

:

:



1

[Large empty rectangular box]

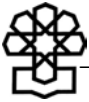
[Small empty square box]

:

[Small empty rectangular box]

:

-
- -
- -
- -
- -
- -
- :



گزارش حاضر، تصویری خلاصه از متن ترجمه شده گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ میلادی سازمان بهداشت جهانی «WHO» را به نمایش می‌گذارد. سازمان بهداشت جهانی، فلسفه وجودی این گزارش و مباحث موضوع آن را سنگ بنای یک تلاش هدفمند و مشترک برای توسعه نظام‌های سلامت در هر یک از کشورها و جامعه جهانی تعریف گردیده است گزارش با نگرشی بدیع به مفهوم و فرایند سلامت، کمک به ارتقای عملکرد نظام‌های سلامت در سراسر دنیا را هدف گرفته و در دستور کار خود قرار داده است و بر آن است که: به جای تأکید و تمرکز بر عرصه‌های نظری، عقیدتی و اندیشه‌ای نظام‌های سلامت در جهان، توصیه‌ها و راهبردهای خود را بر شواهد، تجارب و رویکردها بنا نهد، چشم‌انداز و افق دیگر صاحب‌نظران، سیاستگذاران و مدیران اجرایی نظام سلامت را آن‌چنان وسعت بخشد که علاوه بر درک جامع از کارکردهای اصلی و کلیدی نظام سلامت، ارزیابی فرایندها و همچنین چالش‌های اصلی آن به مخاطرات و نگرانی‌های فراتر از سازوکار تأمین و ارائه خدمات بهداشتی و سلامت فردی و عمومی توجه نمایند.

گزارش، ضمن تأکید بر مسئولیت و تعهد سیاسی دولت‌ها برای تأمین و ارتقای سطح سلامت مردم و سنجش و اصلاح کارکرد و کارایی نظام سلامت، رویکرد مؤثر و مطلوب این نظام را محدود به ارتقای سلامت افراد نمی‌داند و بر نقش و مسئولیت بیشتر دولت‌ها برای حمایت از گروه‌های فقیر در قبال تحمل هزینه‌های مراقبت سلامت، کاهش نابرابری‌ها در دستیابی به خدمات و انتخاب گزینه‌های مدیریت شده‌ای که متضمن منافع بیشتر افراد فقیر باشد، تکیه می‌نماید. کشورها نیازمند نظام‌هایی هستند که شهروندان‌شان را هم در برابر خطرات سلامت و هم خطرات مالی ناشی از بیماری‌ها صرف‌نظر از توانایی پرداخت آن‌ها، محافظت نماید. کارکردهای کلیدی نظام‌های سلامت که زمینه موضوعی مباحث و فصول گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی را به خود اختصاص داده بر حول سه محور اساسی:

۱. سلامت خوب.

۲. پاسخدهی «حفظ حرمت فردی و انسانی افراد و کاهش آسیب به شأن، استقلال و جایگاه اجتماعی در پاسخ به انتظارات و توقعات آنان».

۳. مشارکت عادلانه مالی «عدالت در شیوه پرداخت، تقبل و تحمل هزینه‌ها، مراقبت از سلامت»

و چهار کارکرد اصلی و کلیدی زیر استوار است:

الف) تولید «تشخیص، تعیین و تقویت سیاست‌های جامع و کلان و موازین و مقررات ناظر بر همه نظام اجرایی».

ب) مدیریت منابع مالی «تأمین، افزایش، انباشت و هزینه منابع مالی».

ج) سرمایه‌گذاری «منابع انسانی، فیزیکی و فضایی، تجهیزاتی، آموزشی و ...».

د) شیوه و سطح ارائه خدمات.

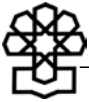
امید آن که، مطالعه این گزارش موجبی هر چند اندک برای تفکر، مشارکت و تعامل بیشتر سیاستگذاران، مسئولان و مدیران نظام سلامت در سطوح و جایگاه‌های مختلف برای ارزیابی عملکرد و ارتقای کارکرد و کارایی نظام سلامت کشور و اقدامات ناظر بر تلاش‌های در دست انجام برای اصلاحات باشد.



:

نظام‌های سلامت نقش مهمی در بهبود زندگی و افزایش امید به زندگی طی قرن بیستم داشته‌اند. با این وجود؛ شکاف‌های بزرگی بین توان بالقوه نظام‌های سلامت و عملکرد کنونی آن‌ها وجود دارد. در دستاوردهای کشورهای دارای امکانات و منابع مشابه تفاوت‌های بسیاری دیده می‌شود. هدف این گزارش آن است که به تحلیل نقش نظام‌های سلامت پرداخته و نحوه کارآمدتر ساختن آن‌ها و مهم‌تر از همه در دسترس‌تر قرار دادن آن‌ها و پاسخ‌دهی به انسانی‌هایی را مطرح سازد که در حال حاضر از دستیابی به فواید کامل آن‌ها بی‌بهره‌اند.

عدم دسترسی به مراقبت اولیه سلامت ارتباط بنیادی با فقر دارد. نظام‌های سلامت با تمامی دستاوردهای مطلوب خود در پر کردن شکاف سلامت بین فقرا و اغنیا در قرن گذشته شکست خورده‌اند. با پیشرفت‌های اقتصادی این شکاف در حال گسترش است، اغنیا از این منافع بیشتر سود می‌برند اما نکته در این جاست که سهم افراد فقیر از خدمات سلامت را می‌توان با هزینه‌های به نسبت پایینی افزایش داد (کادر ۱-۱).



مجموعه تخمین‌های جهانی از بار بیماری‌ها، نمی‌تواند تمایزی بین فقیر و غنی قایل شود اما به روش زیر می‌توان به تمایز تقریبی دست یافت: رتبه‌بندی کشورها بر حسب درآمد سرانه، جمع زدن از پایین‌ترین و بالاترین سطوح درآمد برای تشکیل گروه‌هایی که هر یک، ۲۰ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و بررسی توزیع مرگ و میر در هر گروه بر حسب سن، جنس و علل. این تخمین‌ها نشان می‌دهد که در سال ۱۹۹۰، حدود ۷۰ درصد از کل موارد مرگ و میر و کلاً ۹۲ درصد از موارد مرگ ناشی از بیماری‌های واگیردار در فقیرترین پنجم (۲۰ درصد)، «مازاد» بر مرگ و میری است که با میزان‌های مرگ و میر مربوطه در غنی‌ترین پنجم (۲۰ درصد) ممکن بود روی دهد. ارقام برای میزان کل سال‌های عمر تعدیل شده بر حسب ناتوانی (DALY) نیز مشابه بود با این تفاوت که بیماری‌های غیرواگیردار، نقش بیش‌تری در این میان داشتند. تفاوت عمده موجود بین بیماری‌های واگیردار و غیرواگیردار، منعکس‌کننده چگالی مرگ و میر و سال‌های از دست رفته زندگی سالم «DALY» ناشی از بیماری‌های واگیردار در میان فقرای جهان است: (حدود ۶۰ درصد از کل سلامت نامطلوب برای افراد فقیر و تنها ۸ تا ۱۱ درصد در میان غنی‌ترین پنجم). این امر ارتباط قوی با تفاوت‌های موجود در توزیع سنی مرگ و میرها دارد: اندکی بیش از نیمی از کل موارد مرگ و میر در میان فقرا بیش از سن ۱۵ سالگی روی می‌دهد در حالی که این میزان در میان افراد غنی تنها ۴ درصد است. تفاوت میان فقرا و اغنیا، حتی در کشورهای آفریقایی که مشخصاً مرگ و میر بالایی دارند نیز دیده می‌شود و بیش‌تر از آن در یک کشور امریکای لاتین که مشخصاً مرگ و میر پایینی دارد مشهود است؛ جایی که مرگ و میر در سال‌های اولیه زندگی تقریباً در میان اقشار مرفه حذف شده است.

می‌توان با مداخلات به نسبت هزینه _ اثربخش این شکاف میان فقیر _ غنی را کم کرد. مداخلاتی با هزینه تخمینی ۱۰۰ دلار یا کم‌تر به ازای هر DALY حفظ شده می‌توانند با ۸ تا ۹ مورد از ۱۰ علت اصلی سلامت نامطلوب در کودکان زیر ۵ سال و ۶ تا ۸ مورد از ۱۰ علت اصلی سلامت نامطلوب در کودکان سنین ۵ تا ۱۴ سال، مقابله نمایند. این موارد، ناشی از بیماری‌های واگیردار و یا اشکالی از سوء تغذیه هستند. پیش‌بینی شده است که مرگ و میر و ناتوانی ناشی از این علل به سرعت تا سال ۲۰۲۰ کاهش یابد و آسیب ناشی از بیماری‌های واگیردار و غیرواگیردار بر سلامت افراد فقیر، تقریباً یکسان و مساوی شود. چنانچه این امکان وجود داشته باشد که میزان کاهش پیش‌بینی شده آسیب‌های ناشی از بیماری‌های واگیردار دو برابر شود، ثروتمندان جهان تنها ۰/۴ سال افزایش امید به زندگی خواهند داشت اما این رقم برای فقرا ۴/۱ سال خواهد بود؛ بنابراین تفاوت میان این گروه، از ۱۸/۷ به ۱۲/۷ سال می‌رسد برعکس، دو برابر کردن سرعت کاهش آسیب ناشی از بیماری‌های غیرواگیر منافع بیش‌تر اقشار مرفه را تأمین می‌کند ضمن آن که به هزینه بیش‌تری نیز نیاز دارد.

سازمان بهداشت جهانی نظام سلامت را به این صورت تعریف می‌کند: تمام فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن‌ها ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت است. این فعالیت‌ها می‌تواند شامل مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشتی عمومی یا برنامه‌های بین بخشی (مانند ایمن‌سازی اتومبیل، بهبودجاده‌ها و ...) باشد.

1. Disability –adjusted life years

Daly عبارت است از تعداد سال‌های زندگی سالم که به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی از دست می‌رود.



امروزه در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و کشورهای با درآمد متوسط دولت‌ها نقش مرکزی‌تری در سیاستگذاری اجتماعی و مراقبت سلامت پیدا کرده‌اند. مشارکت و دخالت آن‌ها در هر دو زمینه عدالت و کارایی معقول و منطقی است. اما در کشورهای کم درآمد خدمات سلامت تا حد زیادی در دست بخش خصوصی است و در بسیاری از این کشورها فقرا هنوز دسترسی اندکی به مراقبت‌های سلامت دارند.

امروزه نیازهای سلامت به شکل فزاینده‌ای نسبت به ۱۰۰ سال گذشته افزایش یافته است. نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را بر عهده دارند بلکه مسئولیت حفاظت از آن‌ها را در برابر هزینه‌های مالی بیماری و رعایت شأن و جایگاه‌شان را نیز بر دوش می‌کشند.

به طور خلاصه نظام‌های سلامت سه هدف بنیادین دارند:

○ ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش.

○ پاسخ به انتظارات مردم.

○ محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت نامطلوب.

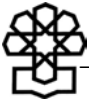
نباید این طور فکر شود که در کشورهای فقیر به علت وضعیت نامطلوب سلامتی تنها باید به ارتقای سلامت اندیشید. پیگیری دو هدف دیگر در اکثر موارد با هزینه‌ای پایین قابل دستیابی است. راه بهتر دستیابی به این اهداف در فصل‌های آتی مورد بحث قرار می‌گیرد.

از زمانی که نوع بشر به صورت آگاهانه تلاش خود را برای حفظ سلامت و درمان بیماری‌ها آغاز کرد، نظام‌های سلامت نیز شکل گرفت اما تا یک قرن پیش نظام‌های سلامت سازمان یافته که با قصد فایده رساندن به کل جمعیت شکل گرفته باشند، وجود نداشت.

در اواخر قرن نوزدهم با وقوع انقلاب صنعتی و تغییر الگوی زندگی، مسأله سلامت کارگران در برخی از کشورهای اروپایی تا حد یک مسأله سیاسی نمود یافت. بیسمارک صدر اعظم آلمان برای مقابله با این وضعیت قانونی را در سال ۱۸۸۳ به تصویب رسانید که بر طبق آن کارفرمایان موظف بودند که کارگران خود را برای خدمات بهداشتی و درمانی تحت پوشش قرار دهند.

استقبال عمومی کارگران از این قانون موجب شد که قوانین مشابهی در سال ۱۸۹۴ در بلژیک، سال ۱۹۰۹ در نروژ و سال ۱۹۱۱ در انگلستان وضع گردد. پس از جنگ جهانی اول الگوی آلمانی در خارج از مرزهای اروپا گسترش یافت. ژاپن در سال ۱۹۲۲ مزایای بهداشتی را به مزایای کارگران اضافه نمود. در سال ۱۹۲۴ شیلی تمام کارگران را زیر چتر برنامه وزارت کار قرارداد.

جنگ جهانی دوم گرچه زیر ساختار سلامت را در بسیاری از کشورها تخریب نمود. اما راه را برای ورود انواع دیگر نظام‌های سلامت هموار کرد.



نیوزیلند در سال ۱۹۳۸ اولین کشوری بود که نظام ملی خدمات سلامت را ارائه نمود. کاستاریکا مبانی بیمه فراگیر سلامت را تا سال ۱۹۴۱ بنا نهاد. در کشور مکزیک، مؤسسه تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت هر دو در سال ۱۹۴۳ تأسیس شدند. سازمان ملی خدمات^۱ سلامت انگلستان در سال ۱۹۴۸ تأسیس شد. ژاپن و اتحاد جماهیر شوروی نیز پس از جنگ، نظام‌های ملی محدود خود را توسعه دادند تا اکثر جمعیت خود را پوشش دهند؛ همین اتفاق در نروژ، سوئد، مجارستان، سایر کشورهای کمونیستی اروپا و همچنین شیلی روی داد.

نظام‌های سلامت امروزه الگوهایی از یک یا چند طراحی اولیه‌اند که در اواخر قرن نوزدهم شکل گرفتند و به تدریج اصلاح شدند. یکی از این الگوها، پوشش اکثریت یا همگانی شهروندان در صندوق‌های بیمه اجتماعی و یا بیمه بیماری از طریق پرداخت‌های اجباری کارفرمایان یا کارگران است، که با روش ارائه خدمت به دو شیوه ارائه‌کننده خصوصی و دولتی صورت می‌گیرد. یکی دیگر از این الگوها که اندکی جدیدتر است، برنامه‌ریزی و تأمین مالی را به گونه‌ای مرکزگرا صورت می‌دهد و عمدتاً بر درآمدهای مالیاتی و ارائه خدمات دولتی متکی است. در الگوی سوم، مشارکت حکومت محدودتر اما کماکان قابل توجه است و بعضاً تنها برخی گروه‌های جمعیتی خاص را پوشش می‌دهد و راه را برای بقیه افراد جمعیت باز می‌گذارد تا به صورت خصوصی به تأمین مالی، ارائه خدمات و مالکیت تسهیلات دست زنند. مثال‌های بارز این الگوها که در آن، یک الگو یا دیگری، حجم عمده منابع یا ارائه خدمات را به خود اختصاص داده است، عمدتاً در کشورهای غنی مشاهده می‌شود؛ نظام‌های سلامت در کشورهای با درآمد متوسط (به خصوص کشورهای امریکای لاتین) تمایل دارند که ترکیبی از دو یا هر سه نوع الگو باشند. بحث‌های بسیاری بر این موضوع صورت گرفته است که کدام یک از روش‌های سازماندهی نظام سلامت بهتر از دیگری است؛ اما آنچه درباره ساختار کلی نظام بیشتر اهمیت دارد آن است که (این ساختار) چقدر باعث تسهیل انجام کارکردهای اصلی آن می‌شود.

قرن بیستم، با سه نسل از اصلاحات نظام سلامت روبه‌رو شد. علت شکل‌گیری اصلاحات، نه تنها رفع نارسایی‌های مورد نظر در سلامت بود بلکه کارایی بیشتر، عدالت و پاسخ‌دهی به انتظارات افرادی که این نظام‌ها با آنان سر و کار داشتند نیز هدف بود.

نسل اول این اصلاحات، شاهد استقرار نظام‌های ملی مراقبت سلامت و گسترش نظام‌های بیمه اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط بود که در کشورهای غنی بین سال‌های دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ و در کشورهای فقیرتر، اندکی دیرتر روی داد.

نسل دوم اصلاحات شاهد ارتقای مراقبت اولیه سلامت به عنوان راهی برای دستیابی به پوشش همگانی قابل خرید از سوی افراد بود. این رویکرد به تجارب به دست آمده در برنامه‌های کنترل بیماری

1. National Health Services (NHS).



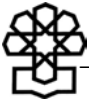
طی دهه ۱۹۴۰ در کشورهایمانند آفریقای جنوبی، جمهوری اسلامی ایران و یوگسلاوی سابق استوار بود.

اصلاحات نسل اول و دوم، عمدتاً مبتنی بر عرضه بوده‌اند. نگرانی در باره تقاضا، از ویژگی‌های بارز نسل سوم اصلاحات است که در حال حاضر در بسیاری از کشورها جریان دارد. نسل سوم اصلاحات تلاش جهت ایجاد شرایطی است که در آن به جای اعطای بودجه به ارائه‌کنندگان خدمت (که غالباً بر اساس نیازهای فرضی تعیین می‌شد)، می‌باید «پول به دنبال بیمار» باشد.

تفکراتی چون پاسخ‌دهی بیش‌تر به تقاضای مردم، تلاش جدی‌تر جهت اطمینان یافتن از دسترسی افراد فقیر به خدمت و تأکید بر تأمین منابع مالی (از جمله یارانه‌ها) در بخش دولتی به جای ارائه خدمات محض، در بطن بسیاری از برنامه‌های رایج اصلاحات نسل سوم نهفته است. اصلاحات نسل سوم تا حدی منعکس‌کننده تغییرات سیاسی و اقتصادی عمیقی هستند که در دنیا در حال شکل‌گیری است. از اواخر دهه ۱۹۸۰، حرکت از سمت اقتصاد کمونیستی به اقتصاد بازار محور در چین، اروپای مرکزی و اتحاد سابق جماهیر شوروی آغاز شد و هم‌اکنون مداخلات بی‌ملاحظه حکومت در امر اقتصاد، در همه جا از درجه اعتبار افتاده است که این امر منجر به کنار گذاشته شدن گسترده عرصه‌های دولتی، بهبود رقابت بیش‌تر هم در داخل و هم در خارج، کاهش کنترل و نظارت دولت و در کل تأیید بیش‌تر بر ساز و کارهای بازار شده است.

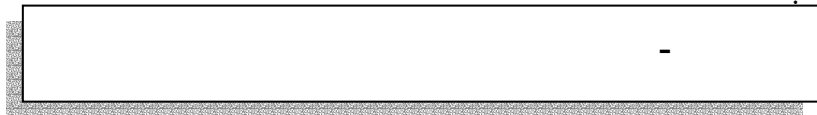
نظام‌های سلامت نیز در برابر این تغییرات کلان، ایمن نبوده‌اند. یکی از نتایج این امر، افزایش شدید تمایل به ساز و کارهای جزئی‌تر بیمه‌ای از جمله بیمه‌های با تأمین مالی خصوصی است. اصلاحات و تغییرات مورد نظر، در تعدادی از کشورهای آسیایی روی داده است. به طوری که نظام بیمه جامع سلامت به درجات مختلف در کره جنوبی، مالزی، سنگاپور و تایوان مستقر شده است. اصلاحات جهت تجمیع، گسترش یا تلفیق پوشش بیمه‌ای برای تسهیم بیش‌تر خطر نیز در آرژانتین، شیلی، کلمبیا و مکزیک رخ داده است. در سراسر کشورهای کمونیستی سابق نیز ترکیبی از بیمه و مراقبت سلامت با پرداخت مستقیم از جیب، جایگزین بخش عمده‌ای از نظام دولتی شده است. در کشورهای توسعه یافته که تاکنون از پوشش جامع برخوردار بوده‌اند، معمولاً تغییرات کم‌تری در نحوه تأمین مالی مراقبت سلامت روی داده است. تغییرات ناظر بر زمینه‌هایی از این قبیل است که چه کسی نحوه استفاده از منابع را مشخص می‌کند، ترتیباتی که انباشت و مدیریت صندوق‌ها و همچنین پرداخت به ارائه‌کنندگان از محل این صندوق‌ها به وسیله آن‌ها صورت گرفته است، چگونه است.

چگونه می‌توان به توان بالقوه نظام‌های سلامت دست یافت؟ نظام‌های سلامت چگونه می‌توانند عملکرد بهتری داشته باشند به گونه‌ای که علاوه بر محافظت از سلامت مردم، به انتظارات آن‌ها نیز پاسخ دهند و از آن‌ها در برابر هزینه‌های مالی بیماری، محافظت نمایند. این گزارش که در شش فصل تنظیم شده است در پی یافتن پاسخی برای این سؤالات است.



در فصل دوم به ارائه چارچوبی جهت ارزیابی عملکرد نظام سلامت و درک عواملی که در چهار حوزه کلیدی (ارائه خدمات، تولید منابع، تأمین مالی و تولید) بر عملکرد تأثیر می‌گذارند پرداخته می‌شود. در فصل سوم به نتیجه‌گیری‌های روشنی درباره سازمان‌ها، قوانین و انگیزش‌های مؤثر بر بهبود نظام سلامت اختصاص دارد.

موضوع فصل چهارم، ناظر است بر نحوه تولید منابع و همچنین اشتباهاتی که باید از آن‌ها اجتناب نمود. در فصل پنجم نتیجه‌گیری‌های قابل مقایسه مطلوبیت تأمین مالی نظام‌های سلامت، را شامل می‌شود. در نهایت، نظام سلامت نیازمند بینش و نگرش جامعی است تا بتواند در جهت اهداف خود شرکت نماید. پیشنهادهای و نقطه‌نظرات مربوط به این کارکرد کلی‌تر در فصل ششم مورد بحث قرار گرفته‌اند. تأکید بر این مباحث، به صورت محدود و نسبی صورت گرفته است چرا که بسیاری از تلاش‌های اصلاح‌گرایانه امروزی، با هدف تغییر این جوانب صورت می‌گیرند نه این‌که تنها گسترش عرضه خدمات را مدنظر قرار داده باشند یا مداخلاتی را که باید صورت گیرد تعیین کنند. توجیه‌پذیری همه تغییرات در گرو آن است که عملکرد نظام سلامت توسط آن‌ها بهبود یابد



)

:

(

برای ارزیابی این‌که یک نظام سلامت به چه میزان کار خود را خوب انجام می‌دهد باید به دو سؤال اصلی پاسخ داد.

۱. چه اقداماتی در ارتباط با سه هدف سلامت خوب، پاسخ‌دهی و مشارکت مالی صورت گرفته است (دستیابی)؟

۲. بهترین خدماتی که با همین منابع قابل دستیابی است چیست (عملکرد)؟

در ادامه فصل، درصدد یافتن پاسخی برای این دو سؤال هستیم.



بدون شک هدف اصلی هر نظام سلامتی، سلامت بهتر و ارتقای سلامت جامعه است. نظام سلامت، از دو منظر با سایر نظام‌های اجتماعی مانند آموزش و بازاریابی که برای اکثر کالاها و خدمات به مشتریان وجود دارد، متفاوت است؛ این تفاوت‌ها، به خصوص اهمیت اهداف پاسخ‌دهی و تأمین مالی عادلانه را برجسته‌تر می‌سازد. یکی از این تفاوت‌ها این است که مراقبت سلامت ممکن است هزینه کم‌شکنی به همراه داشته باشد. بخش عمده‌ای از نیاز به مراقبت، غیرقابل پیش‌بینی است. بنابراین محافظت از افراد حیاتی است، به گونه‌ای که مجبور نشوند بین ورشکستگی مالی و از دست دادن سلامت، یکی را انتخاب کنند.

در این بین دو هدف اصلی دیگر نیز وجود دارد پاسخ‌دهی و تأمین مالی عادلانه.

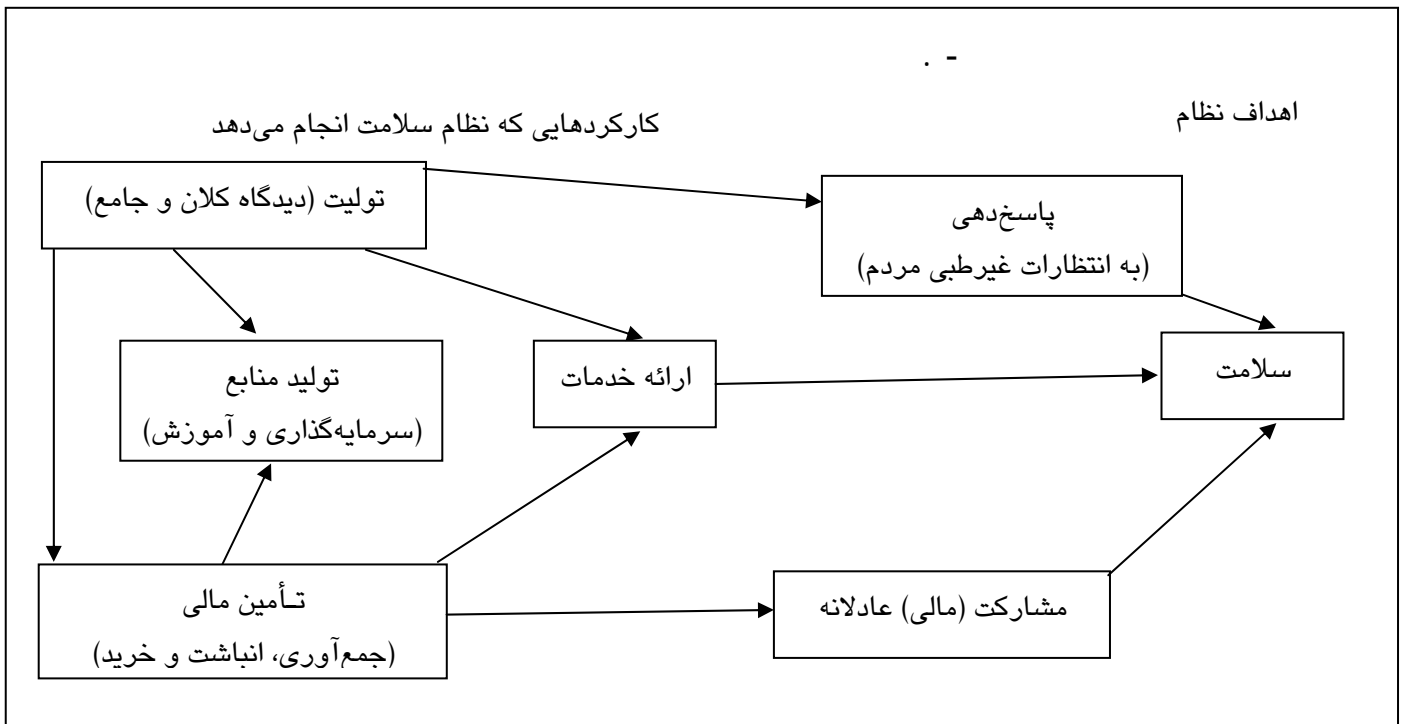
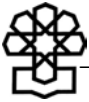
در بحث کارکردهای نظام سلامت چهار کارکرد اصلی مطرح است:

۱. ارائه خدمات سلامت،
 ۲. تأمین مالی شامل افزایش، انباشت، مدیریت و تخصیص درآمدها جهت خرید خدمات،
 ۳. تولید منابع (شامل سرمایه‌گذاری در منابع انسانی، ساختمانی و تجهیزات)،
 ۴. تولید^۱ (عمل به عنوان متولیان کلی منابع که در برگیرنده دیدگاه کلان و جامع است).
- اهداف و کارکردهای نظام سلامت در جدول ۱-۲ خلاصه شده است.

- .

ارائه خدمات	مشارکت مالی عادلانه
تولید منابع	پاسخ‌دهی
تأمین مالی	ارتقای سلامت
تولیت	

شکل ۱-۲ نشان‌دهنده آن است که چگونه این کارکردها با یکدیگر و با اهداف نظام سلامت در ارتباط هستند. در چهار فصل آتی، به بررسی هریک از این کارکردها می‌پردازیم.



:

یک نظام سلامت مطلوب بیش از هر چیز تلاش در رسیدن به سلامت خوب دارد اما باید توجه داشت که این تلاش نباید موجب شود که حفظ یا ارتقای سلامت به صورتی نامتناسب به افرادی که از سلامت بهتر برخوردارند برسد. نظام سلامت باید بکوشد از طریق ارتقای ترجیحی سلامت فقرا، در جهت کاهش نابرابری‌ها تلاش کند.

برای ارزیابی یک نظام سلامت پنج گزینه باید مورد سنجش قرار گیرد:

- سطح کلی سلامت،
- توزیع سلامت در بین جمعیت،
- سطح کلی پاسخ‌دهی،
- توزیع پاسخ‌دهی،
- توزیع مشارکت در تأمین منابع مالی.

با در نظر گرفتن این پنج گزینه سازمان بهداشت جهانی اقدام به تعریف شاخص‌هایی نمود که جزئیات مربوط به آن را می‌توانید با مراجعه به پایگاه اینترنتی سازمان بهداشت جهانی ملاحظه فرمایید.



-	:
---	---

()

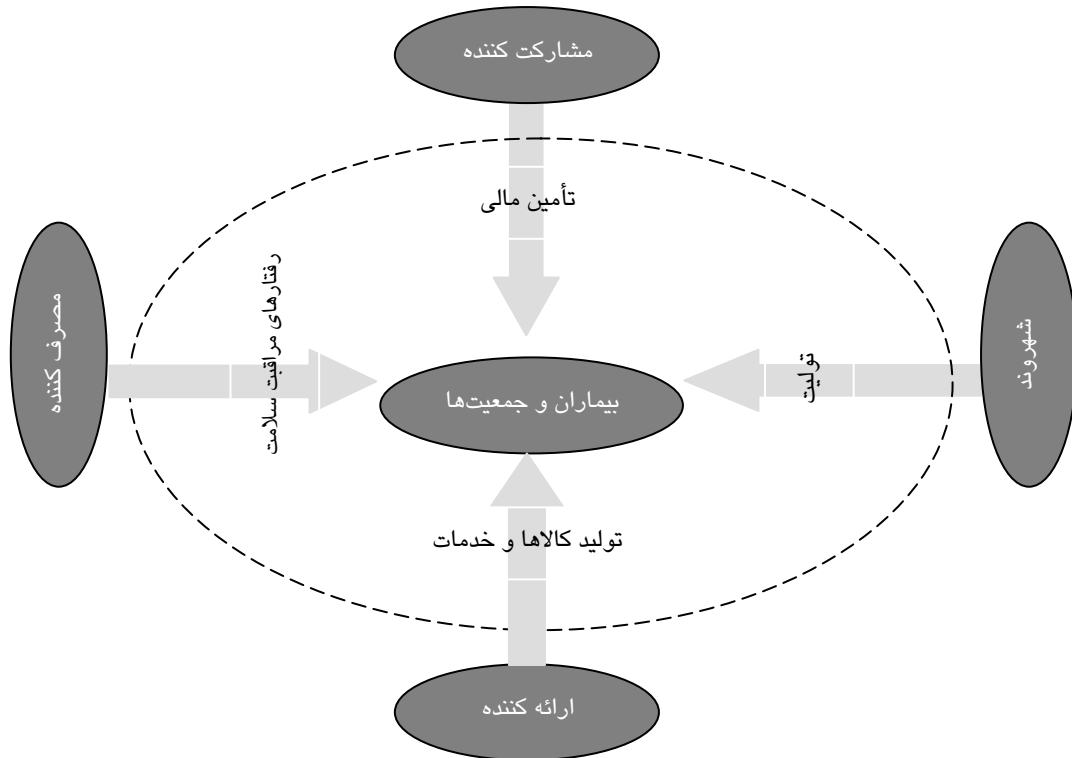
همان‌طور که هدف اصلی یک نظام سلامت ارتقای سلامت افراد است اصلی‌ترین کارکرد آن نیز ارائه خدمات سلامت می‌باشد. اگر نارسایی‌هایی در این کارکرد وجود داشته باشد ممکن است علت آن نارسایی در منابع یا تأمین مالی نامطلوب باشد. اما غالباً این امر به دلیل سازماندهی نامناسب و ناکارآمد نظام سلامت است. این امر ممکن است از مهره‌چینی غلط در میان نقش‌آفرینان مختلف در امر ارائه خدمات ناشی شده باشد.

این فصل به نحوه تعیین اولویت‌ها برای خدماتی می‌پردازد که نظام‌های سلامت باید ارائه نمایند، همچنین انتخاب‌ها و سازوکارهای دخیل در سهمیه‌بندی به گونه‌ای که این اولویت‌ها، اثربخش باشند را مطرح می‌کند؛ و به عوامل سازمانی که موجب اطمینان از دستیابی افراد به خدمات صحیح و به موقع اشاره می‌نماید.

محل ارائه خدمات سلامت جایی است که افراد به عنوان ارائه‌کننده و مصرف‌کننده با یکدیگر رو به رو می‌شوند اما همان‌طور که در شکل ۱-۳ نشان داده شده است افراد در این میان بیش از یک نقش ایفا می‌کنند.

افراد در طول زندگی خود ممکن است به عنوان ارائه‌کننده، مشتری، مشارکت‌کننده و متولی نظام سلامت عمل کنند.

همان‌گونه که کارکرد چهارگانه نظام سلامت برای دستیابی به عملکرد بهتر باید سازمان یافته انجام شوند افراد نیز باید این چهار نقش را به درستی ایفا کنند تا فواید بالقوه به همه بیماران و جمعیتی که در کانون این خدمات قرار دارند برسد.



بیماران شامل طیفی از سنین مختلف، عادات، درآمد و خطرات متفاوت هستند. همچنین محدوده رویکردهای تشخیصی و مداخلات طبی و جراحی برای بسیاری از وضعیت‌ها، بسیار گسترده است و این احتمال وجود دارد که به میزان قابل توجهی بر گستردگی آن افزوده شود. این امر به معنی آن است که خدمات باید به گونه‌ای طرح‌ریزی و اجرا شوند که امکان نوآوری و تطابق با چالش‌ها و مداخلات جدید سلامت را فراهم کنند و همزمان، به نیازهای افراد در سنین مختلف و با درآمدها، عادات و خطرات گوناگون سلامت پاسخ دهند. هیچ نظام سلامتی، حتی در کشورهای غنی، نمی‌تواند تمام این نیازها را برآورده سازد. بنابراین باید انتخاب‌های آگاهانه‌ای درباره این‌که چه خدماتی اولویت‌دار هستند صورت گیرد. در غیر این صورت خدماتی که واقعاً ارائه می‌شوند، ارتباط اندکی با معیارهای معقول از خدمات واقعاً حائز اهمیت، خواهند داشت.

:

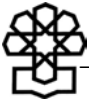
در مداخلات سلامت دو بحث کلی پیشگیری و درمان وجود دارد. معمولاً تقاضا برای مورد دوم وجود دارد. ممکن است هیچ تقاضایی درباره مورد اول وجود نداشته باشد. بنابراین یکی از وظایف اصلی در انتخاب این‌که چه خدماتی باید اولویت‌دار باشند این است که فعالیت‌های بهداشت عمومی و فعالیت‌های بالینی، متوازن و متناسب باشند.



درخواست از نظام سلامت برای دستیابی به بهترین سطح ممکن از سلامت با استفاده از منابع اختصاص داده شده، به معنی آن است که از این نظام بخواهیم تا حد امکان هزینه - اثربخش باشد. این قضیه، مبنایی است برای تأکید بر مداخلاتی که بیشترین ارزش را در استفاده بهینه از منافع مالی جستجو می‌کند و برای مداخلاتی که (هر چه قدر هم که ممکن است برای تک‌تک افراد مفید باشند) به ازای هزینه صرف شده، سهم کم‌تری در ارتقای بهداشت عموم جامعه دارند تأکیدی قائل نیست. تا زمانی که سطح سلامت به عنوان نگرانی اصلی مطرح است، کارایی تخصیصی نظام سلامت را می‌توان با جابه‌جایی منابع از مداخلات غیرهزینه - اثربخش به مداخلات هزینه - اثربخش، ارتقا بخشید. فواید بالقوه این کار، بعضاً بسیار قابل توجه است چرا که الگوی فعلی مداخلات بعضاً شامل مداخلاتی می‌شود که هزینه بسیار زیادی را طلب می‌کنند اما سال‌های زندگی اضافه‌تر اندکی را حاصل موجب می‌شوند.

. -

درمان سل	برنامه درمان با نظارت مستقیم تجویز دارو درمانی کوتاه‌مدت استاندارد شده به تمام موارد اسمیر مثبت تأیید شده سل تحت نظارت در مرحله آغازین (۲-۳ ماه)
سلامت مادران و مداخلات بی‌خطر بر روی مادران	تنظیم خانواده، مراقبت پیش از زایمان و حین زایمان، زایمان پاکیزه و ایمن به وسیله ماماها، آموزش دیده، مراقبت پس از زایمان و مراقبت ضروری مامایی برای بارداری‌ها و عوارض پرخطر
تنظیم خانواده	اطلاعات و آموزش، در دسترس بودن و استفاده مناسب از روش‌های جلوگیری از بارداری
مداخلات سلامت مدارس	آموزش سلامت و مداخلات تغذیه‌ای، از جمله درمان ضدانگل، مکمل‌های ریزمغذی‌ها و غذاهای مدارس
درمان یکپارچه بیماری‌های کودکان	درمان موردی عفونت‌های تنفسی حاد، اسهال، مالاریا، سرخک و سوءتغذیه، واکسیناسیون، مشاوره تغذیه / شیرمادر، مکمل‌های ریزمغذی و آهن، درمان ضدکرم
پیشگیری از ویروس نقص ایمنی انسانی / ایدز (HIV/AIDS)	اطلاعات هدفمند برای روسپی‌ها، آگاه‌سازی از طریق آموزش به وسیله رسانه‌ها، مشاوره، غربالگری، درمان گسترده بیماری‌های منتقله از راه جنسی، تزریق خون ایمن
درمان عفونت‌های منتقله از راه جنسی	درمان موردی با استفاده از تشخیص سندرمیک و الگوریتم درمانی استاندارد
ایمنی‌سازی (EPI)	ب.ث.ژ در بدو تولد، واکسن خوراکی فلج اطفال در بدو تولد، هفته ۶، ۱۰ و ۱۴، دیفتتری - کزاز - سیاه سرفه در هفته‌های ۶ و ۱۰ و ۱۴، هپاتیت B در بدو تولد، ۶ ماهگی و ۹ ماهگی (اختیاری)، سرخک در ۹ ماهگی و کزاز برای زنان سنین باروری
مالاریا	درمان موردی (ارزیابی زودرس و درمان صحیح) و روش‌های پیشگیری انتخابی (مثلاً تورهای آغشته به حشره‌کش)
کنترل دخانیات	مالیات بستن، اطلاع‌رسانی، جایگزینی نیکوتین، اقدامات قانونی
بیماری‌های غیرواگیردار و آسیب‌ها	غربالگری زودرس انتخابی و پیشگیری ثانویه



هزینه مداخلات ممکن است از لحاظ، شرایط خاص و نحوه مداخلات از یک کشور تا کشوری دیگر، بسیار متفاوت باشد. یک تعمیم ناپخته می‌تواند منجر به اشتباهات وخیم در برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی و اجرای مداخلاتی شود که در غیر این صورت، اثربخش می‌بودند.

عوامل متعددی ممکن است هزینه - اثربخشی یک برنامه مداخله‌ای خاص را طی دوره پیاده‌سازی و اجرا، تغییر دهند. این عوامل عبارتند از: موجود بودن، ترکیب و کیفیت ورودی‌ها (اختصاصاً کارکنان آموزش دیده، داروها، تجهیزات و مواد مصرفی)، قیمت‌های محلی خصوصاً هزینه‌های کاری؛ ظرفیت پیاده‌سازی و اجرا، ساختارها و انگیزش‌های سازمانی زمینه‌ساز و چارچوب سازمانی حمایت‌کننده.

تمام این موانع بیانگر آن هستند که حتی بر مبنای معیار منفرد هزینه - اثربخشی، تحلیل توان بالقوه یک نظام سلامت برای دستیابی به سلامت بیش‌تر نسبت به هزینه‌ای که صرف می‌کند، باید با توجه به ظرفیت‌ها، فعالیت‌ها و پیامدهای موجود آغاز شود و گام‌هایی را مدنظر قرار دهد که می‌توان از نقطه شروع، جهت اضافه کردن، تعدیل یا حذف خدمات برداشت. این موضوع احتمالاً کاربردهای عمیقی برای سرمایه‌گذاری خواهد داشت، چنانچه صرفاً با جهت‌دهی و هدایت مجدد کارکنان، تسهیلات و تجهیزات موجود نتوان تغییر زیادی ایجاد کرد.

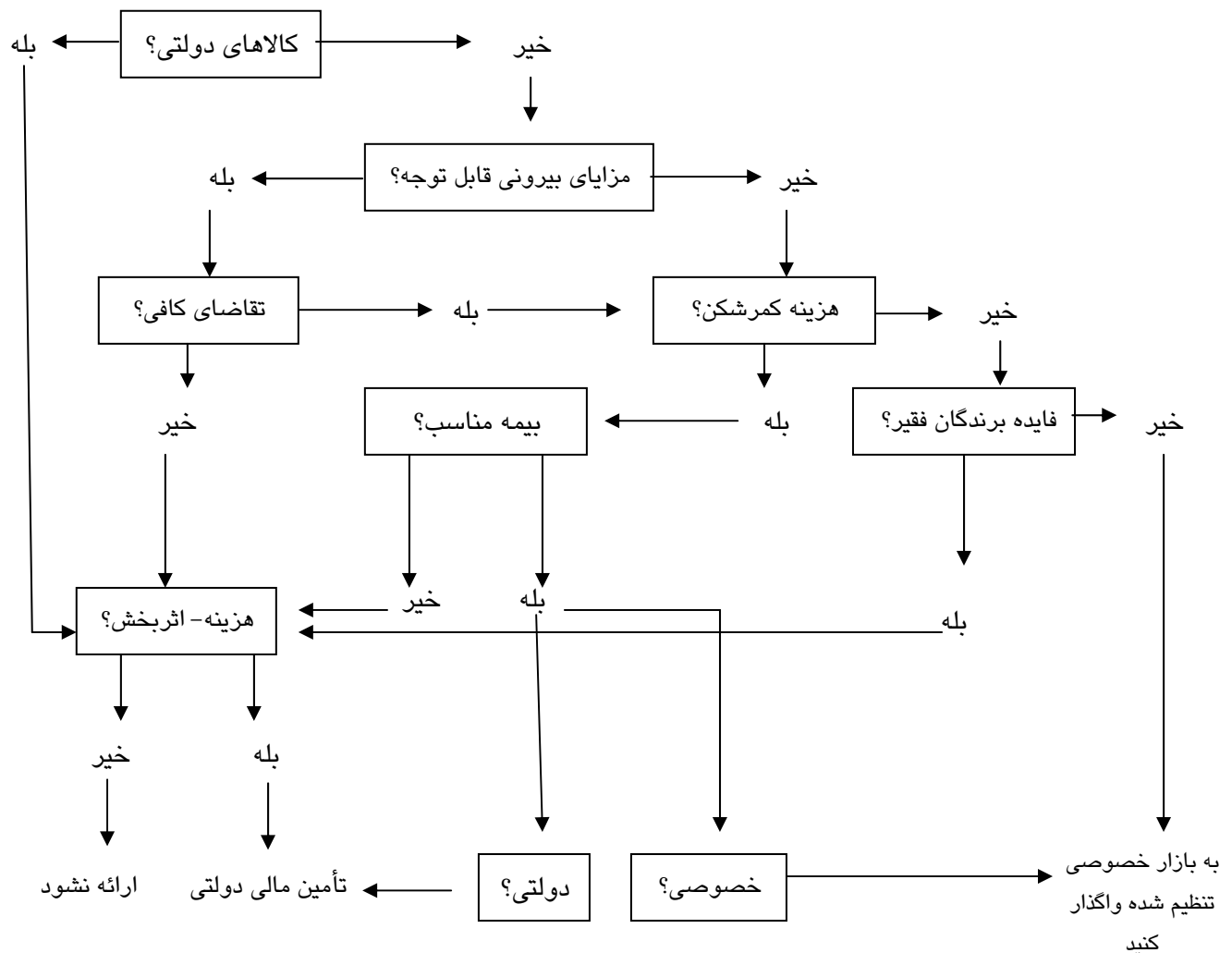
:

هزینه - اثربخشی به خودی خود در ارتباط با دستیابی به بهترین سطوح سلامت یک معیار کلی است، اما لزوماً با دومین هدف نظام سلامت یعنی کاهش نابرابری، ارتباطی ندارد. جمعیت‌هایی که میانگین سلامت پایین‌تری دارند، ممکن است کم‌تر به یک مداخله پاسخ دهند یا هزینه بیش‌تری برای دستیابی به آن یا درمان آن متقبل شوند.

اگر یک نظام سلامت به دنبال ایجاد برابری است باید به دنبال هر دو نوع عدالت افقی و عمودی^۱ باشد؛ یعنی با همه آنهایی که نیاز سلامت مشابهی دارند به گونه‌ای یکسان برخورد کند و ترجیحاً نیاز آن‌هایی را برطرف کند که بیش‌ترین احتیاج را دارند. همچنین نه تنها نظام باید اطمینان حاصل کند که افراد سالم برای بیماران یارانه پرداخت می‌کنند بلکه باید مطمئن شود که بار تأمین مالی، با مجبور ساختن اقشار مرفه به پرداخت یارانه جهت فقرا، به گونه‌ای عادلانه تسهیم می‌شود. این امر اصولاً نیازمند صرف وجوه دولتی به نفع فقرا است. اگر بازارهای خصوصی نیز در امر سلامت دخیل باشند دولت باید تصمیم‌گیری نماید که کدام مداخلات را تأمین مالی نماید و کدام را به بازار خصوصی واگذار کند.

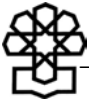
شکل ۲-۳ انتخاب‌های مربوط به صرف وجوه دولت یا اجباری از سوی دولت را جمع‌بندی کرده است و نشان می‌دهد که چگونه می‌توان از آن‌ها جهت تعیین این‌که خرید یک مداخله ارزش دارد یا خیر، استفاده کرد. این شیوه از تعیین اولویت‌ها، بر دو هدف پیامدهای سلامت و تأمین مالی عادلانه تأکید بیش‌تری می‌کند و همچنین با شروع، از مداخلاتی که عمومی یا نیمه عمومی هستند، بر اهمیت فعالیت‌های بهداشت عمومی تأکید می‌ورزد.

1. Horizontal and Vertical equity.



آنچه تعیین اولویت بین مداخلات و فایده برندگان از خدمات سلامت را بیش‌تر مشکل می‌سازد آن است که معیارهای مختلف، لزوماً همیشه سازگار نیستند. به خصوص کارایی و عدالت می‌توانند به راحتی در تعارض با یکدیگر قرار گیرند؛ به عنوان مثال هزینه‌های درمان یک مشکل خاص سلامت، برای افراد مختلف می‌تواند متفاوت باشد.

تعیین اولویت‌ها در واقع نیازمند میزان زیادی از اطلاعات است که نقطه شروع آن، داده‌های اپیدمیولوژیک یا همه‌گیر شناختی است. پیشرفت عمده‌ای اخیراً در درک سلامت جهانی و الگوهای بیماری صورت گرفته است از جمله تحلیل عوامل خطری که هم‌زمان بر چند بیماری اثر می‌گذارند. قابل توجه‌ترین این عوامل



خطر، سوءتغذیه کودکان و آب و فاضلاب ناسالم است. سایر عوامل خطر عمده عبارتند از روابط جنسی غیرایمن، الکل، آلودگی هوای محیط‌های بسته، دخانیات، زیان‌های شغلی، پرفشاری خون و عدم فعالیت فیزیکی.

سازمان بهداشت جهانی اکیداً به سیاستگذاران توصیه می‌کند که به جمع‌آوری و ترکیب داده‌ها درباره عوامل خطرزا و وضعیت بیماری در کشور خود بپردازند و به عنوان یک الگوی کلی، چهار اصل زیر را به عنوان اصولی که می‌توانند امکان ارائه مداخلات اثربخش را با هزینه‌ای قابل قبول «به خصوص برای جمعیت نیازمند» فراهم کنند، بیان می‌کند.

● نخست باید ارزیابی دقیق عوامل خطر زمینه‌ساز، بار بیماری و الگوهای مصرف در جمعیت هدف، به صورت مداوم صورت گیرد.

● دوم اطلاعات جهانی درباره هزینه و اثربخشی مداخلات و همچنین راهبردهای مداخله و الگوهای طبابت، باید با قیمت‌ها و شرایط محلی تطابق داده شوند.

● سوم تمام کشورها نیازمند سیاست‌های دقیق جهت تنظیم مداخلات و اطمینان از این موضوع هستند که منابع محدود، در فعالیت‌ها و خدمات برخوردار از اولویت بالا صرف می‌شوند. نحوه دستیابی به این امر، گام بعدی است. کشورهای اندکی دارای دستورالعمل‌های بالینی هستند که می‌توان از آن‌ها جهت استانداردسازی الگوهای طبابت و تطابق دادن مداخلات اولویت‌دار با نیازها، استفاده کرد. حتی تعداد کمتری از کشورها، روش‌هایی را جهت تقویت راهکارها در ارائه مراقبت (با تأمین مالی) خصوصی در اختیار دارند.

● در نهایت، هیچ یک از این گام‌ها مؤثر نخواهد افتاد مگر این که از کیفیت ارائه خدمات اطمینان حاصل شود.

بیان اولویت‌ها یک چیز است و توزیع واقعی خدمات چیز دیگر است. زمانی که منابع نسبت به نیازها ناکافی هستند نظام‌های سلامت مجبورند به سهمیه‌بندی خدمات بپردازند.

قدیمی‌ترین و شایع‌ترین رویکرد در سهمیه‌بندی مراقبت‌های سلامت، وارد کردن کنترل‌های دقیق بر صرف هزینه است که قصد ندارند هیچ گروه خاصی از بیماری‌ها یا دسته وسیعی از مداخلات را هدف قرار دهند اما به سادگی، الزامات بودجه‌ای را به سطوح قابل خرید (در حد توان خرید) محدود می‌سازند. شایع‌ترین استفاده از این روش در نظام‌های سلامتی اتفاق افتاده است که تأمین مالی از طریق بودجه کلی صورت گرفته است و اختیار سهمیه‌بندی مراقبت را به شخص صاحب اختیار بودجه سپرده‌اند. این روش در بسیاری از وزارتخانه‌های بهداشت کشورهای کم‌درآمد معمول است.

مهم‌ترین نقطه ضعف این رویکرد آن است که در کشورهای کم‌درآمد، معمولاً منجر به تخریب و تجزیه استانداردهای کلی و کیفیت مراقبت می‌شود. چنانچه منابع در دست افراد مرفه‌تر باشد، ممکن است نارسایی در هدف قرار دادن گروه‌های آسیب‌پذیر تشدید شود. بودجه موجود معمولاً به وسیله قوی‌ترین



ارائه‌کنندگان از نظر سیاسی (مانند متخصصان و بیمارستان‌ها) جذب می‌شود، به عوض این که طبق نیازهای کل جمعیت مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین در بسیاری از کشورهای کم درآمد، رویکردی که صرفاً متکی به کنترل هزینه باشد، منجر به حذف بخش عمده‌ای از جمعیت، در دسترسی به خدمات سازمان یافته می‌شود.

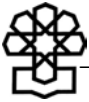
رویکرد دوم، سهمیه‌بندی دقیق است به گونه‌ای که از اولویت‌های تعیین شده طبق برخی معیارهای از پیش تعریف شده، کاملاً تبعیت شود. این رویکرد که نخستین بار در اواسط دهه ۱۹۸۰ مطرح شد، اکنون تا حدی در هلند، نیوزیلند، نروژ و سوئد اجرا شده است. تمام این‌ها از ترکیبی از معیارهای اجتماعی، سیاسی و هزینه-اثربخشی، بهره می‌جویند. از سال ۱۹۹۳ به بعد، برخی از کشورهای در حال توسعه تلاش کردند تا بسته‌های مداخلات را معرفی کنند؛ این بسته‌ها که حاوی مداخلات «ضروری» یا «پایه» یا «اساسی» بود، با این هدف مطرح شد که در شرایط و پیش‌زمینه هر کشور، قابل خرید باشد. مکزیک نخستین کشوری بود که به طراحی و به کارگیری چنین بسته‌هایی مبادرت ورزید. بنگلادش، کلمبیا و زامبیا نیز شروع به پیاده‌سازی این شیوه کرده‌اند.

اولویت‌بندی دقیق که از طریق این فرایند تعیین می‌شود، پیشرفت عمده‌ای نسبت به رویکرد سنتی منفعلانه محدود ساختن هزینه‌ها محسوب می‌شود. یکی از معایب جدی این روش آن است که در زندگی واقعی، ارائه‌کنندگان با تقاضاهایی از خدمات مواجه هستند که در بسته خدمات تعریف شده، گنجانده نشده است. مشکل دیگر آن است که «سهمیه‌بندی هم محدودیت‌هایی دارد» به خصوص چنانچه صرفاً مبتنی بر هزینه اثربخشی باشد.

در کل باید گفت هیچ روش واحدی به عنوان بهترین روش سهمیه‌بندی مراقبت وجود ندارد. شکل ۳-۳ نشان‌دهنده چهار رویکرد ساده شده است که بر مبنای ترکیبی از هزینه سرانه خدمات به ازای هر فرد درمان شده یا مبتلا و این که تناوب احتمالی نیاز به این خدمات چگونه است تنظیم شده است. در کل، خدمات بسیار هزینه‌بر ندرتاً مورد نیاز خواهند بود در حالی که نیاز به انواع گوناگونی از مداخلات با هزینه‌های متوسط، بسیار بیش‌تر است. منحنی فوقانی در هر بخش از شکل ۳-۳ نشان‌دهنده آن است که در صورت نبود سهمیه‌بندی، تقاضا برای خدمات مختلف چه الگویی خواهد داشت یعنی این که چنانچه هر مورد نیاز به صورت یک تقاضا مطرح شود و هیچ مانع قیمتی یا مانع دیگری در سر راه دریافت مراقبت نباشد، الگوی تقاضای خدمات چگونه خواهد بود. این منحنی نشان‌دهنده بیش‌ترین حدی است که نظام سلامت ممکن است بخواهد یا تلاش کند تا ارائه کند.

یکی از روش‌های محدود ساختن، حذف همه یا بخش عمده‌ای از خدمات نادر اما بسیار گران قیمت است؛ یعنی بریدن انتهای سمت راست منحنی توزیع نیازها (منحنی ۱) چنین امری در بیمه‌های خصوصی به نسبت شایع است.

این امر ممکن است مطابق با اصل هزینه-اثربخشی باشد اما لزوماً این طور نیست و تقریباً یک شکل ضروری از سهمیه‌بندی در نظام‌های دارای منابع بسیار محدود به حساب می‌آید. اما این امر، مواجهه مردم با خطرات مالی را در صورتی که دریافت خدمات صرفاً با پرداخت مستقیم از جیب مقدور باشد، به



حداکثر میزان خود می‌رساند؛ یا این که از دست رفتن میزان عمده‌ای از سلامت را در صورتی که اصلاً این خدمات موجود نباشد، موجب می‌شود.

رویکرد متضاد این حالت، حذف خدمات شایع اما بسیار ارزان از برنامه‌های پیش‌پرداخت و درخواست برای پرداخت مستقیم برای آن‌ها از جیب، در هنگام نیاز است؛ یعنی انتهای سمت چپ منحنی توزیع، بریده می‌شود. (منحنی ۲) این امر احتمالاً در هزینه‌های اجرایی صرفه‌جویی می‌کند اما در کل مشخص نیست موجب صرفه‌جویی قابل توجهی در هزینه‌ها شود.

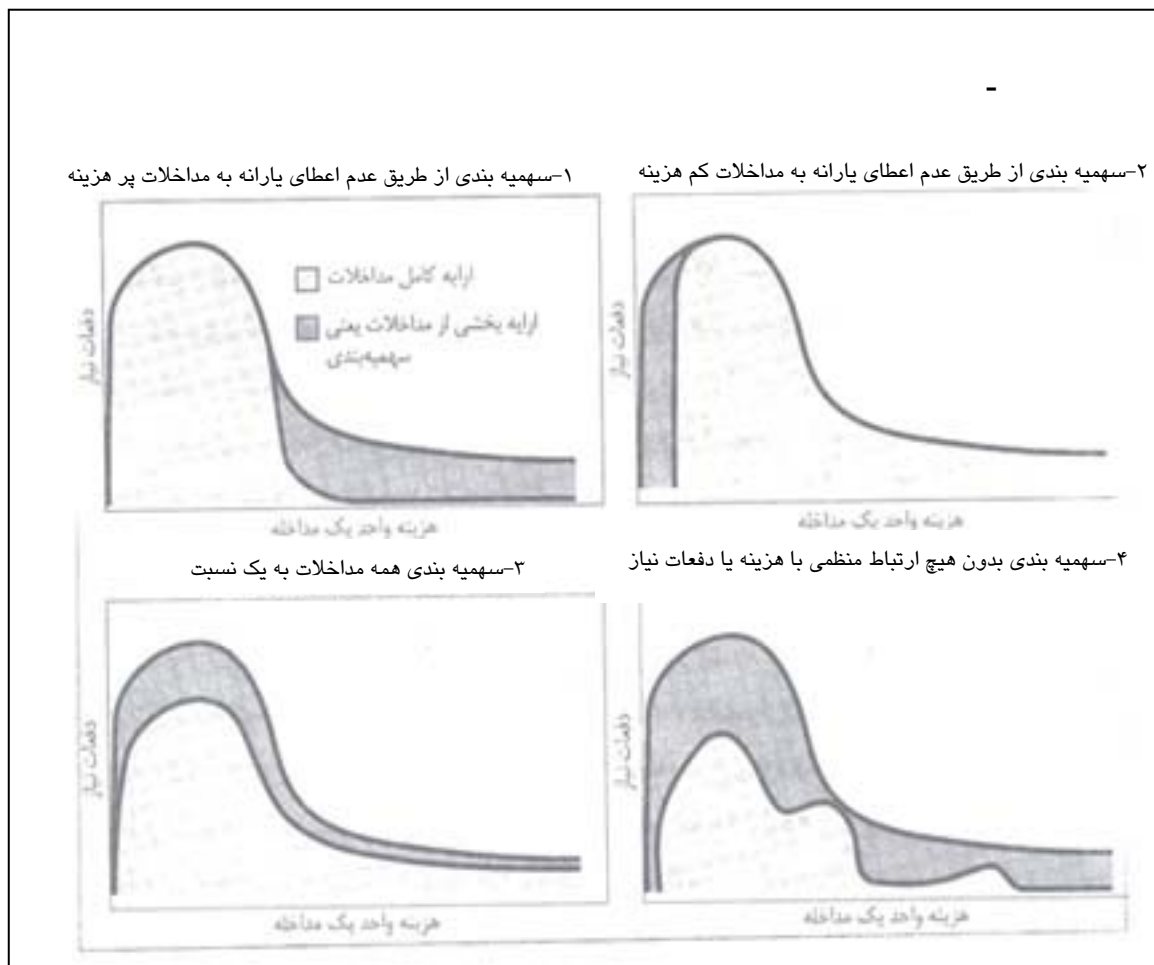
به عنوان یک قانون کلی، قیمت نباید عمده‌ترین ابزار سهمیه‌بندی باشد و قیمت‌های پایین که افراد غیرفقیر آن‌ها را پرداخت می‌کنند، مشکل کوچکی را موجب می‌شود. مشکل موجود در این رویکرد، واضح است: این امر، فقرا را با خطراتی که برای غیرفقرا قابل پذیرش است مواجه می‌سازد و بنابراین، نابرابری را در مشارکت مالی تشدید می‌کند.

همچنین یک نظام سلامت ممکن است تمام خدمات را به یک نسبت، سهمیه‌بندی کند و برای هر فردی که نیازمند هر یک از آن‌ها است، احتمال یکسانی از جهت دریافت مراقبت ایجاد کند، مستقل از آن که هزینه آن چه قدر است یا چه تعداد افراد دیگری نیازمند همان مداخله هستند. این شیوه بسیار ناکارآمد است و در واقع پاسخ یک نظام تحت فشار است که بدون هیچ معیاری اقدام به اولویت‌بندی می‌کند.

در منحنی ۴ تعیین اولویت‌ها دقیق و موشکافانه است در این حالت سهمیه‌بندی، برای برخی از خدمات، شدیدتر و جدی‌تر از سایرین است. آنچه که در این حالت اتفاق می‌افتد، این است که اولویت‌ها واقعاً به گونه‌ای تقویت و پشتیبانی می‌شوند که بر ارائه خدمات تأثیر می‌گذارند. تنها زمانی که اولویت‌ها طبق برخی معیارهای متناسب انتخاب شده باشند، سهمیه‌بندی قادر خواهد بود در عملکرد بهتر نظام سلامت نقش مؤثر داشته باشد.

اولویت‌بندی معمولاً به عنوان فعالیتی از سوی دولت شناخته می‌شود و به خصوص با مصرف صحیح هزینه‌های دولتی یا تحت اختیار دولت ارتباط داده می‌شود. برای تحقق این هدف، اهمیتی ندارد که ارائه خدمات، دولتی یا خصوصی باشد و این که پرداخت به ارائه‌کنندگان چگونه صورت می‌گیرد. آنچه اهمیت دارد آن است که با قرارداد بستن با ارائه‌کنندگان خصوصی یا بازپرداخت به آن‌ها از طریق بیمه دولتی، دولت می‌تواند مطمئن شود که اولویت‌های او رعایت می‌شود، حتی اگر خودش به ارائه خدمات نپردازد.

اما حتی با وجود فهرست ثابت از اولویت‌ها و سازوکار یکسان برای سهمیه‌بندی مراقبت، نحوه واقعی ارائه خدمات از یک نظام سلامت تا نظام دیگر متفاوت است. این تفاوت گویای این مطلب است که ارتباط بین سازمان‌ها، قواعد و مداخلات متناسب با ارتباطی است که بین بازیگران، قوانین و ابزارهای یک بازی برقرار است و این خصوصیات در هر فرهنگ و کشوری به یک شکل است. مسأله‌ای که موجب پیچیده‌تر شدن فرایند ارائه خدمات در نظام سلامت می‌شود.



سازماندهی خدمات سلامت می‌تواند به سه شیوه مختلف صورت گیرد که با یکدیگر تفاوت بنیادین دارند.

۱. از طریق بوروکراسی سلسله مراتبی،

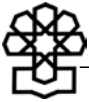
۲. از طریق ترتیبات قراردادی طولانی مدت تحت درجاتی از کنترل غیربازاری،

۳. از طریق تعاملات مستقیم، کوتاه‌مدت و مبتنی بر بازار بین بیماران و ارائه‌کنندگان.

این ترتیبات، مستقل از این است که مالکیت خدمات، دولتی یا خصوصی باشد.

به کارگیری هر یک از این روش‌ها برای سازماندهی خدمات سلامت در شرایط و پیش‌زمینه‌های مختلف و برای انواع گوناگون خدمات بالینی و مبتنی بر جمعیت، نقاط ضعف و قوت خاص خود را داراست. زمانی که مانند دوران بازسازی پس از جنگ، یا یک همه‌گیری وبا، رویکردی با هماهنگی قوی مورد نیاز باشد، کنترل‌های سلسله مراتبی بهتر خواهند بود.

با تأثیر گرفتن از سازمان ملی خدمات سلامت انگلستان بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، طی ۵۰ سال گذشته، نظام‌های مراقبت سلامت با تأمین مالی دولتی تأسیس کرده‌اند که خدمات آن توسط یک بوروکراسی دولتی با ادغام عمودی ارائه می‌شود. این امر منجر به بهبود دسترسی به مراقبت سلامت



برای میلیون‌ها نفر از انسان‌ها شده است و در بطن خود، بسیاری از برنامه‌های موفقیت‌آمیز بهداشت عمومی را جای داده است.

اما زمانی که ارائه خدمات سلامت مدنظر باشد بوروکراسی‌های سلسله‌مراتبی محدودیت‌های جدی نیز دارند. این بوروکراسی‌ها غالباً قادر به جهت‌دهی مجدد اولویت‌ها و افزودن خدمات نیستند، امکان استفاده از رانت و دریافت هزینه‌های غیررسمی و زیرمیزی در آن‌ها وجود دارد و در طی گذشت زمان ممکن است کیفیت ارائه خدمات در آن‌ها پایین بیاید.

در جایی که نیاز به خلاقیت و انعطاف‌پذیری جهت پاسخ‌دهی به نیازهای خاص (مانند تولید داروها و تجهیزات جدید) وجود داشته باشد، بازارها بهتر عمل می‌کنند. اما تعاملات مستقیم بازاری بین بیماران و ارائه‌کنندگان در بخش سلامت، این عیب بزرگ را دارد که افراد را در معرض خطر مالی ناشی از بیماری قرار می‌دهد؛ مگر این که منابع مالی به میزان کافی انباشت و مدیریت شوند. با این وصف اطمینان از این که چنین تعاملاتی، اولویت‌های مورد نظر را در میان مداخلات و بیماران مختلف (که نظام سلامت قصد پیاده‌سازی آن‌ها را دارد) رعایت می‌کنند، مشکل یا غیرممکن است.

به دلیل معایب هر دو شیوه ۱. سلسله‌مراتبی انعطاف‌ناپذیر ۲. پرداخت مستقیم از جیب در بخش سلامت، کشورهای سراسر جهان در حال تجربه است به این امید که به ترکیبی انعطاف‌پذیرتر، با مزایا و گستره نوآوری بیشتر دست یابند و در عین حال، کنترل کلی خود را بر اهداف راهبردی و محافظت مالی حفظ کنند.

خدمات سلامت به سه شکل کلی ارائه می‌شوند:

۱. خدمات به شکل پراکنده،^۱

۲. خدمات به شکل متمرکز،^۲

۳. انواع ترکیبی (ترکیب اجزای پراکنده و متمرکز).

ترکیب خدمات پراکنده معمولاً برای فعالیت‌هایی استفاده می‌شود که هزینه‌های واحد در مراکز بزرگ کمتر از مراکز کوچک نیست (نظیر داروخانه‌ها، مددکاری اجتماعی دندانپزشکی، برنامه‌های بهداشت عمومی و ...).

ترکیب متمرکز خدمات در مراکز بزرگی که هزینه‌های واحد خدمات در آن‌ها کمتر از مراکز کوچک است (مانند مراقبت‌های بیمارستانی و آزمایشگاه‌های مرکزی) به کار می‌رود.

استفاده از روش‌های ترکیبی در مراکز صورت می‌گیرد که بین دو سر طیف قرار دارند. بسیاری از فعالیت‌های تأثیرگذار بر پیامدها (مانند مبارزه با مالاریا و سل) به این شکل اجرا می‌شود (جدول ۱-۳).

1. Dispersion.
2. Concentration.



سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت به طور عمده با پنج انگیزش مختلف روبه‌رو هستند:

● **درجه خودگردانی^۱ (حق تصمیم‌گیری)** که یک سازمان در ارتباط با مالکان و خریداران دارد و مبتنی بر سیاست دولت و مشتریان است (مانند صندوق‌های بیمه). حقوق تصمیم‌گیری اساسی عبارتند از کنترل ترکیب و میزان ورودی‌ها، خروجی‌ها و گستره فعالیت‌ها، مدیریت مالی، مدیریت راهبردی و راهبرد بازار (در صورت لزوم).

● **درجه پاسخگویی^۲ زمانی** که حقوق تصمیم‌گیری به سازمان واگذار می‌شود، توان دولت‌ها جهت پاسخگویی مستقیم (از طریق سلسله مراتب) کاهش می‌یابد. با افزایش خودگردانی، از طریق جابه‌جایی از نظارت سلسله مراتبی به سمت اتکا به پایش، قوانین و انگیزش‌های مالی نهفته در قراردادها، می‌توان از پاسخگویی اطمینان حاصل کرد.

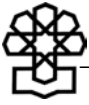
● **درجه مواجهه با بازار^۳ یا درآمدهایی** که به جای اختصاص از بودجه دولت، با شیوه‌های رقابتی کسب می‌شوند.

● **درجه مسئولیت‌پذیری مالی^۴** برای کمبودها و ضررها و حقوق انتفاعی (ماحصل باقیمانده منابع مالی و درآمدهای ناشی از فروش سرمایه): این امر، انگیزش‌های مالی را برای مدیران و کارکنان به همراه دارد تا اقتصادی‌تر کار کنند. با افزایش خودگردانی، سازمان‌ها به عوض خزانه دولتی، به «مدعیان باقیمانده جریان‌های درآمد» تبدیل می‌شوند؛ اما چنین انتظاراتی باید به وضوح تعریف و تنظیم شوند.

● **درجه تعهدات تأمین مالی نشده^۵ زمانی** که سهم درآمدهای کلی کسب شده از طریق بازار، قابل توجه است، سازمان‌ها در معرض خطر مالی قرار می‌گیرند چرا که هزینه‌های غیرقابل جبرانی در ارتباط با تعهداتی وجود دارد که هیچ وجهی برای ارائه آن‌ها پرداخت نمی‌شود (مثلاً مراقبت از فقرا یا افراد به شدت بیمار). بنابراین اصلاحات سازمانی که خودگردانی را افزایش می‌دهند، باید با اصلاحات مکمل در تأمین مالی سلامت همراه باشند تا از فقرا محافظت کنند.

تغییر در یک یا چند انگیزش فوق تأثیر عمیقی بر نحوه رفتار هر واحد سازمانی می‌گذارد. شکل ۳-۴ ارتباط بین شکل‌های سازمانی که بیش‌تر توضیح داده و پنج انگیزش فوق را نشان می‌دهد. تجربه‌های به دست آمده حاکی از آن است که در خدمات بیمارستانی کشورهایی که توانسته‌اند این پنج انگیزش سازمانی را هم جهت کنند نسبت به کشورهایی که اهداف و انگیزش‌ها در تعارض با یکدیگر هستند موفق‌تر عمل کرده‌اند.

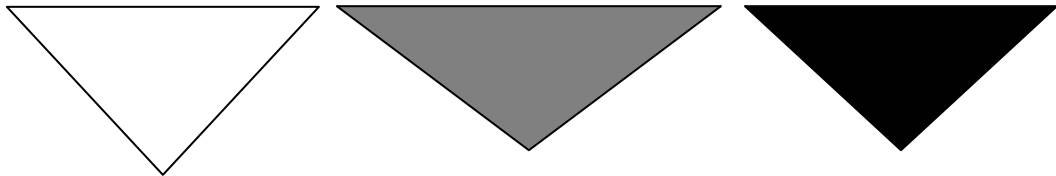
1. Autonomy.
2. Market Exposure.
3. Accountability.
4. Financial Responsibility.
5. Unfunded Mandates.



به مانند بیمارستان‌ها، خدمات سرپایی خودگردان هم‌زمانی عملکرد بهتری خواهند داشت که حداقل تعارض بین اهداف و انگیزش‌های سازمانی وجود داشته باشد. جدول ۲-۳ مثال‌های چندی از انگیزش‌های سازمانی را برای مراقبت سرپایی سلامت ارائه می‌کند.

در قسمت قراردادهای هنوز تردید قابل توجهی در این زمینه وجود دارد که آیا قراردادهای طولانی‌مدت با ارائه‌کنندگان خصوصی، انگیزش‌های بهتری ایجاد می‌کند یا قراردادهای مشابه با ارائه‌کنندگان دولتی. این که چه انگیزش‌هایی مناسب‌ترند، بستگی به این دارد که چه هدفی اولویت بیشتری دارد. گرایش جهانی،

-



حق تصمیم‌گیری	سلسله مراتب عمودی	خودمختاری و خودگردانی مدیران
پاسخگویی	کنترل مستقیم سلسله مراتبی	قوانین، مقررات و قراردادها
مواجهه با بازار	تخصیص مستقیم بودجه	درآمدهای غیربودجه‌ای
مسئولیت‌پذیری مالی	خزانه دولتی	مالکین خصوصی
تعهدات تأمین مالی شده	تعهدات نامشخص و تأمین مالی نشده	مشخص شده تأمین مالی شده و تنظیم شده

تلاش در جهت اجتناب از ناکارآمدی‌ها و عدم پاسخ‌دهی است که هنگام انعطاف‌ناپذیر شدن بیش از حد یک نظام سلسله مراتبی رخ می‌دهد؛ به علاوه این که از حرکت به آن سوی طیف یعنی بازارهای بدون تنظیم نیز باید اجتناب شود.



-

<p>: شهرداری‌ها، مالک و مدیر مراکز سلامت هستند، کارکنان را استخدام می‌کنند، مالیات‌ها را بالا می‌برند و میزان پرداخت‌ها را تعیین می‌کنند.</p> <p>: تمرکززدایی مسئولیت‌پذیری برای مراقبت اولیه سلامت (و سایر خدمات اجتماعی) در سال ۱۹۹۳ به دولت‌های محلی واگذار شد. سرمایه‌ها، کارکنان و بودجه‌ها به سطوح محلی انتقال یافت. وزارت بهداشت، انجمن‌های مراقبت سلامت مبتنی بر جامعه را علاوه بر هر واحد محلی دولتی، تشکیل می‌دهد. کارکنان سلامت در حال حاضر به دولت محلی گزارش می‌دهند نه وزارت بهداشت. نظارت از سوی وزارت بهداشت، مشکل‌تر شده است.</p> <p>: هیأت مرکزی سلامت، بازوی اجرایی وزارت بهداشت است و اکنون از طریق برنامه‌های سالانه منطقه‌ای، با هیأت‌های مستقل منطقه‌ای سلامت/ گروه‌های منطقه‌ای قرارداد می‌بندد. مناطق، کنترل بیش‌تری را بر بودجه جاری غیر از حقوق به دست آورده‌اند. اما کارکنان کماکان عمدتاً توسط نظام کارمندی استخدام می‌شوند. با استخدام فارغ‌التحصیلان جدید توسط مناطق و کارکنان بدون مهارت به صورت محلی، این الگو در حال تغییر است. پاسخگویی به هیأت مرکزی سلامت از طریق مجازات‌ها باقی مانده‌اند چنان‌چه به اهداف عملکرد مورد توافق، نرسیده باشند. درآمد حاصل از پرداخت استفاده‌کنندگان، توسط تسهیلات جمع‌آوری می‌شود.</p>	<p>شامل دفاتر وزارت بهداشت در سطح منطقه‌ای و شوراهای شهر نیز هست. تغییرات در انگیزش‌های سازمانی غالباً متوسط است و عمدتاً با حقوق تصمیم‌گیری درباره بودجه و کارکنان، ارتباط دارد. خطر مالی، محدود باقی می‌ماند. زمانی که پرداخت استفاده‌کنندگان، قابل توجه است درجه واقعی مواجهه با بازار ممکن است بیش از حد معمول باشد.</p>
<p>: پلی‌کلینیک‌ها اکنون بودجه مخصوص خودشان را دریافت می‌کنند و می‌توانند بخشی از عایدی به دست آمده از پرداخت‌های استفاده‌کنندگان را برای خود بردارند.</p> <p>: مراکز سلامت با مدیریت در سطح جامعه، تحت برنامه بامکو شکل گرفتند و</p> <p>$\frac{1}{3}$ از تسهیلات دولتی را شامل می‌شوند و عمدتاً پرداخت مصرف‌کنندگان (حداکثر تا ۱۰٪ از بودجه جاری) بابت داروها را مدیریت می‌کنند. مدیریت کارکنان، به صورت رسمی، مرکزگراست، هیچ خط واضح پاسخگویی بین هیأت‌های در سطح جامعه و کارکنان مراکز سلامت وجود ندارد.</p> <p>: مراکز مستقل سلامت، مؤسسات غیرانتفاعی تعاونی هستند که انجمن‌های در سطح جامعه، مالکیت، تأمین مالی و مدیریت آن‌ها را برعهده دارند. این مراکز سلامت، خودشان کارکنان مورد نیاز را استخدام می‌کنند. تعداد اندکی از آن‌ها در نظر مالی مستقل هستند.</p>	
<p>: پزشکان مراقبت‌های سرپایی که قبلاً به صورت متمرکز و از سوی تشکیلات مرکزی استخدام می‌شدند و حقوق می‌گرفتند، در حال حاضر به افراد مستقلی تبدیل شده‌اند که می‌توانند قرارداد ببندند.</p>	



با افزایش خودگردانی واحدهای سازمانی مانند بیمارستان‌ها یا درمانگاه‌ها، نظام ارائه خدمات ممکن است در معرض خطر تکه تکه شدن و پراکندگی قرار گیرد. تکه تکه شدن ممکن است بین ترکیب ارائه‌کنندگان مشابه (بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های سرپایی، برنامه‌های بهداشت عمومی) یا بین سطوح مختلف مراقبت روی دهد. چنین اتفاقی، هم بر کارایی و هم بر برابری نظام ارجاع اثرات منفی خواهد گذاشت مگر این که مطمئن شویم که بین واحدهای نیمه خودمختار همبستگی یا درجاتی از ادغام وجود دارد. ادغام عمودی به شیوه سنتی همان‌طور که در الگوی سلسله مراتبی گفته شد مشکلات خود را دارد در آن روش یک درمانگاه دستورات خود را از بیمارستان یا وزارتخانه دولتی اخذ می‌کند که این امر موجب می‌شود پاسخ‌دهی واحد در سطح نیازهای محلی محدود بماند. الگویی که اخیراً پیشنهاد شده است. استفاده از روش ادغام مجازی است که با حفظ جنبه‌های مثبت خودگردانی برای ارائه‌کنندگان بدون تکه تکه شدن واحدهای سازمانی صورت می‌گیرد. ادغام مجازی به معنای استفاده از نظام‌های ارتباطی پیشرفته و فاقد کنترل‌های پرزحمت جهت مشارکت و جریان سریع اطلاعات است. این امر به خصوص برای ارجاع حائز اهمیت است و می‌تواند ارائه‌کنندگان غیردولتی‌ای را دربرگیرد که گنجانیدن آن‌ها در نظام‌های سلسله مراتبی، مشکل است. بنگلادش و غنا در حال آزمودن این نوآوری جدید هستند. حتی در ایالات متحده، ادغام عمودی تحت لوای سازمان‌ها حفظ سلامت^۱ در حال تأثیر گرفتن از ادغام مجازی است.

تلاش‌ها جهت ادغام مجازی، با سه مشکل شایع مواجه می‌شوند:

(الف) مشکلات تمرکززدایی،

(ب) تمایز خریداران از ارائه‌کنندگان،

(ج) پرداخت‌های مصرف‌کنندگان.

(: بسیاری از کشورها تمرکززدایی را به عنوان راهی برای غلبه بر مشکلات نظام سلامت خود برگزیدند. هدف دقیق تمرکززدایی، غالباً بهبود پاسخ‌دهی و ساختارهای انگیزشی از طریق انتقال مالکیت، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی به سطوح پایین‌تر بخش دولتی است. این امر معمولاً از طریق جابه‌جایی مالکیت از دولت مرکزی به سطوح محلی بخش دولتی صورت می‌گیرد.

مشکل شایعی که در این روند ایجاد می‌شود این است که طی این جابه‌جایی مشکلات ساختار درونی بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و ... از بین نمی‌رود و این موضوع در عمل باعث شکست طرح می‌شود نظیر این وضعیت در سریلانکا و غنا اتفاق افتاد.

(: در بسیاری از کشورها زمانی که بین خریداران خدمت (مانند وزارت بهداشت، سازمان مدیریت یا وزارت اقتصاد)، و مسئولان ارائه‌کننده خدمات قراردادی (مانند شهرداری‌های دولتی محلی) تفکیک صورت گرفت اغلب بر سر سیاست‌های مالی و کنترل هزینه‌ها



اختلافاتی به وجود آمد به طوری که پرداخت به ارائه‌کنندگان غالباً به موقع و در موعد مقرر صورت نمی‌پذیرفت. نظیر این اتفاق در نیوزیلند و مجارستان رخ داده است.

(
: واردکردن روش پرداخت از سوی مشتریان در این وضعیت بین خرید مبتنی بر سیاستگذاری و پیش‌پرداخت و خریدهای مبتنی بر بازار توسط مشتریان منفرد، ایجاد تنش می‌کند. این موضوع به خصوص در بسیاری از کشورهای آسیای مرکزی دیده می‌شود و موجب ناعادلانه‌تر شدن تأمین مالی می‌شود. (این موضوع به طور کامل در فصل ۵ مورد بحث قرار می‌گیرد). به طور خلاصه باید گفت برای دستیابی به اهداف اصلی نظام سلامت، این نظام‌ها باید برخی از اولویت‌ها را تعیین کنند و سپس سازوکارهایی را جهت پیاده‌سازی و اجرای آن‌ها بیابند. این کار آن‌چنان هم ساده نیست و دو نوع پیچیدگی را همراه دارد: نخست آن که اولویت‌ها باید منعکس‌کننده انواع گوناگونی از معیارهایی باشند که بعضاً در تعارض با یکدیگر هستند و تطابق با معیارها، نیازمند حجم عمده‌ای از اطلاعات است که اکثر نظام‌های سلامت در حال حاضر آن را در اختیار ندارند. دوم آن که برای اثربخش بودن اولویت‌ها، نیاز به ترکیبی از سازوکارهای سهمیه‌بندی، ساختارهای سازمانی، ترتیبات قواعدی و انگیزش‌های ارائه‌کنندگان وجود دارد که فراتر از هر چیز باید در تطابق با یکدیگر و با اهداف نظام سلامت باشند.

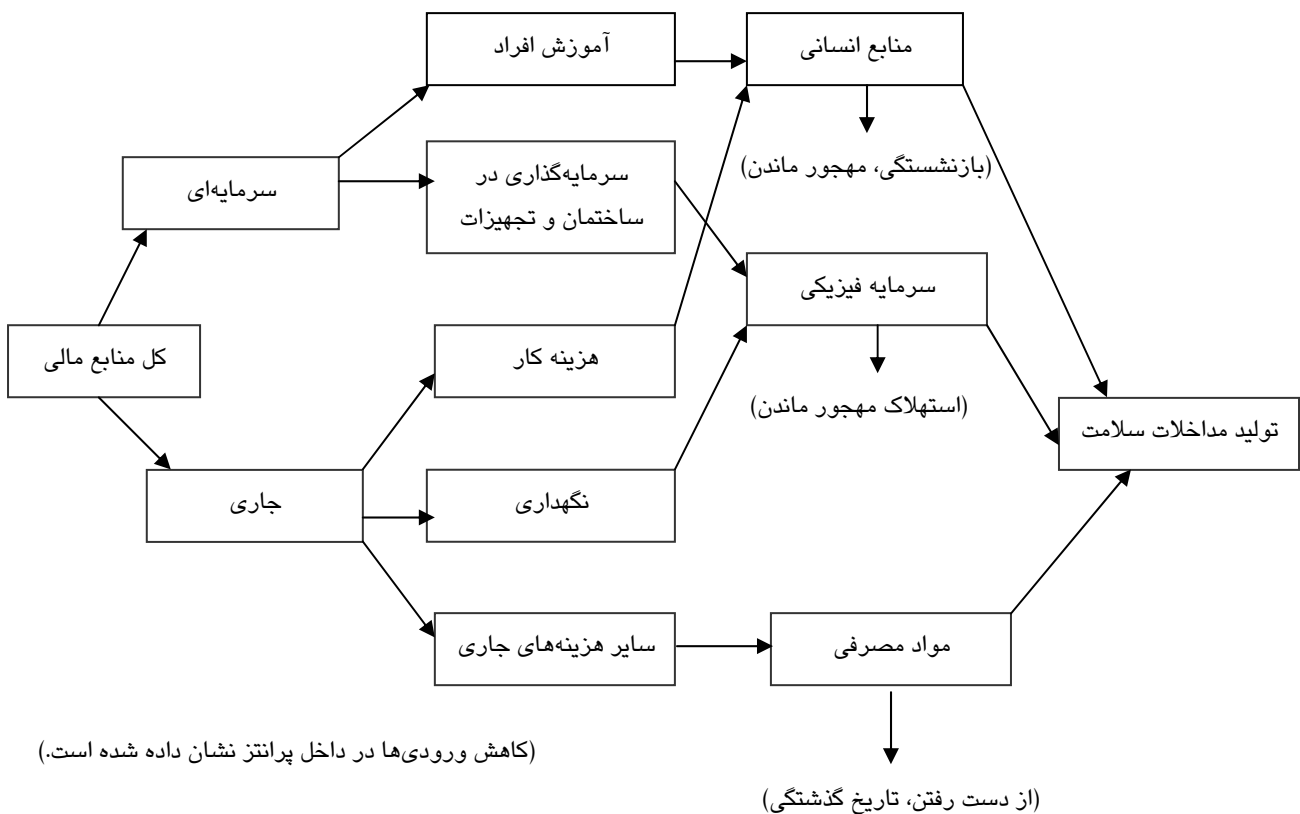
-

منابع ورودی اصلی در نظام سلامت عبارتند از منابع انسانی، سرمایه فیزیکی و مواد مصرفی. ارائه مراقبت‌های سلامت از کنار هم قرار گرفتن این سه منبع حاصل می‌شوند در شکل ۱-۴ شمای کلی از ورود منابع مالی تا تولید مداخلات سلامت به تصویر کشیده شده است. این شکل نشان می‌دهد که چگونه منابع مالی (شامل منابع سرمایه‌ای و جاری) جهت خرید ورودی‌ها تقسیم می‌شوند. همانند سایر نظام‌ها در



این‌جا نیز تصمیم‌گیری‌های مربوط به سیاست‌گذاری بسیار کلیدی است چرا که عموماً برگشت ناپذیرند: این تصمیمات، مبالغ عظیمی از پول را به اماکن و فعالیت‌هایی انتقال می‌دهند که حذف کردن، بستن یا کوچک کردن مقیاس آن‌ها، مشکل یا حتی غیرممکن است.

: . -



واقعیت انکارناپذیر این است که در حوزه سلامت بسیاری از تصمیمات سرمایه‌گذاری در خارج از حوزه اختیار وزارت بهداشت است. به‌عنوان مثال در بسیاری کشورها آموزش پزشکان توسط وزارت علوم صورت می‌گیرد یا سرمایه‌گذاری‌ها در اختیار وزارت دارایی است. کارکنان آموزش دیده سلامت همانند دارایی‌های ثابت بخشی از ذخیره سرمایه نظام سلامت هستند. از نظر موضوعی، با سرمایه انسانی نیز می‌باید همانند سرمایه فیزیکی برخورد کرد؛ آموزش و مهارت بخشی، ابزارهای کلیدی سرمایه‌گذاری جهت تعدیل ذخیره سرمایه انسانی و تعیین دانش و مهارت‌های موجود هستند. برخلاف سرمایه مادی، استفاده از دانش سبب استهلاک آن نمی‌شود. اما مانند تجهیزات، مهارت‌های قدیمی با ورود فناوری‌های جدید غیرمستعمل می‌شوند و بنابراین، سرمایه انسانی نیز باید



تحت حفاظت و نگهداری قرار گیرد. جهت حفظ مهارت‌های موجود و ارتقای آن با پیشرفت فناوری و تولید دانش جدید، آموزش مداوم و یادگیری حین کار مورد نیاز خواهد بود. همچنین سرمایه انسانی ممکن است از طریق بازنشستگی یا فوت افراد نیز دستخوش تغییر شود.

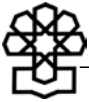
پیشرفت فناوری بر عمر اقتصادی بخشی از سرمایه تأثیر می‌گذارد: با ورود فناوری‌های جدید و ارتقا یافته، سرمایه‌گذاری‌های قدیم سریعاً کهنه می‌شوند. نحوه مدیریت دارایی‌ها نیز بر عمر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. با نگهداری و حفاظت صحیح، ساختمان‌ها و وسایل نقلیه، ارزش خود را آهسته‌تر از دست می‌دهند. بدون مراقبت و نگهداری، سرمایه‌های سلامت به سرعت مستهلک می‌شوند و از بین می‌روند.

سرمایه‌گذاری در معنای کلی‌تر آن، به هر برنامه، فعالیت یا پروژه جدید نیز اطلاق می‌شود. هزینه‌های سرمایه‌گذاری سرمایه‌ای، تمام آن هزینه‌هایی هستند که تنها یک بار (جهت شروع فعالیت) صرف می‌شوند، در حالی که هزینه‌های جاری به تعهدات مالی طولانی مدتی اشاره دارد که معمولاً به‌دنبال سرمایه‌گذاری اول اتفاق می‌افتد. چنانچه فناوری پزشکی موجود، به‌عنوان «سرمایه» و پژوهش و توسعه به‌عنوان یک ابزار سرمایه‌گذاری و جهت گسترش مرز فناوری و تولید ایده‌های جدید مطرح شوند، این مفاهیم را می‌توان برای تجهیزات تشخیصی، داروها و سایر موارد مشابه نیز به کار برد.

میزان سرمایه‌گذاری در هر بخش، از جمله چالش‌های اصلی نظام‌های سلامت است. در میان کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) هزینه صرف شده برای سرمایه‌گذاری در بناها و تجهیزات کم‌تر از ۵ درصد هزینه سالانه صرف شده در مراقبت سلامت است اما همین میزان در کشورهای مانند کنیا، مالی، موزامبیک و کامبوج بین ۴۰-۵۰ درصد است. بدیهی است که در این حالت هزینه صرف شده جهت کارکنان نظام سلامت کاهش می‌یابد.

منابع انسانی یعنی انواع مختلفی از کارکنان بالینی و غیربالینی که امکان انجام مداخلات فردی و فعالیت‌های بهداشت عمومی را فراهم می‌سازند، مهم‌ترین ورودی‌های نظام سلامت هستند. عملکرد نظام‌های مراقبت سلامت در نهایت وابسته به دانش، مهارت‌ها و انگیزه افرادی است که مسئول ارائه خدمات هستند.

به‌علاوه، حقوق نیروهای انسانی معمولاً بزرگ‌ترین مورد منفرد در بودجه جاری بخش سلامت است. در بسیاری از کشورها، دوسوم یا بیش‌تر از کل هزینه جاری صرف شده، مربوط به هزینه‌های نیروی کار است. نظام‌های سلامت، برای داشتن کارکرد خوب، نیازمند کارکنان آموزش دیده و ماهرند. علاوه بر نیاز به تعادل بین کارکنان سلامت و منابع فیزیکی، نیاز به توازن بین انواع مختلف افراد ارائه‌کننده مراقبت و ارتقادهندگان سلامت نیز وجود دارد. مثلاً به کار گرفتن و استخدام پزشکان جهت انجام ساده‌ترین وظایف، قطعاً هدر دادن پول و سرمایه است. با افزایش یک ورودی خاص در نظام سلامت، ارزش افزوده هر واحد اضافه‌تر از این ورودی، رو به کاهش می‌گذارد. به‌عنوان مثال، در جایی که تعداد پزشکان بسیار زیاد باشد، احتمال بیش‌تری می‌رود که اضافه شدن یک پزشک، به جای این‌که باعث بهبود مراقبت شود هزینه‌ها



را بالاتر ببرد. در کادر ۱-۴، چند روش از نحوه برخورد با عدم توازن میان ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت مورد بحث قرار گرفته است.

تعداد زیادی از کشورها با کمبود کلی پزشکان مواجه هستند. سایر کشورهایی هم که از راهبرد طولانی مدتی برای جابه‌جایی منابع به سمت مراقبت اولیه سلامت تبعیت می‌کنند چنین مشاهده کرده‌اند که متخصصان آن‌ها بسیار زیاد و پزشکان عمومی آن‌ها بسیار اندک هستند بسیاری از این کشورها از طریق جابه‌جا کردن میان ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت، به حل این مشکل پرداخته‌اند.

● جهت‌دهی مجدد پزشکان متخصص: در حالی که محدود کردن پذیرش در آموزش تخصصی و تغییر برنامه‌های کارورزی، یک راهبرد طولانی مدت جهت متوازن ساختن توزیع تخصصی پزشکان است، جهت‌دهی مجدد متخصصان به سمت طبابت خانواده، راهبرد جایگزینی کوتاه مدتی است که به‌عنوان مثال در اروپای مرکزی و شرقی مورد استفاده قرار گرفته است.

● جابه‌جایی برای سایر متخصصان سلامت: پرورش یک پزشک ممکن است ۲ برابر هزینه بیش‌تری نسبت به تربیت یک پرستار به دنبال داشته باشد. در نتیجه، پرورش پرستاران بیش‌تر و سایر متخصصان سلامت، می‌تواند جایگزینی هزینه - اثربخش به جای تربیت یک پزشک باشد. در نتیجه، پرورش پرستاران بیش‌تر و سایر متخصصان سلامت می‌تواند جایگزینی هزینه - اثربخش به جای پرورش یک پزشک باشد. به‌عنوان مثال در بوتسوانا، پرورش پرستاران درمانگر و داروسازان بیش‌تر، کمبود پزشک در برخی از مناطق را از بین برده است.

● ایجاد کادرهای جدید: اطمینان یافتن از تطابق بهتر میان مهارت‌ها و کارکردها، ممکن است نیازمند ایجاد کادر جدید باشد. در نپال، یک برنامه آموزشی به دستیاران سلامت و سایر کارکنان دیگر در مناطق روستایی امکان داد که برای اتخاذ پست‌های حرفه‌ای بالاتر آموزش ببینند.

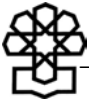
یک نظام سلامت ممکن است دارای منابع انسانی فراوان با بهترین سطح دانش و مهارت‌ها باشد اما در نظر نگرفتن نیازهای آتی سلامت، اولویت‌ها و منابع موجود، آن را در معرض بحران احتمالی قرار دهد. به‌عنوان مثال، زمانی که آموزش و مهارت‌بخشی پزشکان و پرستاران جدید، کارکرد ضعیفی دارد یا کارکنان قدیمی‌تر وقت و منابع کافی جهت روزآمد کردن دانش و مهارت‌های خود در اختیار ندارند، بروز کمبودهایی را در آینده می‌توان انتظار داشت. به صورت مشابه، نظام سلامتی که توزیع سنی کارکنان آن، به سمت نقطه بازنشستگی انحراف دارد نیز با یک مشکل واقعی روبه‌رو است. بنابراین یک نظام مراقبت سلامت باید تعادلی میان سرمایه‌گذاری در منابع انسانی جهت پوشش نیازهای آینده و در عین حال تقاضاهای فعلی برقرار کند. برخی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین مشکلات مربوط به ورودی‌های نظام سلامت، در ارتباط با منابع انسانی است (کادر ۲-۴).

پرداخت و مزایای ناکافی به علاوه شرایط کاری نامناسب (از کار در مناطق سخت گرفته تا تسهیلات ناکافی و کمبود داروهای ضروری و مواد مصرف) مکرراً جزو مشکلات آزاردهنده‌ای هستند که نیروی کاری مراقبت سلامت، در کشورهای کم‌تر توسعه یافته با آن‌ها مواجه‌اند. در برخی کشورها مانند بنگلادش



- بررسی اخیر بر روی منابع انسانی در ۱۸ کشور با درآمد متوسط و پایین بیانگر آن بود که اکثر کشورها، با درجات مختلفی از کمبود کارکنان کیفی سلامت دست و پنجه نرم می‌کنند به خصوص در آفریقای جنوب صحرا، ظرفیت آموزشی محدود و پرداخت پایین به کارکنان مراقبت سلامت، منجر به بروز مشکلات جدی در ارائه خدمات می‌شود در کشورهای دیگر مانند مصر، ازدیاد پزشکان به مشکل تبدیل شده است. معمولاً، کمبود و بیشبود، نسبت به کشورهای مربوط به همان منطقه یا دارای همان سطح از توسعه یافتگی، تعرف می‌شود. بنابراین، مازاد ممکن است مطلق (مانند آنچه در مورد پزشکان متخصص در بسیاری از کشورهای اروپای شرقی و آسیای مرکزی دیده می‌شود) و یا نسبی باشد (برحسب منطقه جغرافیایی).
- کارکنان مراقبت سلامت غالباً برای وظایفی که انجام می‌دهند، کفایت لازم را ندارند؛ دلیل این امر می‌تواند کمبود فرصت‌های آموزشی (مثلاً در بسیاری از کشورهای آفریقایی) و یا عدم تطابق بین مهارت‌های موجود و نیازها و اولویت‌های نظام مراقبت سلامت (مثلاً در کشورهای اروپای شرقی و آسیای مرکزی) باشد. البته تعداد پزشکان و سایر کارکنان دیگر مراقبت سلامت با نوع خاصی از آموزش و مدرک، تنها بخشی از این داستان است. نه آموزش رسمی و نه توانایی‌های حرفه‌ای لزوماً به معنی مهارت داشتن در برخورد با مشکلات خاص نیستند.
- تقریباً تمام کشورها، از عدم توازن منابع انسانی میان مناطق شهری و روستایی رنج می‌برند و با مشکلاتی در برطرف ساختن نیاز گروه‌های خاص مانند فقرا، معلولان یا اقلیت‌های نژادی مواجه هستند. تقریباً در همه جا ارائه‌کنندگان، در مناطق شهری متمرکز می‌شوند. در کامبوج، ۸۵ درصد از جمعیت در مناطق روستایی زندگی می‌کنند در حالی که تنها ۱۳ درصد از کارکنان مراقبت سلامت دولت، در آنجا به فعالیت مشغول هستند. در آنگولا، ۶۵ درصد از جمعیت در مناطق روستای زندگی می‌کنند در حالی که ۸۵ درصد از متخصصان سلامت، در مناطق شهری به فعالیت مشغول هستند. در نپال، تقریباً ۲۰ درصد از پست‌های پزشکان در روستا، پر شده است در حالی که این میزان در مناطق شهری ۶۶ درصد است.
- هر چند که پیشرفت‌هایی در سال‌های اخیر برای توسعه سیاست‌ها و برنامه‌های ملی در قبال منابع انسانی بخش سلامت صورت گرفته است، پیاده‌سازی و اجرای آن‌ها به‌طور کامل، در اکثر کشورها رخ نداده است. به‌علاوه، کشورهای بسیار کم‌تری، به پایش و ارزشیابی پیشرفت و تأثیر پیاده‌سازی سیاست‌ها پرداخته‌اند.

و مصر، اکثریت عمده‌ای از پزشکان تحت استخدام دولت، بیماران خصوصی را ویزیت می‌کنند تا درآمد شغل معمول خود را کامل کنند. در قزاقستان چنین تخمین زده می‌شود که «پرداخت‌های غیررسمی و زیرمیزی» ۳۰ درصد به صورت‌حساب‌های ملی مراقبت سلامت می‌افزایند. امکان کار خصوصی در مؤسسات دولتی، در بخشی از کشور به جهت خنثی کردن فرار مداوم مغزها (یعنی کارکنان ماهر) از بخش دولتی فراهم شده است. این راهبرد در بحرین موفقیت‌آمیز بوده است اما تجارب صورت گرفته در غنا و



نیال نشان می‌دهد که چنین انگیزش‌هایی ممکن است منجر به انحراف منابع محدود از خدمات دولتی به سمت بیرون شود و متخصصان را تحریک به اشتغال در طبابت مستقل خصوصی کند. انگیزش‌ها و مدیریت در ارتباط منابع انسانی، تأثیر غیرمستقیمی نیز بر استفاده از سایر منابع دارد. به‌عنوان مثال، بسیاری از برنامه‌های پرداخت، انگیزش‌هایی برای پزشکان و ارائه‌کنندگان جهت استفاده کم‌تر یا بیش‌تر از تجهیزات پزشکی، آزمون‌های آزمایشگاهی و داروها به‌وجود می‌آورند. در بنگلادش، پزشکان ۳۰-۴۰ درصد از هزینه آزمایشگاهی را به ازای هر ارجاعی که صورت می‌دهند، دریافت می‌کنند؛ این امر، انگیزش واضحی برای گسترش حجم چنین خدماتی فراهم می‌کند. در کشورهای چین و ژاپن، بسیاری از پزشکان، بخشی از درآمد خود را از راه فروش داروهایی که تجویز می‌کنند کسب می‌کنند. در بسیاری از کشورها، استفاده از داروهای تجاری به عوض ژنریک، کماکان شایع است و مسئول این امر، تا حد زیادی انگیزش‌هایی است که تولیدکنندگان دارو در پزشکان و داروسازان ایجاد می‌کنند، نبود مهارت‌های مورد نیاز جهت ارزیابی فناوری و کنترل کیفیت، عامل دیگری است که منجر به عدم توازن میان منابع می‌شود.

الگوی واحدی در ارتباط با نسبت صحیح پزشکان یا پرستاران به

جمعیت وجود ندارد و باید گفت هر کشوری با توجه به نیازهای خود و شرایط مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی باید این نسبت را مشخص کند در طی سال‌های اخیر در کشورهای گوناگون راهبرد موفق ارتباط با منابع انسانی دیده شده است.

- استفاده کارآمدتر از کارکنان موجود از طریق توزیع جغرافیایی بهتر،
- استفاده بیش‌تر از کارکنان چند مهارتی در جایی که مقتضی باشد،
- اطمینان یافتن از تطابق بهتر میان مهارت‌ها و کارکرد افراد.

هر یک از این راهبردها در کشورهای خاصی به کار گرفته شده که در این گزارش به آن‌ها اشاره خواهیم کرد.

رشد دانش موجود و پیشرفت فناوری (مانند داروها و تجهیزات تشخیصی جدید)، می‌تواند ظرفیت منابع انسانی را در حل مشکلات سلامت، به میزان قابل توجهی افزایش دهد و از این طریق، عملکرد یک نظام مراقبت سلامت را ارتقا بخشد. همچنین دانش جدید، چالشی برای هر نوع توازن موجود در ورودی‌های یک کشور است چرا که قیمت‌های نسبی و ترکیب کارآمد منابع دستخوش تغییر می‌شوند. در چند دهه گذشته، پیشرفت‌های انقلابی در پزشکی و فناوری، مرزهای میان بیمارستان‌ها، مراقبت اولیه سلامت و مراقبت در جامعه را جابه‌جا کرده است. جابه‌جایی منابع در نظام‌های سلامت به گونه‌ای که مطابق این تغییرات باشد، بسیار آهسته‌تر رخ داده است. (کادر ۳-۴)



تمام کشورهای، چه فقیر و چه غنی، باید توازن معقولی بین ورودی‌ها برقرار و آن را حفظ کنند. البته انتخاب‌های مربوط به یافتن این توازن، برحسب میزان منابع کلی موجود متغیر خواهد بود. در یک کشور فقیر، امکان سرمایه‌گذاری بر روی فناوری‌های پیشرفته پزشکی یا پرداخت برای داروهای پیشرفته بسیار

. -

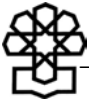
کمیت فناوری‌های پزشکی ارزشمند و روش‌های بالینی نوین، طی دهه‌های اخیر توسعه قابل توجهی یافته و بسیاری دیگر از آن‌ها نیز در راه است. متأسفانه به دلیل نبود درآمد کافی در برخی کشورها، دستیابی به این امکانات جدید برای همه افراد ممکن و مقدور نیست. بیماری‌هایی که به گونه‌ای اثربخش در کشورهای غنی توسط کارکنان حرفه‌ای و فناوری پیشرفته درمان می‌شوند، در کشورهای کمتر توسعه یافته توسط کارکنان غیرماهر یا به صورت غیررسمی در منزل مورد مداوا قرار می‌گیرند. به علاوه، برخی از این بیماری‌ها در کشورهای فقیرتر شایع‌ترند.

در حال حاضر برای مقابله با ویروس نقص ایمنی انسانی - ایدز (HIV/AIDS) داروهایی وجود دارند که با هزینه بسیار بالا فقط می‌توانند پیشرفت بیماری را به تأخیر اندازند. الگوهای درمان و ورودی‌های منابع برای HIV/AIDS در کشورهای مختلف، متفاوت است. در کشورهای فقیر، HIV/AIDS کماکان بیماری بدون انتخاب‌های درمانی است. مراقبت از افراد بیمار، عمدتاً به صورت غیررسمی در منزل یا مؤسساتی با کارکنان عمدتاً غیرماهر صورت می‌گیرد. در آفریقای جنوبی، سازمان‌های بیمه‌گر موظف شده‌اند که هزینه‌های درمان HIV را پوشش دهند و این امر، دسترسی به درمان را بهبود بخشیده است.

انتقال مالاریا را می‌توان با روش‌هایی مانند اسپری زدن در منزل، پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش، پیشگیری با کلروکین و غیره تحت کنترل درآورد. چنین روش‌هایی، همواره در دسترس افرادی که بیشترین نیاز را به آن دارند قرار ندارد. پروژه‌های مختلف و متعددی برای تهیه واکسنی علیه مالاریا در حال انجام است. به نتیجه رسیدن این پژوهش‌ها، فرصت مغتنمی برای بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از مرگ خواهد بود. چنین پیشرفتی در فناوری نیز نیازمند ترکیب جدیدی از منابع است اما تنها برای آن کشورهایی که توان تأمین بهای واکسن جدید را داشته باشند. مقاومت باکتری عامل سل به داروهای خط اول در حال افزایش است. این موضوع مثلاً در کشورهایی مانند فدراسیون روسیه بسیار حائز اهمیت است. نبود درمان طبی اثربخش و استفاده ناصحیح از داروها، کماکان بر موانع موجود بر سر راه حل این مشکل روزافزون، می‌افزایند.

محدود است. برای یک کشور فقیر، جابه‌جایی استفاده از داروهای ضروری به سمت داروهای جدید و گرانقیمت برای بیماری قلبی - عروقی، به معنی از دست رفتن فرصت‌های قابل توجهی از نظر پیامدهای سلامت است. تفاوت در فرصت‌های موجود در سراسر کشور نیز بر توازن بهینه بین منابع مؤثر خواهد بود.

تعیین قیمت برخی از ورودی ما (مانند حقوق کارکنان پزشکان، برخی از داروها و...) در اختیار دولت‌ها است. ولی قیمت برخی موارد مانند تجهیزات پزشکی و داروهایی که دارای حق ثبت انحصاری هستند در بازار جهانی تعیین می‌شوند برای این‌که کشورهای کم درآمد در این موارد با مشکلی مواجه نشوند تولیت سازمان‌های بین‌المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی ضروری به نظر می‌رسد.



اکثر ورودی‌ها در خدمات سلامت (به جز نیروی انسانی دوره دیده) در بخش خصوصی تولید می‌شوند و به درجات مختلف دولت‌ها بر آن نظارت دارند.

مداخلات دولت عمدتاً در جایی لازم خواهد بود که لازم است از بابت رعایت استانداردهای کیفیت و ایمنی، اطمینان حاصل شود؛ اطلاعات مربوطه درباره محصولات، در دسترس باشد و محیط رقابتی عادلانه‌ای به وجود آید.

دولت‌ها با اتخاذ سیاست‌هایی مانند تعیین فهرست داروهای مجاز، استفاده از داروهای ژنریک، خرید عمده، ارزیابی رسمی فناوری تهیه داروها و فناوری‌های پزشکی از بازار بین‌المللی، می‌توانند اطمینان یابند که رقابت در بین تولیدکنندگان اصلی حفظ می‌شود.

تولید مواد مصرفی، داروها و تجهیزات پزشکی با یارانه دولتی، غالباً منجر به کیفیت پایین، عدم خلاقیت و نوآوری، فناوری غیرروزآمد و قدیمی، روش‌های ناکارآمد تولید و همچنین توزیع تأخیری می‌شود. برجسته‌ترین نمونه از این امر، در اتحاد سابق جماهیر شوروی روی داد. اکثر کشورهایی که از این الگو تبعیت کرده بودند، به سرعت از نظر بهره‌وری و فناوری تولید عقب افتادند.

تصمیم‌گیری درباره سرمایه‌فیزیکی مانند بیمارستان‌ها و سایر تسهیلات بزرگ، نیازمند توجه بیش‌تری از سوی دولت است. درمانگاه‌های سرپایی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه‌ها، بیمارستان‌های محلی و سایر تسهیلات درمانگاهی کوچک، غالباً نیازمند سرمایه‌های اندکی هستند و ارائه‌کنندگان خصوصی قادرند به موازات سرمایه‌گذاری‌های دولت، تأمین مالی این مراکز را خودشان انجام دهند. در مورد بیمارستان‌های بزرگ، اکثر کشورها در گذشته، بر سرمایه‌گذاری‌های دولتی بسیار تکیه کرده‌اند. تصمیم‌گیری در سرمایه‌گذاری‌های این حوزه، عواقبی را به همراه دارد که ممکن است برای ۴۰-۳۰ سال یا بیش‌تر باقی بماند. زمانی که بیمارستانی ساخته شد، بستن آن از نظر سیاسی بسیار مشکل است. البته نیاز به سیاست‌های دولتی قوی، لزوماً به معنی تأمین مالی دولتی برای کل ذخیره سرمایه نیست. بسیاری از کشورها، به گونه‌ای فزاینده جهت حمایت از سرمایه‌گذاری‌ها در نظام سلامت‌شان، به بخش خصوصی روی آورده‌اند حتی زمانی که تسهیلات حاصل، اهداف انتفاعی نداشته باشند و هزینه‌های اجرایی، از سوی دولت تأمین مالی شوند. (در فصل ۶ بیش‌تر به این مسأله پرداخته می‌شود)

در بین کشورها، تفاوت‌های بسیاری در ترکیب منابع، وجود دارد برای روشن شدن موضوع ما ترکیب ورودی‌های نظام سلامت را بر هشت کشور مختلف مورد بررسی قرار می‌دهیم.

شکل ۲-۴، وضعیت منابع ۴ کشور پردرآمد را نشان می‌دهد: دانمارک، سوئد، انگلستان و ایالات متحده. میزان ورودی هر کشور برای هر یک از ۸ مورد، به صورت درصدی از بالاترین میزان آن شاخص در گروه بیان شده است. ارقام ذکر شده، نشان‌دهنده «بهترین عملکرد» به آن معنی که در فصل ۲ ذکر شد نیستند و صرفاً میزان ورودی‌ها را با یکدیگر مقایسه می‌کنند.



در هر ورودی ایالات متحده، به میزان حداکثر خود یا نزدیک به آن قرار دارد. از نظر هزینه صرف شده و فناوری، این کشور در بالاترین حد از گروه کشورها قرار دارد. سوئد، بیشترین ذخایر منابع انسانی و تخت بیمارستانی و دانمارک، بالاترین هزینه صرف شده در امر دارو را به خود اختصاص داده‌اند. انگلستان، در میانه مرزهای تعیین شده توسط این گروه از نظر هر ورودی قرار دارد: این کشور فاصله زیادی با حداکثر هزینه صرف شده سرانه و فناوری (مثلاً تصویربرداری با تشدید مغناطیسی [MRI] یا سی تی اسکن) دارد. اما از نظر تخت و دارو، این کشور با بقیه اعضای گروه قابل مقایسه و حتی برتر از ایالات متحده است.

این مقایسه ساده بین کشورها، نشان‌دهنده تفاوت‌های روشن از نظر ترکیب ورودی‌هاست. تفاوت‌های موجود را می‌توان تا حدی با شرایط قبلی رقابت و روش‌های پرداخت در بیمارستان‌های ایالات متحده توجیه کرد؛ چرا که تمرکز آن‌ها بر بحث کیفیت، بیشتر از تمرکز بر قیمت و هزینه - اثربخشی بوده است. تفاوت‌های قیمت‌های نسبی نیز در این میان، نقش دارند. رقابت ارائه‌کنندگان طبی بر سرفناوری در سوئد و به خصوص انگلستان، زیر لوای بودجه کلی محدود شده‌اند. این امر همچنین به این معنی است که نظام سلامت ایالات متحده (و در نهایت مالیات‌دهندگان و پرداخت‌کنندگان بیمه سلامت در این کشور)، سهم بیشتری را در هزینه‌های کل مربوط به وارد کردن فناوری جدید پزشکی و داروها به بازار، پرداخت می‌کند. داده‌های مربوط به روند (که در نمودارها نشان داده نشده است) نمایانگر آن است که در ارتباط با MRI و سی تی اسکن، هم سوئد و هم انگلستان در حال رسیدن به سطوح مربوط به ایالات متحده هستند. یافته فوق از این دیدگاه حمایت می‌کند که نظام سلامت ایالات متحده، سریع‌تر از بقیه از فناوری جدید پزشکی استفاده کرده و آن را به کار گرفته است. قیمت نسبی پزشکان و پرستاران در سوئد در مقایسه با ایالات متحده پایین‌تر است و ترکیبات مختلف ورودی‌ها، نشانگر درجاتی از امکان جابه‌جایی بین منابع انسانی و سایر ورودی‌های سلامت است.

شکل ۳-۴ نشان‌دهنده وضعیت‌های منابع برای ۴ کشور مصر، مکزیک، آفریقای جنوبی و تایلند است. این ۴ کشور با درآمد متوسط، هزینه به مراتب کم‌تری در هر یک از انواع منابع مراقبت سلامت نسبت به گروه کشورهای پردرآمد صرف می‌کنند. مشابه آنچه در مورد کشورهای پردرآمد به چشم می‌خورد، تقابل‌ها و تفاوت‌های قابل توجهی در ترکیب منابع به چشم می‌خورد و به نظر می‌رسد که این تفاوت‌ها، صرفاً به دلیل تفاوت درآمد یا قیمت‌ها باشد.

آفریقای جنوبی، در بالاترین نقطه گروه از نظر صرف هزینه، پرستاران، تخت و MRI قرار دارد ولی بیشترین فاصله را با میزان حداکثر از نظر داروها و پزشکان (همراه با تایلند) داراست. مصر، پایین‌ترین صرف هزینه سرانه کل را در گروه داراست اما بالاترین نسبت پزشکان و دومین رتبه را از نظر مصرف دارو به خود اختصاص داده است. پرداخت به پزشکان و برای دارو در مصر، عمدتاً به صورت مستقیم از جیب توسط بیماران صورت می‌گیرد. چنین تخمین زده می‌شود که حدود ۸۰ درصد از درآمد پزشکان، از طبابت خصوصی تأمین می‌شود و خانوارها، نزدیک به ۶۰ درصد از کل هزینه‌های دارویی را به صورت مستقیم از جیب پرداخت می‌کنند. تردیدهایی درباره میزان مهارت‌های پزشکان به وجود آمده است. استفاده



از داروهای تجارتي، گسترده‌تر از داروهای ژنريک است. بخشي از اين الگوي مصرف دارو ممکن است به خاطر دانش اندک و درک ناکافي از داروهای ژنريک در ميان مصرف‌کنندگان به علاوه خود درماني گسترده باشد. عوامل توجه‌کننده مهم ديگر، تجويز غيرقانوني توسط پزشکان و پيچيدن داروهای گرانقيمت از سوی داروسازان است.

مکزیک، بالاترين نسبت از پزشکان و همراه با تایلند، پايين‌ترين نسبت از پرستاران را داراست. چنين تخمين زده می‌شود که حدود ۱۵ درصد از تمام پزشکان در مکزیک، يا غيرفعال يا بيکار و کم کار هستند. علی‌رغم وجود شواهدی از مازادهای اينچنين، تعداد زيادی از پست‌ها در مناطق روستايی خالی است. برعکس، نسبت پزشکان در تایلند و آفريقای جنوبي پايين است. به‌علاوه، صاحب‌نظران سلامت تایلند تخمين می‌زنند که حداقل ۱۰,۰۰۰ پزشک ديگر مورد نیاز خواهند بود. نسبت پزشکان به پرستاران، تفاوت‌های عمده‌ای را نشان می‌دهد: در آفريقای جنوبي، پرستاران به مراتب بيش‌تر از پزشکان هستند که دليل آن احتمالاً جابه‌جایی بين‌المللی بيش‌تر از سوی پزشکان است؛ اما اين نسبت در مصر و مکزیک معکوس است.

:

-

دانمارک



سوئد



انگلستان

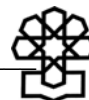


ایالات متحده



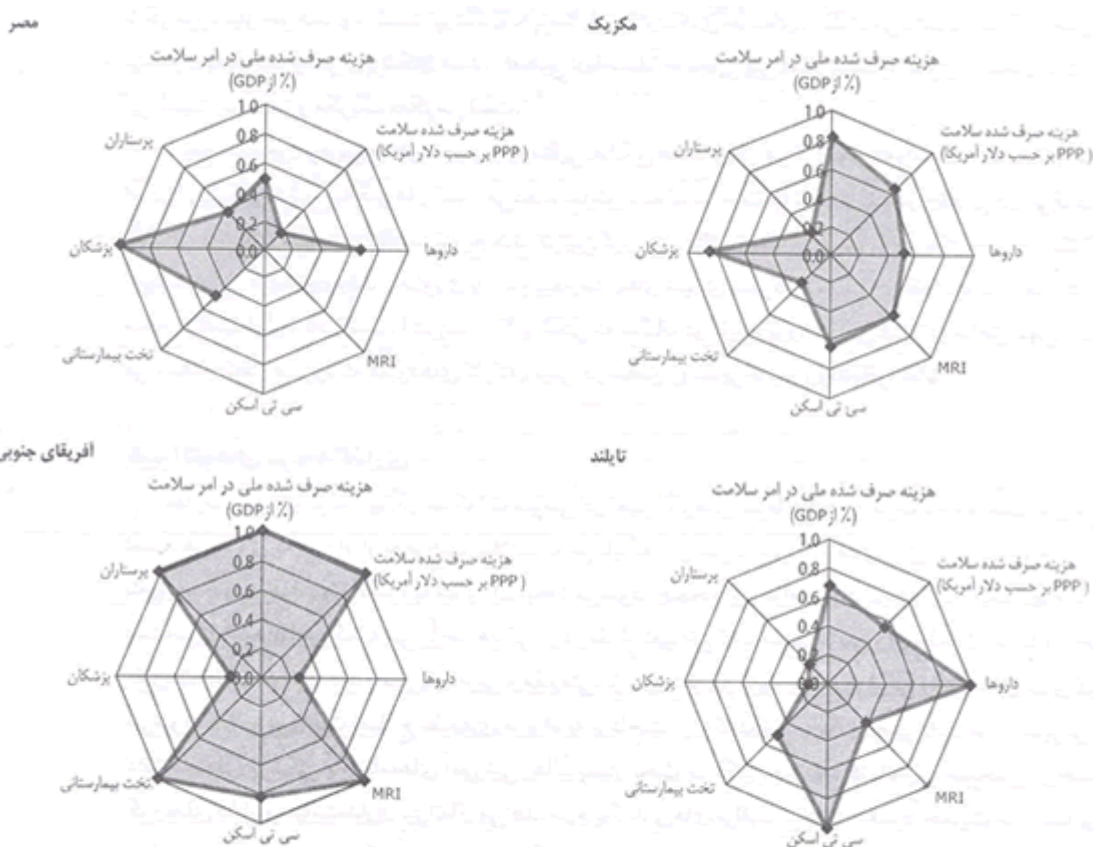
نکته: داده‌ها به صورت کسری از مقدار حداکثر (در ميان ۴ کشور نشان داده شده) برای هر شاخص منفرد هستند اين مقادير حداکثر، مرزی را مشخص می‌کند که تمام داده‌های ديگر پايين‌تر از آن قرار می‌گیرند. تمام شاخص‌ها به جز هزينه صرف شده ملي در امر سلامت و استخدام کارکنان، بر حسب سرانه ذکر شده‌اند.

GDP، توليد ناخالص داخلی؛ MRI، تصويربرداری با تشديد مغناطیسی؛ PPP نسبت قدرت خريد.



توزیع منابع موجود بین مناطق شهری و روستایی، مشکل عمده‌ای در هر چهار کشور با درآمد متوسط مذکور است اما در این شکل که تنها میانگین‌ها را نشان می‌دهد، نمایش داده نشده است. پزشکان اکثراً در جاهایی کار می‌کنند که بالاترین وضعیت سلامت را دارند. توزیع منابع در بین گروه‌های نژادی، مشکل جدی در آفریقای جنوبی است. در تایلند، بخش عمده تجهیزات با فناوری بالا، در بیمارستان‌های شهری متمرکز شده در حالی که استفاده از فناوری در سطح مراقبت اولیه، نادر است. اکثریت ۹۰۰ پزشکی که سالانه در تایلند پرورش می‌یابند، در مناطق شهری باقی می‌مانند و انتظار می‌رود که کمبودهای کارکنان کیفی در مناطق روستایی با این روند باقی بماند.

: . -



نکته: داده‌ها به صورت کسری از مقدار حداکثر (در میان ۴ کشور نشان داده شده) برای هر شاخص منفرد هستند این مقادیر حداکثر، مرزی را مشخص می‌کنند که تمام داده‌های دیگر پایین‌تر از آن قرار می‌گیرند. تمام شاخص‌ها بجز هزینه صرف شده ملی در امر سلامت و استخدام کارکنان، بر حسب سرانه ذکر شده‌اند. GDP، تولید ناخالص داخلی؛ MRI، تصویر برداری با تشدید مغناطیسی؛ PPP، نسبت قدرت خرید.

در چند دهه گذشته قسمت عمده سرمایه‌گذاری در نظام سلامت بر روی بیمارستان‌ها و مراقبت‌های تخصصی انجام گرفته است. متمرکز شدن بر مراقبت بیمارستانی، منجر به افزایش سریع تخت‌های بیمارستانی شد. در کشورهای پردرآمد، افزایش تخت‌ها با تغییرات سریع فناوری همراه شد و این امر



منجر به افزایش هزینه‌ها شد. مسن شدن جمعیت و بالاتر رفتن میزان استفاده از نظام‌های سلامت توسط افراد مسن، این فشار فزاینده را برای عرضه تخت‌های بیش‌تر حفظ کرد.

در کشورهای کم‌تر توسعه یافته، افزایش تخت‌ها با تغییرات آهسته‌تری در فناوری و افزایش کندتری در بحث هزینه‌ها همراه بوده است که متعاقب این امر، ارائه میزان کم‌تری از مراقبت، نگهداری ناکافی از تسهیلات و کیفیت پایین‌تر خدمات به دلیل عدم تأمین مالی هزینه‌های جاری رخ داده است. در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و پایین، ضریب اشغال تخت بیمارستان‌های دولتی پایین مانده است. به‌عنوان مثال، ضریب اشغال تخت در بیمارستان‌های وزارت بهداشت کشور مکزیک، به صورت میانگین حدود ۵۰ درصد است که علت آن، کارکنان و نگهداری ناکافی و استفاده ناکارآمد متعاقب آن از منابع موجود بوده است.

اکثر منابع مراقبت سلامت در اتحاد سابق جماهیر شوروی، از بالا و توسط وزارت بهداشت کنترل می‌شد. مدیریت سرمایه‌گذاری‌ها و متعاقب آن تجمیع و مدیریت منابع در سرمایه‌های انسانی و عمومی، به عهده دولت مرکزی بود. ساختار ارائه خدمات، با نرم‌هایی مانند تعداد تخت یا پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ساکن تعیین می‌شد. نتیجه این امر، ظرفیت بالای بیمارستانی بود.

در سال‌های اوایل دهه ۱۹۹۰، نسبت تخت اکثر کشورهای شوروی سابق، به مراتب بالاتر از این میزان در بسیاری از کشورهای اروپای غربی بود. تعداد پزشکان به ازای سرانه نیز (که اکثر آن‌ها به بخش بیمارستانی تخصیص داده شده بودند). در مقایسه با بسیاری از کشورهای غربی بالا بود. شاخص‌های ناکارآمدی عبارت بودند از مدت‌های طولانی اقامت و میزان اشغال تخت متوسط (به خصوص در بیمارستان‌های کوچک). همچنین کیفیت پایین تسهیلات و تجهیزات پزشکی، بر اثربخشی خدمات بیمارستانی تأثیر می‌گذاشت. بسیاری از بیمارستان‌های منطقه‌ای کوچک، فضایی بیش‌تر از ۴-۵ مترمربع به ازای هر تخت نداشتند و برخی از کوچک‌ترین بیمارستان‌ها، فاقد خدمات رادیولوژی و آب و سیستم گرمایش کافی بودند.

به‌عنوان مثال، یک بررسی پیمایشی در سال ۱۹۸۹ مشاهده کرد که ۲۰ درصد از بیمارستان‌های روسیه، آب لوله‌کشی داغ نداشتند، ۳ درصد از آن‌ها حتی آب لوله‌کشی سرد هم نداشتند و ۱۷ درصد از تسهیلات فاضلاب کافی بی‌بهره بودند. همچنین در این بررسی مشاهده شد که از هر ۷ بیمارستان و پلی‌کلینیک، یکی نیازمند بازسازی اساسی است. بررسی پیمایشی مشابهی در سال ۱۹۸۸ نشان داد که سرمایه‌گذاری در جهت نگهداری پلی‌کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها، به میزان قابل توجهی کم‌تر از حد لازم است، حدود ۱۹ درصد از پلی‌کلینیک‌ها و ۲۳ درصد بیمارستان‌ها، شرایط خود را «فاجعه‌آمیز» یا نیازمند بازسازی کامل توصیف کردند.

در دهه ۱۹۹۰، کاهش تعداد و دفعات استفاده از بیمارستان‌ها، بخش مهمی از اصلاحات را به خود اختصاص داد. ترکیبی از ظرفیت بیش از حد و کیفیت پایین در منابع فیزیکی، یک انحراف عمده در فرایند ترکیب ورودی‌ها در این کشورهاست. در مواردی که تسهیلات بسته نشده بودند یا به‌عنوان خانه‌های سالمندان یا برای کارکردهای دیگری مورد استفاده قرار نگرفته بودند، روزآمد شدند و به گونه‌ای اثربخش‌تر، در نظام ارجاع مورد استفاده قرار گرفتند. البته در بسیاری از موارد، تغییرات صورت گرفته به دلیل مشکلات سیاسی موجود در جابه‌جا کردن منابع از یک محل استفاده به محل دیگر، عمدتاً در حد متوسط بوده است.



طی سال‌های دهه ۱۹۹۰، بسیاری از کشورها شروع به کاهش اندازه و حجم بخش بیمارستانی خود کردند و به خصوص بسیاری از بیمارستان‌های کوچک بسته شدند یا برای سایر اهداف، مورد استفاده قرار گرفتند (کادر ۴-۴). تعداد تخت‌های بیمارستانی و میانگین مدت اقامت در بیمارستان کاهش پیدا کرده است که این امر، انعکاسی از پیشرفت فنی و هزینه‌های پایین‌تر در مراقبت سرپایی است. بسته شدن بیمارستان‌های کوچک و بخش‌های اورژانس و کاهش تعداد تخت‌ها به معنی آن است که جهت پاسخدهی به تقاضاهای نوسان‌دار باید راهبردهای جدیدی ایجاد شود؛ اجزای کلیدی این راهبردها باید یکپارچگی بیش‌تر میان ارائه‌کنندگان، انتقال بیمار، انباشت و مدیریت منابع و اطلاعات را در برگیرند.

درآمد یک کشور هر چقدر که باشد، روش‌های کارآمدی جهت تخصیص ورودی‌های نظام سلامت وجود دارد که به نظام سلامت امکان می‌دهند تا بهترین کارکرد را از خود نشان دهد. ترکیب کارآمد ورودی‌ها، برحسب قیمت‌های نسبی بین ورودی‌ها، نیازهای سلامت و اولویت‌های اجتماعی خاص کشور، طی زمان و در بین کشورها متفاوت خواهد بود. در کشورهای کم‌تر توسعه یافته، تعیین اولویت‌ها قطعاً مشکل‌تر و توازن میان سرمایه‌گذاری‌ها و هزینه‌های جاری، حیاتی‌تر خواهد بود. نظام‌های مراقبت سلامت هنگامی که تغییرات سریعی در فناوری یا منابع مالی موجود (در نتیجه محیط متشنج اقتصاد کلان) روی می‌دهد، با چالش‌های عمده‌ای مواجه می‌شوند. نارسایی تصمیم‌گیرندگان مراقبت سلامت برای پاسخدهی به چنین جابه‌جایی وضعیتی می‌تواند منجر به عملکرد کم‌تر از حد بهینه در نظام سلامت شود.

برای پیشگیری از این عدم توازن یا تصحیح آن اقدامات زیر می‌تواند مفید باشد.

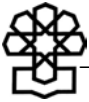
● نخستین گام، ایجاد آگاهی عمومی از مشکل موجود از طریق ثبت منابع مختلف مورد استفاده و عملکرد نظام‌های سلامت است. همچنین داده‌های دقیق درباره تعداد و توزیع فعلی منابع انسانی است.

● گام بعدی تهیه حساب‌های ملی سلامت است حساب‌های ملی سلامت، چارچوب جامع‌تری جهت ارائه داده‌های مربوط به ورودی‌ها و همچنین برقراری ارتباط با عوامل ذی‌نفع مختلف درباره سیاست‌های آتی سرمایه‌گذاری، فراهم می‌آورند.

● به‌کارگیری نظام‌های دقیق‌تر حسابداری و اطلاع‌رسانی هزینه‌ها، به‌کارگیری روش‌های دستیابی به توازن میان ورودی‌ها را آسان‌تر می‌سازد.

● ایجاد تعهد در سیاستگذاران بخش سلامت برای رفع مشکلات بنیادین. آگاهی بخش عمومی و بهبود اطلاع‌رسانی از طریق حساب‌های ملی سلامت و نظام‌های حسابداری، بدون تعهدی عمیق و موازی از سوی تصمیم‌گیرندگان مراقبت سلامت برای برخورد با مشکلات بنیادین، منجر به هیچ تغییری نخواهد شد.

بهترین پشتیبانی از چنین تعهدی را می‌توان به‌وسیله ترکیبی از تولید (بینش کلی و تأثیرگذاری) و دادن حیطه وسیع‌تر برای تصمیم‌گیری تمرکززدا از سوی خریداران و ارائه‌کنندگان صورت داد. نظارت و داشتن حق اختیار مرکزی بر روی تصمیمات سرمایه‌گذاری عمده ضروری است. این به معنی آن نیست که تمام چنین تصمیماتی باید در مرکز اتخاذ شود. اما سیاستگذاری و هدایت مرکزی، از طریق فرایند مناقصه

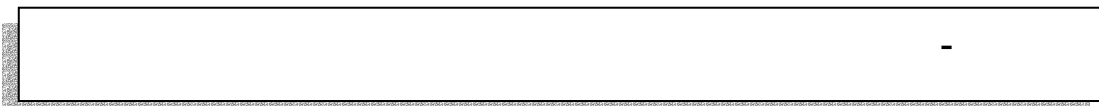


یا اعطای مجوز تأییدی، ضروری خواهد بود تا از هماهنگی کلی بین تصمیمات سرمایه‌گذاری دولتی و خصوصی با ظرفیت تأمین مالی جاری از بخش دولتی، اطمینان حاصل شود. بدترین اشتباه، تشویق یا اجازه دادن به سرمایه‌گذاری‌ها در جایی است که هزینه‌های جاری را نمی‌توان تأمین کرد. سیاستگذاری مرکزی در باب ثبت داروها و فناوری‌های عمده، تهیه فهرست داروهای ضروری و راهکارهای درمانی، اطمینان‌یابی از کیفیت و خرید عمده کماکان لازم خواهد بود. خریداران و ارائه‌کنندگان نیازمند انگیزش‌ها و فرصت‌هایی هستند تا تخصیص فعلی ورودی‌ها را به چالش بکشند و بهترین راه پاسخدهی به نیازهای سلامت، اولویت‌های اجتماعی و انتظارات را بیابند. رویکردهای سلسله‌مراتبی انعطاف‌پذیر جهت برقراری توازن، معمولاً منجر به تغییرات واکنشی می‌شوند تا دائمی؛ کمبود ورودی‌های ضروری از یک سو و وجوهات مصرف نشده از سوی دیگر، احتمالاً شایع‌ترین مشکلات هستند. اما تصمیم‌گیری تمرکززدا در میان ارائه‌کنندگان را باید از طریق خرید فعالانه و سازوکارهای پرداخت مناسب جهت رسیدن به اولویت‌های کلی، کنترل و هدایت کرد. همچنین تصمیم‌گیری تمرکززدا درباره جزئیات و ترتیبات مداخلات، نیازمند راهبردهای جدید برای منابع انسانی و سرمایه‌گذاری در مهارت‌های برنامه‌ریزی و مدیریتی در تمام سطوح است.

بدون چنین تولید دقیقی بر روی تمام منابع ورودی و پایش توسعه‌های صورت گرفته، انحراف بسیاری در واحدها تمرکززدا شده به وجود خواهد آمد که آن‌ها را به سمت رفتارهای فرصت‌طلبانه سوق می‌دهد. تمرکززدایی، نه به معنی نبود پاسخگویی در مدیریت منابع و نه به معنی خروج دولت مرکزی از برنامه‌ریزی و پایش است. این فرایند باید جهت افزایش پاسخگویی مورد استفاده قرار گیرد و نقش جدیدی را به دولت مرکزی و وزارتخانه‌ها جهت تمرکز بر تنظیم و پایش کلی اعطا کند.

به‌عنوان بخشی از این نقش جدید، تأثیر فناوری طبی جدید باید ارزیابی شود و این ارزیابی‌ها نیازمند ثبت رفتارهای موجود و میزان استفاده از منابع است. برای کشورهای کم‌تر توسعه یافته، نهادهای اهدا کننده باید عدم توازن‌های موجود و احتمالی را هنگام طرح‌ریزی راهبردهای حمایت‌کننده مدنظر قرار دهند. مبنای اطلاعاتی ارائه شده از طریق استفاده دائم از حساب‌های ملی سلامت، نقطه شروع خوبی برای دستیابی به درکی مشترک از عدم توازن‌های موجود خواهد بود.

در هر دو نوع نظام‌های سلسله‌مراتبی انعطاف‌ناپذیر و نظام‌های تمرکززدایی شده فاقد پاسخگویی، انگیزش‌های صحیح و تولید، تصحیح و پیشگیری از عدم توازن میان منابع بسیار مشکل‌تر خواهد بود. چنین عدم توازن‌هایی غالباً به نوبه خود مشکلات عظیمی را ایجاد می‌کنند و با ارائه پیام‌ها (سیگنال‌های) اشتباه به بازار کار مراقبت سلامت و صنعتی که از خدمات سلامت حمایت می‌کند، منجر به بروز مشکلات بیش‌تر نیز می‌شوند. نظام‌های سلامت با عملکرد خوب و هزینه - اثربخش که به نیازهای سلامت مبتنی بر اولویت‌های دقیق پاسخ می‌دهند، هم به صنعت پزشکی و هم به دانشکده‌های پزشکی، انگیزش‌هایی را جهت سرمایه‌گذاری مناسب و صحیح در پژوهش و توسعه، برنامه‌های آموزشی و ورودی‌های فیزیکی مورد نیاز جهت ایجاد سلامت بهتر ارائه می‌کنند.



()

هزینه‌های صرف شده در مراقبت سلامت، از ۳ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) جهان در سال ۱۹۴۸ به ۷/۹ درصد در سال ۱۹۹۷ افزایش یافته است. افزایش قابل توجه هزینه‌ها در سطح جهان، جوامع را وادار ساخته است تا به دنبال ترتیباتی باشند تا اطمینان حاصل کنند که افراد، به دلیل عدم توان پرداخت، از دسترسی به مراقبت محروم نمی‌مانند. در این فصل به اهداف تأمین مالی سلامت و ارتباط آن با ارائه خدمات (از طریق خرید) اشاره می‌شود. همچنین عواملی که بر عملکرد تأمین مالی سلامت نیز تأثیر می‌گذارند مورد بحث قرار می‌گیرند.

اهداف تأمین مالی سلامت عبارتند از: در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمامی افراد به خدمات بهداشت عمومی و مراقبت سلامتی شخصی اثربخش. معنای این امر، کاهش یا از بین بردن امکان عدم توان پرداخت فرد برای دریافت چنین مراقبت‌ها یا تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌ها است.

برای اطمینان از دسترسی افراد به خدمات سلامت، سه کارکرد مرتبط در تأمین مالی نظام سلامت، حیاتی و ضروری است:

۱. جمع‌آوری درآمد،
۲. انباشت و مدیریت منابع،
۳. خرید مداخلات.

جمع‌آوری درآمد فرایندی است که نظام سلامت به وسیله آن پول را از خانوارها، سازمان‌ها، شرکت‌ها و همچنین اهداکنندگان دریافت می‌کند. روش‌های اصلی در جمع‌آوری درآمد در نظام‌های سلامت عبارتند از:

- مشارکت اجباری در بیمه اجتماعی سلامت،



• مشارکت اختیاری در بیمه‌های خصوصی سلامت،

• مالیات عمومی،

• پرداخت مستقیم از جیب،

• موقوفات و کمک‌های اهدایی.

اکثر کشورهای پردرآمد، اتکای زیادی بر یکی از دو شیوه مالیات عمومی یا مشارکت‌های اجباری بیمه اجتماعی سلامت دارند. برعکس در کشورهای کم درآمد، اتکای بیشتر بر تأمین مالی مستقیم از جیب وجود دارد: در ۶۰ درصد از کشورهای با درآمد سرانه کم‌تر از ۱۰۰۰ دلار، صرف هزینه مستقیم از جیب حدود ۴۰ درصد یا بیشتر از میزان کل را تشکیل می‌دهد در حالی که اتکای به این شیوه به این شدت، در کشورهای با درآمد متوسط و بالا تنها در ۳۰ درصد از موارد دیده می‌شود (جدول ۱-۵).

در اکثر ساختارهای بیمه‌های اجتماعی و بیمه اختیاری خصوصی، جمع‌آوری درآمد و انباشت و مدیریت آن، در یک سازمان و یک فرایند واحد خرید خدمات ادغام شده‌اند. برای سازمان‌هایی مثل وزارت بهداشت که عمدتاً متکی بر مالیات عمومی هستند، جمع‌آوری توسط وزارت اقتصاد و دارایی صورت می‌گیرد و تخصیص به وزارت بهداشت از طریق فرایند بودجه‌ریزی دولت انجام می‌شود.

-

()

(%)							
کل	≥ 60	۵۰-۵۹	۴۰-۴۹	۳۰-۳۹	۲۰-۲۹	< ۲۰	(دلار آمریکا برحسب میزان تبادل)
۶۳	۱۹	۱۱	۷	۹	۱۰	۷	< ۱۰۰۰
۸۸	۸	۸	۱۵	۲۳	۱۸	۱۶	۱۰۰۰-۹۹۹۹
۳۷	۲	۰	۵	۴	۷	۱۹	≥ ۱۰,۰۰۰
۱۸۸	۲۹	۱۹	۲۷	۳۶	۳۵	۴۲	تمام دستجات درآمد

انباشت و مدیریت عبارت است از جمع‌آوری و مدیریت درآمدها به گونه‌ای که اطمینان حاصل شود که خطر (مالی) پرداخت برای مراقبت سلامت بر دوش همه اعضای صندوق است نه بر دوش تک تک آن‌ها به صورت فردی. مقصود اصلی این فرایند، تسهیم و مشارکت افراد در خطر مالی ناشی از مداخلات سلامت است که نیاز به آن‌ها ممکن است قطعی و مشخص نباشد.



خرید فرایندی است که به وسیله آن، وجوه انباشته شده به ارائه‌کنندگان پرداخت می‌شود تا مجموعه تعریف شده یا نشده‌ای از مداخلات سلامت را ارائه کنند. خرید خدمات را می‌توان به صورت منفعل یا راهبردی انجام داد. خرید منفعل شامل تبعیت از یک بودجه از پیش تعیین شده یا صرفاً پرداخت صورت حساب‌های ارائه شده است. خرید راهبردی شامل جستجوی مداوم راه‌هایی برای به حداکثر رساندن عملکرد نظام سلامت است. این امر به معنای انتخاب فعال مداخلات با شیوه‌هایی چون قراردادهای انتخابی و برنامه‌های انگیزشی است که جهت دستیابی به عملکرد بهتر صورت می‌گیرد.

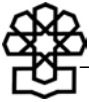
به صورت سنتی، اغلب مباحث سیاستگذاری در ارتباط با تأمین مالی نظام سلامت، بر محور تأثیر تأمین مالی دولتی (در برابر خصوصی) بر عملکرد نظام سلامت دور می‌زند. تأمین مالی خصوصی (به خصوص در کشورهای در حال توسعه) تا حد زیادی مترادف با پرداخت مستقیم هزینه از جیب با مشارکت‌های اندک، اختیاری و انباشته‌های غالباً غیریکپارچه و پراکنده است. برعکس، تأمین مالی دولتی (از مالیات‌های عمومی یا مشارکت در تأمین اجتماعی)، همواره با پیش‌پرداخت‌ها و صندوق‌های بزرگ همراه است. روشی که سیاستگذاران تأمین مالی دولتی را سازماندهی می‌کنند یا بر تأمین مالی خصوصی تأثیر می‌گذارند، بر روی چهار شاخص کلیدی عملکرد مالی نظام سلامت تأثیر خواهد گذاشت. این چهار شاخص عبارتند از: سطح (میزان) پیش‌پرداخت، درجه توزیع خطر، میزان پرداخت یارانه به فقرا و خرید راهبردی.

(

پیش‌پرداخت‌ها به هزینه‌ای اطلاق می‌شود که یک مشتری بالقوه خدمات سلامت پیشاپیش برای خدماتی که ممکن است مورد نیاز واقع شود پرداخت می‌کند. این هزینه ممکن است به صورت غیرمستقیم و مالیات‌ها یا مستقیم (مشارکت‌های تأمین اجتماعی، برنامه‌های بیمه اختیاری) باشد.

پیش‌پرداخت‌ها موجب می‌شوند که خطر مالی در میان اعضای یک صندوق توزیع و تقسیم شود. میزان (سطح) پیش‌پرداخت، به وسیله سازوکار غالب جمع‌آوری درآمد یک نظام، تعیین می‌شود. مالیات عمومی، امکان حداکثر تفکیک میان مشارکت مالی و مصرف را فراهم می‌کند در حالی که پرداخت مستقیم از جیب، چنین تمایزی را صورت نمی‌دهد. به جهت این‌که شیوه اخیر، به خصوص در کشورهای در حال توسعه، عمومیت دارد این است که تفکیک و تمایز بین مشارکت و مصرف، نیازمند آن است که نهادهای مسئول جمع‌آوری، ظرفیت سازمانی بسیار قوی داشته باشند. چنین خصوصیاتی، غالباً در کشورهای در حال توسعه یافت نمی‌شود.

اتکا به مالیات عمومی به عنوان عمده‌ترین منبع تأمین مالی سلامت نیازمند ظرفیت مطمئن جمع‌آوری و مشارکت‌ها است. در حالی که مالیات عمومی، به صورت میانگین ۴۰ درصد از تولید ناخالص داخلی



(GDP) را در کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه تشکیل می‌دهد، در کشورهای کم درآمد کم‌تر از ۲۰ درصد تولید ناخالص داخلی را شامل می‌شود.

سایر سازوکارهای پیش‌پرداخت، از جمله مشارکت‌های تأمین اجتماعی و برنامه‌های بیمه اختیاری از نظر جمع‌آوری ساده‌تر هستند و فواید آن، مرتبط با میزان واقعی مشارکت است. در اکثر موارد، مشارکت در برنامه‌های بیمه اجتماعی، محدود به کارکنان رسمی است که حق بیمه آن‌ها از حقوق محل کارشان کسر می‌شود. برای یک سازمان تأمین اجتماعی راحت‌تر است که این افراد را مشخص کند، حق مشارکت آن‌ها را جمع کند و در صورت عدم مشارکت، آن‌ها را از دریافت مزایا منع کند. به صورت مشابه، تعیین جمع‌آوری و ترتیبات انباشت برای بیمه‌های اختیاری سلامت راحت‌تر است. به هر حال، چنین پیش‌پرداختی کماکان نیازمند ظرفیت سازمانی و مقررات نظم یافته در مقایسه با تأمین مالی مستقیم از جیب است.

هر چند که پیش‌پرداخت، سنگ بنای تأمین مالی عادلانه نظام سلامت، در کشورهای کم درآمد که ظرفیت پیش‌پرداخت آن‌ها ناکافی است، محسوب می‌شود، اما ممکن است مشارکت مستقیم نسبی را در هنگام استفاده از خدمات، برای افزایش درآمدها لازم داشته باشد. همچنین ممکن است این مشارکت مستقیم به صورت فرانشیز برای مداخلات خاص و با هدف کاهش تقاضا باشد. از چنین رویکردی باید صرفاً زمانی بهره جست که شواهد روشنی از مصرف بیش از حد و غیرمعمول از یک مداخله خاص در نتیجه برنامه‌های پیش‌پرداخت وجود داشته باشد. باید توجه داشت که با در نظر گرفتن تأثیرات بالقوه منفی فرانشیز بر خدمات ضروری به خصوص برای فقرا، نباید فرانشیز جز در موارد نیازهای کم هزینه و به نسبت قابل پیش‌بینی، به‌عنوان مبنی برای تأمین مالی انتخاب شود.

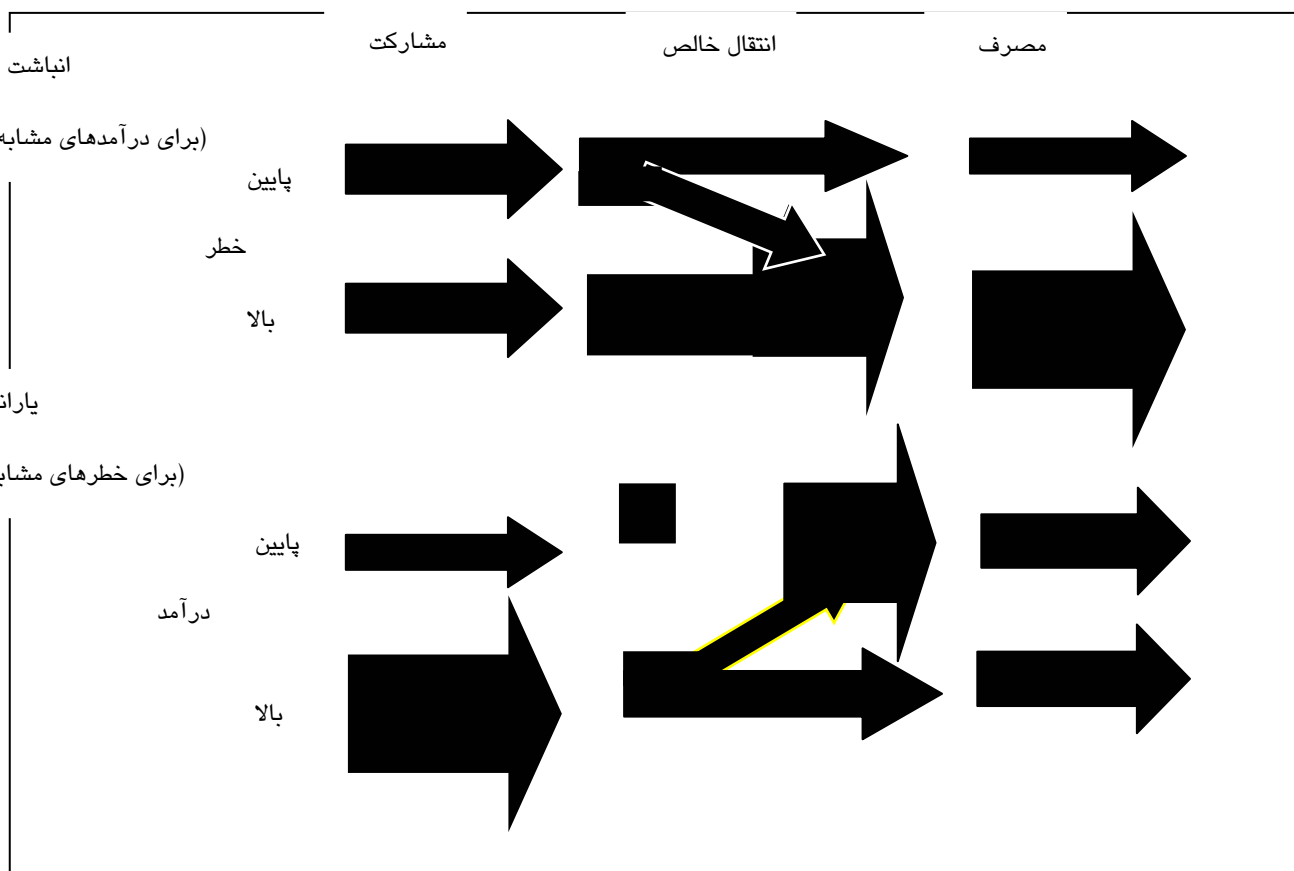
انباشت و مدیریت، عمده‌ترین روش تسهیم و پخش کردن خطر بین شرکت‌کنندگان است. پیش‌پرداخت به تنهایی عادلانه بودن تأمین مالی را تضمین نمی‌کند؛ مثلاً زمانی که پیش‌پرداخت از طریق حساب‌های ذخیره پزشکی است. دسترسی افراد به خدمات در این حالت، پس از اتمام شدن ذخیره این حساب محدود خواهد شد.

هر چند که پیش‌پرداخت و انباشت، پیشرفت قابل توجهی نسبت به تأمین مالی صرفاً مستقیم از جیب محسوب می‌شوند، ولی مسائل مربوط به درآمد را مدنظر قرار نمی‌دهند. صندوق‌ها و انباشت‌های بزرگ‌تر، مزایایی چون تسهیم خطر و یارانه متقاطع از افراد کم خطر به پرخطر را همراه دارد. انباشت، به خودی خود امکان برابری مشارکت‌های مالی میان اعضای صندوق انباشت را فراهم می‌کند بدون توجه به این‌که خطر مالی آن‌ها در ارتباط با مصرف خدمات چگونه است. اما در این حالت‌ها، امکان پرداخت یارانه به اغنیای با خطر بالا از سوی فقرای با خطر پایین نیز وجود دارد. بنابراین تأمین مالی سلامت، علاوه بر اطمینان‌یابی از برقراری یارانه متقاطع از کم خطر به پرخطر باید از این بابت نیز مطمئن شود که چنین یارانه‌هایی نزولی (رگرسیون) نیستند (شکل ۱-۵).



نظام‌های سلامت سراسر جهان تلاش می‌کنند تا با ترکیبی از مقررات و ضوابط سازمانی و فنی، خطر را پخش و تسهیم کنند و برای فقرا یارانه پرداخت کنند. (شکل ۱-۵) بین اعضای یک صندوق دو نوع یارانه متقاطع می‌تواند وجود داشته باشد. یارانه مرتبط با خطر و یارانه مرتبط با درآمد. همچنین دولت‌ها می‌توانند به‌طور مستقیم از طریق پرداخت یارانه، به صندوق‌ها کمک کنند.

(پیکان‌ها نشان‌دهنده جریان وجوه هستند)



در عمل، در اکثر نظام‌های سلامت، یارانه متقاطع مبتنی بر خطر و درآمد، از طریق ترکیبی از دو رویکرد به وجود می‌آید: انباشت و یارانه دولتی. یارانه متقاطع می‌تواند از طریق سازوکارهای دقیق برابرسازی خطر و درآمد بین اعضای صندوق‌های مختلف نیز وجود داشته باشد (در یک نظام چند صندوقی)؛ مانند آنچه در نظام‌های تأمین اجتماعی آرژانتین، کلمبیا و هلند مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این کشورها، وجود صندوق‌های متعدد به اعضای آن‌ها امکان می‌دهد که وضعیت (نمای) خطر و درآمد مختلفی داشته باشند. اما چنین ترتیبی، بدون سازوکارهای جبرانی، انگیزش‌هایی را برای سازمان‌های



انباشت‌گر و صندوق‌ها ایجاد می‌کنند تا افراد کم‌خطر را انتخاب کنند و افراد فقیر و بیمار را از فهرست اعضای خود حذف کنند.

در سازمان‌های تک‌صندوقی، تمرکززدایی می‌تواند منجر به بروز تفاوت‌های قابل توجه خطر و درآمد در بین نواحی تمرکززدایی شده شود، مگر آن‌که از سازوکارهای برابرسازی برای تخصیص منابع استفاده گردد.

جدول ۲-۵ نشان‌دهنده ترتیبات مختلف پخش و تسهیم خطر و یارانه‌دهی به فقرا در چهار کشور است.

. -

کلمبیا	صندوق‌های متعدد؛ سازمان‌های متعدد تأمین اجتماعی رقابتی، نظام‌های سلامت شهرداری و وزارت بهداشت	درون صندوق از طریق مشارکت بدون ارتباط با خطر و بین صندوق‌ها از طریق یک صندوق مرکزی متوازن کننده بسته خدمات حداقل به صورت اجباری برای همه اعضای همه صندوق‌ها.	داخل صندوق‌ها و بین صندوق‌ها؛ مشارکت مبتنی بر حقوق به علاوه یارانه جزئی و دقیق که جهت پیوستن فقرا به تأمین اجتماعی، به بیمه‌گر پرداخت می‌شود؛ یارانه مبتنی بر عرضه از طریق وزارت بهداشت و نظام‌های شهرداری
هلند	صندوق‌های متعدد؛ عمدتاً خصوصی که با سازمان‌های بیمه اجتماعی رقابت می‌کنند.	درون صندوق از طریق مشارکت بدون ارتباط با خطر و بین صندوق‌ها از طریق یک صندوق مرکزی متوازن کننده.	از طریق صندوق متوازن کننده خطر که اغنیا را خارج می‌کند.
کره جنوبی	دو صندوق؛ بیمه ملی سلامت و وزارت بهداشت البته بیمه ملی سلامت تنها ۳۰ درصد از کل هزینه‌های صرف شده سلامت هر یک از اعضا را تشکیل می‌دهد.	درون صندوق از طریق مشارکت غیرمرتبط با خطر و بسته خدمات منفرد جزئی و دقیق برای تمام اعضا	مشارکت مالی مرتبط با حقوق به علاوه یارانه مبتنی بر عرضه از طریق وزارت بهداشت و بیمه ملی سلامت از تخصیص‌های وزارت اقتصاد و دارایی یارانه‌دهی دولتی برای بیمه فقرا و کشاورزان
زامبیا	صندوق رسمی منفرد؛ وزارت بهداشت/ هیأت مرکزی سلامت	درون صندوق، بسته خدمات منفرد کلی برای همه اعضا در نظام وزارت بهداشت و در سطح ایالت‌ها، تأمین مالی از طریق مالیات‌های عمومی	درون صندوق از طریق مالیات عمومی، یارانه مبتنی بر عرضه از طریق وزارت بهداشت



شکل ۲-۵ ساختار تأمین مالی نظام سلامت را در ۴ کشور به تصویر می‌کشد؛ میزان انباشت رسمی وجوه و خرید رسمی در این کشورها (به‌جای پرداخت مستقیم مشتریان به ارائه‌کنندگان بدون هیچ‌گونه تسهیم خطر)، تفاوت قابل توجهی با یکدیگر دارد.

(-)

سایر	مستقیم از جیب	اهدای کنندگان	مالیات عمومی	جمع‌آوری درآمد
بدون انباشت خرید فرعی		دولتی سایر	وزارت بهداشت	انباشت و مدیریت
				خرید
ارائه‌کنندگان مصنوعی			وزارت بهداشت	ارائه خدمت

(-)

مستقیم از جیب	بیمه اجتماعی	مالیات عمومی	جمع‌آوری درآمد
بدون انباشت خرید فرعی	بیمه خصوصی (ISAPRES)	صندوق بیمه سلامت دولتی (FONASA)	انباشت و مدیریت
			خرید
ارائه‌کنندگان خصوصی		سازمان ملی خدمات سلامت	سایر دولتی‌ها

(-)

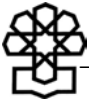
مستقیم از جیب	بیمه اجتماعی	اهدای کنندگان	مالیات عمومی	جمع‌آوری درآمد
بدون انباشت خرید فرعی	بیمه اجتماعی	دولتی‌ها سایر	وزارت بهداشت	انباشت و مدیریت
				خرید
ارائه‌کنندگان خصوصی		بیمه اجتماعی	وزارت بهداشت	ارائه خدمت

(-)

مستقیم از جیب	بیمه خصوصی	بیمه اجتماعی	مالیات عمومی	جمع‌آوری درآمد
بدون انباشت	بیمه خصوصی	بیمه عمومی پزشکان	وزارت بهداشت	انباشت و مدیریت
				خرید
ارائه‌کنندگان خصوصی		سازمان ملی خدمات سلامت		

نکته: پهنای مستطیل‌ها متناسب با جریان تخمینی وجوه است.

منبع: برآورد حساب‌های ملی سلامت.



همان‌گونه که ذکر شد صندوق بیمه‌ای می‌تواند به صورت واحد صندوق‌های بزرگ یا به صورت متعدد صندوق‌های کوچک باشد. صندوق‌های بزرگ‌تر، بهتر از صندوق‌های کوچک‌تر هستند چرا که دسترسی به منابع برای خدمات سلامت در آن‌ها بیش‌تر است. هر چه صندوق بزرگ‌تر باشد، سهم مشارکتی که می‌تواند صرفاً به خدمات سلامتی اختصاص یابد، بیش‌تر می‌شود. مزایای یک صندوق بزرگ عبارت است از:

- صرفه‌جویی در هزینه‌های اجرایی،
- اطمینان از وجود وجوه کافی برای پرداخت بهای خدمات،
- کاهش میزان مشارکت مالی مورد نیاز برای محافظت در برابر نیازهای غیرقطعی.

اما وجود صندوق‌های متعدد کوچک به عملکرد صندوق‌های انباشت آن‌ها آسیب می‌رساند

در بحث صندوق‌ها توصیه سازمان جهانی بهداشت این است که سعی شود صندوق منفرد یا صندوق‌های بزرگ تشکیل شود اگر این ظرفیت سازمانی در کشوری وجود ندارد سیاستگذاران باید تشکیل صندوق‌های کوچک برای گروه‌های خاص از جمعیت را در دستور کار قرار دهند تا پس از مرحله گذار شرایط تجمیع صندوق‌ها و ایجاد صندوق یکپارچه در آینده فراهم شود. باید توجه داشت که به هر حال وجود صندوق‌های کوچک نیز بهتر از پرداخت مستقیم از جیب است.

باید توجه داشت که مطرح کردن لزوم ایجاد صندوق‌های بزرگ به معنی نفی صندوق‌های کوچک به‌طور کامل نیست صندوق‌های متعدد در صورت حفظ یکپارچگی ایجاد توان تسهیم خطر به میزان کافی و پرداخت یارانه به فقرا می‌توانند مفید باشند. رقابت در بین صندوق‌ها می‌تواند موجب بهبود پاسخگویی سازمان و ایجاد انگیزش برای نوآوری و کاهش هزینه‌ها شود. مزایا و معایب صندوق‌های منفرد و متعدد در جدول شماره ۳-۵ تصویر شده است علی‌رغم مزایای بالقوه، رقابت در انباشت، مشکلات قابل توجهی را برای نظام‌های سلامت به همراه خواهد داشت؛ به خصوص در زمینه رفتار انتخابی سازمان‌های انباشت‌گر و مشتریان. رفتار انتخابی سازمان‌های انباشت‌گر بدین معناست که این سازمان‌ها تلاش خواهند کرد تا کم‌خطرترین مشتریان (انتخاب خطر) را برای خود بردارند، یعنی مشتریانی که مشارکت مالی می‌کنند اما هزینه‌های اضافی به‌وجود نمی‌آورند. رفتار انتخابی مشتریان بدین صورت است که پرخطرترین مشتریان به دنبال پوشش فعال‌تر نسبت به بقیه جمعیت می‌شوند و انتخاب معکوس.



-فقدان رقابت که موجب می‌شود انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌های اجرایی و بهبود مزایا برای اعضا ایجاد نشود. - مشارکت اجباری و عدم امکان انتخاب	-صرفه‌جویی در هزینه‌های اجرایی - اطمینان از وجود وجوه کافی جهت پرداخت برای خدمات - کاهش میزان مشارکت مالی مورد نیاز برای محافظت در برابر نیازهای غیرقطعی	صندوق‌های منفرد
- افزایش هزینه‌های اجرایی - خطر رفتار انتخابی و انتخاب معکوس	-وجود رقابت بین صندوق‌ها که موجب بهبود پاسخگویی، نوآوری و کاهش هزینه‌ها می‌شود - امکان انتخاب بین صندوق‌ها	صندوق‌های متعدد

نظام‌های سلامت باید اطمینان حاصل کنند که بسته مداخلات سلامتی که ارائه و تأمین مالی می‌کنند، به معیارهای مطرح شده در فصل ۳ پاسخ می‌دهد. همچنین لازم است اطمینان حاصل شود که نحوه ارائه مداخلات، در ارتقای پاسخدهی نظام و عادلانه بودن مشارکت مالی آن کمک می‌کند. خرید راهبردی، راهی برای دستیابی به این امر است.

خرید راهبردی با ۳ چالش بنیادین مواجه است:

- چه مداخلاتی خرید شده‌اند؟
- از چه کسی خریداری شوند؟
- چگونه خریداری شوند؟
-

در خرید مراقبت فردی، تعیین این‌که چه مداخله‌ای باید خریداری شود، در دو سطح اتفاق می‌افتد. نخستین سطح، تا حد زیادی مرتبط با تولید است. در این‌جا، جامعه وزن نسبی اهداف نظام سلامت (سلامت، پاسخدهی و مشارکت عادلانه در تأمین مالی) را تعیین می‌کند. جامعه این کار را به وسیله تعیین اولویت‌ها برای تأمین مالی دولتی برنامه‌های خاص یا از طریق وضع قوانین و انگیزش‌های مالی برای تأمین مالی اختیاری یا اجباری خصوصی، صورت می‌دهد. دومین سطح، مسئولیت‌پذیری خریدار است. این امر به معنی آن است که سازمان خریدار، مسئول تعیین روز به روز مداخلاتی است که در دستیابی به اهداف نظام سلامت کمک می‌کنند. سازمان خریدار همچنین فرانشیزها و سایر جنبه‌های مالی مربوطه را تعیین می‌کند و به این مسأله اشاره دارد که سازمان خریدار، قدرت چانه‌زنی با ارائه‌کنندگان را در ارتباط با کمیت و کیفیت مداخلاتی که قرار است خریداری و ارائه شوند را دارد.



● سازمان‌های خریدار باید مشخص کنند که قصد خرید از چه کسی را دارند. به منظور تعیین انگیزش‌هایی برای کنترل هزینه‌ها، ضمن تأکید بر مراقبت پیشگیرانه و حفظ و ارتقای کیفیت خدمات سازمان‌های خریدار باید بین واحدهای ارائه خدمات اولویت‌بندی کنند. و با توجه به شرایط موجود و توافقات حاصل بتوانند بهترین گزینه را انتخاب کند.

● در ارتباط با نحوه خرید، دو هدف وجود دارد: نخست آن‌که از خرید خرد خودداری شود یعنی خرید مداخلات در مقیاسی آنچنان کوچک که نیازمند مدیریت خرد ارائه‌کنندگان است معمول شود، دومین هدف، طراحی و پیاده‌سازی سازوکارهای قراردادی، بودجه‌بندی و پرداخت است. بودجه‌بندی و سازوکارهای پرداخت به ارائه‌کنندگان بخش مهمی از روابط خریدار و ارائه‌کننده است. این فرایندها باعث شکل‌گیری انگیزه‌های ارائه‌کنندگان می‌شود تا به چهار هدف اساسی زیر عمل کنند:

۱. پیشگیری از مشکلات سلامت اعضای صندوق،

۲. ارائه خدمات و حل مشکلات سلامت اعضای صندوق،

۳. پاسخدهی به انتظارات معقول افراد،

۴. محدود ساختن هزینه‌ها.

هیچ سازوکار بودجه‌بندی یا پرداخت به ارائه‌کننده نمی‌تواند همزمان این چهار هدف را تحقق بخشد. جدول ۴-۵، خصوصیات شایع‌ترین سازوکارهای بودجه‌بندی پرداخت را که برای دستیابی به این اهداف طرح‌ریزی شده‌اند، نشان می‌دهد.

-

رفتار ارائه‌کننده	پیشگیری از مشکلات سلامت	ارائه خدمات	پاسخدهی به انتظارات معقول	محدود کردن هزینه‌ها
سازوکار بودجه خطی	+/-	--	+/-	+++
بودجه کلی	++	--	+/-	+++
سرانه (با رقابت)	+++	--	++	+++
پرداخت مبتنی بر تشخیص	+/-	++	++	++
پرداخت به ازای دریافت خدمت	+/-	+++	+++	---

+++ : اثر بسیار مثبت؛ ++ اثر تا حدی مثبت؛ +/- : تأثیر اندک یا متغیر؛ -- اثر تا حدی منفی؛ --- اثر بسیار منفی

هر یک از این روش‌های پرداخت، جزئیات خاص خود را دارند که بیان آن‌ها از حوصله این بحث خارج است، معمولاً کشورها از ترکیبی از سازوکارهای پرداخت برای حصول نتیجه مطلوب استفاده می‌کنند.

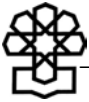


به صورت خلاصه، سازمان‌های خریدار باید از سازوکارهای پرداخت مبتنی بر عرضه به سازوکارهای پرداخت مبتنی بر تقاضا، از قراردادهای کلی به جزئی و دقیق و از پرداخت به ازای دریافت خدمت به اشکالی از سازوکارهای پرداخت با تسهیم خطر حرکت کنند. قراردادبندی، جابه‌جایی به سوی پرداخت مبتنی بر تقاضا و وارد کردن سازوکارهای پرداخت با تسهیم خطر برای ارائه‌کنندگان، نیازمند ظرفیت بالای فنی، سازمانی، مقرراتی و همچنین حمایت سیاسی مطمئن است، چرا که احتمال مقاومت از سوی ارائه‌کنندگان در برابر پذیرفتن خطر بیش‌تر و افزایش پاسخ‌گویی‌شان، به خصوص در بخش دولتی وجود دارد.

مباحث مربوط به اصلاحات در بخش تأمین مالی نظام سلامت اکثراً متمرکز بر جنبه‌های فنی این موضوع بودند و اهمیت عوامل سازمانی را ندیده گرفته‌اند. تجارب به دست آمده در طی ده سال گذشته نشان داده که این نگرش صحیح نبوده است و برای اجرایی نمودن اصلاحات بخش مالی و نظام پرداخت باید بر تغییرات سازمانی بیش‌تر تأکید شود.

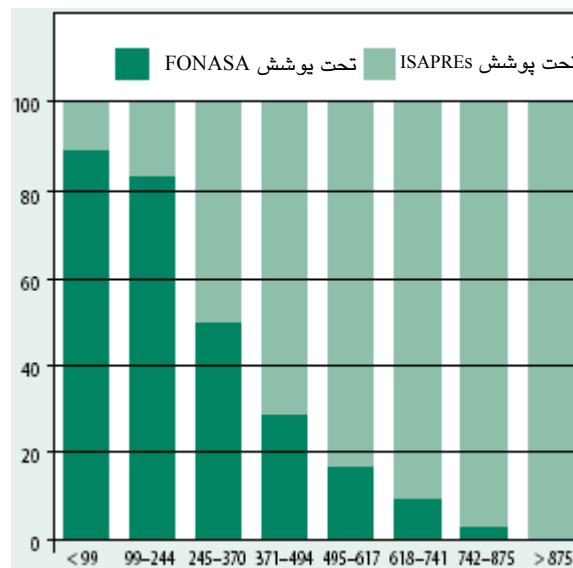
اشکال سازمانی رایج که در اکثر نظام‌های سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد عبارتند از:

- معمولاً مسئول شبکه عظیمی از ارائه‌کنندگان دولتی است که به‌عنوان یک نظام ملی خدمات سلامت سازماندهی شده‌اند و متکی بر مالیات‌های عمومی (که توسط وزارت اقتصاد و دارایی جمع‌آوری می‌شود) به‌عنوان عمده‌ترین منبع درآمد هستند و به کل جمعیت خدمت ارائه می‌کنند.
 - : که می‌تواند منفرد یا متعدد، رقابتی یا غیررقابتی باشد، عمدتاً متکی بر مشارکت‌های مالی مرتبط با حقوق است، خود دارای شبکه‌ای از ارائه‌کنندگان است یا از ارائه‌کنندگان بیرونی خرید می‌کند و عمدتاً به اعضای خودش، خدمت ارائه می‌کند (این اعضا معمولاً کارکنان بخش رسمی هستند).
 - : معمولاً شامل یک سازمان کوچک انباشت/ خرید هستند که عمدتاً مبتنی بر مشارکت اختیاری و داوطلبانه است.
 - : با نظارت یا بدون نظارت که عمدتاً متکی به مشارکت‌های مالی اختیاری (حق بیمه‌ها) هستند که می‌تواند مبتنی بر خطر باشد ولی معمولاً مرتبط با درآمد نیست و قرارداد آن غالباً از سوی یک کارفرما برای تمام کارگران بسته می‌شود.
- هر یک از این اشکال سازمانی سازوکارهای مالی مخصوص خود را دارند که در بعضی موارد کاملاً با یکدیگر در تضاد هستند و وجود همزمان آن‌ها موجب ایجاد انگیزش‌های مختلف برای مشتریان می‌شود. در کادر ۱-۵ بازار بیمه سلامت شیلی توصیف شده است این کشور مثالی برای ایجاد انگیزه در افراد برای خروج از یک سازمان و ورود به سازمانی دیگر است.

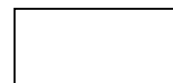


در سال ۱۹۸۰، شیلی اصلاحات بنیادین در نظام سلامت ایجاد کرد. طی این اصلاحات مدیریت اجرایی مالی در بخش سلامت مالی از ارائه‌کنندگان دولتی وزارت بهداشت جدا شده و صندوق ملی سلامت (FONASA) شکل گرفت که تأمین مالی آن با ترکیبی از مالیات عمومی (برای فقرا که در صندوق نیز مشارکت داده شده بودند) و ۷ درصد مشارکت مالیاتی برای کارکنان بخش رسمی صورت می‌گرفت. به‌طور همزمان اجازه ورود سازمان‌های خصوصی رقابتی سلامت (ISAPRES) داده شد. تمام کارکنان بخش رسمی و خانواده‌های آن‌ها، مجبور بودند که یا در FONASA یا در ISAPRES مشارکت کنند. مابقی جمعیت نیز توسط FONASA تحت پوشش قرار می‌گرفتند. برخلاف FONASA که همان ۷ درصد سهم مالیاتی را بدون در نظر گرفتن خطر از همه اعضا دریافت می‌کرد به ISAPRES اجازه داده شده بود که میزان مشارکت افراد و بسته خدمات را برحسب خطر مربوط به فرد اصلی و خانواده وی تنظیم کنند (و ۷ درصد سهم مالیاتی، حداقل مشارکت محسوب می‌شد). این اشکال سازمانی منعکس‌کننده منطقی‌هایی متضاد هستند در حالی که FONASA مبتنی بر مشارکت‌های مرتبط با حقوق و بدون حذف و خروج بود، ISAPRES در عمل مبتنی بر مشارکت‌های مبتنی بر خطر بود. به جز قدرت بسیار محدود وزارت بهداشت، هیچ نهاد تنظیم‌کننده دیگری تا ۱۰ سال پس از ایجاد ISAPRES در جایگاهی قرار نداشت که بتواند بر آن‌ها نظارت کند. بنابراین رشد ISAPRES به‌گونه‌ای شد که از پوشش ۲ درصد از جمعیت در سال ۱۹۸۳ به ۲۷ درصد در سال ۱۹۹۶ افزایش یافت.

عدم تنظیم، تولید ضعیف (به دلایل سیاسی) و سیاستگذاری به سمت جهت‌دهی تمام یارانه‌های متقاطع صرفاً از طریق FONASA، منجر به عدم یکپارچگی شدید در بازار شد. ISAPRES بر غنی‌ترین‌ها متمرکز شد و سالم‌ترین افراد را از نظر خطر انتخاب کرد. تنها در سال‌های اخیر این امکان به‌وجود آمد که قوانین مربوط به کاهش انتخاب برحسب خطر وارد شود. عدم یکپارچگی به این صورت مشخص شد که در حالی که بیش از ۹ درصد از جمعیت شیلی، مسن‌تر از ۶۰ سال هستند (عموماً پرخطرترین گروه در جمعیت)، این گروه جمعیتی تنها حدود ۳ درصد از افراد تحت پوشش ISAPRES را تشکیل می‌دادند. همان زمان (همان‌گونه که در نمودارها نشان داده شده است) در حالی که تقریباً تمام کارکنان کم درآمد، تحت پوشش FONASA هستند، تعداد بسیار اندکی از ایشان در نظام ISAPRES حضور دارند. در شیلی تلاش‌ها برای اصلاحات نظام بیمه سلامت، به منظور رفع این مشکل ساختاری کماکان ادامه دارد.



دولار آمریکا در ماه



به مانند آنچه برای سازمان‌های ارائه کننده در فصل ۳ مورد بحث قرار گرفت سازمان‌های تأمین کننده مالی نیز با دو دسته از انگیزش‌ها، درونی و بیرونی مواجه هستند که ذیلاً به بررسی مختصر آن می‌پردازیم.

(

انگیزش‌های درونی اصلی با عملکرد سازمانی مؤثر عبارتند از:

- : یا حق تصمیم‌گیری که یک سازمان در برابر مالکان، مقامات ناظر یا دولت دارد. حق تصمیم‌گیری شامل موارد زیر است: تعیین میزان مشارکت مالی (حق بیمه‌ها یا میزان مالیات‌ها)، میزان فرانشیزها، اولویت‌بندی مداخلاتی که قرار است خریداری شود، طرح‌ریزی و «چانه‌زنی» درباره قراردادها و سازوکارهای پرداخت به ارائه کننده، حق انتخاب در عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان و در بسیاری از موارد، آزادی در تعیین سرمایه‌گذاری‌ها.
 - : با افزایش خودگردانی، مالکان، مقامات ناظر یا دولت نیازمند سازوکارهایی هستند که سازمان مربوط را در برابر نتایج مورد انتظار، پاسخگو و مسئولیت‌پذیر کنند مثلاً از طریق نظارت سلسله مراتبی، وضع قوانین یا انگیزش‌های مالی.
 - یعنی نسبتی از درآمدهایی که به شیوه رقابتی به دست آمده است تا این‌که از طریق تخصیص بودجه حاصل شده باشد. این نکته از نظر عملکرد بسیار حائز اهمیت است که آیا دولت‌ها بودجه مکمل برای نقایصی که ناشی از عملکرد ضعیف هستند پرداخت می‌کنند یا خیر.
 - برای ضررها و حق انتفاعی بودن (درآمدهای باقیمانده و آن‌هایی که به خاطر فروش یا اجاره سرمایه، حاصل شده است).
 - یعنی نسبت تعهداتی که (از نظر درآمدهای تخصیص داده شده) سازمان به صورت قانونی در برابر آن‌ها مسئول است اما اجازه ندارد که برای آن هزینه‌ای دریافت کند یا این‌که سازمان به خاطر آن، هیچ جایگزین مالی جبرانی دریافت نمی‌کند. چنین تعهداتی ممکن است شامل دخیل کردن افراد بسیار فقیر یا بسیار بیمار در صندوق باشد؛ چیزی که معمولاً برای وزارتخانه بهداشت یا نظام‌های ملی خدمات سلامت روی می‌دهد. همچنین ممکن است سازمان خریدار، تعهداتی درباره پرداخت برای مراقبت اورژانس در شرایط تهدید کننده حیات داشته باشد، بدون توجه به این‌که این مراقبت کجا ارائه می‌شود یا هزینه آن چقدر است.
- همان‌طور که گفته شد تمام نظام‌های تأمین مالی مبتنی بر پیش‌پرداخت در دنیا متشکل از چهار شکل سازمانی هستند که در بخش قبلی توصیف شد. در جدول (۵-۵) میزان هر انگیزش درونی برای هر یک از چهار شکل سازمانی به اختصار بیان شده است.



بالا	بالا	متغیر اما بسیار بالا	محدود	حق تصمیم‌گیری (خودگردانی)
مالکان / مشتریان	مالکان / مشتریان	هیأت مدیره / غالباً حکومت	حکومت، رأی‌دهندگان	پاسخگویی
بالا	بالا	متغیر؛ بالا در شرایط رقابت سازمان‌های متعدد	هیچ	مواجهه با بازار
بالا	بالا	پایین	هیچ یا بسیار محدود	مسئولیت‌پذیری مالی
هیچ یا بسیار محدود	هیچ یا بسیار محدود	پایین	بالا	تعهدات تأمین مالی نشده

(

مجموعه‌ای از انگیزش‌های بیرونی (قوانین و عرف‌ها)، بر نحوه تعامل اشکال مختلف سازمانی نظام تأثیر می‌گذارند. سه انگیزش کلیدی بیرونی که بر رفتار سازمان‌های تأمین‌کننده تأثیر می‌گذارند عبارتند از قوانین و عرف در ارتباط با حاکمیت^۱، اهداف سیاستگذاری دولتی^۲ و سازوکارهای کنترل.

- ارتباط بین سازمان‌ها و مالکان آن‌ها را شکل می‌دهند. مالکیت (دولتی یا خصوصی). معمولاً حق تصمیم‌گیری را درباره استفاده از یک دارایی و حق استفاده از درآمدی که پس از عمل به تمام تعهدات ثابت، باقی می‌ماند به سازمان اعطا می‌کند. مشخصات و محدودیت‌های این حقوق، غالباً بخش عمده‌ای از فرایند قانونگذاری است.

- که بر رفتار سازمان‌ها تأثیر می‌گذارند عبارتند از: دستورالعمل استفاده از بودجه (برای وزارتخانه‌های بهداشت یا سازمان‌های ملی خدمات سلامت)، معیارهای مضمولیت در استفاده از یارانه‌های دولتی (برای بیمه‌های خصوصی و صندوق‌های مبتنی بر جامعه)^۳ و فرایندهای ممیزی مورد نیاز.

- ارتباط بین سازمان‌ها، مقامات دولتی و همچنین بین سازمان‌ها و مشتریان را شکل می‌دهند. مقامات دولتی، محدوده‌ای از ابزارها را در اختیار دارند که به وسیله آن‌ها، انگیزش‌های بیرونی را برای سازمان‌های تأمین‌کننده مالی تعیین می‌کنند، محدوده‌ای بین دستورات و کنترل سلسله مراتبی (مانند قواعد سیاسی یا اجرایی از دولت به وزارت بهداشت یا نظام ملی خدمات سلامت) تا قوانین و انگیزش‌های مالی. این ابزارها می‌توانند شامل قوانینی مرتبط با مسائل زیر باشند:

1. Governance.
2. Public Policy Objectives.
3. Conunity Pools.



درصدی از مالیات که باید به سازمان‌های تأمین اجتماعی اختصاص داده شود، حداقل محتوای بسته خدمات، اجازه حذف یا تعیین پیش شرط برای مواردی که باید تحت پوشش قرار گیرد، مدت زمان قراردادهای، تجاری‌سازی، محدودیت‌های بازاریابی، قیمت‌گذاری بیمه‌های خصوصی و ارسال اجباری اطلاعات به سازمان‌های کنترل کننده.

مشابه انگیزش‌های درونی، انگیزش‌های بیرونی هم با چهار شکل سازمانی متفاوت مواجه می‌شوند.

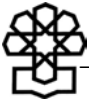
جدول ۵-۶ مهم‌ترین تفاوت‌های موجود را نشان می‌دهد.

با تأمل در جداول ۵-۵ و ۵-۶ درمی‌یابیم که دلیل این‌که انگیزش‌های درونی و بیرونی باعث می‌شوند که نگاه و دغدغه وزارتخانه‌های بهداشت و اقتصاد و دارایی حتی سازمان‌های تأمین اجتماعی منفرد، بیش‌تر به نگرانی‌های سیاسی متمرکز شوند تا منافع مشتریان، این سازمان‌ها مستعد تحت سلطه قرار گرفتن هستند. به عبارت دیگر، تصمیم‌گیری در سازمان انباشتگر یا خریدار، به وسیله انگیزه‌هایی به جز سلامت، پاسخدهی به ذی‌نفعان و تأمین مالی عادلانه صورت می‌گیرد. تحت سلطه قرار گرفتن ممکن است در نتیجه انگیزه‌های مالی، انگیزه‌های صنفی، انگیزه‌های اتحادیه‌ای، انگیزه‌های حزبی و سیاسی و غیره روی دهد. این موضوع یکی از خطرات بزرگ ارائه دولتی خدمات به صورت کلان است.

-

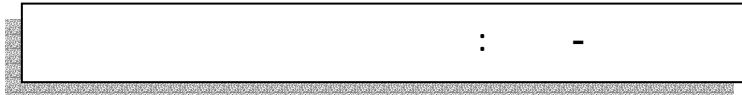
حاکمیت	دولتی، حق تصمیم‌گیری پایین	دولتی با نیمه دولتی با درجات مختلفی از حق تصمیم‌گیری	خصوصی، سطوح بالایی از حق تصمیم‌گیری	خصوصی، سطوح بالایی از حق تصمیم‌گیری
تأمین مالی برای اهداف سیاستگذاری دولتی	بالا	متغیر؛ دولت و بازار	هیچ؛ به جز زمانی که یارانه‌های دولتی مشروط دریافت می‌کنند	هیچ؛ به جز زمانی که یارانه‌های دولتی مشروط دریافت می‌کنند
سازوکارهای کنترل	کنترل سلسله مراتبی	درجات مختلفی از کنترل سلسله مراتبی، قوانین و انگیزش‌های مالی	قوانین و انگیزش‌های مالی احتمالی	قوانین و انگیزش‌های مالی احتمالی

همان‌گونه که در فصل ۲ شرح داده شد، مهم‌ترین عامل تعیین کننده عادلانه بودن تأمین مالی یک نظام سلامت، سهم پیش‌پرداخت از کل هزینه پرداخت شده توسط خانوار است. پرداخت مستقیم از جیب، معمولاً ارتجاعی‌ترین شیوه پرداخت برای سلامت است و روشی است که بیش‌ترین مواجهه را با خطرات مالی



کمرشکن برای افراد به دنبال دارد. بنابراین نحوه جمع‌آوری درآمد، تأثیری عمیق بر عادلانه بودن نظام سلامت دارد.

نکته دیگر نحوه ترکیب درآمدهای حاصله به شیوه‌ای است که خطرات تسهیم شود. در نهایت، فرایند خرید با تعیین این‌که چه سرمایه‌گذاری‌هایی باید صورت گیرد و چه مداخلاتی باید برای چه کسی خریداری شود، بر هر دو مقوله عدالت و کارایی تأثیر می‌گذارد. درآمدها را می‌توان به صورتی عادلانه و با حداقل ضایعات، جمع‌آوری و به گونه‌ای انباشت کرد که اطمینان حاصل شود که اغنیا و افراد سالم، به محافظت از فقرا و افراد بیمار کمک می‌کنند. چنانچه منابع انباشت شده، با دقت جهت بهترین ترکیب از خدمات و فعالیت‌ها برای ارتقای سلامت و برطرف ساختن انتظارات افراد مورد استفاده قرار نگیرد، عملکرد نظام سلامت کماکان فاصله زیادی با توان بالقوه آن خواهد داشت.



« »

تولیت به دلایل بسیاری با سه کارکرد دیگر نظام سلامت و ارائه خدمات، تولید منابع و تأمین مالی، متفاوت و از آن‌ها مهم‌تر می‌باشد. تولیت نه تنها در سایر کارکردها تأثیر می‌گذارد بلکه امکان دستیابی به هر یک از اهداف نظام سلامت را نیز فراهم می‌سازد.

تولیت اخیراً به این صورت تعریف شده است: «بخشی از کارکرد یک حکومت که مسئول تندرستی و رفاه جامعه می‌باشد و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند اهمیت می‌دهد».



تولیت در هر شرایطی، محدودیت‌های عمده‌ای نیز دارد. برخی از این محدودیت‌ها در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند و سپس وظایف مهم تولیت تشریح و راهبردهایی برای پیاده‌سازی و اجرای تولیت در شرایط ملی مختلف، مطرح می‌شوند. در نهایت، توصیه‌ها و پیام‌هایی از فصل‌های قبلی در ارتباط با جهت‌گیری‌های سیاستگذاری برای کارکرد بهتر نظام‌های سلامت، جمع‌بندی شده‌اند.

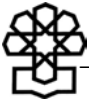
وزارتخانه‌های بهداشت به خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط، جزو مؤسسات دارای بالاترین بوروکراسی و کم‌اثربخش‌ترین مدیریت در بخش دولتی هستند. آن‌ها به بوروکراسی‌های بسیار مرکزگرا و سلسله‌مراتبی تبدیل شده‌اند، قوانین اجرایی خسته‌کننده و جزئی دارند و کارکنان دائمی در آن‌ها فعالیت می‌کنند. تعداد زیادی از برنامه‌های عمودی، وزارتخانه را تکه تکه و غیر یکپارچه کرده است. به دلیل توجه و نگرش بیش از حد به اهداف نزدیک و سریع‌الوصول وزارتخانه‌های بهداشت غالباً بینش خود را نسبت به مهم‌ترین هدف خود یعنی کل جمعیت از دست می‌دهند. بیماران و مشتریان تنها ممکن است زمانی به چشم بیایند که نارضایتی عمومی، آن‌ها را در کانون توجه وزارتخانه قرار دهد.

دید لوله تفنگی در بحث تولیت خود را به صورت تمرکز انحصاری بر وضع قوانین و مسائل مربوط به ضوابط، احکام و دستورات دولتی به عنوان شیوه‌های سیاستگذاری سلامت نشان می‌دهد. قوانین جزئی و مکتوب، نقش مهمی را در عملکرد نظام در ارتباط با کارکرد تولیت ایفا می‌کنند. ولی در عمل این قوانین فقط وضع می‌گردند و پایبندی به آن‌ها دیده نمی‌شود. وزارتخانه‌های بهداشت غالباً چشمان خود را بر روی تخریب این قوانین می‌بندند. نمونه بارز این حالت پرده‌پوشی از دریافت هزینه‌های غیرقانونی است که کارکنان دولتی تحت عنوان «پرداخت غیررسمی و زیرمیزی» از مشتریان دریافت می‌کنند.

در صورت چشم‌پوشی از حقایق موجود، تولید نیز مخدوش می‌شود: اعتماد از بین می‌رود و فساد سازمانی گسترش می‌یابد.

مفهوم تولید برای همه نقش‌آفرینان نیازمند تأکید جدیدتری است. بخش عمده مباحثات مفهومی و عملی لازم است به ارتقای تعریف و سنجش این امر اختصاص یابد که تولیت واقعاً در شرایط مختلف تا چه حد خوب پیاده‌سازی و اجرا شده است. لذا تا همین‌جا چندین وظیفه اصلی را می‌توان تعریف نمود:

-
- پس از مشاوره‌های بسیار، در کشور غنا، راهبردهای زیر به عنوان روش‌هایی برای دستیابی به عملکرد بهتر در نظام سلامت مشخص گردید:
- اولویت‌بندی مجدد خدمات سلامت برای اطمینان یافتن از این‌که خدمات مراقبت اولیه سلامت (خدمات با بیشترین مزایا از نظر کاهش عوارض و مرگ و میر) از توجه و تأکید بیشتری در هنگام تخصیص منابع برخوردار می‌شوند.
- تقویت و تمرکززدایی مدیریت در اداره خدمات سلامت ملی.
- تقویت ارتباط بین ارائه‌کنندگان خصوصی و دولتی مراقبت سلامت برای اطمینان یافتن از این‌که همه منابع



بر محور یک راهبرد مشترک متمرکز شده‌اند.

- گسترش و بهبود زیرساختار سلامت برای افزایش پوشش و ارتقای کیفیت.
- تقویت برنامه‌ریزی، مدیریت و آموزش منابع انسانی به عنوان روشی برای تولید و بازآموزی تعداد کافی از گروه‌های با کیفیت بالا و انگیزش قوی که به ارائه خدمات بپردازند.
- ارائه مدیریت پشتیبانی کافی برای داروها، مواد مصرفی، تجهیزات و وسایل نقلیه در تمام سطوح نظام سلامت.
- تقویت نظام‌های پایش تنظیمی در خدمات سلامت برای اطمینان یافتن از پیاده‌سازی اثربخش‌تر برنامه‌ها.
- قدرت بخشیدن به خانوارها و جوامع برای پذیرش مسئولیت بیشتر در سلامت خود.
- ارتقای تأمین مالی مراقبت سلامت با اطمینان یافتن از استفاده کارا و اثربخش از تمام منابع موجود از سوی دولت، سازمان‌های غیردولتی، منابع خصوصی و اهداکنندگان. روش‌های جابه‌جا کردن منابع اضافی با نگرشی به سوی در دسترس قرار دادن بیشتر و قابل خرید ساختن خدمات نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.
- ترویج اقدامات بین بخشی برای توسعه سلامت به خصوص در حیطه‌های غذا و تغذیه، استخدام، آموزش، آب و فاضلاب.

- شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت؛ تعریف چشم‌انداز و جهت‌گیری
- اثرگذاری؛ رویکردهایی برای کنترل و تنظیم
- استفاده از خرد و خلاقیت

در ذیل به تشریح وظایف ذکر شده می‌پردازیم.

یک سیاست دقیق سلامت، باید شامل چشم‌اندازی برای آینده باشد که این چشم‌انداز به نوبه خود در تعیین الگو و شاخص‌های ایده‌آل برای کوتاه و بلندمدت، کمک می‌کند. در این سیاست، اولویت‌ها و نقش‌های مورد انتظار از هر یک از گروه‌های مختلف مشخص می‌شود، این سیاست منجر به توافق و اجماع می‌شود و افراد را مطلع می‌سازد و در انجام این امر، نقش مهم حاکمیت را تمام و کمال به عهده می‌گیرد. وظیفه تهیه و تنظیم و پیاده‌سازی سیاست‌های سلامت، به روشنی بر عهده وزارت بهداشت است. به عنوان نمونه در کادر (۱-۶) چارچوب میان مدت سیاستگذاری سلامت در غنا که در سال ۱۹۹۵ توسط وزارت بهداشت آن کشور تهیه شده به تصویر کشیده است.

در برخی از کشورها، هنگام تدوین و توسعه سیاست‌ها، و فرآیندهای مورد انتظار مشاوره عمومی انجام می‌گیرد. و گاهی از یک چارچوب «حرفه‌ای» استفاده گردد و به تناوب، روزآمد و اصلاح می‌شود. در کشورهایی که کمک خارجی، بخش مهمی از منابع نظام سلامت را تشکیل می‌دهد، بسط این رویکرد به سیاستگذاری و اجرا، در رویکردهای فرابخشی مجموعه‌ای بروز پیدا می‌کند. شالوده رویکردهای فرابخشی به این صورت است که تحت راهبری دولت، شراکتی از نهادهای سرمایه‌گذار توافق می‌کنند که به پشتوانه و در حمایت از مجموعه شفاهی از جهت‌گیری‌های راهبردی، با یکدیگر کار کنند؛ غالباً بسیاری از فرایندهای اجرایی مانند نظارت، پایش، گزارش‌دهی، حسابرسی و خرید در این نهادها، مشابه است. کادر ۲-۶ نحوه شکل‌گیری رویکردهای فرابخشی را توضیح می‌دهد. بنابراین برنامه‌ریزی سلامت علائمی از



حرکت خود رو به جلو و به سمت جایگاهی فراتر از برنامه‌ریزی صرف در باب سرمایه‌گذاری‌ها و به سمت بیانیه‌های توافق درباره خطوط کلی سیاستگذاری و توسعه نظام نشان می‌دهد. نکته دیگر که برای طراحی خطوط سیاستگذاری باید مدنظر باشد این است که این خطوط با یک گروه سیاسی یا وزیر بهداشت ارتباطی نداشته باشد. زیرا در این صورت پس از کنار رفتن حزب یا وزیر مربوطه این سیاست‌ها نیز به بوته فراموشی سپرده می‌شوند.

تنظیم و وضع مقررات، یک مسئولیت شناخته شده وزارتخانه‌های بهداشت و در برخی کشورها، وظیفه نهادهای تأمین اجتماعی است. این حیطة پوشاننده هر دو موضوع شکل‌دهی قواعد برای حاکمیت بر رفتار نقش‌آفرینان در نظام سلامت و همچنین اطمینان‌یابی از پایبندی به آن‌ها است. در ارتباط با سیاستگذاری و وظایف مرتبط با تنظیم و وضع مقررات باید تمام اقدامات و نقش‌آفرینان سلامت را در نظر بگیرد، نه فقط آن‌هایی که مرتبط با وزارت بهداشت یا بخش دولتی هستند. در تعیین مقررات چند موضوع کلیدی حائز اهمیت است که به شرح آن‌ها می‌پردازیم.

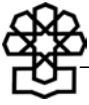
(SWAPs)

- -

یک رویکرد فرابخشی^۱ (SWAP)، شیوه‌ای از کار کردن است که دولت‌ها، اهداکنندگان و سایر ذینفعان هر بخش را کنار یکدیگر جمع می‌کند. مشخصه آن، مجموعه‌ای از اصول اجرایی است تا بسته اختصاصی از سیاست‌ها و فعالیت‌ها. این رویکرد شامل جابه‌جایی طی زمان و تحت راهبری دولت به سمت اهداف زیر است: توسعه گفتمان سیاسی؛ تدوین یک سیاست منفرد بخشی (که به مسائل بخش‌های خصوصی و دولتی می‌پردازد) و یک برنامه مشترک و واقع‌گرایانه صرف هزینه؛ ترتیبات مشترک پایش؛ و اقدامات هماهنگ‌تر برای تأمین مالی و استخدام. دخیل شدن در یک SWAP به معنی تعهد به دستیابی جامعه به تمام این اجزای مختلف است. این رویکرد بیانگر تغییر در روش‌های عملیاتی هم دولت و هم نهادهای اهداکننده و همچنین نیازهای آن‌ها به مهارت‌های کارکنان و نظام‌های کارمندی است. SWAP این توان بالقوه را دارد که از تولید خوب، پشتیبانی کند. SWAP، قادر است توانایی دولت‌ها را در نظارت و کسب بینش بر کل نظام سلامت، تدوین سیاست‌ها و مشارکت با ذینفعانی فراتر از بخش دولتی، تقویت کند. اما از همه مهم‌تر آن‌که SWAP، وابسته به چشم‌انداز، بینش و راهبری از سوی دولت است.

: به دلیل این‌که بخش خصوصی، متشکل

از نقش‌آفرینان بسیار متفاوتی است، سیاستگذاری ملی باید دقیقاً مشخص کند که در چه جاهایی نیاز به ارتقا و تشویق و در کجا نیاز به محدود کردن و ممانعت وجود دارد. اتخاذ یک رویکرد یک قطبی در ارتباط با بخش خصوصی، احتمالاً نامناسب خواهد بود.



همان‌طور که ذکر شد رویکردهای افراطی نظیر ممانعت از طبابت خصوصی و یا آزاد گذاشتن بازار، هر دو به یک نظام سلامت آسیب می‌رسانند و وزارت بهداشت در این بین وظیفه‌ای بسیار سنگین در وضع قوانین بر عهده دارد.

در کادر ۳-۶ به تجربه آفریقای جنوبی در تنظیم بازار بیمه خصوصی اشاره شده است: در عمل تدوین قوانینی که بتواند به برقراری تعادل بین قوانین سختگیرانه جهت حمایت از مشتریان و قوانین آسان‌تر جهت ایجاد امکان رقابت بیشتر بپردازد بسیار مشکل است. اصلاحات در نظام سلامت هلند نمونه‌ای از این موضوع است (کادر ۴-۶).

پایش و نظارت تنظیمی نیازمند منابع مالی و انسانی کافی است، در بسیاری موارد به علت هزینه مالی بالا دولت‌ها قادر به نظارت تنظیمی مربوط به قراردادهای نیستند. همچنین برای این کار نیروی ماهر مورد نیاز است که در اکثر مواقع وجود ندارد.



- :

حکومتی که در سال ۱۹۹۴ پس از نخستین انتخابات دمکراتیک در آفریقای جنوبی بر سر کار آمد، خود را در مواجهه با بخش سلامتی یافت که انعکاسی از تبعیض‌ها و نابرابری‌های وسیع‌تر موجود در جامعه بود. صنعت مراقبت سلامت خصوصی، مدت زیادی بود که تأسیس شده و به خوبی توسعه یافته بود، حدود ۶۱ درصد از منابع تأمین مالی مراقبت سلامت را به خود اختصاص می‌داد در حالی که تنها نیازهای ۲۰ درصد از جمعیت را پوشش می‌داد. اکثریت عظیمی از جمعیت مجبور بودند که به خدمات دولتی با توزیع نامناسب، تأمین مالی ناکافی و غیریکپارچه اکتفا کنند. افزایش هزینه‌ها در بخش خصوصی، مشخصاً از نرخ تورم در اکثر سال‌های اواخر دهه ۱۹۸۰ و دهه ۱۹۹۰ فراتر رفته بود. پاسخ بخش خصوصی به این امر، به صورت محدود کردن مزایا، افزایش فرانشیزها و تسریع حذف اعضای پرخطرتر تحت پوشش بروز می‌کرد که خود، مشکل بی‌عدالتی را تشدید می‌کرد.

پاسخ دولت جدید به این چالش‌ها، تصویب مقررات جدیدی برای برنامه‌های طبی بود که دستیابی به بسته خدمات حداقل و افزایش انباشت خطر را مطرح می‌کرد. اصول و اهداف بنیادین که هسته اصلی قانون را تشکیل دادند عبارت بودند از:

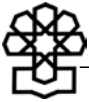
- دسته‌بندی گروه‌های مختلف جامعه: برای یک محصول یا انتخاب خاص، تنها اندازه خانواده و درآمد کل می‌تواند مبنای تفاوت و گوناگونی حق بیمه‌ها باشد. دسته‌بندی برحسب خطر یا سن، ممنوع است.
- تضمین دسترسی: هیچ‌کسی که نمی‌تواند حق بیمه مبتنی بر دسته‌بندی جامعه را بپردازد نباید برحسب سن و وضعیت سلامت، حذف شود.

- افزایش انباشت خطر: قرار دادن سقف‌هایی بر میزان مشارکت مجاز و جمع‌آوری از طریق حساب‌های ذخیره پزشکی فردی، این اطمینان را ایجاد خواهد کرد که درصد بزرگ‌تری از مشارکت‌ها، در صندوق خطر مشترک جریان می‌یابد.

- ترویج پوشش مادام‌العمر: دسته‌بندی گروه‌های جامعه و تضمین دسترسی همراه با جرایم حق بیمه‌ای برای آنهایی استفاده می‌شود که فقط انتهای عمر (خود) را تحت پوشش قرار می‌دهند تا انگیزش‌های قوی برای عضویت قابل خرید مادام‌العمر فراهم شود.

- تعیین مزایای حداقل: هر برنامه طبی باید تضمین دهد که هزینه درمان، فهرست مشخص و تعریف شده‌ای از وضعیت‌ها و اقدامات را در تسهیلات دولتی به تمام و کمال پوشش دهد؛ بنابراین تأثیر «تلنبار شدن» بیماران بر دوش دولت تا حد زیادی کاهش می‌یابد.

طی سال ۱۹۹۵، کمیته بازرسی از سوی وزیر بهداشت منصوب شد. پس از دوره‌ای از مذاکرات گسترده طی فرایند قانونگذاری، قانون جدید برنامه‌های طبی و مقررات مربوط به آن در ۱ ژانویه ۲۰۰۰ تصویب شد. یک گروه مهم از بیماران، که از فواید فوری این قانون بهره بردند. بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) بودند. بیماران که پیش‌تر، سطوح مزایای آنان، بسیار پایین بود و یا از بسته خدمات حذف شده بودند اکنون دسترسی به مراقبت یارانه‌ای (شامل داروهای مربوط به عفونت‌های فرصت‌طلب) دارند.



- -

نظام بیمه سلامت جدید هلند که در سال ۱۹۹۰ تأسیس شد، برای اولین بار از تمام بیمه‌گران خصوصی می‌خواست که بسته خدمات واحد و جامعی را ارائه دهند. اما این نظام به وسیله اعطای یارانه به افراد برای کمک به آن‌ها در خرید بیمه اجباری سلامت از بیمه‌گران رقابتی، امکان رقابت را ترویج می‌کرد. بیمه‌گران، پرداخت‌های سرانه تعدیل شده برحسب خطر از سوی دولت و حق بیمه مجزایی از هر فرد بیمه شده (برحسب نرخ تورم) دریافت می‌کردند. هر چه قدر بیمه‌گر کارآمدتر بود، فرد بیمه شده حق بیمه کم‌تری می‌پرداخت. همچنین به بیمه‌گران اجازه داده شد که برای پرداختی پایین‌تر نسبت به پرداخت‌های رسمی ارائه‌کننده، به چانه‌زنی بپردازند (چیزی که قبلاً ممنوع بود). در نتیجه، بیمه‌گران سلامت خصوصی برای اولین بار از سال ۱۹۴۱ به بعد، وارد بازار شدند و هر دو عوامل بیمه‌گر و ارائه‌کننده در تلاش‌های ارتقای کیفیت مشارکت کردند که این امر، در نهایت به کانون رقابت بین ارائه‌کنندگان تبدیل شد به عوض آن‌که رقابت تنها بر سر قیمت باشد. اما این نظام جدید، هدف کاهش بی‌عدالتی در امر سلامت را مشکل‌تر می‌ساخت چرا که افراد مرفه‌تر می‌توانستند برای بسته‌های مزایای جامع‌تر، پیش‌پرداخت بیش‌تری بپردازند.

خدمات دولتی اثربخش، خود می‌تواند یک ابزار تنظیمی باشد: ایجاد نظام‌های اثربخش تأمین مالی و ارائه خدمات در بخش دولتی، زمانی اهمیت بیش‌تری می‌یابد که سیاست‌های دولتی به دنبال محدود کردن هر چه بیش‌تر ایجاد یک بازار خصوصی سلامت باشد یا از منابع کافی برای پیشگیری از نارسایی‌های نامطلوب بازار برخوردار نباشد. پس از آن بخش دولتی باید به تغییر نیازهای مشتریان، ورود فناوری‌های جدید پزشکی و انتظارات معقول متخصصان سلامت پاسخ دهد. یک بخش دولتی قوی می‌تواند حتی یک راهبرد بهتر برای تنظیم ارائه خصوصی خدمات و محافظت از مشتریان باشد چنانچه در امر رقابتی نگه داشتن بخش خصوصی از بابت قیمت و کیفیت خدمات، کمک کند.

گفتمان بین سیاستگذاران و تنظیم‌کنندگان دولتی و نقش‌آفرینان بخش

خصوصی، عاملی حیاتی برای فعال ماندن چنین قوانینی است. برای یک تولید خوب، حکومت‌ها نه تنها باید خوب ببینند، بلکه باید خوب هم بشنوند. گروه‌هایی که متشکل از نمایندگان هر دو بخش دولتی و خصوصی هستند، ورودی‌های ارزشمندی برای توسعه سیاست‌ها و تدوین قوانین هستند؛ مثلاً از طریق ارزیابی این‌که نقش‌آفرینان بخش خصوصی چگونه می‌توانند در اهداف سیاستگذاری دولتی مشارکت کنند بدون آن‌که توان آن‌ها جهت موفقیت در بازار، به مخاطره بیفتد. نقطه ضعف چنین فرایندهایی آن است که ممکن است سرعت اصلاحات را کند کنند. حتی با نظارت و تنظیم قوی، نقش‌آفرینان بخش خصوصی ممکن است از طریق فشار سیاسی، دستگاه تنظیم‌کننده را تضعیف کنند.

به صورت خلاصه، نکات زیر درس‌های مهم و شفاهی برای توسعه چارچوب‌های تنظیمی برای بازارهای سلامت خصوصی، هستند.



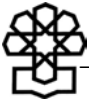
- چارچوب‌ها باید پیش از هرگونه توسعه برنامه‌ریزی شده قابل توجه از طریق انگیزش‌های اقتصادی، تهیه شده باشند و پیاده‌سازی و اجرای آن‌ها با شدت و در اسرع وقت پس از آن‌که بازار خصوصی شروع به پاسخدهی به انگیزش‌ها نمود، صورت گیرد.
- سیاست‌های تنظیمی باید دائماً بازبینی شوند تا از تطابق آن‌ها با عرصه در حال تغییر سیاست، اطمینان حاصل شود.
- ارتقای کیفیت، افزایش دسترسی به مراقبت و ارتقای کارایی، هر یک نیازمند ابزارهای تنظیمی مختلف و خاص خود است.
- تنظیم‌کنندگان باید به دنبال توازنی منطقی بین پیشگیری از سلطه تنظیمی از سوی انگیزه‌های بخش خصوصی و همچنین حفظ گفتمان مولد با آن‌ها جهت اطمینان از واقع‌گرایانه بودن چارچوب‌های تنظیمی باشند.
- در جایی که دولت‌ها تصمیم به محدود کردن فعالیت‌های بخش خصوصی می‌گیرند، باید اطمینان حاصل کنند که بخش دولتی، پاسخ مؤثری به نیازهای مشتریان می‌دهد.
- دولت‌ها باید تعهد دائمی برای تقویت قوانین و قواعد داشته باشند و این کار را از طریق سرمایه‌گذاری در دانش و مهارت‌های کارکنان تنظیم‌گر انجام دهند تا سرعت افزایش توانمندی آن‌ها با سرعت توسعه بازار متناسب باشد.

بدون درک صحیح از آنچه در کل نظام سلامت روی می‌دهد، غیرممکن است که وزارت بهداشت بتواند راهبردهایی را جهت تأثیر بر رفتار گروه‌های مختلف دخیل، به گونه‌ای فراهم کند که از اهداف کل سیاست‌های سلامت پشتیبانی کند یا حداقل در تعارض با آن‌ها نباشد.

در اکثر کشورهای با درآمد متوسط و کم، انبوهی از اطلاعات جمع‌آوری می‌شود که در عمل در سیاست‌گذاری تأثیری ندارند. در اکثر این کشورها اطلاعات قابل اعتمادی درباره سطوح و منابع تأمین مالی یا ارائه خدمات در بخش غیردولتی نظام سلامت در دست نیست.

بدون چنین داده‌هایی، ارزیابی پاسخدهی و عادلانه بودن تأمین مالی و یا سنجه‌های حد واسط مانند کیفیت خدمات و در دسترس بودن آن‌ها، غیرممکن است. بدون داشتن تصویری کامل، امکان تولید خوب نیز وجود ندارد.

برای دستیابی به عملکردی بهتر در نظام سلامت، به تولید نیاز داریم. نتیجه‌گیری‌های ذیل درباره تولید، در بسیاری از کشورهای صنعتی و همچنین ملل با درآمد متوسط و پایین کاربرد دارد.



- تولید نظام سلامت مسئولیت دولت است. جهت انجام این مسئولیت نیاز به چشم‌انداز و سیاست جامع و متفکرانه وجود خواهد داشت که تمام نقش‌آفرینان اصلی را بشناسد و نقش هر یک را به آن‌ها محول کند. این فرایند به طور واقع‌بینانه از منابع استفاده می‌کند و بر دستیابی به اهداف نظام سلامت متمرکز می‌شود.
- برای ارزیابی تغییرات رفتاری ناشی از تمرکززدایی، حق اختیار بر منابع و خدمات و همچنین تأثیر انواع مختلف روابط مبتنی بر قرارداد بین ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی، به پایش نیاز خواهد بود. برقراری توازن بین کنترل دقیق و استقلال، وظیفه حساسی است که باید راه‌حل‌های محلی (و نه کتابی) برای آن پیدا کرد.
- در تولید منابع و تولید باید چندین توازن راهبردی را تحت پایش قرار دهد و در صورتی که از تعادل خارج شدند، آن‌ها را در مسیر صحیح خود بازگرداند.
- در تولید تأمین مالی نظام سلامت باید گفت سطوح بسیار بالایی از پایش پرداخت با توزیع عادلانه و خرید راهبردی مداخلات سلامت، در هر شرایطی مطلوب است. البته راهبردهای پیاده‌سازی آن‌ها، برای شرایط هر کشور بسیار اختصاصی می‌باشد.



:	
گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۰:	
:	:
: کمیته بهداشت و درمان	: بررسی‌های اقتصادی
:	
۱. سلامت (Health)	
۲. سازمان بهداشت جهانی (WHO)	
:	
این گزارش تلخیصی از کتاب گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۰ است که در سال ۱۳۸۲ توسط مؤسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ ترجمه و چاپ شده است.	