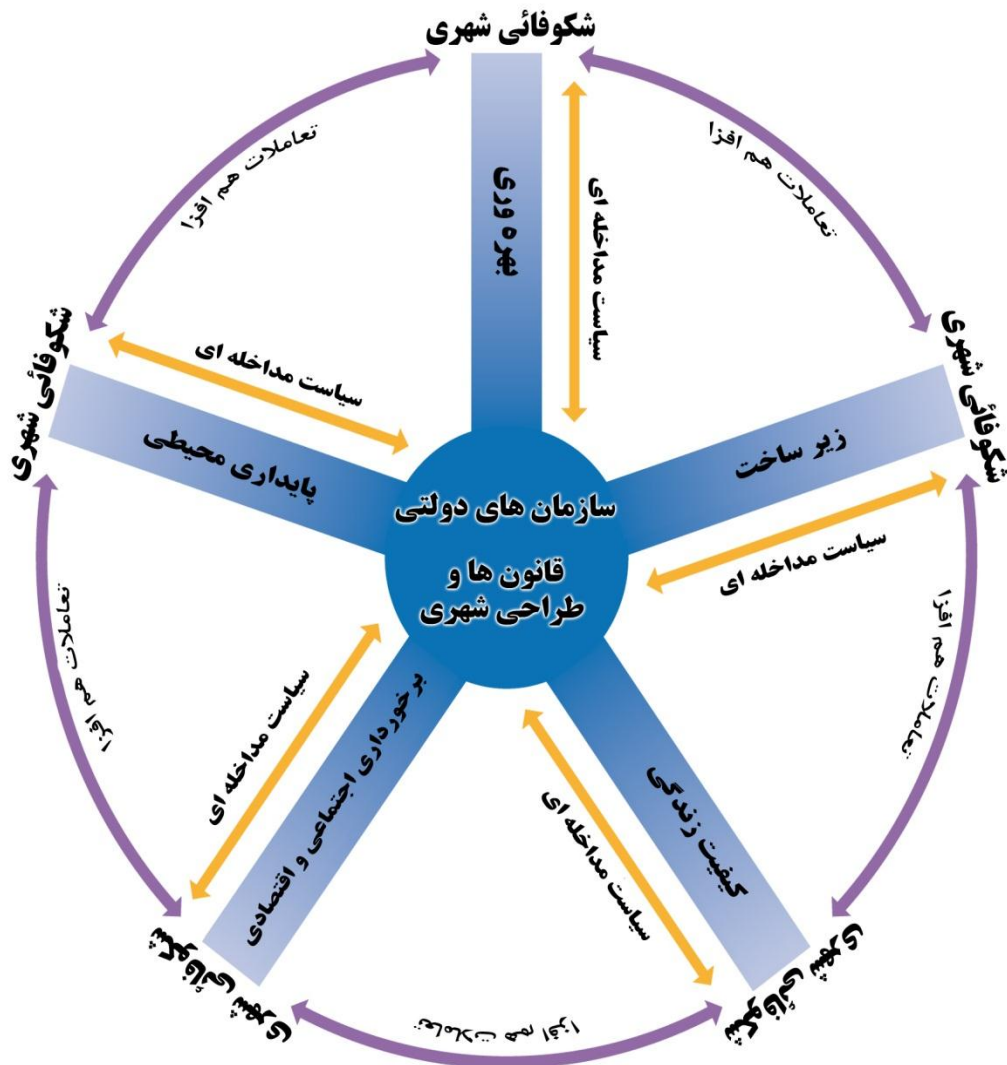




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
آذربایجان غربی  
معاونت امور بهداشتی

# برنامه تائین مراقبت های اولیه سلامت در حاشیه شهر ها و سکونت گاه های غیر رسمی استان آذربایجان غربی



مبانی، اصول و راهبردها  
(جلد اول)





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

معاونت امور بهداشتی

# **برنامه تامین مراقبت های اولیه سلامت در حاشیه شهرها و سکونت گاه های غیر رسمی استان آذربایجان غربی**

**تدوین:**

فایل الکترونیکی مجموعه حاضر در آدرس <http://phc.umsu.ac.ir> قابل دسترسی می باشد

## بسمه تعالی



بر اساس اسناد ملی و بین المللی، سلامتی موضوعی چندوجهی است که هر کدام آنها بردیگری تاثیر داشته واز همدیگر نیز تاثیر می پذیرند. جنبه های جسمی، روانی، اجتماعی ومعنوی وجوه مختلف سلامتی هستند که بر اساس اعلامیه آلماتا در ۳۰ سال پیش، دولتها متعهد به تامین زمینه های دسترسی به آن برای همه (health for all) گردیده اند، ولی بعداز سه دهه علیرغم بهبود کلی وضعیت سلامتی آحاد جامعه جهانی متأسفانه این بهبود متوازن و عادلانه شکل نگرفته و باعث افزایش شکاف بین زندگی های متفاوت (فقرا و اغنیا) شده است.

باتوجه به اهمیت روزافزون نابرابری در سلامت که بدترین نوع بیعدالتی نیز محسوب میشود، عادلانه کردن و فراگیر نمودن نظامهای سلامت در زمره مهمترین دغدغه های علاقمندان به سلامت همگانی قرار گرفته و شاهد تلاشها و تجربیات زیادی در پهنه جهانی هستیم. مهمترین استراتژی سازمان جهانی بهداشت که طی پانزده سال گذشته پیگیری میگردید، امروزه در قامت "ارائه خدمات سلامت با پوشش همگانی" و البته با کیفیت خوب و هزینه اثر بخش به عنوان نیاز حیاتی جامعه انسانی و تعهد دولت ها خودنمایی میکند. در تمام برنامه های تحول نظام سلامت در اقصی نقاط دنیای پیشرفته، مبانی نظری جایگاه ویژه ای داشته است و برنامه ریزان بالادستی برای کشورهای توسعه نیافته نیز از این امر مهم غافل نبودند. تحلیل نظام ملی سلامت تنها بستر برنامه های تحول نظام سلامت است. هرچند مبانی نظری طرح تحول نظام ملی سلامت کشور بخصوص در حوزه مراقبت های اولیه سلامت در قالب برنامه ها و دستورالعمل های ابلاغی، سخنرانی ها و مصاحبه های رسانه ای در مناسبت های مختلف تبیین و توجیه شده است، ولی مستند سازی این سیاست ها، راهبردها و حتی فعالیت های اجرایی بخصوص در حوزه مدیریت سلامت حاشیه نشینان شهری جهت بهره برداری های علمی-پژوهشی لازم و ضروری مینمود. امروزه در این خصوص اتفاق نظر وجود دارد که ۹۰ درصد سهم ذخیره دانش بشری (دانایی) در حوزه سلامت از طریق نظام ارائه خدمات تولید میشود و فقط ۱۰ درصد از آن به نظام ارائه خدمات سلامت وابستگی مستقیم ندارد. مجموعه حاضر در پی تبیین مبانی نظری طرح تحول نظام سلامت در حاشیه شهرها و سکونتگاههای غیررسمی کشور است که جمعیت مورد غفلت واقع شده بالغ بر ده میلیون نفر را تحت پوشش خدمات سلامت جامع (UHC) بصورت فعال قرار داده و برآن است مولفه های سلامتی را برای این جمعیت عظیم تامین کرده و ارتقا دهد.

برنامه های توسعه ای نظام های اجتماعی (از جمله سلامت) زمانی از مطلوبیت برخوردار خواهد بود که همه جانبه و متوازن بوده و تمامی جغرافیای انسانی و طبیعی (بدون رویکرد های شهری/ روستایی؛ جنسیتی؛ اجتماعی-اقتصادی و...) را در برگیرد تا از کاهش لایه های

اجتماعی-اقتصادی جلوگیری، از نابرابری و بی عدالتی کاسته و از روند قطبی شدن جامعه پیشگیری نماید، در این صورت است که شاهد محدودیت روزافزون در بروز و گسترش ناهنجاریهای اجتماعی نیز خواهیم بود.

لازمه مدیریت تغییر شیوه زندگی متفاوت و گاه متضاد مردم در راستای تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه، با تنوع شیوه های زندگی غربی-سنتی- مدرن و... در درون خانواده، جامعه. ظهور Fast food، غذاها، پیش غذاها و...علیرغم ضرورت مهندسی بهداشتی توسط نظام سلامت و بازتولید مولفه های فرهنگی توسط تمام ارکان حاکمیت، آگاهسازی و اطلاع رسانی و ترویج شیوه های زندگی سالم میباشد و سرمایه گذاری اقتصادی-اجتماعی وسیعی را طلب مینماید.

برآوردهای انجام گرفته توسط سازمانهای بین المللی حاکی است که بیش از یک میلیارد نفر از مردم (در حدود ۳۲ درصد) جوامع شهرنشین در حاشیه شهرها زندگی میکنند. بررسی ها نشان میدهند این حجم عظیم حاشیه نشین در جهان از دهه ۹۰ میلادی شروع به رشد کرده و پیش بینی میشود تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۲ میلیارد نفر افزایش پیدا کند. این در حالی است که در دهه گذشته جمعیت شهرنشین مناطق در حال توسعه ۳۶ درصد افزایش یافته است. تصویب اهداف هزاره سوم به عنوان نقشه راهی بود برای کاهش مشکلات فزاینده حاشیه نشینی که در قالب هفت هدف کلی و ۱۱ هدف اختصاصی بدنبال بهبود شرایط زندگی یکصد میلیون ساکن حاشیه نشین تا سال ۲۰۲۰ بود. هرچند جامعه جهانی در دستیابی به این اهداف موفقیت کاملی را کسب نکرد ولی بخش عمده ای از مسیر تعیین شده بخوبی طی شد و امیدوار است تعیین اهداف توسعه پایدار (SDG) و تعهد کشورها نیل به این اهداف را تسهیل و تسریع خواهد نمود. حاشیه نشینی در جوامع امروزی نمادی تمام عیار از فقر و محرومیت با تمام ویژگی های اختصاصی آن است که البته به مفهوم مطلق بودن فقر در مناطق حاشیه نشینی نیز نمیشود. برآورد های بانک جهانی نشان میدهد که معمولا سطح فقر شهرنشین ها کمتر از سطح روستایی میباشد ولی میزان رشد فقر در جوامع شهری خیلی بالاتر از روستائیان است.

مجموعه حاضر اولین بخش از پروژه بسیار مهم تامین مراقبت های اولیه بهداشتی و خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه و سکونت گاههای غیررسمی آذربایجان غربی مبتنی بر شواهد محیطی است که توسط همکاران ارزشمند دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بخصوص معاون محترم امور بهداشتی دانشگاه با استفاده از منابع علمی سازمانهای بین المللی، تجربیات کشورهای پیشرو به رشته تحریر درآمده و نتایج مطالعات میدانی انجام گرفته بر روی جمعیت نیم میلیونی حاشیه نشین (بیش از یکصد هزار خانوار) استان آذربایجان غربی تدوین گردیده که امید است مورد استفاده محققین در سطح ملی و همکاران محترم در دانشگاههای علوم پزشکی قرار گیرد. توفیق این مدیران تلاشگر عرصه سلامت را ارج نهاده از خداوند متعال برای ایشان سلامتی و سرافرازی آرزومندم.

## دکتر آقازاده

### رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

## فهرست مطالب

۱.....	پیشگفتار
۳.....	<b>خلاصه اجرایی</b>
۴.....	نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در گذر زمان
۱۰.....	<b>فصل اول : شهرنشینی و چالش های سلامت</b>
۱۱.....	شهرنشینی و چالش های آن
۱۵.....	روند شکل گیری حاشیه شهرها
۱۵.....	فقر، زندگی شهری و حاشیه نشینی
۱۸.....	ساختار اجتماعی مناطق شهری و حاشیه نشین و ابعاد مختلف آن
۲۱.....	حاشیه نشینی و وضعیت بهداشتی
۲۲.....	حاشیه نشینی و جمعیت های کلیدی
۲۳.....	تاثیر حاشیه نشینی بر جمعیت کلیدی
۲۴.....	جرایم در مناطق حاشیه (Crime issues)
۲۵.....	حاشیه نشینی و توزیع فضایی آن
۲۶.....	رویکرد دولت ها در مواجهه با حاشیه نشینی
۲۷.....	برنامه ریزی ارتقاء حاشیه نشینی و برنامه شهرهای بدون حاشیه (شکوفایی شهری)
۲۹.....	ارزشهای غالب در ارتقای حاشیه نشینی، حذف حاشیه نشین ها و شکل گیری شکوفایی شهری
۳۰.....	حاشیه نشینی در ایران و استان آذربایجان غربی
۳۱.....	ویژگی های جمعیت حاشیه نشین
۳۲.....	<b>فصل دوم : آسیب شناسی نظام سلامت و احیا برنامه تامین مراقبت های اولیه سلامت برای جمعیت حاشیه نشین و سایر مناطق شهری کشور</b>
۳۴.....	خطاهای نظام سلامت
۳۴.....	مطالبات، انتظارات و پاسخگویی
۳۵.....	دیدگاههای آرمانی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC)

۳۶	..... آسیب شناسی خدمات اولیه مراقبت های بهداشتی
۳۶	..... رویکرد های مراقبت های اولیه بهداشتی متناسب با نیاز روز جوامع
۳۷	..... چالش های سلامتی جهان در حال تحول
۳۹	..... سازگاری یافتن با چالش های جدید سلامت
۴۰	..... خدمات بسته ای و بسته های خدماتی
۴۰	..... نمونه هایی از ناتوانی نظام های سلامت
۴۰	..... روند هایی که پاسخ نظامهای سلامت را تضعیف میکند
۴۰	..... آسیب شناسی رویکردهای بیمارستان محوری
۴۲	..... فراگماتاسیون
۴۲	..... تجاری شدن نظام های سلامت (unregulated commercial services)
۴۳	..... تغییر ارزش ها و افزایش انتظارات
۴۴	..... دیدگاه مردم نسبت به نظام های سلامت
۴۴	..... جنبش مراقبت های اولیه بهداشتی
۴۵	..... شکل گیری خدمات با محوریت مردم (مشارکت مردم)
۴۶	..... اهداف اصلاحات در نظام سلامت
۴۷	..... افزایش و پایدار ساختن پوشش همگانی
۴۸	..... راهبردهای حرکت به سمت پوشش همگانی
۴۹	..... چالش های حرکت به سوی پوشش همگانی
۵۱	..... شهرنشینی و چالش های سلامتی و راهکارهایی جایگزین برای خدمات سلامت تجاری شده
۵۲	..... تجربیات کشورهای موفق دنیا
۵۳	..... Mobilizing for health equity سلامت در عدالت
۵۴	..... مراقبت های اولیه سلامت
۵۵	..... خدمات جامع و ادغام یافته مراقب سلامت
۵۷	..... جنبه های اجتماعی سلامت موضوع مورد غفلت نظام سلامت

۵۷	چشم انداز کلی سازماندهی مراقبت ها
۵۹	<b>فصل سوم : منابع مالی در نظام سلامت</b>
۶۰	تامین منابع در نظام سلامت به سوی پوشش همگانی
۶۹	عقب نشینی از روش پرداخت مستقیم
۷۱	سلامت بیشتر با پول (افزایش اثر بخشی)
۷۳	حذف هزینه های غیر ضروری دارو
۷۳	بهبود کنترل کیفی دارو
۷۶	ارزیابی اساسی خدمات مورد نیاز
۷۸	تشویق ها، تامین مالی سلامت و اثر بخشی
۸۳	<b>فصل چهار : ارتقای عملکرد نظام سلامت با بهبود پاسخگویی</b>
۸۵	سنجش دستیابی به هدف
۸۶	مشتری مداری
۸۷	تامین عادلانه منابع مالی
۸۸	<b>فصل پنجم : سلامت در همه سیاست ها</b>
۸۸	Health in All Policy
۹۰	مقدمه ای بر سلامت در همه سیاست ها
۹۲	سلامت در همه سیاست ها
۹۷	بکارگیری رویکرد HiAP
۱۰۶	مشکلات، سیاست ها و فرآیند های سیاسی: پویایی سیاست گذاری ها
۱۰۸	اهمیت روزنه های فرصت
۱۰۹	اجرای سیاست ها
۱۱۱	<b>منابع</b>



## پیشگفتار

نظام سلامت کشورمان دوران متفاوت و متمایزی را طی میکند. طرح تحول نظام سلامت که مولود ماندگار دولت تدبیر و امید است و دوره رشد و تکاملی خود را طی میکند و همزمانی اجرای این طرح بزرگ با ابلاغ سیاست های سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری شور و شوق وصف ناپذیری در نظام سلامت را رقم زده و بارقه امیدی در چشم انداز بهار سلامت شهروندان جمهوری اسلامی ایران ایجاد نموده است.

اجرای طرح تحول نظام سلامت با رویکرد عدالت در پاسخگویی و عدالت در توزیع سلامت و کاهش هزینه های کمرشکن درمانی توانسته است جایگاه نظام سلامت در عرصه اجتماعی را ارتقا داده و امید های فراوانی را ایجاد نموده است. لازمه تداوم و نیل به اهداف متعالی این طرح جلب مشارکت بدنه مدیریتی - آموزشی - کارشناسی - خدماتی نظام سلامت در سطوح مختلف و همدلی و همزمانی مجموعه دستگاههای دولتی است تا بتواند سهم دولت را در کاهش تهدید کننده های سلامت و ارتقای روز افزون و پیشرونده امید زندگی عدلانه افزایش داده و تضمین نماید.

یکی از محوری ترین برنامه های طرح تحول در عرصه سلامت عمومی توجه به بخشی از جامعه مورد غفلت واقع شده (Neglected) نظام اجتماعی از جمله نظام سلامت در حاشیه شهرها و سکونت گاههای غیررسمی بود که ایده اصلی برنامه ریزی خدمات رسانی به این جمعیت بیش از ۱۰ میلیونی کشور در اجلاس تابستان ۱۳۹۳ روسای دانشگاهها طرح و مورد پیگیری قرار گرفت. ویژگی های مشکلات چندگانه حاشیه نشینی که نمادی از فقر شهری و نابرابری درون شهری در تمامی ابعاد وجودی سلامت میباشد ایجاب مینمود به موازات طراحی ساختار سازمانی و ایجاد واحد های خدماتی، مبانی فعالیت های برنامه ای مبتنی بر نیاز های حاشیه نشینان طراحی و سازماندهی شود. حاشیه نشینان جمعیتی هموزن نبوده و ارتباط حاشیه نشینی با فقر همیشه هم مستقیم، ساده و خطی نمیشد. بخشی از مهمترین ویژگی های معمول سکونت گاههای غیررسمی عبارت از: درآمد از روش های غیر معمول، تجمعی از افراد فقیر، وضعیت بد ساختمانها، محیط نامساعد، شغل غیر عادی مردم و احتمالاً فعالیت های غیرقانونی هستند که فرآیند خدمات رسانی سلامت با رویکردهای عادلانه، جامع و فعال توانمندی های خاصی را طلب مینمود.

موضوع مدیریت سلامت در حاشیه نشینان در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه از پاییز سال ۱۳۹۳ با برگزاری جلسات کارشناسی- مدیریتی با حضور مدیران با سابقه و صاحب نظر دانشگاه و مطالعات کتابخانه ای و ارزیابی برنامه های بین المللی و کشورهای پیشرو در این امر به موازات پیمایش های محیطی مورد اهتمام ویژه و مستمر قرار گرفت. حاصل این جلسات و مطالعات مجموعه ای است که در پیش رو قرار دارد و در این مسیرهماهنگی ها و اقدامات متعددی پیگیری شد که برآیند این اقدامات تامین خدمات مراقبت های اولیه سلامت در نزدیک ترین محل سکونت براساس نیاز های شهروندان حاشیه نشین بوده و بررسی های محیطی حاکی از توفیق نسبی طراحان این ساختار میباشد.

چهارچوب مجموعه حاضر عبارت از تبیین حاشیه نشینی و مشکلات و تهدید کننده های سلامت آنان و راهکارهای شکوفایی شهری در سایه شهروند سالم برگرفته از گزارش سازمان اسکان بشر سازمان ملل، آسیب شناسی نظام ارائه خدمات سلامت، منابع

مالی در نظام سلامت و روشهای پرداخت، چهارچوب های مفهومی ارتقای عملکرد نظام سلامت، استراتژی پوشش جامع همگانی سلامت (UHC) مندرج در گزارش های منتشره سالیانه سازمان جهانی بهداشت در سالهای گذشته است که برای فهم اصولی و مبنایی طراحی ساختار ارائه خدمات لازم و ضروری مینمود. این مجموعه اولین مجلد از مجموعه چند قسمتی است که پس از تبیین مبانی نظری موضوع، نسبت به ارزیابی وضعیت موجود سلامتی و عوامل اجتماعی اقتصادی موثر بر آن در بین جمعیتی بالغ بر ۴۳۰ هزار نفر در ابعاد فردی-خانوادگی-اجتماعی-اقتصادی پرداخته و براساس بررسی های انجام گرفته مهمترین و اختصاصی ترین مطالعه انجام گرفته در این حوزه در منطقه میباشد که امید میرود در برنامه ریزی های اتی نظام اجتماعی-اقتصادی در حاشیه شهرها بخوبی مورد استفاده قرار گیرد. انشا.....

# خلاصه اجرایی

## نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در گذر زمان

بیش از یک صد سال از پایه گذاری نظام های نوین سلامت در دنیا میگذرد. تا قبل از آن زمان، نظام سلامت کلاسیک و مدون با مفهوم امروزی ندرتا وجود داشت و به جز تعداد قلیلی از افراد، بقیه مردم دنیا بیمارستان و حتی پزشک ندیده بودند. خانواده ها پرجمعیت، مرگ و میر کودکان بدلائل عوامل عفونی بالا، مرگ مادران باردار بسیار بالا و امید زندگی بسیار کوتاه و تا ۵۰ سال پیش فقط ۴۸ سال بود. از اواخر قرن نوزده و اوایل قرن بیستم ارتباط بسیار قدیمی فرد-حکیم با مراقبت های غیر موثر، ارزان وبدون نقش در اقتصاد جامعه به یک رابطه مدون بین بیمار-پزشک در سالهای پایانی قرن بیستم تغییر ماهیت داد و به تدریج به شبکه پیچیده ای از فعالیت های هدفمند تبدیل شد که امروزه نظام سلامت( مشتمل بر کلیه فعالیت هایی که هدف اصلی آنها حفظ، ارتقا یا اعاده سلامتی) نامیده میشود و با سهمی بیش از ۸ درصد از تولید ناخالص جهانی به یکی از بزرگترین بخش های اقتصاد جهان تبدیل شده است.

در حد فاصل سالهای یاد شده عرضه خدمات بهداشتی نظام مند و سازمان یافته در کشورهای عمدتا پیشرفته بخصوص پس از پایان جنگ جهانی دوم و تاسیس سازمان جهانی بهداشت نمود اجرایی بهتری پیدا کرد. در آن سالها مهمترین استراتژی جامعه جهانی و کشورها مبارزه عمودی با بیماریهایی بود که بروز و مرگ و میر بالایی(مالاریا، جذام و...)داشتند. پیدایی و تکامل نظام های سلامت مترقی در سیر زمان بیش از یک رشد ساده بود و بیشتر شامل تمایز پیشرونده و تخصصی شدن حوزه های دانشی و مهارتی بود و بر همین اساس در سطح کلی، نظام سلامت توانست در مدت کوتاهی موفقیت های چشم گیری را بدست آورده و بخشی از مهمترین دشمنان سلامتی را کنترل کند و این همه با صرف هزینه های گزافی هم همراه نبود(تامین آب شرب سالم لوله کشی شده، واکسیناسیون، کاهش مرگ ناشی از اسهال با پودر خوراکی ORS، دفع بهداشتی فاضلاب، بهسازی محیط و...). با تحول زندگی مردم بدنبال انقلاب صنعتی و گسترش دایره اثر گذاری نظام های بهداشتی درمانی بر سلامت نیروی کار و تجربیات خوب کشورهای مثل آلمان، انگلستان، روسیه و فرانسه نظام های سلامت مدرن امروزی پایه گذاری و نظام های بیمه اجتماعی شکل گرفتند و خدمات بیمارستانی بشدت گسترش یافت و منابع مالی عظیمی را بخود اختصاص داد. بررسی های انجام گرفته در همان سالها حاکی از موثر بودن واقعی مداخلات مراقبت سلامتی بود ولی این موفقیت از پوشش یکنواخت اجتماعی برخوردار نبود و در گروههای اجتماعی فقیر تغییرات سلامتی خوبی ایجاد نگردید. این مشکلات در کشورهای محروم و فقیر بارزتر نیز بود. در آن سالها بیمارستان های بزرگ بیش از ۶۰ درصد بودجه سلامت را دریافت میکردند ولی فقط به ۲۰-۱۰ درصد جمعیت خدمات ارائه میدادند و این خدمات عمدتا از سوی اقشار مرفه دریافت میگردد. بروز نشانه های این ناهمگونی اجتماعی علاوه بر نارسایی در مدیریت مبارزه با این بیماریها در عرصه سلامت کشورهای توسعه یافته و نیز برنامه های موفق خدمات اولیه بهداشتی در کشورهای نظیر چین، تانزانیا، سودان و ونزوئلا باعث شد نظام مراقبت سلامت در سیر تکاملی خود به بیانیه آلتا برسد و "بهداشت برای همه" را بعنوان یک آرمان جهانی مطرح کند و مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) را بستر اجرایی این مهم اعلام نماید. این جنبش جهانی در تغییر و بهبود نگرش جامعه جهانی تاثیر به سزایی داشت. عمده این تغییر نگرش ها عبارت بودند از:

تغییر نگرش از درمان به پیشگیری، از مراقبت بیمارستانی به مراقبت در جامعه، از بهداشت فردی به بهداشت همگانی، از بهداشت شهری به روستایی، از برنامه های عمودی به برنامه های ادغام یافته.

بیانیه آلما آتا دارای ۱۰ بند بود که پس از تعریف مجدد سلامتی مذکور در منشور سازمان جهانی بهداشت به غیر قابل قبول بودن نابرابری بهداشتی بین کشورها و در درون کشورها تاکید و از حقوق مردم برای مشارکت در فرآیند برنامه ریزی برای سلامت دفاع مینمود. اعلامیه ضمن یادآوری مسئولیت دولت ها در تامین سلامت آحاد جامعه و ضرورت بهره مندی بهینه از منابعی که صرف تسلیحات و مناقشات نظامی میشود، هدف آرمانی تا سال ۲۰۰۰ را رسیدن همه مردم به سطحی از سلامت تعیین کرد که از نظر اجتماعی و اقتصادی زندگی مولدی داشته باشند و مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) کلید تحقق این هدف متعالی معرفی گردید. این اعلامیه در بند هشتم مراقبت های بهداشتی را در ۷ جزء توصیف کرد و از دولت ها خواست برای اجرای مفاد اعلامیه در تمام سطوح سیاستگزاری های ملی این اصول را به مورد اجرا گذارند. رویکردهای اجرایی بیانیه کنفرانس آلما آتا یکنواخت نبود و در برخی کشورها بدلیل محدودیت منابع این روند رویکرد انتخابی پیدا کرد. این بیانیه که دومین قدم اصلاحات در نظام سلامت (اولین اصلاحات در نظام سلامت همزمان با معرفی نظامهای سلامت و بیمه های اجتماعی بود) محسوب میشد، رویکردی عدالت محور داشت و بر پاسخگویی و مشارکت عادلانه مردم متمرکز بود. با توجه به اینکه شکل گیری نظامهای سلامت و فرایند اصلاحات در هر دو مرحله مبتنی بر عرضه توسط دولتها البته با محور نیاز (Need) مردم شکل گرفته بود و منطبق بر تقاضای (demand) مردم نبود (و این عدم تطابق مهمترین علت نارسایی نظامهای سلامت تلقی میگردد)، اصلاحات اعمال شده در رویکردهای کلی نظام های سلامت اکثر کشورهای در حال توسعه متمرکز و واقع نگردید و نارسایی ها در نظام ارائه خدمات سلامت بعنوان اصلی ترین کارکرد آن تداوم یافت و شکاف های مدیریتی - سلامتی بازم نمود بیشتری یافتند. توزیع نامناسب منابع، کاهش /فقدان کیفیت در خدمات طبی، وجود لیست انتظار طولانی برای دریافت خدمت، عدم امکان انتخاب ارائه کننده (Provider) توسط بیمار، عدم پیگیری بیمار و تاکید بر روی بیماری، نفوذ متنفذین ذینفع در فرایند تخصیص منابع بیمارستانی، عدم رعایت شئون انسانی در فرایند خدمات ارائه شده و..... بخشی از مشکلات فراگیر نظام های سلامت کشورهای در حال توسعه در امریکای لاتین، جنوب شرق آسیا و خاورمیانه بود. تغییر در فلسفه سیاسی اقتصادی دولت های اروپا و امریکای شمالی مبنی بر کاهش نقش دولت و واگذاری نقش بیشتر به بخش خصوصی به بسط تئوری مذکور و ترویج سرمایه گذاری در سلامت منتهی شد و تحت عنوان اصلاحات بخش سلامت توسط بانک جهانی انعکاس جهانی یافت. این گزارش منبعی برای شانه خالی کردن دولت ها از مسئولیت های مستقیم شان در امر سلامت شد و عدالت در سلامت به محاق رفت و تبعیض های مختلف و عجز در اجرا را بدنبال داشت.

برای کاهش این مشکلات، مذاکرات بین المللی و مداخلات فصلی و جزیره ای توسط سازمانهای بین المللی در برخی کشورهای در حال توسعه نیز کاری از پیش نبردند (طرحهایی مثل BDN، آفاخان، کاهش نابرابری ها). به منظور اصلاح فرایند های کاری نظامهای سلامت، اهداف هزاره سوم به عنوان نسخه جدیدی از مراقبت های اولیه بهداشتی در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد رهبران کشورهای جهان قرار گرفت و تحت عنوان اهداف هزاره سوم معرفی و در دست پیگیری قرار گرفت.

اعلامیه هزاره سازمان ملل متحد قطعنامه ای بود که در هفت حوزه (صلح-امنیت-خلع سلاح، توسعه و ریشه کنی فقر، حفاظت از محیط زیست، حقوق بشر-مردم سالاری-و حاکمیت درست و شایسته، محافظت از اقشار آسیب پذیر، رفع نیازهای ویژه افریقا و تقویت سازمان ملل متحد) به تصویب رسید و نقشه راه، اهداف و مقاصد قابل دسترسی تا سال ۲۰۱۵ را برای هر یک از ۷ حوزه مشخص نمود. اهداف مربوط به حوزه توسعه و ریشه کن سازی فقر به طور گسترده تحت عنوان اهداف توسعه هزاره (MDGs) شناخته میشوند. تعهدات دولتها در این حوزه عمدتاً بر کاستن از فقر و گرسنگی و برخورد با وضعیت نامناسب سلامتی، نابرابری جنسی، کمبود آموزش، دسترسی به آب سالم و تخریب محیط زیست متمرکز شد. بطور کلی ۳ مورد از ۸ هدف کلی، ۸ مورد از ۱۸ هدف جزئی و ۱۸ مورد از ۴۸ شاخص پیشرفت اهداف توسعه هزاره در ارتباط با سلامت بودند. با پایان گرفتن دوره زمانی برنامه توسعه هزاره هر چند اهداف تامین نشدند ولی هم روند رشد شاخص ها شتاب گرفت و هم تجربیات مفیدی بدست آمد: کاهش فقر شدید، افزایش زایمان توسط مامای تحصیل کرده از ۵۹ درصد در ۱۹۹۰ به ۷۱ درصد در ۲۰۱۴، کاهش ۴۵ درصدی نسبت مرگ مادران باردار در یکصد هزار تولد زنده، ۵۳ درصد کاهش در مرگ کودکان زیر ۵ سال و کاهش ۴۲ درصدی مرگ دوره نوزادی، افزایش دسترسی به آب شرب سالم به میزان دو برابر، افزایش ۷ برابری در ضریب نفوذ اینترنت و... بخشی از نتایج این هدف گذاری های بین المللی بود.

در سال ۲۰۱۴ نیز به موازات پیگیری MDG، برنامه دیگری جهت تداوم اهداف توسعه هزاره سوم در دست اقدام قرار گرفت که اهداف توسعه پایدار (Sustainable development goals=SDG) نامیده شد و در سال ۲۰۱۵ در نشست سران ۱۹۳ کشور در سازمان ملل اهدافو راهبرد های نیل به این اهداف تا سال ۲۰۳۰ تصویب گردید. اهداف توسعه پایدار مشتمل بر ۱۷ هدف کلی، ۱۶۹ هدف اختصاصی و ۲۳۰ شاخص است که هدف کلی سوم در ارتباط مستقیم با سلامتی میباشد.

هدف گذاری های بین المللی و تعهد دولت ها در تامین اهداف تعیین شده بین المللی و حتی ملی نیاز به سیاست گذاری، برنامه ریزی و اجرای مداخلات به موازات تامین منابع (کارکرد های کلیدی نظام های سلامت) در سطوح ملی دارد و میزان توفیق کشورها در نیل به این اهداف آئینه تمام نمایی از این توان ملی و بین المللی محسوب میگردد. میزان حصول به این اهداف در طی بیش از ۶ دهه شکل گیری نظام های سلامت با ملحوظ شدن سیاست های کلی بین المللی-ملی-محلی شاکله اصلی گزارشی است که سازمان جهانی بهداشت درست ۳۰ سال پس از اعلامیه آما آتا (۲۰۰۸) از وضعیت سلامت در جهان را تحت عنوان "مراقبت اولیه سلامت اکنون بیش از هر زمان دیگر" منتشر کرد و چالش های جاری سلامت و نظام های سلامت و سلسله ای از انتظارات وسیع اجتماعی که دستور کار تغییر نظام های سلامت در جهان امروز تشکیل میدهند رابه تفصیل مورد بحث قرار داد. سراسر این گزارش بیان اسناد و شواهدی از عملکرد کشورها و مهمتر از همه نتایج این عملکردها است که بخوبی نارساییها، شکست ها و موفقیت ها را به تصویر میکشد.

مشکلات فراروی نظام سلامت و روند گسترش آن از یک طرف و تعدد و تنوع تهدید کننده های سلامت روبه گسترش از طرف دیگر، اصلاحات در نظام سلامت را انکار ناپذیر نموده است و البته راهبردهای این اصلاحات نیز در گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت بوضوح براساس شواهد محیطی معرفی گردیده است. عناوین این راهبردها عبارتند از:

## ۱- افزایش و پایدار ساختن پوشش همگانی (Universal health coverage=UHC)

پوشش همگانی در این گزارش به مفهوم دسترسی همگان به طیفی کامل از خدمات مورد نیاز آنان، همراه با حمایت اجتماعی از سلامت<sup>۱</sup> می باشد.

۲- سازماندهی شبکه های مراقبت بهداشتی اولیه با پیش پیشرفت

مراقبت در این شبکه مداوم، مردم محور، واجد پاسخ های جامع و یکپارچه می باشد.

۳- تدوین سیاستهای عمومی با محوریت سلامت و برای سلامت

ترویج و حاکمیت سلامت در همه سیاست ها در رویکرد کلی دولت ها

۴-

۴- برقراری تولید موثرتر در نظام سلامت با هدف کارایی و عدالت بیشتر

نظام سلامت در ایران قدمت زیادی ندارد و در اواخر دوره قاجار با تشکیل هیاتی توسط دکتر تولوزان با محدوده ارائه خدمات بهداشتی به کارکنان شرکت نفت ایران و انگلیس و پلیس و افسران ارتش شکل میگیرد و در ۱۳۰۲ شمسی در قالب وزارت صحتیه و امور خیریه و در سال ۱۳۲۰ در قامت وزارت بهداشتی در عرصه اجتماع ظاهر گشت. از سالهای آخر دهه چهل شمسی طرحهای متعددی در مناطق و شهرهای مختلف کشور از جمله: طرح تربیت بهمدار (مشهد)، طرح سپاه بهداشت، طرح تربیت بهمدار روستا(کوار شیراز و شمیران)، طرح سلسله(الشر لریستان) و طرح تحقیقاتی " نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران" با مشارکت سازمان جهانی بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران و وزارت بهداشتی در ارومیه به مورد اجرا گذاشته شد که طرح اجرایی ارومیه عنوان طرح رضائیه معروف شد. این طرح در سال ۱۳۵۳ تصویب و در ارومیه به مورد اجرا گذاشته شد و در سال ۱۳۵۶ به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته و در سال ۱۳۵۸ به عنوان الگوی ملی مراقبت بهداشتی اولیه ایران برگزیده شد. در سالهای اولیه پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران گروه بررسی برنامه ها و تشکیلات شورای بررسی برنامه های وزارت بهداشتی و بهزیستی این الگو را به عنوان الگوی کاری در اردیبهشت ۱۳۶۰ ارائه نمود. علیرغم تداوم جنگ تحمیلی عراق علیه کشورمان و مضایق بسیار شدید اقتصادی و اجتماعی، کار تدوین ضوابط و وظایف با حضور اعضای شورای معاونان وزارتی با جدیت دنبال شد و حتی با

<sup>۱</sup> هر کدام از کلمات بکار رفته در این تعریف خود بحث مجزایی است از نحوه شناسایی و احصاء و تامین آن، تا پوشش همگانی را محقق سازد و از حوصله این مجموعه خارج است.

بیماری مرحوم دکتر پيله رودی جلسات در منزل ایشان پیگیری گردید. کار دستیابی به اطلاعات محیطی شهرستان های کشور با فراخوانی کارشناسان استانی با جدیت دنبال و نتایج، مستند سازی و جمع بندی میشد که تا خرداد ماه ۱۳۶۳ به درازا کشید. در سال ۱۳۶۳ با تکمیل شدن تیم اجرایی زمینه جدی اجرای طرح شبکه هم فراهم گشت. اعضای این تیم کارشناسی و اجرایی سه نفر از نامداران عرصه سلامت کشور دکتر حسین ملک افصلی، مرحوم دکتر کامل شادپور و مرحوم دکتر سیروس پيله رودی بودند که تا زمان تکمیل شبکه و فعال شدن خانه های بهداشت و چرخه کامل خدماتی-مدیریتی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی سراز پا نشناختند و مشتاقانه و مشفقانه این شبکه را ساختند و پرداختند. شبکه بهداشتی درمانی کشور در طی بیش از ۳۰ سال گذشته با ایجاد دسترسی برای بیش از ۹۰ درصد مردم کشور، خدمات بهداشتی گسترده ای را ارائه نمود. در حال حاضر و در سایه خدمات نظام مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) بیماریهای عفونی عمده از سطح کشور رخت بر بسته، پوشش واکسن های ملی به ۱۰۰ درصد رسیده، زایمان غیر ایمن به تعداد انگشت شماری کاهش یافته، پوشش خدمات سلامت باروری به بالاترین حد افزایش و میزان مرگ شیرخواران از ۱۳۰ به کمتر از ۱۵ در هزار تولد زنده کاهش یافته است. در حال حاضر بیماریهای قلبی عروقی، سرطانها و سوانح و حوادث سه علت عمده مرگ و میر جمعیت کشور را رقم میزنند علیرغم موفقیت های بسیار خوب نظام بهداشتی در مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)، مشکل خدمات سلامت (و درمان) بدلائیل عدیده روز بروز پیچیده تر نیز شده است. نظام سلامت در کشورمان بخصوص در حوزه کارکردی (ارائه خدمات) با چالش های جدی روبرو است و این مشکلات فرارو در طی ۲۰ سال گذشته یکی از دغدغه های این بخش بوده است. این چالش های روبه گسترش منجر به افزایش بیهودگی، افزایش هزینه های کمرشکن درمانی، اتلاف منابع سازمانی، کاهش کارایی و اثر بخشی نظام سلامت، عدم رضایت ارائه کننده و گیرنده خدمات وضعف پاسخگویی در خوب بودن و عادلانه بودن شده اند. بخشی از این مشکلات عبارتند از:

۱- فقدان و یا ضعف عملکرد نظام ارجاع ۲- پیچیدگی نظام پرداخت به پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت ۳- متفاوت بودن بسته های خدماتی سازمانهای بیمه گر ۴- وقوع گذر های تغذیه ای، جمعیتی و اپیدمیولوژیک ۵- همپوشانی، دوباره کاری و خلاء خدماتی در نظام ارائه خدمات درمانی ۶- کامل نبودن پوشش خدمات بیمه ای ۷- توقعات روبه رشد برای بهره مندی از تکنولوژی های نو ۸- رشد کنترل نشده بخش خصوصی ۹- شفاف نبودن نظام تخصیص منابع و رواج رویکرد های بخشی نگری به جای نگرش سیستمیک و ملی

در خصوص نیاز به اصلاح نظام سلامت کشور و یکارگیری مداخلات موثر در بین ذینفعان سازمانی اتفاق نظر کامل وجود دارد و سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، سند چشم انداز، مصوبات قانونی در برنامه چهارم و پنجم توسعه اجتماعی اقتصادی کشور نه تنها مهر تاییدی بر الزامات و ضروریات این اصلاحات محسوب میشوند بلکه نقشه راهی هستند برای این امر مهم. مهمترین شاهراه حیاتی در اصلاح نظام سلامت توجه جدی و همه جانبه و نه گزینشی به راهکارهای پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت است. این رویکرد به بهبود فرهنگ پاسخگویی و مسئولیت پذیری در نظام شبکه کمک کرده و بهبود هزینه کرد سازمانهای بیمه گر، پوشش کامل جمعیتی و خدمات بیمه ای، کاهش هزینه های درمانی در سبد خانوار، کاهش هزینه های کمرشکن درمانی (OOP)،



تجویز منطقی و مصرف بهینه دارو، کاهش نیازهای القایی، محورشدن بیماری به جای بیمار، امکان پیگیری فعال بیماری های هدف در نظام شبکه، فعال شدن برنامه های غربالگری در رسیدن به هدف بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید زندگی عادلانه را بدنبال خواهد داشت. هرچند طرح تحول نظام سلامت طرحی یک پارچه و ادغام یافته در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب میگردد و در قالب بسته های تحول براساس شاخص های ۵ گانه مطلوبیت عملکرد نظام سلامت بین المللی است، چشم انداز خوبی را ترسیم کرده است که با پایداری منابع نیل به این چشم انداز دوراز انتظار نخواهد بود. این بسته ها در تسهیل دسترسی عادلانه و کاهش هزینه های کمر شکن درمانی رضایت گیرندگان را برآورده ساخت ولی آسیب شناسی و تحلیل های کارشناسی جداگانه ای برای ارزیابی کارائی- اثر بخشی آنها مورد نیاز است. رویکرد های درمانی (فردی) و بهداشتی (مبتنی بر جامعه) الزامات اجرایی متفاوتی را میطلبید و طرح تحول در حوزه بهداشت که اجرای آن از سال ۱۳۹۳ و از حاشیه شهرهای بزرگ کشور آغاز شد و به کلیه مناطق شهری نیز تعمیم یافت، مبتنی بر همین راهکارهای توصیه شده بوده است که ایجاب مینمود با تدبیر، دقت نظر و مطالعات میدانی پیگیری شود و امید است بتواند نقاط ضعف نظام سلامت کشور را به فرصت هایی برای اصلاح آن فراهم نماید. این مجموعه تلاشی است برای تبیین مبانی نظری این طرح عظیم که امید میرود مورد استفاده همکاران محترم قرار گیرد.

# فصل اول

## شهرنشینی و چالش های سلامت ۲

---

<sup>۲</sup> شاکله اصلی این فصل ترجمه ای است از THE CHALLENGE OF SLUMS GLOBAL REPORT ON HUMAN SETTLEMENTS

۲۰۰۳ که حسب مورد از منابع مختلف دیگر نیز استفاده شده و در هر مورد، منبع مورد استفاده نیز درج گردیده است

## شهرنشینی و چالش های آن

قرن بیستم عصر تغییرات بزرگ در تاریخ بشریت بود. وقوع جنگ های جهانی، پیشرفت دانش بشری و رشد شگرف تکنولوژی بخصوص ارتباطات و... ظهور و افول تئوری های غیر توحیدی. یکی از این تغییرات افزایش جمعیت جهان بود. رشد جمعیت مهمترین موضوع جمعیتی قرن بیستم بود. از مهمترین علل رشد جمعیت، کاهش بار بیماریهای عفونی، کاهش مرگ کودکان و افزایش امید زندگی بود. در این روند جمعیت جهان از ۲/۵ میلیارد نفر در ۱۹۵۰ به ۶ میلیارد نفر افزایش یافت. به موازات رشد بارز جمعیت جهان، نسبت جمعیت شهری نیز روبه فزونی گذاشت. بطوری که ۶۰ درصد افزایش جمعیت جهان در قرن بیستم در مناطق شهری رخ داد و جمعیت شهری دنیا در طی ۵۰ سال ۶ برابر شد و در سال ۲۰۰۱ نسبت جمعیت شهری به ۴۷ درصد رسید و در ۲۰۰۷ به ۵۰ درصد افزایش یافت. امروزه تقریباً ۹۰ درصد افزایش جمعیت جهان توسط مناطق شهری کشورهای کمتر توسعه یافته جذب میشود. براساس برآورد های سازمان ملل میزان رشد سالانه جمعیت شهری ۲/۴ درصد (دو و چهاردهم) و برای مناطق روستایی ۰/۲ (دو دهم درصد) در صد میباشد. تمام مناطق آسیا و اقیانوسیه در حال تجربه رشد جمعیت شهری به میزان بالاتری از رشد کلی جمعیت هستند. تا سال ۲۰۵۰، مناطق شهری نزدیک به دو نفر از سه نفر جمعیت را شامل خواهند شد. نیمی از جمعیت این منطقه تا سال ۲۰۱۸ شهری خواهد بود. مناطق روستایی در حال ورود به یک دوره کاهش کلی جمعیت خواهند بود.

به منظور توجیه و تبیین وجوه مختلف شهرنشینی تئوریهای مختلفی بیان شده که ذیل پارادایم های اکولوژیک (شیکاکو) و اکولوژی فاکتوریال طبقه بندی میشوند. در مدل اکولوژی شکل گیری شهرنشینی براساس عوامل محدودیت رشد شهری-افزایش خانوارهای کوچک- افزایش خانوارهای با درآمد های متعدد- وجود خانوارهایی که زمان یا هزینه مسافرت برای آنها اهمیت دارد توجیه میشود. براساس این تئوری خانوار های فقیر تدریجاً از مرکز به حاشیه رانده میشوند. تاکید اصلی این تئوری بر قیمت زمین و خانه متمرکز است. مبنای پارادایم اکولوژی فاکتوریال آنالیز چند متغیره شاخص های اجتماعی-اقتصادی (تحصیلات؛ شغل؛ درآمد و...)، خانواده (Familism) و نژاد- قومیت (Ethnicity) است. مهمترین چالش های محوری رشد جمعیت شهری مهاجرت ها و حاشیه نشینی میباشد.

## الف) مهاجرت پذیری شهری

هرچند برخی کشورهای آسیایی و اکثر کشورهای افریقای بافت روستایی و شغل کشاورزی خود را حفظ کرده اند، ولی در اکثر کشورهای منطقه خاورمیانه، روستا نشینی روبه نقصان گزارده و شهرها گسترش یافته اند بطوریکه رشد سالانه شهرنشینی ۵-۸ درصد برآورد میشود؛ به عبارت دیگر در این مناطق هر ۱۵-۱۰ سال یک بار جمعیت شهرها دوبرابر میشود. این سرعت رشد فضایی شهری باعث گسترش فیزیکی و افزایش نیاز به خدمات شهری میشود. اگر در رشد شهرنشینی سهم مهاجران بیش از ۵۰ درصد باشد مشکلات خدمات اجتماعی دو چندان میشود. ترکیب مهاجران شهرنشین در الگوهای زندگی بومیان نیز بی تاثیر نمیشود.

مهمترین عوامل موثر در رشد شهرنشینی و مهاجرت پذیری شهری عبارتند از:

عوامل سیاسی، بی ثباتی ها، جنگ و ناامنی، عوامل اقتصادی؛ محیطی و اجتماعی (درآمد پایین کشاورزی، تغییر در الگوی کشاورزی، تغییرات آب و هوایی، تغییر در محیط زیست و.. رانده شدگی) و جذابیت های شهری (درآمد بالا در شهر، فرصت های شغلی بیشتر، شبکه امن اقتصادی، سهولت دسترسی به خدمات اجتماعی، تحصیل و بهداشت و درمان = کشش و جذابیت). بدیهی است که این جمعیت گسترده و روبه رشد، به مسکن - شغل - خدمات شهری و.. نیاز داشته باشند و عدم تطابق بین رشد جمعیت؛ شهرنشینی و نیاز های روبه گسترش این جمعیت باعث بروز مشکلات عدیده ای خواهد شد.

## ب) حاشیه نشینی

برآوردهای انجام گرفته توسط سازمانهای بین المللی حاکی است که بیش از یک میلیارد نفر از مردم (در حدود ۳۲ درصد جوامع شهرنشین) در حاشیه شهرها زندگی میکنند. بررسی ها نشان میدهند حاشیه نشینی گسترده امروزی در جهان از دهه ۹۰ میلادی شروع به رشد کرده و پیش بینی میشود تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۲ میلیارد نفر افزایش پیدا کند. این در حالی است که در دهه گذشته جمعیت شهرنشین مناطق در حال توسعه ۳۶ درصد افزایش یافته بود و جمعیت حاشیه نشین جهان از ۶۵۰ میلیون در سال ۱۹۹۰ به ۷۶۰ میلیون در سال ۲۰۰۰ و ۸۶۳ میلیون در ۲۰۱۲ رسیده است.

حاشیه نشینی امروزه ریشه در قرن شانزدهم میلادی دارد. هجوم شتاب آلود فقرای جویای شغل مهاجر به لندن و ایجاد نیاز گسترده به سرپناه، ساخت و ساز غیرقابل کنترل مساکن محقر و استفاده ملاکین وقت از این فرصت برای اجاره منازل تقسیم شده بین چند/این خانوار منجر به تشکیل محلات پرجمعیت فقیرنشین در مرکز شهر شد. با تداوم مهاجرت ها فضاهای فیزیکی قبلی بازم بین افراد تقسیم و منجر به شکل گیری محلات شلوغ و کثیف شد. در این وضعیت نابسامان، حضور متراکم مردم؛ فقر غیر قابل اجتناب و ناامیدی جمعیت باعث به هم ریختگی طبقات اجتماعی شد. فقر و تداوم آن منجر به استعمار مردم شد و اماکن شلوغ پاتوق سارقین و سایر مجرمان گردید و همین امر استیگما را به فقر و حاشیه نشینی اضافه نمود.

جدول (۱-۱): نسبت های شهر نشینی و حاشیه نشینی در مناطق مختلف جهان (۲۰۰۳، The challenge of slums)

نام منطقه	درصد شهر نشینی	درصد حاشیه نشینی از جمعیت شهر نشین
جهان	۴۷.۷	۳۱.۶
توسعه یافته	۷۵.۵	۶
اروپا	۷۳.۵	۶.۲
مناطق در حال توسعه	۴۱	۴۳
آسیا	شرق	۳۶.۵
	جنوب-مرکزی	۳۰
	جنوب-شرق	۲۸
	غرب	۳۳

انتظار می رود شیوع حاشیه نشینی که در کشورهای کمتر توسعه یافته و جنگ زده بسیار بالاتر از میانگین جهانی است بازم افزایش یافته و شامل ۷۰ درصد از جمعیت شهری برسد. در کشورهای جنگ زده، نسبت جمعیت شهری که در محله های فقیرنشین زندگی می کنند، از ۶۴ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۷۷ درصد در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است.

**حاشیه نشینی<sup>۳</sup> (SLUM):** حاشیه نشینی یک مفهوم ذهنی بوده و مصادیق آن از شهری به شهر دیگر و از کشوری تا کشور دیگر متفاوت بوده و در ساده ترین تعریف یک زیست گاه انسانی پر جمعیت (high density) است که مسکن استاندارد نبوده (Low standard) و محلات، کثیف و آلوده (squalor) میباشند. دو ویژگی اول فیزیکی و فضایی (Spatial) و آخری ویژگی رفتاری - اجتماعی میباشد. مسکن در این مناطق از متزلزل تا بسیار مستحکم و مدرن متفاوت میباشد.

مهمترین شاخص های محلات حاشیه نشین عبارتند از:

Characteristic	Indicator	Definition
Access to water	Inadequate drinking water supply (adjusted MDG Indicator 30)	A settlement has an inadequate drinking water supply if less than 50% of households have an improved water supply: <ul style="list-style-type: none"> <li>household connection;</li> <li>access to public stand pipe;</li> <li>rainwater collection;<sup>1</sup></li> </ul> with at least 20 litres/person/day available within an acceptable collection distance.
Access to sanitation	Inadequate sanitation (MDG Indicator 31)	A settlement has inadequate sanitation if less than 50% of households have improved sanitation: <ul style="list-style-type: none"> <li>public sewer;</li> <li>septic tank;</li> <li>pour-flush latrine;</li> <li>ventilated improved pit latrine.</li> </ul> The excreta disposal system is considered adequate if it is private or shared by a maximum of two households.
Structural quality of housing	a. Location	Proportion of households residing on or near a hazardous site. The following locations should be considered: <ul style="list-style-type: none"> <li>housing in geologically hazardous zones (landslide/earthquake and flood areas);</li> <li>housing on or under garbage mountains;</li> <li>housing around high-industrial pollution areas;</li> <li>housing around other unprotected high-risk zones (eg railroads, airports, energy transmission lines).</li> </ul>
	b. Permanency of structure	Proportion of households living in temporary and/or dilapidated structures. The following factors should be considered when placing a housing unit in these categories: <ul style="list-style-type: none"> <li>quality of construction (eg materials used for wall, floor and roof);</li> <li>compliance with local building codes, standards and bylaws.</li> </ul>
Overcrowding	Overcrowding	Proportion of households with more than two persons per room. The alternative is to set a minimum standard for floor area per person (eg 5 square metres).
Security of tenure	Security of tenure (MDG Indicator 32)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion of households with formal title deeds to both land and residence.</li> <li>Proportion of households with formal title deeds to either one of land or residence.</li> <li>Proportion of households with enforceable agreements or any document as a proof of a tenure arrangement.</li> </ul>

Note: i 'Well' and 'spring' are considered acceptable sources in the original MDG indicator but are almost certain to be polluted in urban areas.

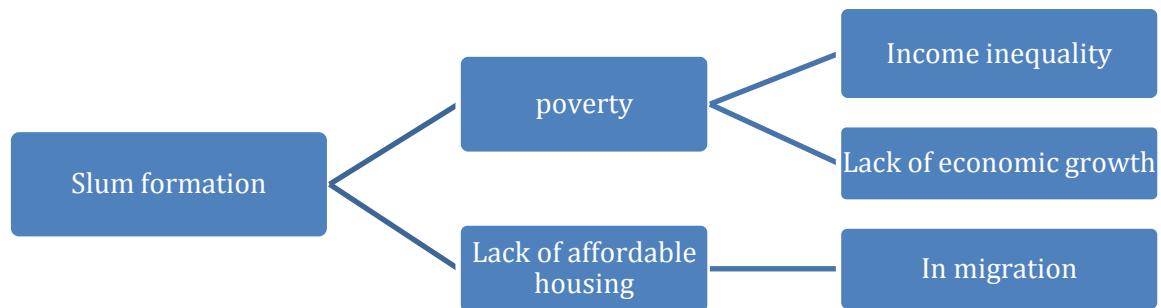
Sources: adapted from UN-Habitat, 2002a, 2002b.

<sup>۳</sup> تعریف کاربردی حاشیه نشینی براساس اعلامیه نشست تخصصی نایروبی (۲۰۰۲) با ویژگی هایی نظیر وضعیت سکونت نامن، کیفیت پایین مصالح ساختمانی، ازدحام، دسترسی نامناسب به آب سالم، بهسازی و سایر زیرساخت ها تعریف گردید.

UN-HABITAT (۲۰۰۲) Defining slums: Towards an operational definition for measuring slums. Background Paper ۲, Expert Group Meeting on Slum Indicators, October. Nairobi: United Nations.

## روند شکل گیری حاشیه شهرها

حاشیه نشینی نتیجه ترکیبی فقر، درآمد پایین و نامناسب بودن نظام مقررات ساختمان است. مردم فقیر با همراهیت اجتماعی (رانده شده شهری- مهاجرت از روستاها، سایر شهرهای کوچک و...) به دنبال سرپناهی جهت اسکان اعضای خانواده خود در جستجوی زمین -خانه .. متناسب با سرمایه اندک مالی به سمت خرید زمین های نامرغوب، خارج از نظارت دولت، غیر رسمی سوق داده شده و به احداث بنا با مصالح غیراستاندارد در حداقل زمان ممکن منجر میشود. این روند با ترکیب رکود اقتصادی- افزایش نابرابری و رشد جمعیت (رشد طبیعی + مهاجرت) حاشیه نشینی را ایجاد کرده و آن را گسترش میدهد. بنابراین شکل گیری حاشیه نشینی حاصل پدیده رانده شدگی در مقابل پدیده جذابیت شهرنشینی مدرن بوده و در خلاء اتفاق نمیافتد.



نمودار (۱-۱): نابرابری، فقر و شکل گیری حاشیه نشینی

## فقر، زندگی شهری و حاشیه نشینی

حاشیه نشینی نمادی از فقر شهری و نابرابری درون شهری است. البته این به مفهوم مطلق بودن فقر در مناطق حاشیه نبوده و ارتباط حاشیه نشینی با تهیدستی هم همیشه مستقیم، ساده و خطی نمیباشد. برآورد های بانک جهانی نشان میدهد که معمولا سطح فقر شهرنشین ها کمتر از سطح روستایی میباشد ولی میزان رشد فقر در جوامع شهری خیلی بالاتر از روستائینان است. حاشیه نشینان جمعیتی همگن نمیباشند و اگر چه شغل رسمی ندارند ولی درآمد آنها مشابه بخش عمومی جامعه میباشد. حواشی شهرها نقش های متعددی در زندگی شهری دارند. حاشیه نشین ها منبعی

از فرصت های اقتصادی، تولید خدمات ارزان قیمت، پتانسیل شبکه حمایتی برای مهاجران جدید، منشا بزرگی از رای در انتخابات و پتانسیل برای ایفای نقش اپوزیسیون محسوب میشوند.

### جدول (۲-۱): اجزای فقر شهری

۱	Inadequate income and thus inadequate consumption of necessities	including food and often, safe and sufficient water; often problems of indebtedness, with debt repayments significantly reducing income available for necessities
۲	Inadequate, unstable or risky asset base	non-material and material including educational attainment and housing for individuals, households or communities.
۳	Inadequate shelter	typically poor quality, overcrowded and insecure
۴	Inadequate provision of 'public' infrastructure	eg piped water, sanitation, drainage, roads, footpaths( which increases the health burden and often the work burden).
۵	Inadequate provision for basic services	such as day care/schools/vocational training, health care, emergency services, public transport, communications, law enforcement.
۶	Limited or no safety net to ensure basic consumption can be maintained when income falls; also to ensure access to shelter and health care when these can no longer be paid for.	
۷	Inadequate protection of poorer groups' rights through the operation of the law,	including laws and regulations regarding civil and political rights, occupational health and safety, pollution control, environmental health, protection from violence and other crimes, protection from discrimination and exploitation.
۸	Voicelessness and powerlessness within political systems and bureaucratic structures	leading to little or no possibility of receiving entitlements; of organizing, making demands and getting a fair response; or of receiving support for developing their own initiatives. Also, no means of ensuring accountability from aid agencies, NGOs, public agencies and private utilities or being able to participate in the definition and implementation of their urban poverty programmes.

امروزه برآورد میشود که بیش از یک سوم جمعیت شهرنشین جهان به سکونت گاه مناسب، آب سالم و محیط متناسب دسترسی ندارند. این پدیده قبلا (طی قرون ۱۷-۱۹) در قسمتهایی از کشورهای توسعه یافته امروزی البته با مقیاس کوچکتر و با رشد به مراتب کمتر تجربه شده بود. مهمترین دلایل بحرانی نشدن حاشیه نشینی و مدیریت مطلوب موضوع در کشورهای توسعه یافته، استفاده مناسب از تکنولوژی، ثروت به مراتب زیاد و بهبود نگرش های



اجتماعی بود ولی این موضوع در کشورهای درحال توسعه بدلیل فقدان برنامه ریزی شهری و رشد شتاب آلود نابرابری و فقر در اثر سیاستهای نادرست دولت ها موضوع را به یک چالش جامعه بشری تبدیل نموده است.

**فقر شهری** را میتوان از جنبه های مختلف مورد بررسی قرارداد. ولی عناوین مهمترین ابعاد فقر شهری عبارتند از: درآمد کمتر، سرمایه انسانی پایین (سواد پایین، سلامتی در معرض تهدید و فقر مزمن و فزاینده)، سرمایه اجتماعی پایین، سرمایه اقتصادی پایین.

فقر شهری با رویکرد درآمدی، غالباً به درآمد خانوار کمتر از ۲-۱ دلار در هرروز گفته میشود و به افرادی که به مدت بیش از دو سال در فقر باقی بمانند فقر مزمن اطلاق میگردد، که در حدود ۵۰ درصد افراد دچار فقر را شامل میشود. اکثریت قریب به اتفاق مردم با کمتر از ۱/۲۵ دلار در روز در حال حاضر در دو منطقه جنوب آسیا و جنوب صحرای آفریقا زندگی می کنند.

بطور کلی نیمی از مردم جهان (در حدود ۳ میلیارد نفر) با روزانه کمتر از ۲ دلار زندگی میکنند. برآورد شده است افرادی که دچار فقر مطلق بودند از ۲۹ درصد در ۱۹۹۰ به ۲۳ درصد در ۱۹۹۹ کاهش یافت. امروزه کاهش فقر در تمامی اشکال آن یکی از مهمترین اجزای اهداف توسعه هرکشوری میباشد.

در ۱۷۶۰ میلادی درآمد سرانه هندوستان یک دهم تا یک سی ام سرانه درآمد انگلستان بود. در ۱۸۰۰ این شاخص در چین برابر یا بالاتر از انگلستان بود. در طی سالهای یادشده کشورهای آسیایی ۵۶ درصد و کشورهای اروپایی ۲۴ درصد از GDP جهان را تولید میکردند. در قرن نوزده نسبت GDP ثروتمندترین کشور به فقیرترین کشور از ۳ درصد به ۱۰ درصد افزایش یافت. در ۱۹۷۰، درآمد ۲۰ درصد از مردم ساکن در کشورهای ثروتمند ۳۲ برابر ۲۰ درصد مردم فقیرترین بود، این نسبت در ۱۹۸۰ به ۴۵ برابر و در ۱۹۸۹ به ۵۹ برابر و در ۲۰۰۳ به ۷۸ برابر رسید. بیش از ۸۵ درصد از نابرابری های جهانی موجود مربوط به بین کشورها است. درآمد فقیرترین افراد کشورهای توسعه یافته با درآمد بالا ۵ برابر بیشتر از ۲۰ درصد ثروتمندان کشورهای در حال توسعه است.

## ساختار اجتماعی مناطق شهری و حاشیه نشین و ابعاد مختلف آن

شهرها ساختار پیچیده ای دارند. با رشد شهرنشینی منابع اقتصادی نیز دارای تنوع بیشتری میشود. همین عوامل به تخصصی شدن فعالیت ها در تولید و مصرف منجر میشود. گسترش سرسام آور خدمات اجتماعی و لزوم نظارت ها و مداخلات دولت در این فرآیند ها از طریق نهاد های خدماتی- صنفی-انتظامی-امنیتی و... این پیچیدگی ها را بیشتر میکند. این ویژگی ها باعث میشود جامعه شهری علاوه از پیچیدگی های مبتنی بر تکنولوژی دچار طبقات مختلف (Stratification) شود. این طبقات ساختارهای اجتماعی متفاوتی دارند که متاثر از ابعاد مختلف هستند؛ اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، قومیتی و از همه مهمتر فضایی (Spatial).

این طبقه ها با مارکر های متعددی مشخص میشوند. بعنوان مثال مردم در لایه های مختلف فرهنگ، زبان (متفاوت بودن زبان مورد استفاده در محاورات روزمره در لایه های مختلف) و گویش، پوشش، نوع و مقدار (تعداد) متصرفات، نوع و مقدار غذای مصرفی و محیط زندگی متفاوتی دارند. تمرکز سکونت افراد یک گروه قومی همراه با مشاغل خاص در اطراف شهرها امروزه در اکثر شهرها مشاهده میشود. این محل های سکونت (محلات) قومی معمولا از نظر فیزیکی و اجتماعی از سایر نقاط شهری جدا بوده و ساختار اجتماعی منحصر به فردی داشته و حتی ممکن است مدارس مجزایی هم داشته باشند. ساختار فضایی شهری معمولا نمادی از طبقات اجتماعی و اقتصادی ساکنین هستند و برای اندازه گیری نابرابری فضایی (Spatial inequality) و سطح جدایش اجتماعی اقتصادی جامعه شهری روشهای مختلفی ذکر شده است که مهمترین آن Segregation میباشد.

### مهمترین ویژگی های حاشیه نشینی عبارتند از:

**الف) مسکن:** ساخت و ساز غیر استاندارد (در مسیر مسیل، پایین دست کارخانجات با دفع پسماندهای سمی، محل های دفع زباله) و غیر قانونی با تعدد عوامل تهدید کننده سازه ای و غیر سازه ای، متفاوت بودن نحوه استفاده از مسکن (اجاره ای رسمی/غیررسمی، تصرف عدوانی=Squatter)

**(ب) ویژگی های اقتصادی<sup>۴</sup>:** مهمترین معیارهای اقتصاد شهری برحسب دهک های شاخص توسعه شهری<sup>۵</sup> (City development index=CDI) عبارتند از: درآمد ناخالص ملی (GDP)، سرانه تولید شهری، درآمد خانوار، نسبت اشتغال غیررسمی (از ۳ درصد در کشورهای توسعه یافته تا ۵۴ درصد در افریقا) و میزان بیکاری.

در مناطق حاشیه دسترسی به اقتصاد رسمی محدود بوده، درآمد از روش های غیررسمی معمول و رایج است. علیرغم غالبیت اقتصاد غیررسمی، مطالعات میدانی متعدد در کشورهای مدیترانه و امریکای لاتین نشان میدهد که وضعیت مهاجران از نظر دستمزد-دارایی-دسترسی به خدمات و بهره مندی از خدمات در شهر بهتر از روستا است.

### **(ج) ویژگی های محیطی**

عوامل خطر محیطی و آسیب های همراه با حاشیه نشینی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته هر دو مشاهده میشوند. عناوین مهمترین تهدیدات محیطی سکونت گاههای غیررسمی عبارتند از:

(۱) حمل و نقل و خطرات ناشی از آن (به دلیل استقرار مناطق حاشیه ای در مجاورت پایانه های مسافری، ایستگاههای راه آهن، فرودگاهها و..)

(۲) آلودگی های صنعتی (مجاورت کارخانجات صنعتی بخصوص شیمیایی مثل بوپال هندوستان و حادثه شیمیایی (۱۹۸۴)

(۳) رانش زمین و حوادث طبیعی مشابه آن بدلیل استقرار نامتناسب سکونت گاهها

(۴) دپوی زباله (پتانسیل بروز بیماریهای عفونی؛ آلودگی هوا-آب-خاک) این گونه زمینها بدلیل فاقد مالکیت خصوصی و عدم حصار بندی محل مورد نظر اسکان حاشیه نشین ها در برخی کشورها بوده است.

<sup>۴</sup> هر چند سطح بیکاری شاخص قوی برای اقتصاد بهداشت است ولی تعریف و نگرش دولت ها به اشتغال غیررسمی متفاوت است.

<sup>۵</sup> به منظور تعیین میزان توسعه یافتگی شهرهای جهان سازمانهای مختلف بین المللی شاخص های متفاوتی را تعیین و تعریف نموده اند. مهمترین شاخص های سازمان ملل برای این امر عبارتند از: الف) شاخص توسعه شهری (City development index) و ب) شاخص توسعه انسانی (Human development index)

۵) خطر آتش سوزی ها و گسترش فوری آن، بدلیل فقدان خدمات آتش نشانی، عدم امکان دسترسی به محلات دور و صعب العبور، استفاده از انواع منابع سوخت و احتمال آتش سوزی خطوط انتقال نیرو و انرژی

۶) خطر وقوع سیل، وقوع سیل فراوانترین حادثه طبیعی مناطق حاشیه نشین دنیا میباشد. در حد فاصل ۸۱-۱۹۴۷ بیش از ۳۴۳ حادثه سیل اتفاق افتاده و بیش از ۲۰۰ هزار نفر جان باختند و از ۱۹۰۰ الی ۱۹۸۰ بیش از ۳۳۹ میلیون مردم تحت تاثیر قرار گرفته و ۳۶ میلیون نفر خانه و کاشانه خود را از دست دادند.

د) **خدمات شهری:** فقدان یا ضعف جدی در دسترسی به خدمات پایه: آب، برق، بهداشت محیط، دفع فاضلاب، جمع آوری زباله، آسفالت معابر و خیابانها، روشنایی معابر

ه) **شرایط زندگی:** غیر بهداشتی و خطرناک، محیط و ساختار نامناسب، شلوغی و ازدحام، سرانه پایین فضای فیزیکی، اسکان غیر رسمی و غیر ایمن

و) **ویژگی های جمعیتی:** تجمعی از افراد فقیر غالباً بیسواد/کم سواد، معمولاً فاقد شغل رسمی، بعد خانوار ۴ و بیشتر، زنان سرپرست خانوار<sup>۶</sup>، کانون جمعیت های کلیدی

ز) **اجتماعی:** اشتغال به مشاغل غیر عادی (بازیافت زباله، خدمتکاری در منازل، دستفروشی لباس کهنه)، مشاغل و فعالیت های غیرقانونی (خرید و فروش مواد، ...)، کودکان کار، خشونت ها و سوء استفاده ها، سوء مصرف مواد، زنان خیابانی و فحشا (Sex worker)

ح) **ویژگی های فرهنگی:** زندگی در حاشیه شهرها برای مهاجران سرشار از تضادها است. شوک زندگی شهری، گم گشتگی، تعارض فرهنگی، تقابل هنجارها و ارزشها، شکاف آرمان-دستاورد، نیل تدریجی به خواسته ها (یافتن شغل ثابت، مسکن بهتر، ..)، بروز ناکامی ها (اقتصادی، اجتماعی)، احتمال بروز برخورد های تنش زا (Civil

<sup>۶</sup> زنان سرپرست خانوار که نسبت آن ها روز به روز افزایش می یابد در زندگی شهری و حاشیه نشینها بخصوص در افریقا پدیده شایعی میباشد بطوریکه سرپرست بیش از ۳۰ درصد خانوار ها زن هستند. این زنان که عمدتاً مطلقه یا بیوه هستند دارای ویژگی های دیگری نظیر تمایل به کسب درآمد از منابع متعدد نسبت به مردان، فقیرتر، سطح سواد پایین تر، زمان کار طولانی تر، داشتن مسئولیت کودکان، فقر تغذیه ای و قابلیت تحرک کمتر نسبت به مردان هستند.

(conflict) و واکنش های سیاسی، شانس زندگی پایین، فقدان سرمایه اجتماعی، کاهش یا قطع حمایت خانوادگی، فقدان حمایت اجتماعی، غالبیت حمایت فرقه ای / فامیلی / ...

### حاشیه نشینی و وضعیت بهداشتی

سلامتی مهمترین موفقیت قرن بیستم محسوب میشود. گامهای بسیار بلندی که باعث شد در کشورهای کمتر توسعه یافته امیدزندگی ۴۰ درصد افزایش و مرگ شیرخواران ۶۰ درصد کاهش پیدا کند. علیرغم این پیشرفت های چشمگیر قرن بیستم، در حال حاضر موضوع مرگ کودکان همچنان یک چالش جدی محسوب میشود. میزان مرگ کودکان در کشورهای در حال توسعه ۵۸ درصد، در کشورهای توسعه یافته ۰.۶ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۰ درصد میباشد. کودکان بخش عمده ای از جمعیت شهری را تشکیل می دهند. تخمین زده می شود که ۶۰ درصد از تمام ساکنان شهرها تا سال ۲۰۳۰، زیر ۱۸ سال خواهد بود. اگر چه کودکان ساکن در مناطق شهری اغلب بهتر از همسالان روستایی خود در نظر گرفته می شوند، با این وجود بسیاری از کودکان در محله های حاشیه نشین و یا دیگر محیط های نامطلوب زندگی می کنند.

مرگ و میر کودکان در شهرها، اغلب نتیجه مستقیم آلودگی آب، بهداشت نامناسب و عدم دفع مواد زائد جامد، که باعث تشدید و وقوع اسهال و بیماری های مربوطه می گردد.

پنومونی و بیماری های اسهالی علل اصلی مرگ و میر دوران کودکی هستند و می توانند یک مشکل خاص به دلیل ازدحام، آلودگی هوا در محیط داخلی و دسترسی ضعیف به مراقبت های بهداشتی در محله های زاغه نشین شهری باشند.

مطالعات مختلف نشان میدهند شاخص های سلامتی بیشتر در گرو سطح توسعه یافتگی هستند تا تفاوت های منطقه ای. مقایسه شاخص های سلامتی بین کشورهای توسعه یافته، در حال توسعه و کمتر توسعه یافته این تفاوت هارا بخوبی نشان میدهند. مقیاس های سنجش پیامد سلامتی در جوامع امروزی عبارتند از امید زندگی، مرگ کودکان و مادران باردار. مقایسه میزانهای مرگ و ابتلا مشخص میکند که شاخص امید زندگی ساکنان مناطق شهری بالاتر از ساکنان مناطق روستایی است. این شاخص در مناطق حاشیه نشین پایین تر از مناطق روستایی است. به عبارت دیگر شانس بقای حاشیه نشین ها عملاً نه تنها کمتر از هموعان شهری که در آن زندگی میکنند است، بلکه امید زندگی

آنها پایین تر از مناطق روستایی است که از آنجا کوچ کرده اند. بیماریها در جوامع فقیر معمولا با محیط غیر سالم، فقدان خدمات جمع آوری زباله، وجود جانوران موزی، کیفیت بد هوای داخل منازل بدلیل عدم تهویه مناسب و سوخت نامناسب، سوانح و حوادث بخصوص برای کودکان همراه است. آخرین مطالعات نشان داده اند که فقدان/کمبود اطاقهای مناسب میتواند باعث افزایش ۲۵ درصدی خطر ناتوانی یا ابتلا به بیماریهای شدید در طول حیات شود.

### حاشیه نشینی و جمعیت های کلیدی

هرچند حاشیه نشینی ذاتا مختص گروههای اجتماعی اقتصادی پایین و متوسط روبه پایین میباشد، ولی در میان حاشیه نشین ها هم طبقه بندی وجود دارد. یکی از مهمترین طبقه بندی حاشیه نشین ها، طبقه بندی از نظر تهدید کننده های سلامت و ابتلا به بیماریهای عفونی مهلك و مسری میباشد و با توجه به ماهیت این بیماریها و تمرکز آنها در افرادی خاص از نظر مدیریت پیشگیری، کنترل و مبارزه با بیماریها عمدتا رفتاری اهمیت به سزایی دارند. جمعیت های کلیدی در مناطق حاشیه ای، گروهی از مردم حاشیه نشین هستند که به مراتب بیشتر از بقیه در معرض ابتلا به بیماریها و به خصوص بیماریهای واگیر بدلیل رفتارهای پرخطر منجر به HIV/AIDS، بیماریهای آمیزشی و هپاتیت هستند. جمعیت های کلیدی ساکن در حاشیه شهرها معمولا به شش گروه از مردم اطلاق می شود: معتادان تزریقی، زنان تن فروش، مردانی که با مرد دیگری تماس جنسی دارند (MSM)، افراد مبتلا به دوجنسی (Trans Gender)، زندانیان و کودکان خیابانی

در میان جمعیت های کلیدی جوانترین آنها در معرض بیشترین خطرها قرار دارند و چالش های آنها بیشتر از سایر حاشیه نشین های اجتماع است. به عنوان مثال میزان های ابتلا به ایدز در جمعیت های کلیدی با سایر اجزای جمعیتی متفاوت و قابل توجه میباشد:

معتادان تزریقی ۲۸ برابر مردم عادی، زنان تن فروش ۱۳/۵ برابر مردم عادی، مردانی که با مرد دیگر تماس جنسی دارند ۱۹ برابر مردم عادی، افراد Trans Gender ۴۹ برابر مردم عادی، زندانیان ۱۶ تا ۱۰۰ برابر مردم عادی و کودکان خیابانی ۴۵ برابر مردم عادی.

## تأثیر حاشیه‌نشینی بر جمعیت کلیدی

عمیق‌ترین تأثیر حاشیه‌نشینی بر روی جمعیت‌های کلیدی است. ۵۰ درصد درصد مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی، ۳۸ درصد مبتلایان به سل و ۵۰ درصد مبتلایان به ایدز در میان جمعیت‌های کلیدی هستند.

پاسخ کشورها به چالش جمعیت‌های کلیدی متفاوت بوده است. اکنون در کشورهای پیشرفته جهان در بودجه‌های سلامت یک ردیف بودجه‌ای برای جمعیت‌های کلیدی اختصاص داده شده و آنها را در اولویت اول برنامه سلامت خود قرار داده‌اند و این بودجه از بودجه درمان آنها جدا است و معمولاً تلاش شده تا همه امکانات سلامت مردم عادی و حتی بیشتر از آن برای این گروه فراهم شود.

چالش‌های فراروی دسترسی به جمعیت‌های کلیدی<sup>۷</sup>

- موانع قانونی
- انگ اجتماعی و تبعیض
- نبود تعریف مشخص برای هر یک از این گروه‌ها
- عدم آگاهی مسئولین رده بالای کشوری از مشکلات مربوط به جمعیت‌های کلیدی
- عدم آگاهی و مهارت کارکنان بهداشتی و درمانی در مواجهه با آنها
- عدم دسترسی مناسب به آنها
- رفتارهای بد و خشونت آمیز با آنها
- عدم دسترسی جمعیت‌های کلیدی به خدمات بهداشتی، درمانی در کشور

<sup>۷</sup> شاید بدلیل اینکه رفتارهای این گروه‌های جمعیتی دارای قبح اجتماعی بوده و از جنبه جرائم عمومی نیز قابل پیگرد میباشند

**آیا در کشور ما جمعیت های کلیدی به خدمات بهداشتی، درمانی دسترسی کافی دارند؟**

برای این گروه جمعیتی معمولا

- قوانین تنبیهی به مراتب بیشتر از تشویق است.
- تاکنون نظام سلامت نسبت به این جمعیت ها به اندازه کافی حساس نشده است.
- مطالعات اپیدمیولوژیک برای Mapping محل زندگی و تجمع این افراد وجود ندارد.
- برنامه توانمندسازی برای این افراد اصلا مورد ملاحظه قرار ندارد.

از ۲۱۴ کشور دنیا تنها ۷۲ کشور برای چنین جمعیت هایی برنامه دارند و از ۵۲ کشوری که برای زنان تن فروش برنامه دارند کمتر از یک سوم آنها این افراد را مورد آزمایش ایدز قرار می دهند. کمتر از ۳۰ درصد معتادان تزریقی در دنیا به خدمات سلامت و مشاوره و آزمایش و درمان ایدز دسترسی دارند ولی این میزان در اروپای غربی بالای ۸۰ درصد می باشد. خدمات سلامت و مشاوره ای و آزمایش و درمان ایدز در جنوب شرقی آسیا زیر ۵ درصد و در اروپای شرقی و آسیای میانه ۱ درصد و در خاور میانه و شمال آفریقا بسیار کمتر از این است.

در جهان امروز شاخص های سلامتی مردمان فقیر پایین تر از ثروتمندان است و با ابتلای یکی از اعضای خانوار بویژه سرپرست خانوار به بیماری، سطح فقر خانواده بدتر شده و به طبقه پایین تری رانده میشود (Capability poverty). در مناطق شهری دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامتی بدلیل نظام های مالی مترتب بر آن معمولا مختص ثروتمندان بوده و فقرا بدلیل مختلف از جمله فقدان منابع مالی، ضعف آگاهی، وجود بینش های خاص فرهنگی، فقر غذایی، سوء تغذیه و فقر محیط زندگی از این خدمات کمتر بهره مند هستند.

**جرایم در مناطق حاشیه (Crime issues)**

ساکنان محلات سکونت گاه های غیررسمی انواع مختلف مشکلات اجتماعی- اقتصادی را تجربه میکنند. آنها کانونی از محرومیت های فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی، تراکم بالای جمعیت، تعداد کثیری از خانواده های فروپاشیده، درصد بالایی از بیکاری هستند. این ویژگی ها پیش زمینه بزهکاری و خشونت بوده و بالقوه به عنوان



بمب ساعتی خشونت محسوب میشود. در سطح محلات میز، علل ناامنی را میتوان از طریق طبقه بندی عوامل خطر جامعه شامل ترکیب جامعه، ساختار اجتماعی و فرصت های قانونی ارزیابی کرد.

ترکیب جامعه به مفهوم انواع مردمی که در جامعه زندگی میکنند. ویژگی هایی مثل میزانهای بیکاری؛ خانواده های فروپاشیده و فرار از مدرسه با میزان بالایی از جرم خشونت همراه است. یافته ها حاکی است که نسبت گروههای جمعیتی در رفتار کلی جامعه تاثیر گذار بوده و با افزایش نسبت یک گروه، رفتارهای منبعث از آن تیپ جمعیتی افزایش مییابد. بر همین اساس تجمع افراد پرخطر در محلات خاص میتواند به بروز بالای جرایم خشن (که آن هم ریشه در سویی مصرف مواد و الکل دارد) منجر شده و تمرکز افراد - خانواده های کم خطر کل محله را میتواند از وقوع جرایم خشن محافظت نماید. در صورت اسکان خانواده های پرخطر در هر منطقه ای از شهر، روابط فیمابین جرم و ترس از جرم منجر به کاهش نسبت ساکنین و شاغلین حد واسط خواهد شد. این امر باعث افزایش تمرکز افراد بیکار و مردمان فقیر شده و وقوع جرم نیز افزایش مییابد. سایر عوامل موثر در وقوع جرائم خشن عبارتند از: کودکان تک سرپرست؛ روابط کنترل نشده جوانان تک سرپرست (مادر فوت شده/مطلقه/پدر زندانی...) با سایر جوانان وقوع جرایم خشن را تا سه برابر افزایش میدهد.

### حاشیه نشینی و توزیع فضایی آن

اشکال فضایی و محل های فیزیکی مناطق حاشیه از منطقه ای به منطقه دیگر، شهری به شهر دیگر و بین کشورها متفاوت است. علیرغم تعدد و تنوع تعاریف در حوزه سکونت گاههای غیررسمی، در حال حاضر براساس تعاریف سازمان ملل، حاشیه نشینی در دو گروه عمده زیر طبقه بندی میشوند:

۱- **حواشی رو به نقصان و حذف:** عمدتاً در مراکز شهرهای بزرگ قدیمی و مناطق حاشیه ای جدید (در این نواحی حاشیه های قدیمی تخریب و مورد استفاده تجاری واقع شده و یا با ساختمانهای جدید طبقه پردرآمد جایگزین میشوند مثل حاشیه بمبی و بارسلون)

۲- **سکونت گاههای روبه گسترش (Squatter settlements & Semi-legal subdivisions):** دو گروه حاشیه نشینی هستند که برحسب نحوه تصرف زمین و احداث ساختمان از هم متمایز میشوند. در سکونت گاه های با تصرف عدوانی (Squatter settlements) زمین توسط افراد اشغال و ساختمان سازی غیرقانونی و با مشارکت

نزدیکان انجام میگیرد. اصطلاحات مورد استفاده از قبیل (public)Slum، Shanty town(UK)، Favelas(Brazil)، Gecikondus(Turkey) به منظور تبیین این نوع مساکن بکار میرود.

سکونت گاههای غیرقانونی (Semi-legal subdivisions) نیز مساکنی هستند که بر روی زمین های کشاورزی واقع شده در اطراف شهرها ساخته میشوند و به نوعی کاربری آنها تغییر داده میشود.

حاشیه نشینی از ابعاد مختلف دیگری نیز قابل طبقه بندی میباشد که عناوین آنها بطور خلاصه عبارتند از:

الف) منشاء و سابقه

ب) محل های فیزیکی (Location) مرکزی، محیطی (حاشیه نشینی واقعی) و پراکنده و جزیره ای

ج) اندازه و مقیاس (بزرگ، متوسط و کوچک)

د) مطابقت قانونی و آسیب پذیری

### رویکرد دولت ها در مواجهه با حاشیه نشینی

رویکرد دولت های جهان در دهه های گذشته در مواجهه با حاشیه نشینی با فراز و نشیب هایی همراه بوده است. سیاست های کاربردی دولت های ملی و محلی طیفی از اقدامات را شامل میشده است. از چشم پوشی منفعلانه تا اقدامات سلبی، از سیاست های ایدایی تا حمایت های هدفمند و کمک به بهبود سطح درآمدی خانوارها، از احیاء روش های منسوخ قرن نوزده اروپا نظیر اخراج و پاکسازی تا سیاست های اسکان مجدد و خودیاری و ارتقا حاشیه شهرها و امروزه برنامه شهرهای بدون حاشیه همه به نوعی مورد اقدام قرار گرفته و در حال حاضر برنامه ریزی ارتقاء حاشیه نشینی و برنامه شهرهای موفق در دستور کار دولت های توسعه یافته قرار گرفته است. بدیهی است بایستی برنامه هایی طراحی شوند که به طور فعال همکاری بین دولت، سازمان های غیر دولتی، بخش خصوصی و گروه های اجتماعی را تشویق کنند تا منجر به ارتقاء وضعیت حاشیه نشینی و همچنین پیشگیری از تشکیل زاغه نشینی های جدید گردند.

اقدام در مقابل نابرابریهای سلامتی و بهداشتی شهری، نیاز به مشارکت جوامع سازمان یافته و تمام سطوح دولت در سطح محلی، استانی و ملی دارد.

## برنامه ریزی ارتقاء حاشیه نشینی و برنامه شهرهای بدون حاشیه (شکوفایی شهری)

برنامه ریزی ارتقای حاشیه نشینی شامل بهبود فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی، سازمانی و محیطی با مشارکت شهروندان، گروههای اجتماعی<sup>۸</sup> و سایرین میباشد. استراتژی های مدون رسیدن به هدف حاشیه شهر ارتقا یافته عبارتند از:

### حکمرانی خوب، حفظ و ارتقای زیرساخت ها و خدمات، تامین منابع مالی، سرمایه اجتماعی و اصلاحات اداری

فعالیت های کاربردی عبارتند از:

۱- تامین زیرساخت های اساسی

۲- کاهش مخاطرات محیطی

۳- فراهمی زمینه های مدیریت و حفاظت جامعه

۴- احداث یا بازسازی تسهیلات خدمات اجتماعی از جمله واحد های خدمات بهداشتی

۵- قانونمند ساختن اجاره محل های مسکونی

۶- بهبود فضای فیزیکی ساختمانها

۷- بهبود دسترسی به مراقبت های بهداشتی، خدمات آموزشی و حمایت های اجتماعی

۸- افزایش فرصت های مهارت آموزی جهت اشتغال زایی و بهبود درآمد ها (کاهش جرایم، کاهش اشتغال های غیررسمی و...)

۹- افزایش آگاهیهای عمومی و پی ریزی سرمایه اجتماعی و بهبود مستمر آن (کاهش شیوع و بروز سوء مصرف مواد، کاهش مخاطرات و تهدید کننده های سلامت، کاهش مخاطرات کودکان و زنان نظیر کودکان خیابانی، کودکان کار، خشونت ها علیه زنان، سوء استفاده از کودکان و زنان و...)

۸ از جمله این گروههای اجتماعی میتوان از **سمن** های مختلف (NGOs) نظیر سازمانهای مبتنی بر جامعه (Community base organization) بهره جست.

## جدول (۱-۳): باید ها و نباید های ارتقای زندگی حاشیه نشینی

Do	Don't
Promote good urban governance systems.	Assume that slums will disappear automatically with economic growth.
Establish enabling institutional frameworks involving all partners.	Underestimate the role of local authorities, landowners, community leaders and residents.
Implement and monitor pro-poor city development strategies.	Separate upgrading from investment planning and urban management.
Encourage initiatives of slum dwellers and recognize the role of women.	Ignore the specific needs and contributions of women and vulnerable groups.
Ensure secure tenure, consolidate occupancy rights and regularize informal settlements.	Carry out unlawful forced evictions.
Involve tenants and owners in finding solutions that prioritize collective interests.	Discriminate against rental housing or promote a single tenure option.
Adopt an incremental approach to upgrading.	Impose unrealistic standards and regulations.
Associate municipal finance, cross-subsidies and beneficiary contributions to ensure financial viability.	Rely on governmental subsidies or on full-cost recovery from slum dwellers.
Design and negotiate relocation plans only when absolutely necessary.	Invest public resources in massive social housing schemes.
Combine slum upgrading with employment generation and local economic development.	Consider slum upgrading solely as a social issue.
Develop new urban areas by making land and trunk infrastructure available.	Provide unaffordable infrastructure and services.

## ارزشهای غالب در ارتقای حاشیه نشینی، حذف حاشیه نشین ها و شکل گیری شکوفایی شهری

به منظور بهبود وضعیت شهری، اهداف سیاست های شهری باید به طور فزاینده در ایجاد شهرهای امن تر تمرکز یابد. این امر را می توان از طریق وضع سیاست های بهبود مسکن برای جمعیت کم درآمد شهری (از جمله حاشیه نشینان)، سیاست های موثر دراشتغال شهری و همچنین مکانیزم مبتنی بر جامعه قوی برای برخورد با جرم و جنایت شهری به دست آورد.

برای نیل به هدف شهرهای بدون حاشیه نشین، کشورهای در حال توسعه باید با انرژی بیشتری سیاست های برنامه ریزی شده و مدیریت شهری طراحی شده را برای جلوگیری از ظهور حاشیه نشینی جدید، همینطور ارتقاء حاشیه نشینان فعلی، در چارچوب استراتژیک کاهش فقر به اجرا گذارند.

این برداشت اشتباه است که محله های حاشیه ای یک بخش غیر ضروری و یا غیر اصلی از شهر بوده و فقط برای مردم فقیر یا افراد مشابه هستند. در جهان در حال توسعه، محله های زاغه نشینی در واقع اماکن مسکونی بسیاری از نیروهای کار هستند، آنها تعدادی از خدمات مهم را فراهم می کنند و در نوع خود جوامع قابل توجهی هستند. آنها در حال ذوب شدن در گروه های مختلف اجتماعی و فرهنگی و هستند. بسیاری از نارضایتی های شکل گرفته و تشکل های غیررسمی غیر همسو با فرهنگ جامعه ریشه در محله های حاشیه نشین داشته اند. بسیاری از افرادی که آنقدر فقیر نیستند نیز در محله های زاغه نشین زندگی می کنند.

بطور خلاصه، اهداف شکوفایی شهری را میتوان در موارد زیر خلاصه نمود:

- ارزیابی محله های حاشیه و سکونت گاههای غیررسمی، در سطح ملی و استانی از نظر وسعت و فرم
- تعیین نیروهای نهفته در ظهور و شکل دادن به توسعه محله های حاشیه
- ارزیابی ویژگی های اجتماعی، فضایی و اقتصادی و عملکرد محله های حاشیه شهرها
- شناسایی و ارزیابی سیاست پاسخ به محله های زاغه نشینی، از جمله کسانی که در بخش دولتی، سازمان های بین المللی و جامعه مدنی؛ بوده و
- تعیین رویکرد و جهت گیری سیاست های آینده مدیریت شهری با هدف تحقق شهرهای بدون مناطق حاشیه

رویکرد کل جمعیت (متن و حاشیه) با دسترسی برابر، ایجاد تسهیلات قانونی جهت اجرای سیاستهای ابلاغی، ادغام یافته بودن خدمات با رویکرد جامع و انعطاف پذیری آن. ایده شهرهای موفق و برخوردار (شکوفایی شهری) (Prosperity cities) در گزارش سال ۱۳-۲۰۱۲ سازمان ملل متحد مطرح و به صورت شهرهای ثروتمند، پیشرفته و موفق تعریف گردید. شهرهای برخوردار براساس این تعریف دارای ۵ بعد

- ۱- سود مندی (توسعه و رشد اقتصادی)،
  - ۲- توسعه زیرساخت ها (برای بهبود زندگی شهری)،
  - ۳- کیفیت زندگی (همبستگی اجتماعی، زندگی متناسب، ایمن و امن)،
  - ۴- شمولیت اجتماعی و برابری (توزیع عادلانه، کاهش فقر، محافظت قانونی، گروههای آسیب پذیر، اطمینان از مشارکت همگانی در ساختار سیاسی، فرهنگی و اجتماعی) و
  - ۵- پایداری محیط (حفاظت محیط زیست، استفاده از انرژیهای پاک و..)
- میباشند.

## حاشیه نشینی<sup>۹</sup> در ایران و استان آذربایجان غربی

منشاء حاشیه نشینی در ایران مهاجرت از روستا به شهر، از شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ و از شهرهای بزرگ به کلان شهرها، رشد طبیعی جمعیت و جابجایی ناشی از جنگ تحمیلی بوده است. قدمت حاشیه نشینی در کشور به سالها قبل از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ برمیگردد. بروز پدیده حاشیه نشینی و گسترش آن بدلیل دیدگاه غالب دولت های وقت ناشی از تسلط دیدگاههای بین المللی سلبی بود و با تنش های اجتماعی-انتظامی همراه بود. این امر در قبل از ۱۹۹۸ در اکثر کشورهای جهان به چشم میخورد. بدنبال گزارش های منتشره و رواج دیدگاههای پیشرو در حوزه مدیریت شهری و نظام های سیاسی رویکرد سلبی به رویکرد ایجابی با شیب بسیار کند تغییر یافت. علیرغم افت و خیزها و فراز و نشیب های زندگی حاشیه نشینی در کشور روند آن بدلائل گوناگون تداوم یافت ولی

۹ حاشیه نشینی (Slum) اصطلاحی است که خوشایند و شایسته شهروندان و ساکنان زجر کشیده این مناطق نبوده و کاربرد آن معمولاً با استیگمای اجتماعی همراه است ولی بدلیل غالبیت استفاده اداری- محاوره ای آن، در این مجموعه استفاده شده است. امروزه از عبارت Popular community برای این منظور استفاده میشود. سیر تاریخی استفاده از عبارت حاشیه و حاشیه نشین در طی چهاردهه گذشته تاکنون عبارتند از: گود نشین، کوخ نشین، زاغه نشین، حلبی آباد، تهیدستان شهری و فرودستان.

علیرغم مشارکت بسیار بالای حاشیه نشینان در فرآیند های سیاسی کشور متأسفانه حس پاسخگوئی دولت ها در تامین خدمات اجتماعی به این قشر روبه گسترش را اصلاح نکرد. درجه انطباق مهاجران صرفنظر از مبداء آن (شهری یا روستایی) با سکونت گاه جدید متفاوت و تابعی از مسکن قبلی آنها بوده و به ویژگی های جغرافیایی و اقلیمی و میزان دوری یا نزدیکی محل سکونت قبلی مرتبط است. به عنوان مثال منازل منطقه فاولا در برزیل در مقایسه با مسکن روستایی مهاجران بسیار مدرن تر هستند.

این جمعیت روستایی شهرنشین شده دچار مشکلات عدیده ای شد: بخشی از فرهنگ روستایی را با خود به جامعه شهری منتقل و در محیط زندگی تثبیت کردند. مداخلات متعدد و مکرر بدون موفقیت دولت های مختلف در کاهش مهاجرت از روستا به شهر (حمل و نقل، راه، ارتباطات و سایر مظاهر مدرن شهری) نیز گاهی اوقات به ضد خود تبدیل و روند مهاجرت ها را تشدید کرد.

### ویژگی های جمعیت حاشیه نشین

**جنبه های منفی:** کار فصلی، فقر و تهیدستی، کارهای ... پست (دست فروشی، باربری، بازیافت زباله، واسطه گری، کارگری در خانه ..)، هزینه های بسیار بالای زندگی بدلیل عدم دسترسی به زیرساخت ها

**جنبه های مثبت:** بالا بودن دستمزد ها، اثاث خانواده، سرمایه گذاری، دسترسی به خدمات اجتماعی (مدارس، بهداشت و ..)

این طبقه جدید شهری مهاجر از روستا حس خوب زندگی را در حاشیه شهر تجربه میکنند. دسترسی به خدمات شهری از قبیل مدرسه -

این امر از یک طرف باعث افت شاخص های پوششی و کیفیت خدمات مراقبتی های اولیه بهداشتی شد (متفاوت بودن نظام ارائه خدمات بهداشتی فعال روستایی در مقابل خدمات غیر فعال شهری) و از طرف دیگر منجر به بهبود دسترسی و بهره مندی از خدمات تخصصی درمانی گردید.

بسیاری از این مهاجران بی سواد یا کم سواد بوده و فاقد مهارت های خاص مورد نیاز زندگی شهری هستند.

## فصل دوم

### آسیب شناسی نظام سلامت و احیای برنامه تامین مراقبت های اولیه سلامت برای

### جمعیت حاشیه نشین و سایر مناطق شهری کشور<sup>۱۰</sup>

<sup>10</sup> شاکله اصلی این فصل کتاب مراقبت اولیه سلامت اکنون بیش از هر زمان دیگر (گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت) ترجمه ی مرحوم دکتر کامل شادپور است که حسب مورد از منابع مختلف دیگر نیز استفاده شده و در هر مورد، منبع مورد استفاده نیز درج گردیده است.



## مقدمه

از کنفرانس آلما آتا در ۱۹۷۸ بیش از ۳۵ سال سپری شده است و در طی این مدت جامعه جهانی پیشرفت های شگرفی را شاهد بوده است. در طی این مدت نه چندان کوتاه اتفاقاتی روی داده است که در طی اعصار و قرون هم بی سابقه بوده است. ریشه کنی، حذف و کنترل عوامل عفونی بعنوان مهمترین پاتوزن های تهدید کننده سلامتی جوامع، کاهش مرگ کودکان و مادران باردار و افزایش امید زندگی تنها بخشی از توفیقات نظام های سلامت بوده است.

در کشورهایی نظیر تایلند، شیلی، مالزی، پرتغال و عمان میزان مرگ کودکان به یک پنجم خود در طی ۳۰ سال گذشته کاهش یافته است (کاهش مرگ بیش از ۸۰ درصد).

انتشار گزارش سال ۱۹۹۳ بانک جهانی که با رویکرد تقویت نقش دولت ها در سلامت همگانی تهیه شده بود سرمنشا اقداماتی شد که در قالب کلی اصلاحات در بخش بهداشت دنبال شد. حتی در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت تحت عنوان ارتقای عملکرد نیز، سرمایه گذاری ناکافی و عدم کفایت آموزش و امکانات کارکنان نظام سلامت از علل ناکامی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی ذکر گردید. نارسایی نظام PHC در حل مشکلات در فقدان خدمات یا خدمات با کیفیت نازل خلاصه شد و البته اینهمه توفیقات نظام های سلامت دنیا نادیده گرفته شد. سالهای آغازین قرن حاضر فرصتی بود برای محققین و سازمانهای بین المللی که موفقیت ها و ناکامی ها را در بوته نقد بگذارند و همین امر منجر به غلبه رویکرد حفظ و تداوم نظام مراقبت های اولیه بهداشتی گردید. یکی از انتقادات به نظام PHC ضعف سازمانی در ارزیابی و ارزشیابی وضعیت سلامتی مردم بود که در سالهای اخیر سودمندی این اقدامات کاملا به اثبات رسید و منجر به تغییر سیاستهای جهانی و بکارگیری نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در اکثر کشورها گردید و نهضت جهانی "مراقبت های بهداشتی اولیه امروز بیش از هر زمان دیگر" از سال ۲۰۰۸ فراگیر شد.

در مجموع، مردمان امروزی در اقصی نقاط جهان سالم تر و ثروتمند تر شده اند. به طوری که با قاطعیت میتوان ادعا نمود منابع در اختیار نظامهای سلامت هیچ وقت به اندازه امروز نبوده است، در حال حاضر سرعت رشد اقتصاد سلامت از تولید ناخالص داخلی بیشتر شده و در طی ۵ سال (۲۰۰۵-۲۰۰۰) شش دهم درصد افزایش یافت که معادل رشد ۳۵ درصدی هزینه های سلامت است. بخشی از پیشرفت های حاصله ریشه در عوامل اجتماعی و حتی اقتصادی (بالا رفتن نسبت باسوادان، افزایش دانش سلامت مردم، بهبود سطح زندگی مردم، انقلاب پرشتاب تکنولوژی در تمام عرصه ها از جمله در حوزه رسانه ای و گسترش و تعمیق دانش دانشمندان حوزه سلامت و...) داشته و دارد.

علیرغم اینهمه پیشرفت، بنظر میرسد موانع، نواقص و شکست های زیادی نیز متوجه نظام های اجتماعی بوده است که بنظر میرسد مورد غفلت عمیق واقع شده اند. بخشی از عناوین این ناکامی ها عبارتند از:

ناعادلانه بودن پیشرفت ها (بین دولت ها و درون کشورها)، تغییر در روند بیماریها بدلیل گذرهای سه گانه جمعیتی-تغذیه ای و اپیدمیولوژیک، وقوع بحرانهای سیاسی اقتصادی و امنیتی در بسیاری از نقاط جهان (غالبیت سیاستهای سلطه گرایانه دولت های بزرگ؛ شکاف دولت - ملت ها؛ جهانی شدن و تجارت جهانی و...) در این بین، نظامهای سلامت از سیاستهای اجرایی بین المللی و ملی بشدت تاثیر پذیرفتند و دچار انحرافات و روزمره گی ها شدند و البته براین نهاد ها تاثیر کمتری داشتند.

## خطاهای نظام سلامت

۱- خطای قصور: غفلت از سرمایه گذاری برای تدوین قوانین و وضع سیاست های عمومی سلامت نگر

۲- خطای اختیار: سرمایه گذاری نامتعادل به نفع خدمات بیمارستانی

کارشناسان سازمان جهانی بهداشت معتقد هستند پاسخ نظامهای سلامت در اقصی نقاط دنیای در حال تحول

- ناکافی (نه تنها عدم توان پاسخدهی متناسب بلکه ناتوان از پیش بینی)

- ساده انگارانه (رویکرد طراحی مداخلات ساده؛ موقت و زودگذر تسکینی)

- کم توجه به تحلیل های جامع مستمر در شناسایی و احصاء موانع توسعه نظامهای سلامت

- غالبیت رویکرد های بخشی نگر غیر هزینه اثر بخش

- نامتعادل بودن توجهات سازمانی به مراقبت های درمانی در مقابل مراقبت های بهداشتی

- وقوع سگمانتاسیون و فراگمانتاسیون در مدیریت نظام سلامت

- تخصص گرایی افراطی

- اشکالات عدیده در تخصیص منابع مالی درون نظام سلامت بوده است.

## مطالبات، انتظارات و پاسخگویی

شکاف عمیق بین انتظارات و عملکرد نظام سلامت بسیار نگران کننده است. با توسعه یافتگی و مدرنیزاسیون، توقع مردم از نظام سلامت افزایش میابد. مردم انتظار دارند خدمات نظام سلامت حول انتظارات و توقعات آنان شکل گیرد. جدول شماره یک رویکرد های سنتی (خدمات پیش پا افتاده و...) نظام های سلامت را با نظام مراقبت های اولیه سلامت مدرن مبتنی بر مطالبات جامعه را تبیین میکند.

## جدول (۱-۲): رویکردهای سنتی و مدرن نظام سلامت

رویکرد سنتی) (PHC	رویکرد های مدرن) (رویکرد مدرن)
تامین دسترسی به خدمات برای جوامع روستایی	تضمین تامین دسترسی همگانی با حمایت اجتماعی (شهر، روستا و حاشیه
تمرکز بر سلامت مادر و کودک	توجه همه جانبه به سلامت تمام گروههای سنی و جنسی
تاکید بر بیماریهای عفونی	تمرکز بر عوامل خطر و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در مدیریت کنترل بیماریها
بهبود دسترسی به آب شرب سالم و بهسازی محیط	ترویج شیوه زندگی سالم و کاهش مخاطرات اجتماعی و محیطی
رویکرد بهره مندی از نیروی انسانی دوره دیده جهت ارائه خدمات ساده درمانی	تاکید بر استفاده از نیروی تحصیلکرده دانشگاهی با ترکیب تیمی
قرار داشتن مراقبت اولیه بهداشتی در مقابل خدمات بیمارستانی	رویکرد پاسخدهی جامع به نیازهای سلامتی در تمامی سطوح
شکل گیری متمرکز خدمات و از بالا به پایین	غالبیت رویکرد نظام سلامت متکثر متناسب با نیاز جامعه (شکل گیری نظام سلامت با محرک های اجتماعی) و شکل گیری خدمات از پایین به بالا و قرار گرفتن مردم در مرکز مراقبت سلامت

## دیدگاههای آرمانی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC)

- ۱- تکیه صرف بر پزشکان (خانواده و متخصص) در مراقبت های اولیه بهداشتی حتی در کشورهای دارای منابع کافی، منطقی و پذیرفتنی نیست.
- ۲- PHC تسهیل کننده رابطه بین بیمار و نظام ارائه خدمات تشخیصی درمانی است و مشارکت فرد در فرایند مراقبت (Care) بیماری اش نادیده گرفته میشود (خود مراقبتی)
- ۳- PHC اولین نقطه تماس شهروند با نظام سلامت است و معبری برای هدایت بیمار در درون نظام سلامت محسوب میشود و نباید واحدی مجزا و منتزع و نه مجرای برای مداخله های محدود سازمانی در نظر گرفته شود
- ۴- PHC فرصتی برای پیشگیری از مخاطرات و تهدیدکننده های سلامت (از جمله بیماری ها) و کشف زودرس بیماریها و ارتقای سلامت میباشد (و نه وسیله ای برای درمان های ساده علامتی)
- ۵- PHC به مشارکت تیمی از افراد ماهر (طبی، بهداشتی و سایر کارشناسان اجتماعی) نیازمند است (و نه تامین دسترسی به اقدامات پیش پا افتاده برای تنگدستان روستایی)
- ۶- PHC الزاما به حمایت مالی و اجتماعی (صندوق های بیمه ای) دولت وابسته است تا استفاده از خدمات را برای همه تضمین نماید (و نه رایگان نمودن خدمات یک سطح و مطالبه هزینه خدمات در سطوح دیگر)

## آسیب شناسی خدمات اولیه مراقبت های بهداشتی

### الف) موانع عمومی

- ✓ وارونگی خدمات مراقبتی (به ثروتمندان بیش از تنگدستان میرسد)
- ✓ خدمات مراقبتی با هزینه های کمرشکن
- ✓ خدمات مراقبتی فراگمانته و غیر یکپارچه
- ✓ عدم رعایت استاندارد های خدمات
- ✓ تمرکز مفرط بر خدمات تخصصی درمانی در مقابل خدمات مراقبت های اولیه سلامت
- ✓ رویکرد انفعالی خدمات صرفا پاسخگوی تقاضا<sup>۱۱</sup>

### ب) نابرابری در خدمات ارائه شده

موانع دسترسی: ضرورت پرداخت هزینه خدمات، فرد را به سمت فقر و محرومیت سوق میدهد و فقر مضاعف تهدیدات سلامتی مضاعفی را بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل میکند. دسترسی همگانی همراه با حمایت اجتماعی شرط لازم تامین عدالت در سلامت است.

## رویکرد های مراقبت های اولیه بهداشتی متناسب با نیاز روز جوامع

### الف) ارزش های سازمانی

- ۱- برابری و عدالت اجتماعی
- ۲- انتظارات و توقعات مردم

### ب) نظام مراقبت های اولیه بهداشتی مدرن

- ۱- تامین پوشش همگانی سلامت
- ۲- شکل گیری خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی حول محور نیازها و انتظارات مردم (خدمات سنتی سلامت جای خود را به خدمات مراقبتهای اولیه بهداشتی جامع و ادغام یافته میدهند)
- ۳- شکل گیری رویکرد "سلامت در همه سیاست ها" در درون دولت ها و سایر قوای اجرایی و تقنینی
- ۴- اصلاحات رهبری در نظام سلامت

<sup>۱۱</sup> در این رویکرد، ارائه کننده خدمت فقط مسئولیت فرد مراجعه کننده را عهده دار است و خیل کسانی را که بدلائیل گوناگونی از دسترسی به خدمات محروم مانده اند، یا خود احساس محرومیت مینمایند، افرادی که دارای مشکل سلامتی هستند ولی در مراجعه تاخیر میکنند و سایرینی که دارای عوامل خطر پیش برنده بیماریهای مختلف از جمله غیرواگیر هستند و بدلیل عدم آگاهی مراجعه نمیکنند، از بهره مندی از خدمات محروم میمانند. اینها فرصت های ازدست رفته سلامت هستند و نظام های فعلی فقط بدنبال مرمت سلامت در میان مصرف کنندگان خدمات خویشند.

## چالش های سلامتی جهان در حال تحول

در پرتغال طی ۲۰۰۸-۱۹۶۰ مرگ کودکان بشدت کاهش یافته است. مثلا مرگ کودکان زیر یکسال هر ۸ سال یک بار نصف شده است. الگوی پرتغال یک الگوی موفق جهانی است. بررسی های دقیق نشان میدهد کاهش مرگ مادران در طی ۳۰ سال مورد مطالعه ۹۶ درصد بوده و سهم شبکه های بهداشتی در حدود ۳۵ درصد و سهم رشد اقتصادی بیش از ۶۰ درصد بوده است. نقش نظام سلامت در کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال با نقش رشد سرانه GDP برابر بوده و کاهش مرگ های حول تولد کودکان بیش از ۸۵ درصد وابسته به شبکه بیمارستانی بوده است.

افزایش استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در همه جا با کاهش میزان سقط جنین همراه بوده است. روند جهانی امید زندگی که منعکس کننده تغییرات کلی در بقای کودک است، در فاصله ۱۹۷۸-۱۹۵۰ تقریباً ۸ سال و در طی ۲۰۰۸-۱۹۷۸ نیز ۷ سال افزایش یافته که بازتابی از رشد میانگین درآمد سرانه محسوب میشود. تفاوت امید زندگی بین جمعیت کشورهای پردرآمد با کشورهای کم درآمد در طی ۳۵ سال نه تنها بهبود نیافته بلکه ۴ سال نیز بیشتر شده است.

در سال ۱۹۷۵ با درآمد سرانه ۱۰۰۰ دلار بین المللی، امید زندگی ۴۸/۸ بود (چهل و هشت و هشت دهم) در سال ۲۰۰۵ این رقم برای همان میزان درآمد تقریباً ۴ سال بیشتر بود. با توجه به ثابت ماندن درآمد سرانه مشخص میشود این افزایش به مفهوم بهبود تغذیه، آموزش، تکنولوژی های سلامت، ظرفیت سازمانی برای کسب اطلاعات و توان جامعه در تبدیل دانش به اقدام های موثر بهداشتی و اجتماعی است که نامین سلامت بیشتر با همان مقدار پول را امکان پذیر ساخته است.

میزان دستاوردها در میان کشورهای مختلف با درآمد یکسان بخصوص کشورهای فقیر متفاوت است. به عنوان مثال امید زندگی در ساحل عاج با  $GDP=1465$  دلار در مقایسه با نپال با  $GDP=1379$  دلار ۱۷ سال پایین تر است. این تفاوت بین ماداگاسکار و زامبیا ۱۸ سال است که نشان دهنده نحوه عملکرد نظام سلامت کشور میباشد. در کشورهای نظیر هندوستان - برخی کشورهای امریکای لاتین و شمال آفریقا در طی ۳۰ سال گذشته امید زندگی ۱۲ سال افزایش یافته در حالی که سرانه GDP آنها ۲/۶ (دو و شش دهم) برابر شده بود.

رشد GDP همیشه با افزایش امید زندگی همراه نمیشد. جمهوری روسیه و دولت های تازه استقلال یافته شوروی سرانه GDP را به مقدار زیادی افزایش دادند اما امید زندگی زنان در حد سال های ۱۹۸۰ باقی ماند و امید زندگی مردان کاهش یافت. لازم است یادآوری نماید در این کشورها پس از دوره ای رکود ( افزایش هزینه های عمومی سلامت، تجاری شدن خدمات بالینی، حذف چتر حمایتی تامین اجتماعی) برنامه های بهداشت عمومی و نظام سلامت متلاشی شد.

در ده درصد جمعیت جهان هم GDP ثابت بوده و هم امید زندگی افزایش نیافته است این کشورها، کشورهای کم درآمد زیر فشار دولت های شکننده تلقی میشوند. ویژگی های این کشورها عبارتند از:

حاکمیت ضعیف، درگیری های داخلی، امنیت ناپایدار، روابط اجتماعی گسسته، فساد، نقص و نقض قوانین و فقدان سازوکارهای برقراری مشروعیت قدرت و اختیار.

در نیمی از این کشورها رشد GDP منفی (در نیم دیگر نیز رشد بسیار پایین تر از متوسط رشد کشورهای کم درآمد بوده) و بدهی خارجی آنها بالاتر از حد متوسط بوده است. در این گروه کشورها پاندمی غیر متعارف HIV/AIDS هم در معکوس شدن روند امید زندگی علیرغم بهبود جزئی رشد درآمد سرانه موثر بوده است.

کشورهایی که سال ۱۹۷۵ را با سرانه ای کمتر از ۳۰۰۰ دلار بین المللی آغاز کردند کشورهایی بودند که رشد اقتصادی متوقف، ناامنی سیاسی بارز و امید زندگی بدون پیشرفت بوده است. ویژگی های این کشورها نیز کندی سواد آموزی بویژه در دختران، کندی دسترسی به ارتباطات مدرن و کارهای مبتنی بر دانش فراوان، وجود مخاطرات محیطی و دیگر تهدید کننده های سلامت، شیوه زندگی مخاطره آمیز نظیر سیگار کشیدن- چاقی - خشونت های شهری-فقدان امنیت مالی برای نیاز های سلامت- فقدان تعهد سیاسی دولت ها و فقدان منابع دولتی بوده است.

بدون رشد اقتصادی دست یافتن به صلح دشوارتر و بدون صلح نیز رشد کشور متوقف میشود. به طور متوسط هر جنگ داخلی رشد کشور را تا حدود ۲/۳ درصد (دو سه دهم) در سال برای دوره ای حدود ۷ سال کاهش میدهد و کشور را ۱۵ درصد فقیر تر میکند. برای کاهش فاصله سطح سلامت میان کشورها و اصلاح نابرابری ها در آنها بایستی امکان سرمایه گذاری برای سلامت پدید آید و لازمه سرمایه گذاری در سلامت، محیط آمیخته با صلح- امنیت و رفاه است.

جنگ داخلی و درگیری های کنگو در ۲۰۰۴-۱۹۹۸ سبب ۴۵۰۰۰۰ مورد مرگ بیشتر در هر سال، کاهش بودجه دارو به صفر در همان مدت، کاهش سرانه سلامت از بودجه عمومی به کمتر از یک دهم دلار امریکا شد. شرایط مشابه در زامبیا باعث کاهش بودجه عمومی سلامت به دوسوم و کاهش اعتبارات و حقوق نیروی کار در کامرون؛ غنا؛ سودان و تانزانیا به ۷۰ درصد در طی سالهای ۱۹۹۴-۱۹۸۰ بدلیل تورم گردید.

به امنیت سلامتی بایستی به عنوان یک اورژانس بزرگ توجه شود و تقویت نظام سلامت یکی از مطمئن ترین راهکارهای تامین امنیت سلامتی است.

برآورد ها نشان میدهند اگر تفاوت امید زندگی افراد بیش از ۴۰ سال شود امنیت سلامتی وجود نخواهد داشت. اگر تفاوت هزینه های بهداشتی دولتی از ۲۰ دلار تا ۶۰۰۰ دلار باشد، امنیت سلامتی وجود نخواهد داشت. وقتی بیش از ۴۰ درصد مردم افریقای زیر صحرا با کمتر از یک دلار زندگی میکنند مردمان کشورهای توسعه یافته امنیت خاطر نخواهند داشت. توسعه اقتصادی اتوماتیک وار دسترسی مردم فقیر به خدمات جامع بهداشتی را تضمین یا حتی محافظت نمیکند. نظام سلامت اتوماتیک وار ما را به سمت سلامتی برتر سوق نمیدهد و نیاز به برنامه ریزی و مداخلات را ایجاب مینماید.

خانوار های فقیر ۸۰ درصد درآمد خود را صرف غذا می کنند. وقتی تورم و گرانی اتفاق می افتد، اولین چیزی که کم می شود و تاثیر میپذیرد غذا و غذای سالم هست. وقتی کالایی مثل غذا که برای حیات اساسی است قیمتش افزایش می یابد به حدی که مردم فقیر نتوانند اتباع کنند تهدیدات و مشکلات سلامتی تشدید میشود.

بهترین مولفه امنیت سلامتی سرمایه گذاری در نظام سلامت، سرمایه گذاری در سرمایه انسانی است که زمینه ای برای تولید و موفقیت ملی محسوب میشود. عادلانه بودن این سیستم زیر ساختی برای همبستگی اجتماعی است که کل جامعه را در برابر ناآرامی های اجتماعی بیشتر محافظت می کند.

در بیشتر کشورهای جهان منابع بخش سلامت بسیار کمتر از میزان مورد نیاز است. در سال ۲۰۰۵ میلادی ۴۵ کشور سرانه کمتر از ۱۰۰ دلار بین المللی صرف کرده اند. در مقابل ۱۶ کشور پردرآمد سرانه بیش از ۳۰۰۰ دلار بین المللی. کشورهای کم درآمد سهم کوچکی از GDP را به سلامت تخصیص میدهند حال آنکه اساسا GDP آنها کمتر و بار بیماریهایشان نیز سنگین تر است. واضح است که هزینه کردن بیشتر برای سلامت با پیامد های بهتر همراه است اما شدت ان تابع سیاست و نحوه هزینه کرد است هر جا پول کمتر اثر خطا و غفلت چند و چندین برابر میشود.

### تنها بهبود شرایط زندگی همراه با رشد چشمگیر اقتصادی است که از پسرقت امید زندگی جلوگیری میکند.

میانه (Median) شاخص امید زندگی تعدیل شده با سلامت (HALE) در کشورهای با سرانه سلامت کمتر از ۱۰۰ دلار ۴۴/۴ سال بوده (کنیا). این شاخص در کشورهای با سرانه سلامت بیش از ۲۵۰۰ دلار بین المللی ۷۱/۴ سال بوده (آلمان). همانگونه که ملاحظه میگردد فاصله بین این دو کشور ۲۷ سال تمام است.

به ازای صرف هر ۱۰۰ دلار بین المللی سرانه سلامت معادل ۱/۱ سال HALE افزایش مییابد. از طرف دیگر بررسی ها مشخص کرده است که رقم HALE در درون کشورهایی که همه آنها سرانه بیش از ۲۵۰۰ دلار بین المللی برای سلامت خرج میکنند بیش از ۵ سال تفاوت وجود دارد.

اثر عملکرد نظام سلامت بر روی HALE: دو کشور هائیتی و مولداوی جزء ۲۸ کشوری هستند که سرانه سلامت در آنها ۵۰۰-۲۵۰ دلار بین المللی میباشد. رقم HALE برای مولداوی ۲۴ سال بیشتر از هائیتی است. در کشورهای با شیوع بالای HIV/AIDS تفاوت ها بازهم بیشتر میباشد، به عنوان مثال لسوتومنابع مالی بیشتری از جامائیکا صرف سلامت میکند ولی رقم HALE لسوتو ۳۴ سال پایین تر است.

اختلاف مقایسه ای HALE بین کشورهایی که در گروههای مختلف هزینه بهترین پیامد ها را داشته اند کمتر است. اختلاف HALE بین سوئد و تاجیکستان (۴/۳ سال به نفع سوئد) کمتر از اختلاف بین سوئد و امریکا است.

### سازگاری یافتن با چالش های جدید سلامت

۳۰ سال پیش حدود ۳۸ درصد جمعیت در شهرها زندگی میکردند ولی الان این نسبت بیش از ۵۰ درصد شده است (۲۰۰۸). هر چند در مجموع شاخص های سلامت شهرها بهتر از نواحی روستایی است ولی لایه بندی های اقتصادی و اجتماعی بسیار زیاد در شهرها سبب نابرابری در وضعیت سلامت بین ساکنین مناطق شهری میشود. در نواحی پردرآمد ناپروبی مرگ کودکان زیر پنجسال کمتر از ۱۵ در هزار است ولی در همین شهر در یک ناحیه حاشیه ای رقم مرگ کودکان زیر پنجسال ۲۵۶ در هزار تولد زنده (بیش از ۱۷ برابر) است. امروزه در حدود ۳۰ درصد جامعه شهری در حاشیه ها زندگی میکنند. عناوین ویژگی های حاشیه نشینی شهری را میتوان در، فقدان مسکن بادوام، فقدان فضای کافی برای زندگی، فقدان آب سالم - فاضلاب - سوخت، مستعد بودن به آسیب پذیری در بلایای طبیعی (رانس، سیل، آتش سوزی)، بالا بودن شیوع مخاطرات محل کار، آلودگی، سوانح و خشونت شهری خلاصه نمود. جهان رو به شهری شدن در حال سیر به سوی سالمندی نیز هست. برخلاف کشورهای ثروتمند کنونی، کشورهایی که امروز درآمد متوسط یا کم دارند پیش از آنکه مهلت ثروتمند شدن را پیدا کنند پیر خواهند شد و چالش های آنان بازهم بیشتر خواهد شد. شهرنشینی، سالمندی و تغییر شیوه زندگی باعث میشوند بیماریهای مزمن غیرواگیر نظیر افسردگی، دیابت، بیماریهای قلبی، سرطانها و حوادث مهمترین علل ابتلا و مرگ را شکل دهند. همین امر باعث خواهد شد مرگ های مرتبط با دخیانیت برتلفات HIV/AIDS پیشی بگیرد و درجایی مثل افریقا سیگار - پرفشاری خون - کلسترول بالا از جمله ۱۰ علت اول مرتبط با بار بیماریها گردد.

## خدمات بسته ای و بسته های خدماتی

امروزه ۲۵ درصد جمعیت ۶۹-۶۵ سال و ۵۰ درصد ۸۴-۸۰ ساله ها به بیش از یک بیماری مزمن مبتلا هستند. از جمله بیماریهای مرتبط با فقر بدلیل ارتباط با یکدیگر و نیز با علت زمینه ای باعث وخیم تر شدن بیماری و شدت ناتوانی فرد بیمار شده و ابتلای همزمان وی به خشونت، سوء مصرف مواد و اختلالات روانی اهمیت برخورد همه جانبه با هر فرد بیمار را مورد تاکید قرار میدهد.

تنوع روبه فزونی ابتلا به انواع بیماریها و آسیب ها نیاز به **خدمات بسته ای** (یک پارچگی خدمات) و **بسته های خدماتی** (سطح بندی خدمات) را بیش از پیش آشکار میسازد

وقوع بحرانهای مختلف اجتماعی و نحوه واکنش و پاسخ کند نظام های سلامت نشان از عدم آمادگی و حتی وارفتگی نظام های سلامت دارد.

در بررسی های سازمان جهانی بهداشت (World health survey) که در بیش از ۷۰ کشور جهان اجرا شده است نتایج قابل توجهی بدست آمده است. در مطالعه ای که در خصوص درمان آسم، آرتريت ها، آثرین صدری و افسردگی در ۱۸ کشور انجام شده، نشان داده شده است که پوشش خدمات درمانی در بالاترین حد فقط ۲۵ درصد بوده است.

## نمونه هایی از ناتوانی نظام های سلامت

- از هر سه کشور دو کشور سیاستی برای مبارزه با دخانیات ندارند یا در کمترین حد است.
- نظام های سلامت در برخورد با بیماریهای جدید بسیار کند عمل میکنند.
- ناتوانی در ارزیابی به هنگام تاثیر تغییرات بر محیط سیاسی که بر ظرفیت بخش سلامت برای پاسخگویی اثر میگذارد.
- مداخلات نظام سلامت شتاب زده و گسسته هستند از جمله: تغییرات ساختاری، تمرکز زدایی، سیاست های تجاری، شیوه های اخذ مالیات و سیاست های مالی
- ضعف در مهارت آموزی و توانمند سازی در مدیریت موضوعات سیستمیک

## روند هایی که پاسخ نظامهای سلامت را تضعیف میکند

- بدون سیاست و رهبری قدرتمند، نظامهای سلامت به خودی خود هرگز حول محور ارزش های PHC قوام نخواهند یافت.
- ویژگی هایی که نظامهای سلامت امروزی را شکل میدهند عبارتند از:
  - ✓ تکیه افراطی بر مراقبت های تخصصی و سطح سوم بیمارستانی (بیمارستان محوری)
  - ✓ چند پارگی (Fragmentation) (تعدد بسیار زیاد برنامه ها و طرحها)
  - ✓ تجاری شدن فراگیر مراقبت سلامت در نظام های عاری از نظم و نظارت

## آسیب شناسی رویکردهای بیمارستان محوری

- ✓ مهمترین منبع ناکار آیی و بی عدالتی
- ✓ افزایش وابستگی به صنعت پزشکی



- ✓ ایجاد بیماریهای با منشا بیمارستانی بسیار پرهزینه<sup>۱۲</sup>
- ✓ نادیده گرفته شدن ابعاد انسانی و اجتماعی سلامت
- ✓ در کشورهای عضو OECD<sup>۱۳</sup> ۳۵ درصد افزایش پزشکان در ۱۵ سال گذشته به افزایش متخصص ها تعلق داشته است (تقریباً ۵۰ درصد افزایش متخصصان در فاصله سالهای ۲۰۰۵-۱۹۶۰ در قیاس با فقط ۲۰ درصد افزایش پزشکان عمومی). در تایلند ۳۰ سال پیش کمتر از ۳۰ درصد پزشکان، متخصص بودند که در سال ۲۰۰۳ این نسبت به ۷۰ درصد رسید. در لبنان به نسبت جمعیت، بیشتر از آلمان واحد جراحی قلب وجود دارد اما فاقد برنامه هایی برای کاستن از عوامل خطر بیماریهای قلبی عروقی میباشد.
- ✓ کشورهای OECD تلاش میکنند ذیل برنامه های متعددی که دارند (از طریق کاهش تخت بیمارستانی؛ جایگزینی مراقبت در منزل به جای خدمات بیمارستانی؛ سهمیه بندی تجهیزات پزشکی؛ پرداخت مشوق ها و اخذ جرایم مالی)، از وابستگی به بیمارستان، متخصصان و تکنولوژیها بکاهند و در طی ۳۰ سال گذشته توفیقات چشمگیری در بهبود پیامد های سلامت داشته اند.
- ✓ هزینه ابزارهای پزشکی از ۱۴۵ میلیارد دلار در ۱۹۹۸ به ۲۲۰ میلیارد دلار در ۲۰۰۶ افزایش یافته و این روند همیشه در حال رشد است. از این بازار سهم ایالات متحده ۳۹ درصد؛ اتحادیه اروپا ۲۷ درصد و ژاپن ۱۶ درصد برآورد شده است. در سال ۲۰۰۶ سرانه هزینه های تجهیزات پزشکی در امریکا؛ اتحادیه اروپا و ژاپن به ترتیب ۲۸۷، ۲۵۰ و ۲۷۳ دلار بود. متوسط این هزینه در جهان در همان سال ۶ دلار و در افریقای زیر صحرا دوونیم دلار بود. میزان رشد سالانه بازار تجهیزات پزشکی بیش از ۱۰ درصد است. در ژاپن و امریکا دستگاه MRI برای هر یک میلیون نفر ۸-۵ برابر بیش از کانادا و هلند است. دستگاه CT scan در ژاپن ۹۲ مورد در میلیون (سال ۲۰۰۲) و در هلند ۵/۸ در میلیون (سال ۲۰۰۵) بود. وزن صنعت دارو از بازار تجهیزات نیز بیشتر است. برآوردهای انجام گرفته در سال ۲۰۰۸ حاکی از فروش جهانی ۷۴۵ میلیارد دلار دارو با رشد سالانه ۷-۶ درصد میباشد. نیمی از سهم بازار داروی جهان متعلق به امریکا بوده و سرانه هزینه دارو در امریکا در سال ۲۰۰۵ دو برابر المان-کانادا و انگلستان و ۱۰ برابر مکزیک و معادل ۱۱۴۱ دلار بود.
- ✓ نیاز القایی در بیماران، کارکنان پزشکی و مجموعه های پزشکی - صنعتی چنان سهمگین است که منابع بخش خصوصی و دولتی به صورتی نامتناسب و افراطی و به قیمت سرمایه گذاری نکردن برای مراقبت های اولیه بهداشتی به سمت خدمات تخصصی و بیمارستانی جریان می یابد.

**مهمترین علل تخصص گرایی:** سنت ها و علائق صنفی (حرفه ای)، وزن و جایگاه اقتصادی درخور توجه صنعت پزشکی، تکنولوژی و صنایع دارویی. پاسخگویی بهتر به نیاز مردم (تقاضای واقعی)، تلقی اعتبار سیاسی برای نظام سلامت

<sup>۱۲</sup> پیامد مراقبت سلامت از توازن میان ارزش افزوده درمان و خطری که متوجه بیمار میکند، ناشی میشود. در کشورهای صنعتی از هر ۱۰ بیمار یک نفر از آسیب ایجاد شده ناشی از درمان بدلیل کمبود مهارت یا خطای سیستمیک یا استفاده ناصحیح از تکنولوژی (که قابل پیشگیری بوده) رنج میرد. در شرایط مراقبت های تجاری شده عاری از نظم و نظارت فاقد کیفیت به همراه محدودیت منابع، مصرف کنندگان خدمات درمانی تخصصی کشورهای با درآمد کم بسیار بیشتر از کشورهای پردرآمد در معرض آسیب های مذکور قرار دارند.

<sup>۱۳</sup> سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (Organization for Economic Co-operation and Development) که با مشارکت ۳۴ کشور اروپایی و امریکا بعد از جنگ جهانی دوم با عنوان طرح مارشال تصویب و مهمترین سازمان بین المللی تاثیر گذار در همکاریهای اقتصادی و توسعه ای جهان بشمار میرود.

## فراگمانتاسیون

- ۱- ارائه خدمات به بیماریهایی که دارای برنامه مدون هستند و نادیده گرفته شدن سایر بیماران که جزء برنامه های کشوری نیستند.
- ۲- تامین دسترسی به بیمارستان برای شهری ها و مهار دسترسی به خدمات تخصصی برای تنگدستان روستایی با چند پارگی خدمات سلامت
- ۳- استمرار تاکید بر کنترل/مبارزه با/مدیریت تک بیماریها به نوعی انحراف در نظام های سلامت بخصوص ضعیف البنیه است که انتقاد های زیادی را برانگیخته است.
- ۴- افرادی که شانس ابتلا به بیماری های برنامه ای را ندارند متاسفانه در اینگونه نظامها نادیده گرفته میشوند.

## تجاری شدن نظام های سلامت (unregulated commercial services)

- انتفاعی شدن ارائه خدمات در بخش دولتی، خصوصی و خیریه
- کمبود منابع و پراکندگی خدمات سلامت، توسعه خدمات تجاری شده را تسهیل میکند.
- فروش خدمات به شکل FFS عاری از نظم و نظارت است فارغ از اینکه ارائه کننده خدمت دولتی باشد یا بخش خصوصی
- خدمت FFS، خدمتی کم دامنه و محدود است که هزینه را از دولت به دوش مصرف کنندگان انتقال میدهد و منافع (کارانه/پارانه) خوبی برای کارکنان نظام سلامت در بخش دولتی و خصوصی دارد.
- ماهیت نظام پرداخت FFS و کمبود نیروی انسانی باعث اشتغال سنگین و بیش از یک نوبت کارکنان شده و سهم روزافزونی از تجاری شدن نصیبشان میشود.
- اثر حدواسط این چنین نظام سلامت رها شده ای تقلیل خدمت سلامت در حد کالایی است که میتوان آن را برپایه FFS بدون هیچ نظم و نظارت و هر نوع حمایت اجتماعی خرید و فروش کرد.
- ویژگی های تجاری شدن نظام سلامت
  - ✓ ارائه کننده خدمت از آگاهیهای لازم برخوردار است
  - ✓ آگاهی گیرنده خدمت (بیمار) اندک یا هیچ است
  - ✓ گفتگوی بین بیمار و پزشک ناکافی است
  - ✓ ناهماهنگی بین ارائه کنندگان مختلف و ارائه توصیه های متفاوت و گاه متضاد شایع است
  - ✓ پزشکان به نظر بیماران در باره درمان کم توجه هستند
  - ✓ وجود منافع متضاد میان بیمار و ارائه خدمت
  - ✓ به بیمار در خصوص برنامه های درمانی اطلاع داده نمیشود
  - ✓ منفعت ارائه کننده در فروش چیزی است که سودآورتر باشد، اما لزوما نه برای بیمار
  - ✓ نتیجه یک چنین فرایند بدون نظارت و تعادل، اجحاف، تعدی و نقض تفاهات فیما بین است واز بین رفتن اعتماد بین ارائه کننده و گیرنده خدمت

✓ هرکس نتواند از عهده پرداخت های مالی برآید کنار گذاشته میشود، آنانی که قدرت پرداخت دارند نیز به آنچه نیاز دارند نمیرسند، بیماران غالباً خدمتی را دریافت میکنند که به آن نیاز ندارند و همواره هم در ازای آن مبالغ گزافی میپردازند.

این چنین نظامهای تجاری عاری از نظم و نظارت غالباً بسیار ناکارآ و پرهزینه اند. به بی عدالتی دامن میزنند، کیفیت خدمت مطلوب نیست و حتی بعضاً به اقداماتی دست میزنند که برای سلامت زیانبار است<sup>۱۴</sup>

- عرضه دراز مدت تجاری شدن مراقبت سلامت، خدشه دار شدن اعتماد به نظام سلامت و قابلیت مسئولان این نظام برای محافظت از مردم، این امر مهمترین دلیل گرایش امروزی حتی در بین سیاستمداران به اصلاحات در نظام سلامت است.

## تغییر ارزش ها و افزایش انتظارات

ریشه تجاری شدن مراقبت سلامت و بیمارستان محوری: وجود نیروی محرکه در عرضه کنندگان (Induced demand) است که با تقاضاها همسو و سازگار میشوند.

- ثروتمند شدن، مدرن شدن و گسترش آگاهی های اجتماعی باعث میشود در مقیاس فردی و اجتماعی راه مطلوب زندگی و ارزش ها تغییر یابند.

- افزایش رفاه و خوشبختی، دسترسی به دانش و پیوند های اجتماعی و افزایش سرمایه اجتماعی با بالا رفتن توقعات همراه میشود.

- در مقایسه با ۳۰ سال پیش مردم بخوبی آگاه هستند که نظام های سلامت تجاری قادر به پاسخگویی به نیاز ها و تقاضا های مردم نیستند، انتظارات مردم درباره سلامت و مراقبت سلامت افزایش یافته و به بخش جدایی ناپذیر از زندگی خود و خانواده شان تبدیل شده است. مردم انتظار دارند در برابر مخاطرات و تهدیدات سلامتی حمایت و محافظت شوند. مردم میخواهند مراقبت از آنان با قبول حقوق آنان همراه باشد و آنان میخواهند به کارکنان خدمات پزشکی احترام بگذارند و به نوبه خود در محیطی آکنده از اعتماد متقابل احترام نیز ببینند.

- نتایج بررسی های ۱۹۸۱-۲۰۰۸ world value survey و سایر مطالعات بین المللی نشان میدهد: مردم انتظار دارند مدیران سلامت برای حفظ حقوق آنها در باره سلامت بیشتر کارکنند. این مطالعه (روند تغییر ارزش های اجتماعی) همگرایی فزاینده میان ارزشها در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته ثروتمند تر را، که در آنها محافظت از سلامت و تامین دسترسی به مراقبت امری بدیهی است، نشان میدهند.

- سلامت و مولفه های آن امروزه به مهمترین دغدغه خاطر و نگرانی های مردم تبدیل شده است.

## عدالت در سلامت، ثروت و قدرت

- جهان امروزه کلاً ناعادلانه است و به علت غیر منصفانه بودن و قابل اجتناب بودن، این بی عدالتی برای مردم اهمیت دارد.

<sup>۱۴</sup>آپاندکتومی و سایر جراحی ها در منازل بیماران با هزینه های کمرشکن توسط کارکنان دولت در وقت دوم کارشان در کنگو تحت عنوان La chirurgic safari

- روند تغییرات در ارزش های جوامع در طی سه دهه نشان می دهد مردم از شیوه توزیع درآمد ناراضی شده اند و معتقدند جامعه عادل میبایست برای اصلاح این نابرابری ها شکل گیرد. این موضوع کمتر از گذشته به سیاست مداران این مجال را می دهد که ابعاد اجتماعی سیاست های خود را نادیده بگیرند و از آن غافل بمانند.

آیا مردم از نابرابری در سلامت آگاهی دارند؟ مثلاً شهروندان سوئدی نمی دانستند امید زندگی جوان ۲۰ ساله در بالاترین و پایین ترین طیف اقتصادی - اجتماعی کشورشان در سال ۱۹۹۷ متفاوت است و این تفاوت ۴ سال بود و نسبت به سال ۱۹۸۰ در حدود ۸۸ درصد افزایش یافته بود.

- با ثروتمند شدن مردم حمایت های جمعی از دسترسی عادلانه به مراقبت سلامت، حمایت اجتماعی، دست یافتن به سلامت پایه و پاسخگویی به نیاز های اجتماعی زمینه ای مساعدتر و قوی تر میگردد.

عدالت در نظام های سلامت تعاریف و مفاهیم مختلفی دارد.

۱- عدالت افقی و عدالت عمودی

۲- عدالت در پوشش جمعیت، به نوعی که همه جمعیت اعم از گروه های سنی، جنسی، شغلی، قومی و نژادی، مذهبی متناسب با نیازهای خود خدمات مرتبط را دریافت دارند.

۳- عدالت در پوشش خدمات، به نوعی که تمامی گروه های جمعیتی متناسب با نیازهای خود خدمات مرتبط را دریافت دارند.

## دیدگاه مردم نسبت به نظام های سلامت

مردم دوست دارند خدمات مراقبتی را از کسی دریافت کنند که درباره مشکل آنان یک پارچه و با در نظر گرفتن بیشترین منافع آنان، عادلانه و صادقانه، همراه با دانش و مهارت کافی عمل کنند. به عبارت کلی تر مردم میخواهند قدر ببینند و بر صدر نشینند. در نظر مردم توقع قابلیت و مهارت امری جزئی یا پیش پا افتاده نیست. تداوم توقعات روبه رشد مردم معضلات اقتصاد بهداشت را دامن میزند. رو کردن زنان به پزشک متخصص زنان و مامایی، پزشک و ماما به جایگزینی مامای سنتی (جنش PHC) تنها مثالی از این موضوع است.

## جنش مراقبت های اولیه بهداشتی

با فراگیر شدن اجرای بیانیه آلماتا در پهنه جهانی که جنش مراقبت های اولیه بهداشتی نام گرفت تقاضای مردم از کارکنان بهداشتی با سرعت و شتاب بیشتری به سمت متخصصان این حرفه تغییر جهت یافت. کارکنان بهداشتی که از میان مردم بومی منطقه بودند بدلیل قرابت های فرهنگی با جامعه تحت مسئولیت حامل ارزش افزوده بودند. این کارکنان که نقش زنجیره حدواسط بین جامعه و متخصصان را داشتند به تدریج از نظر مردم فقیرانه و حداقلی تلقی شد. این واقعیت ها مردم را به سوی مراقبت های تجاری شده که به جا یا نابجا آن را دارای قابلیت بیشتر میدانستند سوق داد و نظامهای پرداختی جذاب و فزونی تحصیل کرده های متخصص این مشکل را دامن زد. مردم کشورهای در حال توسعه همانند کشورهای توسعه یافته میخواهند کارکنان نظام سلامت فهیم، همدل، محترم و درخور اعتماد باشند. آنان میخواهند مراقبت سلامت حول نیازهای آنان شکل گیرد، به باورهای آنان احترام گذاشته شود و به شرایط خاص آنان در زندگی حساس باشند. آنان نمیخواهند تنها به عنوان هدف برنامه مبارزه با آن یا این بیماری قرار بگیرند و آنان دلشان نمیخواهد ملعبه دست افراد بی اخلاق قرار گیرند. نظامهای سلامت امروزی حول آنچه ارائه کنندگان آنها را راحت و موثر میدانند سازمان یافته است

و خواسته های مراجعان کمتر مورد توجه واقع میشود. غفلت از نیازها و توقعات مردم وسیله ای برای قطع ارتباط بین مردم و ارائه کنندگان خدمات خواهد شد. حتی با مردم محوری خدمات است که میتوان میزان محرومیت اجتماعی را به حداقل رساند و از رها کردن مردم در پهنه مراقبت تجاری شده سلامت جلوگیری کرد.

- ارزش های PHC از ۳۰ سال قبل تا به امروز به شکل انتظارات اجتماعی پیگیری میشود. این ارزش ها عبارت بودند از: عدالت، مردم محوری، مشارکت جامعه و حق تعیین سرنوشت که در همان زمان تندروانه تلقی شد. امروزه ارزشهای PHC حتی به اصول اخلاقی حاکم بر جوامع تبدیل شده و این امر فرصتی است برای ایجاد قدرت فزاینده سیاسی و اجتماعی و به حرکت درآوردن نظامهای سلامت در جهتی که مردم میخواهند.

- امروزه بحث درباره شیوه های مختلف مدیریت درمان بیماری ها به ملاحظات سیاسی به سمت هدف های اجتماعی که تعیین کننده مسیر هدایت نظام های سلامت اند تغییر میدهد.

### شکل گیری خدمات با محوریت مردم (مشارکت مردم)

- امروزه دانش و آگاهی از حلقه کارشناسان علمی و کارکنان حوزه سلامت فراتر رفته و به میان مردم راه یافته است.  
- دغدغه مخاطرات سلامت دیگر به برنامه های سنتی بهداشت عمومی و بهبود کیفیت آب آشامیدنی یا سالمسازی محیط برای جلوگیری از بیماریهای عفونی محدود نمیشود.

- پس از صدور منشور اوتاوا در باره ارتقای سلامت موضوعات بسیاری در دستور کار نظامهای سلامت قرار گرفت از جمله ایمنی غذا و مخاطرات محیطی که بر سلامت و کیفیت زندگی اثر میگذارند. امروزه حتی ایمنی بیمار به یک هدف مهم نظامهای سلامت در اقصی نقاط دنیا تبدیل شده است.

- سلامت امروزه یک کالای عمومی است که استحقاق به آن توسط دولت تضمین میشود.  
- هرچند در باره وسعت عمل دولتهای امروزی که دولتهای رفاه نامیده میشوند اتفاق نظر وجود ندارد ولی در حکومت های مدرنیزه مسئولیت سیاسی و اجتماعی سلامت در همه سیاستها از جمله در ساختار حکومت های محلی و سازمانهای تخصصی و سازمانهای مدنی در حال گسترش است.

- شرایط یا مصلحت اندیشی های کوتاه مدت سیاسی ممکن است گاهی دولت ها را وسوسه کنند که از مسئولیت اجتماعی خویش در تامین منابع مالی و اعمال مقررات بخش سلامت دست بردارند یا از عرضه خدمات و اقدامات بهداشت عمومی خودداری کنند ولی قابل پیش بینی است که این رویه بیشتر مساله ساز است تا حل مشکل. دست برداشتن دولت های چین و اتحاد جماهیر شوروی سابق و بسیاری از کشورهای کم درآمد جهان در دهه های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ از ارائه خدمات نتایج مشهود و نگران کننده بر سلامت و کارکرد خدمات سلامت داشت و فشارهای سیاسی آشکاری را پدید آورد که مشروعیت رهبری سیاسی این کشورها را خدشه دار کرد.

- همپای مدرنیزه شدن جوامع، مردم بیش از پیش توقع دارند در تصمیم گیری های مهم به آنان فرصت ابراز وجود داده شود.  
- تجربه کشورهای مختلف مثل شیلی و تایلند و سوئد نشان میدهد مردم نگران شفافیت و منصفانه بودن فرآیند ها هستند.  
- مردم میخواهند اطمینان حاصل کنند که سیاستگزاری در سلامت در انحصار گروهی از صاحبان منافع خاص قرار ندارد.

- نظام های سلامت و مردم در حال حاضر در اقصی نقاط دنیا در حالت باخت- باخت قرار دارند هم نظام سلامت بازنده است هم مردم

## اهداف اصلاحات در نظام سلامت

- مدیران نظام سلامت بایستی به حفاظت از مردم در برابر مخاطرات سلامتی با پاسخگویی سریع توانمند شوند. (موضوعی که در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه این وظیفه نادیده گرفته میشود، مثل فاجعه گرد باد Katrina در امریکا در سال ۲۰۰۵ و یا بحران جمع آوری زباله در ناپل ایتالیا در ۲۰۰۸)
- مهمترین اهداف اصلاحات در نظام سلامت: هدایت منابع به سوی عدالت بیشتر، پایان دادن به محرومیت ها، شکل گیری خدمات حول محور نیازها و انتظارات مردم، سیاست های متضمن سلامت مردم، دخالت دادن مردم در فرایند سلامتی، مراقبت نظام سلامت برای پیشگیری از انحراف نظام سلامت به مسیرهای متفاوت و کاهش هزینه های رهبری و حفظ چشم انداز.

## افزایش و پایدار ساختن پوشش همگانی

اگر چه عدالت یکی از برجسته ترین وجوه PHC محسوب میشود ولی خود یکی از حوزه هایی است که نتایج بسیار نابرابر داشته است. پرداخت های مستقیم مردم یکی از سرچشمه های نابرابری سلامت است. فرصت های عمیقاً نابرابر برخورداری از سلامت همراه با نابرابری در عرضه خدمات سلامت به نابرابری فراگیر در پیامد های سلامت میانجامد. نابرابری در پیامد البته که به بی عدالتی را تشدید و استراتژیکاسیون را تشدید میکند. آگاهی از این چنین رابطه ای به مدیران کمک میکند این اختلافات را که ضرورت ندارند- منصفانه نیستند و قابل پیشگیری هستند را کم کنند.

- ریشه نابرابری ها در طبقات اجتماعی و بی عدالتی سیاسی است که جملگی خارج از محدوده نظام سلامت هستند.  
- عوامل مهمتر عبارتند از: درآمد، طبقه اقتصادی-اجتماعی، جایی که مردم زندگی میکنند، شغل، رفتار شخصی، نژاد، استرس، بی عدالتی های سلامت (از قبیل نابرابری در فراهمی دسترسی - کیفیت - سنگینی بار پرداخت ها- شیوه طبابت پزشکان)  
- نظام های سلامت اگر به حال خود گذارده شوند هرگز به سمت عدالت بیشتر حرکت نخواهند کرد. بیشتر خدمات سلامت بویژه خدمات بیمارستانی و البته خدمات سطح اول مدام به شکلی ناعادلانه خدمات با کیفیت برتر را به افراد مرفه ارائه میکنند نه به همه یا تنگدستان که نیاز بیشتری دارند.

مداخلاتی که فراتر از حوزه سنتی نظام سلامت قرار دارد و به بسیج ذینفعان و شرکای خارج نظام سلامت متکی است:

- ✓ کاهش لایه بندی اجتماعی از طریق کاهش نابرابری های درآمدی با اخذ مالیات و پرداخت یارانه خدمات عمومی، اشتغال با پرداخت دستمزد کافی، ایجاد فرصت برابر جنسیتی برای تحصیل رایگان
- ✓ کاهش آسیب پذیری از طریق فراهم ساختن تامین اجتماعی برای افراد بیکار یا ناتوان، تامین تغذیه رایگان سالم در مدارس
- ✓ حمایت بخصوص حمایت قشرهای محروم در مواجهه با مخاطرات سلامتی (اب شرب سالم- بهسازی محیط- ترویج شیوه زندگی سالم- اعمال مقررات مسکن سالم)

- امروزه بحث برسر اینست که نظام های سلامت چه استراتژی هایی را دنبال کنند که متضمن جامعیت و عدالت در عرضه خدمات سلامت باشند.

### گام اساسی: حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت (Universal health coverage=UHC)

دسترسی همگانی به طیف کاملی از خدمات شخصی و غیر شخصی مورد نیاز آنان، همراه با محافظت اجتماعی از سلامت برخوردار از کیفیت بی آنکه این افراد در خطر پرداخت های کمرشکن قرار بگیرند.

- پوشش همگانی به تنهایی برای تامین سلامت همگانی و برقراری عدالت در سلامت کافی نیست ولی یک زیر ساخت ضروری محسوب میشود.

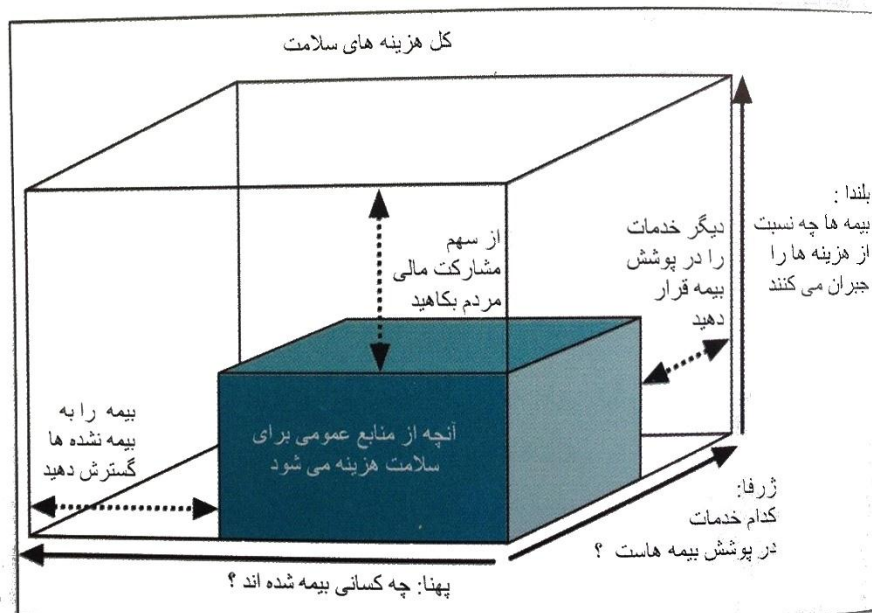
- انجمن های حرفه ای پزشکی بدلیل نگرانی از اثرات طرح بیمه ای بر روی درآمد و شرایط کاری و کارشناسان مالی که همیشه مصمم به مهار هزینه ها هستند، از مخالفان استراتژی پوشش همگانی بشمار میروند.

- امروزه ارائه پوشش همگانی خود بخشی از بسته اجباری خدمات میباشد که هر حکومتی میبایست آن را برای شهروندان خود اجرا کند و یک دستاورد سیاسی است که مدرنیزاسیون را شکل میدهد.

- پوشش همگانی از اواخر قرن ۱۹ در کشورهای صنعتی آغاز شده و کشورهایی مثل مکزیک، کره جنوبی، تایلند و ترکیه این طرح بلند پروازانه را شروع کرده اند و شتاب اینها بیشتر از کشورهای خلف میباشد.

## راهبردهای حرکت به سمت پوشش همگانی

برای رسیدن به پوشش همگانی حرکت در سه مسیر اصلی در سه بعد کاملا متمایز را طلب میکند. پهنای پوشش، ژرفای پوشش و بلندای پوشش. این سه بعد در شکل زیر بصورت شماتیک نشان داده شده است. با توجه به اهمیت، این سه مسیر بصورت جداگانه مورد بررسی قرار میگیرند.



**پهنای پوشش (The breadth of coverage):** نسبتی از جمعیت که از محافظت اجتماعی برخوردارند. این فرایند پیچیده و تدریجی بوده بایستی چتر ایمنی برسر تنگدستان و آسیب پذیرها گسترانده شود. پوشش کامل هرچند در کشورهای صنعتی تدریجی بوده ولی امروزه میتواند سرعت بسیار بالایی داشته باشد.

نمونه های حرکت به سوی پوشش همگانی: تاکید بر پیش پرداخت از همان آغاز (پیش پرداخت و تجمع صندوق های بیمه ای وحدت و انسجام میان فقیر و غنی و میان سالم و بیمار را بیشتر میکند - موانع دستیابی به خدمت را حذف میکند - خطر پرداخت های کمر شکن توسط بیماران را کاهش میدهد و وسیله ای است برای سرمایه گذاری مجدد برای فراهمی تنوع و کیفیت خدمات)، هماهنگ کردن تامین منابع مالی، ادغام طرحهای گوناگون برای تحقق هدف از قبیل بیمه های مختلف شخصی دولتی مکمل تعاونی نیمه دولتی و...

**ژرفای پوشش (depth of coverage):** توسعه و تعیین طیفی از خدمات اساسی برای پاسخگویی نیازهای مردم. فرآیند ها و معیارهای تعیین کننده بسته خدمات برای بهبود اثر بخشی نظامهای سلامت و توزیع عادلانه منابع با تعیین اولویت ها سهمیه بندی مراقبت ها و تعامل بین پهنای و ژرفای پوشش همراه است. تجربیات جهانی حاکی از عدم موفقیت در تعیین بسته خدمات میباشد. محدود کردن خدمات به بهداشت مادر و کودک و مسائل در اولویت نظام سلامت و عدم توجه به بیماریهای غیرواگیر و مزمن نشان دهنده کم توجهی به گذر های اپیدمیولوژیک - جمعیت و تغذیه و عدم تناسب آن با نیازها و تقاضاها است.



برای آنکه بسته ها متناسب با ضرورت ها باشد رویکرد جامعی را طلب میکند... مثلا در شیلی برای تعیین بسته خدمات از جزئیات حقوق شهروندی در خصوص سلامت بهره گرفتند. اصول مهم در تعیین بسته های خدمات عبارتند از:

- ✓ منطبق بر تقاضا و طیف کامل نیازها
  - ✓ تعیین دقیق خدمات در سطح اول و دوم
  - ✓ برآورد هزینه ارائه خدمات پیشنهادی به تفکیک هر خدمت، در این رویکرد تصمیم گیران سیاسی میدانند اگر منابع لازم را تامین نکنند چه خدمت هایی از بسته حذف میشوند.
  - ✓ منطبق بودن اجزای بسته خدمات مبتنی بر شواهد محیطی
  - ✓ اطلاع مردم از خدماتی که بایستی ارائه شود و تعریف شفاف سازوکار جبران خدمت / خدمات ارائه نشده
- شیلی در این فرایند راهی بس طولانی را پشت سر گذاشته است.

**بلندای پوشش (the height of coverage):** مشتمل بر بخشی از خدمات سلامت است که در پوشش منابع تجمیع یافته از راه پرداخت ها قرار گرفته است. در این راهبرد پرداخت های مستقیم در محل ارائه خدمات نیز بایستی کاهش یابد (کاهش فرانشیزها) در غیر اینصورت مراجعه گروههای آسیب پذیر جهت دریافت خدمات کاهش مییابد و موارد هزینه های کمرشکن افزایش خواهد یافت.

### چالش های حرکت به سوی پوشش همگانی

برای اصلاح و تکمیل پوشش لازم است سرعت بین وجوه سه گانه پهنا- ژرفا - بلندا متعادل باشد و برای هر کشور و منطقه ای امری کاملا اختصاصی است. **مثال:**

- ۱- نسبت بسیار بالای جمعیت محروم فاقد زیرساخت بهداشتی و مدیریت ضعیف، نظیر چاد بنگلادش و نیجر. مناطق ناامن و درگیری نظامی که کارکنان نظام سلامت محل کار خود را ترک کرده اند و زیر ساخت ها منهدم شده اند.
- ۲- در برخی مناطق چالش اصلی فراهم ساختن حمایت بهداشتی برای جمعیت بسیار پراکنده، دور افتاده، جزیره ای، عشایری و بومیان است. مشکلات این گونه جوامع تضمین دسترسی به خدمات با کیفیت است که بسیار پرهزینه هم میباشد. مشکلات پیگیری - ارجاع بیماران، محدودیت زیرساخت ها- مشکلات برقراری ارتباط و نگهداری اطلاعات سوابق بیماران از دیگر سختی های مطرح میباشد.
- ۳- چالش دیگر به مواردی برمیگردد که گسترش پوشش به جاهایی است که در آنها نابرابری ها نه از فراهم نبودن زیر ساخت ها بلکه به شیوه سازماندهی خدمات - مقررات حاکم بر آنها و از همه مهمتر پرداخت های رسمی یا زیر میزی مربوط است. در چنین وضعیتی، بهره مندی کمتر از خدمات مختص تنگدستان است و مصرف کنندگان خدمات با خطر پرداخت های کمرشکن روبه رو هستند. نظیر کشورهای کلمبیا، نیکاراگوآ و ترکیه. این وضعیت در مناطق شهری کشورهای با درآمد کم یا متوسط تکان دهنده است که در آنها انبوهی از ارائه کنندگان جورواجور مراقبت سلامت عاری از نظم و نظارت و تجاری شده، هزینه های سرسام آوری در برابر خدمات اندک بر مردم تحمیل میکند.

### پوشش همگانی . چگونه ؟

#### ساختار جدید یا تقویت و اصلاح ساختار موجود؟

در مواردی باید شبکه مراقبت پایه و اولیه را برپا داشت یا بکلی و از بن نوسازی کرد. سوال اینست: آیا باید چند خدمت محدود را به همه مردم رساند یا در گسترشی آرام و تدریجی بسته ای جامع از مراقبت اولیه را شهرستان به شهرستان توسعه داد؟ درجدول شماره ۲ دو رویکرد تامین پوشش همگانی مورد مقایسه قرار گرفته اند.

#### جدول شماره (۲-۲) : مقایسه رویکرد های تامین پوشش همگانی خدمات مراقبت های اولیه سلامت

ملاحظات	معایب	مزایا	نحوه خدمات رسانی
ویژه مناطق روستایی کشورهای فقیر، مثل اتیوپی	مهارت پایین ارائه کننده خدمت، تمرکز بر تعداد محدودی از مداخلات ساده ، مبتنی بر نیاز مردم نمیشد، رواج مجدد مراقبت سلامت تجاری، ارتقای نظام سلامت پرهزینه و دشوار، هدر رفتن منابع - زمان و آبرو	سرعت عمل بالا، برقراری سریع عدالت، سهل الوصول با کارکنان کمتر ماهر- داوطلبان ، هزینه اثر بخش تر	تعیین خدمات محدود با گستره عمومی
حمایت بیمارستانی نیاز دارد. تجربه جمهوری اسلامی ایران و مالی	فقدان کادر ثابت از سطح میانی، روند بوروکراتیک ، برای کشورهای با رشد اقتصادی اندک و هزینه های ثابت سلامت چالش برانگیز است	مداخلات اولویت دار ادغام یافته در نظام شبکه، دارا بودن قابلیت گسترش خدمات ، ساختار حرفه ای،	تعیین بسته خدمات با توسعه تدریجی

- رویکرد خدمات محدود با گستره عمومی یک رویکرد با کوچکترین مخرج مشترک است که در آن برای همگان به مجموعه ای از خدمات سطحی و شدیداً نامطلوب دسترسی ایجاد میشود. رویکرد دوم نیاز به سرمایه گذاری وسیع و پایدار برای گسترش و نگهداری نظام بهداشتی دارد. کیفیت و پایداری در هر دو رویکرد مهم هستند. گسترش تدریجی خدمات سلامت فرصتی برای انسجام بخشی به رهبری ارائه خدمات محسوب میگردد.

- یکی از راههای افزودن پوشش همگانی ؛ تغییر فرمول تخصیص منابع است. مثل تانزانیا که در آن حجم جمعیت و میزان مرگ کودکان زیر پنجسال معیار بار بیماری و محرومیت تلقی شد و با انواعی از هزینه های ارائه خدمات روستایی و نواحی کم جمعیت تعدیل میشد. در اوگاندا نیز تخصیص بودجه PHC بر پایه شاخص توسعه انسانی و حجم جمعیت انجام میگردد. بودجه مکمل به مناطق

خاص از نظر امنیتی و یا خدماتی (فقدان دسترسی به بیمارستان یا حتی منابع انسانی متخصص) نیز اختصاص میابد. در شیلی بودجه بصورت سرانه تخصیص می یابد اما به عنوان بخشی از اصلاحات PHC با شاخص HDI شهری و ضریبی که معرف انزوا یا محرومیت است تعدیل میشود. جمعیت تحت پوشش تیم سیار نیز میتواند به عنوان ضریب محرومیت در نظر گرفته شود.

## شهرنشینی و چالش های سلامتی و راهکارهایی جایگزین برای خدمات سلامت تجاری شده

در نواحی شهری و حاشیه شهرها خدمات از نظر جغرافیایی در دسترس تنگدستان و گروههای آسیب پذیر قرار دارد، اما وجود ارائه کنندگان متنوع خدمات سلامت به این معنا نیست که چنین جمعیت هایی در برابر بیماریها محافظت میشوند یا وقتی نیاز دارند از خدمات با کیفیت برخوردارند. طبقات ممتاز تر به خدمات بهتر عمومی یا خصوصی که در ربودن منابع محدود با یکدیگر در رقابت اند دسترسی بیشتری دارند. در شهرها و به نحوی فزاینده در روستاهای بسیاری از کشورهای با درآمد کم یا متوسط از ویتنام و هندوستان تا افریقای زیر صحرا قسمت اعظم خدمات مربوط به تنگدستان توسط واحد های کوچک، کم عرض و طول، معمولاً عاری از نظم و نظارت ارائه میشود. در این واحدها هرگونه اقدام در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری مورد غفلت واقع میشود. پیشرفت به سوی پوشش همگانی که با منافع خاص افراد ارائه کننده خدمات سلامتی تجاری شده در تعارض است بسیار دشوار تر از مناطقی هست که در آنها چالش، استقرار شبکه های ارائه خدمت از پی و پایه است.

دفتر سازمان جهانی بهداشت در قاره امریکا (PAHO) پیش بینی کرده است که ۴۷ درصد از جمعیت امریکای لاتین از خدمات مورد نیاز خود محروم میمانند. دلایل کلی این پدیده نیز فقر- قومیت- جنسیت- هدایت نادرست منابع نظام سلامت ذکر شده است. در مواردی نیز اساساً نظام سلامتی نیست تا مردم را در برابر هزینه های کمرشکن درمانی یا بهره کشی مالی توسط افراد عاری از وجدان حرفه ای یا ارائه کنندگان غیر حساس محافظت نماید.

در این کشورها چون مردم به نظام سلامت اعتماد ندارند، دارای تصور رفتار بد یا رفتار تبعیض آمیز هستند، به مخارج مراقبت اطمینان ندارند، پیش بینی میکنند هزینه های درمان سنگین خواهد بود یا توان پرداخت آن را نخواهند داشت، لذا این خدمات ممکن است بی موقع- بی تاثیر غیر پاسخگو یا تبعیض آمیز باشد و به بیماران تنگدست تر درمان حقیرانه ای ارائه شود. در نتیجه پیامد های سلامت به مقدار زیادی حتی در نظام های برخوردار از منابع و نظارت کافی، برحسب طبقه اجتماعی تفاوت میکند.

## راهکارها

مدیریت این گونه محرومیت ها از خدمات نظام سلامت نقطه آغازین حرکت ایجاد یا تقویت شبکه های موجود مراقبت های اولیه دارای کیفیت است. نکته مهم این است که واحد های ارائه کننده خدمات، خدمت را با استاندارد مقبول عرضه کنند. تعداد کافی از واحد های ارائه خدمات مراقبت های اولیه که بسته خدمات پایه را با کیفیت در خور و به طور رایگان ارائه میکنند جایگزینی مهم برای خدمات زیر استاندارد و بهره کشی تجاری از بیماران خواهد شد. از این گذشته، فشار همتایان و تقاضای مصرف کنندگان ممکن است به نظم دادن به بخش تجاری و نظارت بر آن کمک نماید.

بیشتر شدن واحد های عرضه خدمات مراقبت سلامت و سرعت گرفتن حرکت به سوی پوشش همگانی، متأسفانه برای از میان بردن نابرابری های سلامت کافی نیستند.

نابرابری سلامت فقط بین فقیر و غنی نیست، بلکه در میان همه طبقات اجتماعی اقتصادی نیز به چشم میخورد. شرایط دیگری وجود دارد که در آن صور دیگری از محرومیت ها مایه نگرانی است مانند محروم ماندن جوانان، گروههای مصرف کننده مواد، افراد مبتلا به

بیماریهای با انگ اجتماعی (STIGMA) مثل اختلالات روانی و ایدز. البته بایستی نگران نابرابری در دسترسی زنان به مراقبت سلامت نیز بود بخصوص در مناطق جغرافیایی خاص و گروههای بسیار آسیب پذیر (بخصوص در مورد خشونت خانگی علیه زنان- بهره کشی جنسی- کودک آزاری و.....).

در تامین پوشش همگانی خدمات در مناطق حاشیه ای، ترتیب دادن برنامه های بازدید منزل، خدمات سیار، تسهیلات محاوره ای و مشاوره ای با گویش های محلی و رعایت ویژگی های فرهنگی، تامین امکان مراجعه در ساعات عصر میتواند مدیران عرصه سلامت را یاری دهد. این ویژگی ها اثر طبقات اجتماعی و نابرابری در دسترسی را کاهش میدهد. با این اقدامات فرصت تدوین بسته های جامع حمایتی به منظور از بین بردن سریعتر محرومیت ها در گروههای بسیار ویژه با همکاری سازمانهای حمایتی و شهرداریها فراهم میشود. ضوابط هدفمند جهت تقویت مراقبت های اولیه سلامتی یکی دیگر از راهکارهای تضمین تامین پوشش همگانی محسوب میشود. دادن یارانه به افراد مثلا کوپن استفاده از خدمات مراقبت های دوران بارداری در هندوستان ویمن- دادن پشه بند اغشته به سم در تانزانیا- دادن وسایل پیشگیری از بارداری و مراقبت از سالمندان در امریکا- پرداخت های مشروط نقدی در مواردی که نه فقط فرد توان مالی ندارد بلکه به نوعی وادار کردن وی به استفاده از خدمتی معین است مثل بعضی کشورهای امریکای لاتین، بخشی از راهکارهای مختلف در کشورهای توسعه یافته و حتی در حال توسعه میباشد. مرور نظام مند (Systematic review) در شش برنامه پرداخت مشروط نقدی نشان داده است که این یارانه بر افزایش خدمات پیشگیری و بهبود پیامد های تغذیه ای و شاخص های تن سنجی و گاهی در بهبود وضعیت سلامت موثر باشد. ضابطه های هدفمند مکمل های مفید و لازم هستند و جایگزین نیروی محرکه دراز مدت برای تضمین تامین پوشش همگانی نمیشد. البته تامین سازوکارهای حمایت از پوشش همگانی و نهادینه سازی آن خیلی مهمتر و حیاتی میباشد. هرچند ارزشیابی نظام مند روشهایی که هدف آنها پوشش محروم ماندگان باشد بسیار نادر است و تجربه های مستند بسیار معدودند و سوگیری در گزارش موفقیت امیز بودن طرحهای پایلوت کار را خرابتر میکند. سخن مشخص و معنی دار اینست که استراتژی دست یافتن به محرومان میبایست متنوع و متناسب با شرایط موجود باشد و دیگر اینکه در غیاب سیاست پوشش همگانی، یقینا هیچ ضابطه واحد برای هدف قرار دادن این گروهها و اصلاح موثر نابرابری های سلامت کفایت نخواهد داشت.

## تجربیات کشورهای موفق دنیا

### ✓ برنامه حفاظت اجتماعی هدفمند در شیلی

برنامه حفاظت اجتماعی شیلی سه جزء عمده برای بهبود شرایط افرادی که در فقر مفرط بسر میبرند دارا میباشد.

۱- حمایت مستقیم روانی و اجتماعی: کارکنان اجتماعی به خانواده ها کمک میکنند تا در آنها توان فردی و خانوادگی برای تقویت پیوند شبکه های اجتماعی و دسترسی یافتن به مزایای اجتماعی که استحقاق آن را دارند ایجاد شود.

۲- حمایت مالی: پرداخت یارانه و پرداخت مستقیم برای هزینه برق و آب

۳- تامین اولویت در دسترسی به برنامه های اجتماعی: تامین دسترسی ترجیحی اعضای خانواده ها به برنامه های پیش مدرسه- سواد

آموزی بزرگسالی- اشتغال- برخورداری از خدمات پیشگیری برای مادران و کودکان

۴- سایر برنامه های مکمل: برنامه چند بخشی مراقبت کودکان از بدو تولد تا ۱۸ سالگی، افزایش مرخصی پیش از زایمان، تامین دسترسی بهتر به خدمات مراقبتی کودک به عنوان تقویت حق مادران شاغل در شیر دادن به نوزاد (پایش رشد کودک و تامین مکمل های مورد نیاز و تغذیه های کمکی)

### ✓ سایر کشورهای موفق دنیا

برزیل با برنامه بهداشت خانواده، تایلند با طرح پوشش همگانی، مالزی و پرتغال (تامین حق دسترسی، حمایت اجتماعی و تعادل بین بیمارستان و PHC)

## بسیج برای عدالت در سلامت Mobilizing for health equity

نظام های سلامت بی کم و کاست ناعادلانه اند. خدمات بیشتر و بهتر به سمت افراد مرفه تر که کمتر از تنگدستان و افراد محروم به این خدمات نیاز دارند جریان دارد. در اصلاح پوشش همگانی و سرعت بخشیدن به تکوین عدالت در سلامت و پایداری در این مسیر دو اهرم عمده اهمیت اساسی دارند:

۱- **پرملا** ساختن بیشتر نابرابری ها به نوعی که همه از آن آگاه شوند و به گفتگوی غالب در سیاست ها تبدیل شود. پیشرفت در ارتقای سلامت مردم شدیداً به توان سنجی نابرابری ها وابسته است. مثال: افزایش مرگ بیش از حد در میان کارگران در انگلستان در ۱۸۳۰ و افشاگری ها و آشکار شدن ضعف قوانین انگلستان.

✓ آگاهی از وسعت نابرابری های سلامت، طبیعت آنها و محروم ماندگان جامعه بسیار اهمیت دارد تا بتوان اطلاعات را با دیگران در میان گذاشت و از آنها برای تعیین هدف های تغییر بهره برد.

✓ تعیین و شناخت عوامل موثر بر نابرابری های سلامت با جزئیات بیشتر

✓ پایش و ارزیابی میزان پیشرفت به سمت هدف پوشش همگانی جهت راهنمایی و اصلاح مسیر حرکت

علیرغم تعهد دراز مدت سیاستگذاران نسبت به ارزش عدالت در سلامت (۱۹۷۸-آلما آتا)، تعریف و روش اندازه گیری آن از موضوعات جدید علوم بهداشتی (۲۰۰۸) است. تا زمانی که نظام سلامت با استفاده از روش های استاندارد شده لایه بندی های اجتماعی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و..... به گردآوری داده اقدام نکند تشخیص و تعیین مقدار عددی نابرابری سلامت دشوار است و تا زمانی که ابعاد و ماهیت نابرابری شناخته نشود مدیریت آن موثر نخواهد بود. مطالعه DHS مثالی از این روند میباشد. از جمله اقدامات دولت ها در این راستا عبارتند از: ادغام نظام اطلاعات سلامت در بخش سلامت (شیلی)، افزودن جزوه های آموزشی سلامت به بررسی هزینه خانوار و مطالعات جمعیتی (اندونزی).

۲- ایجاد فضایی برای مشارکت جامعه مدنی در شکل دادن به اصلاحات در مراقبت های اولیه بهداشتی که هدفی جز اصلاح نابرابری های سلامت ندارد. پیشرفت در پوشش همگانی شدیداً به توان جنبش های اجتماعی وابسته است.

✓ لازمه تبدیل شدن دانش بدست آمده از مطالعات اجتماعی-سلامتی به تصمیمات سیاسی، وجود تقاضای سازمان یافته اجتماعی برای آن است.

✓ کمک به راه اندازی سازمانهای مردم نهاد جهت چانه زنی ها با سیاستگذاران (تشویق گفتگو با مردم جوامع آسیب پذیر و

گفتگو بین مردم در کاستاریکا، تجدید نظر در ساختار زایشگاه براساس نیاز مردم محلی در کاستاریکا)

✓ تدوین پلان های حمایت طلبی مبتنی بر شواهد جهت سیاستگذاران و مدیران ارشد دولت

## مراقبت های اولیه سلامت

### (اول مردم)

#### وجوه مختلف مراقبت سلامت

- ✓ مردم محوری
- ✓ ، جامعیت، ادغام یافته بودن، استمرار مراقبت.
- ✓ پاسخ گویی خدمات سلامت مبتنی بر ویژگی های هر جامعه و وضعیت افراد.

مردم محور بودن یعنی شکل گیری خدمت براساس نیاز و خواسته مردم، اعتماد داشتن مردم به مراقب سلامت خود، اطلاع دقیق مراقب سلامت از وضعیت افراد تحت پوشش خودش. هرچند این کار ممکن است مورد رضایت ارائه کنندگان خدمت قرار نگیرد(در اوایل) ولی با تداوم خدمات ضمن تامین رضایت خاطر کارکنان نظام مراقبت، بار کاری بخش اورژانس ۵۰ درصد و مراجعه به متخصصان تا ۳۰ درصد کاهش میابد. در دراز مدت حجم مشکلات بیماران کاهش، رضایت شغلی کارکنان افزایش و در نهایت نیاز به مراقب سلامت کاهش خواهد یافت. در نظام مراقبت مردم محور، آحاد جامعه احساس خوبی از نظام سلامت خود دارند، در این نظام، ارائه خدمات براساس نیاز آنان شکل میگیرد-مردم موتور محرکه نظام سلامت میشوند، سخن مردم شنیده میشود و به آنان احترام گزارده میشود<sup>۱۵</sup>. در این نظام، ساعات کاری واحد های ارائه خدمت متناسب با ساعات فراغت مردم بوده و حتی بعد از ظهرها نیز فعال هستند، خدمات تخصصی برای آنها در نزدیک ترین محل سکونت شان تامین شده است، طیف جامعی از خدمات بصورت فعالانه ارائه میشود(گیرنده خدمت در صورت عدم مراجعه بصورت فعال پیگیری میشود تا خدمت خود را دریافت نماید).

### جدول شماره (۲-۳) : وجوه متمایز خدمات مراقبت های اولیه سلامت سنتی در مقایسه با

#### نظام مراقبت مردم محور

عنوان خدمت		نوع خدمت
		موجود (Patient oriented)
		مردم محور (Holistic approach)
مراقبت بیماری ها	تمرکز بر بیماریهای در اولویت نظام سلامت(مثل سل، ایدز و..)	تمرکز بر نیازهای سلامت جسمی؛ روحی؛ روانی و اجتماعی فرد
نحوه ارتباط گیرنده با ارائه دهنده خدمت	محدود به زمان ارائه خدمت	ارتباط مستمر بین مراقب سلامت و فرد
زمان برقراری ارتباط	در مقاطع زمانی تعیین شده	مراقبت جامع و مداوم با محوریت فرد
مسئولیت واحد ارائه خدمت(پوشش خدمت)	در حوزه برنامه هدف اجرا شده	مسئولیت سلامت همگانی در طول حیات و در مقابله با تمام عوامل خطر تهدید کننده سلامتی
مدیریت بیماری(جامعیت خدمت)	مبتنی بر گروه سنی و جنسی هدف در ارتباط با بیماری معین	ترویج خود مراقبتی، مسئولیت پذیری و تعهد اجتماعی
ارزیابی نظام ارائه خدمات	مراقبت هدفمند موثر و کارآ	مراقبت جامع موثر، کارآ و عادلانه
برآیند نظام ارائه خدمات	تامین شاخص های مراقبتی	تامین توزیع عادلانه سلامتی (LE)

<sup>۱۵</sup> در این نظام میزان و نحوه پاسخگویی واحد ارائه کننده خدمت و مراقب سلامت برای مردم ارزشمند است، یعنی خدمت دلسوزانه و مودبانه در محیطی مناسب و در خور شان؛ با حداقل زمان انتظار، آمیخته با احترام و رعایت رازداری ارائه میشود.

## خدمات جامع و ادغام یافته مراقب سلامت

نیازها و چالش های فراوان بیماران، طیف جامعی از اقدامات نظیر تشخیص، درمان، توانبخشی، محافظتی و تسکینی را ایجاد مینماید که ممکن است بر ارتقای سلامت، مداخله های پیشگیری کننده و نیز تشخیص و درمان یا ارجاع، مراقبت های مزمن و طولانی در منزل و خدمات اجتماعی بیماران تاثیر گذارد.

پاسخ جامع و ادغام یافته (Comprehensive & Integrated response) بار مدیریتی داشته و ارزش افزوده آن مشتمل بر استفاده بهتر از خدمات، تمرکز بر خدمات پیشگیری کننده (از جمله غربالگری) و کاهش بار بیماریها (کاهش فراوانی بیماریهای با عوارض مزمن) و کاهش مراجعات به خدمات تخصصی، کاهش بستری های مکرر بیمارستانی است. جامعیت خدمات نقطه مقابل خدمات چند پارچه (Fragmented) است که فاقد کارائی و ضد بهره وری است. جامعیت به مفهوم حل کلیه مسائل سلامت مردم در یک سطح (مراقبت های اولیه سلامت) و توسط یک فرد (مراقب سلامت) نمیشود، بلکه به معنای پاسخگویی به انبوه مسائل سلامت در جامعه توسط تیم مراقبین اولیه سلامت است و اگر نتواند این خدمات را ارائه نماید، بایستی از طریق ارجاع در سطوح مختلف نظام شبکه (مراکز تخصصی تشخیصی درمانی؛ سایر خدمات درمانی و...)، خدمات درمانی دراز مدت، مراقبت در منزل، خدمات اجتماعی توسط سایر سازمانهای ذیربط تامین نماید. این نقش را معمولاً تحت عنوان دروازه بانی تیم مراقبت (Gate keeper) نامیده و مراقب سلامت این نقش مهم و ارزشمند را در نظام مراقبت های اولیه سلامت ایفا مینماید. با توجه به اینکه اختصاص دادن کارکنان به برنامه های خاص در نظام های سلامت دنیا تجربه موفق نبود و باعث چند پارگی خدمات گردید و منجر به بهبود روابط بین نظام سلامت و مردم نشد و هنوز هم این رابطه با آمدن بیمار آغاز و با رفتن او پایان مییابد و پاسخگویی و حل مشکل بیمار نظام مند نگردید. نظام مند شدن ورود مردم به نظام مراقبت های اولیه سلامت با محوریت فرد و خانواده و مسئولیت پذیری مراقب سلامت و تعهد نظام سلامت باعث بهبود کیفیت مراقبت و پیامد های بهتر خواهد شد.

لازمه مراقبت با محوریت فرد، شناخت مردم؛ تنوع رفتار افراد؛ درک همه جانبه مردمان بیمار است. یعنی ارائه کننده خدمت بایستی نگرانی های عاطفی؛ جسمی، خانوادگی و اجتماعی افراد را بخوبی بشناسد و آنها را به موازات درمان بیماری مدیریت نماید، به سخنانشان توجه کند، دلسوزی لازم را داشته باشد. این امر بخصوص در طبقات اجتماعی اقتصادی پایین باعث رفع اضطراب بیمار و دستیابی ارائه کننده خدمت (مراقب سلامت/پزشک) و بیمار به زمینه مشترک در درمان بیماری شده و پیش برنده ترکیب خدمت درمانی - پیشگیری و ارتقای سلامت با اثر بخشی مطلوب خواهد بود. این رویکرد در نهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی، افزایش اعتماد به نفس، بهبود تمکین درمانی و افزایش رضایت در بیماران شده و شناخت جنبه های روانشناختی بیمار، ادغام بهتر مراقبت پیشگیری و ارتقای سلامت توسط ارائه کننده خدمت را تسهیل خواهد کرد.

### جدول شماره (۴-۲): ویژگی های نظام ارائه خدمات جامع، یکپارچه و مداوم

ویژگی های مراقب سلامت ارائه کننده خدمات جامع، یکپارچه و مداوم	ویژگی های خدمات جامع، یکپارچه و مداوم
پذیرش مسئولیت سلامتی جمعیتی معین براساس تعریف سلامتی (جسمی؛ روانی، روحی، معنوی و اجتماعی) شناخت مردم تحت مسئولیت و شرایطی که آنان در آن به سر میبرند	مراقبت مداوم (مشروط به تداوم اطلاع رسانی، استفاده از تکنولوژی ارتباطی و..)
برنامه ریزی برقراری رابطه ای پایدار و دراز مدت بین فرد/خانوار و اولین سطح نظام سلامت و هماهنگی با سطوح بالاتر (رابطه طولی)	وجود رابطه عاطفی-درک متقابل و اعتماد بین گیرنده و ارائه دهنده خدمت (بجای رابطه مکانیکی) خدمت جنبه مراقبتی پیشگیری کننده و ارتقای سلامتی دارد و فاقد جنبه اداری و تجاری میباشد
گفتگو با بیمار و تحویل حداکثر همکاری وی با مراقب سلامت و پزشک معالج	تامین خدمات برای مردم در نزدیکترین محل سکونت آنان با کمترین هزینه و بدون مخارج ایاب و ذهاب و ازدست دادن دستمزد روزانه (بدون زمان انتظار)
ثبت سوابق بالینی و نگهداری آن، بازدید از منزل، استفاده از پتانسیل رابطین،	برنامه ریزی خدمات درمانی و مراقبتی متناسب با نیاز هر شخص
پیگیری فعال بیمار (پیامک، پیک، رابط بهداشتی، ..)	کم هزینه، کارآ، فرصت خدمت
توانایی فنی، ظرفیت سازی سازمانی و گسترش ارتباط بین سازمانی	تغییر محل ورود به نظام سلامت از بخش های تخصصی و اورژانس ها به مراقبت های پزشک عمومی سرپایی

### ویژگی های پزشکان عمومی شاغل در مراقبت های اولیه سلامت

- ✓ احتمال تشخیص بیماریهای تهدید کننده حیات در درمان سرپایی توسط پزشک عمومی بیشتر یا در حد درمان توسط متخصصان است.
- ✓ پزشکان عمومی حداقل به اندازه پزشکان متخصص به راهنمای طبابت بالینی توجه دارند، هرچند در بکارگیری آنها کندتر عمل میکنند.
- ✓ پزشکان عمومی کمتر مداخله های تهاجمی تجویز میکنند.
- ✓ پزشکان عمومی کمتر از پزشکان متخصص دستور بستری بیمارستانی میدهند.
- ✓ پزشکان عمومی بیشتر بر خدمات پیشگیری تمرکز دارند.
- ✓ در مجموع رفتار های پزشکی عمومی در مقایسه با پزشکان متخصص سبب کاهش کلی هزینه ها برای دستیابی به پیامد های مشابه و رضایت بیشتر بیماران میشود.
- ✓ شواهد برگرفته از مقایسه کشورهای پردرآمد نشان میدهد که افزایش نسبت کارکنان عمومی در درمان سرپایی با کاهش کلی هزینه ها و درجات بالاتر از رتبه بندی کیفی همراه است. برعکس کشورهایی که اتکای خود را به متخصصان افزایش داده اندف سنجش پیامد ها در بین مردم نشان میدهد که پیامد ها ثابت یا حتی کاهش یافته، رضایت مردم از خدمات کاسته شده و منجر به جدایی مراقبت سلامت و خدمات اجتماعی شده است.



## جنبه های اجتماعی سلامت موضوع مورد غفلت نظام سلامت

- ✓ مردم انتظار دارند کارکنان سلامت رنج ها و تنگناهای اجتماعی آنها را درک کنند
- ✓ جنبه های اجتماعی بیماریهای مختلف معمولا مورد غفلت ارائه کنندگان سلامت قرار میگیرند
- ✓ صاحبان حرف بالینی به ندرت به نگرانی ها؛ باورها و شناخت بیماران خود از بیماری توجه میکنند.
- ✓ پزشکان روند مدیریت بیماری را با بیمار در میان نمیگذارند و ابعاد پیچیده انسانی و محیطی که در آن بسر میبرد را که در اثربخشی مراقبت نقش حیاتی دارد فراموش میکنند.
- ✓ نظام سلامت فاقد دستورالعمل ها، راهنمای بالینی و مدیریت سورویالانس آسیب های اجتماعی است
- ✓ کارکنان نظام سلامت معمولا برای مدیریت کاهش آسیب های اجتماعی آموزش ندیده اند، مهارت لازم را ندارند و از ورود به این مقوله اکراه دارند
- ✓ بیماران به مراقب سلامتی نیاز دارند که بتوانند با آنان ارتباط برقرار کنند و و به جمعیت تحت پوشش خود در تصمیم گیری های آگاهانه کمک نمایند. استراتژی های برقراری رابطه مستقیم و مستحکم بین مردم و مراقب سلامت را میتوان در موارد ذیل خلاصه کرد:
  - الف) ایجاد ظرفیت در خانوار و فرد برای سالم ماندن، اتخاذ تصمیم های درست ، انتخاب رفتاری صحیح در برخورد با اولویت ها
  - ب) افزایش آگاهی شهروندان در باره حقوق شان، نیازها و مشکلاتشان
  - ج) تقویت پیوند حمایت اجتماعی در جامعه و با نظام سلامت از طریق سمن ها و سایر پتانسیل های اجتماعی نظیر شورایاری محله
- ✓ بهبود کیفیت زندگی از طریق کاهش بروز آسیب های اجتماعی از جمله خشونت ها با ارائه خدمات مشاوره ای- توانمند سازی و حمایتی نظام سلامت
- ✓ الزام به آشنایی ارائه کنندگان خدمات از بروز و شیوع انواع آسیب های اجتماعی و خشونت های روا داشته شده بر علیه زنان و کودکان، اطلاع از انواع مداخلات، زمان مداخله و بهترین شیوه مداخله و اهتمام به تغییر نگرش، رفتار و عملکرد مردان
- ✓ استقبال ارائه کنندگان (پزشکان) از شکستن مرزهای سنتی میان خدمات درمانی-پیشگیری-ارتقای سلامت و ارائه خدمت ادغام یافته و بیمار محوری (و نه بیماری محوری) در کشورهای مختلف

## چشم انداز کلی سازماندهی مراقبت ها

به منظور تامین زیر ساخت های لازم سازمانی جهت تحقق بخشیدن به اهداف نظام سلامت و احیای مراقبت های اولیه سلامت، تغییر محل ورود به خدمات نظام سلامت از کلینیک های تخصصی به مراقبت های اولیه سلامت در نزدیکترین محل زندگی مردم است. صحت این یافته های بدست آمده در مطالعات کشورهای مختلف و همچنین مطالعات بین المللی اثبات شده است. واگذاری مسئولیت سلامت ساکنین جامعه با تعیین محدوده جغرافیایی و یا محدوده جمعیتی مورد توافق وجه دیگری از این نظام است. در این وجه تمام افراد سالم و بیمار ، آنهایی که مراجعه میکنند و آنهایی که مراجعه نمیکند مورد توجه و پیگیری ارائه کنندگان قرار میگیرد.. در این خصوص مسئولیت تیم سلامت در قبال سلامت و رفاه افراد تحت پوشش بصورت دقیق تعیین میشود. به موازات واگذاری مسئولیت

تعریف شده در قبال سلامت جمعیتی کاملا مشخص در حوزه جغرافیایی معین همراه با سازوکارهای اداری و مالی توأم با مسئولیت پذیری مقررات جدید نیز ابلاغ میگردد. تغییرات اعمال شده در نظام ارائه خدمات چیزی جز جامعیت خدمات ادغام یافته (Comprehensive & Integrated) و ارائه فعالانه این خدمات (در مقابل خدمات انفعالی) به تمامی آحاد جامعه در تمام جغرافیای تحت مسئولیت مراقب/ تیم سلامت است. مسئولیت افراد و نظام سلامت نیز فعالانه بوده و بایستی معطوف به بهبود پیامد ها باشد.

در این ساختار کارکنان سلامت به سراغ مردم در هر جایی که هستند؛ محل سکونت، محل کار؛ تحصیل؛ پاتوق های افراد دارای رفتارهای پرخطر و... میروند. کارکنان سلامت بایستی توانمندی ها و ظرفیت های موجود جامعه تحت مسئولیت خود را خوب بشناسند (داوطلبان سلامت و سمن ها) ویژگی های جامعه شناختی (قومیت، تابو ها، باورها...) آنها را مطالعه کنند و موانع فرهنگی و اجتماعی بهره مندی و عدم بهره مندی از خدمات را کشف کنند و برای پوشش خدمات برنامه ریزی کنند.

در این ساختار تیم سلامت ناچار از جلب همکاری و مشارکت سازمانهای حمایتی و امدادی جهت دست یافتن به گروههای جمعیتی منزوی، محروم و آسیب پذیر است.

تیم مراقبت های اولیه سلامت متشکل از پزشک، کارشناسان مراقب سلامت، ماما و سایر کارکنان به عنوان کانونی برای هماهنگی های اجرایی جهت ایفای مسئولیت در قبال سلامت جسمی روحی- روانی معنوی و اجتماعی مردم خواهد بود. تصویر کلاسیک مراقبت های اولیه سلامت بر پایه PHC به شکل هرمی خواهد بود که بیمارستان شهرستان در راس هرم و مجموعه مراکز و واحدهای عمومی که موارد را به سطوح بالاتر ارجاع میدهند در قاعده قرار دارند. در نظام سنتی کارکنان از نقش سطح بالاتر و خدمات ارائه شده به فرد ارجاعی کمترین اطلاع را دارند ولی در ساختار احیا شده PHC، تیم سلامت مسئولیت تمام و کامل سلامتی را عهده دار بوده و در جریان تمامی اجزای خدمتی قرار دارد که فرد دریافت میکند.

نقش دروازه بانی تیم سلامت (Gate keeper) هرم مراقبت اولیه را به شبکه ای تحویل میدهد که رابطه بین افراد و سازمانهای محلی بر پایه حسن همکاری و هماهنگی شکل گرفته و تیم سلامت به عنوان رابطی میان جامعه و دیگر سطوح نظام اجتماعی (از جمله سلامت) تبدیل میشود. نقش هماهنگی بین بخشی قابل تسری به همکاری با سازمانهای رسمی غیردولتی نیز میتواند باشد که سازوکارهای خاص خود را طلب میکنند. به عنوان مثال گروه (خودیار) همسانان (گروه بیماران دیابتی، گروه بیماریهای قلبی، گروه صرعی ها، انجمن مادران باردار و...) از بین افراد همسان تشکیل و بدون الزام به ثبت رسمی فقط از طریق راهبری مراقب سلامت منطقه و با استفاده از شبکه های ارتباطی میتوانند ضمن پذیرش اعضای جدید راهنمایی ها و آموزش های مستمر به اعضای گروههای هدف ارائه نمایند. این شبکه ها میتوانند با اهداف متعدد و با اعضای اختصاصی (از جمله مراقبین سلامت یا خانواده بیماران مزمن صعب العلاج) در سطح یک شهر یا استان با هم مرتبط شده و اقدامات و ابتکارات و مشکلات اجرایی را به اشتراک گذارند. برقراری روابط سازماندهی شده بین مراقبین سلامت و گیرندگان خدمات به اطمینان بخشی و استحکام رابطه بین نظام سلامت و جامعه کمک خواهد کرد. پرواضح است که سازماندهی این روابط بایستی تحت مدیریت واحد باشد تا ضمن حفظ و ارتقای کارایی از استمرار اثر بخشی آن اطمینان حاصل شود.

استمرار خدمات مراقبت سلامت (Sustainability) جزء مهم دیگری است که با نظام ثبت اطلاعات و سوابق سلامتی افراد تحت مسئولیت مراقب سلامت شکل میگیرد که بایستی مورد توجه جدی واقع شود. این نظام (HIS) حتی المقدور بایستی از بستر الکترونیک استفاده نماید. داده های سلامت بایستی بطور مستمر و منظم ثبت و به هنگام ارجاع به سطوح دیگر و یا انتقال از واحدی به واحد دیگر نیز منتقل گردد.

# فصل سوم

## منابع مالی در نظام سلامت<sup>۱۶</sup>

---

<sup>16</sup> شاکله اصلی این فصل کتاب تامین منابع در نظام سلامت به سوی پوشش همگانی (گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۱۰) ترجمه ی سید مرتضی ادبانی و همکاران است که حسب مورد از منابع مختلف دیگر نیز استفاده شده و در هر مورد، منبع مورد استفاده نیز درج گردیده است.

## تامین منابع در نظام سلامت به سوی پوشش همگانی

امروزه مردم در بسیاری از کشورهای جهان موضوع «سلامت» را پس از دیگر نگرانی های اقتصادی خود همچون بیکاری، دستمزدهای پایین، هزینه های بالای زندگی و ... از اولویت های اصلی می دانند. در جوامع بشری «شرایطی که افراد در آن رشد، زندگی و کار می کنند و پیر میشوند» به صورت موثر بر چگونگی زندگی و مرگ آنها تاثیرگذار است و بر همین اساس آموزش، مسکن، غذا و اشتغال همه و همه بر مقوله سلامت تاثیر می گذارند و رفع نابرابری در این امور، بی عدالتی در حوزه سلامت را نیز کاهش می دهد.

در این میان دسترسی به موقع افراد به خدمات سلامت یعنی مجموعه ای از خدمات پیشگیری، درمان و توانبخشی و بهره مندی آنان از این خدمات، بسیار مهم و ضروری است درحالی که این امر تنها برای قشر محدودی از جامعه میسر بوده و برای فراگیر شدن آن لازم است تا نظام تامین مالی بخش سلامت عملکرد مناسبی داشته باشد.

در سال ۲۰۰۵ میلادی تمام اعضای سازمان جهانی سلامت (WHO) متعهد شدند تا نظام تامین مالی را به منظور دسترسی کل مردم به خدمات سلامت توسعه دهند به گونه ای که افراد هنگام پرداخت هزینه ها مشکلی نداشته باشند. این هدف تحت عنوان «پوشش همگانی» و گاهی نیز «پوشش همگانی سلامت (UHC)» نامیده می شود.

برای تحقق این آرمان اصلاح گرایانه در نظام های سلامت دولت ها باید سه چالش اساسی مشتمل بر نحوه تامین مالی نظام بیمه سلامت، حفاظت از مردم در برابر هزینه های بیماری و بهره مندی بهینه از منابع موجود مالی را برطرف نموده و ابزارهای قابل اعتمادی برای کنترل و ارزیابی نیل به اهداف معرفی نمایند.<sup>۱۷</sup>

مهمترین سوال در این مقطع عبارت از این است که نظام سلامت و دولت در کجای این مسیر قرار دارد.

علیرغم مصوبه سال ۲۰۰۵ مجمع جهانی سلامت، شواهد موجود نشاندهنده شکاف های پوششی در بین طبقات اجتماعی اقتصادی جوامع میباشد. بخشی از این شکاف های پوششی عبارتند از:

- متفاوت بودن دامنه تولد نوزاد توسط متخصص زنان و مامایی از کمتر از ۱۰ درصد تا ۱۰۰ درصد

- بهره مندی سطح بالای زنان ثروتمند از خدمات تخصصی در مقابل محرومیت زنان بی بضاعت از همان خدمات

<sup>۱۷</sup> مصوبه شماره ۵۸،۳۳ مجمع جهانی سلامت از سال ۲۰۰۵ میلادی اعلام می دارد که همه افراد باید به خدمات سلامت دسترسی داشته و نباید برای پرداخت هزینه های درمان متحمل سختی شوند.

- استفاده بیش از ۲۰ برابری زنان ثروتمند نسبت به زنان فقیر، از خدمات متخصصین زنان و زایمان

- طولانی بودن عمر کودکان پولدار از کودکان فقیر

- تحمیل فشار اقتصادی سالیانه بر روی بیش از ۱۱ درصد از جمعیت به دلیل هزینه های بالای درمان و دچار فقر شدن

بیش از ۵ درصد از جمعیت

- گرفتار شدن سالانه ۱۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان به مشکلات کمر شکن درمانی و رانده شدگی ۱۰۰ میلیون

نفر به زیر خط فقر (Below the poverty line)

- تاثیر گذاری از دست رفتن درآمد مالی افراد بیمار (به دلیل بیماری) هم بر بیمار و خانواده وی و هم بر مراقبت

کنندگان وی

- امکان حفظ جان بیش از ۷۰۰ هزار زن با حذف شکاف پوشش خدمات بین افراد فقیر و غنی در ۴۹ کشور کم

درآمد دنیا (۲۰۱۵-۲۰۱۰) و نجات جان بیش از ۱۶ میلیون کودک زیر ۵ سال از مرگ با واکسیناسیون معمولی

- پایین بودن شاخص های پوشش جامع تامین اجتماعی مشتمل بر انواع حفاظت از ریسک مالی، ابعاد گسترده

جایگزین درآمد و حمایت اجتماعی در مواقع بیماری (در کشورهای با درآمد متوسط ۶۰-۲۰ درصد و در کشورهای

افریقای و جنوب آسیا ۱۰-۵ درصد)

سه چالش اساسی که کشورها را از رسیدن به پوشش همگانی باز میدارد عبارتند از:

۱- دسترسی به منابع. صرف نظر از میزان ثروت، کشوری وجود ندارد که بتواند دسترسی سریع همه افراد به هر نوع تکنولوژی و

اقدامات درمانی را برای ارتقای سلامت و افزایش طول عمرشان تضمین نماید.

۲- استفاده نادرست و غیرمنصفانه از منابع. هدررفت سالیانه ۴۰-۲۰ درصد منابع نظام سلامت

۳- تاکید بیش از حد بر پرداخت های مستقیم (قانونی یا غیرقانونی بصورت زیرمیزی) در زمان بیماری که میلیون ها نفر از مردم را از دریافت خدمات سلامت در زمان نیاز محروم می کند.

هرچند طی دهه گذشته، بسیاری از کشورهای کم درآمد و متوسط (از جمله کشورهای برزیل، شیلی، چین، مکزیک، گابن، روآندا و تایلند) و با درآمد بالا مثل آلمان<sup>۱۸</sup> برای حل سه مشکل مذکور اقدامات خوبی انجام داده اند، ولی انتظارات بین المللی از برخی کشورهای فقیر بدون حمایت های مالی کوتاه مدت غیرواقعی خواهد بود. از جمله به منظور حصول اطمینان از دسترسی به کمک های اساسی برای بیماریهای فردی در ۴۹ کشور کم درآمد، به طور متوسط نیازمند به پرداخت کمی بیش از ۶۰ دلار آمریکا حق سرانه تا سال ۲۰۱۵ برآورد شده بود که اخیرا آنها بیش از ۳۲ دلار می پردازند.

اولین گام در تامین پوشش جامع همگانی اطمینان از منابع مالی تامین شده و استمرار آن در سالهای بعدی میباشد. بدیهی است با ارتقای نظام سلامت، تقاضا برای کسب خدمات بیشتر با کیفیت بهتر با افزایش پیشگیری از خطرات مالی افزایش خواهد یافت. همین امر ایجاب مینماید سرمایه گذاری در بخش سلامت افزایش یابد. در این قسمت عناوین روشهای مختلف افزایش منابع نظام سلامت مورد اشاره قرار میگیرد.

الف) افزایش نقدینگی حوزه سلامت تا حد کفایت

ب) حذف موانع مالی در بهره مندی از خدمات سلامت و کاهش خطرات مالی

ج) استفاده بهینه از منابع موجود

### الف) افزایش نقدینگی حوزه سلامت تا حد کفایت

۱- بهبود اثر بخشی جمع آوری مالیات (مثل اندونزی که نظام مالیاتی را بطور مستقیم به هزینه کرد دولت در بخش سلامت مرتبط ساخته است).

۲- اولویت بندی مجدد بودجه های دولتی براساس تعهدات بین المللی از جمله تخصیص ۱۵ درصد بودجه عمومی به بخش سلامت و افزایش آن

۳- ابتکارات و نوآوریها در تامین منابع مالی

- اخذ مالیات از بلیط هواپیما- خرید و فروش ارزهای خارجی- دخانیات - الکل - مکالمات تلفنی - ...

<sup>۱۸</sup> جمعیت کشور آلمان روبه سالمندی است و قشر حقوق بگیر آن به عنوان بخشی از کل جمعیت، کاهش یافته است. برای دولت دشوار است که نظام بیمه درمان اجتماعی را طبق روال گذشته از منابع مشارکت مبتنی بر دستمزد تامین نماید. دولت برای حل این مشکل، وجوه اضافی را از درآمدهای عمومی به بخش سلامت تزریق می کند

- اخذ مالیات مشترک از تولید و خدمات

- اخذ مالیات از تولیدات محصولات تهدید کننده سلامتی مشتمل بر دخانیات- تنباکو- الکل- نوشابه های گازدار حاوی شکر - مواد غذایی فرآوری شده حاوی افزودنی های خطرناک<sup>۱۹</sup>

### ب) حذف موانع مالی در بهره مندی از خدمات سلامت و کاهش خطرات مالی

امروزه میلیون ها نفر به دلیل مخارج خدمات سلامت در زمان دریافت خدمات از آنها بی بهره اند و بسیاری از افرادی که از خدمات استفاده می کنند به مشکلات مالی برمی خورند و یا حتی به دلیل پرداخت هزینه های خدمات سلامت به سمت فقر مالی سوق داده می شوند. مردمی که از فقر مالی در رنج میباشند معمولاً بین ریسک مالی خرید خدمات سلامت و تامین مایحتاج روزمره زندگی از قبیل غذا-تحصیل فرزندان دومی را انتخاب میکنند و این امر بسان شمشیر دولبه ای است که بازهم خانواده را به سمت فقر سوق میدهد. تامین هزینه های خدمات سلامت بدون در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی افراد توزیع هزینه هارا در چرخه زندگی غیرممکن ساخته و خطر هزینه های کم‌رشدن و فقر مالی را افزایش میدهد. تقریباً در تمام کشورها برخی از پرداخت های مستقیم تحت عنوان مشارکت در هزینه اجباری میباشد و این میزان در کشورهای فقیرتر، سهم بیشتری از کل هزینه ها را شامل می شود. در سال ۲۰۰۷ بهترین نمونه ها در ۳۳ کشور کم درآمد دیده شد، که بیش از ۵۰ درصد کل هزینه های حوزه سلامت را پرداخت مستقیم از جیب مردم تشکیل می داد.

محاسبات نشان میدهند تنها زمانی که پرداخت های مستقیم ۱۵ تا ۲۰ درصد کل هزینه درمان را در برگیرد، وقوع فاجعه مالی و فقر به کمترین سطح خواهد رسید. هدفی که کشورهای ثروتمند تر امیدوارند به آن دست یابند. تجربیات کشورهای مختلف حاکی است که:

اولاً، در هر کشوری گروهی از جمعیت، فقیرتر از آن است که بتواند از طریق مالیات بر درآمد و با حق بیمه ها مشارکت داشته باشد. این اقشار، نیازمند دریافت یارانه از محل صندوق های تجمیع علی الخصوص مالیات های دولتی می باشند. چنین کمکی را می توان از طریق دسترسی مستقیم به خدمات تحت پوشش دولت یا از طریق تخصیص یارانه به حق بیمه های آنان ارائه داد.

<sup>۱۹</sup> مالیات بر این مواد دارای سود دو جانبه است. در کشورهای مورد مطالعه با افزایش قیمت خرده فروشی مثلاً ۴۰ درصد در الکل، درآمد مالیاتی بیش از سه برابر شده و مصرف این محصولات به میزان ۱۰ درصد کاهش مییابد.

ثانیا، مشارکت ها می بایست اجباری باشند. در غیر این صورت افراد غنی و سالم از گردونه پرداخت خارج شده و سرمایه کافی برای تحت پوشش قراردادن نیازهای افراد بیمار و فقیر وجود نخواهد داشت

ثالثا، تجمع های که نیازهای درمان و سلامت تعداد کمی از افراد جامعه را تحت پوشش قرار می دهند، در طولانی مدت دوام ندارند، چرا که چند فقره از بیماریهای پرهزینه، آنها را از دور خارج خواهد کرد.

درخصوص چگونگی افزایش حفاظت مالی از جامعه توام با کاهش موانع بهره مندی از خدمات روش های مختلفی پیشنهاد شده است. در این خصوص سیاستهای کلی بایستی مشتمل بر موارد زیر باشند:

بایستی نظام مالی همه افراد، اعم از فقیر و غنی را تحت پوشش قرار دهد، حتی اگر لیست خدمات و نسبت هزینه های تحت پوشش صندوق های تجمع نسبتا کم باشد. خدمات در دسترس مردم قرار داشته باشد. 20 درصد از هزینه در قبال خدمت موجب ارائه بیشتر خدمات به افرادی است که توان پرداخت هزینه ها را دارند و یا افرادی که هزینه های آنها از طریق صندوق های تجمع پرداخت می شود و سبب ارائه خدمات کمتر به افرادی است که توانایی پرداخت ندارند. بدیهی است که استراتژی پرداخت هزینه در بخش سلامت، فرایندی است که همیشه در حال انطباق با شرایط می باشد و هرگز یک فرایند خطی و یک وجهی نیست.

مهمترین سیاست های کاری در این خصوص رویکرد خرید استراتژیک و یا خرید فعال (خرید خدمات براساس نیاز افراد) در مقابل خرید سنتی است که ارائه کننده خدمت هزینه خدمات را دریافت میکند. یکی از اقدامات اساسی در جهت کاهش مشکلات مالی ایجاد شده به دلیل پرداخت در قبال خدمات سلامت، جایگزین نمودن روش پیش پرداخت به جای روش پرداخت مستقیم هنگام دریافت خدمات می باشد. این روش تجمع سرمایه ها باعث بهبود و افزایش دسترسی به خدمات مورد نیاز می باشد و ریسک مالی بیماری را در میان کل جمعیت توزیع می کند.

<sup>۲۰</sup> مردم درمان بیماریهای مزمن را به طور کامل پیگیری نمی کنند که مهمترین دلایل آن هزینه های ایاب و ذهاب، درآمد از دست رفته جهت درمان و هزینه های تحمیل شده برای خدمات میباشند علاوه بر آن اگر خدمات در دسترس و نزدیک نباشند، مردم نمی توانند از آنها استفاده کنند حتی اگر خدمات کلا رایگان باشند.



روشهای از بین بردن موانع دسترسی

۱- پرداخت مشروط (پرداخت به افراد در قبال اقدامات مرتبط با سلامتی خودشان)

پرداخت سرانه با مبلغ ثابت و تسهیلات معین به یک ارائه کننده خدمت

- پرداخت موردی (به عنوان مثال برای مدیریت درمان یک بیماری مهم از نظر بهداشت عمومی)

- پرداخت هزینه های جاری از قبیل ایاب و ذهاب، پرداخت در قبال دریافت خدمات سلامت مراقبتی (عمدتا زنان خانه دار فقیر)

با افزایش پیش پرداخت و تجمع، بودجه بخش سلامت افزایش و اتکاء به پرداخت های مستقیم کاهش یافته و از منابع موجود به شکل موثرتر و منصفانه تر استفاده میگردد.

سرمایه گذاری در حوزه سلامت تنها یک وسیله برای نیل به هدف است و خود به تنهایی هدف محسوب نمی شود.

ارائه خدمات سلامت هزینه دارد پزشکان، پرستاران، داروسازان و کارکنان بیمارستان ها از عواملی اند که در حوزه خدمات سلامت فعالیت می نمایند و می بایست در قبال خدمات آنها مبالغی پرداخت نمود.

امروزه هزینه های پرداختی سالیانه جهانی در بخش سلامت در حدود ۵/۳ تریلیون دلار است از طرفی هنوز بیماری های مسری در بخش هایی از دنیا شیوع بالایی داشته و بیماری های غیر مسری (بیماران خاص از جمله بیماران قلبی، سرطانی ها و بیماریهای حاد دیگر) نیز افزایش روز افزون دارد که همه اینها باعث افزایش روزانه هزینه های درمان می شوند.

این در حالی است که ادامه این روند باعث ارتقا شرایط دارویی، درمانی و امور پزشکی پیچیده و همچنین افزایش میزان هزینه برای معالجه می شود. بنابراین، منطقی به نظر می رسد که کشورهای پیشرفته و غنی تر به نحو مطلوب تری قادر به فراهم نمودن تسهیلات درمانی برای افراد جامعه باشند. کشورهایی که به پوشش همگانی نزدیک شده اند، بودجه بیشتری را در حوزه سلامت صرف می نمایند. به عنوان مثال کشورهای OECD صرفاً ۱۸ درصد جمعیت جهانی را تشکیل می دهند اما ۸۶ درصد هزینه های سلامت جهانی به آنها تعلق دارد. تعداد کمی از کشورهای OECD سالیانه کمتر از ۲۹۰۰ دلار به هر نفر تخصیص می دهند اما باید توجه نمود که همواره میزان درآمد کم کشورهای مختلف باعث تخصیص کمتر بودجه به بخش سلامت نمی گردد. نمونه آن کشوری مانند تایلند است

بیش از ۱۱ درصد از افرادی که بعلت بیماری از خدمات بهداشت و سلامت بهره مند می شوند به مشکلات مالی برمی خورند و ۵ درصد نیز با فاجعه مالی مواجه می شوند.

فاجعه مالی در همه کشورها در کلیه سطوح درآمدی اتفاق می افتد اما به طور گسترده ای در زمان وجود پرداخت های مستقیم برای خدمات سلامت افزایش می یابد.

سالانه حدود ۱۵۰ میلیون نفر در پرداخت هزینه های سلامت با فاجعه مالی مواجه می شوند در حالی که حدود ۱۰۰ میلیون نفر از آنها به زیر خط فقر سوق داده می شوند.

سیستم های مالی می بایست بصورت خاص برای نیل به موارد ذیل طراحی گردند:

- تسهیل دسترسی همه اقشار به خدمات سلامت کیفی و موثر مورد نیاز ( اعم از پیشگیری- ارتقاء سلامت- درمان و توانبخشی)
- حصول اطمینان از اینکه استفاده از خدمات، فرد استفاده کننده را به مشکلات مالی نیندازد.

همه کشورها برای حفظ و بهبود سلامت، با افزایش میزان تقاضا برای دریافت خدمات بهتر، خطرات بیماری و افزایش فهرستی از فناوری های گران قیمت پزشکی و دارویی مواجه می شوند سرعت افزایش مداوم و مستمر هزینه ها بیشتر از سرعت رشد میزان درآمدهای ملی می باشد و به همین جهت دولت ها همیشه درگیر جلوگیری از افزایش هزینه ها هستند

دو عامل اساسی در پوشش همگانی تمرکز بر استطاعت مالی در استفاده از خدمات سلامت و حفاظت مالی افراد در زمانی که ریسک مالی ناشی از درمان آنها را تهدید می کند میباشد.

کاهش پرداخت های مستقیم، شاخص اصلی پیشرفت در راستای نیل به پوشش همگانی محسوب می شود در بعضی مواقع مطالعات در سطح کشور میزان ایجاد فاجعه مالی در قشر فقیر را پایین گزارش می کند زیرا این افراد به دلیل فقر کلا از استفاده از خدمات بهداشتی چشم پوشی می کنند بنا بر این شاخص مهم، صحت سیستم مالی حوزه سلامت، میزان دسترسی و استفاده افراد از خدمات سلامت می باشد. هرچند در تمام کشورها میان فقرا و اغنیا تفاوت وجود دارد، فقط میزان این تفاوت متغیر است ولی برخی بررسی ها حاکی از استفاده دو برابری افراد مرفه از خدمات سلامت و مقایسه با افراد فقیر می باشد این در حالیست که افراد فقیر بیش از مرفهین به این خدمات نیازمندند.

برای نیل به پوشش همگانی باید سه نکته اساسی را در نظر داشت:

- ۱- سیستم های سلامت در واقع مجموعه « سیستم های تطبیقی پیچیده ای»<sup>۲۱</sup> هستند که رابطه اجزای آنها قابل پیش بینی نیست و به صورت تصادفی با هم ارتباط دارند.
- ۲- طراحی یک برنامه در راستای نیل به پوشش همگانی در کشورها مستلزم بررسی وضعیت موجود می باشد.
- ۳- سیاستگذاران باید تصمیم بگیرند که در طولانی مدت چه میزان از هزینه های سلامت از محل صندوق های تجمیع پرداخت گردد و چگونه بین میزان جمعیت، میزان خدمات و هزینه های تحت پوشش توازن ایجاد کنند.

<sup>۲۱</sup> complex adaptive systems

لازم به یادآوری است که هیچ کشوری (مهم نیست که چقدر ثروتمند باشد) قادر به تامین هزینه های بخش سلامت همگانی، با هر نوع تکنولوژی یا نوآوری که ممکن است باعث بهبود سلامت یا افزایش طول عمر گردد، نمی باشد.

سه روش برای افزایش صندوق های مضاعف یا تنوع منابع بودجه وجود دارد:

- اولویت دهی به حوزه سلامت در صرف هزینه های موجود خصوصا در بودجه دولتی

- یافتن منابع جدید یا متنوع از محل هزینه های داخلی

- افزایش حمایت های مالی خارجی

دو روش اساسی در افزایش سرمایه داخلی در بخش سلامت وجود دارد: یکی تخصیص بیشتر منابع مالی موجود به بخش سلامت، همان گونه که در بخش قبلی در مورد آن بحث شد و دیگری یافتن روش های جدید برای افزایش سرمایه یا تنوع منابع

جمع آوری مالیات و مشارکت اثربخش بیمه، به طور موثرتری باعث افزایش صندوق های مضاعف می گردد. بهبود تجمیع درآمد موضوعی است که شاید همه کشورها باید به آن توجه کنند.

گزینه های داخلی برای سرمایه گذاری ابداعی:

مالیات ویژه بر شرکت های بزرگ و انتفاعی - مالیات بر معاملات خارجی در بازارهای نقدی - مالیات های غیر مستقیم بر تنباکو: مالیات های غیر مستقیم بر الکل - مالیات های غیر مستقیم بر غذای ناسالم (شکر، نمک) - مالیات غیر مستقیم بر مواد غذایی ناسالم و محتویات آن - مالیات بر صنعت گردشگری: مالیات بر صنعت گردشگری به طور گسترده بر فعالیت های مرتبط با گردشگران بین المللی وضع می شود.

صندوق های اجباری پیش پرداخت، به جای آنکه به صورت مستقل و جداگانه تشکیل شوند بهتر است به طور مطلوب با هم ادغام شده و تبدیل به یک صندوق شوند. با کاهش صندوق های پراکنده، پتانسیلی قوی برای ایجاد حمایت مالی به وجود می آید که دستیابی به اهداف عدالت محور را محقق می سازد.

موضوع اصلی در بخش اجرای نظام سلامت، روش و نحوه پرداخت در ازای دریافت خدمات سلامت است

در ۳۳ کشور، پرداخت مستقیم در هنگام بیماری، روش اصلی نحوه پرداخت محسوب شده و تخمین زده می شود که در ۷۵ کشور دیگر نیز، ۲۵ درصد از کل تامین منابع مالی در بخش سلامت را همین روش تشکیل می دهد

پرداخت مستقیم هزینه های درمانی هر چند اندک، ممکن است موجب بروز افزایش خود درمانی های نامناسب، مصرف نادرست (به عنوان مثال استفاده از داروهای تاریخ گذشته یا غیر استاندارد و یا کامل نکردن دوز مصرف دارو) و یا به تعویق انداختن دریافت مشاوره پزشکی ضروری با متخصص در ابتدای بیماری شود.

روش پرداخت های مستقیم، غیر عادلانه ترین روش برای تامین بودجه بخش سلامت است.

با وجود نواقص موجود در روش پرداخت مستقیم به عنوان یک سیستم تامین مالی بخش سلامت، این پرسش مطرح است که چرا روش مذکور تا این اندازه رواج دارد؟

دلیل اول: برخی از دولت ها نمی خواهند در بخش سلامت هزینه کنند و تاکید زیادی بر تامین منابع مالی از طریق این روش دارند. این روش باعث ایجاد شکاف بین پوشش خدمات ضروری و پوشش خدمات دولتی میشود.

دلیل دوم: در مناطقی از جهان که بودجه ای برای ارائه امکانات درمانی وجود ندارد و یا بودجه دولتی به صورت نامنظم به آنها تخصیص داده می شود روش پرداخت مستقیم فرصتی را برای بهره برداری از منابع فراهم می کند. در این موقعیت مردم نیاز بیشتری به دریافت خدمات دارند ولی به آن دسترسی نداشته و تهدیدی برای آنان محسوب میشود (تجربه کنگو).

دلیل سوم: روش پرداخت مستقیم در زمان بروز بحران های اقتصادی که به نظر گزینه جذابی می آید. در سالهای بعد از ۱۹۷۰ و اوج رکود اقتصادی جهانی، کشورهای در حال توسعه برای اولین بار تامین دستمزد ارائه کنندگان خدمات درمانی در مراکز دولتی را از روش پرداخت مستقیم تجربه نمودند. بحران های مالی سبب سیاست های تعدیل ساختاری شد و هزینه های دولتی را محدود نمود. در این زمان پیشنهاد شد افزایش قیمت خدمات ممکن است راهی برای ایجاد درآمد تکمیلی مورد نیاز فراهم نموده، مصرف زیاد را کاهش و ارائه خدمات کم بهاء و هزینه اندک را تقویت نماید (مثال روش پرداخت باماگو در کشورهای افریقای). این رویکرد، تفکر و تجربه هر چند دسترسی به خدمات و برخی داروها را در برخی زمینه ها افزایش داد ولی از طرف دیگر در قشر فقیر مانعی برای دسترسی به خدمات ایجاد نمود و روشی برای کنترل قیمت نشد و برعکس عمل نمود.

### کارایی معافیت از هزینه ها

در بیشتر کشورهایی که نظام پرداخت سیستم سلامت مستقیم است ممکن است برخی از خدمات کم هزینه و ساده در گروههای خاص نظیر زنان و کودکان بصورت رایگان ارائه شود (بروندی، سنگال). در کشوری مثل آلمان ارائه برخی خدمات براساس درآمد افراد کمک هزینه پرداخت میشود و در کشور فرانسه برای اقشار فقیر و بی بضاعت بیمه تکمیلی رایگان در نظر گرفته میشود. ارزیابی ها نشان میدهد ارائه رایگان خدمات سلامت در کشورهای با درآمد پایین کارایی کمتری دارد. نتایج مطالعات کامبوج نشان میدهد بکار بردن روش معافیت از پرداخت هزینه های درمانی در حال حاضر کمتر اثر بخش است (بدلیل قطع کارانه کارکنان نظام سلامت با رایگان شدن خدمات) و جایگزینی آن با منابع حاصل از صندوق های عدالت در سلامت که توسط خیرین راه اندازی و حمایت میشود باعث

بهبود استفاده از خدمات توسط افراد فقیر گردید. تجربیات مشابهی در کشورهای پاکستان و قرقیزستان نیز مورد استفاده قرار گرفته است.

## عقب نشینی از روش پرداخت مستقیم

در صورت اعمال معافیت پرداخت هزینه های درمانی توسط کل جامعه مشکل تعیین گروههای آسیب پذیر و حمایت از آنان برطرف میشود. در سالهای گذشته ۶ کشور با درآمد پایین روش های پرداخت مستقیم برای خدمات دولتی را لغو نموده اند و در برخی موارد این اقدام منجر به افزایش معنی دار افراد جویای درمان شد. به عنوان مثال در کشور زامبیا (سال ۲۰۰۷) نسبت خدمات ۵۵ درصد و در کشور اوگاندا (در سال ۲۰۰۱) ۸۴ درصد افزایش یافت. بنظر میرسد حذف هزینه ها تنها عامل ایجاد این وضعیت نبوده و افزایش بودجه خدمات سلامت در مناطق روستایی (زامبیا) و افزایش هزینه داروها (اوگاندا) نیز در این روند موثر بوده است. بدیهی است در داخل یک سیستم هرچه تعرفه های ارائه خدمات افزایش یابد، سیاستگذاران میبایست بیشتر به تبعات اصلاحات روش پرداخت مستقیم توجه نمایند. بدون برنامه ریزی خاص و زمینه سازی برای تقاضاهای روبه رشد و هزینه های از دست رفته، حذف روش های پرداخت مستقیم میتواند منجر به عدم پرداخت دستمزد به ارائه کنندگان خدمت یا دریافت زیر میزیتوسط آنان، افزایش ساعات کاری کارکنان بیمارستان، خالی شدن درمانگاهها، نگهداری نادرست و یا از بین رفتن تجهیزات بشود.

موثرترین روش در برابر ریسک مالی ناشی از پرداخت هزینه های درمانی، مشارکت در پرداخت است. هرچه مشارکت کننده بیشتر شود حفاظت در برابر ریسک مالی نیز کاهش مییابد.

سیاستگذاران برای برنامه ریزی جهت حذف پرداخت های مستقیم و دیگر اشکال آن با سه گزینه مرتبط روبرو هستند:

۱- جایگزین نمودن انواع پیش پرداخت ها به جای روش پرداخت مستقیم. رایج ترین نوع پیش پرداخت، ادغام مالیات یا حق بیمه ها است.

۲- ادغام صندوق های پراکنده و تبدیل آنها به یک صندوق واحد (ادغام ۲۰۰ صندوق در کره جنوبی) یا حفظ صندوق های قوی و ایجاد صندوق های رقابتی (سوئد، هلند، چک).

۳- افزایش کارایی صندوق ها

سیاستگذاران ابتدا باید تصمیم بگیرند کدام قشر جامعه برای تحت پوشش قرار گرفتن در اولویت هستند.

سیاستگذاران باید به خاطر بسپارند که هر اندازه در تامین مالی بخش سلامت انصاف رعایت شود به همان میزان از ثبات بیشتری در دراز مدت برخوردار خواهد بود.

### سایر موانع موجود بر سر راه دسترسی به خدمات

اگر چه تغییر رویه از روش پرداخت مستقیم به نظام پیش پرداخت و تجمیع منابع باعث برخورداری افراد فقیر از خدمات می شود اما دسترسی به مراقبت سلامت را تضمین نمی کند. نتایج حاصل از مطالعات سازمان جهانی سلامت در ۳۹ کشور با درآمد پایین و متوسط نشان میدهد که بطور میانگین تنها ۴۵ درصد از کل پرداخت از جیب، هزینه های سرپایی مراکز درمانی دولتی شامل ویزیت پزشک، دارو و آزمایشگاه بوده است. در برخی از مشورها این میزان کمتر از ۱۵ درصد بود. ارائه خدمات سلامت رایگان در مراکز درمانی دولتی بخشی از روش کاهش موانع مالی برای تامین دسترسی به خدمات است. رفت و آمد عامل مهم دیگری بخصوص برای مناطق دور افتاده روستایی است. در مطالعات سازمان جهانی بهداشت میانگین هزینه رفت و آمد بیش از ۱۰ درصد کل هزینه های پرداخت از جیب بود. این امر باعث میشد بیماران درمان خود را به تعویق بیندازند. اقامت طولانی بیمار در بیمارستان مستلزم اسکان و تامین غذا برای همراه وی است.

فائق آمدن بر موانع مالی به چند روش امکان پذیر است. بدیهی ترین روش، سرمایه گذاری بر مراقبت های اولیه سلامت است تا افراد بتوانند راحت و ارزان به خدمات سلامت دسترسی پیدا کنند. این روش مهمترین عامل موفقیت کشور تایلند در تعمیم پوشش همگانی بود. بدین معنی که اصلاحات مالی بخش سلامت با گسترش مراقبت های اولیه سلامت و ارائه خدمات در روستاها توأم گردید. دیگر کشورها از کوپن یا انتقال وجه نقد مشروط (Conditional cash transfer=CCTs) استفاده کردند. در مکزیك برای اجرای CCTs برای ۵ میلیون خانوار ۴ میلیارد دلار هزینه گردید و توانست سلامت کودکان را افزایش و مرگ نوزادان را کاهش دهد. CCTs برای تامین دسترسی گروههای خاص مثلا افراد فقیر و یا ساکنین مناطق دور افتاده در کوتاه مدت تنها راه تضمین دسترسی به موقع مردم به خدمات مورد نیازشان است.

### ایده های اصلی برای کاهش موانع تامین مالی

- ✓ تجمیع پرداخت ها
- ✓ تجمیع و یا تعدیل ریسک
- ✓ ترکیب مالیات با بیمه درمان اجتماعی
- ✓ کمک مشارکت های اجباری
- ✓ کاهش پرداخت مستقیم

## سلامت بیشتر با پول (افزایش اثر بخشی)

هرچند نظام های سلامت، پول هنگفتی را طلب میکنند، ولی هدررفت منابع نیز بایستی مد نظر قرار گیرد. مطالعات انجام گرفته در امریکا نشان میدهند که سالانه ۱۰۰۰-۶۰۰ میلیارد دلار از هزینه های سلامت هدر میرود. در کشورهای اتحادیه اروپا سالانه ۶ درصد (۳۰۰ میلیارد دلار) به دلیل اشتباه یا فساد از دست میرود. این درحالی است که تعدادی از کشورهای دیگر مبالغ بیشتری را از طریق استفاده غیر منطقی از دارو-منابع انسانی-منابع فنی-پراکندگی تامین مالی دولت از دست میدهند. تمام این مشکلات اجتناب ناپذیرند و همیشه سایه ناکارآمدی وجود دارد مطالعات نشان میدهند که تغییرات و تفاوت های قابل ملاحظه ای در نسبت تولد با حضور افراد ماهر و دوره دیده در کشورهای با هزینه های سلامت مشابه وجود دارد. به همان اندازه که جمع آوری بیشتر منابع در بحث سلامت برای کشورهای کم درآمد، در تلاش به نیل به پوشش همگانی سلامت مهم است، به همان اندازه استفاده بهینه از منابع موجود نیز حائز اهمیت است. پیدا کردن کارآمد ترین روش ها برای مقابله با چالش های چندگانه حوزه سلامت نیز موضوعی مهم در کشورهایی است که سهمی در حفظ سطح بالای پوشش در زمان افزایش مستمر هزینه دارند. فرصت های زیادی برای افزایش اثر بخشی وجود دارد. اثر بخشی تنها به مفهوم کاهش هزینه نیست، بلکه روشی برای اندازه گیری کیفیت و یا کمیت خروجی ها (پیامد های سلامتی) برای میزان معینی از ورودی (هزینه) میباشد. بنابراین اثربخشی که خود هزینه بر است میتواند باعث کاهش هزینه های ارائه خدمت گردد. بنابراین افزایش اثربخشی نیز باید یکی از ابزارهای مهم گسترش پوشش همگانی در نظر گرفته شود. هر کشوری می تواند اثربخشی را بهبود بخشیده و با انجام این کار، پوشش همگانی سلامت را توسعه دهد. ده منبع متداول فقدان اثربخشی در جدول زیر با تعیین منابع عدم اثربخشی و راههای مقابله با آن عبارتند از:

منابع عدم اثربخشی	منابع عمومی برای عدم اثربخشی	راه های مقابله با عدم اثربخشی
۱- داروها : استفاده از داروهای ژنریک و هزینه کرد بی مورد برای دارو	عدم کفایت کنترل بر عوامل زنجیره عرضه، تجویز و توزیع دارو، ملاحظات کمتر در کارایی / ایمنی داروهای ژنریک: الگوهای تجویز تاریخی و سیستم های خرید و توزیع ناکارآمد دارو مالیات ها و عوارض بر داروها، علائم اختصاری متنوع	بهبود اطلاع رسانی، راهنمایی و آموزش برای تجویز دارو درخواست ، اجازه یا ارائه مشوق هایی برای جایگزینی داروی ژنریک توسعه خرید فعال براساس ارزیابی هزینه ها و مزایای جایگزینی مذکور حصول اطمینان از شفافیت در خرید و مناقصه ها حذف مالیات و عوارض کنترل کامل علائم اختصاری روزافزون نظارت و اطلاع رسانی قیمت دارو
۲- داروها : استفاده از داروهای	عدم کفایت ساختارها/ مکانیزمهای نظارتی	تقویت الزام به رعایت استانداردهای

تقلبی و غیر استاندارد	بر داروها، تدارکات ضعیف سیستم	کیفیت در تولید دارو انجام تست محصول تقویت سیستم های خرید با تعیین صلاحیت تامین کنندگان
۳- داروها: استفاده مناسب و نار کارآمد	مشوق های نامناسب نسخه نگاری و شیوه های ارتقاء غیر اخلاقی، تقاضا/ انتظارات مصرف کننده/، دانش محدود در مورد اثرات درمانی، عدم اثربخشی ضوابط قانونی	تجویز جدا نمودن فرایند توزیع تنظیم فعالیت های ارتقایی، بهبود راهنمای تجویز، اطلاعات، آموزش و کاربرد، انتشار اطلاعات عمومی
۴- محصولات و خدمات مراقبت بهداشتی: استفاده یا تامین بیش از حد تجهیزات، تحقیقات و اقدامات	مکانسیم های پرداخت هزینه برای خدمات، تقاضاهای ایجاد شده توسط القائات تامین کنندگان	اصلاح انگیزه و ساختارهای پرداخت (به عنوان مثال گروه های مالی یا تشخیصی) توسعه و اجرای دستورالعمل های بالینی
۵- کارکنان بخش سلامت: ترکیب نامناسب کارکنان با حقوق بالا و پایین که باعث کاهش انگیزه کاری می گردد	سیاست های نامنتطبق با سیاست ها و فرایندهای انسانی از پیش تعیین شده: ایجاد مقاومت در شغل پزشکی به صورت ثابت / عدم انعطاف قراردادها، حقوق ناکافی، استخدام براساس سلیقه های شخصی	انجام ارزیابی و آموزش مبتنی بر نیاز: تجدید نظر در سیاست های پاداش، انعطاف پذیر کردن قراردادها/ یا پرداخت براساس چگونگی عملکرد اجرای تغییر کار و انطباق کار با مهارت های لازم
۶- خدمات مراقبت های سلامت پذیرش نامناسب بیمارستان و مدت بستری	فقدان توان مراقبت های جایگزین، انگیزه های ناکافی برای تخفیف، کمبود اطلاعات و دانش برای بکارگیری	ارائه مراقبت جایگزین (مانند مراقبت روزانه)، تغییر تشویق کارکنان بیمارستان، بالا بردن دانش کارکنان در پذیرش کارآمد
۷- خدمات مراقبت های سلامت: اندازه نامناسب بیمارستان ( ) استفاده کم از زیرساخت)	مدیریت غلط در هماهنگی و کنترل، بیمارستان های فراوان با تخت های بستری خیلی زیاد در برخی مناطق و عدم وجود چنین تسهیلاتی در دیگر مناطق که غالبا موارد مذکور عدم برنامه ریزی برای توسعه زیرساخت های خدمات سلامت را نشان میدهد	استفاده از محاسبات ورودی و خروجی در برنامه ریزی های بیمارستانی، تناسب ظرفیت مدیریتی با ساینز بیمارستان، کاهش ظرفیت زمان بستری برای بالا بردن نرخ اشتغال تخت به ۹۰-۸۰٪ (با کنترل مدت بستری)
۸- خدمات مراقبت سلامت: خطاهای پزشکی و کیفیت	دانش ناکافی یا عدم استفاده از استانداردهای مراقبت بالینی و پروتکل ها،	بهبود استانداردهای بهداشتی در بیمارستان ها: بهبود در استمرار مراقبت ها، نظارت بر



عملکرد بیمارستان	عدم وجود دستورالعمل نظارت ناکافی	نامطلوب درمان
بهبود مقررات / مدیریت، از حمله مکانسیم های تحریمی قوی، ارزیابی شفافیت / عدم آلودگی به فساد، انجام ارزیابی مخارج عمومی و ارتقاء سیستم هدایتی	عدم عدایت صحیح تخصیص منابع، عدم شفافیت، عدم پاسخگویی مکانسیم های مدیریتی ضعیف، حقوق پایین	۹- نقاط ضعف سیستم سلامت : اسراف، فساد و سوء استفاده
ارزیابی منظم و با هدف اعمال سیاست بر هزینه ها و تاثیر مداخلات با کمک ها، فناوری ها، داروها و گزینه های سیاستی	سرمایه گذاری در موارد پرهزینه اما کم اثر در حالی که با هزینه کم و پر اثر سرمایه گذاری نمی شود تعادل نامناسب بین سطوح درمان / اعم از پیشگیری، ارتقاء و درمان	۱۰- معضلات بخش سلامت : تداخل ناکارآمد / راهبردهای نامناسب

### حذف هزینه های غیر ضروری دارو

دارو ۲۰ تا ۳۰ درصد از هزینه های سلامت جهانی را تشکیل می دهد. همین امر مضاف بر غیر شفاف و ناکارآمد بودن بازار دارویی جهان ایجاب میکند کشورها اطلاعات مقایسه ای از بازار بین المللی داشته باشند. امروزه در اکثر مناطق دنیا، دولت ها ۴۴-۳۴ درصد بیش از حد نیاز مردم برای تامین دسترسی به دارو هزینه پرداخت میکنند. مطالعات نشان میدهند قیمت سیپروفلوکساسین در کشورهای در حال توسعه تا ۶۷ برابر قیمت مرجع بین المللی فروخته میشود. حتی در کشورهای توسعه یافته تنوع قیمت گذاری قابل توجه است. در امریکا فروش سیپروفلوکساسین ۱۰۰-۹۰ دلار و در بریتانیا نصف این مبلغ است. خرید داروهای برند به جای داروهای ژنریک باعث ناکارآمدی می شود. مطالعه بروی ۱۸ قلم دارو در ۱۷ کشور با درآمد متوسط نشان میدهد با خرید داروهای ژنریک به جای برند هزینه بیماران را میتوان تا ۶۰ درصد (۱۵۵ میلیون دلار) کاهش داد. اجرای سیاست جایگزینی داروهای ژنریک در فرانسه باعث صرفه جویی ۲ میلیارد دلاری در سال ۲۰۰۸ گردید.

### بهبود کنترل کیفی دارو

مدیریت کنترل کیفی دارو و جلوگیری از عرضه داروی غیراستاندارد، جعلی، تقلبی، برچسب تقلبی و تاریخ گذشته راه دیگر جلوگیری از اتلاف منابع میباشد. بعنوان نمونه ۴۴-۲۶ درصد داروهای ضد مالاریا در سه کشور مورد مطالعه افریقایی آزمون کیفیت موفق نداشتند. FDA گزارش میکند بیش از ۱۰ درصد محصولات دارویی جهان تقلبی هستند. شیوه تولید صحیح دارو (GMP) و خرید از تولید کنندگان مهمترین راهبردهای حذف محصولات بد از چرخه بازار مصرف میباشد.

## استفاده مناسب از داروها

تخمین زده می شود که بیش از نصف داروهایی که در سطح جهان تجویز می شوند، به طور نامناسب توزیع و یا به فروش می رسند. و تنها نیمی از بیماران موفق به دریافت داروهای خود طبق تجویز پزشک می شوند. استفاده غیر منطقی ممکن است اشکال مختلفی داشته باشند از جمله ترکیبات مضر، استفاده بی رویه از آنتی بیوتیک ها و داروهای تزریقی، داروهای خارج از راهنماهای بالینی و خود درمانی. دو سوم از کل آنتی بیوتیک های بدون نسخه از طریق بازارهای خصوصی غیر قابل کنترل به فروش میرسند. سایر مشکلات تجویز/ مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها عبارتند از: تجویز نادرست، دوز ناکافی، عدم تکمیل طول دوره درمان، استفاده از آنتی بیوتیک ها در درمان اسهال (در بیش از ۵۰ درصد موارد با داروهای گران قیمت)، استفاده بیش از حد از آنتی بیوتیک ها در درمان عفونت های ریوی ۳۶ درصد هزینه های درمان را در کشورهای کم درآمد و متوسط افزایش میدهند.

## استفاده بهینه از فناوری ها و خدمات

فناوری های پزشکی میتوانند در ارائه خدمات سلامت خوب بسیار با اهمیت باشند، مشروط براینکه براساس شواهد علمی و به درستی انتخاب شده باشند. در بسیاری از موارد بدلیل فشار بازاریابی تولید کنندگان این مهم مخدوش میشود. تکنولوژی های مدرن پزشکی از عوامل افزایش هزینه های درمان در کشورهای OECD میباشد. در میان کشورهای OECD، بیشترین MRI و CTscan بصورت سرانه ای در ژاپن یافت میشود. در ایالات متحده به ازای ۱۰۰۰ ویزیت ۹۱ ارجاع تصویربرداری MRI (در کشورهای OECD ۴۱ مورد) و CTscan ۲۲۷ مورد در ۱۰۰۰ ویزیت (در کشورهای OECD ۱۱۰ مورد) میباشد. مطالعات نشان میدهند بخش قابل توجهی از این خدمات غیر ضروری هستند. تخمین زده میشود حداقل ۵۰ درصد تجهیزات پزشکی کشورهای در حال توسعه تا حدی قابل استفاده یا کاملاً بی استفاده هستند. این موضوع در کشورهای افریقایی ۷۰ درصد میباشد. تامین دسترسی باعث استفاده نادرست؛ تشخیص غلط و تهدیدی برای سلامت بیماران است. تکنولوژی نامناسب بار مالی به سیستم تحمیل و بیمار توان آن را میدردارد. یک مطالعه در امریکا نشان داده است که ساکنان مناطق مرفه با وجود دریافت ۶۰ درصد خدمات بیشتر کاهش بیشتر مرگ و یا رضایت بالاتر را نیز نداشته اند.

## یک پیام کلیدی

- کارکنان حوزه سلامت هسته اصلی نظام سلامت هستند و معمولاً حدود نیمی از تمام هزینه های سلامت در کشور را به خود اختصاص می دهند. در حالی که کمبود کارشناسان سلامت اغلب یک مانع عمده در تقویت نظام سلامت محسوب میشود، عدم شایسته سالاری-آموزش ناکافی- نظارت ضعیف-توزیع نامناسب بازدهی ملی را نیز تحت تاثیر قرار میدهد. بدیهی است این مشکلات باعث کاهش اثر بخشی و عملکرد میباشد. اندازه گیری اثر بخشی از دست رفته نیروی کار سخت میباشد، در تانزانیا غیبت های غیرموجه- زمان استراحت-مراودات اجتماعی-زمان انتظار برای بیماران جهت دریافت خدمت باعث کاهش ۲۶ درصدی اثر بخشی میشود.

## کارآیی و اثر بخشی خدمات درمان بستری

در بسیاری از کشورها، مراقبت های بیمارستانی بیش از نیم تا دو سوم کل مخارج دولت در بخش سلامت را از طریق پذیرش (اغلب بیش از حد) و طول مدت بستری به خود اختصاص می دهد. چهار مطالعه جداگانه بر روی بیماران بستری بزرگسال در کانادا نشان داده است که ۹۰-۲۴ درصد از پذیرش ها و ۶۶-۲۷ درصد از روزهای بستری اضافه بر نیاز بوده اند. یک دلیل دیگر عدم اثر بخشی کوچک تر بودن یا بزرگ تر بودن بیمارستان است. مطالعات در انگلستان و امریکا عدم اثر بخشی بیمارستان های زیر ۲۰۰ تخت و بالاتر از ۶۰۰ تخت را نشان داده است. مناسب ترین شاخص اثر بخشی براساس دیدگاههای سازمان جهانی بهداشت، ضریب اشغال تخت با میزان ۹۰-۸۰ درصد میباشد. بیش از ۳۰۰ مطالعه انجام گرفته در اقصی نقاط دنیا نشان میدهد که اثر بخشی بیمارستان ۸۵ درصد میباشد (متوسط نرخ ناکارآمدی)، به عبارت دیگر هر بیمارستان میتواند با حفظ سطح خدمات حداقل ۱۵ درصد کاهش هزینه را مدیریت نماید.

یکی از موضوعات مهم در خدمات بیمارستانی، خطاهای بیمارستانی است که به دلیل عدم وجود اطلاعات اپیدمیولوژیک موثق، گستردگی و شدت خطای پزشکی در سطح جهان ناشناخته است. برآوردها نشان میدهد در کشورهای توسعه یافته از هر ۱۰ بیمار، یک بیمار زمان دریافت خدمات بیمارستانی دچار آسیب میشود، این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه این تعداد ممکن است به طور قابل توجهی افزایش یابد. همیشه ۱/۴ میلیون نفر در سراسر جهان از عفونت ناشی از بیمارستان ها رنج می برند. یک مطالعه در سال ۱۹۹۹ نشان داد که خطاهای پزشکی قابل پیشگیری سالانه منجر به مرگ ۹۸۰۰۰ نفر در ایالات متحده میشود. یک معیار ساده برای کاهش خطای پزشکی، تشویق به رعایت بهداشت دست، ترویج شیوه های تزریق ایمن و اطمینان از تشخیص دقیق بیماری می باشد. یک روش ساده نجات جان بیماران استفاده از چک لیستی است که سازمان جهانی بهداشت به عنوان روش ابتکاری جهت نجات حیات در جراحی ایمن از آن حمایت می کند. مطالعه ای در میشیگان با استفاده از چک لیست کوتاه "اطمینان از روش پزشکان" مشخص نمود که سستی سمی در بخش ICU به ازای هر ۱۰۰۰ کاتتر مورد استفاده از ۲۰ درصد به کمتر از یک و نیم کاهش و جان بیش از ۱۸۰۰ بیمار در طی ۴ سال حفظ گردید. البته امروزه رویکرد تنبیهی برای کاهش خطاهای پزشکی مورد استفاده قرار گرفته و جهت آن دسته از خطاهای پزشکی بویژه در مورد افراد بالای ۶۵ سال که منطقی قابل پیشگیری است و حادثه محسوب نمیشود، پرداخت ها متوقف میگردد.

### یک پیام کلیدی

- تخمین زده می شود که سالانه ۲۵-۱۰ درصد از هزینه های عمومی در حوزه سلامت که برای تهیه یا خرید مواد لازم از قبیل دارو، تجهیزات و زیر ساخت ها در نظر گرفته شده با فساد مالی از دست برود. تجربه نشان داده است که برای مهار فساد در خرید و توزیع دارو، دو راهبرد مکمل باید به کار گرفته شود. اول رویکرد نظم و انضباط است که گرایش از بالا به پایین داشته و مبتنی بر اصلاحات قانونی، ایجاد قوانین، ساختارها و فرایندهای اداری مورد نیاز برای اطمینان از تنظیم قوانین شفاف

پزشکی می باشد و دوم، رویکرد ارزشی غالباً از پایین به بالا است که سعی در ترویج یکپارچگی سازمان از طریق ارزش های اصول اخلاقی، برای ایجاد انگیزه اخلاقی در کارکنان بخش عمومی دارد.

## ارزیابی اساسی خدمات مورد نیاز

هزینه یک سال زندگی سالم از کمتر از ۱۰ تا ۱۰۰۰۰۰ دلار، بسته به عوامل گوناگون، تخمین زده شده است. اگر سالانه ۱۰ دلار برای زندگی سالم انتخاب شود، در طول ۱۰۰۰۰۰ سال یک میلیون دلار پس انداز میشود، اما اگر هزینه کرد سالانه ۱۰۰۰۰۰ دلار انتخاب شود، تنها ۱۰ سال توام با سلامت بدست می آید.

حتی این موضوع که پیشگیری مقرون به صرفه تر از درمان است، ممکن است همیشه صادق نباشد. برخی از انواع پیشگیری ها مقرون به صرفه هستند و کمتر مورد استفاده قرار می گیرند در حالی که بعضی از آنها اینطور نیستند. واضح است که به دلایل مختلف، مداخلات و کمک های کم تاثیر اما پر هزینه مورد استفاده بیشتری به نسبت موارد موثر اما کم هزینه دارد، ولی اولویت تخصیص منابع به مداخلات موثر اما کم هزینه، راهی موثر برای دستیابی به بازدهی بیشتر می باشد. زمانی که تصمیم گیری در مورد ترکیب بهینه از مداخلات موثر بر کاهش هزینه تنها عامل مورد توجه نیست و در مواردی که مسئله انصاف، عدالت و نجابت عمومی مطرح است، ارزش های اجتماعی مداخلات خاص درمانی ممکن است با تحلیل هزینه فایده در حوزه سلامت منافات داشته باشد. مثال های دیگر از این موارد عبارتند از:

- هرچند ۵ درصد جمعیت تحت پوشش Medicare در ایالات متحده را افراد کهنسال تشکیل میدهند، مراقبت از این افراد در سال آخر حیات تقریباً یک سوم از هزینه های مدیکر را در بر میگیرد. ارجحیت ارزش های اجتماعی به ملاحظات هزینه ای در مدیریت نظام سلامت

- گسترش پوشش خدمات مراقبت های اولیه سلامت به مناطق روستایی دور افتاده بدون در نظر گرفتن تحلیل های اقتصادی

برآوردها نشان میدهند ۴۰-۲۰ درصد از کل هزینه های نظام سلامت صرف امور می شود که کمتر در بهبود سلامت مردم نقش دارد. همچنین مشخص شده است که کشورهای کم درآمد سالانه میتوانند ۲۴-۱۲ درصد از کل هزینه های سلامت را از طریق بهبود بیمارستانی یا اثر بخشی نیروی کار صرفه جوئی نمایند. مهمترین عوامل شایع ناکارآمدی نظامهای سلامت عبارتند از: منابع انسانی- دارو- بیمارستان- فساد مالی- ترکیبی از مداخلات. به عنوان مثال در لبنان که بالاترین سهم از تولید ناخالص داخلی (بیش از ۱۲ درصد) در بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی را صرف سلامت میکرد و بیماران هم ۶۰ درصد از جیب خود پرداخت مینمودند و افراد کم درآمد نمیتوانستند از این خدمات بهره مند گردند، اصلاحات متعددی را انجام داد و سهم مذکور به ۸ درصد کاهش و پرداخت از جیب مردم نیز به ۴۴ درصد کاهش یافته است. بدیهی است در کشورهای مختلف، مداخلات موثر بر کاهش هزینه ها (نوع مداخلات و میزان کاهش هزینه) متفاوت است ولی جدول زیر خلاصه ای از مداخلات در کشورهای مختلف و میزان هزینه کاسته شده را نشان میدهد.

هزینه بدست آوردن یک سال زندگی سالم			پول رایج	مطالعه
درصد پیشرفت	ترکیب بهینه	ترکیب کنونی		
۲۰	۸.۵۷	۱۰.۶۵	US\$	<b>درمان دارویی مالاریا در زامبیا</b> (هزینه هر مورد درمان)
۹۹	۲۱۸۵	۳۰۰۰۰۰	BHT	<b>پیشگیری از بیمای و آسیب در تایلند</b> پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی پیشگیری از آسیب رانندگی (الکل) پیشگیری از آسیب رانندگی (کلاه های ایمنی)
۴۵	۳۳۷۵	۶۱۹۰		
۲۱	۷۸۸	۱۰۰۰		
۶۶	۸۹۳	۲۶۲۱	EEK	<b>کنترل مصرف الکل و تنباکو در استونی</b> الکل دخانیات
۱۵	۲۴۷	۲۹۲		
۳۰	۲۶۳۳۷	۳۷۸۳۵	NGN	<b>کمک به افراد مشکلات عصبی در نیجریه</b> اسکیزوفرنی افسردگی صرع سوء مصرف الکل
۶۸	۶۷۱۱۳	۲۱۰۵۴۴		
۴۱	۶۲۰۹۵	۱۰۴۵۸۶		
۲۱	۱۰۵۰۷	۱۳۳۳۹		
۴۷	۱۰۶۷۷	۲۰۱۳۴		
۴۲	۱۷۵۳۶	۳۰۰۷۲	AU\$	<b>بسته های مراقبت از سلامت روانی در استرالیا</b> اسکیزوفرنی اختلال خلقی (از هر نوع) اختلال اضطراب (از هر نوع) اختلال ناشی از مصرف بی رویه الکل
۴۵	۱۰۷۴۸۲	۱۹۶۰۷۰		
۴۵	۱۰۷۴۸۲	۲۰۴۶۳		
۴۰	۹۱۳۰	۱۵۱۸۴		
۴۵	۵۳۴۱۲	۹۷۹۳۲		
۲۶	۳۳۱۳	۴۴۵۳	I\$	<b>مراقبت از سرطان دهانه رحم و پیشگیری</b> (Eur A) نواحی زیر مجموعه با درآمد بالا (WprB) نواحی زیر مجموعه با درآمد متوسط (SearD) نواحی زیر مجموعه کم درآمد
۳۵	۱۹۸۴	۳۰۷۱		
۱۶	۳۵۵	۴۲۱		

## تشویق ها، تامین مالی سلامت و اثر بخشی

یکی از ملاحظات کلیدی مدیریت نظام سلامت چگونگی پرداخت به ارائه کنندگان خدمات میباشد. نظام های پرداخت متنوع بوده و معمولا باعث عدم اثر بخشی میگردد. ابتدایی ترین نظام پرداخت، پرداخت مستقیم بیمار به ارائه دهنده خدمت میباشد. پرداخت هزینه به ازای خدمت باعث تشویق افراد به استفاده از خدمت (معمولا توسط مرفهین) و گسترش نیاز القایی توسط ارائه کننده خدمت میشود. الزام به پرداخت مستقیم (اعم از رسمی و یا غیر رسمی) مانع از دریافت خدمات سلامت توسط میلیون ها نفر از مردم در زمان نیاز می گردد و این امر می تواند منجر به ایجاد فشار مالی و یا حتی فقر بیماران گردد.

با تجمع سرمایه (شکل گیری بیمه) نیز گیرنده و ارائه کننده خدمت انگیزه ای برای تحدید هزینه ندارند. مثال بارز این مورد افزایش استفاده از دارو ها و افزایش نسبت سزارین میباشد. مشارکت دادن بیمار در فرآیند هزینه ای یک اقدام پرهزینه ای است که نیاز به نظارت بیشتر داشته و متاسفانه قادر نیست با عامل اصلی مشکل، که تمایل فراوان به ارائه خدمت اضافه توسط ارائه کننده خدمت دارد، مقابله نماید. مهمترین راهبرد برای حل مسئله پرداخت سرانه به خدمات مراقبت های اولیه سلامت است که عمده ترین آسیب آن تاخیر در ارجاع میباشد که با اتخاذ روشهای به مراتب سهل تری قابل اصلاح میباشد. مکانیسم های اثر بخش تر نیز معرفی شده اند که عبارتند از:

۱- پرداخت های موردی مانند DRG<sup>۲۲</sup> در بیمارستان. در سوئد باعث کاهش ۱۰ درصدی هزینه ها شده است. آسیب این روش ترخیص های زودرس و بستری های مجدد و مکرر میباشد.

۲- پرداخت حقوق ثابت. این روش به کرات آسیب شناسی شده و نیاز به پرداخت های موردی (پاداش) دارد.

۳- نظام های پرداخت ترکیبی. ترکیبی از حقوق ثابت- سرانه - پرداخت به ازاء خدمت در فنلاند

۴- پرداخت براساس عملکرد. در این روش تامین مالی مبتنی بر عملکرد و مبتنی بر نتیجه بوده و ارائه کننده خدمت در قبال خدمات خاص به منظور جذب افراد بیشتر، کیفیت بهتر و نتایج مطلوب در سلامت تلاش میکند. مطابق برنامه پرداخت در قبال عملکرد خوب، ارائه کنندگان فعال پاداش می گیرند. با بکارگیری این مکانیسم در انگلستان نتایج مثبتی بدست آمده است.

<sup>۲۲</sup> DRG (Diagnosis Related Groups) اولین بار در سال 1983 به منظور مقابله با افزایش تعرفه های خدمات بستری بیماران توسط نظام بیمه بخش خصوصی آمریکا راه اندازی شد و یک سیستم آماری طبقه بندی بیماران بستری به منظور پرداخت هدفمند دستمزد های پزشکی می باشد. برای اطلاعات بیشتر به مقاله زیر مراجعه شود.

**The role of diagnosis related groups (DRGs) in healthcare system convergence** By: Mirella Cacace and Achim Schmid

بیش از ۲۰۰ روش پرداخت مبتنی بر عملکرد وجود دارد و در اکثر کشورهای توسعه یافته نظیر فرانسه، امریکا، اسپانیا، ایتالیا مورد استفاده قرار دارد. در سالهای اخیر این شیوه در کشورهای در حال توسعه هم نظیر بروندي - کامبوج - کامرون - کنگو - مصر - هائیتی - هندوستان و نیکاراگوآ بکار گرفته شده است. این مکانیسم هم بایستی مورد نظارت بوده و ارائه دهندگان خدمات (Service provider) نیز بایستی تحت اشراف بوده تا یک گروه اجتماعی اقتصادی مورد غفلت قرار نگرفته و گروه دیگر خدمات مضاعف دریافت نکنند.

پرداخت براساس عملکرد تنها راه حصول اطمینان از ارائه خدمات کیفی به افراد نیازمند و عملکرد موثر سیستم می باشد. در گذشته همیشه به SP ها پرداخت صورت می گرفت و یا اینکه دولت براساس هزینه های سال های گذشته، بودجه ای را جهت پرداخت هزینه های SP ها تخصیص می داد این عمل خرید منفعل نام دارد. خرید فعال غالباً از طریق موارد ذیل، دسترسی به خدمات کیفی و کاربردی را محقق می سازد:

- بررسی نیازهای سلامت یک جامعه و تفاوت جوامع
- کمک ها و خدماتی که به بهترین وجه این نیازها و انتظارات جامعه را از طریق منابع موجود مرتفع نمایند
- بهترین حالت ترکیبی از خدمات ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی

تصمیم گیری میان خرید فعال و منفعل آسان نیست ولی شواهد بسیاری نشان میدهند خرید منفعل منجر به عدم اثربخشی می گردد.

بهبود اثربخشی باعث نتایج بهینه در هزینه کرد موثرتر در بخش سلامت می گردد، اما به تنهایی کفایت نمی کند، چرا که مقوله سلامت چیزی بیش از بهبود سطح سلامت آحاد جامعه با در نظر گرفتن شاخص امید زندگی می باشد. سیستم های سلامت، اهداف چندگانه و گاه رقابتی دارند، مانند: بهبود سطح کلی سلامت، کاهش بی عدالتی در بخش سلامت، بهبود سطح پاسخگویی سیستم به نیازها و انتظارات مردمی و حصول اطمینان از عدالت مالی در جمع آوری پول برای بخش سلامت. گاهی اوقات و شاید بر خلاف تصور، کاهش هزینه ها متضمن افزایش اثربخشی نباشد. گاهی فقدان اثربخشی و کارآیی نتیجه ی هزینه کرد ناکافی در بخش سلامت می باشد. حقوق پایین کارکنان بخش سلامت باعث می گردد که آنها برای افزایش درآمد خود، شغل دومی را در زمان شغل اصلی انجام دهند که این مسئله باعث فقدان اثربخشی فعالیت های آنان در بخش سلامت می گردد.

پیش پرداخت ها و تجمیع، هم موانع مالی را در دسترسی به خدمات سلامت از میان بر می دارند و هم وقوع فاجعه مالی را به عنوان دو هدف کلیدی در مسیر نیل به پوشش همگانی کاهش می دهند. افزایش وجوه از طریق پیش پرداخت اجباری، موثرترین و عادلانه ترین راه برای تعمیم پوشش همگانی می باشد. صندوق های متعدد تجمیع که به گروه های مختلف جمعیتی، خدمات ارائه می کنند کارایی ندارند، زیرا آنها دوباره کاری کرده و هزینه سیستم های مدیریتی و اطلاعاتی را افزایش می دهند. مدیریت موثر، عامل کلیدی بهبود اثربخشی و عدالت است

از دیدگاه مالی، تجزیه و تحلیل شرایط باید بر دو جزء پوشش همگانی (« پوشش » و « همگانی ») متمرکز گردد. این تحلیل مشخص می کند که چه کسی، برای چه خدماتی و چه میزان از هزینه ها باید تحت پوشش صندوق های تجمع قرار گیرد. در این میان دسترسی به موقع افراد به خدمات سلامت یعنی مجموعه ای از خدمات پیشگیری، درمان و توانبخشی، بسیار مهم و ضروری است اما هم اکنون این امر تنها برای قشر محدودی از جامعه میسر بوده و برای فراگیر شدن آن لازم است تا نظام تامین مالی بخش سلامت عملکرد مناسبی داشته باشد. عملکرد صحیح نظام تامین مالی مشخص می کند که آیا مردم در زمان نیاز، استطاعت مالی برخوردار از خدمات درمانی را دارند و یا اینکه خدمات سلامت اصلا ارائه می شوند یا خیر

## برنامه ای برای اجرا

روند تامین منابع خدمات سلامت در همه کشورها دستخوش تغییر است و هر کشوری بایستی متناسب با ارزش ها، محدودیت ها، فرصت ها و.. نظام تامین منابع مالی خود را طراحی نماید و البته آن را ارتقا دهد. در این مسیر ضروری است از تجربیات ملی و بین المللی بهره مند شده و بهترین رویکرد را برای نیل به پوشش همگانی سلامت پی ریزی نماید. بر همین اساس اقدامات هدفمندی پیشنهاد میگردند:

۱- تغییر روش پرداخت از مستقیم به پیش پرداخت اجباری و تجمع منابع مالی (گامی بسیار مهم در حذف موانع مالی و پیشگیری از وقوع فاجعه مالی)، استفاده از سرانه در خدمات سرپایی و پرداخت موردی (Case based payment) مانند DRG مرتبط با بیماران بستری انگیزه ارائه خدمت بیش از نیاز به گروه های مرفه را کاهش میدهد (این روش هم ممکن است باعث ترخیص زود هنگام و بستری مجدد و پرداخت مضاعف شود بنابراین بایستی ارزیابی و براساس مطلوبیت مورد استفاده قرار داد)

۲- پوشش هزینه سلامت افراد نیازمند که قادر به پرداخت حق بیمه نیستند توسط دولت

۳- تامین دسترسی به خدمات با شرایط کاملا مشخص و تعریف شده

۴- تجمع صندوق های متعدد (صندوق های متعدد فاقد کارایی بوده و چیزی جز دوباره کاری و افزایش هزینه های مدیریتی و اطلاعاتی نیستند و مانعی در برابر تحقق عدالت و حفاظت از ریسک محسوب میشوند).

۵- مدیریت موثر با تعیین استراتژی نظام سلامت، ظرفیت سازی سازمانی، توانمند سازی برای تحلیل و درک موقعیت در فرایند نیل به

## UHC

۷- مدیریت تغییر در سازمان و بخش مالی حوزه سلامت بدلیل تغییرات دائمی در الگوی بیماریهای جامعه، تغییرات گسترده در عوامل خطر تهدید کننده های سلامت، اتخاذ رویکرد تغییر از خدمات بستری به سرپایی؛ پیشگیری در سطوح سه گانه به درمان در طی ۷ گام

## زیرین

الف) ایجاد رویکرد: جمعیت - نوع خدمات - هزینه های تحت پوشش



ب) تجزیه تحلیل شرایط موجود و تعیین نقطه شروع : با تاکید بر دو جزء " پوشش " و " همگانی ". اجزای کلیدی این گام عبارتند از حفاظت از ریسک مالی- دسترسی و بهره مندی و تعیین موانع پوشش- اثربخشی- ویژگی ها و ظرفیت سیستم- عوامل موثر خارج از نظام سلامت

ج) ارزیابی مالی با تحلیل هزینه های میان مدت- فرآیند برنامه ریزی و نظام بودجه ریزی و ایجاد مناسبات با نهاد های مالی و کسب اعتماد نهاد های مالی و بودجه ای با تبیین نتایج پیشرفت ها

د) ارزیابی زمینه اجرایی و محدودیت ها از جمله سیاسی ، تحلیل ذینفعان مالی (ممکن است سیاستی منافع سهامداران قدرت را تهدید نماید) و تعیین پتانسیل های ملی از قبیل فعال نمودن فضای سیاسی کشور برای ایجاد و تقویت حمایت مالی و سیاسی

ه) پیشبرد و تنظیم استراتژی ها و اهداف تغییر با افزایش منابع مالی ، تجمع صندوقها، کاهش موانع مالی، استفاده عاقلانه از منابع (اثربخش و عادلانه)

و) عملیات اجرایی با ارزیابی و اصلاح ساختار در سطوح مختلف سازمان و اصلاح قوانین و تامین منابع انسانی آموزش دیده و ماهر و ارائه خدمات با کیفیت

ز) ارزیابی و نظارت، مدیران نظام سلامت و سیاستگذاران بایستی با جایگاه کشور در نظام بین المللی آشنا باشند و بصورت مستمر روند آن را مورد پایش و نظارت قرار دهند. جدول زیر شاخص هایی را معرفی می کند که دقیقاً نشان میدهند چه کسانی تحت پوشش هستند، حمایت های ارائه شده در برابر خطرات مالی تا چه حدی بوده، میزان پرداخت از جیب مردم چقدر است و تاثیر آن بر فجایع مالی و اصلاحات چیست .

## جدول (۱-۳): پایش پوشش همگانی از نظر حفاظت در برابر ریسک مالی

اهداف و اقدامات	شاخص های مرتبط	تفسیر
۱- افزایش سرمایه مورد نیاز حوزه سلامت : پوشش جمعیت، خدمات و هزینه	۱- سرانه هزینه های سلامت ۲- درصد سرانه هزینه های سلامت از تولید ناخالص ملی (GDP)	متناسب با نیازهای جمعیتی هدف، در سال ۲۰۰۹ میانگین حداقل نیاز در میان کشورهای کم درآمد ۴۴ دلار که تا سال ۲۰۱۵ به ۶۰ دلار بالغ خواهد شد. کشورهای مناطق جنوب شرقی آسیا و غربی اقیانوس آرام هدف ۴ درصدی را برای خود مشخص نموده اند، با اینکه این هدف به هیچ وجه کافی نمیباشد
	۳- هزینه عمومی دولت در بخش سلامت به عنوان درصدی از کل هزینه دولت ۴- هزینه های عمومی دولت در بخش سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی	نشان دهنده تعهدات دولت به بخش سلامت می باشد کشورهای زیر صحرای آفریقا هدف ۱۵ درصدی. در منطقه مدیترانه شرقی کشورهای عضو در حال بررسی پیشنهاد هدف ۸ درصدی هستند. نشان دهنده ظرفیت و خواست دولت در حمایت از جمعیت در برابر هزینه های مراقبت های سلامت. برای بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، با داشتن ۵-۴ درصد تولید ناخالص داخلی، نیل به پوشش همگانی بسیار مشکل و در کوتاه مدت بسیار دور از ذهن می باشد
۲- سطوح حفاظت از ریسک مالی و پوشش گروه های آسیب پذیر	۵- هزینه های پرداخت از جیب به عنوان درصدی از کل هزینه های سلامت باتعین گروه های جمعیتی تحت تاثیر	شواهد تجربی نشان می دهد که پرداخت از جیب ارتباط تنگاتنگی با وقوع فاجعه مالی و فقر دارد. زمانی که پرداخت از جیب برای خدمات سلامت نسبت به کل هزینه های سلامت کمتر از ۲۰-۱۵ درصد می باشد، فاجعه مالی و فقر کمتری وجود خواهد داشت. این میزان هنوز در بسیاری از کشورها بالاست و هدف کشورهای غرب اقیانوس آرام ۳۰-۲۰ درصد تعیین شده است
	۶- درصد خانوارهایی که هر سال به دلیل پرداخت از جیب از فاجعه مالی رنج می برند، باتعین گروه های جمعیتی تحت تاثیر ۷- درصد خانوارهایی که هر سال به دلیل پرداخت از جیب از فقر رنج می برند، باتعین گروه های جمعیتی تحت تاثیر	
۳- کارایی استفاده صحیح از منابع	۸- میانگین قیمت داروهای ژنریک برای مصرف کننده در مقایسه با قیمت های بین المللی مرجع ۹- درصد بودجه دولتی که با احتساب هزینه ها و حقوق های ثابت در مقایسه با هزینه های روز افزون دارو و تجهیزات به حوزه سلامت تخصیص می یابد	جایی که این میزان بالاتر از مثبت ۱/۱ است، شواهد محکمی دال بر توانایی پس انداز سرمایه وجود دارد تفسیر این مورد بسیار سخت است، با اینکه اکثر کشورها می دانند چه زمانی سرمایه کافی برای خرید ( به طور مثال دارو) وجود ندارد این شاخص بیش از عدم اثربخشی، عدم کفایت و نارسایی را نشان می دهد

## فصل چهارم

# ارتقای عملکرد نظام سلامت با بهبود پاسخگویی<sup>۲۳</sup>

---

<sup>23</sup>شاکله اصلی این فصل کتاب گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ نظام های سلامت: ارتقای عملکرد (فصل دوم) ترجمه ی و ویرایش علیرضا احمدوند و سایر همکاران از انتشارات موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ می باشد.

برای ارزیابی اینکه یک نظام سلامت، تا چه حد کار خود را خوب انجام می دهد، باید به دو سوال عمده پاسخ گفت: سؤال اول، نحوه سنجش پیامد مورد انتظار است، یعنی تعیین اینکه چه چیزهایی در ارتباط با سه هدف سلامت خوب، پاسخدهی و مشارکت مالی عادلانه، صورت گرفته است (دستیابی) سوال دوم نحوه مقایسه دستیابی ها با آن چیزی است که نظام باید قادر به انجام آن باشد، یعنی بهترین چیزی که با همین منابع قابل دستیابی است (عملکرد)

سلامت بهتر فلسفه وجودی یک نظام سلامت و بدون شک هدف اصلی و معنی بخش آن است. چنانچه نظام های سلامت، کاری در قبال حفظ یا ارتقای سلامت جامعه انجام ندهند، هیچ دلیلی ندارد که وجود داشته باشند.

یک نظام سلامت خوب، فراتر از همه چیز در دستیابی به سلامت خوب مشارکت می نماید. اما حفظ یا ارتقای میانگین سلامت یک جمعیت، همیشه هم رضایت بخش و قابل قبول نیست، بخصوص وقتی که به طور همزمان باعث تشدید نابرابری یا عدم کاهش آن شود. تشدید نابرابری یا عدم کاهش آن در شرایطی روی می دهد که فواید ناشی از حفظ یا ارتقای سلامت، به صورتی نامتناسب به افرادی که از سلامت بهتر برخوردارند برسد. پس نظام سلامت این مسئولیت را نیز داراست که از طریق ارتقای ترجیحی سلامت فقرا، در جهت کاهش این نابرابریها تلاش نماید، البته در جایی که این نابرابری ها به علت شرایطی ایجاد شده باشند که مداخلاتی برای اصلاح در دسترس باشند. هدف سلامت خوب در واقع دارای دو جنبه است: بهترین سطح میانگین قابل دستیابی (Goodness) و کمترین تفاوت ممکن بین افراد و گروه ها (عادلانه بودن Fairness). پیشرفت هر یک از این دو بدون تغییر دیگری، بیانگر بهبود هست اما ممکن است این دو در تعارض با یکدیگر نیز قرار بگیرند. منطبق این امر تا حدی به موازات آن چیزی است که در ارتباط با توزیع درآمد در یک جمعیت وجود دارد. افزایش میزان میانگین سلامت، کاهش نابرابری و یا هر دو و گاهی قضاوت درباره ارزش های نسبی یک هدف یا دیگری، مطلوب است (با این تفاوت که هیچ کس چنین مطرح نمی کند که سلامت باید از یک نفر گرفته شود، سلامت بر خلاف سایر درآمدها یا دارایی های غیر انسانی نمی تواند تحت توزیع مجدد مستقیم قرار گیرد).

تمایز بین سطح کلی سلامت و نحوه توزیع آن در جمعیت نیز در پاسخدهی کاربرد دارد. خوبی به معنی آن است که نظام سلامت، به صورت میانگین به آنچه افراد از آن انتظار دارند (در ارتباط با مسائل سلامت) خوب پاسخ می دهد. عادلانه بودن به معنی آن است که پاسخ نظام به هر فرد، به گونه ای برابر و یکسان، خوب است و هیچ تمایز و

تفاوتی در نحوه برخورد با افراد صورت نمی گیرد. نحوه توزیع پاسخدهی نیز به مانند توزیع سلامت حائز اهمیت است. هر یک از این دو به خودی خود نیز دارای ارزش ذاتی هستند.

### سنجش دستیابی به هدف

برای ارزیابی یک نظام سلامت، باید ۵ چیز مورد سنجش قرار گیرد: سطح کلی سلامت، توزیع سلامت در بین جمعیت، سطح کلی پاسخدهی، توزیع پاسخدهی و توزیع مشارکت در تامین منابع مالی.

سلامت، هدف معنی بخش یک نظام سلامت است. این امر به این معنی است که وضعیت سلامت کل دوره زندگی افراد، تا حد ممکن بهتر شود و هر دو جنبه مرگ و میر و ناتوانی زودرس در نظر گرفته شود.

سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی سلامت کلی جمعیت و قضاوت درباره میزان دستیابی به سلامت خوب، سنجه امید زندگی تعدیل شده بر حسب ناتوانی (DALE) را معرفی کرده است.

برخی از نظام ها، بسیار غیر پاسخده هستند. نظام سلامت روسیه در سال های پیش از ۱۹۹۰ از نظر نحوه برخورد با افراد، بسیار غیر انسانی شده بود. شکایت شایعی که از بسیاری از کشورها درباره کارکنان بخش دولتی سلامت به گوش می رسید، بی ادبی و بی احترامی آنها با بیماران بود. مفهوم پاسخگویی را میتوان به صور گوناگون تحلیل نمود. یکی از روشها تفکیک مسایل فردی و ذهنی افراد با موضوعات عینی که نظام سلامت مکلف به برطرف کردن آنها میباشد، است. تفکیک این دو جنبه منجر به طرح ۷ وجه مختلف در ارتباط با پاسخدهی میشود که عبارتند از:

### احترام به افراد شامل:

- احترام به شان افراد، یعنی رعایت شئون اخلاق فردی-اجتماعی بدون قضاوت در مورد موضوعات عینی مبتلا به فرد.

- محرمانه بودن، یعنی حق تعیین اینکه چه کسانی دسترسی به اطلاعات شخصی سلامت افراد دارند.

- اختیار و خود مختاری فرد برای مشارکت، در انتخاب های مربوط به سلامت خود. این امر شامل کمک به انتخاب فرد است که چه درمان هایی باید دریافت شود یا نشود.

**مشتری مداری، شامل:**

- توجه صحیح و فوری به موارد اورژانس و زمان های انتظار معقول برای موارد غیر اورژانس
  - نشانه های کیفیت کافی مانند پاکیزگی، فضای کافی و غذای بیمارستانی
  - دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی (خانواده و دوستان) برای افرادی که مراقبت دریافت می کنند
  - انتخاب ارایه کننده، یا آزادی انتخاب اینکه چه فرد یا سازمانی، مراقبت از یک نفر را انجام دهد.
- یکی از معیارهای نظام های سلامت غیر پاسخگو نحوه برخورد کارکنان بهداشتی با مراجعه کنندگان میباشد. این برخورد بعضا غیر انسانی، بی ادبانه و غیر محترمانه است. پاسخدهی نظام سلامت یک هدف درونی و یک انتظار همگانی است. نظام سلامت برای ارائه خدمات به مردم تشکیل شده و این مردم هستند که به نظام سلامت موجودیت میبخشند و ارزیابی رضایت ساده و صوری از مراجعین درخصوص نحوه ارائه خدمات ساده لوحانه است. ۷ جزء هدف پاسخدهی عادلانه (روی دیگر سکه بهره مندی) از اهداف پنج گانه نظام های سلامت عبارتند از:
- الف) احترام به افراد و مراجعین
- احترام به شان افراد، تامین حقوق اولیه انسانی، بی احترامی نکردن و بی توجهی نکردن بدلائیل وضعیت (طبقه) اقتصادی- اجتماعی، جنسی و قومی ..
  - رعایت رازداری و محرمانه بودن با تمام ابعاد آن
  - خود مختاری فرد در انتخاب روند و نوع درمان
- ب) مشتری مداری
- توجه دقیق به نیازهای درمانی و مراقبتی بیمار و وجود زمان معقول مورد انتظار برای موارد غیر اورژانس
  - معیارهای کیفیت در محیط ارائه خدمات و سایر خدمات رفاهی

## - آزادی درانتخاب ارائه کننده خدمت

دریک نظام سلامت غیر عادلانه، فقرا و روستائیان اصلی ترین گروه های اجتماعی هستند که فاقد هرگونه مزایا و امتیازی هستند، آنها نسبت به افراد غنی خدمات باکیفیت پایینی دریافت میکنند- ارائه کننده خدمت خود را نمیتوانند انتخاب کنند. در مطالعه انجام گرفته در ۱۳ کشور (۱۹۹۹) روستائیان و فقرا از "توجه کمتر"، "حق انتخاب کمتر ارائه کننده خدمات" و کیفیت پایین خدمات رنج میبرند. زنان- کودکان یا نوجوانان- تهیدستان یا عشایر شاهد برخورد های بدتری نسبت به سایرین بودند. بررسی ها نشان میدهند خود مختاری و آزادی در انتخاب ارائه کننده خدمت در بین پایین ترین سه جزء پاسخدهی قرار داشتند. هرچند اجزای احترام به افراد بدون هزینه میباشد و لازمه کیفیت تسهیلات- خدمات پایه - توجه دقیق صرف منابع مالی میباشد ولی بررسی ها نشان میدهد اجزای بدون هزینه پاسخدهی نیز در این جوامع نادیده گرفته میشود و بین کیفیت تسهیلات با میانگین سالهای تحصیلات جمعیت قویترین ارتباط وجود دارد. در کشورهایی که این شاخص ها از سطح بالایی برخوردار است معمولا مبالغ نسبتا هنگفتی در امر سلامت هزینه کرده اند و معمولا در این کشورها خدمات توسط بخش خصوصی ارائه میشود.

### تامین عادلانه منابع مالی

تامین عادلانه منابع مالی نظام های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه میشوند، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شده است تا خطر خود بیماری. پرداخت برای مراقبت سلامت ممکن است از دوجبه ناعادلانه باشد. نخست، ممکن است خانواده ها را با هزینه های غیر قابل پیش بینی بالائی مواجه سازد؛ یعنی هزینه هایی که امکان پیش بینی آنها وجود ندارد و باید در لحظه مصرف خدمات مستقیما از جیب پرداخت شود و دوم آنکه ممکن است موجب پرداخت های نزولی (رگرسیو) شود به گونه ای که افرادی که کمترین توان را جهت مشارکت مالی دارند به نسبت بیشتر از افراد مرفه تر پرداخت نمایند. مشکل اول با به حداقل رساندن سهم تامین منابع مالی مستقیم از جیب مردم قابل حل است و مشکل دوم با اطمینان از این موضوع حل میشود که هرشکلی از پیش پرداخت ها (از جمله بیمه ها) وابسته به درآمد شده و صعودی (Progressive vs Regressive) یا حداقل خنثی باشد و با ظرفیت پرداخت مرتبط گردد تا با خطر سلامت.

# فصل پنجم

## سلامت در همه سیاست ها<sup>۲۴</sup>

## Health in All Policy

---

<sup>۲۴</sup> شاکله اصلی این فصل ترجمه ای است از ( Health in all policies ( Seizing opportunities, implementing policies تهیه شده توسط وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی فنلاند، که حسب مورد از منابع مختلف دیگر نیز استفاده شده و در هر مورد، منبع مورد استفاده نیز درج گردیده است



## پیشگفتار

از آنجایی که برنامه ششم توسعه کشور در حال تدوین و برنامه ریزی است، در نظر گرفتن جنبه های ارتقای سلامت و تأثیر سلامت و عدالت در سلامت بر طرح های پیشنهادی ضروری به نظر می رسد. در کشورمان تاکنون فرهنگ ارتقای سلامت نهادینه نشده، ساختار یابی و سازماندهی ارتقای سلامت در نظام سلامت در مراحل ابتدایی قرار دارد و نظام سلامت درگیر فعالیت های برنامه ای بوده و هنوز رسالت سازمانی متناسب با مأموریت ارتقای سلامت براساس منشورهای رایج بین المللی شکل نگرفته است. بررسی وضعیت موجود در برنامه ها معطوف به اهداف موضعی بوده و فعالیت های برنامه ای ارتقای سلامت در نظام شبکه شکل نگرفته است و امروزه هنوز هم برنامه ها بصورت عمودی ابلاغ و پیگیری میشود.

بدیهی است که پس از شکل گیری ساختار سازمانی براساس رسالت ارتقای سلامت زمینه ساز جلب مشارکت بین بخشی در سطوح بالای دولت بایستی مورد اهتمام قرار گیرد تا از این رهگذر یک سیاست کاربردی و مورد توجه مجموعه دولت بتواند تدوین، تصویب، اجرا و مورد پایش قرار گیرد. در این راستا براساس برنامه پنجم و اهتمام وزارت متبوع پیوست های سلامت تدوین شده که هنوز تا شکل گیری پیگیری مفاد این سیاست ها توسط دستگاههای اجرایی به عنوان یک وظیفه سازمانی راهی دشوار در پیش رو خواهد داشت. لازمه نهادینه سازی این سیاست ها در مجموعه دولت شکل گیری نهادی متنفذ جهت ابلاغ مصوبات و پیگیری روند اجرا میباشد که به نظر میرسد قالب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور مشروط به انجام اصلاحات متناسب با رسالت مورد انتظار و تنفیذهای قانونی میتواند در جامه عمل پوشاندن به این رسالت مهم و حیاتی کمک شایانی نماید. این ساختار نقش انسجام بخشی در تدوین و تصویب سیاست های اجرایی و هماهنگ کننده فعالیت های برنامه ای و جلوگیری از موازی کاری و پوشش خلاء های اجرایی را خواهد داشت و از اعمال سلايق فردی، سازمانی و محلی جلوگیری خواهد نمود.

با توجه به وجود مشکلات مشابه در کشورهای توسعه یافته در سالهای گذشته، راهکارهای متفاوتی مورد اقدام بوده و اثربخشی این سیاست ها مورد ارزیابی مدون قرارنگرفته و یا نتایج مطالعات کمتری منتشر شده است. یکی از سیاست های اساسی کاربردی، استراتژی سلامت در همه سیاست ها (Health in All Policy=HiAP) است که در کشور فنلاند مورد اهتمام ویژه بوده است و مبدع این راهبرد تیمی متشکل از مدیران و کارشناسان بهداشتی و رفاه اجتماعی فنلاند بوده است. در این خصوص کتابی<sup>۲۵</sup> نیز توسط وزارت رفاه اجتماعی و بهداشت منتشر که به منظور آشنایی مدیران عرصه سلامت ترجمه خلاصه ای از این اثر مفید در این قسمت آورده میشود تا انشاء... با بهره

<sup>25</sup> Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies

Edited by: Kimmo Leppo, Eeva Ollila, Sebastich Peõa, Matthias Wismar, Sarah Cook  
Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ۲۰۱۳

گیری از تجارب جهانی با یک سیاست ملی مدون، با توجه به ارتقای جایگاه سلامت در نظام اداری کشور (ابلاغ سیاست های کلی سلامت و سیاست های جمعیتی توسط مقام معظم رهبری و رویکرد های مثبت و حمایت همه جانبه قوای سه گانه و رسالت اصلی دولت خدمتگزار و...) نسبت به تقویت رویکرد نظام مند و ادغام یافته نفوذ سیاست های کاربردی سلامت نگر جامع در دستگاههای دولتی اهتمام خاصی معمول و از این رهگذر ارتقای سلامت آحاد جامعه در افق نه چندان طولانی تحقق یابد.

## مقدمه ای بر سلامت در همه سیاست ها

سلامتی جزء اساسی در خوب بودن (Well-being) و شادی و نشاط مردم است.. سلامتی عاملی توانمند کننده و پیش نیازی برای توانایی افراد در رسیدن به اهداف و آرزوهایشان و پیش نیازی برای جامعه در نیل به اهداف اجتماعی محسوب میشود. سلامت در همه سیاست ها (Health in All Policy=HiAP) رویکردی برای سیاست های عمومی در بین دستگاههای دولتی برای تصمیم گیری است که بطور سیستماتیک در مقابل بخش بهداشت و نظام سلامت پاسخگو میباشند. دستگاههایی که پیگیر خدماتی هستند که منجر به هم افزایی شود و از عوارض خطرناک سلامتی اجتناب میکنند تا سلامت جمعیت و برابری بهداشتی را بهبود بخشد. رویکرد HiAP بر حقوق و التزامات مربوط به سلامت پایه گذاری شده است و بر عواقب ناشی از اجرای سیاست های عمومی بر تعیین کننده های سلامت تاکید مینماید و هدف آن پاسخگویی سیاست گزاران به سطوح مختلف سیاست گذاری در قبال اثرات سلامتی میباشد.

خصوصیات اصلی HiAP، شامل یک شالوده مستحکم بر پایه حقوق بشر و عدالت اجتماعی و نیز کانونی برای سیاست گذاری است. این رویکرد غالباً جهت اولویت بندی اقدامات، یافتن هم افزایی ها بمنظور افزایش سلامت و سایر اهداف مهم اجتماعی و جستجوی راه کارهایی برای اجتناب از اثرات خطرناک بر سلامت، لازم و ضروری میباشد.

برنامه های HiAP غالباً شامل شناسایی تحولات سیاسی در سایر دستگاهها با پیامدهای بالقوه برای سلامتی و عدالت در سلامت، ارزیابی اثرات و حمایت طلبی و مذاکره برای تغییرات است. چشم انداز طولانی مدت و تلاش های مستمر مورد نیاز هستند.

سیاستگذاری یک فرایند پویاست که در آن فرصت هایی برای تصمیم گیری در زمینه تغییرات اقتصادی، اجتماعی و واقعیت های اقتصادی و سیاسی ناشی میشوند. این فصل چهارچوبی برای تبیین مشکلات؛ سیاست ها؛ امورات سیاسی و فرصت هایی برای تصمیم گیری پویا است.

مردم ارزش زیادی برای سلامتی قائل هستند. سلامتی یک اصل برای خوب بودن و نشاط مردم است. سلامت خوب یک زندگی طولانی و مولد را فراهم میکند که در آن فرد میتواند از زندگی، تحصیل و کار و مراقبت از دیگران لذت ببرد. فرزندان سالم یادگیری بهتری دارند. بالغین سالم میتوانند از دیگران نیز مراقبت نمایند. سلامتی حتی برای کسب و کار نیز مهم میباشد. بنابراین سلامتی یک تسهیل کننده مهم و لازمه دست یابی به اهداف و آرزوهای فردی و همچنین به اهداف های اقتصادی و اجتماعی محسوب میشود.

بیشترین توجه نظام سلامت به سازماندهی و تامین کیفیت خوب و خدمات سلامت قابل دسترس میباشد. سلامتی صرفاً با تامین خدمات قابل حصول نبوده بلکه بایستی به عوامل موثر بر سلامت که سلامتی افراد و جامعه را تحت تاثیر قرار میدهند نیز توجه نمود.

سلامت مردم تحت تاثیر محیط اجتماعی، فیزیکی و اقتصادی که در آن زندگی می کنند، و همچنین ویژگی ها و رفتارهای فردی شان قرار می گیرد. نابرابری های بهداشتی (که به صورت تفاوت های قابل اجتناب، ناخوشایند و ناعادلانه در وضعیت سلامتی در داخل و بین کشورها تعریف میشود) عمدتاً ناشی از تفاوت در این تعیین کننده ها بر شرایطی است که مردم در آن متولد میشوند، رشد می کنند، به تحصیل می پردازند، زندگی می کنند و پیر میشوند و نیز عوامل موثر بر نظام هایی است که در مقابله با بیماری عمل می کنند. سیاست های عمومی میتواند با ایجاد محیطی سالم که انتخاب های سالم را نیز تسهیل میکند، مهمترین منشا تفاوت ها در سلامتی و برابری بهداشتی باشد.

بنابراین سیاست های عمومی مربوط به (برای مثال) آب و فاضلاب، آموزش و پرورش، خدمات اجتماعی، محیط زیست، تولید محصولات کشاورزی و صنعتی، تجارت، قانون، مجموعه درآمدها و تخصیص منابع عمومی، تاثیرات مهمی بر سلامت عمومی و برابری در سلامت دارد. زمینه زیرساختی و مقررات، نظام آموزش تخصصی، جمع آوری درآمد و تخصیص منابع، زمینه های عملکردی نظام های سلامت را تحت تاثیر قرار میدهد. بخش بهداشت برای دستیابی به سلامت بهتر و عدالت در سلامت به تحرک در خارج از حیطه فعالیت بخش خود، نیاز دارد.

سلامتی تنها هدف اجتماعی متاثر از سیاست های همگانی چندگانه سایر دستگاهها نیست. ایده استفاده از سیاست های همگانی مرتبط و اقدامات سایر دستگاههای دولتی بمنظور نیل به اهداف اجتماعی موجب جلب توجه در بسیاری از زمینه های دیگر نظیر توسعه پایدار، محیط و جنسیت شده است.

اصلی ترین سیاستگذاران سطوح ملی در تمام دستگاه های دولتی که سلامتی را تحت تاثیر قرار میدهند عبارتند از: نظام سلامت، کار، مسکن، توسعه اقتصادی، سرمایه گذاری، تجارت، محیط زیست، امنیت اجتماعی (نیروی انظمایی)، آموزش، کشاورزی، برنامه ریزی و مدیریت شهری می باشند.

سیاستگذاران و محققین سلامت غالباً از اینکه راه حل های مبتنی بر شواهد، برای برطرف کردن مشکلات در عمل قابل اجرا نیستند؛ تعجب میکنند. یک دلیل اصلی برای این موضوع این است که سیاست گذاری طیف وسیعی از نقش آفرینان با اهداف متنوع شان است؛ بر همین اساس این امر فرایندی پویاست و اغلب به جای اینکه قابل پیش بینی و مرتبط باشد؛ غیر قابل پیش بینی میباشد. سوالات بسیار مهم متعددی در این خصوص مطرح هستند:

- چگونه موضوعات سلامتی در برنامه های سیاسی وارد و از آن ها حذف میشوند؟
- چگونه مشکلات سلامتی و راه حل های بین بخشی تعیین و اولویت بندی میشوند؟
- چه عاملی سیاستگذاران و سیاستمداران بخش های مختلف را ترغیب می کند تا نتایج سیاست های خودشان را به حساب آورند؟
- چگونه روزه های فرصت میتواند برای بهبود سلامت و عدالت بهداشتی نقش آفرینی نماید؟
- عوامل تعیین کننده برای سیاستگذاری موفق و اجرای سلامت در همه سیاست ها چیست؟
- نقش بخش سلامت در سیاستگذاری و اجرای سلامت در همه سیاست ها چیست؟ چه ظرفیت هایی در داخل نظام سلامت برای حمایت طلبی، گفتگو و اجرای سلامت در همه سیاست ها مورد نیاز است؟

## سلامت در همه سیاست ها

**تعریف** سلامت در همه سیاست ها (HiAP) رویکردی برای سیاست های عمومی در بین دستگاههایی هست که بطور نظام مند پاسخگوی تصمیمات خود در قبال سلامتی و نظام سلامت هستند و بدنبال هم افزایی ها و اجتناب از اثرات مخرب سلامتی به منظور بهبود سلامت همگانی و برابری سلامتی میباشد. رویکرد HiAP بر حقوق و الزامات سلامتی بنا شده است و بر نتایج سیاست های همگانی بر روی تعیین کننده های سلامتی

تاکید داشته و هدفش بهبود پاسخگویی سیاستگذاران در مقابل اثرات سلامتی در تمام سطوح تصمیم گیری است.<sup>۲۶</sup>

ریشه های HiAP به تاریخ معاصر بهداشت همگانی برمیگردد. این اصطلاح در اواخر دهه ۱۹۹۰ ابداع شد و در جریان دومین دوره ریاست فنلاند در اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۶ که در آن سلامت موضوع عمده بود، شعار اصلی بشمار میرفت. هدف اصلی HiAP بهبود سلامت همگانی، برابری بهداشتی و زمینه ای است که در آن عملکرد نظام های سلامت با اصلاح تصمیم گیری بین بخشی برای موفقیت اثرات مطلوب بهبود پیدا میکند. سیاست های عمومی که نقش بخش عمومی و فضای تدوین مقررات و ظرفیت ها مثل سیاست های آموزشی، اقتصادی، تجاری و مالیاتی را مشخص می کنند، همه در تعیین زمینه عملکرد نظام سلامت اهمیت دارند. تصمیمات خارج از منابع مالی بخش بهداشت و غالباً خارج از مرزهای ملی تعهدات، دامنه مقررات و منابع محافظت بهداشتی شامل ایمنی شغلی؛ محیطی و ترافیکی و محافظت در مقابل بیماری های واگیردار و غیرواگیر را نیز تحت تاثیر قرار میدهند.

ویژگی های اصلی HiAP شامل زیرساخت قوی در خصوص حقوق بشر و عدالت اجتماعی با تمرکز بر روی سیاست گذاری است. در عمل نیز اولویت بندی اقدامات و هم افزایی ها بمنظور ارتقای سلامتی و سایر اهداف اجتماعی ضروری است. پیگیری حصول اطمینان برای از جلوگیری از اثرات سوء سلامتی، برابری بهداشتی و عملکرد نظام سلامت ناشی از سیاست های بین بخشی بسیار مهم است.

HiAP با مبانی حقوق بشر پشتیبانی میشود، تحت قوانین بین المللی توسعه می یابد و در بسیاری از کشورها در قالب قوانین و سیاست های ملی اجرا میشود. براساس حق برخورداری از سلامت و سایر حقوق مرتبط با سلامتی، این رویکرد مبتنی بر حقوق سلامتی در مسئولیت های خدمات اساسی بهداشتی و تعیین کننده های سلامت تکامل یافته است.

ارزش عدالت اجتماعی، برابری و کرامت انسانی قلب HiAP محسوب میشوند.

<sup>۲۶</sup> Source: Adapted from WHO Working Definition prepared for the 4th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, ۱۰-۱۴ June ۲۰۱۳.

HiAP بر سیاستگذاری متمرکز می باشد و بنابراین با توسعه و اجرای قوانین، هنجارها، استانداردها، راهبردهای اصلی، برنامه ها و تصمیمات در رابطه با تجمیع و تخصیص منابع در میان سایر اجزا اهمیت پیدا میکند. رویکرد HiAP فی نفسه در فعالیت های پروژه ای نیز قابل اجراست. هرچند در بخش سلامت با عملکرد خوب نیز بکارگیری رویکرد HiAP سودمند است ولی از آن در طراحی یا اجرای بهترین شیوه بالینی و انواع دیگر خدمات بالینی در داخل نظام ارائه خدمات بهداشتی نقشی ندارد.

HiAP به مفهوم انجام همه کارها در همه زمان ها نیست، بلکه بمعنای انجام کارها به بهترین شکل ممکن در چارچوب اراده سیاسی و منابع است. ایده آل آن است که تمام تلاشهای HiAP از قبیل نقطه آغاز و زمان اقدام به دقت اولویت بندی شود، تا منجر به بهینه سازی فرصت های در حال ظهور برای بهداشت شوند

خانه ۴-۱ مجموعه ای از شرایط مساعد برای تلاش های HiPA را نشان میدهد. این ها در برگیرنده اطلاعات مربوط به دامنه و اهمیت وضعیت بهداشتی موجود، توزیع آن در بین گروه های جمعیتی و بطور خاص (درمورد) دانش زمینه ای تعیین کننده سلامت و علل بی عدالتی است. اطلاعات موجود (و در دست اقدام) در پیشنهادات برای سیاست های عمومی در همه دستگاههای با پتانسیل برای موضوعات بهداشتی - مثبت یا منفی - به یک اندازه مهم است.

اولویت بندی اقدامات مبتنی بر HiAP باید با تعامل و درک مشترک از زمینه سیاست گذاری گسترده تر اقتصادی، فرهنگی و سیاسی که احتمالات را برای موفقیت در هر زمان تحت تاثیر قرار میدهند، انجام گیرد. اولویت بندی همچنین میتواند براساس فرصت های موجود، نظیر علاقمندی ابراز شده توسط سایر حوزه های تصمیم گیری، که موفقیت را تسهیل می کند، انجام گیرد. نهایتاً، اولویت بندی مشتمل بر تعیین فرایندهایی از سیاستگذاری است که بنظر میرسد منجر به نتیجه نشده و اینکه این تلاشها نایستی دنبال شوند.

کادر ۱-۵: زمینه های اجرایی HiAP

## منابع و مهارت ها برای :

تجزیه و تحلیل اثرات سیاست های عمده و طرح های سیاسی از دیدگاه بهداشتی  
 برقراری ارتباط و مذاکره با سایر دستگاهها  
 اجرای تصمیمات  
 پیگیری اثرات سیاست ها بر روی تعیین کننده های سلامت و توزیع آنها

## اطلاعات در مورد:

وضعیت بهداشتی و علل بیماریها از جمله داده های توزیعی در نابرابری های سلامت  
 تهدیدات بالقوه سلامت  
 سیاست ها/ مداخلات موثر مداخلات از دیدگاه سلامتی  
 روند های سیاست گذاری و طرحها در بین دستگاهها ی توسعه یافته  
 فرایندهای سیاست گذاری و نقش آفرینان خارج از نظام سلامت  
 زمینه حمایتی با:  
 اراده سیاسی  
 زمینه های قانونی  
 ساختارها و فرآیندهای دولتی برای هماهنگی و اجرای بین بخشی

در بسیاری از ساختارهای تحت فشار محدودیت منابع، اجرای سیاست های جامع بهداشت همگانی در سطوح محلی نظیر تامین منابع آب، بهسازی محیط و سیاست های کاری در خصوص غذا به موازات توسعه نظام سلامت گسترش یافته اند. به منظور اجرای کامل اجزای HiAP در کشورهای با منابع محدود که به شدت وابسته به کمک های خارجی هستند، اهدا کنندگان بایستی به دنبال جلب مشارکت و همکاری های قابل پیش بینی، پیوسته و پایدار بین بخشی باشند تا منجر به توسعه خوب گردد. به همین منظور ضروری است برای ظرفیت سازی بیشتر در نهادها و کارکنان سازمانهای خدماتی برای پاسخگویی به سیاست های پیچیده مخصوصا در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط اقدام شود.

افرادی که در نظام سلامت کار میکنند، اخلاقاً مسئول هستند با استفاده از دانش و تجربیات کاری حوزه بهداشت همگانی برای سلامتی و برابری در سلامت حمایت طلبی های لازم را با سیاستگذاران انجام دهند. در هر حال HiAP بدنبال تحمیل "سلامتی" و "برابری در سلامت" به عنوان مافوق سایر اهداف و ارزش های اجتماعی نبوده، بلکه پیشرفت به سمت اهداف بهداشت عمومی با جلب مشارکت عمومی و تشریک مساعی با سایر اهداف مهم اجتماعی است.



## بکارگیری رویکرد HiAP

بر اساس تعهد امضاء کنندگان تاسیس سازمان جهانی بهداشت WHO، دولت ها در قبال سلامت جمعیت خود مسئول هستند (خانه ۳-۱). منظور از دولت ها در اینجا، ساختاری هست که تصمیم میگیرد و اجرا میکند (قانون گذار و مجری).

در هر حال باید توجه کرد که در حال حاضر برخی از تعهدات ممکن است از دولت های ملی به سطوح منطقه ای (نظیر سازمانهای اقتصادی منطقه ای) یا حتی سطح جهانی تفویض شده باشد، همچنان که برخی از مسئولیت ها نیز ممکن است به سطوح پایین تر مدیریتی واگذار شده باشد. HiAP بایستی در تمام سطوحی که تعیین سطح تصمیم گیری (جایی که تصمیم گرفته میشود) به سختی امکان پذیر است و چگونگی تاثیر فرآیند تصمیم گیری اعمال شود.

هر چند اتحادیه اروپا اکثر مصادیق عینی تعهدات در خصوص مهمترین تعیین کننده های سلامتی را از سطوح ملی به سطح منطقه ای واگذار کرده ولی اصل تعهدات تصمیم گیری در سطح ملی را حفظ کرده است. در اتحادیه اروپا، حتی زمانی که در سطح ملی نیز موضوعات مهم سلامتی در دستگاه دیگری مورد بحث و تصویب قرار میگیرد به منظور کسب حداکثری اطمینان از اینکه سلامتی بطور مناسب مورد ملاحظه قرار گرفته تحت نظارت قرار دارد. همزمان نیز در صورت ضرورت اقدامات از طریق مدیریت سلامت خود اتحادیه نیز پیگیری میشود.

بخش بهداشت، حتی زمانی که دولت در صدد اقدام برای سلامت خوب برای همه (Good health for all) است، نیز نقش مهمی در بکارگیری رویکرد HiAP دارد. نقش بخش بهداشت تولید شواهد علمی در خصوص سلامتی، برابری در سلامت و اثرات بهداشتی سیاست ها میباشد. این امر حتی ممکن است به مشارکت در تعیین بهترین راه حل برای سلامتی و گفتگو در خصوص این راه حل ها نیاز داشته باشد. بخش بهداشت همچنین نیازمند آن است که بعنوان یک کاتالیزور برای بکارگیری مفاد HiAP تلاش کند و در نتیجه بهتر است در قالب یک تعهد واضح برای گسترش فعالیتهای خود بین دستگاههای دولتی اقدام نماید.

کارکردن با دیگر دستگاههای دولتی نیازمند آگاهی از تعهدات و اهداف متفاوت این دستگاههاست و میتواند شامل موانع اداری و بودجه ای بین بخشی باشد. نقش آفرینان موثر در فرآیند سیاست گذاری و قواعد حرفه ای، ادبیات و رویکردهای خاص خود را برای مشکلات و فرصت ها در توسعه اجتماعی دارند. بر همین اساس HiAP نیازمند ارتقای درک این ادبیات، اهداف و شیوه های فعالیت در بین دستگاههای دولتی میباشد. آگاهی از سایر متولیان اختصاصی در چرخه سیاست گذاری و سایر فرآیندها برای بهره مندی از فرصت ها ضروری میباشد. خارج از دستگاه های دولتی، رویکرد HiAP شامل یافتن شریک/ شرکا و تعامل با آنان از جمله عموم مردم و رسانه هاست. مشارکت همگانی برای ارتقای دموکراسی و شفافیت و افزایش مسئولیت پذیری فی نفسه ارزشمند است و همچنین موفقیت در اجرای سیاست ها منوط به حمایت قاطبه مردم میباشد.

بخش خصوصی نقش فزاینده ای در سیاست گذاری دارد. هرچند بخش خصوصی میتواند یک شریک مهم در تحقق سلامتی باشد، ولی مشارکت بخش خصوصی بایستی برای جلوگیری از جذابیت منافع خصوصی بر منافع عمومی به دقت تحت نظارت قرار گیرد. علاوه بر آن بکارگیری اقدامات مناسب برای مدیریت تضاد منافع ضروری میباشد.

پایش روند سیاست ها و طرحهای بین بخشی و ارائه پس خوراند به موقع در زمان اجرای HiAP حیاتی میباشد. در این خصوص داشتن دانش لازم مورد نیاز است. یک مثال چالش برانگیز در این خصوص شرایط پیگیری مهمترین پیش نویس های قراردادهای بازرگانی است که اغلب توسط وزرای اقتصاد یا دارایی، از لحاظ منافع اقتصادی خود یا در زمینه اجرای یک چارچوب تجارت گسترده تر، مورد گفتگو قرار میگیرند. لازمه ارزیابی اهمیت این موارد در بهداشت، مجموعه ای خاص از ظرفیت ها و دانش است. اینها شامل توان درک زمینه گسترده تر و تسلط بر زبانی است که توافقات بازرگانی به آن زبان نوشته شده و برای آنالیز توافقات پیچیده از منظر سلامت عمومی، برابری بهداشتی و نظامهای سلامت میباشد.

جدول ۱-۱ برخی از ساختارهای دولتی، ابزارها و مکانیسم هایی که برای تعیین هویت نوشتجات برای تسهیل مشارکت بین بخشهای مختلف را تبیین میکند. ساختارها برای HiAP می توانند متغیر، ناپایدار یا دائمی، محدود یا نامحدود و گسترده باشند. ولی ساختارها به تنهایی برای اطمینان از اقدام کافی نیستند، علاوه بر آن رهبری قوی و اراده سیاسی غالبا برای تصمیم گیری و اجرای پایدار مورد نیاز میباشد. فرآیند های سیاسی بین

بخشی نظیر روشهای مشاوره ای، توسعه استراتژی ها و برنامه های، نظام های گزارش دهی عمومی میتوانند یک زیر لایه ای برای ساختارها فراهم کرده برای ارتقای گفتگوهای سیاست گذاری بین بخشی مفید باشند.

### جدول شماره ۱-۱: مثالهایی از ساختارهای HiAP و مکانیسم های ترویج مشارکت، همبستگی و همکاری<sup>۲۷</sup>

وظایف و اختیارات	توصیف	مثال
قوانین و مقررات	چارچوب های قانونی طراحی شده برای ترویج همکاری بین بخشی یا ارتقای سیاست های دوستدار سلامت	ماده ۱۵۲ از معاهده آمستردام: توافقات بین المللی مانند کنوانسیون کنترل دخانیات (WHO FCTC) کنوانسیون رفع تمام اشکال تبعیض علیه زنان (CEDAW) یا کنوانسیون حقوق کودک (CRC)
پروتکل های قراردادی	توافقات رسمی یا غیررسمی همکاری بین دولی یا دانشگاهی، سازمان های جوامع مدنی، شرکت های خصوصی	تعهدات رئیس جمهوری آمریکا در موضوع چاقی در کودکان
چارچوب پاسخگویی	چارچوب های قانونی مشتمل بر مکانیسم های پیش بینی اثرات احتمالی بر روی سلامت. فراهمی حمایت قانونی برای ارزیابی اثرات	بر اساس قانون مراقبت بهداشتی، ضرورت در نظر گرفتن اثرات سیاست گذاری بر روی سلامت شهرداری ها. (فنلاند) برنامه استراتژیک استرالیای جنوبی شرایط را برای رویکرد HiAP فراهم می کند.
چارچوب سیاسی	توافقات سیاسی بین الدولی فیما بین مدیران سیاسی در راستای اهداف سیاسی مشترک	موافقت با قرار گرفتن HiAP به عنوان قسمتی از مانیفست سیاسی احزاب قبل از انتخابات دودستگی سیاسی در خصوص حمایت از HiAP
ساختارها		
کمیته های	ترکیبی از نمایندگان دستگاههای	کمیته مشورتی برای بهداشت عمومی (فنلاند)

<sup>۲۷</sup> Source: adapted from St. Pierre et al., ۲۰۰۹

<p>کمیسیون بین بخشی کارکنان(پرو) کمیسیون بین بخشی برای کنترل تولید و استفاده از حشره کش ها، عقیم سازی و مواد سمی (مکزیک) سلامت در همه سیاستها (کالیفرنیا، امریکا)</p>	<p>مختلف دولتی. غالباً افقی(مشابه سطوح مدیریتی ملی/ استانی/ شهرستانی) و نیز عمودی شامل سازمانهای غیردولتی (NGO)، بخش خصوصی و احزاب سیاسی و یا دائم، با زمان محدود با وظایف عمومی یا متمرکز بر وظیفه خاص.</p>	<p>مشترک بین وزارت خانه ها</p>
<p>شورای مشورتی ریاست جمهوری برای اصلاح حقوق بازنشستگان(شیلی)</p>	<p>مشتمل بر متخصصین از ساختارهای بخش های عمومی و انستیتو های آموزشی، سمن ها، بخش خصوصی یا think tanks غالباً ایجاد شده در حیطه وظیفه ویژه</p>	<p>کمیته های تخصصی</p>
<p>سلامت در همه سیاست ها(استرالیای جنوبی ، استرالیا)</p>	<p>واحد داخل وزارت بهداشت یا سایر وزارتخانه های دیگر با تعهد برای ترویج همکاریهای بین بخشی</p>	<p>واحدهای پشتیبانی</p>
<p>سلامت در همه سیاستها کانتربری (کانتربری، زلاندنو)</p>	<p>مکانیسم هماهنگی منعطف متشکل از شرکای موسسه ای</p>	<p>شبکه ها</p>
<p>وزارتین رفاه اجتماعی و بهداشت (فنلاند) وزارت بهداشت و رفاه خانواده (هندوستان) دپارتمان توسعه اجتماعی (افریقای جنوبی)</p>	<p>وزارتخانه های متعدد مشتمل بر چند دستگاه یا مسئول برای هماهنگی بین بخشی</p>	<p>وزارتخانه های با فعالیت ادغام شده یا هماهنگ</p>
<p>انجمن بین المللی موسسات ملی بهداشت همگانی (IANPHI) برای اقدامات جامع</p>	<p>موسسات عمومی با ظرفیت پایش فعالیت های بهداشتی و تعیین کننده های آن و تجزیه تحلیل سیاست ها و پتانسیل های بهداشتی در بین سایر دستگاهها</p>	<p>موسسات بهداشت عمومی</p>

<b>فرایندها</b>		
شيوه های مشاوره ای رسمی و گفتگو در باره سیاست ها	رایزنی رسمی و مشاوره درون بخشی درباره طرح های بزرگ توسعه ای	گزارش های مجلس قانون گذاری مذاکرات کنوانسیون ۱۶۹، سازمان بین المللی کار (ILO) – جوامع بومی
تهیه و تدوین برنامه ها و استراتژی های دولتی	روند طراحی دولت ها در طی دوره کاری شان، با اطمینان از اینکه دغدغه های بهداشتی بطور مناسب در تدوین پروژه ها و طرحها مورد ملاحظه قرار میگیرند.	مستند سازی نوآوری های مهم از منظر اقدامات بهداشتی دولتی که در تدوین برنامه ها و پروژه ها مورد ملاحظه قرار گرفته است. برنامه های توسعه اقتصادی-اجتماعی ملی
نظام های گزارش دهی سیاست های بهداشت عمومی	تهیه گزارش از سیاست های بهداشت همگانی و نظام های مراقبت (Surveillance) بهداشت همگانی در خصوص تعیین کننده های اصلی و عوامل خطر مرتبط با سیاست ها ، تعیین کننده ها و پیامد های بهداشتی	گزارش ملی سلامت فنلاند گزارشات بهداشت عمومی کینگ، سیاتل، آمریکا
<b>ابزارها</b>		
ارزیابی اثرات قوانین، مقررات، سیاست ها یا نوآوری های مالی	از نکته نظر بهداشتی یا توسط بخش بهداشت یا سایر ساختارهای سازمانی مرتبط براساس قوانین موجود	کبک و تایلند
<b>استراتژی های مالی</b>		
مکانیسم های پرداخت کمک های بلاعوض یا حمایت مالی برای فعالیتهای مشترک یا بودجه های مشترک	برنامه های گسترده یا نوآوری های با اهداف و بودجه های مورد نیاز برای موضوعات عمده درون بخشی	برنامه توسعه ملی برای رفاه اجتماعی و مراقبت بهداشتی (برنامه کاست) در فنلاند، صندوق تامین منابع برای کارهای درون بخشی در سطوح محلی

چهارچوب سیاست های گسترده و پاسخگو، و توافقات بین حامیان مشارکت در ارتقای شفاف نیروی کار و تهیه دستورالعمل و شیوه های راهبری کارمندان میتواند مفید باشند. در نهایت مشوق های مالی میتوانند به پیشبرد فعالیت های مشترک کمک نمایند.

با توجه به اینکه HiAP برای پیش بینی اثرات بهداشت بکار میرود، انواع مختلفی از ارزیابی های اثرات سیاستها مورد استفاده قرار میگیرد. عناوین این ارزیابی ها عبارتند از: ارزیابی های اثر بهداشتی، ارزیابی های اثرات برابری بهداشتی، ارزیابی های اثرات اجتماعی و محیطی با یک جزء بهداشتی. در دهه اخیر تعداد طرح ها و گزارشات تهیه شده از ارزیابی های اثرات بهداشتی رشد قابل ملاحظه ای داشته است. این مطالعات شامل ارزیابی رسمی اثرات با اجزاء بهداشتی اجباری برای پروژه های با اثرات محیطی بزرگ بالقوه، و پروژه های برنامه ریزی شهری میباشند. این ارزیابی ها بصورت واضحی پیشرفت در مسیر HiAP محسوب میشوند. اکثر کشورهای در حال توسعه (از جمله تایلند، لائوس، برزیل) استفاده از مطالعات ارزیابی های اثرات بهداشتی (یا ارزیابی اثرات محیطی با جزء سلامت = پیوست سلامت) را در فرآیند تصمیم گیری خود رسمیت بخشیده اند و از نتایج ارزیابی های انجام گرفته در تصمیمات غیررسمی بهره مند شده اند.

ارزیابی اثرات بهداشتی بایستی با اهمیت موضوع، اندازه اثر بهداشتی و برابری بهداشتی و اندازه بالقوه جمعیت درگیر موضوع متناسب باشد. علاوه بر این ممکن است توجه به فرایندهای مرتبط با تغییرات برگشت ناپذیر، تعهدات یا توافقات دراز مدت اجباری، یا تصمیمات مالی مهم و زیربنایی ضروری باشد.

غالباً در جریان سیاست گذاری های روزمره و عادی وزارتخانه ها، ارزیابی، عبارت از نقد فوری براساس دانش بهداشت عمومی کارکنان یا شواهد منتشره در مقالات بهداشت همگانی می باشد.

مورد قابل توجه در استرالیا ارزیابی اثر بهداشتی با تمرکز بر فوریت در برابری (تحت عنوان **لنز سلامت**) است که پس خوراند سریعی در کمترین زمان ممکن برای سیاست گزاران فراهم میکند. معمولاً موضوع برابری بایستی در تمامی اشکال ارزیابی های سلامت مورد اقدام قرار گیرد. موضوع ارزیابی اثر و مکانیسم های پاسخگوئی در فصل ۱۲ با جزئیات بیشتری مورد بحث قرار گرفته است.

این کتاب بر فرصت های موجود و ماهیت غیر قابل پیش بینی سیاستگزاری تاکید می کند، اما تغییرات عمده غالباً مدتی زیاد طول میکشد و به تلاش های مستمر نیاز دارد. غالباً برای تغییرات بیشتر، بدلیل اینکه سیاستهای پایدار زمانی میتوانند دوام داشته باشند که تحت حمایت های سیاسی یا مردمی قرار داشته باشد، مدت زیادی لازم است. فصل ۱۰ زمان طولانی مورد نیاز برای تحقق سیاست های موثر در کاهش مصرف تنباکو، بدست آوردن شواهدی درخصوص طیف اثر و عوارض سلامتی استعمال تنباکو، را تبیین میکند. ماهیت طولانی مدت فرایند توسعه و شکل گیری یک سیاست نیز با روند توسعه استراتژی های کنترل و پیشگیری بیماریهای غیرواگیر که شامل طیف وسیعی از سیاست ها از جمله موارد مرتبط با تغذیه (فصل ۹)؛ دخانیات (فصل ۱۰)؛ الکل (فصل ۱۱) و محیط های فیزیکی مساعد برای تحرک فیزیکی (فصل ۱۲) توصیف شده است (خانه ۵-۱).

بدیهی است ساختارهای عملی و فرایندهای کاری برای اجرای رویکرد HiAP در طول زمان توسعه مییابد.

کادر ۲-۵: راهبرد های جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر

اقدامات در خصوص پیشگیری از بیمارهای غیر واگیر در اکثر کشورها در دهه ۱۹۷۰ شروع شد. در ابتدا، این امر با مداخله در شیوه های زندگی (life Styles) برای زنجیره علیتی شدید (از طریق تغییرات بیولوژیک) از عوامل خطر رفتاری تا نهایتاً وقوع بیماری انجام گرفت. این کار باعث ظهور مفاهیم علیت چند گانه (Multiple causation) شد. تاثیرات گسترده اجتماعی بر روی تعیین کننده های رفتاری منجر به درک نیاز به اقدامات بین بخشی برای "انتخاب سالم انتخاب ساده و راحت" شد. اخیراً توجه به تعیین کننده های اجتماعی گسترده تر بیماریهای غیرواگیر بعنوان موتور محرکه نابرابری در داخل و بین کشورها افزایش یافته است. در دهه اول از این هزاره، باب گفتگو و مباحثات برای رابطه بین بار بیماریهای غیرواگیر با اهمیت توسعه جهانی در خصوص فقر، تجارت، رشد اقتصادی و محیط گشوده شده است.

سیاستگزاری جهانی برای بیماریهای غیرواگیر یک تکامل تدریجی در چهارچوب رویکرد های سه گانه بهداشت عمومی در طی چند دهه را نشان میدهد. اول، رویکرد طبی با مدیریت بیماری و کاهش عوامل خطر. برخی اقدامات پیشرو در پیشگیری مثل مداخلات در خصوص عوامل خطر چند گانه و بهترین خرید (Best

(Buys) برای پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر شناخته شده هستند. دوم، گسترش دامنه نظامهای سلامت، تشخیص نقش بخشهای غیربهداشتی و افزایش توجه به مداخلات قانونی و سیاست گذاری (با دامنه اقدامات بین بخشی در کارولینای شمالی برای FCTC). سوم، گسترش ارتباط با برنامه های توسعه جهانی و تعیین کننده های اجتماعی و محیطی بیماریهای غیرواگیر که در جریان مذاکرات جلسات شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد (ECOSOC) در سال ۲۰۰۹ و اعلامیه سیاسی جلسه عالی سازمان ملل در خصوص پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر نمود داشت.

در اینجا میتوان تعدادی از سیاست های پایه ای بین المللی را برشمرد.

۱- تصویب استراتژی جهانی کنترل و پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر در سال ۲۰۰۰ (A۵۳/۱۴, WHA۵۳.۱۷)

۲- تصویب کنوانسیون چهارچوب کنترل دخانیات (FCTC) در سال ۲۰۰۳ (WHO)

۳- راهبرد جهانی تغذیه، فعالیت فیزیکی و بهداشت در سال ۲۰۰۴ (WHA۵۷.۱۷)

۴- تصویب برنامه عملیاتی اجرای استراتژی جهانی بیماریهای غیرواگیر در سال ۲۰۰۸ (WHA A ۶۱/۸, WHA۶۱.۱۴)

۵- تصویب راهبرد جهانی کاهش خطرات استفاده از الکل در سال ۲۰۱۱

هدف اصلی این رویکرد ها، جلب حمایت در اجرای هماهنگ؛ جامع و ادغام یافته راهبردها و مداخلات مبتنی بر شواهد بخصوص در سطح ملی است. این امر منجر به اولویت بالای بیماریهای غیرواگیر شده و انگیزه ای برای توسعه استراتژی های ملی و برنامه های عملیاتی برای مداخلات موثر و طراحی پایش ها و تحقیقات و پی ریزی و جلب مشارکت خواهد بود. استراتژی کنترل بیماری جامع ولی اولویت بندی شده و ادغام یافته جهت پیشگیری از مثلا عوامل خطر رفتاری عمده و شایع این بیماریها از طریق کاهش مصرف تنباکو و الکل، بهبود تغذیه و افزایش تحرک بدنی میباشد.



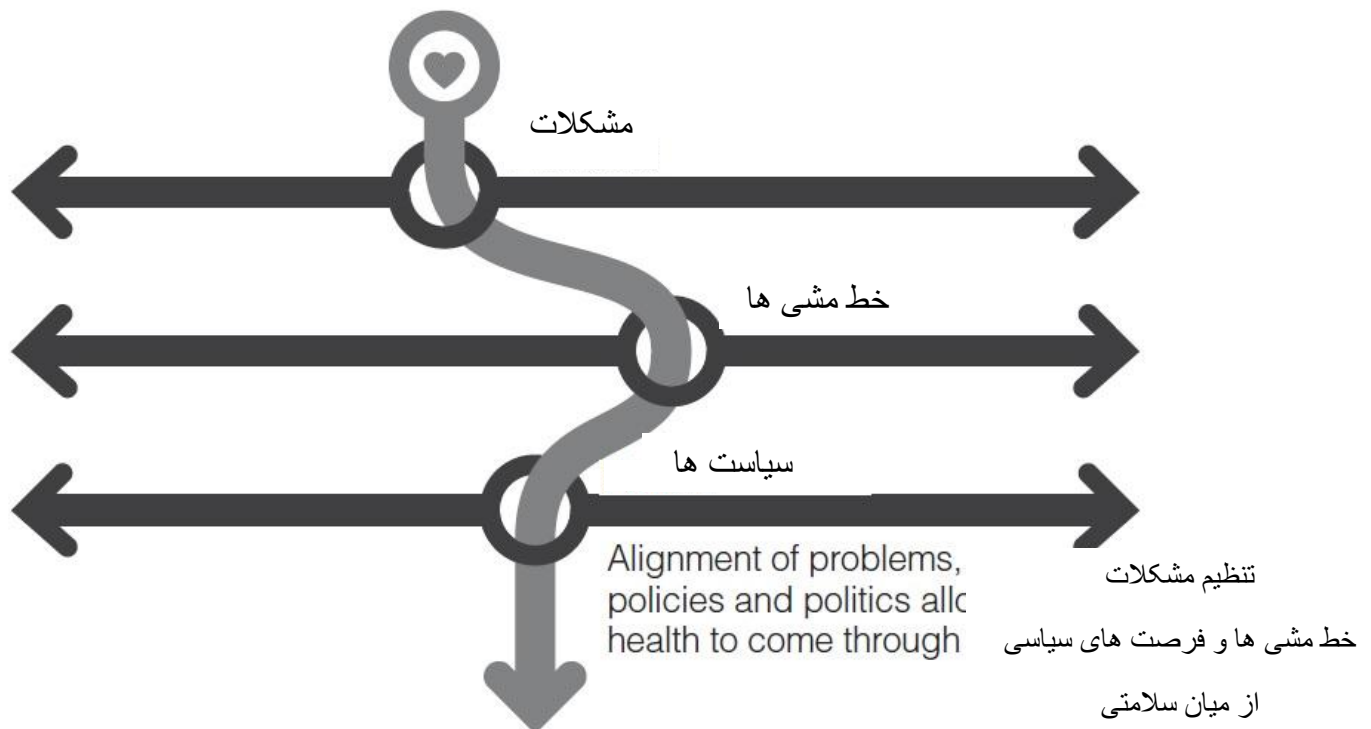
در سال ۲۰۱۱ اولین کنفرانس جهانی وزرای بهداشت با دستور کار سبک زندگی سالم و کنترل بیماریهای غیر واگیر توسط سازمان جهانی بهداشت و جمهوری فدراتیو روسیه در مسکو تشکیل شد. علاوه بر آن، سازمان ملل نیز با حضور مقامات بلند پایه کشورهای عضو اجلاسی با محوریت کنترل و پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر در ۲۰-۱۹ سپتامبر ۲۰۱۱ را برگزار نمود. برآیند این جلسات منجر به تقویت استراتژی ها برای مبارزه یک پارچه با بیماریهای غیرواگیر شد و سازمان ملل موضوع را به بالاترین سطح سیاستگذاری جهانی منتقل و آنها را در برنامه های کاری نمایندگی های سازمان لحاظ نمود. در اواخر سال ۲۰۱۲ در جریان یک رایزنی رسمی جهانی، چارچوب پایش جامع بیماریهای غیرواگیر بعنوان پایه ای برای پاسخ به اپیدمی های آینده مورد توافق قرار گرفت.

## مشکلات، سیاست ها و فرآیندهای سیاسی: پویایی سیاست گذاری ها

اصول HiAP در زمینه پویایی ماهیت سیاست گذاری و اهمیت بهره برداری از فرصت های ناشی از تغییرات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در جامعه تاکید مینماید. استفاده از فرصت ها برای اقدام فقط زمانی موثر خواهد بود که چشم انداز و راهبرد های دراز مدت سلامتی براساس دانش بهداشت عمومی و خط مشی زمینه ای حاصل و تدوین شده باشد.

به منظور درک فرایندهای سیاست گذاری در اجرای موفق رویکرد HiAP، استفاده از چارچوب سیاست گذاری چند دسته ای Kingdon برای تکمیل تاکیدات در ماهیت مشکل، نحوه اقدام (سیاست گذاری) با تحلیل اینکه در حقیقت چه چیزی و چرا اتفاق افتاده (فرآیند سیاسی) مورد استفاده قرار گرفته است. Kingdon که یک دانشمند علوم سیاسی است، وجود ۳ دسته عامل غیر خطی موثر با تاثیر متقابل در سیاستگذاری مشتمل بر مشکلات (Problems)، سیاست ها (Policies) و فرآیندهای سیاسی (Politics) که در خلق فرصت های تصمیم گیری نقش دارند را پیشنهاد مینماید (شکل ۱.۱).

شکل ۱-۱: نمایی از چهارچوب غیرخطی Kingdon برای سیاستگذاری



**اولا**، لازم است قبل از اینکه موضوعی در دستور کار سیاست گزاران قرار گیرد، بایستی به عنوان **مشکل** توسط سیاستمداران، سیاستگزاران و کل جامعه مطرح شود. این امر از طریق تمرکز بر وقایعی نظیر بلایا، حوادث یا بحران ها با جلب توجه رسانه ها براحتی قابل دستیابی میباشد. خوشبختانه امکان دسترسی به راهکار های سنجیده تر یا برنامه ریزی شده ای فراهم است. برای مثال نتایج پژوهشی اطلاعات کلیدی در خصوص حجم مشکل را نشان می دهد، تغییرات نگران کننده در وضعیت، ناکامی در نیل به اهداف قبلی یا افزایش هزینه ها می توانند در افزایش آگاهی خیلی موثر باشد.

تلاش های بین المللی نیز فرصت هایی برای بخش سلامت به منظور استفاده از رویکرد HiAP در برنامه های عملیاتی ملی از قبیل، اقدامات کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) سازمان جهانی بهداشت یا اجلاس مقامات عالی رتبه کشورهای عضو برای کنترل و پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۱، فراهم میکند.

فرصت های یاد شده ممکن است ناشی از توسعه سیاستها در سایر بخش ها باشد و ضروری است سیاست گزاران بخش بهداشت با این زمینه های کاری جهت اقدام به موقع کاملاً آشنا باشند. ایده آل آن است که، فرایندهای سیاستگزاری در تمام بخش ها برای حداکثر اثربخشی در حوزه سلامت، برابری بهداشتی یا نظام های سلامت جمع بندی شوند و موارد با اولویت بالا برای مراحل بعدی تحت بررسی قرار گیرند. ثابت شده است که افزایش هزینه های تامین مراقبت های بهداشتی عامل مهمی برای تحرک بخشی دولت جهت اتخاذ رویکرد HiAP به عنوان یک پاسخ به بحران های ایجاد شده باشد.

**ثانیا**، پیشنهادهای و به عبارت دیگر **سیاست هایی** برای حل مشکلات مورد نیاز است. سیاست هایی که غالباً توسط جوامع (نظیر موسسات عمومی، دانشگاه ها، اتاق های فکر و یا بخش خصوصی) تدوین می شوند. راه حل هایی جایگزین برای مشکلات محسوب میشوند. برای نیل به موفقیت، این سیاستها بایستی از نظر فنی دقیق بوده، از نظر فرهنگی و اخلاقی مورد قبول و از نظر مالی منطقی باشند. این راه حل ها اگر با سایر دیدگاهها در تعارض نباشند، خیلی راحت مورد قبول واقع شده و بنابراین در اغلب موارد ارزش مطالعه دیدگاه دیگران و پیگیری این راه حل ها را دارد.

**ناتلا،** تغییر سیاست کاری زمانی ممکن است که فرآیند های **سیاسی (Politics)** درست باشد. سیاست گزاران بایستی از نظر تشخیص زمانهای مناسب سیاسی برای تغییر سیاست ها توانمند باشند. فرصت های زمانی مناسب اغلب در جریان انتخابات، یا زمان تغییر توازن قدرت در مجالس قانونگذاری (مثل ائتلاف های سیاسی) پیش می آیند. بحران های مالی (برای مثال زمانی که افزایش مالیات بر محصولات آسیب رسان بعنوان یک اقدام مناسب جلوه گر شود) نیز میتوانند فرصت ساز باشد. در این خصوص همچنین لازم است تا نقش آفرینان مرتبط و فرآیند های سیاست گزاری تعیین گردند. در فرآیند سیاسی گفتگوها و اختلافات سیاسی فیما بین تمام احزاب درگیر، یافتن راه حل مشترک کار بسیار دشواری میباشد.

**Kingdon** اهمیت نقش پیشگامان سیاست ها را توصیف میکند. نقش آفرینان اصلی (شامل محققین بهداشت عمومی و تصمیم گیران، سازمانهای اجتماعی مدنی و خود جامعه) تلاش میکنند عناوین موضوعات بهداشتی در برنامه های عملیاتی را افزایش دهند. انجمن های مدنی و بخصوص سازمانهای غیردولتی بین المللی غالباً نقش های مهمی، در تعیین مشکلات بالقوه سلامتی که در گفتگوهای بین المللی و طرح های پیشنهادی مربوطه مطرح میشوند، ایفا کرده اند و همچنین در حصول اطمینان از اینکه به آنها در جلسات راه حل های سیاسی اشاره شده است، بازی میکنند. صنایع خصوصی نیز میتوانند در طرح موضوعات در برنامه های اجرایی یا اطمینان یافتن از مطرح نشدن آن ها عوامل قدرتمندی باشند. یافتن راه حل های مناسب هم به تجارب رسمی (از طریق تحقیق و توسعه در بخش عمومی و بخش خصوصی) و هم به دانش و تجربه عمومی نیازمند است. مسئولیت ارزیابی سهولت اجرایی راه حل ها در شرایط خاص، برعهده متخصص بخش عمومی است

### اهمیت روزه های فرصت

روزنه های فرصت در اینجا به عنوان یک دوره زمانی کوتاهی است که همزمان یک مشکل شناسایی شده و یک راه حل قابل دسترس وجود داشته و جو سیاسی نیز برای تغییر، مساعد میباشد. این ها فرصت های خطیری برای متولیان سیاست جهت مقابله با مشکلات سیاست گزاری مهم است.

یک مشکل قبل از اینکه هرگونه اقدامی برای حل آن انجام گرفته باشد، شاید بمدت طولانی قبل از آن شناخته شده باشد. یک روش جایگزین بدست آوردن اجماع بین افراد با تجربه قبل از ظهور فرصت میباشد.

برای مثال از دیدگاه اجتماعی، اکوادور بعنوان کشوری با میزان بالای مصرف الکل شناخته میشود و یکی از کشورهایی با بالاترین مصرف گزارش نشده الکل در امریکای لاتین محسوب میشود. ولی تا زمانی که بدنبال مصرف مشروبات قاچاق در ژوئن ۲۰۱۱ پنجاه نفر فوت و ۱۴ نفر نایینا نشدند اقدامی انجام نگردید. در پاسخ، اولیاء امر فروش الکل را برای ۳ روز ممنوع اعلام کردند و تمام مشروبات الکلی آلوده موجود در چرخه خرید و فروش را خریداری کردند. از آن زمان اکوادور شاهد یک پیشرفت بزرگ بوده است. یک سیاست بین بخشی در موضوع مشروبات الکلی در آوریل ۲۰۱۲ به مورد اجرا گذاشته شد: اصلاحات مالیاتی باعث افزایش چشمگیر مالیات مشروبات الکلی وارداتی شد و در بسیاری از شهرهای محلی فروش و مصرف الکل را در خیابان ها در جریان جشن های عمومی ممنوع گردید.

چنانچه قبلا توضیح داده شد، روزنه های فرصت وقتی که شواهدی از مشکلات سیاست اجرایی یا از طریق پایش روند اجرای خط مشی ها انجام میگردد و منجر به کشف زمینه مطلوب سیاسی، اجتماعی و اقتصادی میشود، امکان ظهور پیدا میکند. سیاستگذاران همچنین تلاش می کنند پنجره باز سیاست گذاری را محافظت کنند و از آگاهی به سمت پیشنهاد خط مشی های جایگزین حرکت نمایند.

در زمینه سیاستگذاری، چشم انداز بلندمدت برای هدایت فرایند سیاست گذاری در دوره زمانی طولانی تر و فراهم کردن امکان استفاده موثر از روزنه های فرصت برای سیاستگذاران لازم است. پیشرفت با بهره برداری از فرصت ها به محض بروز و البته در فرصت های زمانی سیاسی حاصل میشود. گاهی اوقات ممکن است بعلاوه عدم آگاهی از فرآیند های سیاست گذاری در سایر دستگاهها این فرصت ها وجود نداشته یا مورد غفلت قرار بگیرد. بدیهی است موانع موجود میتوانند موجب بدتر شدن اوضاع شوند.

## اجرای سیاست ها

به منظور اثر بخشی سیاست ها ضروری است که نسبت به پیاده سازی آنها اقدام شود. این امر همواره یک چالش محسوب میشود. بویژه اگر سیاست چندین دستگاه را شامل شود. فرآیند پیاده سازی معمولاً به مرحله بعد از تصمیم گیری اطلاق میشود. اجرای سیاست ها حتی بایستی قبل از شکل گیری تصمیمات از نظر امکانات پیاده سازی با دقت مورد ملاحظه قرارگیرد. اینها شامل داشتن یک ایده شفاف از طبقه بندی نیروی

کار، منابع در دسترس و مکانیسم های پیگیری اجرای سیاستها و اثرات آنها میباشد. همچنین این امر نیز اهمیت دارد که افرادی که تحت تاثیر تصمیمات قرار میگیرند (نظیر مدیران سطح پایین) نیز مطلع شده و قبل از اخذ تصمیمات بزرگ مورد مشاوره قرار گیرند در غیر اینصورت مشارکت آنان برای اجرای موفقیت آمیز تصمیمات کافی نخواهد بود. مسئولیت اثرات تصمیم گیری های همگانی و پیاده سازی آنها را میتوان با رویکرد هایی نظیر شفافیت هرچه بیشتر فرآیند تصمیم گیری، تسهیل گفتگو های همگانی در خصوص اهمیت تصمیمات، بهبود آگاهی ها در مورد اثرات بالقوه سلامتی تصمیمات قبل از اتخاذ تصمیمات و افزایش نقش سازمانهای اجتماعی مدنی جهت رصد روند اجرای تصمیمات افزایش مییابد. نظام های پایش و ارزشیابی اثرات اجرای تصمیمات نیز بایستی مد نظر قرار گیرند.

## منابع

۱. WHO, *cities for health*, ed. W.C.f.H. Development. ۲۰۱۴: METROPOLIS. ۲۳.
۲. Un-Habitat, *The State of Asian and Pacific Cities* ۲۰۱۵, ed. T.U.N.E.a.S.C.f.A.a.t. Pacific. ۲۰۱۵, United Nations: Lim Ozoom/Dreamstime.
۳. Pemberton, S., et al., *Child rights and child poverty: can the international framework of children's rights be used to improve child survival rates?* PLoS Med, ۲۰۰۷. ۴(۱۰): p. e۳۰۷.
۴. DEVELOPMENT, W.C.F.H., *Annual Report* ۲۰۱۳. ۲۰۱۳: WHO publications.
۵. Bai, X., et al., *Health and wellbeing in the changing urban environment: complex challenges, scientific responses, and the way forward.* Current Opinion in Environmental Sustainability, ۲۰۱۲. ۴(۴): p. ۴۶۵-۴۷۲.
۶. Organization, W.H., *Unmasking and overcoming health inequities in urban settings.* ۲۰۱۰, World Health Organization.
۷. Friel, S., et al., *Addressing the social and environmental determinants of urban health equity: evidence for action and a research agenda.* Journal of Urban Health, ۲۰۱۱. ۸۸(۵): p. ۸۶۰-۸۷۴.
۸. Nkuuhe, M.S.S.a.J., *Evaluation of the UN-Habitat Urban Programme in Iraq* ۲۰۰۴-۲۰۱۲, ed. U.N.H.S.P. ۲۰۱۲. ۲۰۱۲, Nairobi. ۹۴.
۹. Ollila, E., *health promotion in Iran*, M.o.H.a.M.E. Iran, Editor. ۲۰۱۳: Iran. p. ۲۶.
۱۰. Bartsch, *KEY POPULATIONS ACTION PLAN* ۲۰۱۴ -۲۰۱۷, ed. T.G. Fund. ۲۰۱۵, Geneva, Switzerland. ۲۰.
۱۱. WHO, *primary health care performance initiative.* ۲۰۱۵. ۴۳.
۱۲. Thomas, S.B. and S.C. Quinn, *Poverty and elimination of urban health disparities.* Annals of the New York Academy of Sciences, ۲۰۰۸. ۱۱۳۶(۱): p. ۱۱۱-۱۲۵.
۱۳. Riley, L.W., et al., *Slum health: diseases of neglected populations.* BMC international health and human rights, ۲۰۰۷. ۷(۱): p. ۱.
۱۴. Unger, A. and L.W. Riley, *Slum health: from understanding to action.* PLoS Med, ۲۰۰۷. ۴(۱۰): p. e۲۹۵.
۱۵. Ljung, P. and C. Gavino, *Slum Upgrading Facility Pilot Programme-End-of-programme Evaluation.* ۲۰۱۱: UNHABITAT.

۱۶. Un-Habitat, *The challenge of slums: global report on human settlements* ۲۰۰۳. Management of Environmental Quality: An International Journal, ۲۰۰۴. ۱۵(۳): p. ۳۳۷-۳۳۸.
۱۷. Boerma, T., et al., *Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels*. PLoS Med, ۲۰۱۴. ۱۱(۹): p. e۱۰۰۱۷۳۱.
۱۸. Fiel, S., *Global Research Network on Urban Health Equity (GRNUHE)* <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd۰۴۵۳۶۴/GRNUHEreport۲۰۱۰.pdf>. Accessed September, ۲۰۱۱. ۵.
۱۹. Kien, V.D., et al., *Horizontal inequity in public health care service utilization for non-communicable diseases in urban Vietnam*. Global health action, ۲۰۱۴. ۷.
۲۰. Organization, W.H., *Why urban health matters*. ۲۰۱۰.
۲۱. Habitat, U., *State of the world's cities ۲۰۱۲/۲۰۱۳: Prosperity of cities*. ۲۰۱۳: Routledge.
۲۲. Organization, W.H., *Toolkit on monitoring health systems strengthening*. Medical products, vaccines and technologies: a toolkit for countries. Geneve: WHO, ۲۰۰۹.
۲۳. Alberta, G.o., *Primary Health Care Strategy*. ۲۰۱۴: Government of Alberta.
۲۴. Alberta, G.o., *Local Area Family Care Clinic Prioritization Framework*. ۲۰۱۲: TELUS Health Transformation Services.
۲۵. Tholl, B. and K. Grimes, *Strengthening Primary Health Care in Alberta through Family Care Clinics: From concept to reality*. ۲۰۱۲: government of Albertas.
۲۶. Alberta, G.o., *Primary Health Care Evaluation Framework*. ۲۰۱۳: government of Albertas.



