباتی قوی بمیان میاورد و میتواند که فعالیت و مؤثریت این سیستم را شدیداً بمخاطره اندازد. بوضاحت دیده میشود که تمویل منظم یک سیستم رجعت دهی فعال و مؤثر بمشکل با تخصیصات نامطمئن بودجه و تامین مذبذب مصارف سازگار میباشد و نمیتواند وسیعاً بر پایه قراردادهای خاص و پارتترهای خارجی هرچند اگر مفید هم باشند استوار باشد.

باید برسیم که با در نظر گرفتن واقعیت های افغانستان، تحولات کوتاه مدت و میان مدت قابل تصور در اوضاع، چه چیزی ممکن است پیشنهاد شود تا حجم امکانات لازم برای اصلاح سیستم رجعت دهی تشخیص شده بکار انداخته شود.

قبل از همه یاد آور میشویم که در سالهای آینده بارتباط موضوع مد نظر ما دو تحول عمده ای بوقوع خواهد پیوست:

- مقدار عواید مالیاتی ای که از طرف ولایات بمرکز پرداخته میشود بشکل قابل ملاحظه ای ازدیاد خواهد یافت. در ماه می گذشته وزارت مالیه درین مورد پیشرفت های جرأت بخشی کرد. همچنان به احتمال زیاد کمک های خارجی (وعده ها و پرداخت ها) در میانمدت تقلیل خواهد یافت. اظهار نظر درباره نتایج این حرکت قیچی مانند (تقلیل یا ازدیاد امکانات بودجه و تقلیل یا ازدیاد عواید برای صحت، با توجه باین که هر دو مسیر همجهت خواهند بود) فقط میتواند مبنی بر حدسیات باشد.
- دولت مساعی مهمی را براه انداخته است تا پروسس های بودجه را از تهیه تا اجرا و ارزیابی بهتر سازد. این مجموعه اصلاحات برای ریفورم سیستم رجعت دهی مفید ثابت خواهد شد؛ بهمان سان که در همه ساحه های مداخله دولتی مفید خواهد بود. در نظر است که برای سال 1382 ش همه مصارف در سیستم اداره اقتصادی افغانستان Afghanistan Financial Management System ثبت گردد. این کار اجازه خواهد داد که از مصارف دولتی صحت بینش قناعت بخشی داشته باشیم. ولی برای اینکه به چارچوب بودجه ای که عملی ساختن یک پروسس مؤثری از نوع Sector Wide Approach را ممکن سازد وقت بیشتری لازم است. البته پروسس SWAP به اصل عمومیت جان خواهد داد که در نتیجه، چنانچه خواهیم دید، لازم نخواهد بود که مانند امروز عده ای از عواید داخلی به شکل مشخصی تخصیص داده شود.

## 7 << پرنسپپ ها عمومی ريفورم

### 1.7 << ضرورت اقدامات عاجل و اولويت صحت اساسي

#### 1.1.7 - ضرورت اقدام عاجل

پيشرفت هاي جامعه افغاني قابل توجه است. تنها در طی چند ماه تحولات مثبتی به میان آمده. در ساحه صحت عمدتاً چهار گروه بازیکنان سهم میگیرند: وزارت صحت، جامعه مدنی، موسسات غیر دولتی و دونه‌های رسمی دوجانبه و چند جانبه.

- **وزارت صحت:** وزارت صحت در عین حال که ساختارهای خویشرا تجدید مینمود مشروعت و آمریت قوی ای کسب کرده. این امر اشتراک مساعی را ممکن میسازد و در جلب و همونا ساختن کمک های بین المللی سود مند خواهد بود.

- **جامعه مدنی:** داکتران افغان شخصاً قادر برین شدند که جای خود را در باز سازی کشور بیابند. این باز سازی بدون کمک و بدون سهمگیری ایشان ناممکن است.

در حال حاضر ضروریات اقتصادی و عدم موجودیت مقررات باعث میشود که قسمت بیشتر این تحرک در سکتور شخصی بنظر میرسد و به نفع یک اقلیت کوچک مردم بکار میافتد. هرچند این وضعیت به داکتران اجازه میدهد که موجودیت خود را در شرایط بدون جنگ تثبیت کند و ازین مدرک امریست بس مثبت ولی این بهیچوجه با جهتگیری های مجموعه خدمات صحتی اساسی سازگار نمیباشد و در درازمدت میتواند تحقق آنرا بخطر اندازد.

تحول خودسرانه این انحراف را به شکل قطعی شدید تر میسازد.

شفاخانه های کابل، علی الخصوص، تا هنوز از اجرای وظیفه خویش دور هستند. در اکثر موارد کار شان منحصر به تعبیه اقامتگاه و هدایات طبی میباشد.

در صورتیکه یک پلان تنظیم دوباره براه انداخته نشود، داکتران با تجربه تر انکشاف تخنیک هایی را اولیت خواهند داد که به تقاضای مراجعین ثروتمند جواب بدهد مثل آنژیوگرافی، دیالیز، اسکنر و رادیوتراپی.

این تحول از دیدگاه طرفدارانش مشروع میباشد ولی وزارت صحت نمیتواند در شرایط فعلی آنرا به پیش ببرد زیرا که با منافع عاجل و حیاتی اکثریت مردم سازگار نمیباشد.



حتمی بنظر میرسد که سکتور شفاخانه های

ریفرانس دولتی قادر شود که بعضی از داکتران را بخود جلب کند. دلایل برای جلب این داکتران تنها مالی نبوده شهرت و سرشناسی، دستیابی به یکعده وسایل و کورسها نیز نقش مهم بازی میکند.

بخصوص لازم است که مساعی به شکل انحصاری به یکعده از شفاخانه ها وقف گردد و موازی با آن سیستم رجوع اولیه به ساختار های BPHS تشویق و تنظیم شود.

پارتنرشپ بین دونه ها، ان.جی.او ها، جامعه، شهر و وزارت صحت باید حفظ و تقویه گردد.

#### 1.7.2 - یک برخورد مبنی بر سیستم نه مبنی بر ساختار

فعلاً، تا جاییکه ما اطلاع داریم، همه کار های بازسازی و اداره شفاخانه های افغانستان نهاد ها را بحیث واحد های مستقل میانگارانند.

شفاخانه مرجع ریفرانس، اگر از محیط و سیستم بیرون شود، مریض در آن جای بیشتر از آنچه لازم است میگیرد و نمیتواند که ماموریت های اساسی خویشرا به پیش ببرد.

تنظیم دوباره شفاخانه ها ناگزیر باید دائماً با ماقبل و مابعد در ارتباط قرار گیرد.  
ماقبل : سیستم رجوع اولیه را دربر میگیرد که در اکثر حالات مصدر خدمات بهتر و کم مصرفیست که باآسانی میسر میشوند.

مابعد : همه اجزای سیستم که به مریض اجازه میدهد که ماحصل تدابیهای قبلی را حفظ کند. بالخصوص در تعقیب امراض ساری و مزمن بهترین نتایج در مجاورت و سرپا بدست میآیند.  
تیم شفاخانه باید همواره همکاران BPHS خود را تشخیص نموده، آنها را بیابند و با آنها ملاقات کنند.  
در تعقیب حامله گی ایجاد پیوستگی بین فامیلی پلنینگ ، حامله گی و زایمان امر ضروریست. اگر این پیوستگی موجود نباشد باید سر رشته شود.



## 8 << تعریف شفاخانه با مفکوره رجعت دهی

### 8. 1 << شفاخانه بمتابه خدمات توحید یافته

در حال حاضر شفاخانه های افغانستان همه کاره هستند. دست کم مردم چنین می اندیشند و موسسات خود را چنان تنظیم نمیکنند که ازین تمایل جلوگیری بعمل آید.

شفاخانه جاییست که اکثر معاینات اولیه و غیر تخصصی در آن صورت میگیرد. شفاخانه ها همه وقایع عاجل را بدون تفکیک میپذیرد. بطور مشخص تنها اطفال و حامله گی ها از دیگر واقعات مجزا تلقی میگردند.

شفاخانه ها همه عملیاتیهای جراحی، تصویرگیری و تشخیصات چند جانبه را با حد اقل وسایل اجرا میکنند، سهولتهای اسکان را فراهم میکنند، با مقدار کم ادویه معالجات را براه میاندازند، در ساحه وقایع، واکسیناسیون و تعلیمات صحی کار میکنند.



شفاخانه، چونکه ماموریت مشخصی برایش داده

نشده، خود را برای همه کارها لازم میدانند و این امریست غیر عملی.

بیجا نیست اگر بتکرار بگوییم که قسمت اعظم تقاضاهای صحی مریضان افغان چه در کابل، چه در ولایات، چه در محیط شهری، چه در دهات به تجسس سریری، لایراتواری، و تخنیک منحصراست که ایجاب استعمال وسایل تخنیک تخصصی نمیکند. تدای بیشتر از معاینه میتواند و باید سر پا باشد که درینصورت هم مؤثرتر ثابت میشود، هم بآسانی از طرف مراجعین قابل قبول است و هم کم مصرف میباشد. این حالت بیشتر متوجه امراض ساری، معدی معایی، انتانی، تنفسی و جلدی میباشد.

بآن شکلی که فعلاً مریضان بستری میشوند در اکثر مواقع مفید نمیشد. دوا در شفاخانه نسبت به بیرون آسانتر بدست نمی آید، کمک فامیل دست کم در مورد شست و شو، تهیه غذا و برخورد مشفقانه در شفاخانه نسبت بمنزل کمتر میسر است.

معالجات سرپا خارج از مرکز شهر در صلاحیت پولیکلینیک ها و آشیانه های صحی میباشد.

بشرطیکه امکانات مادی موجود باشند درینصورت خدمات صحی بآسانی، به مصرف کم میسر میشوند، و تعقیب وضعیت صحی مریض ممکن است.

در افغانستان شفاخانه بهیچوجه نمیتواند مرجع اولی باشد الی در حالت ترومای شدید، خطر تنفسی با عدم کفایت کثیر الحشوی.

در یک سیستم رجعت دهی تعریف کردن آنچه یک شفاخانه بوده میتواند کار اساسیست.

شفاخانه پیش از همه چیز یک محل تدای، تدریس و نظارت ساختارهای صحت اساسی میباشد. برای اینکار لازم است یکعده شرایطی فراهم آورده شود:

- سیستم رجعت دهی باید طوری تنظیم شود که تنها واقعات عاجل حیاتی طبی - جراحی و مریضانیکه به معاینات تخصصی و یا معیناتی که وسایل تخنیک (بیولوژی، تصویرگیری) را ایجاب میکند به شفاخانه بیایند.
- تدای در شفاخانه باید منظم، پلان شده و تحت کنترل باشد.
- تدای باید با ساختار های ماقبل و مابعد همنا باشد.
- تدای معالجه باید تضمین شود و این بدین معنیست که از وسایل حفاظت بعمل آمده، ادویه میسر باشد.
- حفظ الصحه باید از طریق پروتوکول معینی تضمین شود.

برعکس شفاخانه محل سکونت نبوده همه مساعی باید بخرچ داده شود تا معالجه وقت کم را دربر گیرد و مریض بزودی خارج شود زیرا که مریضانی که دیر میمانند امکانات کم یاب را بیهوده مصرف میکنند و مصارف شخصی هنگامی را متحمل میگردند.

## 8. 2 << تعریف ماموریت های شفاخانه در ارتباط با وظایف سیستم رجعت دهی

سه ماموریت انحصاری، ضروری و متکامل:

- معالجات دارای اضافه ارزش بلند تخنیکی،
- تدریس،
- تحقیق.

با در نظر گرفتن احتیاجات و تقاضای خدمات صحتی مردم هیچ ساختار صحتی، از آشیانه صحتی تا شفاخانه ملی نمیتواند تنها کار کند.

- شفاخانه نمیتواند وظایف آشیانه صحتی را اجرا کند. اگر احیاناً این وظایف برایش حواله شود آنرا در اکثر موارد به شکل نادرست و بهر صورت با قیمتی گزاف و با مؤثریت فردی و دستجمعی کمتر اجرا خواهد کرد. بیان این حقیقت حتمیست ولی نه داکتران و نه مردم با آن موافقت میکنند.
- بالعکس آشیانه صحتی نمیتواند وظایف شفاخانه را اجرا کند. این بیان که نسبت به گفته قبلی بآسانی مورد قبول هست در حقیقت آنرا تأیید و تکمیل میکند.

### 8-2-1- طب معالجوی با اضافه ارزش بلند تخنیکی

این وظیفه شفاخانه از جمله حتمی ترین وظایف است که کمتر تحت سوال آمده میتواند و باید به دقت توضیح شود. باز هم یاد آور باید شد که این وظیفه فقط بشکل توحید شده در یک سلسله ای قابل تصور است و درین سلسله نقش اساسی ای ندارد.

بعلت یک اثر تراکم شفاخانه اکثراً مشهودتر میباشد و نیز جایست دارای پرستیز عالی. این پرستیز البته مربوط معالجات نیست و با داکتران ارتباط میگیرد نه با مریضان و این یک نکته ایست که ارزش شفاخانه را بالا میبرد. شفاخانه نه جایست که بآسانی قابل دسترسی باشد، نه جایست که از همه مؤثرتر باشد و نه هم جایست که مصارف کمتر دارد.

توضیحی که اینجا از معالجات شفاخانه داده میشود جهانشمول نیست مختص بوضعیت کنونی افغانستان است و نمیتواند همه جا یکسان تطبیق شود.

معالجات در شفاخانه میتواند که سرپا باشد و لی اکثراً لازم میشود که مریض بستری شود و احتیاج به تسهیلات اقامت و اسکان پیدا شود. مسئله اسکان نمیتواند به تنهایی توجیهی باشد برای بستری شدن. معالجات در شفاخانه میتواند از روی دو محک جداگانه تعریف شود. این دو محک هم خودکفا هستند و هم میتوان آنرا تماماً در نظر گرفت:

- اضافه ارزش بلند تخنیکی
- ضرورت تخصصات نادر و تخصصاتیکه باید همزمان بآن رجوع کرد.

### 8. 2. 1. 1- اضافه ارزش بلند تخنیکی

تکنالوجی یا به تشخیص ارتباط میگیرد یا به تدای و اکثراً ایجاب میکند که:

- سرمایه گذاری مالی مهمی صورت پذیرد،
- حفاظت دقیق، متداوم و قابل پیشبینی وسایل،
- کارمندان پیشه ور تربیه شده، مجرب و مری،
- تجویز هوشیارانه، محدود، تقسیم شده و قابل توجیه. این تجویز باید به محک های طبی جواب بگویند نه مالی، تجارتی و سوسیولوژیک.

شفاخانه های ولسوالی میتوانند که معاینات محدودی بعمل آورند: التراسوند ساده، تصویرگیری رادیوگرافی ثابت و بدون مواد، بیولوژی عادی از قبیل شمردن کرویات خون، قطره غلیظ (تشخیص ملاریا)، شکر سنجی نیمه کمی ادرار. فراتر ازین موارد ضرورت کمتر و ضرورت به تخصص بیشتر میباشد. ما تنها در مورد جنبه های مهم صحبت میکنیم.

#### الف - تصاویر طبی

##### 1 < رادیولوژی با مواد و بدون مواد

ضرورت اولی میسر بودن تضمین شده وسایل میباشد یعنی قبل از همه چیز موجودیت نظم و حفاظت. وسایل تخنیکی دولتی افغانستان مهم و تا حد زیادی غیرفعال میباشد.

بطور معقول تضمین کلیشه های ساده ولی دارای کیفیت خوب استخوان و احشاء که از جانب پرسونل متخصص تعبیر شود میتواند از جمله اهداف عاجل شفاخانه های ولایتی باشد.

تکثیر ماشین های کوچک متحرک باید بحیث یک مرحله گذرا تلقی شود.

معایناتی که ایجاب تیاری میکند مانند یوروگرافی و ترانزیت هضمی در مراکز ساحوی و ملی لازمی خواهد بود. واضح است که دسترسی باین وسایل در هر ولایت متصور میباشد ولی در شرایط کنونی زود از وقت و غیر واقعبینانه خواهد بود.

استکشافاتی مانند آنژیوگرافی و و عایی تنها به سطح ملی قابل

توجیه میباشد، آنهم بشرطیکه عمل معالجوی مناسب و سریع ممکن باشد.

اسکنر Scanner و تومودنسیتومتری ارزش این را دارند که هرچه زود تر در کابل و شهرهای مهم جابجا شوند؛ مشروط برین که شرایط کار، میسر بودن، اداره و مراقبت آن بوسیله پروتوکول دقیقی انجام یافته تضمین شده بتواند.

##### 2 < التراسوند

با در نظر داشت اینکه این معاینات بی خطر، مؤثر و نسبتاً ارزان میباشد باید دسترسی بآن در همه مراکز صحتی ولایات تضمین شود:

#### نسایی و ولادی

این مورد به تنهایی میتواند ایجاد چنین امکانات را دست کم در مرکزهای صحتی «بین الولایتی» و بزودی در مرکزهای صحتی ولایتی توجیه کند. دسترسی بآن باید بدور محور دوگانه ای سازماندهی شود:

- وقایع عاجل (مثلاً حمل خارج از نفیر)
- استعمال پلان شده (سر پا و بستری)

#### حشوی عمومی و تخصصی

این آله میتواند که تشخیص وقایع عاجل حشوی، استکشافات تخصصی (بالخصوص یورولوژی و معدی معایی) را دقیقتر بسازد.

##### ب - لابراتوار و اناتوموپاتولوژی

در ولایات دسترسی به بیوشیمی، هماتولوژی عادی، میکروبیولوژی، باکتریولوژی و پارازیتولوژی را میتوان از ورای طرز کار متداول تنظیم نمود.

مشخص ساختن معاینات بزودی ممکن است و شفاخانه های قندهار و هرات درین زمینه کارهای مؤثری انجام داده اند.

جای دارد که یک واحد اناتوموپاتولوژی به سطح ملی ایجاد گردد. عجلتاً در چهار تا پنج سال آینده ایجاد مراکز دیگر معقول بنظر نمیرسد. معهذا ممکن است که راههای تبادل معلومات بطور مؤثری سازماندهی شوند تا به ضروریات سراسر کشور جواب گفته شود.



در مورد معاینات بیولوژی، موارد نادر که ایجاب تخنیک های پیچیده میکند باید بشکل تدریجی فکر شود. این طرز برخورد میتواند بین سکتورهای شخصی و دولتی تکمیل کننده یکدیگر باشد ولی بهر صورت کیفیت معاینات باید تضمین شود.

#### ج - معالجاتیکه وسایل تخنیکی پیشرفته ای بکار دارند

اینجا معالجاتی مدنظر است که ایجاب وسایل تخنیکی سنگین و گرانبه را میکند. در قدم اول مسئله عملیاتخانه ها مطرح میباشد:

- وسایل لازم برای بیهوشی و احیای مجدد (تنفس، تزریق، نظارت).
- وسایل لازم برای عملیات جراحی.
- سامان آلات با در نظر گرفتن شستن و تعقیم آن.

وقتیکه از وسایل تخنیکی معالجه صحبت میشود باید از مفهوم وسایط و سامان آلات فراتر نگریده کاربرد مداوم تضمین و تنظیم شده آنها با کنترل کیفیت، و میسریت در نظر گرفت. این امر با تعدد عملیاتخانه های کوچک و پراکندگی وسایل در تناقض میباشد.

ایجاد عملیاتخانه ایجاب میکند که به همه سؤالات مربوط به کاربرد، حفظ و مراقبت و حفظ الصحة وسایل جواب داده شود.

در افغانستان تخصص معمول بین داکتران جراحی میباشد. این امر به شرایط جنگ سازگار بود و دیگر از جمله اولویت های صحتی کشور نمیشد.

با در نظر گرفتن این ضرورت میتوانیم که برای شفاخانه های ولایتی و ساحوی وسایل تخنیکی مکمل، متمرکز بر جراحی و گاهی تدای جدی تخصصی پیشنهاد کنیم. سازماندهی و فعالیت این امکانات باید کاملاً با آنچه امروز متداولست فرق داشته باشد.

تخصص امکانات تخنیکی باید تصریح شود.

- به سطح ملی تخصص های نادر: جراحی عصبی، اورتوپیدی مغلق، جراحی اوعیه و صدری. باین منظور باین که تیم های موجود در یک محل جمع شوند تا که محیط کارشان بهتر و دسترسی بآن آسانتر شود.

- به سطح ساحوی: وسایل تخنیکی متمرکز که معالجه را در ساحه اورتوپیدی، تروماتولوژی، جراحی حشوی و عده ای از تخصصات داخله تضمین نماید. موازی باین باید تصریح نمود (جداگانه برای هر موقعیت نه به طور مطلق) چه کاری بشکل امروزی آن اجرا نباید شد.

- تدای جدی: امروز در سلسله معالجات جای خود را ندارد. مریضانی که احتمالاً از آن مستفید شده میتوانند اغلباً ضمن وقایع قبلی و فاجعه آمیزتری که معالجات کمتر تخنیکی را ایجاب مینمایند جان خود را از دست میدهند. مصارف، وسایل و پرسونلیکه برای آن لازم است در شرایط کنونی نه در سکتور دولتی و نه در سکتور شخصی قابل تصور میباشد.

ممکن است که در دراز مدت مسئله تصفیه کلیوی حاد و مزمن نیز مطرح شود. این مسئله راجع میشود به یک قشر کم شمار مریضان مستعد و از جمله اولویت های وزارت صحت نمیشد.

همچنان تدای جدی به تعقیب معالجات ضرورت دارد که فعلاً مقدور نیست.

وسایل تخنیکی سبک شفاخانه های ولسوالی و ولایتی باید حفظ شوند:

- برای شماری از عملیات حیاتی ساده؛ هر چند، مانند پری توانیسی یا شکستگی ترضیضی، وخیم نیز باشند.
- برای جوابگویی عاجل در کمپلیکیشن ولادتی (سزارین، وضع حمل مصنوعی)

#### 8. 2. 2 - تربیه

شفاخانه جایبست که صلاحیت های متعدد و اساساً میسر در آن گردهم میآیند.



تدریسات اولی و تریننگ حرفوی پرسونل معالج (داکتران، دایه ها، نرسان، معاونین نرس) در شفاخانه از محیط مساعد نظری و عملی بهرور میشود.

اکثراً شخصیکه تحت تربیه قرار دارد به مشکل میتواند خود را خارج از محیط کار خود تصور کند. شفاخانه ها عموماً تیم های خود را از نو بوجود میآورند و ازینرو کمتر قادر هستند که برای ساختارهایی مثل ساختارهای مجموعه خدمات صحتی اساسی به تربیه پرسونل بپردازند.

تدریسات را باید حتماً در پس منظر اهداف صحت عامه در نظر گرفت.

یک متخصص امراض قلبی بهتر میتواند متخصص امراض قلبی تربیه کند تا یک کارمند صحت عمومی. اینرا باید دانست، باید آنرا در نظر داشت و در مورد اهداف پروگرام های تدریسی باید هوشیار و جدی بود.

افغانستان طبعاً به متخصص قلب ضرورت دارد ولی پیش از همه چیز، حد اقل در پنج تا ده سال آینده، به پرسونلی ضرورت دارد که خدمات صحتی چندجانبه را، به شمول امراض قلبی، احیاناً در ارتباط با سرویس های اختصاصی، به مردم عرضه نماید.

### 8. 2. 3 - تحقیقات

طبابت و صحت عامه نظریات و عمل های مناسب و تغییر کننده هستند که با تجربه های شخصی معالجین، در اثر ارزیابی ها و بکاربرد نتایج این ارزیابی ها تحول میکنند.

بسیار مهم است که چنین تلقی شود که هر معالج افغان عضو جامعه علمی بین المللی میباشد. این تنها یک آرزو یا یک تیوری نیست بلکه یک ضرورت عاجل میباشد. لازم است که معالجین مناسب ترین تدای های علماً تثبیت شده را بکار برند. این روش فعالانه، سهمگیرانه و تحمیل نشده میباشد.



علاوه ازین قدردانی از کار اجراشده، احترام حرفوی و اجتماعی از جمله عناصر مهم و مفید فعالیت سیستم صحت میباشد. این قدردانی و احترام تنها جنبه مادی ندارد.

همچنان شرایط صحت در افغانستان منحصر به فرد بوده امکاناتیکه درین راه بکار میروند باید متناسب و تغییر پذیر باشند.

این همه ایجاب میکند که یک سیستم ارزیابی بوجود آید و به فعالیتهای تحقیقاتی نیز ضرورت دارد.

تحقیق و تدریس تحرکات مشترکی دارند. تحقیقات میتواند جنبه های اپیدمیولوژیک، سریری و مایکروبیولوژی را دربر گیرد ولی این امر نیز باید از ورای تجربه شفاخانه توحید و ارزیابی شود.

### 8. 3 << شفاخانه به مثابه محل اجماع تخصصات نادر و همزمان

نقش شفاخانه در سیستم صحت افغانستان با ارزش دهی سیستم صحت اساسی بستگی نزدیک دارد. شفاخانه فقط میتواند که این سازماندهی را تکمیل کند و جزوی از عرضه خدمات صحتی باشد. اینجا باز هم به موضوع رجعت دهی برمیخوریم.

در معالجه، شفاخانه نقش های آتی را بازی میکند:

- محل تجمع وسایل تخنیک: تصویرگیری، تشخیص، بیولوژی، معالجه.
- محل دسترسی به تخصصات نادر که همزمان باید بکار روند.



### 8. 3. 1 - تخصصات نادر

ما درین جمله بااستثنای اطفال و ولادی و نسایی اکثر تخصصات طبی را در نظر میگیریم. از دیدگاه تشخیص و معالجه این تخصص ها از دو جهت نادر تلقی میشوند:

- موجودیت داکتران دیپلومه.
- ضرورت های طبی. هر چند شایان است که مردم افغانستان به متخصصین قلب، اعصاب، داخله، نفرولژی و غیره احساس ضرورت نمایند ولی ضروریاتی که فعلاً موجود هست به صلاحیت های تشخیص شده ای ارتباط میگردند: طب عمومی، طب فامیلی، طب وقایوی...

این تخصص ها باید در مکان های مشخص جابجا شوند که رسیدن بآن آسان باشد. همچنان این تخصص ها برای تشخیص بوسایل تخنیکی ای ضرورت دارند که باید بآسانی مورد دسترسی قرار گیرند. یکی از مشخصات شفاخانه همین است که مجموعه کامل و متجانس خدمات صحتی درجه دوم را فراهم آرند.

مهم است که برای موثریت و میسریت بیشتر مراجعه به شفاخانه در نتیجه رجعت دهی از طریق مجموعه خدمات صحتی اساسی صورت پذیرد.

این طرز کار ایجاد بی عدالتی نمیکند حقیقت برعکس است. مراجعه اولی برای معاینات تخصصی یا بر اساس تشخیص خاصی (گوش و گلو، چشم) صورت میگیرد که در همه حال قابل توجیه نیست و یا بر اساس نا آگاهی سیستم. این کار باعث اشتباهات معالجوی، انتظارهای بیمورد و رجعت دوباره که بضرر مریض تمام میشود.



### 8. 3. 2 - تخصص هاییکه همزمان باید بکارافتد

شفاخانه اجازه میدهد که چندین متخصص درباره یک دوسیه و یا در حضور یک مریض نشر خود را در مورد تشخیص و معالجه ارائه نمایند. ارزش این جنبه باید تحت توجه قرار گیرد بالخصوص زمانیکه از رجعت دهی بحث در میان است.

این تقرب به نظر اول ساده لوحانه جلوه میکند ولی در حقیق برای شفاخانه اهمیت بسزایی دارد:

- شفاخانه را قادر میسازد که ماموریت های سه گانه خود را به شکل کامل اجرا نماید
- ممکن میسازد که شفاخانه ماموریت هایی را اجرا کند که از ساحه کارش بیرون باشد.

### 8. 4. << سازماندهی دسترسی به شفاخانه

در حال حاضر در مورد دسترسی به شفاخانه سازماندهی و اداره استوار بر معیارهای صحتی وجود ندارد. سازمان دهی پیشنهاد شده مبنی بر ایجابات آنده وظایف شفاخانه میباشد که قبلاً یاد آوری شد. معالجه در شفاخانه به شکل تخصصی و تخنیکی تلقی گردیده.

### 8. 4. 1 - پذیرایی و اوقات عاجل

واقعۀ عاجل باید یک واقعۀ طبی یا جراحی باشد و با تخصص شفاخانه ارتباط داشته باشد. برای کلانسالان در کابل صرف دو شفاخانه باید در نظر گرفته شود. اینکار مستوجب آنست که برای واقعات عاجلی که در مورد آن تشخیص و معالجه سرپا متصور باشد در جای خود قبل از رسیدن به شفاخانه راه حل تضمین شده ای موجود باشد.

### 8. 4. 2 - رجعت دهی

شفاخانه باید تنها برای مراجعه ثانوی و مراجعه تخصصی باشد. یعنی وقتیکه مریض به شفاخانه میآید باید قبلاً از مشوره طبی و صحتی یک کارمند حرفوی BPHS و یا داکتر شخصی مستفید شده باشد.

سیستم رجعت دهی را باید کارمندان صحت بین خود تنظیم و سازمان دهی کنند و باید به مردم درباره آن معلومات داده شود. این سیستم کیفیت و سرعت خدمات را تضمین میکند و باید مصرف آن برای مراجعین کم باشد.

باید حتماً از آنانیکه این انتخاب را میکنند قدردانی شود. ممکن است نرخنامه طوری انسجام یابد که برای کسانیکه در مرحله اول به BPHS مراجعه میکنند واره دار تر جلوه کند. البته ترتیب و تنظیم چنین نرخنامه کار باریکیست که باید برای مستضعفترین و مریض ترین مراجعین ایجاد مشکل نکند.

این سازماندهی در هر بنیاد بطور جداگانه و یا بهتر به سطح ولایت اجرا میشود.

مراجعه به سیستم رجعت دهی با سهمگیری داکترانی که وقت خود را بین ساختار های درجات مختلف تقسیم میکند تسهیل خواهد یافت.

معاینات تخصصی منظم دور از مرکز و در محلات پرنفوس اثر زیادی خواهند داشت (بطور مثال معاینات جلدی هفته وار درکارته سه).

## 5.8 << ماموریت های مورد بحث و مشاجره

### 8.5.1 - ماموریت های که مربوط به شفاخانه نمیشاند

این ماموریت ها در شرایط فعلی افغانستان در نظر گرفته شده اند و عبارتند از:

- وقایه : از راه واکسیناسیون و تعلیمات صحی.
- معالجات اولیه خصوصاً معالجات سرپا.

80% تا 90% معاینات سرپا که امروز در شفاخانه ها صورت میگیرد معاینات اولیه ای هستند که اکثر یک نسخه دوا و یا رجعت دهی به یک مرجع مناسبتر و نزدیکتر را ایجاب میکند. اینگونه رجعت دهی از راه همنوایی و بیشتر از آن از راه ارزش افزایی معالجات BPHS خویتر عملی میشود. این ارزش افزایی بر اعتماد، کیفیت، کم مصرف بودن، مؤثریت بهتر و پیشآمد انسانی در معالجه متمرکز میباشد.

در مورد تخصصات آنچه پیشتر گفته شد در ارتباط با ضرورت سازماندهی معاینات تخصصی از جانب شفاخانه ها در مجاورت محل سکونت مراجعین قوی تر جلوه میکند. مثال تیم های چشم در هرات که از روی یک تقسیم اوقات منظم که همه از آن آگاهی دارند دوره میکنند نمونه عالی بشمار میآید.

باید ممکن باشد که در جاهای دور از مرکز ماهی یکبار و یا هفته وار معایناتی عرضه شود که هم از سرگردانی مراجعین جلوگیری شود و هم بر ارزش ساختار های مجاورت بیافزاید.

### 8.5.2 - تهیه مسکن برای مریضان

در حال حاضر این یکی از وظایف اهم شفاخانه های کابل و بعض شهرها میباشد. چونکه معالجات تمام عیار وجود ندارند مریضان مجبور هستند که ادویه و قسمتی از معاینات اضافی را در خارج از شفاخانه خریداری کنند. عملاً آنچه شفاخانه تضمین میکند عبارت است از:

- گذار منظم یک داکتر.
- تسهیلات اسکان خصوصاً در کابل برای مریضانی که از دور و یا از ولایات میآیند.

این وظیفه را میتوان فهمید ولی نمیتوان از آن پشتیبانی کرد. این یک استعمال بیجای شفاخانه هست که در سرویس ها از دحام ایجاد میکند و پرداخت فیس های توجیه ناشده موازی را آسان میسازد.

### 8.5.3 - وظایف اجتماعی و همدردی

باوجود آنکه در افغانستان شفاخانه ها چندان نامی ندارند باز هم وقتی که مردم ندانند به کجا مراجعه کنند شفاخانه به حیث آخرین مرجع میباشد. در تاریخ این یکی از عمده ترین و بزرگترین وظایف شفاخانه بوده است.

این طرز دید قابل احترام از آن کسانیکه هیچ امید دیگری برایشان نمانده ولی نمیتواند از خدماتیکه شفاخانه باید اجرا کند



نمایندگی کند. تیم های شفاخانه که فاقد وسایل لازم بوده زیر بارخواستنه های متعدد قرار دارند نمیتواند نقش همدردی خود را چنانچه شاید اجرا کنند. این بمعنای آن نیست که احساس همدردی اشخاص تحت سؤال بیاید ولی سازماندهی کنونی با نقش اجتماعی شفاخانه در تناقض میباشد.

این مسئله را باید چنانچه لازم است درک نمود و برای مریضانی که بدرستی رهنمایی نشده اند بدیلی عرضه کرد. البته این کار آسانی نیست ولی میتواند که در بلند بردن مؤثریت مطلوب شفاخانه ها و دریافتن جواب مناسب برای خواسته های مریضان کمک نماید. این کار میتواند از طریق وقف کردن شفاخانه های اضافی اجرا شود بشرطیکه این نهاد ها دیگر بحیث شفاخانه تلقی نشده وظیفه اسکان و وظایف اجتماعی را بعده بگیرند.

#### 8. 5. 4 - شفاخانه و پرستیز

سیستم صحت هرچه باشد شفاخانه دارای یک تصویر پر اعتباری نزد مردم، نزد داکتران و نزد مقامات دولتی میباشد. این البته با سازماندهی و استفاده بهتر تناقض ندارد.

ولی شفاخانه را نمیتوان باین تصویر محدود ساخت. انتخاب چند نهاد، بتعداد کم، امریست ضروری. تنها همین چند نهاد از سرمایه گذاری ها و بازسازی بمنظور صحت مستفید خواهند شد و این عکس آنچه است که امروز دیده میشود.

پروژه ها همه قسمی، ناکامل و ناهمسان هستند. ایتالیا از انتقال کارته سه حمایت میکند ولی تنها قسمتی از آن، چین به جمهوریت علاقه میگیرد ولی تنها به بخشی از آن و فرانسه از علی آباد نو پشتیبانی میکند. در اکثر موارد انتخاب بر اساس جهتگیری های کشورهای دونه میباشد نه بر اساس اراده وزارت صحت و از روی یک پلان متجانس و تعریف شده.

#### 8. 6. << تصامیم و اقداماتیکه باید از آن جلوگیری شود

آنچه جلب توجه میکند فاصله ایست که بین ملاحظات شفاهی و تحریری و تجویزات از یکسو و کارروایی های عملی از سوی دیگر موجود میباشد.

تا که شفاخانه هایی که در نظر گرفته شده اند به درجه مطلوب ارتقا نیافته اند نباید در باره ایجاد شفاخانه های اضافی فکر کردو نباید ساختن شفاخانه های نو را پذیرفت.

در کابل تنها دوقطب برای بزرگسالان، دو قطب برای اطفال و دو قطب برای ولادی و نسایی تصور شده میتواند (به گزارش فرانسوی ماه می 2002 مراجعه کنید).

اهدای وسایل و باز سازی باید خارج از چارچوب انتخاب وزارت صحت صورت پذیر نباشد.



جابجا کردن یک اسکنر، تصویب تعلیمات دیپلوم دهنده باید به یک سازماندهی کلی ارتباط داشته باشد. دلایل صحی باید بر دلایل سیاسی مرجح شمرده شود.

میتوان گفت که از قرار حجم و تعداد بسترها سکتور بیمارستانی مراجعه ثانوی از حد بیشتر وسیع است. ازینجاست که باید هیچ نوع ایجاد ساختارهای جدید باید مجاز شمرده نشود و توجه بسوی بهترساختن کیفیت، میسریت و توحید معطوف باشد که نتیجه این امر بازگستری سرویس ها خواهد بود.

باید هرچه زودتر مجموعه شرایطی ترتیب شود که از روی آن عرضه کنندگان این خواسته های اساسی را درنظر بگیرند.

اولتر از همه باید ایجاد سرویسهای نویرا که شامل جهت گیریهای BPHS نمیشد ممنوع قرار داد. قبل از همه باید جابجا کردن وسایل تخنیکی را تحت کنترول آورد.

موازی با این انتخاب این یا آن رشته تخصص از جانب داکتران باید به ضرورت های صحت کشور جواب گوید.



در افغانستان وزارت صحت بحق از شهرت خوبی برخوردار است. توجیه این شهرت مرهون مسئولین بلند پایه اداری و سیاسی هست که امور وزارت را بعهدہ دارند.

در شرایط ناپایدار و نامطمئن کار ایجاد یک سیاست صحت بر اساس اصول مؤثریت، عدالت و بر واقعینی همراه با پیشقدمی داوطلبانه استوار میباشد.

معقولیت تخنیکی انتخاب های وزارت صحت و واقعینی آن شاید که، با وجود مخالفت هایی که برای اعمال قدرت در کشور جریان دارد، فراتر

از کابل، در ولایات نیز اثر مثبتی داشته باشد. درین زمینه ایجاد یک گروپ کاری Task Force شفاخانه ها، تشکیل آن و طرز کار آن حاکی از دقت اجرایی می باشد.

این واقعاً وزارت صحت است که باید اختیار انتخاب داشته باشد نه پارتی های دوجانبه و چند جانبه. وضعیت افغانستان با وضعیت کشورهای بی بضاعت که توانسته اند یک ساحه تقاهم و همکاری را از طریق دیالوگ سیاسی بمیان آورند فرقی چندان ندارد.

مشکل عمده که وزارت صحت بآن مواجه است در ارتباط و همکاری با پارتی های خارجی نیست بلکه سؤال ایست که چگونه این وزارت موفق خواهد شد که سیاست اتخاذ شده را در همه ولایات تطبیق نماید.

سیاست صحت باید بخشی از باز سازی کشور باشد که اهداف آن وسیعتر از مسائل صحتی میباشد.





سیستم رجعت دهی  
شفاخانه ها در افغانستان

---

موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

پیشنهاد ها

در سال 2002 (1381 ش) وزارت صحت اولویت های صحت کشور را معرفی کرد.

این تعریف اولویت ها با دیگران در میان گذاشته شده، میتودیک بود و مناسب و واقعینانه بنظر میرسد.

برای رسیدن به هدف قسمت عمده مساعی باید به صحت اولیه، وقایه و معالجات سرپا وقف گردد.

مجموعه خدمات صحت اساسی این اهداف را بوضاحت بیان میکند و امکانات لازم را برمی شمرد.

مرحله بعدی مرحله عملی سازی خواهد بود که برای آن توازن سر از نو امکانات لازم است.

شفاخانه ها بر امکان رسیدن با اهداف ملی و خصوصاً بر عملی ساختن مجموعه خدمات صحت اساسی اثر مستقیم دارد.



شفاخانه ها بیش از پیش امکانات، خصوصاً امکانات بشری، را در حالی متراکم میسازد که قلت امکانات حکمفرماست. شفاخانه از نگاه تخنیکی و طبی برای اینکه ساختارهای BPHS وظیفه خویش را ایفا کنند لازمی میباشد.

وجود یک سیستم رجعت دهی مؤثر و میسر حتمیست.

بزودی یک ماستر پلان ارائه خواهد شد. کاردندان و مقامات اداری بطور منظم از واضحتترین بخشهای ماستر پلان صحبت میکنند ولی مهم است که این نکات تصریح شده از طرف مقامات وزارت صحت تصویب شوند.

در کابل بر ضرورت یک ماستر پلان شفاخانه اتفاق نظر وجود دارد و عاجل دانسته میشود.

## 1.1 << ماستر پلان کابل

### 1.1.1 - اهداف

ماستر پلان تنها نهاد هایی را دربر میگیرد که دارای بستر و معالجات هستند و بر نهاد های موجود و نهادهایی که در پنج سال آینده ایجاد خواهند شد مشتمل است.

ماستر پلان در مرحله اول حیثیت معرف داشته بزودی باید قوت قانونی پیدا کند.

هدف اساسی آن عبارت است از مشخص ساختن:

- تعداد مجموعی بسترها و تعداد بستر ها بر حسب تخصص.
- تعداد کارمندان طبی، لابراتوار و غیر معالج.
- نوعیت وسایل طبی تخنیکی مهم از نظر سرمایه گذاری. این کتگوری تصویرگیری، وسایل عملیات و بعقیده ما آندوسکوپ ها، آلات تنفس مصنوعی، وسایل تصویرگیری عملیاتخانه و تدایوی جدی، وسایل تعقیم و وسایل استکشاف وظیفوی را دربر میگیرد.

این تعریف باید همچنان مشتمل ساحه جغرافیوی و نفوس مورد نظر را دربر گیرد. این هم قابل تصور است که ساحه جغرافیایی مد نظر از یک تخصص تا دیگری متفاوت باشد.

برای هر شفاخانه باید مشخص شود چه تخصصاتیرا بعهده خواهد داشت و چه تخصصاتیرا باید انتقال دهد.



ضرورت نیست که ماسترپلان حاوی همه جزئیات باشد. ماسترپلان عمداً ساده بوده چارچوب را ترسیم میکند.

#### 2.1.1 - دیتای کمی

تعداد مجموعی بسترهای فعال باید از 1500 واحد تجاوز نکند. تعداد نهادهای نوع شفاخانه که در نظر است مرجع رفرنس باشند باید تقلیل یابد.

### 2.1 << جهتگیری عمومی ماسترپلان

#### 1.2.1 - یک قطب جراحی عمومی شمالی بدور وزیر اکبرخان

این قطب باید اجزای ذیل را دربر داشته باشد:

##### 1.1.2.1 - جراحی

- تروماتولوژی و اورتوپیدی.
- یک محل پذیرایی عاجل حیاتی خصوصاً ترخیصی.
- فعالیت های جراحی حشوی محدود متمرکز بر مقارنت حشوی - اورتوپیدی چنانکه در تروماتولوژی مشاهده میشود.
- فعالیت جراحی حشوی سنگین، خصوصاً صدی در ارتباط با ظرفیت این شفاخانه که قادر است معالجات بعد از جراحی مهم ضمن تداوی جدی را اجرا نماید.

##### 2.1.2.1 - داخله

این شفاخانه میتواند ساحات مشخصی چون آندوکرینولوژی، امراض ریوی و معدی معایی را بعهده داشته باشد.

بنظر ما بهتر خواهد بود اگر جراحی عصبی که اکثراً ترخیصی میباشد باین شفاخانه انتقال یابد. وسایل تخنیکی باید برای این فعالیت ها مناسب باشد و ما فکر میکنیم که احداث یک اسکندر درین شفاخانه باید از جمله اولویت ها باشد.

فعالیت های طبی دیگری را نیز میتوان بوزیر اکبرخان ارتباط داد. چنین بنظر میرسد که نقش این قطب جراحی سنگین و تداوی جدی در پذیرایی وقایع عاجل چند جانبه مورد تاکید قرار خواهد گرفت.

بعقیده ما این قطب باید امکانات شفاخانه جمهوری را جذب نماید.

#### 2.2.1 - یک قطب جراحی و داخله در جنوب

سابقاً این نقش را علی آباد کهنه بازی میکرد. در حالت کنونی علی آباد نو، اگر بر مقاصد آن تجدیدنظر شود و تطابق کند، میتواند این رول را بعهده بگیرد.

این قطب احتمالاً دومین قطب پذیرایی وقایع عاجل حیاتی را دربر خواهد گرفت.

بدون اینکه بر یک جهتگیری «قبل از بستری شدن» این شفاخانه پیشداوری کنیم میتوان پیشنهاد کرد که فشار زیاد بر وقایع عاجل داخله باشد. تخصص در امراض قلبی درین جهت تشویق مینماید.

این قطب جنوبی باید فعالیت های شفاخانه ابن سینا و قسم فعالیت های شفاخانه سابق کارته سه را جذب نماید. (شفاخانه کارته سه بعد از نقل مکان حیثیت یک شفاخانه ولسوالی را اتخاذ خواهد کرد).

این قطب اولویت خود را در جهت طب داخله، کاردیولوژی، عصبی و امراض انتانی تثبیت خواهد کرد و باید شامل فعالیت های طبی ای باشد که بوسایل تخنیکی ضرورت دارند. میتوان تصور کرد که این قطب بخشی از معالجات معدی معاوی و یورولوژی را حفظ خواهد کرد.

بعقیده ما این قطب از انتقال به محل سابقه در مجاورت انسیتوت طب کابل فایده بر خواهد داشت.

آیا لازم نخواهد بود که نیورولوژی و سایکیاتری در همین قطب حفظ شوند؟



### 1. 2. 3 - تخصص های دیگر

درین پیشنهاد ها تنها محورهای اصلی طبی جراحی داده شده است.

برای امراض چشم محل کنونی در مرکز چه از نگاه موقعیت و چه از نگاه کار مساعدترین موقعیت است.

عده زیادی از تخصص ها مانند امراض جلدی، روماتولوژی باید به شکل معالجات سرپا در نظر گرفته شوند.

همچنان امراض انتانی باید از تقویه معالجه سرپا مستفید گردند.



اگر بر تعریف وظایف شفاخانه اصرار ورزیم، این امراض در مجاورت خوبتر و زودتر معالجه شده میتوانند. مراجعه به شفاخانه باید بندرت و تنها در وقایع مغلق و در حالت خطر حیاتی بوقوع پیوندد. باوجود آن زمانیکه وظایف اساسی دو قطب عمده طبقه بندی شوند میتوان این تخصص ها را نیز در این یا آن شفاخانه جا داد.

گوش و گلو و بینی مسئله خاصیت. در کابل این تخصص باید در یک جای واحدی متمرکز شود. دینامیسم تیم میوند جانبداری ازین میکند که این شفاخانه تقویه شود یعنی که فعالیت های این سینا و رابعه بلخی بانجا منتقل شوند. البته این انتقال محدود به گوش و گلو خواهد بود. درین مورد، و همچنان در مورد چشم وسایل تخنیکی خیلی مشخص میباشد.

این یگانه فعالیتست که میتوان آنرا در میوند حفظ و حتی تقویه نمود. در باره امراض عقلی و عصبی و در باره آنکولوژی باید بطور مشخصی اندیشید.

### 1. 2. 4 - دو شفاخانه مخصوص زنان

توجه به زنان و مادران باید بیشتر شود.

ملالی باید آن زایشگاه مثالی ای باشد که همه انتظار آنرا دارند.

رابعه بلخی نیز در آینده همین نقش را بازی خواهد کرد. معهدا رابعه بلخی باید عنقریب با تخصص های جلدی و گوش و گلو وداع نماید.

رابعه بلخی بدون شک میتواند نقش شفاخانه زنان را حفظ کند به شرط آنکه این انتخاب معالجه را برایشان آسانتر بسازد و موافق خواست آنها باشد.

### 1. 2. 4. 1 - ملالی و رابعه بلخی

این دو مرکز باید عمدتاً بسوی طب و جراحی تخصصی برای زنان متوجه گردند. این دو نهاد سه ساحه صلاحیت را دارا هستند:

- ساحه اول: صلاحیت محلی. برای مرکز شهر کابل بحیث زایشگاه و تعقیب حمل بدون کمپلیکیشن.
  - ساحه دوم: صلاحیت ساحوی. این دو شفاخانه مرجع رفرنس همه ساختارهای ولادی به سطح BPHS میباشد.
  - ساحه سوم: صلاحیت ملی. این دو شفاخانه میتوانند نقش پیشقدمی در سازماندهی سر از نو سیاست طفل و مادر بازی کنند.
- وسایل، ظرفیت، تقسیم نقش های داکتران باید بر اساس این سه درجه تنظیم شوند.

#### 1. 2. 4. 2- محل ولادت و محل تماس اول با نوزادان

این دو شفاخانه باید یک سرویس نوزادان خیلی ها منسجم تر و فعال تر از آنچه امروز موجود است داشته باشند. این بمنظور امکانات بستری شدن نبوده هدف تقویه توجه صحی ایست که بنوزاد و مادرش میشود.

تمرکز انحصاری بر مطمئن ساختن ولادت عجلتاً ضروریست ولی بزودی ناکافی ثابت خواهد شد.

برای این دو شفاخانه توحید فعالیتشان در یک شبکه متشکل دارای ساختار های BPHS بمراتب نسبت به ترتیبات ساختمانی مهمتر است. تیم های کنونی به این جنبه کار چندان توجهی



نمیکنند و خود را در آن سهم نمیدانند.

#### 1. 2. 5- قطب اطفال متمرکز بر اندیرا گاندی

#### 1. 2. 5. 1- یک شفاخانه اساسی در اندیرا گاندی

با تاکید گفتیم که قسمت بیشتر منافع منتظره برای اطفال در توسعه ساختارهای مجاورت و معالجات سرپا نهفته است.

شفاخانه های کابل مریضان خورد سال را به چنان تعداد بلندی میپذیرند که امکان ندارد که بخوبی از عهده کار خویش برآیند. قسمت اعظم این اطفال (80% تا 90%) صرف به معالجات متداوم، با صلاحیت و پرتوجه سرپا ضرورت دارند.

اصولاً شفاخانه اندیرا گاندی همه صلاحیت های لازم را در اختیار دارد که سرویس های مراجعه ثانوی معالجوی و تشخیصی را بوجود آورد. وسایل و آلات کار موجود نیست.

اندیرا گاندی باید مجموع معالجات تخصصی اطفال را انکشاف دهد: جراحی، داخله و نوزادان. فعالیت مربوط به نوزادان رشته های متداوم را بین ساختارهای BPHS از یکسو و زایشگاه های دوگانه مرجع ریفرانس، ملالی و رابعه بلخی، از سوی دیگر ایجاب میکند.

ظرفیت مجموعی تغیر نخواهد کرد. اندیرا گاندی در هر سه پایه، ملی، ساحوی و محلی، صلاحیت خواهد داشت ولی در هر یک از این پایه ها وظایف جداگانه ایرا ایفا خواهد کرد.

کوششی که درین شفاخانه در مورد پذیرایی وقایع عاجل حیاتی صورت گرفته باید حمایه شود.

#### 1. 2. 5. 2- شفاخانه اتاترک

این شفاخانه در ساحه جنوبی شهر کابل موقعیت دارد. چنین بنظر میرسد که کار آن خیلی زیاد و روابط آن با ساختارهای BPHS ضعیف و حتی خراب میباشد.

این شفاخانه باید در یک پروژه واحدی با اندیرا گاندی یکجا شود.

اتاترک نمیتواند استراتژی رقابت با اندیرا گاندی داشته باشد.

صلاحیت اتاترک نیز باید به پایه های محلی و ساحوی محدود گردد.



#### 1. 2. 5. 3- پروژه طفل و مادران جی. او ی فرانسوی «اطفال افغان»

در حال حاضر این پروژه بیشتر جنبه ساختمانی دارد.

حتمیست که حمایه کنندگان این پروژه بوزارت صحت یک پروژه صحتی و طبیی ای پیش کنند که با ضرورت های واقعی، اولویت های صحتی و ابتکارات دیگر در منطقه کابل سازگار باشد.

#### 1. 2. 5. 4. جنبه های متکامل در پیدپاتری

در افغانستان سوء تغذی یک مشکل صحتی عمده میباشد.

موسسات غیر دولتی ساختارهای موثری را در محلات متعدد ایجاد کرده اند. در مورد اکثریت قاطع اطفال بخش عمده معالجات منطقی باید در مجاورت صورت پذیرد و این امر در پیشنهاد های مجموعه خدمات صحتی اساسی بخوبی تصریح شده است.

اصولاً معالجات دقیق لازم است ولی ضرورتی برای وسایل تخنیکي مغلق و صلاحیت های علمی تخصصی دیده نمیشود.

علاوه ازین یونیسف در حال تدارک یک پروژه اختصاصی ملی میباشد. ازینرو این مسئله باید شامل وظایف اولی اندیراگاندی نشود چونکه به صلاحیت های محلی و ساحوی ارتباط خواهد گرفت. یک واحد تغذی وجود دارد. این واحد باید حفظ گردد ولی نباید توسعه یابد.

در اتاترک واحد تغذی مهم و موجه میباشد.

#### 1. 2. 5. 5. معاینات سرپا

در رشته اطفال باید معاینات تخصصی منظم و متحرک در نظر گرفته شود. این معاینات دسترسی به معالجه را بهتر خواهد ساخت و نقش شفاخانه را بحیث مرجع ریفرانس تقویه خواهد بخشید.

#### 1. 2. 5. 6. نکات عمده ماسترپلان

سازماندهی مجدد، تقویه و تجهیز قطب طبیی جراحی شمالی وزیر اکبرخان، قطب طبیی جراحی جنوبی علی آباد، قطب های دوگانه ولادی و نسایی ملالی و رابعه بلخی و شفاخانه های اطفال اندیراگاندی و اتاترک کاریست بس سنگین.

تنها همین ساختارها اگر از نو مرتب گردند نسبت به مجموع بیست نهاد موجود خیلی ها موثرتر خواهد بود.

بقیه ساختارها، ابن سینا، میوند (باستثنای گوش و گلو)، جمهوریت، انتانی نباید در نقش شفاخانه دولتی مورد سرمایه گذاری قرار گیرند.

ممکن است تصور نمود که یکی ازین شفاخانه ها نقش طبیی تخصصی را حفظ نموده به سکتور شخصی عرضه شود. سکتور شخصی باید از سرمایه گذاریهای دولتی ملی و بین المللی استفاده نکند.

مراکز مورد بحث میتواند یک نقش صحتی متفاوتی در ساحه تدریس و معاینات اجرا کنند. این مراکز میتوانند یک نقش اجتماعی مهمی بحیث محل اسکان و مساعدت بازی کنند.

#### 1. 2. 6. شفاخانه های شخصی در کابل

عرضه معالجات شخصی سرپا در کابل خیلی وسیع است. این عرضه برای قشرهایی از مردم مفید بوده به عده کثیری از داکتران اجازه میدهد که سطح زندگی قابل قبول داشته باشند.

عرضه معالجات در شفاخانه مشکل دیگری ایجاد میکند.

امروز عده ای زیادی از افغانها، منجمله شماری از کابلی ها، به پاکستان، ایران و اروپا برای معالجات تخصصی میروند. مصارف اینکار بلند و نتایج آن نامطمئن میباشد. این معالجات شاید به سرطان، امراض کلیوی و قلبی ارتباط داشته باشد.

از یکسو تقاضایی وجود دارد که خود را خودش به سطح شخصی تمویل میکند. از سوی دیگر عده ای از داکتران علاقه دارند درین راه قدم بگذارند و برای اینکار از جانب سرمایه گذاران شخصی که اهداف تجارتي دارند تشویق میشوند.

این سه فاکتور اجازه خواهد داد که شفاخانه های شخصی ایجاد شوند.

در ماستر پلان میتوان دو تا سه موسسه طبیی تخنیکي که ظرفیت هریک حد اکثر به 50 بستر محدود باشد و حد اکثر سه زایشگاه را در نظر گرفت.

این موسسات باید اجازه قبلی مقامات صحت کشور را بدست آورند. ساحه کارشان باید تحديد شود، تخصص هایشان باید معلوم، متشکل و قابل تحقیق باشد.

این موسسات باید کیفیت خدمات را تضمین نمایند.

نرخنامه ها از جانب مقامات صحت و مالی تعیین و تفتیش میشوند.

در مورد بعضی از تخصص ها باید همکاری بین سکتور شخصی و شفاخانه های دولتی بمیان آید. اگر دولت افغانستان قادر نباشد که مبالغ هنگفتی در عده ای فعالیت های صحت (مثلاً MRI و رادیو تراپی) سرمایه گذاری کند، باوجود آن اگر به چنین فعالیت هایی در کابل یا هرات اجازه داده شود، لازم است که همکاری با سکتور دولتی در نظر گرفته شود.



درینمورد دو چیز مفید جلوه میکند. یکی این که بعضی از مریضان شفاخانه های دولتی ازین خدمات استفاده کرده میتوانند و دیگر اینکه داکترها در ترپینگ و مشارکت دانش از آن کارخواهند گرفت.

موجودیت موسسات نیمه رسمی قابل قبول نیست چه

این موسسات نه به درد فعالیت های شخصی منطقی و پیشقدم میخورند و نه به درد سیاست صحت دولت.

#### 1. 2. 7 - جنبه های خاص ماستر پلان کابل

دو اولویت تثبیت شده: زایشگاهها و اطفال.

بیجا نخواهد بود اگر در باره چند سکتوری که باید مورد پلان گذاری دقیق باشند صحبت شود.

#### 1. 2. 7. 1 - زایشگاهها

دو شفاخانه موجود تنها آنوقت مفهوم مییابد که در سلسله ای متشکل از فعالیت ها در منزل، فامیلی پلانیگ، تعقیب حمل، مطمئن سازی ولادت و نقل دم بعد از ولادت توحید شوند.

#### 1. 2. 7. 2 - پیدپاتری

درین مورد روابط بین شفاخانه و ساختارهای BPHS همانقدر اهمیت دارد که خود شفاخانه مهم است.

#### 1. 2. 7. 3 - تخصصات جراحی و طبی

باید بزودی جاهایی که در آن عده ای از تخصص ها بکار میافتند پیش بینی و تثبیت شوند و برتر از همه باید از ظهور پروژه هایی که درست ارزیابی نشده، ناکامل و رقیب باشند جلوگیری شود.

#### 1. 2. 7. 4 - تصویرگیری و بیولوژی

درین ساحه باید روابط سکتور شخصی سرپا و سکتور دولتی مد نظر گرفته شود. مکن نیست که سکتور دولتی همچنان عاری از امکانات بماند.

#### 1. 2. 7. 5 - وقایع عاجل

برای وقایع عاجل حیاتی کثیر الحشوی باید دو نقطه وزنین و لی تنها و تنها دو نقطه در نظر گرفته شود.

وقایع عاجل حیاتی باید از معاینات اولی تقکیک شود.

ساعات کار و میسریت باید مشخص شده تضمین شود.

#### 1. 2. 7. 6 - جنبه های متکامل

ماسترپلان در اهداف خویش محدود مییابد.

ماسترپلان تنها آنگاه ارزش مییابد که همزمان مسائل آتی تنظیم شده تحت کنترول آیند:

- عرضه معالجات سرپای شخصی: در ارتباط با کیفیت، نرخنامه و صلاحیت علمی.

- عرضه معالجات سرپای دولتی در شهر کابل که معاینات در شفاخانه ها منجمله شفاخانه های ولسوالی را دربر میگیرد.

#### 1. 2. 7. مشکلات منتظره

هیچکسی قبول نخواهد کرد که شفاخانه های نامدار و مشهور از کمک محروم شوند الا آنکه توضیحات لازم داده شده و بعوض آن چیزی عرضه گردد.

عملی کردن یک ماستر پلان نو نمیتواند این مشکلات را نادیده بگیرد. در حال حاضر این شفاخانه ها خدمات منتظره را عرضه نمیکند و مانع توسعه یک سیستم مؤثرتر، میسرتر و ارزان میگردد.

سرنوشت و تجدید ساحه کار شفاخانه های سابق به ذات خود مسئله مهمیست. این موضوع با ماستر پلان مربوط است ولی جزو آن نیست زیرا که جنبه های تربیوی و اجتماعی ای نیز دارد که مربوط به صلاحیت وزارت های دیگر میباشد.

بخش مهم تغییرات مربوط به توظیف پرسونلیست که از بودجه این موسسات معاش میگیرند.

ما واضح ساختیم و همه کسانی که درین ساحه صحت کار میکنند میپذیرند که این داکتران باید در ساختارهای BPHS و یا در شفاخانه های خارج از کابل مقرر شوند.

مسئله عرضه خدمات صحتی در ولایات با آنچه در کابل میگذرد متفاوت است.

از یکسو عدم تعادل بسیار مهم در مورد امکانات بشری بین کابل و ولایات وجود دارد. این سؤال به تنهایی یکی از مغلق ترین معضله های حل طلب است.

جهتگیریهای کنونی وزارت صحت کاملاً معقول میباشد. این جهتگیریها نه تنها به تشویق جدی محصلین تازه فارغ فاکولته طب میپردازد بلکه در عین حال از اعمال فشار امتناع نمیورزد. این معقولیت در حدود غیر قابل توجه تامین مؤثریت میکند ولی نقش تربیوی آن مهم است و نشان میدهد که وزارت صحت میخواهد به مشکلات سراسر کشور جواب بگوید.

در ولایات نیز عدم تعادل بسیار مهم امکانات بشری و مادی بین شفاخانه ها و سکتور شخصی واقع در مرکز شهرهای بزرگ و بقیه نقاط کشور موجود است. این جنبه موضوع بآسانی حل پذیر میباشد چه به عملی کردن سیاست محلی ارتباط میگیرد.

### 2. 1 << سازماندهی به سطح ولایت و ساحه باید حفظ شود

یکنوع خودمختاری در اداره و در اجراءات صحتی باید موجود باشد. همچنان قایم نگه داشتن یک سرپرستی مشهود برای جلوگیری از انحرافات لازمست. ازینرو نقشه توزیع شفاخانه ها در کشور باید بهمراهی وزارت صحت صورت گیرد بالخصوص که این وزارت در تمویل آن سهم بزرگ خواهد داشت. این نقشه اجازه خواهد داد که به اکثریت تقاضای معالجات تخصصی داخله، جراحی، ولادی و نسایی و اطفال جواب گفته شود.



مراجعه به ساختارهای کابلی باید مختص به وقایعی باشد که به سطح محلی جواب مناسب نمییابند. برای اینکار باید که کیفیت و میسریت به سطح ولایات تضمین شود و

این تضمین به آگاهی عمومی برسد.

### 2. 2 << پایه های ساحوی و ولایتی

شهرهایی که شفاخانه های ساحوی در آن ایجاد میشود عبارتند از جلال اباد، مزار شریف، هرات و قندهار. درین شفاخانه ها باید تخصصات و امکانات تکنیکی ایکه کمتر مورد استعمال دارند توسعه یابد.

- جراحی : اورتوپیدی، تروماتولوژی، حشوی، یورولوژی.
- طب : داخله، قلبی، اعصاب، آندوکرینولوژی، ریوی، جلدی، معدی معایی، انتانی.
- تخصصات : سروگردن، چشم، گوش و گلو.
- نسایی و ولادی به مفهومی که در مرکزهای ممتاز Excellence Centers معمول است.
- اطفال : نوزادان، پیدیاتری طب و جراحی.

در ولایت همانند کابل موضوع معاینات چنانچه بیان شد حساس است. قسمت زیادی از تقاضای معاینات از مناطق دوردست با ترانسپورت طولانی و گران میآید. تشخیص هرچه باشد تسهیلات اسکان لازمست که در نتیجه مریض باید بدون توجیه طبی وبدون آنکه نفعی برای مریض متصور باشد بستری شود.

باید که دوره های منظم در تفاهم با ساختارهای BPHS در تمام تخصصات مهم در نظر گرفته شود. ساده تر، مؤثرتر و ارزانتر خواهد بود اگر داکتران بسوی مریضان بروند. مثال امراض چشم قابل توجه است.







اندیشیدن در باره خودمختاری حقوقی و کامل شفاخانه ها اکنون پیش از وقت است. برعکس این پیشنهاد که هر شفاخانه در تفاهم با وزارت صحت یک «پلان سه ساله شفاخانه» را برای رسیدن باهدفی که از طرف وزارت برایش تعیین شده طرح نماید بهنگام بنظر میآید. درین چارچوب شفاخانه استقلال عمل وسیع اداری خواهد داشت و در مقابل، برای نگهداشتن مسیر، یک کنترول سالانه نتایج اجرا خواهد شد. نیل باهدف با اقدامات تشویقی برای پرسونل همراه خواهد بود که بدینسان علاقمندی برای حرکت در جهت سیاست وزارت صحت بیشتر خواهد بود.

#### 3. 1 << تنظیم مجدد اورگانیزاسیون داخلی شفاخانه ها از جمله اولویت هاست

درین مرحله تحقیقات ما پیش کردن تشخیص دقیق مقدور نیست ولی چند خط اساسی ایکه آنرا تعقیب باید کرد از همین حالا مشهود است.

شفاخانه های کابل از نگاه کمیت دارای یک پرسونل وافر هستند که نمیتواند تداوم معالجه را بدرستی تضمین کند. آنچه به تقسیم اوقات ارتباط میگیرد فقط یک شیفت یگانه وجود دارد که شیفت صبحانه است. بهتر خواهد بود که شیفت های صبحانه و بعد از ظهر با یک سیستم نوکری که شب ها و احتمالاً روزهای جمعه را دربر گیرد برقرار شود. بدون شک تعداد کارمندان اجازه چنین تحولی را میدهد و این کار در بهتر ساختن و تداوم معالجات مؤثر خواهد بود.



درین پسمنظر استعمال بهتر و مؤثرتر وسایل تخنیکی نیز ممکن است.

این ترتیبات جامع یک تحول فرهنگی بزرگی خواهد بود زیرا که سازماندهی موجود سابقه دار است و به کارمندان اجازه میدهد که بعد از ظهر به شغل دیگری بپردازند.

هرچند ناممکن نیست که شغل خارج از شفاخانه از طرف صبح اجرا شود ولی تقریباً مطمئن است که این تغییر با مقاومت هایی مواجه خواهد شد. ولی نتیجه منتظره از نقطه نظر کیفیت معالجات و تقلیل مصارف صحتی بسیار ارزنده میباشد.

از جانب دیگر کار زیادی در مورد اورگانیزاسیون لازم است تا کیفیت نابرابر خدمات شفاخانه ها و حتی سرویس ها هم آوا شوند (پروتوکول معالجوی، دوسیه مریض و رابطه بین داکتران و پرستاران، جریان تجویز و تداوی و غیره)

این نکته ارزش آنرا دارد که ضمن یک تحقیق جداگانه بعدی از جانب ماهرین مورد مطالعه قرار گیرد. حفظ الصحه و ضد عفونت باید مورد توجه خاصی قرار گیرد.

بنظر اول اماکنی که مشاهده شدند بطور منظم پاک میشوند. بالمقابل این هم واضح است که اصول ابتدایی تصفیه و استعمال مواد را نه کسی میداند و نه کسی آنرا کنترول میکند.

اغلباً باید در اکثر شفاخانه ها بر سازماندهی جریان و پروسس های تعقیم تجدید نظر شود.

اثر نامطلوب نقایص کار درین ساحه حتماً بر خطرات عفونی و بر بلند رفتن مصارف مجموعی برای مریض و برای سیستم صحت افغانستان در مجموع قابل توجه میباشد.

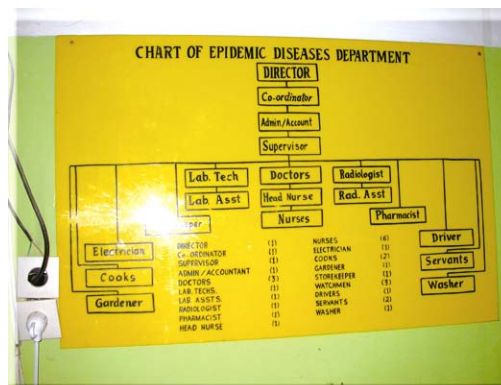
تجدید نظر بر سازماندهی تنها آنگاه ممکن است که قبلاً یک سیاست تعلیمی مناسبی طرح شود.

### 3. 2 << اقدامات اول باید راجع به رؤسای شفاخانه باشد

باید یادآور شد که رؤسای فعلی شفاخانه قبل از همه داکتر هستند.

مشکل خواهد بود که از فعالیت های کلینیکی و تدریسی رؤسای فعلی جلوگیری بعمل آید. کم از کم آنها باید دانش طبی و تخنیک خود را به شرایط روز برابر سازند. ولی در همه حال این فعالیت باید در داخل یک چارچوب و بشکل قراردادی تنظیم شود.

علاوه ازین همه رؤسا یک بینش مبنی بر صحت عامه ندارند و از هیچگونه تعلیمات در رشته اداره و منجمنت برخوردار نشده اند. ایشان اکثر اوقات یک بینش استراتژیک از آنچه باید در داخل شفاخانه اصلاح شود دارند ولی شفاخانه را بحیث



یک سیستم تصور نمیکنند.

برای اینکه سیستم جدید رجعت دهی بکار افتد لازم است که رؤسای شفاخانه اهداف و مکانیزم های تنسيق آنرا بیاموزند.

اصول پیش بینی بودجه و کنترول ابتدایی اداره باید همچنان بخشی از تعلیماتشان باشد.

امروز این وظایف به مدیران اجرایی محول میشوند که آنها نیز صلاحیت های کاری بیشتری ندارند و وسایل لازم در اختیارشان نیست. مدیران اجرایی نیز باید تعلیمات منجمنت را کسب کنند.

این تعلیمات باید مفاهیم اساسی را دربرگیرد (حواله کردن کار به ماتحت و کنترول اجرای آن، سرپرستی از تحولات، میتودهای ارزیابی، کار دستجمعی، تخنیک های مفاهمه و معامله،...)

این تعلیمات باید مناسب شرایط افغانستان باشند و به کاپی کردن مدل های غیر قابل تطبیق اکتفا نکنند.

براه انداختن یک دوره اول این تعلیمات برای چند تن از رؤسای شفاخانه ممکن بنظر میرسد و فرانسه برای اجرای آن حاضر است.

درین دوره اول، توجه معطوف به رؤسای خواهد بود که علاقه زیاد داشته باشند و شفاخانه هایشان از طرف وزارت صحت دارای اولویت شناخته شود.

در درازمدت جالب خواهد بود اگر یک سیستم اداره دوفری در رأس شفاخانه ها تصور شود: یک رئیس عمومی و یک معاون رئیس که در اصول اداره تعلیم یافته، بکار خود وارد باشد و بر پرسونل شفاخانه آمریت واقعی داشته باشد.

### 3. 3 << تربیه کادر های متوسط نیز باید تقویه شود

چنان بنظر نمیرسد که سرپرستاران از تعلیم مشخصی بهره مند باشند در حالیکه آنها در تنظیم، تنسيق و کنترول معالجات نقش اساسی دارند.

باید ترتیباتی گرفته شود که اینها بتوانند تعلیمات کوتاه مدتی (از سه الی شش ماه) کسب نمایند. حتی ایجاد یک موسسه تدریسی برای کادر های معالج نیز میتواند در نظر گرفته شود.

تعلیمات کادرهای اداری نیز لازم خواهد بود. این تعلیمات از یکسو به تخنیک های ساحه کار ارتباط خواهد گرفت و از سوی دیگر به فراگرفتن وسایل کامپیوتری و تخنیک های ساده منجمنت.

### 3. 4 << تعلیمات نرس ها باید مورد ارزیابی تخنیکي قرار گیرد

تحليل محتوای درس های مکاتب نرسنگ افغانستان جزوی از ماموریت این هیأت نبود. باوجود این لازم است که صلاحیت های وظیفه نرس در شفاخانه ولایتی، بالخصوص آنچه به برآه انداختن معالجات تخنیکي، به حفظ الصحه، به آسایش، به روابط انسانی و وقایه ارتباط میگیرد، به دقت مشخص شود.

یک ارزیابی درین ساحه خیلی مفید خواهد بود و اجازه خواهد داد که در صورت لزوم امکانات موجود باهدف کیفیت معالجات در شفاخانه ها سازگار ساخته شود.



### 3. 5 << تقویم اقداماتیکه در کوتاه مدت و میان مدت میتواند عملی گردد

مسائل مربوط به سطح معاش و تعداد کارمندان طبی به یک تقرب اقتصاد عمومی و سیاسی نیازمند است که مدت درازی را دربر خواهد گرفت.

#### 3. 5. 1 - برآه انداختن ارزیابی های تخنیکي

ساحه هایی که باید تحت ارزیابی قرارگیرند تنسيق معالجات و حفظ الصحه و طرز کار عملیاتخانه ها و لابراتوار ها میباشد.

توضیح کامل چگونگی تربیه نرسها مفید خواهد بود.

یک تحلیل عمیق این ساحه ها شرط قبلی برای یک روند بهبود بخشی دوامدار کیفیت معالجات میباشد.

هدف تشکیل یک هیأت ماهرین خواهد بود که متشکل از متخصصین (مدیران معالجات، کادر های مربوط به حفظ الصحه، کادر های عملیاتخانه، بیولوژیست ها و غیره) باشد که بتوانند یک پلان اصلاحی مطابق به شرایط افغانستان را پیشنهاد کنند.

#### 3. 5. 2 - برآه انداختن یک پروگرام قراردادهای توأمیت بین شفاخانه های افغانستان و شفاخانه های فرانسه و کشور های دیگر

توأمیت شفاخانه ها نشان داده است که این امر ممکن میسازد که انکشاف شفاخانه های مورد نظر از همراهی های درازمدت مستفید شود.

درین جا هدف همراهی برآه انداختن یک پروگرام توأمیت خواهد بود که به یک مجموعه دقیق شرایط موافق باشد.

توأمیت فراتر از روابطیکه بین دو ساختار بوجود میآورد باید یک نوع همراهی مادی و مهمتر ازین همراهی در زمینه میتودولوژی (در ساحه های معالجات، حفظ الصحه، حفظ و مراقبت وسایل، منجمنت) و تربینگ را نیز دربر بگیرد.

تعلیمات طبی را میتوان درین چارچوب مطالعه نمود.



توأمیت باید به شکل واضح جزوی از سیاست وزارت صحت باشد و تنها بارسال وسایلی که مفیدیت آن ثابت نشده و امکانات حفظ و مراقبت آن تضمین نباشد محدود نشود.

توأمیت باید در درازمدت در نظر گرفته شود و وابسته باشخاصی نباشد که شفاخانه های مربوطه را اداره میکنند.

### 3. 5. 3 - اتخاذ ترتیبات برای تعلیمات اختصاصی رؤسای شفاخانه

این تعلیمات شاید به شکل واحد های جداگانه تنظیم شوند و یکی پی دیگری بمفاهیم صحت عامه، اداره مالی، بودجه و منجمنت تماس بگیرند. این تعلیمات، تعلیمات کوتاه مدت خواهد بود (یک هفته، هر ماه، در طول یک سال) و در پایان آن دیپلوم تقویض خواهد شد.

این تعلیمات ممکن است سر از سال 2004 آغاز یابند.

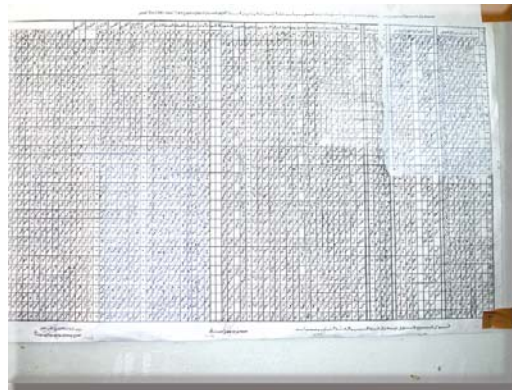
این پروگرام میتواند بر یک تیم چند رشته ای (رؤسای شفاخانه و داکتران) متکی باشد که کار همآهنگی آن بعهده یک رئیس شفاخانه باشد که در تهیه پروگرام سهم گرفته باشد. پروگرام میتواند که بر شفاخانه های توأمی نیز اتکا کند.

گروه اول رؤسا یک جنبه سمبولیک خواهد داشت ولی علوناً ممکن خواهد ساخت که تصامیمی که از طرف وزارت صحت اتخاذ شده بشکل موثر در شفاخانه هایی که برای وزارت ارزش استراتژیکی دارند (خصوصاً در مورد باز گستردن امکانات و فعالیت ها) پیاده گردند.

این پروگرام به مثابه یک لابراتواری خواهد بود که در نتیجه منجر به ایجاد یک آموزشگاه صحت عامه افغانی خواهد شد که اداره کنندگان شفاخانه ها را تربیه نماید و برای رؤسای برحال امکانات تریننگ را فراهم کند.

## 4.1 &lt;&lt; ایجاد یک سیستم معلومات ساده و مؤثر

قبل از همه چیز لازم است مشعر (اندیکاتور) هایی بمیان آید که مشتمل بر مهمترین و اساسی ترین معلومات لازم برای اداره کار شفاخانه باشد. لازم نیست که این اندیکاتور ها کامل و همه جانبه باشند و نه تحلیل های پیچیده ای در کار است. کافیهست که این اندیکاتور ها بر معلوماتی استوار باشند که اطلاع از آن ضروریست.



سیستم صحتی افغانستان خیلی پیچیده است و ممکن نیست بآسانی توصیف شود یا در خدمت اهداف صحتی وزارت صحت بر آن حاکمیت لازم بدست آید.

داخل کردن کامپیوتر ها در همه شفاخانه ها اجازه

خواهد داد که از وسایل کمپیوتری مؤثر و کم مصرف استفاده بعمل آید.

- معلومات ایپیدمیولوژی قسمی میباشد. باوجود اینکه معلومات اساسی درباره وفیات و شیوع امراض در دست است و همه از آن مطلع هستند، سیستم معلومات کامپیوتری که در حال تهیه شدن است در بهبود معلومات کمک خواهد کرد. دست آورد های سازمانهای بین المللی و موسسات غیر دولتی ارزشمند است. پیشرفت های حاصل شده باید اندازه شوند.
- معلومات در باره عرضه معالجات تبت و پاشان است. نزدیک به یکصد موسسه غیر دولتی در ساحه صحت دست بکار هستند. موسسات بزرگ معلومات تثبیت شده ای در باره فعالیت، امکانات و نتایج خویش دارند. این امر متوجه بزرگترین موسسات میباشد.

گزارش های فعالیت هیلت نت انترنشنل Health Net International ، داکتران بی سرحد، داکتران جهان، کمک صحتی بین المللی، کمیته بین المللی صلیب سرخ و چند تایی دیگر که در دست است بر معلومات و منظم میباشد.

معلومات شفاخانه های متعدد، حتی معلومات طبی، بمشکل بدست میآید.

برعلاوه این دیتا ها نا متجانس بود توحید نمیشوند. در حالیکه این امر مربوط است به قسمت اعظم فعالیت های طبی و مبالغی که از جانب پارتنر های بین المللی پرداخته میشوند.

- معلومات در باره عرضه معالجات در افغانستان کم است
  - این معلومات در سکتور شخصی اصلاً وجود ندارد. امکانات موجود در شهر ها زیاد است ولی اطلاعی از آن در دست نیست.
- تعداد داکتران، دواسازان، تجهیزات بشکل تقریبی معلوم میباشد.

معلومات درباره صلاحیت حرفوی و کیفیت در دست نیست. مقدار چشمگیر ادویه در دوافروشی ها بفروش میرسند ولی حتی در باره اینکه دوا هایی که از بعض کشور ها وارد میشود واقعاً چه میباشد نیز شک هایی وجود دارد.

در سکتور دولتی معلومات تا حدی موجود میباشد. پایه های محلی، ولایتی و شهری امکانات بشری و مادی خویش را و قسماً فعالیت خویش را گفته میتوانند. این دیتا ها قابل استفاده نمیشود.

دو «تصویر» ی که از طریق سروی های MSH بدست آمده، داده هایبست که نفع آنرا نباید از دست داد.

یک توصیفنامه مستحکم و ساده امکانات و ساختار ها و یک گزارش متجانس و قابل مقایسه فعالیت را میتوان بمیان آورد.

یادآور میشویم که تعداد کارمندان همه جا به یکسان محاسبه نمیشوند که به این وجه گاهگاه نتایج متناقضی حاصل میشود.

#### 4. 1. 1 - یک گزارش فعالیت نمونه ای در دو بخش

##### 4. 1. 1. 1 - یک بخش مربوط بوسایل، ساختار ها مشتمل بر:

- تعداد کارمندان : داکتر، پرستار و غیر معالج.
- وسایل:
- طبی و تخنیکی.
- لوژیستیک عمومی غیر طبی مانند موتر، آشپزخانه، جنریتز،...
- دواخانه.

##### 4. 1. 1. 2 - یک بخش مربوط به فعالیت سالانه و احتمالاً ماهانه

فعالیت های اجرا شده

- دیتای کمی :
- OPD ، IPD و مدت آن.
- دیتای کیفی:
- عملیات جراحی، تصویرگیری.
- تیپ تخصص.

بسیار مهم است که این گزارش ساده، توحید شده و متجانس باشد و بآسانی کنترل شده بتواند. این بخش فعالیت باید حاوی کار هایی باشد که به شامل شدن شفاخانه در ساختار سیستمی صحت ربط دارد. برای اینکه بتوان یک دید معقولی از سیستم شفاخانه ها داشت موجودیت اندیکاتور ها (مشعر ها) یک ضرورت است. در حال حاضر گزارش های فعالیت شفاخانه ها قابل مقایسه نبوده به هرگونه تعبیراتی منجر شده میتواند. شناسایی که رؤسای شفاخانه و وزارت صحت از موسسات صحتی دارند قسمی و تأیید نا شده میباشد.

##### 4. 1. 1. 3 - ارزیابی فعالیت های سکتور شخصی

آنچه از شفاخانه های سکتور دولتی تقاضا میشود از فعالیت های سرپا و شفاخانه های سکتور شخصی نیز باید خواسته شود. علاوهً عناصر مالیاتی و عناصری که بتوانند کیفیت خدمات را تضمین کند بر آن باید افزود.

برای اینکه بتوان یک سیستم صحی را کم از کم بطور قسمی تحت کنترول آورد لازم است که در باره ساختار ها، مالیات، پرسونل و فعالیت آن معلومات منظمی در دست باشد.

شناسایی اینکه فعلاً وزارت صحت بآن دسترسی دارد و معلوماتیکه میتواند آنرا گرد هم آورده شود اجازه خواهد داد تا مؤثریت سیستم اندازه شود و در صورت ضرورت امکانات، از نو، بسوی دیگری بسیج شوند.

معلومات در دست داشته تقریباً همه مبنی بر گفتار هاست و واقعاً ارزیابی نمیشوند. منبع دیگر



معلومات چند تا سروی میبایست که بعمل آمده.

بنظر ما لازم است که وزارت صحت قابلیت کنترول و واریسی داشته باشد.

این قابلیت هرچند محدود نیز باشد بوزیر تضمین خواهد کرد که معلومات قابل اعتبار در اختیار دارد.

تیم ارزیابی متشکل از تقریباً پانزده عضو، منجمله داکتران، حقوق دانان و اقتصاد دانان، خواهد بود. در مرحله اول، اگر وزارت صحت موافق باشد، این تیم یک تیم مختلط خواهد بود که نمایندگان وزارت و نمایندگان پارترهای خارجی (دور ها و موسسات غیر دولتی) را دربر داشته باشد و بتواند بدینسان دقت میتودولوژیک، ازادی تفتیش و شفافیت نتایج را تضمین نماید. اعضای این واحد دایمی نبوده بشکل یک «کمیسیون ارزیابی» اصلاحات شفاخانه ها تشکیل خواهد شد. کمیسیون مستقیماً بوزیر مربوط خواهد بود نه به ریاست شفاخانه ها.

این امر خیلی مهم است که کمیسیون مستقیماً و محضاً وابسته بوزیر یا دولت باشد.

این نیز اهمیت دارد که این اشخاص نباید در اتخاذ تصمیم سهم گیرند. باینطور از انحرافات و تضاد منافع جلوگیری بعمل خواهد آمد.

تجربه فرانسوی درین ساحه برجسته بوده و قسماً بزودی قابل انتقال میباشد.



شفاخانه برای اینکه وظیفه خود را ایفا نماید مجبوراً وسایل تخنیکي مهم، گرانقیمت، شکن را و مریضانی را که باید در مقابل خطرات عفونی؛ در ارتباط با مداخله جراحی، آندوسکوپی و غیره؛ محفوظ باشند در یک محل جمع میکنند. بخاطر اینکه شفاخانه مؤثر باشد لازم است که در دراز مدت هم بر وسایل تخنیکي و هم بر خطرهای انسانی غالب باشد. این یک چلنج همیشگی میباشد که به بکار انداختن امکانات مالی وسیع و صلاحیت های بشری و تخنیکي به سطح عالی نیاز دارد. این امکانات و صلاحیت ها خیلی نادر و باندازه ناکافی میباشد.



مقصد از پیشنهادات ذیل اینست که به شفاخانه ها اجازه داده شود که با کمک مهارت های وزارت و سازمانهایی که بدورش جمع شده وظیفه خود را با اهداف اساسی سه گانه ذیل ایفا نمایند:

- وزارت نباید در تمویل معالجات صحت اساسی BPHS تقلیل وارد کند.
- توسعه دوامدار ( Sustainable development ) شفاخانه های افغانستان باید تضمین شود.
- انکشاف صلاحیت ( Capacity building ) های محلی در ساختار های مربوطه.

اینکار در دو مرحله صورت خواهد گرفت:

1. حصول حاکمیت بر کار های تخنیکي شفاخانه در ساحه بیومدیکل و حفظ الصحه. این حاکمیت باید اولتر از هر چیز بدست آید.
2. تخصیصات مناسب در مورد وسایل و کارهای مهم تجدید تعمیرات. این کار فقط آنوقت مفهوم دارد که حاکمیت بر تخنیک های موجود و حفظ الصحه تحقق یابد و متخصصانی تربیه شوند که این وسایل را بکار بیاندازند.

درین گزارش ما بیشتر به مرحله اول تماس خواهیم گرفت.

بدهیست که مدت خیلی کوتاه ماموریت ماه می گذشته اجازه نمیداد که پیشنهاد های ما فراتر از خط ها و جهتگیریهای اساسی ای باشد که شفاخانه ها را قادر سازد که بر وظایف اولیه خویش، با در نظر گرفتن اهدافیکه قبلاً ذکر شد، حاکم شوند. ماموریت های بعدی اجازه خواهد داد که نکته های خورد و ریزه و فرعی (مانند مصارف استعمال وسایل) از نزدیک مطالعه شود.

## 6. 1 << اتخاذ یک سیاست ملی دریافت و مراقبت وسایل بیومدیکل

برای اینکه در شرایط دشواریکه در افغانستان حکمفرماست وسایل بیومدیکل به شکل درست اداره شود موجودیت یک سیاست ملی دریافت و مراقبت وسایل لازم میست. این سیاست بدولت اجازه خواهد داد که زیگنال های قوی و هدایات روشن به همه کسانیکه، اعم از افغان و خارجی، در ساحه صحت ذیدخل هستند ارائه نماید که در دراز مدت، فراتر از خریداری، از وسایل تخنیکي به چه سان استفاده شود.

همین جهتگیری بطرز مکاشفه ای در سند Guidelines on Medical Equipment Donations که در ماه جون 2003 از طرف MSH و US Aid برای وزارت صحت پخش شده بود صورت گرفته.

سیاست ملی باید یاد آور شود چه شرايطی اجازه میدهد که از وسایل بطور احسن استفاده شود و اکثر این شرايط باید قبل از خریداری وسایل فراهم شود:

- موجودیت متخصصینی که وسایل را استعمال کرده بتوانند و این وسایل برای وظایف طبی شان که قبلاً وزارت آنرا تصویب کرده ضروری میباشد.
- جابجا کردن وسایل در محلی مناسب (از نگاه مساحت، صفایی و تهویه) دارای سیالات لازمه (برق، گاز، آب) به اندازه کافی (قوه، ولتاژ، حجم و غیره) و کیفیت خوب (عدم نوسان، شدت، فشار ثابت آب،...) اقل در طول دوره روزانه استعمال.
- تربیه مناسب استعمال کنندگان اعم از داکتر و تخنیکر.
- تعبیه بوقت مواد استهلاکی دارای کیفیت خوب (مواد تعاملی، کاپتور ها و غیره) با اکمالات منظم.
- موجودیت پرزه ها و تخنیکرهای با صلاحیت برای ترمیم وسایل.
- کنترول منظم شایستگی وسایل.
- ترینگ استعمال کنندگان اعم از داکتر و تخنیکر.

سیاست باید در مقابل هر خواسته صلاحیت ها و امکانات را برابر نماید.

سیاست بر همه وسایل بیومدیکل تطبیق میشود، اگر این وسایل خریداری شوند و یا بشکل هدیه دریافت شوند.

ما نکته های اساسی ایرا که این سیاست باید توضیح نماید، تا مؤثر باشد، انکشاف میدهم.

#### 6. 1. 1 - اعتراف بر اهمیت نقش وسایل در ماموریت های شفاخانه

تنها راهیکه امکانات استعمال وسایل بیومدیکل چنانچه لازمست مهیا شود این است که سیاست بر نقش اساسی وسایل در ماموریت های شفاخانه اعتراف کند. در غیاب وسایل شفاخانه مرکز صحتی ای بیش نیست. تا آنجاییکه مربوط شفاخانه هاست دولت باید این سکتور را دارای حق اولیت بدارد.

این تعهد لازم حکومت بتعهدی میماند که مسئولین شرکت های خصوصی وقتیکه پلان کیفیت براساس نورم ISO 9000 را براه میاندازند میکنند. نتیجه مستقیم این تعهد کنترولیت که دولت برای تحقق مؤثریت و تقلیل مصرف اجرا میکند.

#### 6. 1. 2 - پیش بینی یک بودجه مکرر برای استعمال وسایل

تجهیزات فقط آنگاه درست کار میکنند که بطور صحیح از آن مراقبت شود و مواد استهلاکی (مواد تعاملی، کاغذ، الکتروود و غیره) برایشان اکمال شود. سیاست باید بودجه لازم برای خریداری مواد استهلاکی و پرزه جات را پیشبینی کند. این بودجه میتواند از چند منبع تامین شود:

- بودجه دولت بشمول تمویل بوسیله دونه های دوجانبه و چند جانبه.
- ان.جی.او ها.
- عواید شخصی استعمال کنندگان.

کود های محاسبوی اختصاصی برای مصارف اکمالات و استعمال وسایل بیومدیکل باید ایجاد شود. چون بودجه دولت نا استوار است امروز لازمست که در مورد این بودجه مکرر با دونه های وسایل صحبت شود.

#### 6. 1. 2. 1 - در نظر گرفتن مبالغ کافی

در کشورهای تولید کننده مراقبت در مقابل همه گونه رسک ها را از 5% تا 15% قیمت اولی آن ارزیابی میکنند: 5% برای وسایلی که دارای الکترونیک ساده هستند و 15% برای وسایل پیچیده مانند آلات التراسوند های نوساخته که اجزای الکترونیکی مغلق و سریع دارند.

اگرچه در افغانستان قیمت ساعت کار تخنیکران نسبت بکشورهای تولید کننده کمتر است ولی مصارف اکمال پرزه جات (ترانسپورت، گمرک و غیره) بلند تر است. ازینجاست که به مشکل میتوان این بودجه را کمتر از آن فرض کرد که



قبلاً ذکر شد.

این میالغ باید از طرف استعمال کنندگان تصدیق شوند و به صورت حتمی در وقت خرید وسایل و برای مدت استعمال این وسایل درج بودجه شود. یک صورت حال تجهیزات باید وقتاً فوقتاً باطلاع وزارت رسانیده شود.

#### 6. 1. 2. 2- قبول شدن اهدای وسایل باید مشروط به تهیه مصارف استعمال باشد

در مورد هدایا رغبت باین زیاد است که در مقابل فند های موجود مقدار بیشتر وسایل بدست آید. برای بدست آوردن این مقدار وسایل دریافت کنندگان وسوسه دارند که امکانات بکار انداختن وسایل را بیش از واقعیت وانمود کنند. این عمل یا ناشی ازین است که دریافت کننده شرایط استعمال را بخوبی درک نکرده و یا اینکه اگر دونه بآن اشاره نماید عمداً بچنین کاری توسل میورزد.

سیاست ملی تصریح میکند که همه اهدا های وسایل به مقامات وزارت ابلاغ شده و حتماً مواد آتیرا به همراه خواهد داشت:

- یک بخش حفظ و مراقبت یا به شکل تمویل حد اقل سه ساله مراقبت (بر حسب کیفیت تکنولوژی این مبلغ اقل 15% الی 40% قیمت اولی میباشد) و یا به شکل تامین تعاون همه جانبه برای مدت سه سال.
- یک بخش تعبیه مواد استهلاکی برای مدت اقل سه سال الا اینکه مریضان مصارف را بعهده بگیرند.
- یک بخش تربیه داکتران اگر استعمال وسایل تخنیکی طرزکارشان را تغییر دهد و استعمال کنندگانیکه قبلاً از چنین وسایل کار نگرفته باشند.

اگر میالغ مد نظر از یک حد معین (تقریباً 10000 یورو) تجاوز کند دوسیه ای مشتمل بر نوعیت اهدا و اهمیت بخش های همراهی برای تصویب به وزارت ارائه میشود.

در شرایط دشوار افغانستان در نظر گرفتن یک دوره استعمال وسایل تا پنج یا ده سال منطقی بنظر میرسد. عادتاً این دوره بنظر دونه بیش از حد طویل جلوه میکند چه آنها یا فند کافی ندارند و یا از روی اصول چنین میاندیشند. وزارت باید دونه ها را تشویق کند که مساعدت خود را برای همه این مدت پنج تا ده سال تمدید نمایند. اگر چنین نباشد سیاست باید وزارت را وادار سازد که بودجه استعمال وسایل را پیشبینی کند و در صورت ضرورت حتی امکانات مالی ذاتی خویش را بکار اندازد.



در شرایط حاضر، بخاطر اینکه تمویل مجموعه خدمات صحت اساسی مواجه بخطر نشود وزارت باید بکوشد که تمویل استعمال وسایل را از طریق کمک های بین المللی تامین نماید.

قرارداد های مشخصی مبنی بر معاف کردن توريد وسایل تخنیکی و مواد استهلاکی و پرزه جات آن از مصارف گمرکی باید در نظر گرفته شود.

#### 6. 1. 2. 3- عواید مختص نهاد های استعمال کننده باید توسعه یابد

شفاخانه باید تدریجاً در اداره وسایل تخنیکی خویش خودکفا گردد. برای نیل باین مقصد شفاخانه باید بتواند که:

- باستهلاك سرمایه وسایل تخنیکی بشمول وسایل مساعدتی توسل جوید تا بتواند آنرا بدون کمک وزارت تجدید نماید. دوره استهلاك سرمایه باید بر اساس کیفیت تکنولوژی بین پنج تا ده سال باشد. این دوره باید با در نظر داشت شرایط خاص افغانستان بصورت دقیق تعیین شود.
- عواید ذاتی کافی داشته باشد که بتواند مواد استهلاکی (بشمول سیالات) را خریداری نموده مراقبت وسایل را تامین نماید. این عواید از طریق سهمگیری مراجعین چنانچه بیشتر پیشنهاد شد تامین میشود.

### 6. 1. 3 - بمیان آوردن لوژیستیک بیومدیکل مناسب

#### 6. 1. 3. 1 - ایجاد و انکشاف یک گروه متخصصان بیومدیکل

حاکمیت بر دریافت و استعمال تجهیزات در شرایط مالی محدود مانند افغانستان ایجاب میکند که صلاحیت های افغانی چه در زمینه خریداری تجهیزات و مواد استهلاکی و چه در زمینه مراقبت از وسایل به سطح وزارت و به سطح شفاخانه ها انکشاف یابد. این صلاحیت ها باید اقلاً دو درجه داشته باشند:

- در درجه اول، انجیران بیومدیکل که تعبیه وسایل و مواد استهلاکی و مراقبت وسایل را بعهده بگیرند. در شفاخانه این انجیران با هم مسلکان غیر اداری خویش در مورد جابجا کردن وسایل و با داکتران در مورد تربیه استعمال کنندگان دست در دست کار میکنند.

در وزارت اینها وظیفه مشوره و مباحثه با دوترا ها را بعهده میگیرند تا کمک ها با سیاست ملی تجهیزات بیومدیکل سازگار باشند. ایشان همچنان به هم مسلکان خود در شفاخانه مشوره میدهند، بودجه حفظ و مراقبت را تهیه میکنند. این انجیران مربوط به ریاست تجهیزات و کیفیت بوده همانسانیکه دواسازان ادویه شفاخانه ها را اداره میکنند اینها وسایل را در چارچوب مدیریت وسایل بیومدیکل اداره میکنند. مدیر بیومدیکل یک انجیر بیومدیکل میباشد.

در شفاخانه ها خرید وسایل و مواد استهلاکی و حفظ و مراقبت وسایل وظیفه این انجیران میباشد. این انجیران باید در خارج تربیه شوند.

- در درجه دوم تخنیکران بیومدیکل که ترمیم وسایل و مراقبت و قایوی را بعهده دارند. زمانیکه شرایط کار روبه خرابی باشد اینها در رابطه نزدیک با همکاران برقی، نلدوان و غیره خویش کار میکنند.

تخنیکران را میتوان در افغانستان تربیه نمود. تعدادشان باید باندازه کافی باشد که بتواند ضرورت سکتور شخصی را نیز رفع کند.

سیاست ملی باید برای این پرسونل دو تدبیر ذیل را اتخاذ نماید:

- ایجاد یک موقف رسمی شناخته شده از طرف وزارت و یک مقامیکه در سلسله مراتب این ها را در قطار داکتران و تخنیکران شامل سازد. این موقف رسمی صلاحیت های کاری لازم را انگشت نما خواهد کرد.
- یک جدول معاشات (ارتباط معاش و رتبه) که تا حد امکان با سکتور شخصی رقابت نماید و بدینسان از جلب این کارمندان توسط سکتور شخصی جلوگیری بعمل آید. لازم است که وزارت از خود صلاحیت هایی داشته باشد و مجبور نشود که به خدمت پر مصرف تر مشاورین توسل ورزد.

#### 6. 1. 3. 2 - تفکیک پوست های مستلزم صلاحیت های تخنیکی و پوست های سیاسی

از انجا که سربراه کردن تجهیزات بیومدیکل به دانش عملی خوب در مورد وسایل ضرورت دارد و ایجاب تواتر زمانی میکند حتمیست که مسئولین شعبات بیومدیکل (اگر در وزارت باشند یا در شفاخانه) کسانی باشند که صلاحیت کاری شان در ساحه بیومدیکل شناخته شده باشد. این پوست ها نباید تابع حوادث سیاسی باشند.

این مسئولین باید سیاست دولت را پیاده کنند و تقرر انجیران و تخنیکران از صلاحیتهای شان میباشد. تقرر اینگونه کار مندان بواسطه کسانیکه موقف سیاسی دارند محال است.

#### 6. 1. 3. 3 - یک موقف اداری مناسب برای موثریت اعظمی

انجیر ها و تخنیکران بیومدیکل که در شفاخانه کار میکنند مستقیماً وابسته به رئیس شفاخانه میباشد. این یک موقف استراتژیکیست سازگار با اهمیت وسایل بیومدیکل تا شفاخانه بدرستی از عهده کار خود برآید.

- در شفاخانه ها انجیر ها و تخنیکران مستقیماً تحت امر رئیس میباشد
- در وزارت انجیران بیومدیکل مربوط ریاست تجهیزات و کیفیت میباشد
- پوست های دارای مسئولیت تخنیکی از پوست های سیاسی بوضاحت تفکیک میشوند

#### 6. 1. 4 - تعبیه و استعمال تجهیزات بیومدیکال باید در داخل یک چارچوب مشخص باشد

#### 6. 1. 4. 1 - تهیه لیست مقتضیات اقلی که تعبیه کنندگان وسایل بیومدیکال از روی آن عمل کنند

تضمین مهیا بودن همیشگی وسایل ایجاب میکند که تعبیه کنندگان قادر باشند که در هر زمان و هر شرایطی مواد مورد ضرورت را باستعمال کنندگان در طول یک مدت کافی، از هر جا که باشد فراهم کنند.

برای اینکه یک شرکت افغانی یا خارجی اجازه یابد که در افغانستان وسایل بیومدیکال توزیع نماید باید به یک‌باره از شرایطی که قبلاً تعیین شده موافق باشد. شرکت ها تنها مدل های مشخصی را میتوانند در افغانستان (به داکتران شخصی یا به شفاخانه ها) بفروش برسانند، آنهم بر اساس یک دوسیه ای که ضمن آن تصریح شده باشد که کمپنی تولید کننده:

- به شرکت وارد کننده اجازه میدهد که مدل های مشخص را در افغانستان توزیع کند.
- بر اساس اهمیت تکنولوژیک وسایل، تربیه تخنیکران را تا درجه چهارم مراقبت تضمین میکند یا چنین کاری را قبلاً انجام داده. این تخنیکران میتوانند مربوط موسسه استعمال کننده یا شرکت توزیع کننده باشند و یا هم در یک کشور مجاور افغانستان قرار داشته باشند تا بر اساس قرارداد های امضا شده درین کشور کار کنند.
- توزیع مواد لازم برای استعمال وسایل (مواد استهلاکی، پرزه جات) را تضمین کند.



اگر شرکت توزیع کننده ازین شرایط بشکل چشمگیری تخلف ورزد این امر باعث الغای لایسنس توزیع خواهد شد.

#### 6. 1. 4. 2 - تحدید منجمنت پروژه هاییکه منتج به تدارک وسایل بیومدیکال میشوند ، بخصوص پروژه هاییکه با همکاری دونهای بزرگ بر اه انداخته میشوند

هر پروژه تدارک وسایل بیومدیکال بشمول پروژه هاییکه بهمکاری دونهای بزرگ بین المللی (بانک جهانی، اتحادیه اروپایی، بانکهای انکشافی و غیره) و بخصوص دونهای دوجانبه ای که در قسمت تدارک وسایل سابقه دارند (جاپان) باید حتماً از طرف گروه های تخنیکی تهیه شوند تا بتوان همه شرایط استعمال این وسایل را در نظر گرفت. سیاست ملی طرق مذاکره و معامله چنین پروژه ها را تعیین میکند. گروه های تخنیکی باید متشکل باشند از:

- ماهرین ساختمانی ملکی برای تعمیرات جدید ، اعمار مجدد و سیالات مورد ضرورت
- ماهرین طبی و نرسنگ تا ضرورت های طبی و مهارت های استعمال کنندگان بشکل دقیق ترسیم شوند ؛ قوت کار وسایل و تریننگ های لازم (داکتران و پرسونل طبی تخنیکی) برای استفاده از آن مشخص شوند
- ماهرین بیومدیکال که مشخصات تخنیکی وسایل را تصریح کنند، مجموعه شرایط را بنویسند، مراقبت را تنسيق نمایند (پرزه جات و افراد) و تدارک مواد استهلاکی را بر اه اندازند
- ماهرین اقتصادیات که سرمایه ها را به بهترین شکل با ضرورت ها مطابقت دهند.

اشخاصی دارای صلاحیت های تخنیکی برای تعقیب اجرای پروژه ها موظف میشوند. تخنیکران برای حفظ و مراقبت وسایل مقرر میشوند. این تخنیکران در صورت ضرورت از تعلیمات لازم مستفید میشوند و اگر پروژه آنها را کاملاً مصروف نگهدارد به کدام پروژه دیگری انتساب نمیشوند. پروژه ها به مقامات دولتی بمنظور تصویب پیش میشوند.



### الف - تصریح پروسیجرها

همانند پروژه های تدارک وسایل که بکمک دونه های بین المللی براه می افتند، خریداری و اهدای وسایل باید از جانب گروه های ماهرین تخنیکي مطالعه شوند تا در مورد کیفیت سامان های پیشنهاد شده در قبال ضرورت های طبی و مطمئن بودن تخنیکي آن قضاوت کنند، ضرورت های تعمیراتی، موجودیت مواد استهلاکی و پژه ها را ارزیابی کنند، تعلیمات طبی و تخنیکي لازم را براه اندازند، امکانات موجود تمویل و مصارف استعمال وسایل را تشخیص کنند.

داوطلبی ها بر اساس اصول خریداری دولت افغانستان یا بر اساس شرایط دونه ها ثبت میشوند. تنها تدارک کنندگان دارای اجازه، حق داوطلبی خواهند داشت.

تجویزات گروه های تخنیکي به مسئولین خریداری برای منظوری و تصمیم ارائه میشود.

سیاست باید یک مبلغ را مشخص نماید که بالاتر از آن اجازه وزارت لازم خواهد بود تا بتوان موافقت خریداری را با اهداف سیاست صهی وزارت ارزیابی نمود و دریافت که مصارف استعمال با بودجه موسسه دریافت کننده سازگار میباشد.

### ب - سیاست تسلط بر مجموعه وسایل بیومدیکل

اینکه بعلت کمبود امکانات اقتصادی و قلت پرسونل تربیت یافته ممکن نیست که شفاخانه های دولتی با تجهیزات سطح عالی تکنولوژی مانند اسکنر ها، RIM، کامره های طب هستوی، وسایل تسریع رادیوترابی و غیره مجهز شوند دلیل آن شده نمیتواند که به سرمایه داران خصوصی اجازه داده شود هر چه خواسته باشند بخرند در حالیکه اثرات ناگوار این خریداری ها بر اقتصاد صهی کشور معلوم است.

سیاست ملی باید بکار انداختن وسایل تخنیکي پیشرفته را در سکتور شخصی کنترل کند تا:

- عرضه را به تقاضای معاینات و معالجات اشخاصی تطابق دهد که نه تنها امکان پرداخت مصارف معاینه را دارا باشند مگر علاوه ازین بتوانند مصارف معالجات را نیز بپردازند که در نتیجه تشخیص ضروری جلوه میکنند.
- آماده ساختن شفاخانه ها به ورود اینگونه وسایل در آینده و تربیه متخصصین شفاخانه های دولتی تا زمانی که که امکانات این شفاخانه ها اجازه نمیدهد که چنین تعلیمات را براه اندازد. متخصصین شفاخانه های دولتی باید بتوانند برای چند مریض منتخب از وسایل سکتور شخصی استفاده کنند.



برای اینکار سیاست ملی باید اجازه بدهد که قرار داد هایی بین وزارت و سرمایه گذاران خصوصی عقد شود که بر اساس آن وزارت بتواند مهارت کارمندان خود را بیشتر سازد و خود را برای عرضه خدمات اساسی ای آماده سازد که مردم بآن ضرورت دارند ولی در مرحله اول بشکل خیلی محدودی در دسترس خواهند بود.

سیاست باید همچنان پروسیجرهایی را پیشبینی نماید که ارزیابی ضرورت های افغانستان در ارتباط با تکنولوژی های مغلق با در نظر داشت منافع صحت عامه و اولویت های صهی وزارت بواسطه کمیته های ماهرین ممکن باشد تا شرایط اجازه توريد چنین وسایل تعیین شوند.

وسایلی که باید موقوف با اجازه قبلی باشد عمدتاً عبارتند از:

- وسایل گراندیه مستلزم مهارت هایی که عادتاً در افغانستان موجود نیستند مانند کامره های طب هستوی، اکسیلیتر های رادیوترابی، اسکنر و MRI.

- وسایلی که به زیربناهای مهمی ضرورت دارند تا مؤثر باشند چنانچه جنریتر های دیالیز به تصفیه آب ضرورت دارد که باید از نزدیک تحت مراقبت باشد.

#### 6. 1. 5 - سیاست کیفیت و منجمت ریسک

کنترول وسایل رادیولوژی لازمست تا که :

- از انتشار غیر مسئولانه اشعه در ماحول و اصابت آن به مریضان و پرسونل، در نتیجه نصب وحشی و بدون اتخاذ تدابیر لازم چنین وسایل، جلوگیری شود
- از اینکه وسایل دارای کیفیت کافی بوده توسط پرسونل ماهر مورد استفاده قرار گیرد نظارت بعمل آید و بدین سان باوری شود که نتایج ارزش تشخیصی دارند و مصرف را مریضان متحمل میشوند بجاست.

کنترول لابراتوار ها همچنان ضروریست چه یک اشتباه تحلیل منتج به مصارف بیجا و حتی بدتر شدن وضعیت صحتی مریضان و سوء تدای می گردد.

اعمال تخصص هائیکه خطرات انتانی در پی دارند مانند آندوسکوپي و عملیات جراحی باید جداً تحت نظارت باشد تا خطر محدود گردد. مؤثریت اوتوکلاو ها در تعقیم باید ثابت شده بتواند.

این تخصصات باید بر یک سیستم اطلاع قبلی عیار شوند.

سیاست ملی حفظ و مراقبت وسایل باید اصول منجمت ریسک (اشعه ایکس، نشتر جراحی، تعقیم، آندوسکوپي و غیره) را بیان کند و همچنان یک سیاست تامین کیفیت را براه اندازد. سیاست ملی باید امکانات مالی این کار را پیشبینی کند تا بشکل واقعی و بواسطه پرسونل با صلاحیت اجرا شود. یک قسمت عمده تمویل باید از راه پرداخت اجوره به ساختار های تقنیش از طرف سکتور شخصی تامین شود.

اگرچه براه انداختن کنترول کیفیت لابراتوار ها فعلاً متصور نیست با وجود آن هر گاهیکه وسایل اتوماتیک بکار میافتند کنترول کیفیت باید از جمله اهداف باشد.

در چارچوب سیاست تسلط بر تعبیه وسایل بیومدیکل، مدیریت وسایل بیومدیکل وزارت مؤظف پیاده ساختن این سیاست در سکتور شخصی و دولتی خواهد بود، بالخصوص تا جاییکه باستعمال وسایل رادیولوژی و لابراتوار ارتباط میگیرد. پیاده ساختن این سیاست باید براساس مقررات دقیقی باشد که در آینده وضع خواهد شد. این وظیفه را میتوان به سرویس های مرکزی لابراتوار و رادیولوژی محول نمود.

#### 6. 1. 6 - ساده ساختن پروسیجر های گمرکی

سیاست ملی باید همچنان روابط دقیقی با گمرک برقرار نماید تا طرز العمل های مختص برای این سکتور دارای اولویت بمیان آید، مدت اعظمی برای خروج اموال از گمرک تعیین گردد و دقت کامل در حمل و نقل مواد استهلاکی ایکه باید در یخچالها حفظ شوند (مواد تعاملی لابراتوار) بخرچ داده شود. تجربه کشور های دیگر نشان داده که اینگونه موافقات بیشتر از آنچه تصور می رود مهم است و اکثراً بآن توجه شایان نمیشود.

### 6. 2. << پیاده کردن هرچه زودتر بخش های استراتژیکی سیاست ملی

#### 6. 2. 1 - تقویه وضعیت کنونی در پسمنظر انکشاف دوامدار سیستم رجعت دهی

##### 6. 2. 1. 1 - تقویه وضعیت مالی

وضعیت کنونی بمشکل اجازه میدهد که اولویت های وزارت صحت که عبارتند از خدمات صحت اولیه براه انداخته شود. باز هم شفاخانه ها باید تمویل مصارف مختلف مربوط به وسایل حفظ الصحه شفاخانه ها را مطمئن سازند:

- بدست آوردن و مراقبت وسایل بیومدیکل و زیربناهای لوژیستیکی.
- تعبیه مواد استهلاکی لازم برای این وسایل و برای فعالیت های طبی تخنیکي عملیاتخانه ها.
- تعبیه ادویه.
- توسعه و نگهداری حفظ الصحه شفاخانه ها.



برای نیل باین اهداف باید وزارت از همین اکنون مسائل آتی را در نظر بگیرد:

- تخصیص دقیق و دوامدار یک بخش بودجه اساسی باین مصارف.
- سهمگیری مریضان چنانچه پیشتر توضیح شد. در نتیجه این سهمگیری مریضان خود را در امور شفاخانه دبدخل و مشکل پسند احساس خواهند کرد. وزارت باید سطح این سهمیه را تعیین نماید. مریضان بی بضاعت از زکات و دیگر امکانات کمک با مستضعفین مستفید باید شد.
- سهمگیری موسسات غیر دولتی افغانی و خارجی. ان.جی.او ها بآسانی در مورد تعبیه مواد استهلاکی طبی ( ادویه و لوازم مختلف مورد استعمال عادی) مشارکت میورزند. تعهد ان.جی.او ها باید درازمدت را مرجح بدانند هرچند این امر باعث تقلیل حجم فعالیتشان شود.

وزارت میتواند روند های مختلفی را در قبال این ان.جی.او ها اختیار نماید:

تشویق اهدای ادویه که از جانب ریاست کیفیت و تجهیزات اداره خواهد شد

تشویق مساعدت های نقدی که بمهارت ریاست در ساحه خریداری خواهد افزود.

کار ان.جی.او ها و شفاخانه های توأمی نیز میتواند در تعبیه تسهیلات لوژیستیکی که به خود کفایه گی شفاخانه ها کمک میکند مثمر ثابت میشود: تهیه متداوم آب بواسطه یک مخزن داخلی، تعبیه جنراتور های برقی که سرویس های طبی تخنیکی را در طول ساعات کار شفاخانه برق بدهد، نصب کارگاه های تولید اکسیجن و غیره. انتخاب اینگونه پروژه ها باید تشویق شود.

پارتنرها و ادار باید شد که تجهیزات را با تضمین چند ساله استعمال و حفظ و مراقبت بدهند.

**دوئر های بین المللی:** تنها دوئر های بین المللی میتوانند که تمویل مجموعه وسایل موجود را بعهده بگیرند. از آنهایکه تجهیزات را میدهند باید اولتر از همه خواستار شد که منابعی را که مواد استهلاکی وپرز ه جات از آن بدست آمده میتواند بوزارت آشکار سازند. چون این دوئر ها ماهیت و قیمت اولی تجهیزات را میدانند قادر هستند که مصارف استعمال و مراقبت آنرا نیز ارزیابی کنند.

عده ای از وسایل از همین حالا نصب شده اند. بسیار مهم است که خیلی زود تدابیر لازم گرفته شود تا این وسایل تخریب نگردند.

مطالعه و براه انداختن توحید مالی را «گروپ کاری اداره شفاخانه ها» بعهده خواهد گرفت. درین گروپ

ریاست معالجه وزارت، دوئر های عمده و ان.جی.او هایی که در ساحه صحت فعالیت میکنند، دور «خدمات صحتی ثانوی، سومی و تشخیصی»، گردهم آمده اند. این گروپ میتواند یکنفر مشاور را بوزارت بفرستد تا پرسونل وزارت را در باره اداره تجهیزات و مواد تعلیمات دهد و آنها را به مسئله مقتضیات شفاخانه ها آشنا سازد. این میتواند یکی از نقش های مشاور فرانسوی سیاست شفاخانه ها که بنزد وزارت صحت کار خواهد کرد باشد. مشاور از هر جاییکه باشد این وظیفه ایجاب میکند که حد اقل تا رسیدن اولین انجینیر های بیومدیکل افغان بطور متداوم و همه روز بهمین سمت کار کند.



بعد ازین مساعدت های وسایل باید همه حاوی یک بخش تعبیه مواد استهلاکی و براه انداختن تعلیمات و مراقبت لازم باشد.

در اخیر باید یاد آور شویم که سامان جراحی باید همانند بقیه وسایل بیومدیکل تلقی شوند زیرا که سامان نیز به حفظ و مراقبت ضرورت دارد.

## 6. 2. 1. 2- جهت دادن قسمتی از اهدای وسایل

چنانچه در ملاحظات خویش بر وسایل موجود خاطر نشان کردیم شفا خانه ها به قلت چند نوع وسایل و مواد استهلاکی مواجه هستند:

- مونیتور های مراقبت زیگنال های فیزیولوژیک مریضان در عملیاتخانه ها و در سرویس های تداوی جدی.
- الکتروکاردیوگراف
- وسایط ساده تحلیل لابر اتواری (و مواد استهلاکی آن) برای آماده ساختن مریضان برای عملیات و تعقیب مریضان عملیات شده یا تحت تداوی جدی
- گازهای هلوجن و چونه قلبیایی برای استعمال آلات تنفس مصنوعی که در عده ای از عملیاتخانه ها موجود هستند.

این هم بسیار ممکن است که سامان جراحی شفاخانه ها نیز کافی نباشد و لازم شود که درین ساحه نیز اقداماتی بعمل آید.

وزارت باید دونه را تشویق کند که این چنین وسایل را تحت شرایطی که قبلاً توضیح شد به شفاخانه ها کمک کنند.

#### 6. 2. 2. استعمال بهتر وسایل

##### 6. 2. 2. 1- گسترش دوران استعمال

وزارت باید کوشش کند که دوره استعمال وسایل در سرویس های طبی تخنیک (رادیو لوژی، عملیاتخانه، لابر اتوار، تعقیب وسایل) در طول دوره یک روز گسترده تر شود یعنی از وسایل هم از طرف صبح و هم بعد از ظهر استفاده بعمل آید تا تعداد لازم وسایل و افراد برای اجرای وظایف محدود گردد. بطور مثال اگر جراحان همه در یک زمان دو یا سه تن در یک اطاق عملیات کنند همه وسایل جراحی باید برای دو سه ساعتی به تعداد متناسبی موجود باشد درحالیکه در بقیه روز از آن استفاده نمیشود. این گسترش مستلزم تغییرات مهم در طرز کار میباشد ولی برای اینکه شفاخانه بتواند مصارف خویش را به یک سطح معقولی نگه دارد این یک امر لازم نیست.

##### 6. 2. 2. 2- تربیه داکتران سرپرست

امکانات تخنیک وزارت محدود است و مردم نیز باید عواید محدود را صرف خدمات صحی نمایند. درینصورت برفع وزارت خواهد بود که داکتران رجعت دهنده تربیه شوند تا موارد استعمال تخنیک های مختلف را بشناسانند و ازینکار جلوگیری نمایند که معاینات بیجا تجویز گردد چه اینگونه تجویز ها اکثرأ باعث ازدحام غیر لازم سرویس های تخنیک میگردند. این عمل میتواند به کمک همکاری بین المللی اجرا شود.

##### 6. 2. 2. 3- توصیه محدود ساختن مدل های مختلف تجهیزات

باوجود اینکه وزارت باید رقابت تجارتی آزاد را قبول کند باز هم باید امکانات محدود استعمال وسایل را باخطر داشته باشد و هرگاه وسایل نوی بدست میآورد کوشش کند که تعداد مدل های مختلف آن محدود بماند. خوشبختانه تا کنون مساعدت کنندگان این موضوع را در نظر گرفته اند که در نتیجه استعمال و مراقبت وسایل و تعبیه اکمالات آسانتر صورت میپذیرد. این سیاست باید دوام کند و اگر ممکن باشد حیثیت رسمی پیدا کند.

##### 6. 2. 3- انکشاف قابلیت های لازم برای شفاخانه ها

##### 6. 2. 3. 1- تربیه تخنیکران و ایجاد کارگاه های حفظ و مراقبت

چونکه در افغانستان تخنیکران بیومدیکل تربیه نشده اند وزارت باید با دونه ها مذاکراتی بعمل آورد که حفظ و مراقبت وسایل با تربیه تخنیکران محلی همراه باشد تا بتوانند در چند سال آینده مراقبت وسایل را بعهده بگیرند.

این تعلیمات را میتوان به سازمان های معروف و با تجربه ای چون GTZ جرمنی باجاره داد. تعداد تخنیکرانیکه تربیه میشوند باید طوری تعیین شود که به همه ضروریات اعم از ضروریات شفاخانه ها و سکتور شخصی در کابل و ولایات جواب گفته بتواند. هدف از این تدبیر اینست که در آینده قلت کارمندان ماهر رخ ندهد و سکتور شخصی تخنیکران را که به مصرف وزارت تربیه میشوند به تعداد زیاد جذب ننماید.

برای هر صد پایه وسایل عمده (آلات تنفس مصنوعی، مونیتور ها و غیره) یک نفر تخنیکر باید پیش بینی شود ولی در هر ولایت باید یک نفر تخنیکر موجود باشد.

پروگرام تدریسی میتواند:

- یا بشکل متداوم در ظرف دوسال صورت گیرد. تخنیکران کارهای عملی را در یک کارگاهیکه در یکی از شفاخانه های کابل قرار داشته باشد اجرا خواهند کرد.
- یا به شکل متناوب که بعد از یک دوره تعلیمات نظری چند ماهه در آموزشگاه محصلین به شفاخانه های مختلف کابل و ولایات فرستاده میشوند تا در کارگاه های مربوط کار عملی اجرا نمایند. وقتاً فوقتاً استادان محصلین را در داخل کارگاه همراهی خواهند کرد. کارگاه ها با اسباب لازم مجهز میباشند.

راه حل دومی مؤثر تر است چه تخنیکران زود تر به کار عملی اقدام میورزند هرچند تعلیمات نظری شان کامل نمیباشند. باید برای هر تخنیکر یک بکسه سامان آلات (1000 یورو) و برای هر کارگاه چند وسیله اندازه گیری (از 5000 تا 10000 یورو) در نظر گرفته شود.

#### 6. 2. 3. 2- تربیه انجینیران بیومدیکل

اگر وزارت قادر شود که یکعهده تخنیکران خوب در ساحه الکترونیک استخدام نماید فرستادنشان به خارج برای اینکه تعلیمات انجیری بیومدیکل حاصل کنند منفعت بخش خواهد بود.

این پروگرام باید بکمک همکاریهای بین المللی موجود درکابل عملی شود و در مرحله اول از سه تا پنج نفر انجینیر را در بر بگیرد.

انجینیران تربیه شده در اول در مدیریت وسایل بیومدیکل (که باید ایجاد شود)، ریاست تجهیزات و کیفیت وزارت صحت گماشته باید شد. درین مقام آنها میتوانند در گروپ های تخنیکی ایکه بررسی پروژه های مساعدت وسایل تخنیکی و کنترول انکشاف وسایل بیومدیکل را بشمول سکتور شخصی بعهده دارند سهم بگیرند.

در مرحله دوم پنج تن انجینیر برای شفاخانه های کابل کفایت خواهد کرد (یک انجینیر میتواند در چند شفاخانه کار کند). بعداً باید بهمین تعداد انجینیران بیومدیکل برای ولایات نیز بزودی در نظر گرفته شوند.

#### 6. 2. 3. 3- تعلیمات و اقدامات مشخص دیگر

با تربیه استعمال کنندگان وسایل تخنیکی بهبودی مشهودی در کار شفاخانه ها بوجود میآید. این تعلیمات یا جنبه طبی میداشته باشند و یا بیشتر تخنیکی مانند:

- تخنیکران رادیولوژی برای شستن فلم.
- استعمال کنندگان اتوکلاو های تعقیم که کیفیت کارشان برای محدود ساختن عفونت های نوسوکومیال خصوصاً در عملیاتخانه اهمیت اساسی دارد.

این تعلیمات که در مورد آن با موسسات بین المللی تفاهم بعمل خواهد آمد از طرف وزارت ایجاب مخارج نمیکند.

وسایل کهنه غیر فعال باید از اتاق هاییکه مریضان در آن پذیرفته میشوند برداشته شوند. این وسایل در کار وسایل جدید اخلاص ایجاد میکنند و قطعاً برای حفظ الصحه مفید واقع نمیشوند. بدور اناختن آن اگر لازم شمرده شود باید بااطلاع وزارت رسانیده شود.



#### 6. 2. 4 - انکشاف سکتور شخصی طبی تخنیکي باید همراهی شود

چنانچه دیده شد، سکتور شخصی حاضر است که بزودی وسیعاً خریداری وسایل تخنیکي بپردازد. برای جلوگیری از انارشی درین ساحه لازم است که وزارت در مورد خرید، استعمال و مهارت استعمال کنندگان این وسایل مقرراتی وضع نماید.

این مقررات باید عمدتاً راجع به سکتور های خطر انگیز باشد:

- رادیولوژی.
- لابراتوار ها.
- عملیاتخانه ها.
- آندوسکوپی.
- تعقیم.

این مقررات باید ساده و در شرایط افغانستان قابل تطبیق باشند. مسئولیت آن بعهده ریاست تجهیزات و کیفیت است و در مورد رادیولوژی و لابراتوار به سرویس های مرکزی مربوطه حواله میشود.

سیستم اطلاع قبلی که قبلاً یاد آوری شد در قسمت کنترل تطبیق مقررات مفید میباشد.

#### 6. 2. 5 - تکنولوژی های عادی از طریق تبدیل نورمال و ترمیم در ورکشاپ های تخصصی اداره میشود

عده ای از وسایل مانند اوپتیک نرم (که در آندوسکوپی بکار میرود)، اوپتیک سخت (که در سلوسکوپی استعمال میشود)، لید های التراسوند تنها در ورکشاپ های خاص موسسه تولید کننده ترمیم میشود. آنهم اگر موسسه تولید کننده بخواهد که ترمیمشان کند! در حالیکه این وسایل خیلی کار آمد میباشد. یک روند عام اینست که اینگونه آلات را در مقابل قسمتی (بس بزرگ) از قیمت خرید آن بآله جدید عوض میکنند. این وسایل خیلی گرانها و شکنن میباشد و وسایل عصری تر گرانها تر و شکنن تر هستند.

ورود این وسایل در شفاخانه های دولتی افغانستان باید با احتیاط زیاد و در نتیجه ارزیابی دقیق تناسب قیمت و مفیدیت صورت گیرد.

- اوپتیک های سخت (عملیاتخانه)  
قیمت آن فی قلم از 2000 تا 5000 یورو میباشد. این وسایل از نگاه میکائیک خیلی شکنن بوده در مقابل تعقیم های مکرر که اجرای آن برای جلوگیری از سرایت عفونی بمریض بعدی لازم است خوب مقاومت نمیکند. در شرایط کار عادی طول عمر این وسایل از سه سال تجاوز نمیکند. طول عمر این وسایل بیشتر به مهارت جراح در استعمال آن و به مهارت پرسونل در کار تعقیم و کنترل اتوکلاو ها ارتباط دارد.
- اوپتیک های نرم (فایبروسکوپ و ویدیو آندوسکوپ)  
قیمت آن فی قلم بین 10000 تا 30000 یورو میباشد. خیلی شکنن بوده در مقابل مواد ضد عفونی جدید و گذار وسایل بایوپسی خراب مقاومت ندارند. ترمیم آن بعد از دو سال استعمال محتاطانه 50% قیمت اولی مصرف دارد.
- لید های التراسوند  
از 5000 تا 40000 یورو ارزش دارند. لید های وسایل جدید گرانتر هستند (12000 یورو) چرا که مقدار زیاد الکترونیک و آخذة التراسوند شامل آنست. لید های وری مری (استکشاف قلب) به ویدیو آندوسکوپ شباهت دارند و بهمان اندازه شکنن میباشد (40000 یورو). لید های ماتریکسی تا 20000 یورو قیمت دارند و دستاوردهای تشخیصی آن ناچیز است. قابل تصور نیست که از آمدن التراسوند در افغانستان جلوگیری شود ولی ترجیحاً باید لید های مجهز با میله مونوکریستال بدون الکترونیک داخلی وارد شوند.

#### 6. 3. << ترمیم تعمیرات و حفظ الصحه شفاخانه ها

#### 6. 3. 1 - تسهیلات اسکان و حفظ الصحه شفاخانه

ترمیم تعمیرات شفاخانه ها سه هدف دارد:

- به کارکنان شفاخانه اجازه داده شود که در شرایط مناسب حفظ الصحه ایفای وظیفه کنند تا، نه در زمان ترمیم و نه بیست سال بعد، شفاخانه محل تراکم خطرات انتانی نباشد.

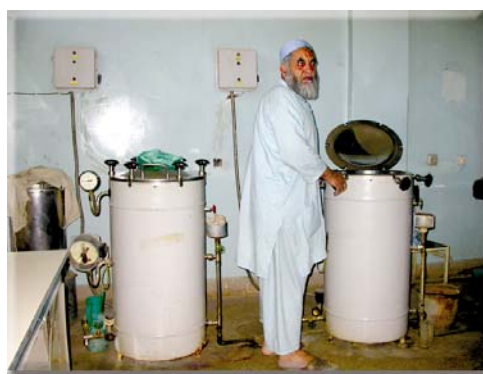
- امنیت مریضان درین تعمیرات بزرگ بهتر تامین شود، چه در قبال خطر حریق و چه در قبال خطرات برقی.

- شرایط آسایش مریضان هم از نگاه جنبه های عملی و هم از نگاه زیبایی امکان بهتر شود. اکثر آ و قتیکه کار ترمیم از جانب موسسات خارجی براه میافتد همه توجه تنها باین هدف آخری معطوف میشود درحالیکه این مسئله برای اینکه شفاخانه بتواند وظایف خود را اجرا کند دارای اهمیت زیادی نیست. با وجود این، باز هم ازین هدف چشم پوشی نباید شود.

شفاخانه هاییکه ما از آن دیدن کردیم سالها قبل، زمانیکه همه جنبه های حفظ الصحة بیمارستانی تحت تسلط نیامده بود، اعمار شده اند. عواقب و اهمیت امراض نوسوکومیال معلوم است: وفیات بسیار زیاد، طولانی شدن مدت اقامت درشفاخانه و تداوی های پرمصرف.

منابع اساسی عفونت ها در یک شفاخانه عبارتند از:

- نقاط آبیگری برای شستن دست ها (انتاناتی که بوسیله دست انتقال مییابند)، پاک کردن اماکن.
- تشناب ها (که باید به تعداد کافی موجود باشند).
- نقاط تراکم آب استاده زیر نل های آبیگری بدون مراقبت لازم، نل های لیک شده و بدرفت
- مواد فاضله و انتقال آن دور از حضور مردم.
- سطوح داخلی که نمیشود آنرا بدرستی پاک کرد و لانه باکتری میباشند.
- اشیای زنگ زده و کثیف مانند چپرکت ها و پایه ها.



وادید های ما نشان دادند که این نکات اکثراً، با وجود کوشش های قابل قدر کارمندان در مورد پاک نگه داشتن اماکن و تسهیلات داخلی، نقیصه دار میباشند.

هر گاهیکه دست به ترمیم یا اعمار مجدد تعمیرات زده میشود یک عده سؤلهایی را باید مطرح نمود:

(ا) وسایل فزیکتی تقلیل خطرات نوسوکومیال کدام اند؟ سازماندهی مجدد اماکن، اداره جریان ها، مرتب ساختن.

(ب) از کدام مواد استفاده باید کرد تا نتایج مطلوب دوامدار باشند: در طی چند سال آینده دست شو ها باید لیک نشوند، رنگها باید فلس فلس نشوند، فلزات را باید موریانه نخورد و غیره.

وزارت مکلف است ماهرینی داشته باشد تا معلوم کنند که آیا تعمیرات و ترمیماتی که از جانب کشور های مختلف و موسسات غیردولتی انجام شده اند به این سؤالها پاسخ قناعت بخشی میدهند یا خیر. اینکار ایجاب میکند که متخصصین باید مهارت خاصی داشته باشند و احیاناً موجودیت یک مشاور که بوزارت وابسته باشد و با مسئول تجهیزات بیو مدیکل همکاری نماید قابل توجیه میباشند.

## 6. 3. 2 - شعبه مطالعات

این مشاور باید حد اقل دارای صلاحیت های ذیل باشد:

- متخصص حفظ الصحة شفاخانه ها.
- انجنیر ساختمانی متخصص ساختمان شفاخانه ها.

وی همچنان کوشش میکند که ماهرین محلی وزارت را از طریق کار بر دوسیه های باز سازی های جاری تربیه نماید. این دوسیه ها باید علاوه از نقشه اماکن حاوی تشریحات ذیل باشد:

- توصیف وظیفوی فعالیت های شفاخانه که در تعمیرات مورد باز سازی صورت میگیرند.
- توصیف اصول حفظ الصحة که در باز سازی مدنظر گرفته شده اند: محل نقاط آبیگری و تشناب ها، جریانات «پاک» و «کثیف»، انبار و تخلیه مواد فاضله شفاخانه، تعبیه آب جاری، تعبیه برق، تخلیه آبهای مستعمل و غیره.
- توصیف موادیکه در باز سازی بکار میروند (نوعیت و منبع).

• تدابیر اتخاذ شده برای حفظ و مراقبت مجموعی.

متخصصین در باره پروژه ها با مسئولین پروژه، و با اشخاص با صلاحیت شفاخانه مورد باز سازی در ارتباط با گروپ کاری اداره شفاخانه ها Hospital Management Task Force ضمن میتینگ های مشترک بحث و مذاکره میکنند.

این متخصصین میتوانند در یک شعبه مطالعات منسجم شوند. وظیفه این شعبه تایید کردن باز سازیهای پیشنهاد شده میباشد، پیش از آنکه وزارت آنرا قبول نماید.

6. 3. 3 - تعلیمات در باره حفظ الصحه شفاخانه ها

تنها باز سازی برای تامین حفظ الصحه در شفاخانه کافی نیست. این کار فقط آنگاه ممکن میشود که همه کارمندان (داکتران، نرس ها، مسئولین لوژیستیک، کارمندان آشپزخانه، کارمندان صفایی و کارمندان غیر تخصصی) از اصول اساسی حفظ الصحه آگاهی داشته باشند و آنرا تطبیق کنند.

بر این تعلیمات اکثراً کار زیادی صورت میگیرد خصوصاً با ان جی. او ها که در خود شفاخانه کار میکنند. دیدارهای ما نشان میدهند که هنوز کار زیادی لازم است. کوشش ها باید دوام کنند و توسعه یابند.



برای نیل باین هدف لازمست که یک تعداد نرس های شفاخانه به متخصصان حفظ الصحه شفاخانه تبدیل شوند. این متخصصان باید تحت امر مستقیم رئیس شفاخانه باشند تا حرفشان وزن یافته هدایاتشان از طرف همگان عملی شود. هر شفاخانه که بیش از 50 بستر دارد باید یک متخصص حفظ الصحه داشته باشد. همچنان تشکیل یک کمیته مبارزه با عفونت های نوسوکومیال وسیله رسمی و عملی اعمال تصامیم در مورد حفظ الصحه خواهد بود ( Infection Prevention Comitee ).

متخصص حفظ الصحه مسئولیت تخنیکی دو کتگوری پرسونل را بعهده میگیرد:

- تیم صفایی برای تعیین فریکونس و میتود های پاک کاری، و مواد مورد استعمال.
- سرویس های تعقیم و (احتمالاً) رخت شویی و آشپزخانه.

وی در ارتباط نزدیک با کارکنان خدمات فنی (نلدوان، برقی، گلکار، مسئول یخچالها و حتی باغبان) که امور مربوط بمراقبت تعمیرات را بعهده دارند کار میکند تا کار های اجرایشده به تقاضای حفظ الصحه شفاخانه پاسخ مناسب بدهد. این اشخاص باید از تعلیمات وسیعی بهره مند شوند.

بدیهیست که برای اینکه کار های بهبود بخشی حفظ الصحه اجرا شوند خدمات فنی باید بودجه کافی داشته باشد تا مواد دارای کیفیت خوب را بکار برد.

تعلیمات حفظ الصحه شفاخانه ها باید از همین اکنون براه انداخته شود تا هرچه زودتر و قبل از هرگونه باز سازی در همه بخش های شفاخانه عمومیت یابد. حفظ الصحه باید اولتر از همه متوجه عملیاتخانه و امور تعقیم باشد.

6. 4. << یک عملیه دوامدار بهتربسازی

اقداماتی که در شرایط موجوده، چه در مورد حفظ الصحه و چه در مورد وسایل بیومدیکل، صورت میگیرند منتج به مؤثریت واقعی شفاخانه ها خواهند شد که از ورای شهرت خوبتر شفاخانه ها نزد داکتران رجعت دهنده و مریضان تبارز خواهد کرد. این بهبود بنوبه خود بهبود های دیگری را بمیان خواهد آورد.



#### 6 . 4 . 1 - بهبود بخشی مجموعه وسایل بیومدیکال

حصول حاکمیت بر وسایلی که قبلاً نصب شده شفاخانه ها را تشویق خواهد کرد تا برای بدست آوردن وسایل جدید سرمایه گذاری کنند و دونه ها را تشویق خواهد کرد تا وسایل بیشتری را مساعدت نمایند. حالا در جزئیات داخل نمیشویم چه هنوز هم به جمع آوری معلومات بیشتر در مورد طرز کار طبی نیاز وجود دارد. انکشاف ابتدایی متوجه مسایل ذیل است:

- عملیاتخانه (وتعقیم) با:
  - وسایلی دارای کیفیت خوب که بتواند بر استی تعقیم گردد،
  - تعبیه و استعمال آلات تنفس مصنوعی و گازهای هلوجن برای تسهیل عملیات، در صورت موجودیت انسٹیزست هابتعداد کافی،
  - مونیتور ها برای مراقبت از زیگنال های فیزیولوژیک مریضان،
  - نشترهای برقی جراحی و یکعده وسایل تتویر عملیاتخانه،
  - اتوکلاو های کنترول شده برای سامان، تکه باب، پانسمان و غیره،
  - آمپلیفایرهای روشنی برای عملیاتخانه ها، خصوصاً در اورتوپیدی،
  - تخنیک های سلوسکوپي وقتی باید انکشاف یابد که داکتران تربیه شوند و مشکلات مراقبت وسایل تحت کنترول آیند.
- اتاق های سزارین (همانند عملیاتخانه ها).
- لابراتوارها که باید تدریجاً تنوع تست های دستی را انکشاف دهند و در قدم دوم تخنیک های اتوماتیک ساده را بدست آورند تا به شکل مناسب به تقاضای عادی روزمره معاینات مریضان عملیات شده پاسخ دهند.
- تخنیک های تصویرگیری اعم از رادیولوژی، الٹراسوند و آندوسکوپي:
  - در رادیولوژی استعمال میزهای دارای تخته متحرک و بعدها ریموت کنترول. اسکنر تا هنوز برای استعمال در یک سیستم صحنی مجانی خیلی گرانهاست و نمیتواند به تعداد زیاد انتشار یابد.
  - در مورد الٹراسوند تعمیم ماشین های الٹراسوند سیاه و سفید و در مرحله بعدی آلات الٹراسوند دوپلر رنگه برای معاینات جریان خون.
  - در قسمت آندوسکوپي استعمال بهتر مراکز اولی. تعمیم زمانی صورت خواهد یافت که داکتران تربیه شوند و مشکلات حفظ و مراقبت وسایل بشکل قناعت بخشی حل شوند.
- الکتروکار دیوگراف ها.
- نظارت مریضان غیر ثابت بوسیله مونیتور ها.
- دیگر نکات در ارتباط با پاتولوژیهاییکه شفاخانه بآن سروکار دارد.

برای اینکه وسایل تخنیکی مؤثر باشد لازم نیست که وسعت دیوآسا داشته بیحد پیشرفته باشند. مگر این حتمیست که داکتران و پرسونل به شکل درستی تربیه شوند تا ازین وسایل استفاده اعظمی صورت گیرد.

#### 6 . 2 . 4 - بهبود بخشی تعمیرات

بهرتر شدن حفظ الصحه شفاخانه مستلزم تعمیرات مناسب است. ازینرو با پیشرفت حفظ الصحه و انکشاف عواید موجود وضع تعمیرات خودبخود خوب خواهد شد. کیفیت تسهیلات اسکان نیز به شکل اتوماتیک ازین امر مستفید خواهد شد.





قانون مامورین نیاز به اصلاحات عمیق دارد. در واقع موقف داکتران، نرسان، رؤسای شفاخانه، طرز تعیین معاشات و ارتباطات بین شفاخانه ها و وزارت صحت باید از نو مشخص شوند. یک سیاست مؤثر منجمنت قوای بشری باید اولتر از همه به دو ساحه توجه خود را متمرکز سازد:

### 7. 1 << مسایل مربوط بمعاشات

سیستم امروزی، که همه کارمندان شفاخانه از مامور پایین رتبه تا داکتر معاش بسیار کم ولی مشابه دارند، نمیتواند دوامدار باشد و عملاً موجودیت معاش های غیر رسمی وسیله نقض این اصل میباشد. علاوه سیستم ارتقای معاش باعث میشود که یگانه راه پیشرفت سابقه کار میباشد و باز هم این پیشرفت چندان زیاد نیست.

اصلاح این وضعیت باعث خواهد شد که جدولهای معاشات خاصی برای هر کتگوری پرسونل، خصوصاً داکتران، در نظر گرفته شود.

بلند بردن معاشات، که بمعنی از دیاد مصارفست، در چارچوب مجبوریتهای اقتصادی و بودجی افغانسان امروز خیال پلوی بیش نخواهد بود اگر در عین زمان میکانیزم های تقلیل شماری از مصارف در ساحات دیگر و بلند بردن عواید شفاخانه ها پیشنهاد نشود.

ضروری بنظر میرسد که تدریجاً یک عنصر متغیری در معاش وارد شود که مستقیماً متناسب به قابلیت تولیدی مامور یا ساختار باشد.



یک سیستم مکافات که ممکن بر اساس نتایج منتظره توزیع شود بکمک یک کمیته مخصوص در هر شفاخانه ایجاد شده میتواند. برای اینکار بدیهیست که شفاخانه باید در ارتباط بفعالیتش از خود عوایدی داشته باشد.

جالب خواهد بود اگر کار شخصی داکتران جنبه رسمی یابد و داکتران تشویق شوند که فعالیت شخصی خود را در مقابل یک مبلغ معین (یا فیصدی فیس دریافت شده) بعنوان حق استعمال تسهیلات در داخل شفاخانه اجرا نمایند.

یک نتیجه جالب اینکار استعمال بهتر و بیشتر وسایل تخنیکی شفاخانه خواهد بود که این استعمال فعلاً چندان زیاد نیست.

ولی مهمتر ازین بمیان آمدن یک نوع شفافیت سیستم خواهد بود که مریض بداند که اگر بشفاخانه مراجعه نماید چه مصرفی را متحمل خواهد شد.

### 7. 2 << پراه انداختن یک سیاست پیشقدمانه در مورد تعداد داکتران

هدفی که نیل بآن لازم است ایجاد شرایطیست که داکتران که در کابل بتعداد بیحد زیاد موجود هستند در ولایات که کمتر داکتر دارد اشغال وظیفه نمایند.

این یک مسئله مغلق هست که حل آن همزمان مستلزم اقدامات گوناگون میباشد.

#### 7. 2. 1 - یک پروسس ارزیابی و تصدیق دیپلوم های طب

غالباً تعداد مجموعی داکتران افغانستان، کم از کم در عده ای از تخصصات، بسیار زیاد است. ظاهراً بعد ازین تعداد جراحان در قبال ضرورت های کنونی صحت افغانها بیحد زیاد میباشد.

فرا تر از این ملاحظات وزارت صحت و وزارت تعلیمات عالی (که مسئولیت شفاخانه های پوهنتونی را بعهده دارد) باید که در سالهای قریب یک معیار تعلیمات برای هر یکی از تخصص ها تعیین نماید تا بر اساس آن دیپلوم های طبی پذیرفته شوند.



به گمان اغلب سطح تحصیل داکترانیکه در افغانستان اجرای وظیفه میکنند خیلی نابرابر است. علاوه ازین با سیستم فعلی ممکن نیست در مورد اصلی بودن دیپلوم های داکترانیکه در افغانستان کار میکنند اطمینان قطعی حاصل نمود.

لازم است که این ترتیبات را بر اقدامات تعلیمی ای متکی ساخت که بر اساس آن شماری از داکتران بتوانند به

تخصص هایی راه یابند که باندازه کافی وجود ندارند.

## 7. 2. 2 - میکانیزم های تشویق مستقیم برای جهت دادن اشغال و وظیفه در شفاخانه ها

در حال حاضر یگانه میکانیزم موجود عبارت است از مجبور ساختن داکتران نو فارغ به گذشتاندن دوره ستاژ در یک شفاخانه ولایتی.

این سیستم به تنهایی چندان مؤثر نیست چه کوشش ها برای رهایی از آن زیاد است.

اندیشیدن در باره میکانیزم هاییکه داکتران را بر رفتن بولایات تشویق نماید بجاخواهد بود (اعمار منازل دولتی مربوط به وظیفه، کمک های مالی برای جابجا شدن و کوچ کشی در مقابل تعهد قراردادی خدمت، سهم ساختن داکتران به مجموعه خدمات صحتی اساسی با تعهد پرداخت معاش تشویقی از جانب این ان.جی.او ها، ...)

حمایت مالی دهنر ها میتواند در ایجاد یک صندوق وجهی که یکعهده داکتران را در ترک گفتن همیشگی شغل طبابت کمک نماید.

میکانیزم های دیگری باید بوجود آیند که قرارداد کار در شفاخانه را تشویق نماید.

فی الواقع ممکن است در باره یک سیستم مکافاتی اندیشید که در قسمت تخصص های نادر داکتران در مقابل معاش مناسب به شکل انحصاری در شفاخانه کار کنند و یا از اشغال وظیفه توسط عده ای از داکتران در شفاخانه جلوگیری شود.

## 7. 2. 3 - در نظر گرفتن فاکتور های غیر مستقیم (امنیت، مسکن، موجودیت مکاتب برای اطفال)

تشویق مالی به تنهایی نمیتواند در حل معضله دیموگرافی داکتران مؤثر واقع شود.

فاکتور های دیگری نیز نقش دارند.

یکعهده از داکتران بخاطر مشکلات امنیتی از ولایات به کابل برگشتند.

اگر دولت موفق شود که شرایط بهتر امنیت را در سراسر کشور ایجاد نماید قدم بزرگی درین زمینه برداشته خواهد شد.

فرستادن اطفال بمکتب در کابل کار اسانی نیست ولی در قسمت هایی از کشور این امر تقریباً ناممکن است بخصوص برای دختران.

در نظر گرفتن این خواهش داکتران که اطفالشان تعلیم حاصل کنند مهم است.



### 3. 7 << ایجاد حالات حرفوی نو برای داکتران

#### 7. 3. 1 - در حال حاضر همه داکتران افغانستان حیثیت مساوی دارند

حیثیت داکتر مبنیست بر اذعان ارزش پوهنتونی، مقام اداری و شغل طبابت. همگان ازین نقطه نظر حیثیت مساوی دارند. با توجه باینکه مشاغل، فعالیت ها، تعهدات و مسئولیت ها یکسان نیستند عاجل بنظر میآید که:

- مقام از جنبه های دیگر (خصوصاً پوهنتونی) تفکیک شود.
- حالات حرفوی جداگانه که بمرور زمان تغییرپذیر باشند و با وظیفه و طرز اجرای شغل ارتباط داشته باشد

#### 7. 3. 2 - تفکیک در جنبه پوهنتونی و مقام اداری

حیثیت طبیب اصولاً با تحصیلات پوهنتونی بسطح بسیار بلند، دفاع از تیزس دکتورا و موفقیت در امتحانات همراه میباشد. این مربوط میشود به قابلیت های پوهنتونی چه تحت صلاحیت وزارت صحت باشد یا وزارت تعلیمات عالی.

#### 7. 3. 3 - ایجاد حالات حرفوی مطابق وظیفه و طرز اجرای شغل

لازم است که بین کار شخصی و وظیفه دولتی فرق شود و در چارچوب پروژه تقویه شفاخانه ها وظیفه دولتی همراه با امتیازاتی باشد. سه حالت مختلف را میتوان تصور نمود:

#### 7. 3. 3. 1 - داکتر دارای وظیفه دولتی انحصاری

بر عکس آنچه امروز میگذرد این حالت باید با پرستیژترین و ممتازترین حالات باشد. مقدار کم کار شخصی را میتوان مجاز شمرد به شرطیکه این فعالیت کنترول شود و بر قرارداد بنا باشد. بهتر خواهد بود که این فعالیت در داخل شفاخانه صورت گیرد. این حالت میتواند از نگاه زمانی محدود به دوره های سه ساله، پنج ساله یا هفت ساله باشد.

#### 7. 3. 3. 2 - داکتر دارای شغل مختلط شخصی و دولتی

در اکثریت مواقع این طرز کار واقعیت روز است. بهتر خواهد بود اگر این شکل اجرای شغل طبابت از طریق مقرراتی تنسیق یابد و هر بخش (شخصی و دولتی) فعالیت بصراحت تحدید گردد. وظیفه دولتی میتواند در زمینه معاینات یا شفاخانه باشد.

#### 7. 3. 3. 3 - داکتر دارای تنها کار شخصی

این حالت میتواند برای مدتی انتخاب شخصی عده ای از داکتران باشد. این حالت با استفاده از وسایل تخنیکی دولتی در چارچوب قراردادها مغایرت ندارد. باینگونه میتوان عرضه خدمات صحتی را تحت کنترول آورد چه اجازه کار براساس شرایط جغرافیایی و زمانی داده میشود. هدف از ایجاد این حالات سه گانه اینست که وظیفه دولتی انحصاری جالبتر، با پرستیژتر و ممتازتر شود. این مواد میتواند قسمتی از یک قانون شفاخانه ها باشد.

## 8 << نقش وزارت صحت در قبال شفاخانه ها

وزارت صحت باید در مقابل شفاخانه ها نقش دوگانه خود را بازیابد:

### 8. 1 << وزارت صحت باید رهبر بلاتنازع سیاست شفاخانه ها باشد که این سیاست بنوبه خود جزو تشکل دهنده سیاست صحتی افغانستان میباشد

وزارت باید اصلاحات را در ساحة قانون و مقررات همراهی نماید و مطمئن سازد که تدابیر اتخاذ شده باساس نورم های قابل قبول عملی میباشد.

برای این منظور باید نقش، طرز کار و آزادی عمل شفاخانه ها بوضاحت روشن شود.

حالت حرفوی رؤسای شفاخانه و داکتران باید واضح شود.

همچنان مهم است که وزارت یک پروسیجر اجازه دهی را در مورد ظرفیت، وسایل و کنترول های دارای کیفیت لازم براه اندازد.

وزارت همچنان باید انکشاف هموای سکتور دولتی و سکتور شخصی را در شفاخانه ها سازمان دهی کند و برای آن تسهیلات فراهم نماید.

امکانات همکاری زیاد است و اگر قرار باشد که همکاری آسانتر گردد روشن ساختن امکانات مفید ثابت خواهد شد.

### 8. 2 << وزارت همچنان باید در کنترول نقش بازی کند

دادن اختیارات بیشتر به شفاخانه مستوجب براه انداختن پروسیجر های کنترول واضح و مستقل میباشد.

این یک شرط حتمیست تا معلوم شود که هدایات دولت و اصول محاسبه بدرستی عملی میشوند و از اینکه اجازه نامه هایی که داده میشود عملی میشوند اطمینان حاصل گردد.

برای اینکه سیستم شفاخانه ها بینشی را دریابند که امروز فاقد آن هستند این کار یک ضرورت میباشد.



پروسیجر بودجه بین وزارت و شفاخانه ها باید تنسيق یابد و بر گزارش های پیش بینی و گزارش های اجرای فعالیت متکی باشد.

### 9.1 << ارزیابی، بکار انداختن و مطمئن ساختن امکانات دولتی و شخصی در خدمت سیستم رجعت دهی

#### 9.1.1 - 1 - تقرب ها برای تخمین ضروریات مالی در سیستم رجعت دهی

چندین انتخاب موجود است ولی لازم است در مورد عملی بودن آن در شرایط فعلی افغانستان با احتیاط گام برداشته شود.

**1.1. انتخاب اول که از نقطه نظر تخنیکی بیشتر قناعت بخش است این است که تخمین امکانات لازم برای عملی ساختن سیستم رجعت دهی بر اساس معیارها و فارموله‌هایی صورت گیرد که در ادبیات مسلکی برای توزیع امکانات در سیستم صحت تعیین شده اند.**

ولی بعد از تعمق هویدا میشود که چند مانعی در راه توسل باین میتود وجود دارد:

ضرورت مردم دقیق معلوم نیست (نه از نگاه حجم، نه از نگاه نوعیت) و این هم معلوم نیست که چگونه این ضرورت ها به تقاضا تبدیل میشوند. فاکتور های متعددی باعث میشود که تقاضای خدمات صحی رشد نماید. بعضی از این فاکتور ها به موجودیت عرضه مربوط میباشند و بعضی به تقاضای معالجات.

در افغانستان ما هنوز نمیدانیم تا چه حد عدم کفایت عرضه معالجات بیمارستانی و کیفیت خراب آن یک فاکتور کم بودن مراجعه به شفاخانه میباشد. شمار زیادی از فاکتور های محلی مشخصی (جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی، عرضه معالجات شخصی در شهر های و لایات) نیز موجود هستند که باید در نظر گرفته شوند. طبعاً اینرا نیز نمیدانیم که تقاضای معالجات چه عکس العملی در مقابل توسعه و بهتر شدن عرضه در سیستم رجعت دهی نشان خواهد داد. (مطالعاتی که در دیگر کشورهای دارای سطح پایین عوارید بعمل آمده اجازه میدهند که مقیاس هایی برای ارتجاعیت وضع گردد ولی این مقیاس ها در افغانستان قابل تطبیق نیست). ازینرو بعلت کمبود معلومات قبل از وقت خواهد بود که با داشتن یک بینش عملی از میتود های تحلیل مبنی بر معیار ها و مودل های پیچیده عصری در ارزیابی یک تقرب سیستمی و عمومی ضرورت ها و مصارف لازم برای ایجاد یک سیستم رجعت دهی شفاخانه ها استفاده نمود. (یاد اور میشودیم که عیار کردن مودل های ثقل برای تطبیق آن در شرایط خاص و نابرابر افغانستان کار مشکلیست. کار هایی که درین مورد صورت گرفته، کیفیت اکادمیک آن هرچه باشد، این موضوع را کمتر از آنچه هست پنداشته اند).

#### 2.1. یک انتخاب دوم اینست که از ارزیابی مصارف در چند ساختار نمونه شروع کنیم.

این روشیست که نیوبراندر Newbrander و همراهان در مطالعات خویش برای شفاخانه های ولسوالی از Costing of the Basic Package of Health Services for Afghanistan از خود کرده اند. (یاد اور میشودیم که شفاخانه های ولسوالی جزوی از سیستم رجعت دهی میباشند). این سند بر تحلیل مصارفی که از جانب کمیته سویدن برای افغانستان در شفاخانه برکی راجان و لایت لوگر بعمل آمده متکی میباشد. (تا جاییکه ما خبر داریم تحقیقاتی در باره مصارف ساختار های بالاتر از شفاخانه ولسولی در سیستم رجعت دهی صورت نگرفته است). نویسندگان مذکور مصارف جمعی فعالیت را با در نظر گرفتن مصارف مختلف از 147780 دالر تا 226000 دالر تخمین کرده اند. کانوای تجزیه مصارف یک نکته اساسی ارزشمند است ولی تعمیم این ارقام مشکل بنظر میرسد چه ما نمیدانیم که آیا این شفاخانه را بحیث یک شفاخانه ولسوالی نمونه تصور کرده میتوانیم یا خیر (این شفاخانه دارای 50 بستر بوده 59 تن در آن کار میکنند) و این نیز معلوم نیست که آیا فعالیت های این شفاخانه بر «مجموعه حد اقل معالجات رجعت دهی» که بعداً تعیین باید شد متمرکز است یا نه. (یک تفکر ابتدایی درینمورد طی «مجموعه خدمات معالجوی حد اقل شفاخانه ها» صورت گرفته)

#### 3.1. بناً در مرحله اول روند ذیل مناسبتر جلوه میکند

قدم اول یک مرحله امتحانی با یک تقرب واقعبینانه و متکی بر تحلیل دقیق شرایط محلی در عده ای از شهر های عمده افغانستان و یک مجموعه ای از ولسوالی های منتخب در ولایات مختلف میباشد. انتخاب

ولسوالی ها و شهر ها بر اساس علل صحتی، اجتماعی، سیاسی؛ امکانات عملی و بر اساس اینکه چقدر معومات بدست آمده در مورد تعمیم سیستم رجعت دهی روشن کننده خواهد بود صورت میگیرد.

در انجام مرحله امتحانی ممکن خواهد بود که کتگوری های کاری (در مقابل کتگوری های اداری) ساختار های رجعت دهی از طریق استنباط تعیین شوند. در نتیجه این عملیه توسل به معیار های قابل تطبیق به دسته های همگون امکان پذیر میباشد. همگونی دسته ها از ورای جواب هاییکه ساختار ها در شرایط ساحه کار خود بواقعیت ها میدهند تثبیت میگردد. باینگونه کتگوری ها یا کلستر LusterC هایی بمیان خواهد آمد که تیپ های مختلف شفاخانه های ساحوی، ولایتی، ولسوالی، اختصاصی و غیره را دربر میگیرد. البته واضح است که همه شفاخانه های ولایتی و ساحوی را نمیتوان شامل دسته های همگون ساخت.

#### 4.1. عملاً روند پایینی را باید ترجیحاً اختیار نمود:

- تکمیل کردن تحلیل دقیق شفاخانه های شهرهای عمده ولایات که قابلیت اینرا داشته باشد که نقش شفاخانه های ساحوی را ایفا کند و چند شفاخانه منتخب ولایتی.
- تشکیل دو یا سه نمونه مرکب از شفاخانه های ولسوالی و انتخابی از شفاخانه های ولایتی - ساحوی، ملی و ساختار های تخصصی.
- برای هر شفاخانه یا هر گروپ تعیین کردن ضروریاتی که باید رفع نمایند براساس یک مجموعه معالجات حد اقل. این ضروریات اولی محسوب میشود و بالمقابل بضرورت های دیگر، در شرایط فعلی قلت امکانات، توجه زیادی معطوف نخواهد شد. درین راستا سند «مجموعه خدمات معالجوی حد اقل شفاخانه ها» یک بنیاد بسیار عالی برای پیش بردن سنجش ها میباشد.
- در میان این ضروریات تعیین اولویت های قطار اول و اولویت های قطار دوم.
- ارزیابی مصارف بمنظور عیار کردن وسایل تخنیکی و اماکن برای ارضای اولویت های قطار اول و دوم. هدف همانا عرضه معالجاتیست دارای کیفیت خوب که موثر و با شرایط واقعیت های افغانستان سازگار باشد.
- ارزیابی تعداد پرسونل طبی، غیر طبی و اداری مورد ضرورت.
- اندیشیدن در باره اینکه تا چه حد ممکن است قراردادهایی با سکتور شخصی عقد شود که بار مصارف دولتی را سبکتر سازد.
- چون معین های تقاضای معالجه در افغانستان معوم نیست نمیدانیم که تا چه حدی این تقاضا با ارتقای کیفیت که در نتیجه اصلاحات سیستم رجعت دهی متصور است بلند خواهد رفت. این را نیز نمیدانیم تا چه حدی طولانی بودن قطار منتظرین تقاضای فعلی را محدود میسازد.
- ازینرو در حال حاضر نمیتوان حجم معالجات را پیشبینی نمود. معهذا احتمال این کم است که پرسونل، حتی بعد از اصلاحاتی که در نظر است، بانتهای قابلیت تولیدی خویش برسد. میتوانیم حدس بزنیم که مصارف حاشیوی، جز استثنا، اندک خواهد بود. طبعاً این همه باید در نتیجه تحلیل های بعدی دقیقتر بیان شود ولی خطر عمده و مصارف کمرشکنی که از درک وسعت مبالغه آمیز ظرفیت معالجوی محتمل است نباید فراموش شود.
- تجسّسات دقیقتر در تیپ های عمده ساختار ها اجازه خواهد داد که بزودی «ظرفیت های معقول» تعیین شوند و ارزیابی قیاسی ضرورت های مالی صورت گیرد.

#### 9.2 << جهتگیری برای حصول و حفظ امکانات مالی دولتی اضافی که برای تمویل سیستم رجعت دهی لازم است

چنانچه دیدیم افغانستان بخاطر علت های مربوط به اوضاع داخلی و بخاطر علت هاییکه ناشی از وفا نکردن دونه ها بوعده ها میباشد در وضعیت نازک بودجوی قرار دارد. آزادی عمل برای بکار انداختن عواید دولتی بیشتر در تمویل سیستم رجعت دهی محدود است. باوجود این چند راه حلی وجود دارد که وزارت صحت باید از آن نزد وزارت مالیه و کابینه دفاع نماید.

#### 9.2.1 - تزئید تمویل سیستم رجعت دهی بوسیله عواید دولتی مصرف نشده

اینکار را میشود از راه بلند بردن سهمیه صحت در بودجه کلی دولت عملی ساخت. البته اساس استدلال بودجه عمومی ثابت میباشد. ممکن است یک قسمت عواید اضافی ایکه از بهتر شدن حصول عواید



مالیاتی بدست می‌آید به صحت تخصیص داده شود. در بودجه سال 1382 شمس عواید داخلی 200 ملیون دالر پیشبینی شده در حالیکه در سال 1381 ش این عواید 102 ملیون بود. تحرک عواید مالیاتی در سالهای آینده دوام خواهد یافت. ارتقای عواید سال 1382 ش بنفع بودجه صحت استعمال شده که بدینسان مقدار واقعی آن بیشتر شده ولی این تزیاید بودجه صحت کمتر از تزیاید بودجه عادیست (جدول شماره 1 را نگاه کنید). این تفاوت تحول حاکی از آنست که بودجه صحت با دیگر بودجه ها در رقابت قرار دارد.

(طبعاً ممکن است که بر اساس سهمیه ثابت بودجه صحت استدلال نماییم و محاسبه کنیم که در دو سه سال آینده چه مقدار عواید مالیاتی وقف صحت خواهد شد. با در نظر داشت عدم اطمینان در مورد عواید داخلی و مساعدت های خارجی در حال حاضر اینگونه تصورات ارزش چندانی ندارد)

آیا ممکن است کابینه را قانع ساخت که بوزارت صحت بودجه بیشتری را اختصاص دهد؟

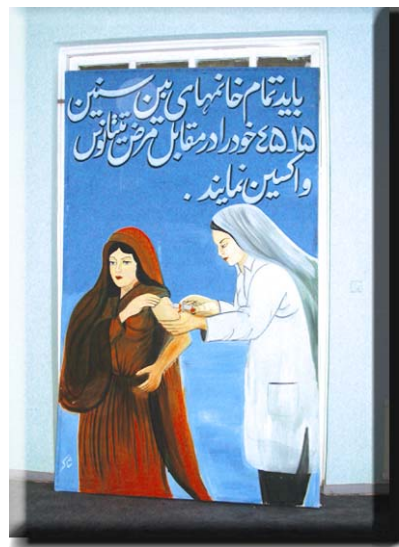
علاوه ازین تمویل سیستم رجعت دهی با دیگر اقدامات اساسی در ساحه صحت در رقابت خواهد بود. سوال عمده فعلاً این است که آیا وزارت صحت که بر اهمیت یک سیستم خوب رجعت دهی باور دارد میتواند کوشش مالی خود را درین زمینه بیشتر سازد؟

## 9. 2. 2 - مطمئن ساختن بودجه تخصیصی سیستم رجعت دهی

### یک بخش تغییر ناپذیر مصارف اولی سیستم رجعت دهی

برای اینکه سیستم رجعت دهی را از اتفاقات بودجی ایکه قبلاً ذکر شد محفوظ نگهداریم یک راه حل میتواند قلمداد کردن مصارف آن به حیث مصارف اولی دولت باشد. اگر ممکن نباشد که همه مصارف درین کتگوری شامل شوند، در مرحله اول این امتیاز به مصارف ساختارهاییکه داخل مرحله امتحانی میشوند و به ضرورت های قطار اول که قبلاً تعریف شد داده خواهد شد.

وزیر صحت درینمورد موافقه کابینه را حاصل میکند و کابینه بنوبه خود بوزارت مالیه اطلاع میدهد. شماره گذاری خاصی در سیستم محاسبه ایجاد میشود که مصارف مذکور را به وضاحت در بودجه عادی و در بودجه ملی انکشاف دقیقاً انگشت نما سازد. یاد آورد میشود که در حال حاضر در محاسبه دولت فصل بودجی خاصی وجود ندارد که مصارف بازسازی سیستم رجعت دهی را دربر گرفته مشخص سازد. شماره های حساب مربوطه باطلاع مستوفیت ریاست دولت رسانیده میشود. مصارف به شکل متقدم پرداخته خواهد شد و تاریخ محاسبه آن باطلاع وزارت صحت رسانیده خواهد شد. این پروسیجر از نگاه تخنیکی ساده میباشد و اگر اراده سیاسی برای بکار انداختن آن موجود باشد میتواند تمویل ساختارهای امتحانی را مطمئن سازد. این امر که اصلاحات از شرایط مالی مساعدی برخوردار میباشند خود ارزش زیادی در ارزیابی مرحله اول اصلاحات خواهد داشت.



### تخصیص امکانات مالی به سیستم رجعت دهی

راه حل دومی برای مطمئن ساختن تمویل میتواند تخصیص عواید مشخصی برای تمویل سیستم رجعت دهی باشد.

توجهات. تخصیص درآمد های دولتی یک مسئله تنازعی میباشد چرا که با اصول بودجه بکلی سازگار نیست (اصل عمومیت) ولی تیوری اقتصادی و تحلیل های استقرائی بعلت اینکه بیلانس بدیهی مزایا و نواقص آن ممکن نیست فیصله قطعی نمیکند. با وجود اینکه تخصیص عواید مشخص در گذشته از طرف صندوق و جهی بین المللی و بانک جهانی محکوم شده باز هم باید مزایا و نواقص آن در شرایط خاص مدنظر گرفته شود. در شرایط افغانستان دو دلیل بطرفداری تخصیص عواید داخلی (و خارجی) برای تمویل سیستم رجعت دهی وجود دارد:

- مطمئن ساختن حجم معین مصارف چونکه عواید مورد نظر دیگر تابع خطرات وابسته به پروسیجرهای بودجی ایکه قبلاً مطالعه شد نمیشد.
- کمک در مورد بکار انداختن عواید بعضی دونه ها.



وسيله. پرنسپپ همانا وجود یک حساب مشخص در د افغانستان بانک است که عواید مربوط مستقیماً بر آن ریخته میشود. تشکیل چنین حسابی با مقررات حاکم در مغایرت نیست زیرا که این حساب یک حساب خارج از بودجه نیست. هرچند دولت حمایه بودجوی عمومی را ترجیح میدهد بودجه ملی انکشاف سال 1381 ش صریحاً چنین یک وسیله ابرایش بینی کرده است.

طبعاً موجودیت یک حساب تخصیصی فقط در صورتی قابل توجیه است که دولت افغانستان همزمان عواید تخصیص ناشده را، که برای تمویل سیستم رجعت دهی وقف میشود، تقلیل نبخشد (مصرف).

دستآورد یک فند ریولونینگ. این حساب میتواند بواسطه یک «فند ریولونینگ» Revolving که یک حساب فرعی آن باشد تکمیل شود.

اگر عواید تخصیص یافته به تمویل سیستم رجعت دهی کمتر از آن باشد که پیشبینی شده بود، این امر بطور عادی مصارف مربوط را تقلیل خواهد داد. ازینجاست که بهتر خواهد بود اگر یک حساب ریولونینگ بوجود آید که در مرحله اول مساعدت دوزی انرا تشکیل دهد. اگر احیاناً عواید تخصیص یافته کمتر از پیشبینی باشد مصارف سیستم رجعت دهی تقلیل نخواهد یافت. وزارت مالیه از حساب ریولونینگ پول خواهد گرفت تا از تاخیر در پرداخت مصارف اولیتر (قطار اول) جلوگیری شود. زمانیکه عواید پیشبینی شده حاصل شوند مبالغ مصرف شده فند ریولونینگ ازین مدرک تجدید خواهد شد. در صورتیکه کمبودی عواید دوامدار شود یا از سهمیه مصارفی که اولیت کمتر دارند کاسته میشود یا دوزر قرضه خود را به مساعدت تبدیل میکند و سرمایه فند ریولونینگ را دوباره احیا مینماید.

#### کدام عواید را به تمویل سیستم رجعت دهی وقف باید کرد؟

چند امکان میتواند همزمان بکار افتد. در همه حال موافقت وزارت مالیه و در اصول حمایت کابینه و دوزر های ذیدخل لازم است. راه هایی را که باید تجسس کرد، در شرایط خاص افغانستان، قرار ذیل است:

- دولت میتواند تصمیم بگیرد که عواید داخلی موجود را تخصیص نماید و از کمک هاییکه در اول تخصیص نشده (شامل مساعدت بودجوی مجموعی) استفاده بعمل آورد.
- میشاید که امکانات تخصیص (و در صورت ضرورت ایجاد) فند معادل تحلیل شود. (از فروش مساعدهتهای مادی و اسعار، افغانی بدست میآید).
- به شکل مرسوم اتحادیه اروپایی و همکاری جاپانی به استعمال فند معادل مخالفت نمیکند.
- ضعف اداره مالیات و گمرکات امکان بکار انداختن موثر مالیات جدید را که ممکن است وقف تمویل سیستم رجعت دهی شود محدود میسازد. خطر فرار سرمایه زیاد است و بهتر است از ایجاد تکس هایی که اثرات نامطلوب داشته باشند جلوگیری بعمل آید. ولی دولت در حال سر بر راه کردن یک تکس داخلی بر مصنوعات پتروولی و تکس های مختلف بر استهلاك میباشد. یک قسمت این تکسها را میتوان برای حساب تخصیصی بکار برد. همچنان بآسانی میتوان تکس اضافی بر تکت های پرواز های داخلی و خارجی طیاره ایجاد کرد. این تکس - به مفهوم مالیاتی کلمه - متری میباید چونکه تنها عواید بلند و متوسط را متأثر میسازد و در فرار سرمایه نقش چندانی ندارد. علاوهً این تکس به سهولت اداره شده میتواند.
- به سطح محلی قسمتی از مالیاتی که از طرف ولایات و شاروالی ها جمع آوری میشوند میتواند از روی همین اصل استعمال شود. نکته اخیر یک استراتیژی تفهیم عامه وزارت صحت را ایجاب میکند.
- (عین چیز در مورد مجموعه اصلاحات سیستم رجعت دهی صدق میکند. وزارت صحت باید این ریفورم را به ریاست دولت، به مامورین خود و به بخشی از جامعه مدنی «بفروشد». تفهیم یک امر ساختگی نبوده یک شرط اساسی موفقیت ریفورم میباشد)
- در اخیر ممکن است بخشی از مبالغ تخصیص نشده بودجه عادی (78 ملیون دالر) و بودجه ملی انکشاف (7,8 ملیون دالر) و همچنان قسمتی از 7,48 ملیون دالر فند ذخیره فوق العاده بکار رود. استفاده از منبع اخیر - بر اساس ماده 21 قانون مالیات - مستوجب تصمیم شورای وزیران است. در همه حال وزیر صحت باید دیگران را قناعت بخشد.

### 9. 3. << رسمی ساختن سهمگیری مالی مراجعین در قدم اول طی تجارب امتحانی

#### 9. 3. 1 - جهنگیری عمومی

بمیان آمدن رسمی یک سهمیه مالی مراجعین در ساختار های رجعت دهی ضروریست. نه تنها بخاطر اینکه، چنانچه پیشتر ذکر شد، چنین سهمیه ای همین حالا در بعض ساختار ها به شکل غیر رسمی، در هیأت تشبث های منفرد و ناشفاف که از ساحه کنترول وزارت صحت خارج میباشد، مروج است ولی علاوه ازین سهمیه ساختن مالی مراجعین اگر بدقت معین شود، بدرستی تطبیق گردد، اهداف آن روشن باشد و اوضاع محلی خاص در نظر گرفته شود، اثرات مثبتی نیز دارد.

تاکید میورزیم که مجانی بودن خدمات صحتی در سیستم رجعت دهی افغانستان در بسا موارد مجانی بودن غیر واقعی میباشد. داستان همواره به یک منوال است: فیس های غیر رسمی و رشوه ستانی ای که استثنایی نیست با قلت ادویه و مواد استهلاکی و با کیفیت نادرست خدمات همراه میباشد. ازینرو مریضان عموماً مجبور میشوند که ادویه و مواد استهلاکی را ادر سکتور شخصی خریداری نمایند این را نیز میدانیم که سیستم فعلی در موارد زیادی و در شرایط غیر شفاف باعث محرومیت ها میگردد. (درینجا درباره مسئله ارتباط بین فعالیت های شخصی و رسمی کارمندان صحت صحبت نمیکنیم. این موضوع دیگر نیست که بنا برآن رجوع به سکتور شخصی با مصارف گزاف پدیده های محرومیت را تشدید مینماید).

تعیین و پیاده کردن یک سیاست سهمگیری مالی مراجعین امر ساده ای نیست و میتواند برای اهداف متفرقی بکار رود. معقول خواهد بود اگر در افغانستان با توقعات محدودی شروع بکار نمود:

- بکار انداختن عوایدی که بر تمویل دولتی اضافه خواهد شد.
- این عواید در مورد بهبود بخشی کیفیت معالجات، به شمول تشویق مادی پرسونل، مصرف خواهد شد.
- بخشی ازین عواید برای بعهده گرفتن قسمی مصارف عده ای از مستضعفین استعمال خواهد شد.
- سهمگیری مالی مراجعین در راه متمرکز سازی مریضان در داخل اهرم خدمات صحتی کمک خواهد کرد.

قبل از آن که درباره فارمول های پیچیده و تعمیم بیاندیشیم بهتر است که سهمگیری مالی مراجعین به شمارمعدودی از ساختار های امتحانی درجات مختلف (پولیکلینیک ها، شفاخانه های ولسوالی، شفاخانه های ولایتی، شفاخانه های ساحوی و شفاخانه های تخصصی) محدود شود. مبلغ این سهمیه باید حتماً با در نظر گرفتن شرایط خاص ساختار های رجعت دهی سنجیده شود.



اگر سیاست سهمگیری مالی مراجعین براه انداخته شود و بهبود سریع کیفیت را، که مریض مستقیماً شاهد آن باشد، به همراه نداشته باشد عواقب ناگواری

خواهد داشت. وزارت صحت باید هشیار باشد که وقفه زمانی بین این دو پدیده بمیان نیاید. همچنان بموقع خواهد بود که با شورا های سنتی مفاهمه بعمل آید تا مردم سهمگیری مالی را بآسانی قبول نمایند و در باره این فکر شود که آیا امکان دارد که اشکال اضافی تمویل از طرف جامعه قابل تصور هست یاخیر؟ ممکن است این اشکال اضافی احتمالاً جنبه مشارکتی داشته باشد.

#### 9. 3. 2 - در افغانستان چندین قسم پرداخت سهمیه قابل تصور است ولی فیس معین را باید ترجیح داد

برای سهولت اداره و شفافیت در ساختار های رجعت دهی آغاز از ایجاد یک فیس ناچیز دوگانه را مرجح میدانیم: الف) تکنیک معاینه و ادویه در صورتیکه مریض بستری نشود ؛ ب) یک فیس مجموعی در حالت بستری شدن مریض.

در صورتیکه تقاضای معالجات همگون نباشد، دولت باید هر جاییکه ممکن باشد ساختار های رجعت دهی را تشویق نماید تا در مقابل اجوره کافی خدمات درجه های مختلف را عرضه کنند (مثلاً استاندارد های

مختلف برای تهیه مسکن). باینسان امکان سببایدی های مشترک برای بهبود بخشی کیفیت معالجات و تامین معالجات مجانی برای بعض مردم بوجود خواهد آمد. آنچه گفتیم جهتگیریهایست که باسانی عملی شده میتواند. تعداد زیادی از رؤسای شفاخانه که همراهشان ملاقات شد در اصول بااین کار موافق هستند.

#### 9. 4 << اندیشه ها درباره پرداخت مصارف شفاخانه. بسوی یک بودجه کلی همراه با تخصیصات متغیر

طرز پرداخت مصارف شفاخانه که در نهایت امر برگزیده خواهد شد باید که در تحقق سه هدف مهم که سیستم رجعت دهی بر آن استوار است کمک نماید: بهتر ساختن کیفیت معالجات، توسعه دسترسی به معالجات و از دید مؤثریت تا مصارف در سطحی نگه داشته شوند که با امکانات مالی (داخلی و خارجی) افغانستان سازگار باشد.

این را باید در نظر داشت که وزارت صحت همه معلومات مورد ضرورت را در اختیار ندارد و همه کسانی که درین ساحه نقش بازی میکنند شاید با اهداف ریفرم موافق نباشند. طرز پرداخت مصارف باید در عین زمان جنبه اجباری داشته باشد که از انحراف مصارف جلوگیری بعمل آید و نیز دارای عناصر تشویقی باشد که تولید کنندگان معالجات در اعمال کوشش نفع خود را ببینند. همچنان این طرز کار باید با امکانات اداری افغانستان سازگار باشد. ولی در همه حال ایراد سیمینار هایی در مورد اداره برای رؤسای شفاخانه امریست حتمی.



در اینجا با اشاره به جهتگیریهای عمومی که با پیشنهادات بودجوی که فوقاً ذکر یافت سازگار باشد اکتفا میکنیم. برای اینکه بتوانیم پیشنهاد های دقیقتری را بیان کنیم تجسس های تکمیلی لازم خواهد بود. حتمی بنظر میرسد که یک سیستم مبنی بر پیشبینی که باساز آن بودجه شفاخانه پیش از پیش معلوم باشد انتخاب گردد. تا هنوز افغانستان قدرت آنرا ندارد که یک سیستم «عقب نگر» را از خود سازد. باین منظور بودجه مجموعی مبنی بر تحلیل ساختار های امتحانی که فوقاً توصیه شد اغلباً مناسبترین انتخاب میباشد. اما بودجه مجموعی باید فراتر از یک حد معین از طریق تخصیص های متغیر تکمیل شود تا شفاخانه را در راه مساعی تشویق نماید. (بر همین اساس است که محصول سهمگیری مراجعین باید دقیقاً محاسبه شود ولی به خزانه دولت تحویل نگردد. این محصول را میتوان باسانی بوسیله یک حساب د افغانستان بانک یا توسط یک کمیته اختصاصی اداره نمود). طبعاً حدودی که فراتر از آن تخصیص های متغیر لازم میشود بطور منفرد برای هر ساختار بهمکاری هیأت مدیره آن تعیین میشوند. درین مورد نیز باید بامکان عقد قرارداد های احتمالی با پارتنر های ملی و خارجی (ان.جی.او، دوتر، توأمیت و غیره) اندیشید. یاد آور میشویم که اکثر شفاخانه های ولسوالی در اورگانیزاسیون PPA شامل میباشد.

واضحست که در ابتدا عدم اطمینانی در مورد تعیین بودجه ها و بخش متغیر آن موجود خواهد بود ولی رفته رفته دولت از راه ارزیابی های انتخابی ولی لازمی معلومات کارآمدی بدست میآورد.

از طرف دیگر بر ضرورت پیشبینی خطوط اساسی ارزیابی از همان بدو براه اندازی سیستم رجعت دهی اصرار میورزیم.

اهمیت اساسی دارد که امکانات مصرف شده و فعالیت های ساختار ها مقایسه شوند و همچنان ساختار ها بین هم مقایسه گردند. برای این مقایسه باید از پیچیدگی های بهبوده میتودولوژی جلوگیری شود زیرا چنین پیچیدگی ها اکثرأ بهانه ای برای مقایسه نکردن میگردد. همچنان مقایسه بین شفاخانه های ولسوالی شامل سازماندهی PPA و دیگر شفاخانه ارزش بسزایی در تعیین بودجه و



اختصاصات خواهد داشت.

ازینرو تقویه هر چه زودتر سیستم معلومات (بدون ایجاد مغلقی ها) و امکانات تجزیه و تحلیل ارقام که در اختیار وزارت صحت میباشد اهمیت اساسی دارد زیرا که مونیتورینگ و ارزیابی از جمله ابعاد اساسی سیستم رجعت دهی میباشد. اگر اینکار صورت نپذیرد وزارت قدرت اداره اصلاحات را نخواهد داشت و ناکامی امر قطعی خواهد بود.



## نتیجه

صحت از جمله اولویت های اساسی افغانستان میباشد و بیانگر آنست که صلح بازگشته و کشور بسرعت بسوی بازسازی راه میپیماید.

وزارت صحت بشکل مؤثر و با قوت سازماندهی مجدد و تقویه خدمات صحتی را روی دست گرفته است.

اولویت های ملی از نزدیک با انکشاف سیستم صحت بستگی دارد.

ایجاد و موفقیت این سیستم مشروط برین است که سیستم رجعت دهی شفاخانه ها تحت کنترول آورده شده به سطح قناعت بخشی ترقی نماید.

برای اینکار اقدامات عاجل، منسجم و تدریجی در ساحه های اداره پرسونل و ریاست شفاخانه ها ؛ اصلاح وسایل اداره مالی و اقتصادی ؛ مشخص ساختن و پلان گذاری کردن ماموریت های شفاخانه و بالاخره یک تقرب همنا و دقیق وسایل تخنیکی حتمی میباشد.

اقدامات تجربوی و امتحانی را میتوان بسیار بزودی براه انداخت.

افغانستان برای عملی کردن این اصلاحات مهم تیم های لایق در اختیار دارد. این مساعی باید از جانب پارتنر های بین المللی فعالانه پشتیبانی شود.



سیستم رجعت دهی  
شفاخانه ها در افغانستان

---

موضوع بحث و دورنما

[2006 - 2003]

ضمیمه ها

جدول شماره 1 : تحول بودجه عادی صحت در سالهای 1381 و 1382 ش  
(ملیون افغانی)

شماره حساب	1000	2000	3000	4000	5000	7000	مجموعه
بودجه عادی وزارت صحت به فیصدی بودجه مجموعی (بشمول بودجه اختصاص نیافته)	6,04	4,77	7,41	3,38	2,72	1,27	5,08
بودجه عادی وزارت صحت به فیصدی بودجه مجموعی (غیر "بودجه اختصاص نیافته")					5,92		
بودجه عادی وزارت صحت 1381 ش	495 791	39 960	360 000	16 200	34 949	1 200	948 099
بودجه عادی وزارت صحت 1382 ش	689825	72106	417667	29680	45700	1300	1 256 278
ارتقای ارزش (فیصدی)							
ارتقای ارزش واقعی	18	53	-2	55	11	-8	12
بودجه عادی دولت (بشمول بودجه اختصاص نیافته)	11418695	1511194	5639449	878079	1682813	101972	24750001
ارتقای ارزش 1382 / 1381							
ارتقای ارزش واقعی 1382 / 1381	38	259	27	116	8	142	34
ارتقای بودجه عادی وزارت صحت به تناسب بودجه عادی دولت	0,47	0,20		0,48	1,27		0,36
مصارف بودجه عادی وزارت صحت 1381 ش							734 054
فیصدی اجرای بودجه عادی وزارت صحت							77
بودجه عادی دولت 1381 ش	7 013 513	357 048	3 752 074	344 833	1 314 459	35 652	15 649 992
مصارف بودجه عادی دولت 1381							11 795 420
فیصدی اجرای بودجه عادی دولت							75
تناسب فیصدی اجرای بودجه وزارت صحت بر بودجه دولت							1,03

شاخص قیمت استهلاك در كابل 18% (حمل 1381 / حمل 1382 )

منبع: محاسبه بر اساس دیتای وزارت صحت و وزارت مالیه

1000--Personal Services, including salaries, wages, incentive pay and allowances for food. 2000--Other Expenses, including communication, freight, membership and other fees; 3000 - Materials, supplies parts, property rental, maintenance expenses; 4000 - Equipment maintenance; 5000: Property procurement; 7000 : Retirement payoff, extraordinary items.



جدول شماره 2 : بودجه عادی بر اساس ولایت و نوع مصرف  
سال 1382 ش (ملیون افغانی)

شماره حساب	پنشن	تخصیص	2000	3000	4000	5000	7000	مجموعه	نفوس	افغانی فی نفر
مرکز کابل	11931	317430761	50966667	247300000	17480000	36100000	700000			
ولایت کابل	498	12253075	731562	5896320	421806	332116			2861000	6,86
بدخشان	842	19882560	1236898	9969280	713174	561614			923000	35,06
بادغیس	277	7378654	406913	3279680	234619	184759			402000	28,57
بغلان	564	13778323	828516	6677760	477708	376188			1020000	21,70
بلخ	777	20379559	1135960	9140480	653884	514924	100000		1405000	22,72
بامیان	194	5912782	284986	2296960	164318	129398			430000	20,44
فراه	340	8809750	499460	4025600	287980	226780			320000	43,28
فاریاب	365	9360370	536185	4321600	309155	243455			1045000	14,13
فراه	442	11070772	649298	5233280	374374	294814			1347000	13,08
غور	245	6737725	359905	2900800	207515	163415			956000	10,85
هرات	887	22890278	1303003	10503320	763806	591629	100000		1819000	19,87
هلمند	449	11178622	659581	5316160	380303	299483			993000	17,96
جوزجان	389	9896791	571441	4605760	329483	259463			856000	18,30
قندهار	611	16844963	897559	7234240	517517	410074	100000		1189000	21,87
کاپیسا	448	11262553	658112	5304320	379456	298816			362000	49,46
خوست	257	6982723	377533	3042880	217679	171419			334000	32,31
کنر	307	8087734	450983	3634880	260029	204769			396000	31,92
کنز	657	17834675	965133	7778880	556479	438219	100000		1409000	19,64
لغمان	405	10239040	594945	4795200	343035	270135			539000	30,13
لوگر	320	8384893	470080	3788800	271040	213440			399000	32,90
نیمروز	212	6005233	311428	2510080	179564	141404			196000	46,67
ننګرهار	1045	26390336	1535105	12372800	885115	697015	100000		1460000	28,75
نورستان	152	4679158	223288	1799680	128744	101384			217000	31,95
پکتیا	641	17505101	941629	7589440	542927	426547	100000		546000	49,64
پکتیکا	440	11036455	646360	5209600	372680	293480			491000	35,76
پروان	747	17827045	1097343	8844480	632709	498249			1080000	26,76
سمنگان	214	6045988	314366	2533760	181258	142738			398000	23,16
سرپل	207	6200140	304083	2450880	175329	138069			467000	19,85
تخار	510	12538369	749190	6038400	431970	340170			855000	23,51
ارزگان	264	7141567	387816	3125760	223608	176088			570000	19,39
وردک	396	10057165	581724	4688640	335412	264132			769000	20,71
زابل	292	7771840	428948	3457280	247324	194764			359000	33,71
مجموعه	14394	372364239	21139333	170367000	12200000	9598950	6000000	591669522	26413000	22,40
مجموعه عمومی	40719	689795000	72106000	417667000	29680000	45698950	13000000	1267946950	26413000	48,00

Codes : 1000--Personal Services, including salaries, wages, incentive pay and allowances for food. 2000--Other Expenses, including communication, freight, membership and other fees; 3000 - Materials, supplies parts, property rental, maintenance expenses; 4000 - Equipment maintenance; 5000: Property procurement; 7000 : Retirement payoff, extraordinary items

جدول شماره 2 : بودجه عادی ساختار های کابل  
بر اساس کتگوری مصارف - سال 1382 ش (ملیون افغانی)

مجموعه	مصارف فوق العاده سهیمیه تقاعدی و	زمینها، تعمیرات و تجهیزات	مراقبت وسایل	مواد ستهلاکی و مصارف حفظ و مراقبت	مصارف دیگر شامل معاشات	مصارف پرسونل	
	7000	5000	4000	3000	2000	1000	شماره حساب
41469247	43421	2239041	1084167	15338362	3161121	19603135	علی آباد (شفاخانه)
18536701	19420	10015117	484945	6860808	1413961	8756050	انتانی (شفاخانه)
9239023	9681	499246	241740	3420040	704845	4363471	اتاترک (شفاخانه)
3047718	3168	163389	79115	1119286	230676	1452084	چار آسیاب (شفاخانه)
13478484	14081	726175	351622	4974604	1025228	6386774	صدری ابن سینا (شفاخانه)
19966308	20887	1077160	521572	7378996	1520755	9446938	عاجل ابن سینا (شفاخانه)
30052909	31388	1618766	783823	11089221	2285405	14244306	اندیرا گاندی (شفاخانه)
21859563	22940	1183061	572850	8104459	1670268	10305985	جمهوریت (شفاخانه)
35171547	36786	1897136	918622	12996154	2678409	16644440	کارته سه (شفاخانه)
3738008	3916	201968	97795	1383562	285142	1765626	خبرخانه (شفاخانه)
22806320	23879	1231473	596292	8436099	1738616	10779961	میوند (شفاخانه)
28708278	29980	1546149	748662	10591761	2182882	13608844	ملالی (زایشگاه)
15468874	16193	835101	404365	5720795	1179013	7313407	شفاخانه چشم نور
37703418	39309	2027240	981610	14887436	2862096	17905727	رابعه بلخی (شفاخانه)
16404036	17190	886539	429271	6073162	1251633	7746241	شفاخانه ستوماتولوژی
26802763	27986	1443274	698848	9887026	2037641	12707988	وزیر اکبر خان (شفاخانه)
344453196	360225	27590835	8995299	128261771	26227691	163030976	مجموع شفاخانه ها
10750637	11265	580940	281297	3979683	820183	5077269	پولیکلینیک رحمان مینه
20827073	21825	1125572	545013	7710636	1589104	9834923	پولیکلینیک مرکزی
2439225	2582	133132	64464	912011	187959	1139077	پولیکلینیک چاردهی
2435150	2582	133132	64464	912011	187959	1135002	پولیکلینیک چهلستون
10103200	9915	511349	247600	3502950	721932	5109454	پولیکلینیک خوشال مینه
2361814	2464	127081	61534	870556	179415	1120764	پولیکلینیک میدان هوایی
3480971	3638	187595	90836	1285106	264851	1648945	پولیکلینیک پلچرخ
52398068	54271	2798801	1355208	19172953	3951403	25065432	مجموع پولیکلینیک ها
11453079	12027	620275	300343	4249141	875716	5395577	بانک مرکزی خون

مجموعه	مصارف فوق العاده سهیمه تقاعدی و	زمینها، تعمیرات و تجهیزات	مراقبت وسایل	مواد سنهلاکی و مصارف حفظ و مراقبت	مصارف دیگر شامل معاشات	مصارف پرسونل	
	7000	5000	4000	3000	2000	1000	شماره حساب
18492521	19361	998491	483480	6840080	1409689	8741420	انستیتوت مبارزه علیه ملاریا
13130396	13729	708021	342831	4850239	999598	6215978	صحت عقلی
13718081	14374	741304	358947	5078242	1046587	6478627	انستیتوت توبرکلوز
114894729	119804	6178542	2991714	42325588	8722985	54556095	ادارات مرکزی
48095901	50339	2596077	1257047	17784210	3665192	22743036	حمایه طفل و مادر کابل
19634929		332166	421806	5896320	731562	12253075	صحت عامه کابل
636270900	651130	42569512	16510675	234461544	47632423	304481217	مجموعه
54	55	65	54	55	55	54	فیصدی شفاخانه ها در مجموعه
8	8	7	8	8	8	8	فیصدی پولیکلینیک ها در مجموعه
8	8	6	8	8	8	7	فیصدی حمایه طفل و مادر در مجموعه

منبع : رجوع کنید به جدول شماره 2

millions \$US

PROGRAMMES	SY-1382	SY-1383	SY-1384	Total
------------	---------	---------	---------	-------

#### 1. TO DECREASE INFANT MORTALITY AND CHILDREN UNDER 5 MORTALITY AND MORBIDITY

Expanded program on Immunisation	24,086	20,300	17,100	61,486
Integrated management of childhood illnesses	0,750	4,000	7,000	11,750
Basic package of health services for children under 5	20,000	32,000	40,000	92,000
<b>Total</b>	<b>44,836</b>	<b>56,300</b>	<b>64,100</b>	<b>165,236</b>

#### 2. TO DECREASE MATERNAL MORTALITY

Maternal and newborn care	13,160	12,760	12,760	38,680
Family planning	3,800	6,000	8,000	17,800
Blood transfusion services	2,000	1,500	1,500	5,000
Basic package of health services for mothers and infants	15,000	24,000	30,000	69,000
<b>Total</b>	<b>33,960</b>	<b>44,260</b>	<b>52,260</b>	<b>130,480</b>

#### 3. TO COMBAT MALNUTRITION

Emergency nutrition	13,250	6,500	5,000	24,750
Caring practices	1,000	3,700	3,200	7,900
Micronutrients	2,700	7,000	9,000	18,700
<b>Total</b>	<b>16,950</b>	<b>17,200</b>	<b>17,200</b>	<b>51,350</b>

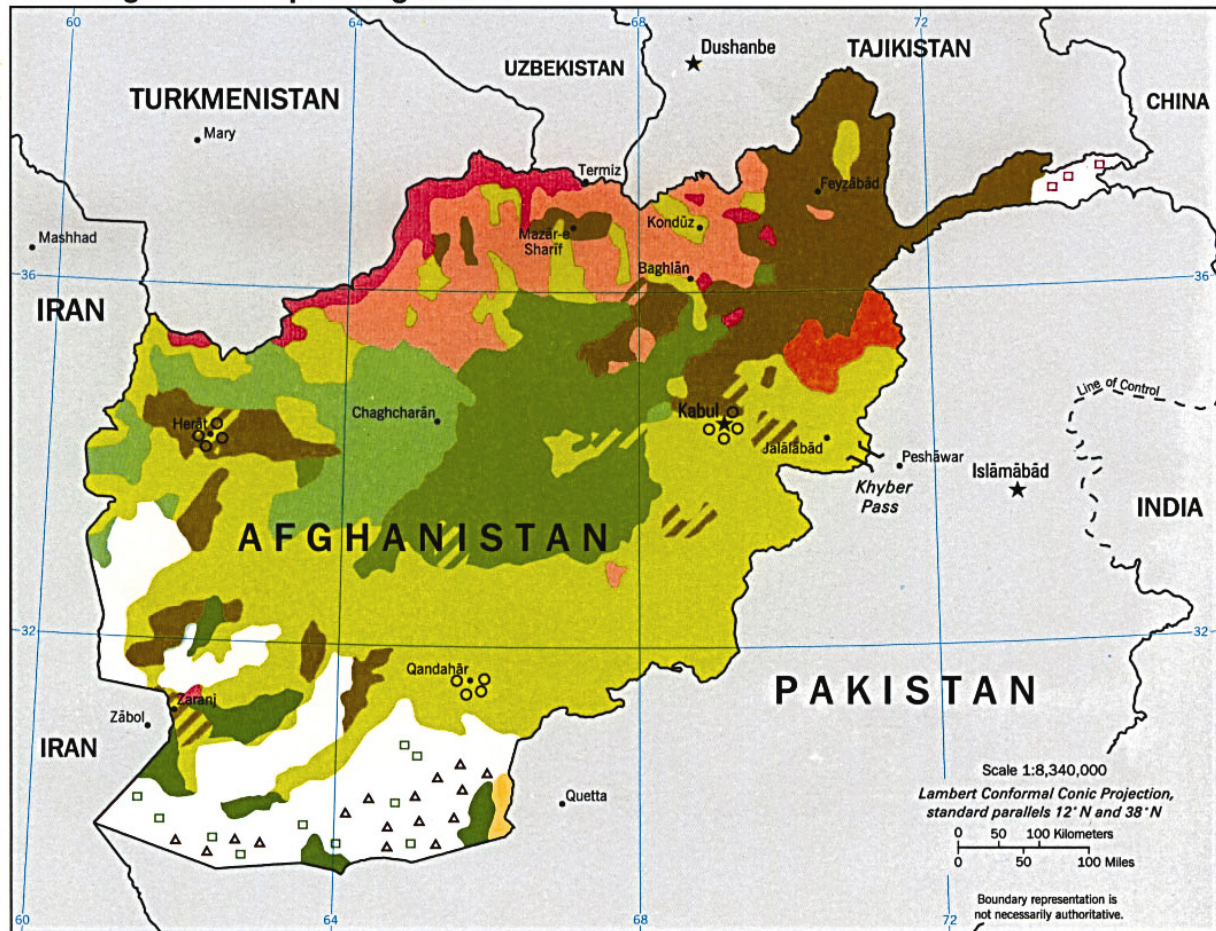
#### 4. TO DECREASE INCIDENCE OF COMMUNICABLE DISEASE

Tuberculosis	2,054	3,481	4,229	9,765
Malaria	1,733	2,600	3,000	7,333
Leishmaniasis	1,005	0,500	0,150	1,655
Leprosy	0,050	0,050	0,050	0,150
Control of Diarrhoeal Diseases	2,040	2,500	2,250	6,790
Acute Respiratory Infection (ARI)	2,362	2,500	2,000	6,862
HIV/AIDS and Hepatitis	1,500	1,250	1,850	4,600
Epidemic Prone Diseases	0,700	1,400	1,400	4,300
Laboratory services	0,300	0,500	0,500	1,300
BPHS	15,000	24,000	30,000	69,000
<b>Total</b>	<b>26,744</b>	<b>38,781</b>	<b>45,429</b>	<b>111,755</b>

#### 5. IMPROVED EQUITABLE DISTRIBUTION OF QUALITY HEALTH SERVICES

Quality standards for health workers	2,200	3,900	6,500	12,600
Infrastructure: construction	7,700	21,900	19,050	48,650
District hospitals	0,900	3,000	3,000	6,900
Provincial hospitals		1,500	0,750	2,250
Tertiary hospitals				0,000
IMEI		1,500	0,750	2,250
Central Radiology Centre		2,500	0,000	2,500
Sub-Total	0,900	8,500	4,500	13,900

# Ethnolinguistic Groups in Afghanistan



- Iranian**
- Baloch
  - Aimak
  - Hazara
  - Pashtun  
*Durrani, Ghilzai*
  - Qizilbash
  - Tajik

- Turkic**
- Kirghiz
  - Turkmen
  - Uzbek

- Other**
- Brahui
  - Nuristani
  - Sparsely populated or uninhabited

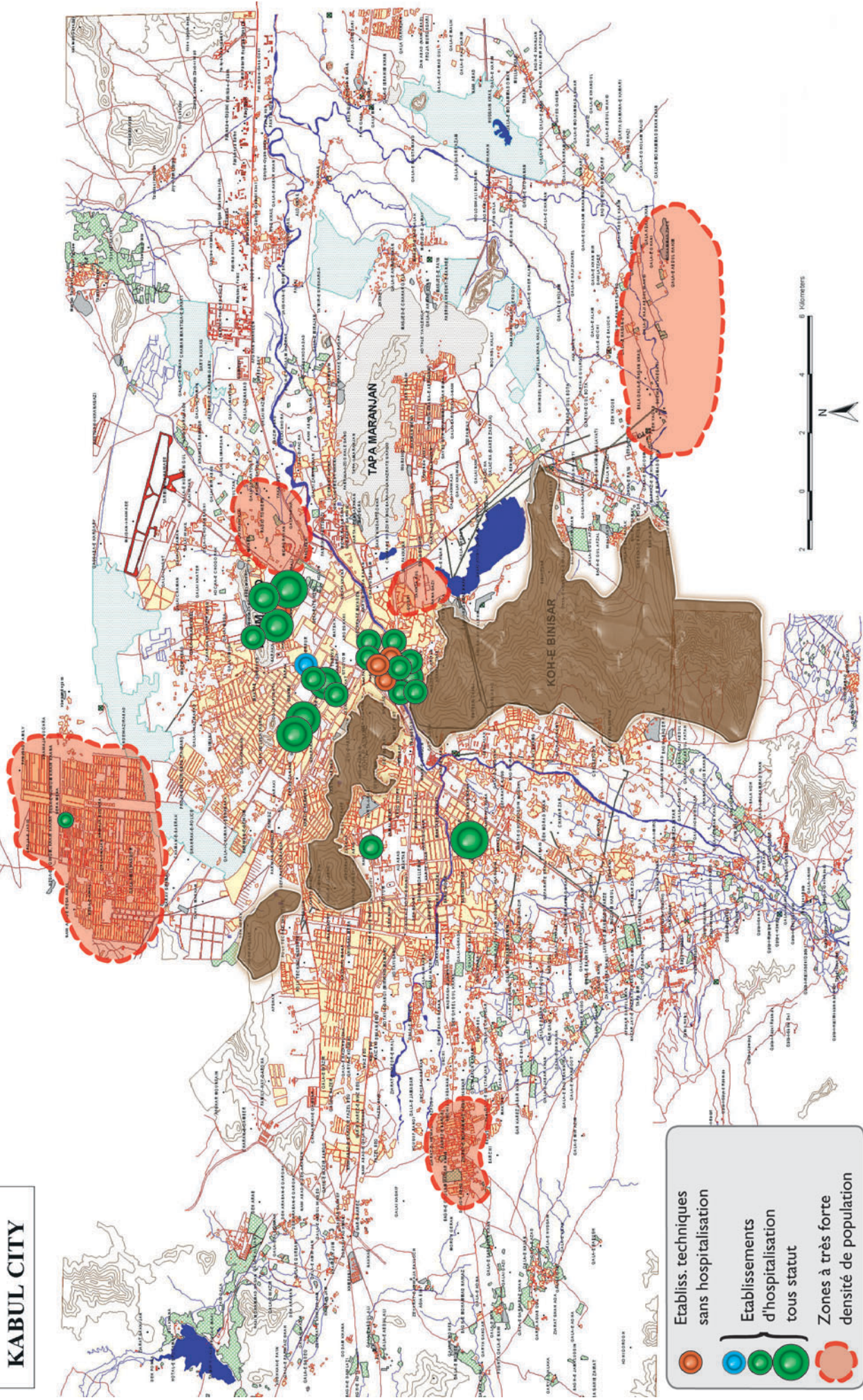










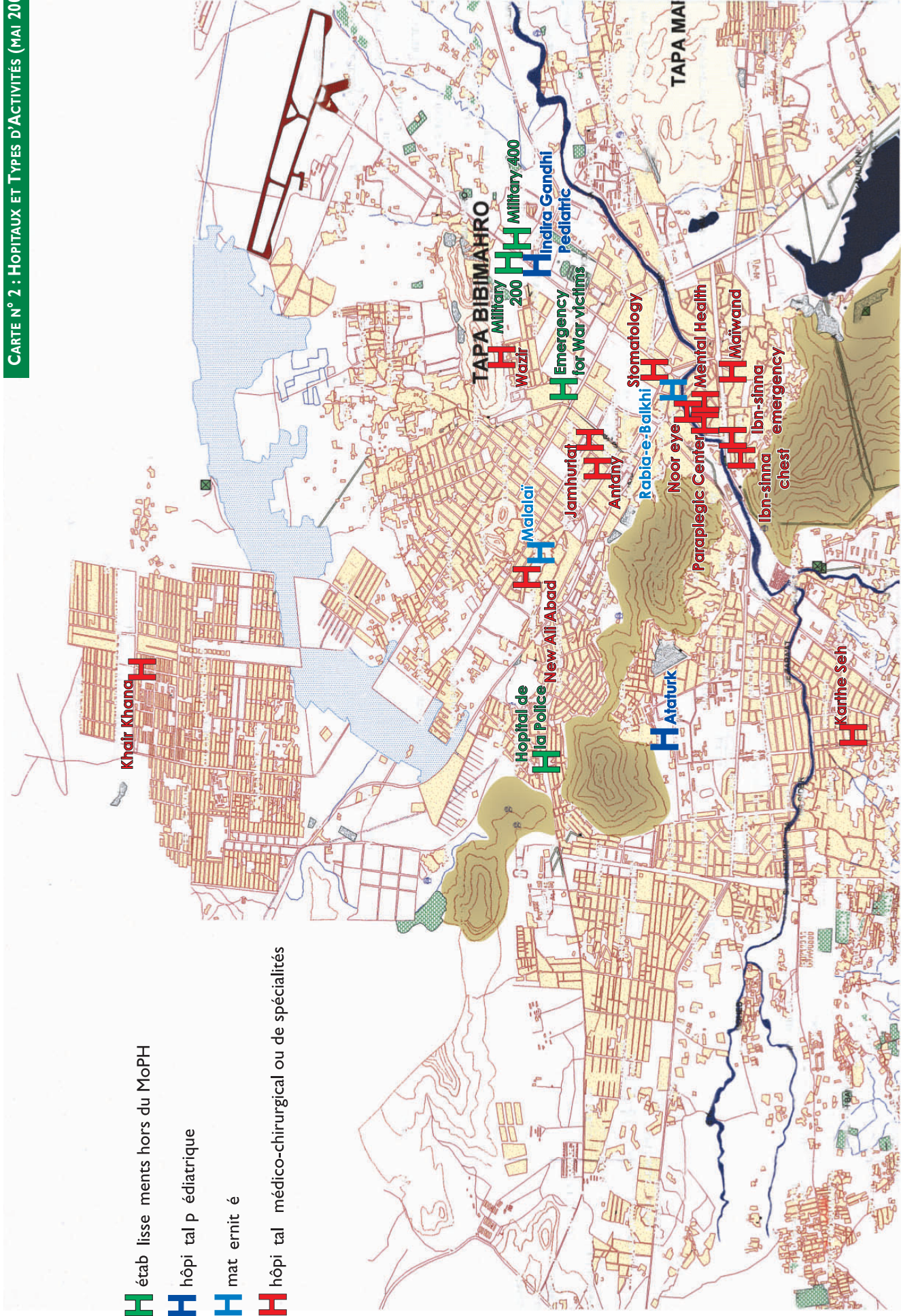
# KABUL CITY

CARTE N° 1 : CONCENTRATION HOSPITALIÈRE DU CENTRE VILLE ET POPULATIONS EN PÉRIPHÉRIE (MAI 2002)





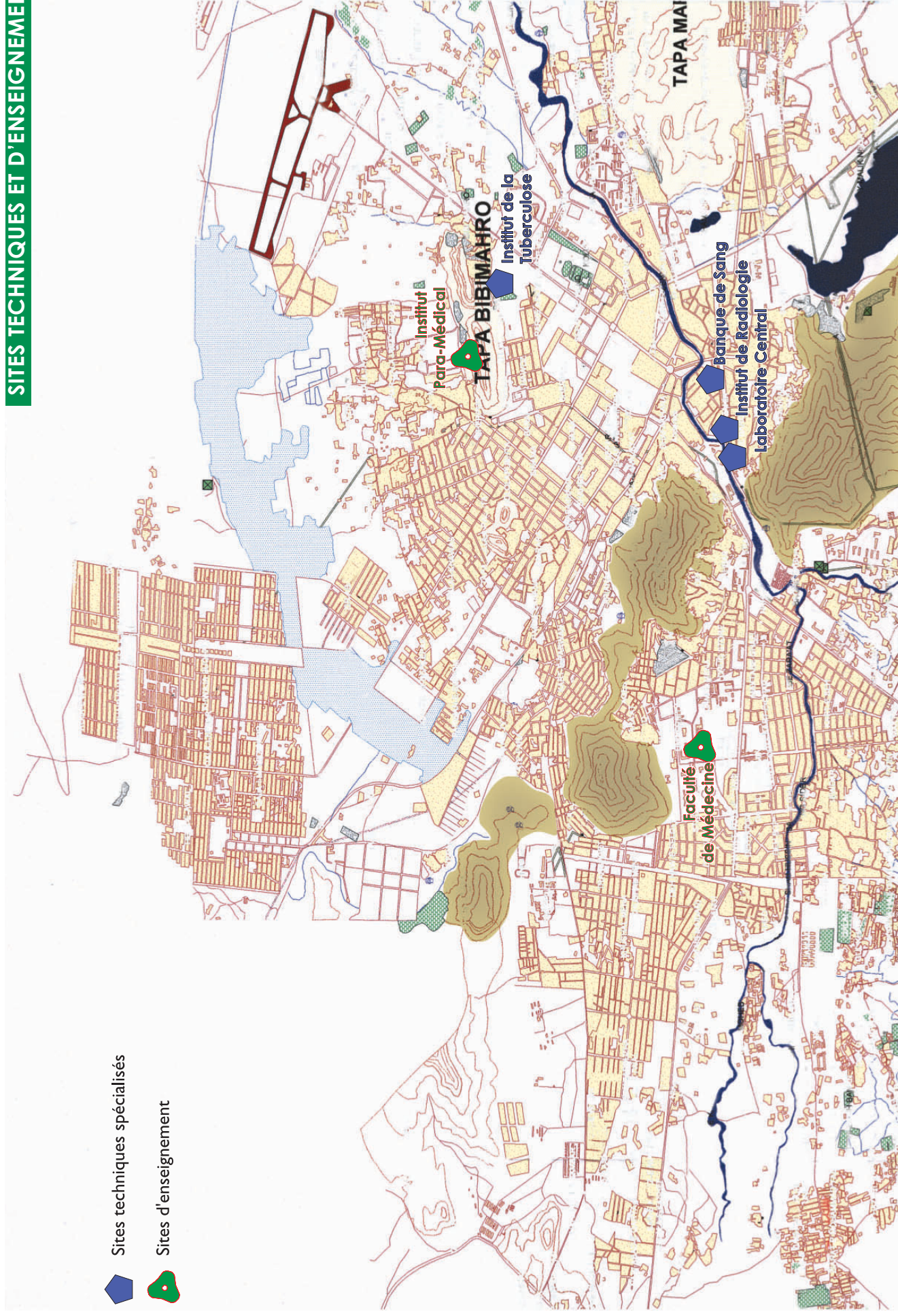
-  étab lisse ments hors du MoPH
-  hôpi tal p édiatrique
-  mat ernité
-  hôpi tal médico-chirurgical ou de spécialités





 Sites techniques spécialisés

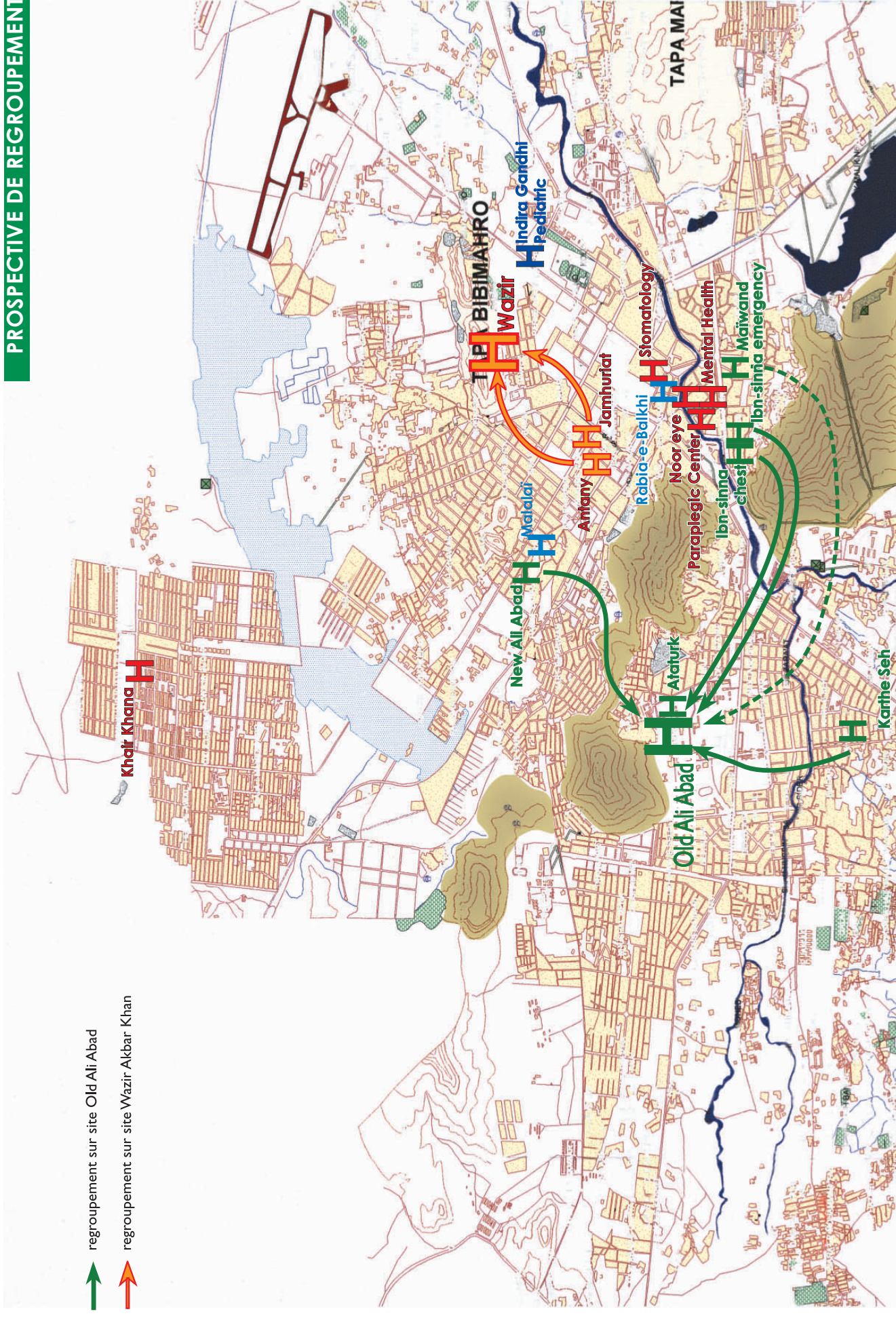
 Sites d'enseignement





# PROSPECTIVE DE REGROUPEMENT

- regroupement sur site Old Ali Abad
- regroupement sur site Wazir Akbar Khan





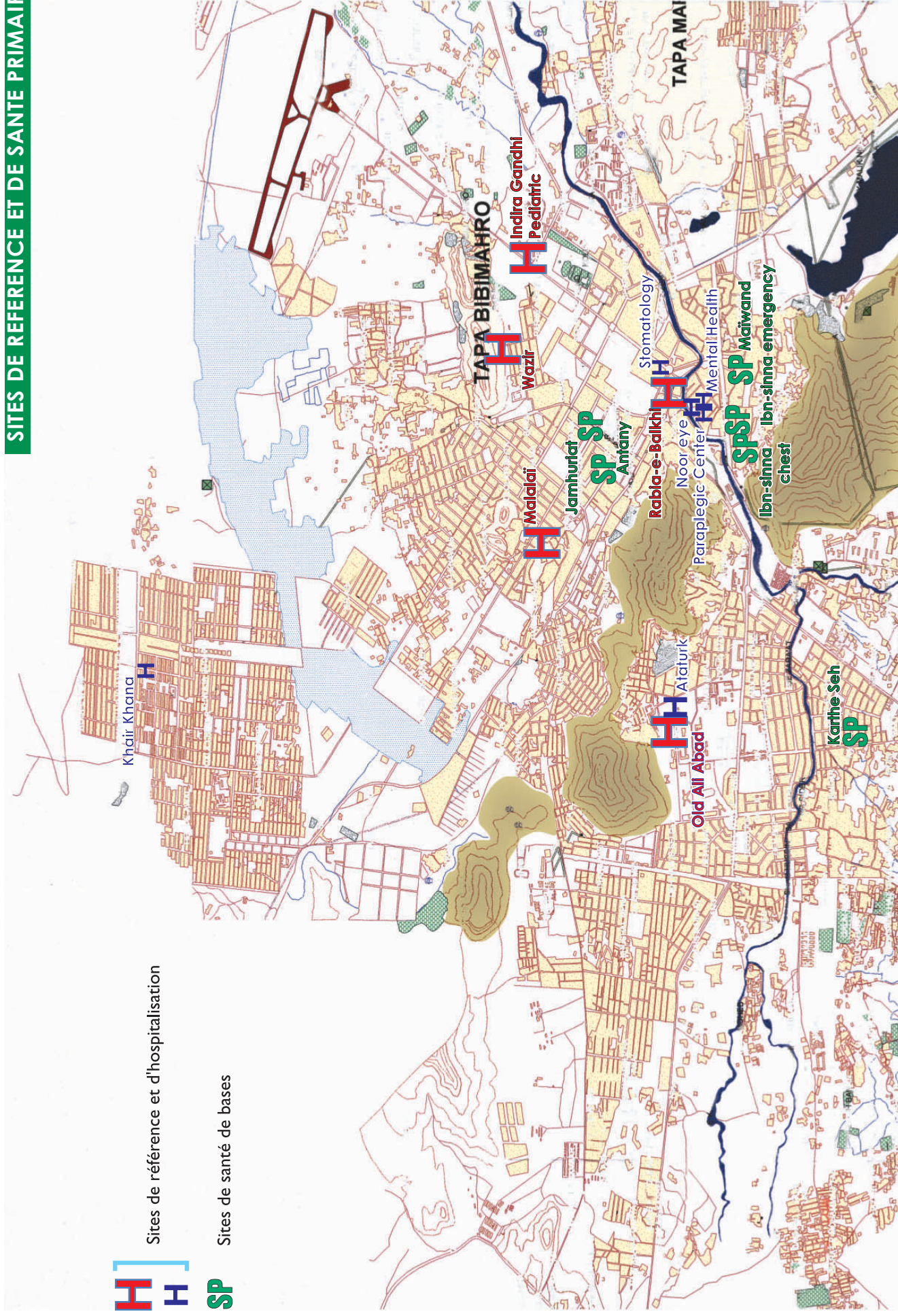
# SITES DE REFERENCE ET DE SANTE PRIMAIRE

**H**  
**H**

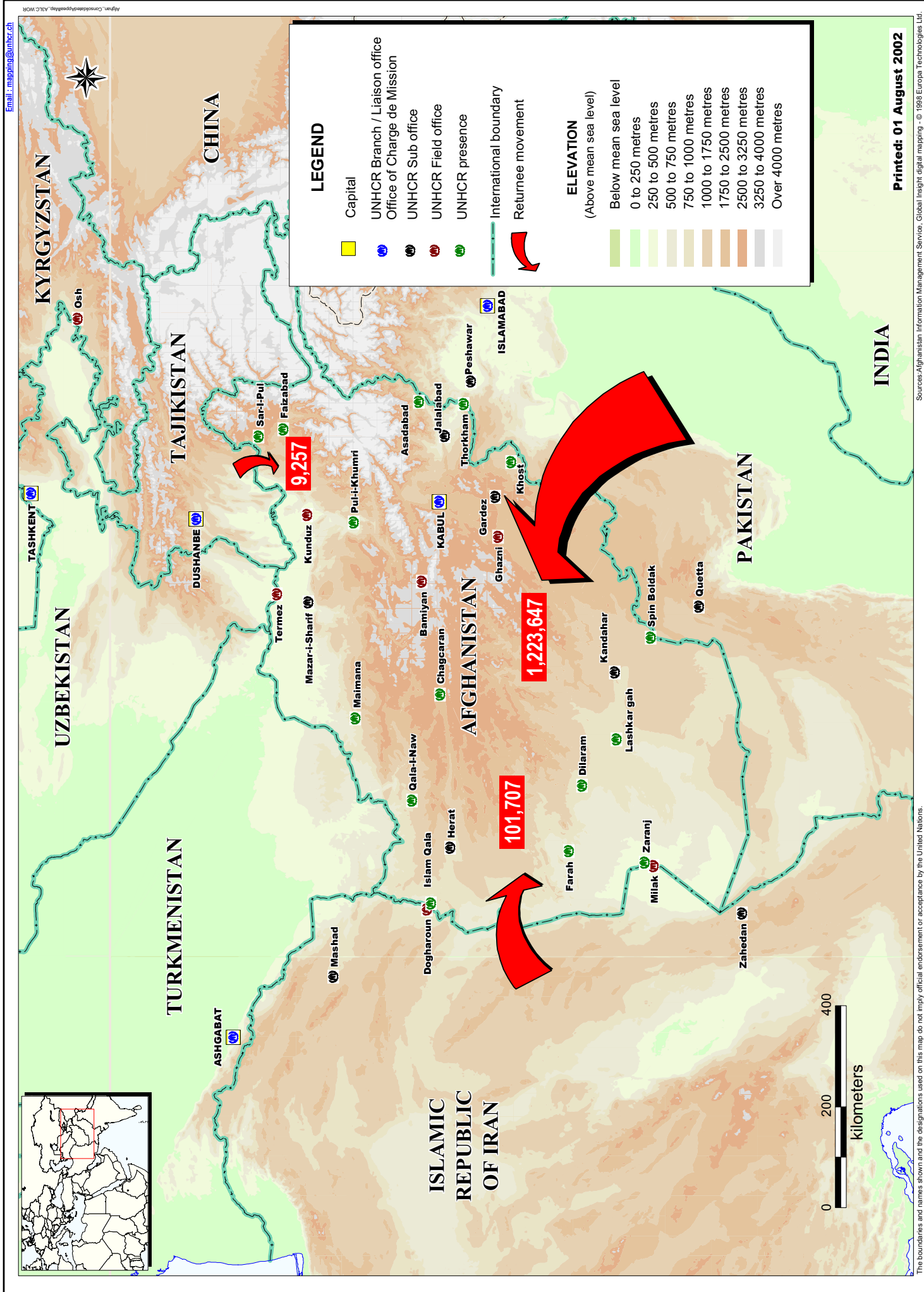
Sites de référence et d'hospitalisation

**SP**

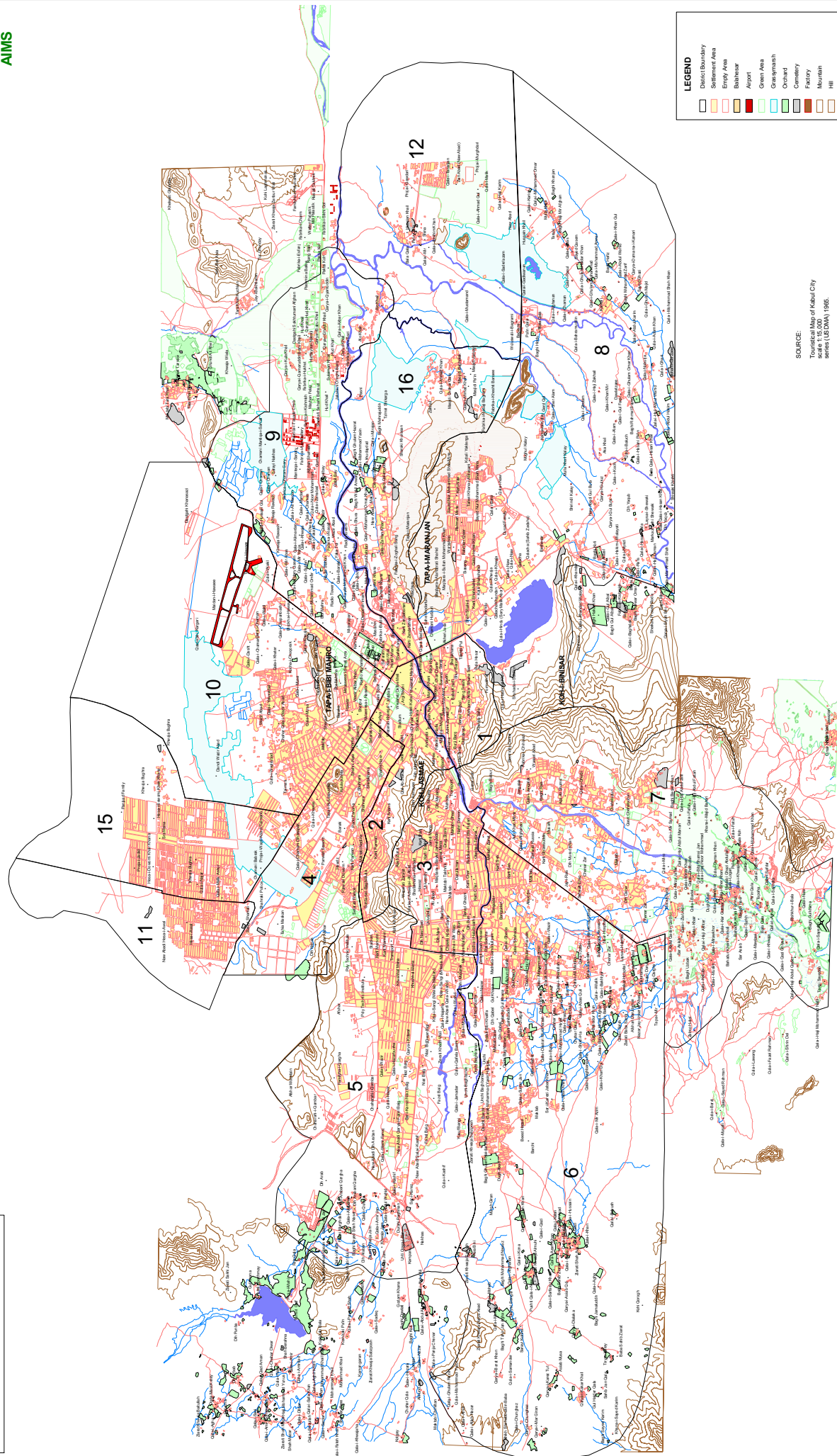
Sites de santé de bases







# KABUL CITY MAP



SOURCE:  
Topographic Map of Kabul City  
scale 1:50,000  
series (SEDMA) 1985.

## DESIGNATIONS & BOUNDARIES:

The designations employed and the presentation of material in this map do not imply the endorsement of any opinion whatsoever on the part of the United Nations Development Programme (UNDP) or the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) or any of its author(s) or concerning the delimitation of its frontier or boundaries.

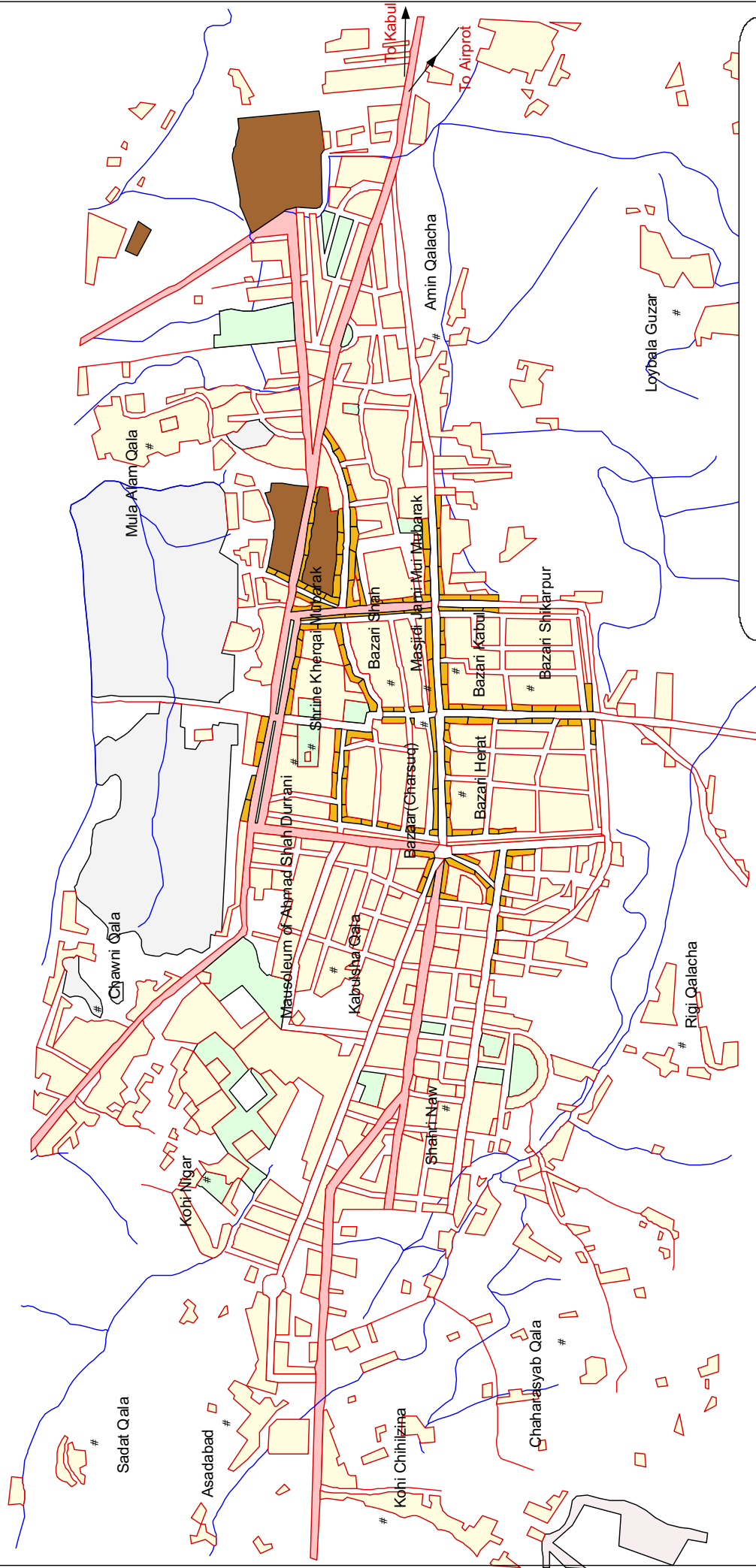
Note:

This information is based on best available sources. Update and corrections would be appreciated. Please forward comments directly to AIMS office: info@aims.org.pk

2 4 6 8 Kilometers



# KANDAHAR CITY



## LEGEND

Settlements	ROADS
Industrial Areas	Primary
Commercial Areas	Secondary
Parks	Track Roads
Cemeteries	RIVERS
Sands	Main
	Seasonal
	Area Name
	#

SOURCE:  
Atlas of Afghanistan Dec. 1984. (AGCHO,  
& GEOKART)

Note:  
The boundaries and names on the maps  
do not imply official endorsement or  
acceptance by the United Nations.

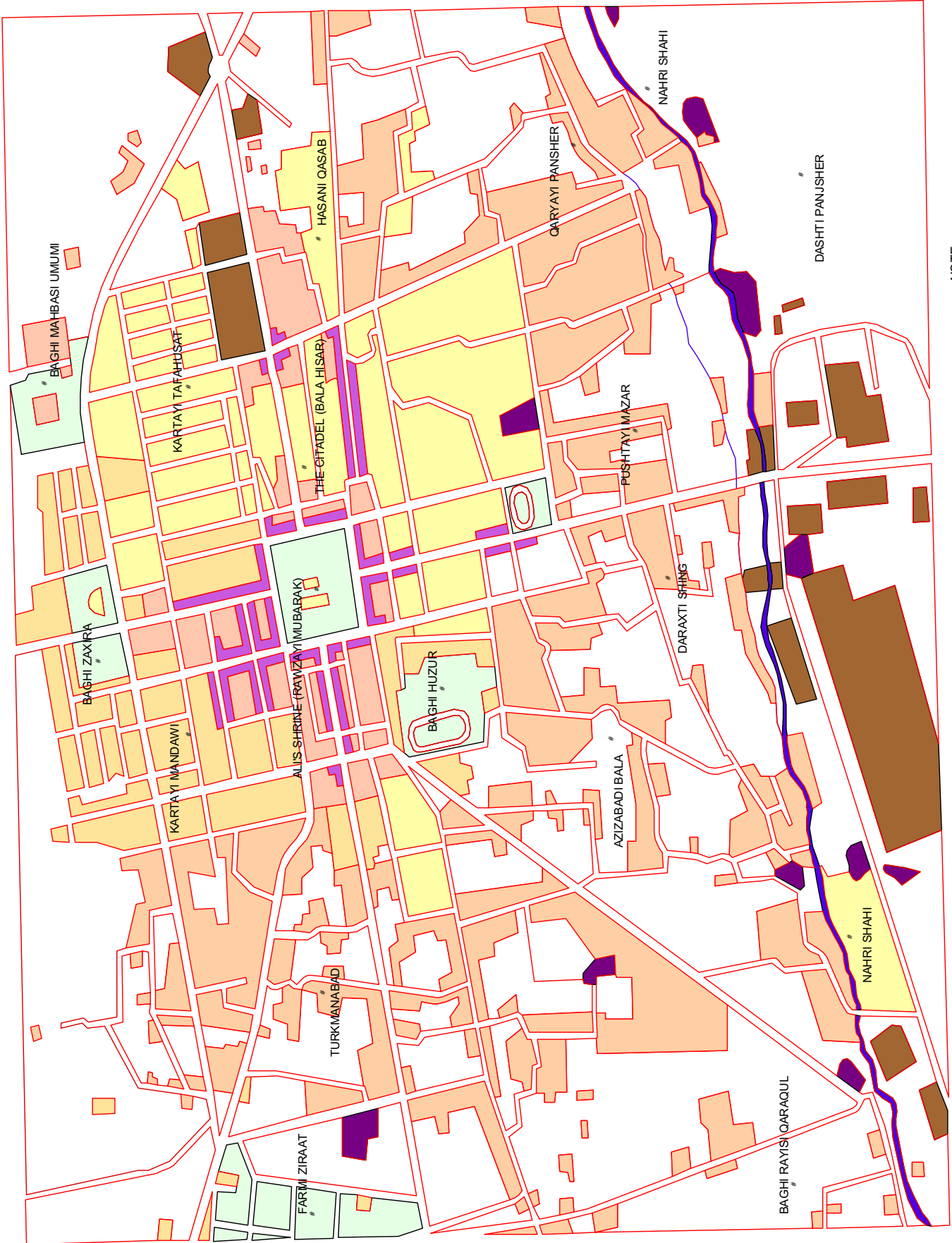
Date: June 2001

# MAZAR-E SHARIF CITY



LEGEND:

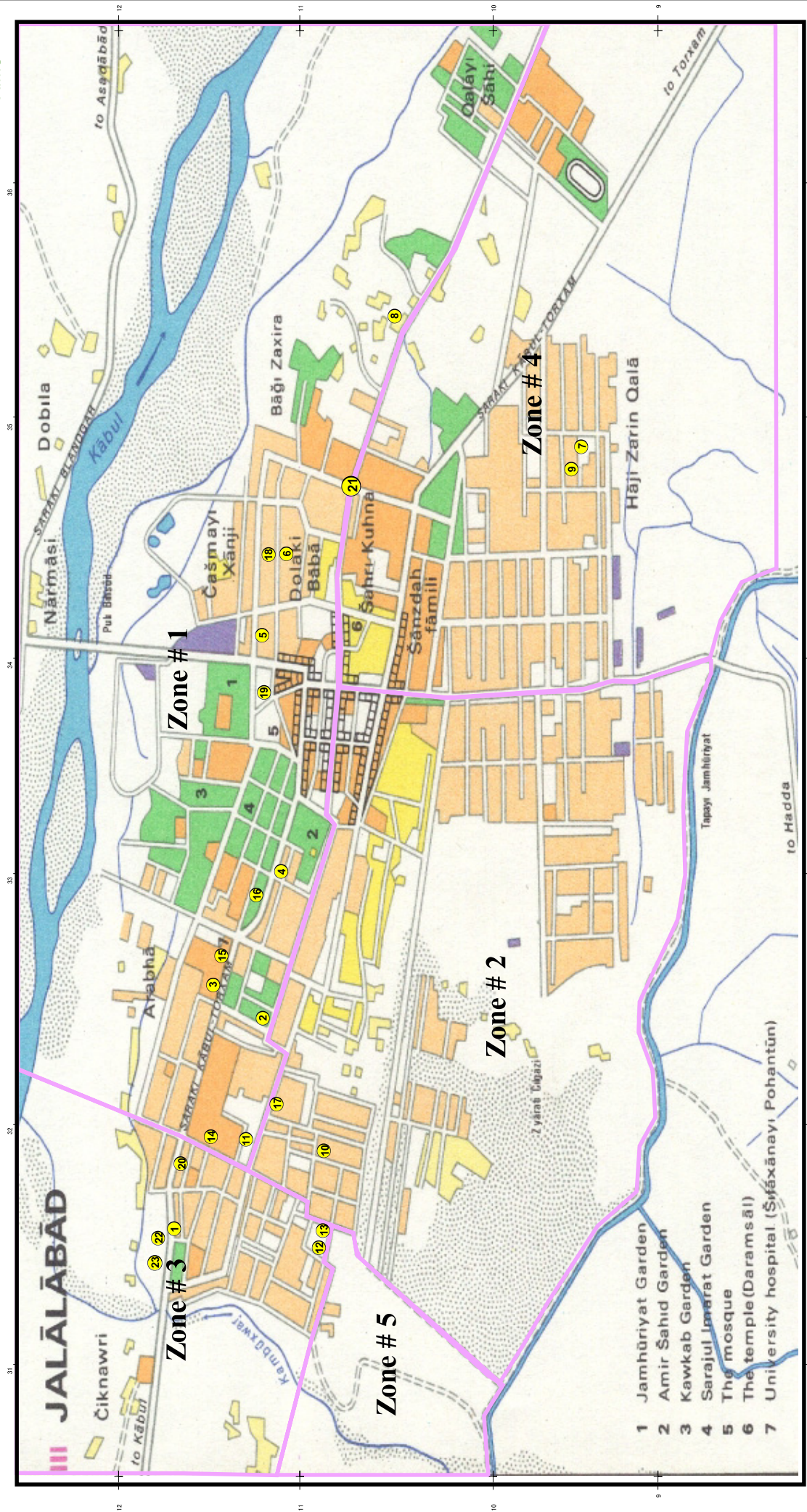
#	Area-names	Settlements	Tradition-Typ	Mixed-Tradition Typ	Disperse	Commercial Areas	Empty-Areas	Rivers	Seasonal River	Parks	Main-Roads	Factory	Cemeteries



NOTE:  
The boundaries and names on the maps  
do not imply official endorsement or  
acceptance by the United Nations.





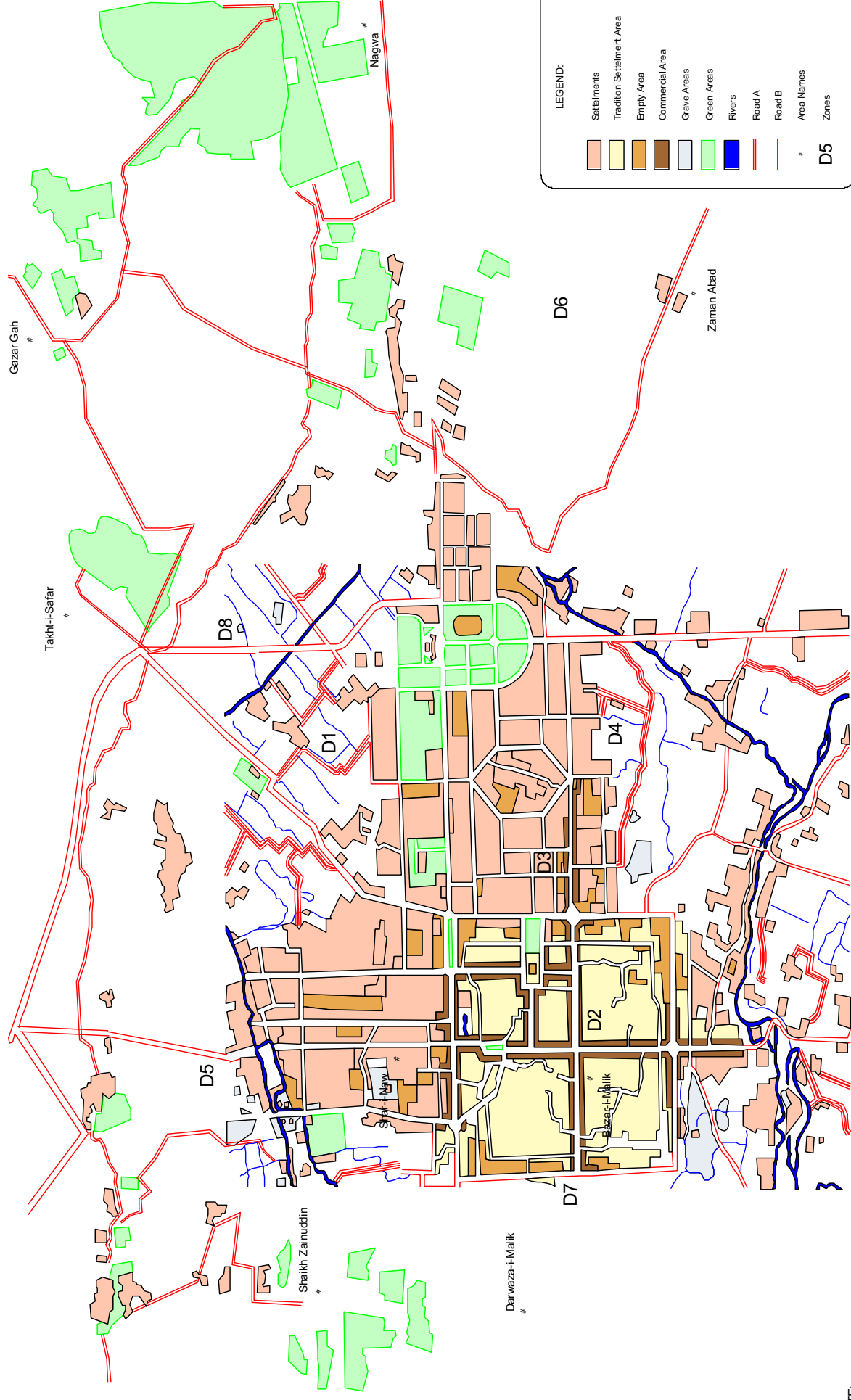


- |                         |                        |                          |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1: UNDP                 | 16: SPEEN GHAR HOTEL   | 21: Globe Traffic Center |
| 12: ZULU GUESTHOUSE     | 17: PAKISTAN CONSULATE | 22: FAO SO #2            |
| 13: AMAC                | 18: GOVERNOR HOUSE     | 23: Security HQ          |
| 14: GENERAL HOSPITAL    | 19: WHITE MOSQUE       |                          |
| 15: UNIVERSITY HOSPITAL | 20: UNAMA GH           |                          |

- |                     |
|---------------------|
| 6: UNICA            |
| 7: UNICEF           |
| 8: UNHCR GUESTHOUSE |
| 9: WHO              |
| 10: UNDCP           |

- |                   |
|-------------------|
| 1: FAO            |
| 2: UNAMA          |
| 3: WFP GUESTHOUSE |
| 4: WFP            |
| 5: UNHCR          |

# HIRAT CITY MAP



## NOTE:

The boundaries and names on the maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. For further information contact AIMS  
E-Mail: [info@hic.org.pk](mailto:info@hic.org.pk)

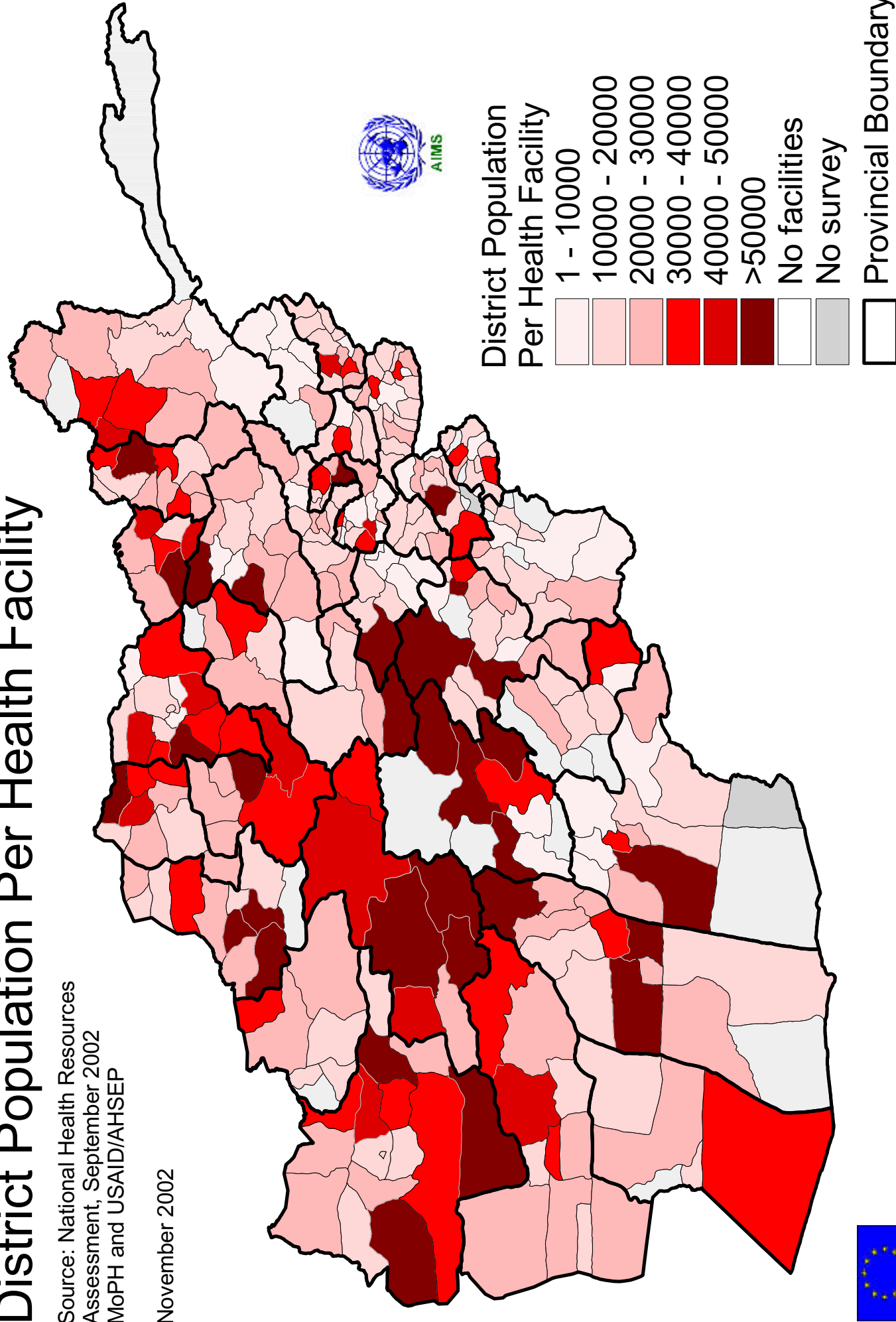




# District Population Per Health Facility

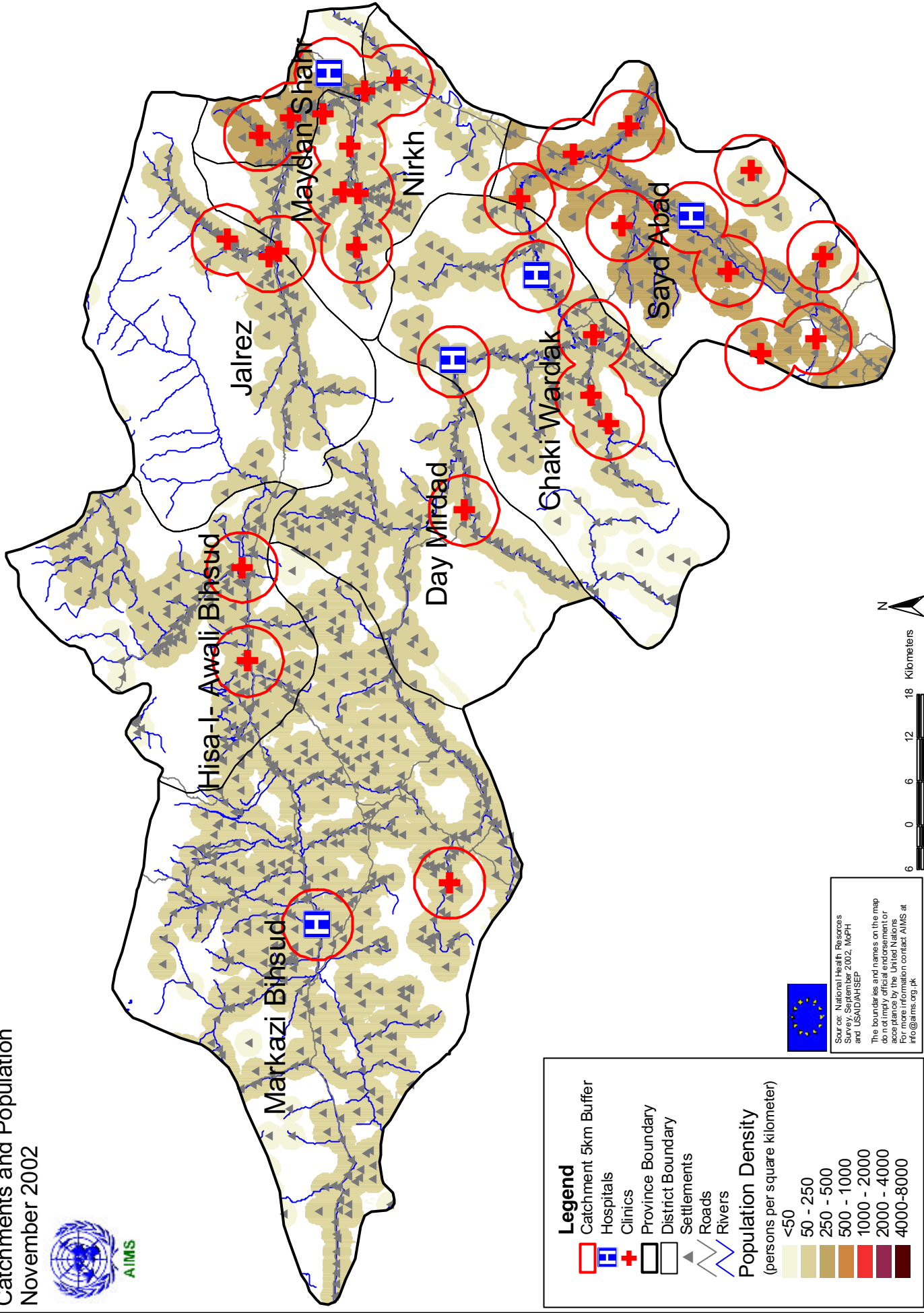
Source: National Health Resources  
Assessment, September 2002  
MoPH and USAID/AHSEP

November 2002



# Wardak Health Facilities

Catchments and Population  
November 2002



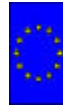
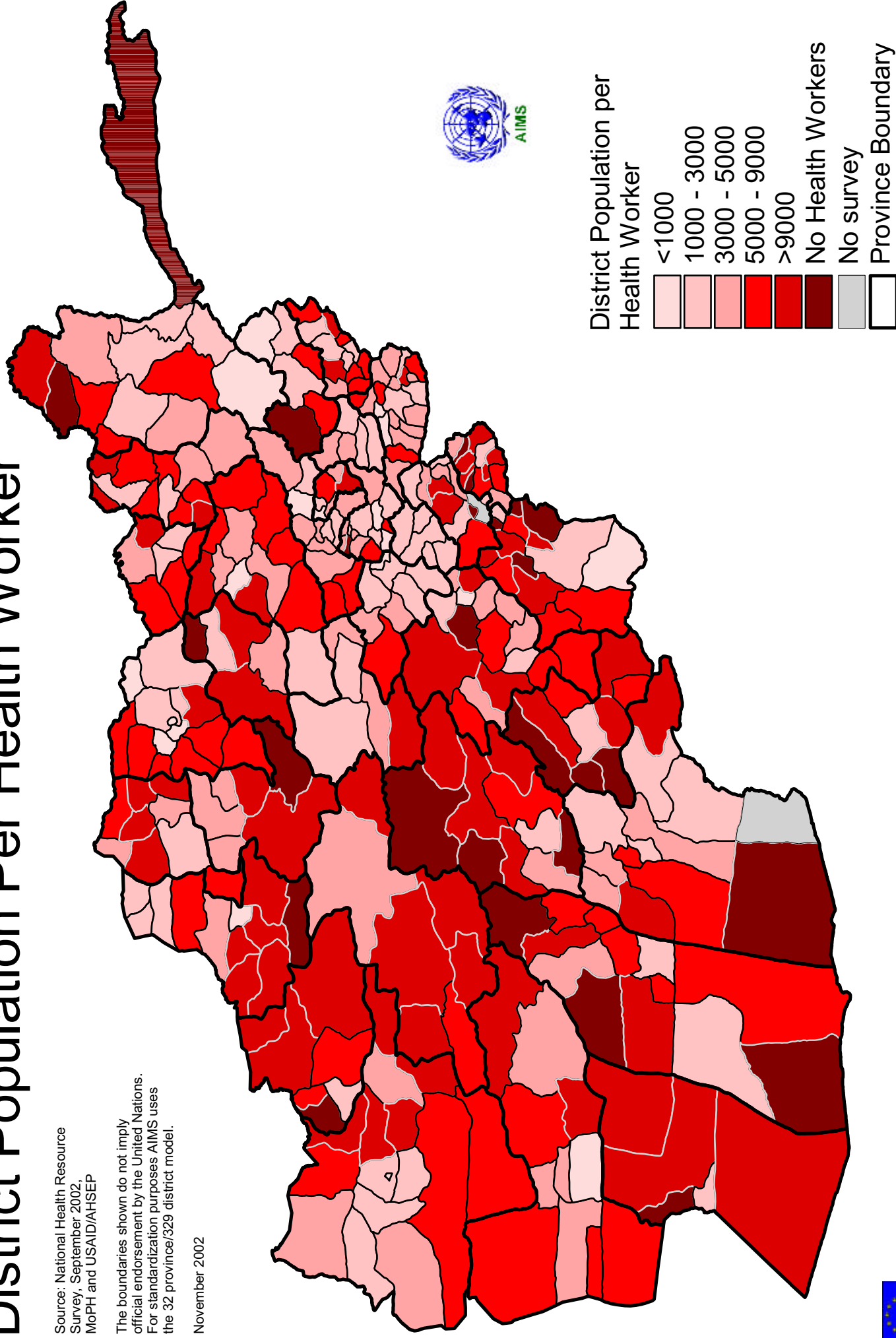


# District Population Per Health Worker

Source: National Health Resource Survey, September 2002, MoPH and USAID/AHSEP

The boundaries shown do not imply official endorsement by the United Nations. For standardization purposes AIMS uses the 32 province/329 district model.

November 2002





Notes : .....