

# گزیده‌ای از گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت

(مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر)

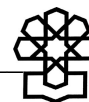
## به نام خدا

### فهرست مطالب

مقدمه .....	۱
بخش اول - چالش‌های دنیای در حال تغییر .....	۳
۱-۱. رشد نابرابر، پیامدهای نابرابر .....	۳
۱-۲. تطابق با چالش‌های جدید سلامت .....	۴
۱-۳. روند مؤثر بر پاسخ‌گویی نظام‌های سلامت .....	۵
۱-۴. تغییر ارزش‌ها و فزونی انتظارات .....	۸
۱-۵. اصلاحات مراقبت اولیه سلامت (PHC): برخاسته از تقاضا .....	۹
بخش دوم - پیشبرد و پایداری پوشش همگانی .....	۱۰
۲-۱. جایگاه مرکزی عدالت در تفکر مراقبت اولیه سلامت .....	۱۰
۲-۲. حرکت به سوی پوشش همگانی .....	۱۱
۲-۳. چالش‌ها در حرکت به سوی پوشش همگانی .....	۱۳
۲-۴. گسترش مراقبت اولیه سلامت (PHC) برای پرکردن شکاف دسترسی .....	۱۳
۲-۵. غلبه بر جدایی جمعیت‌های پراکنده .....	۱۴
۲-۶. عرضه جایگزین‌های خدمات تجاری شده و عاری از نظم و نظارت .....	۱۴
۲-۷. مداخله‌های هدفمند برای سازوکارهای پوشش همگانی .....	۱۴
۲-۸. بسیج برای عدالت در سلامت .....	۱۵
بخش سوم - مراقبت‌های اولیه، قراردادن مردم در صدر .....	۱۵
۳-۱. مراقبت خوب گِرداگِرد مردم است .....	۱۵
۳-۲. ویژگی‌های متمایز مراقبت اولیه .....	۱۶
۳-۳. سامان‌دهی شبکه‌های مراقبت اولیه .....	۱۸
۳-۴. پایش پیشرفت .....	۱۹
بخش چهارم - سیاست‌های عمومی برای سلامت همگانی .....	۲۰
۴-۱. اهمیت سیاست‌های عمومی مؤثر درباره سلامت .....	۲۰
۴-۲. سیاست‌های نظام در پیوند با هدف‌های مراقبت‌های اولیه سلامت .....	۲۲
۴-۳. سیاست‌های سلامت عمومی .....	۲۳
۴-۴. به سوی سلامت در همه سیاست‌ها .....	۲۳
۴-۵. شناخت ناکافی بودن سرمایه‌گذاری .....	۲۵
۴-۶. فرصت‌های وضع سیاست‌های عمومی بهتر .....	۲۵

- بخش پنجم - راهبری و حاکمیت اثربخش ..... ۲۸
- ۵-۱. دولت‌ها، میانجی‌های اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت ..... ۲۸
- ۵-۲. گفت‌وگوی اثربخش درباره سیاست‌ها ..... ۲۹
- ۵-۳. مدیریت فرایند سیاسی: از رسیدن به فکر اصلاحات تا اجرای آن ..... ۳۲
- بخش ششم - راه پیش رو ..... ۳۳
- ۶-۱. سازگاری اصلاحات با بافت کشور ..... ۳۳
- ۶-۲. اقتصادهای سلامت پرهزینه ..... ۳۵
- ۶-۳. اقتصادهای سلامت با رشد سریع ..... ۳۶
- ۶-۴. اقتصادهای سلامت؛ کم‌هزینه و با رشد کند ..... ۳۷
- ۶-۵. بسیج نیروهای محرکه اصلاحات ..... ۳۹





## گزیده‌ای از گزارش<sup>۱</sup> سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت (مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر)

### مقدمه

آنچه به هدف «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰»<sup>۲</sup> شهرت یافته، برپایه تصمیمی شکل گرفت که سازمان جهانی بهداشت در اجلاس سالیانه خود در ماه مه سال ۱۹۷۷ به آن دست یافت. همانند بسیاری از موارد مشابه هدف اعلام شده بود، بی‌آنکه ابعاد هدف و به‌ویژه راه‌های دست یافتن به آن معلوم شده باشد.

از ۶ تا ۱۲ سپتامبر سال ۱۹۷۸، نمایندگان ارشد ۱۳۴ کشور در شهر آلماتای جمهوری قزاقستان (در اتحاد جماهیر شوروی سابق) گرد آمدند. در پایان این کنفرانس اعلامیه آلماتا در ۱۰ بند انتشار یافت. به دنبال این نشست، مراقبت‌های اولیه سلامت<sup>۳</sup> جست‌وجوی راه دست‌یافتن به هدف‌های «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» به نقاط عطفی ماندگار در پرداختن به سلامت مردم جهان تبدیل شدند.

مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) به سرعت به ابزاری مؤثر در تغییر نگرش جهانی به مقوله سلامت تبدیل شد و تأکیدها از نگرش درمانی به مراقبت‌های اولیه و پیشگیر، از خدمات بالینی به مراقبت در جامعه، از سلامت فردی به سلامت عمومی، از تأکید بر خدمات متمرکز<sup>۴</sup> در مناطق شهری و شهرهای بزرگ به گسترش سلامت در روستاها و نواحی محروم<sup>۵</sup> و از برنامه‌های عموماً سیار به برنامه‌های ادغام‌یافته و یکپارچه که باید توسط واحدهای مستقر ارائه شود و وسیله‌ای برای ایجاد ارتباط و شناخت میان ارائه‌کنندگان خدمات و استفادکنندگان از آنها باشد، تغییر یافت. مراقبت اولیه سلامت در پی آن بود که سلامت را به عوامل تعیین‌کننده آن که غالباً بیرون از حوزه سلامت قرار دارند پیوند دهد و بر وظیفه و مسئولیت مردم در تأمین سلامت خود تأکید ورزد. مراقبت اولیه سلامت به صراحت این پیام را با مسئولان سلامت در میان می‌گذارد که باید خدمات را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن کار یا زندگی می‌کنند نزدیک کنند. مراقبت اولیه سلامت، بر همکاری در درون بخش سلامت و میان بخش‌هایی که محصول کار آنان بر سلامت اثر دارد تأثیرگذار است و از این راه، بر توزیع منطقی قدرت و عدم تمرکز تأکید می‌ورزد.

1. Primary Health Care—now More than Ever.  
2. Health For All by the year 2000 (HFA/2000).  
3. Primary Health Care(PHC)  
4. Concentric  
5. Eccentric



مراقبت اولیه سلامت (PHC) از همان آغاز با تأیید و رضایت تقریباً همه کشورهای، اعم از توسعه‌یافته و در حال توسعه و با حمایت جدی برگزارکنندگان کنفرانس آلماتا، سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) همراه بود. اما شیوه و گستردگی به‌کارگیری آن در میان کشورهای گوناگون تفاوت بسیاری داشت. در کشور ما، ایران، آغاز مراقبت‌های اولیه سلامت (از ۲۲ شهریور ماه ۱۳۵۷) با انقلاب اسلامی (۲۲ بهمن ۱۳۵۷) فقط ۶ ماه فاصله داشت. شباهت فراوان میان هدف‌های مراقبت‌های اولیه سلامت و شعارهای انقلاب اسلامی که هر دو به‌طور عمده در گسترش عدالت اجتماعی خلاصه می‌شد این امکان را پدید آورد که از نگاه مراقبت‌های اولیه سلامت در طراحی و گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان کشور استفاده شود. به کرسی نشاندن این تفکر در شرایط پرتحول سال‌های آغازین پس از انقلاب و در برخورد با مدیران بسیار پرشور البته نه الزاماً آشنا با مقتضاهای اجرا آسان‌تر بود و چنین بود که از شبکه‌های بهداشت و درمان کشورمان همواره به‌عنوان یکی از نمونه‌های موفق تفکر مراقبت‌های اولیه سلامت در عمل یاد می‌شود.

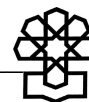
در ۳۰ سالی که از صدور اعلامیه آلماتا می‌گذرد جهان و «جهان سلامت» شاهد تحولات گوناگونی بوده است، اما همه این تحول‌ها آنچنان که انتظار می‌رفت در مسیر برقراری عدالت اجتماعی و کاستن از نابرابری‌ها نبوده‌اند. در این سال‌ها، حتی سازمان جهانی بهداشت نیز در حمایت از تفکر PHC رفتار و وضعیت یکنواخت نداشت.

در این فاصله دهمین، پانزدهمین و بیستمین سالروز صدور اعلامیه آلماتا گرامی داشته شد و کشور ما، به‌عنوان دارنده مؤثرترین شبکه مراقبت اولیه سلامت در دو اجلاس پانزدهمین و بیستمین سالگرد مراقبت‌های اولیه سلامت، به نمایندگی از سوی کشورهای عضو دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در شرق مدیترانه (EMRO) حضور داشت.

در سال ۲۰۰۸، در آستانه بزرگداشت سی‌امین سال صدور اعلامیه آلماتا که بار دیگر با حضور مسئولان کشورمان همراه بود، سازمان جهانی بهداشت گزارش سالیانه خود را تحت عنوان «مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر» به این موضوع اختصاص داد.

این گزارش بازگشتی دوباره به حقانیت و تأثیر مراقبت اولیه سلامت و کارایی آن در پرداختن به سلامت مردم و جامعه، برقراری عدالت در بهره‌مندی مردم از خدمات و کاستن از نابرابری‌ها در عرصه سلامت و مراقبت سلامت است.

امید است ارائه خلاصه‌ای جامع از محتوای گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت بتواند به احیای این تفکر و مرور دوباره آن توسط مسئولان بخش‌های مرتبط کمک کند.



## بخش اول - چالش‌های دنیای در حال تغییر

بیست سال پیش، اعلامیه آلماتا مبشر ارزش‌هایی چون عدالت اجتماعی، سلامت برای همه به‌عنوان حق، مشارکت، وحدت و مردم‌مداری شد که گمان می‌رفت دست‌یازیدن به آنها سبب تغییر اساسی در شیوه کار نظام‌های سلامت و دامن زدن به توان دیگر بخش‌ها در راه تأمین سلامت عمومی می‌شود.

اما امروز، روند از دست رفتن فرصت‌ها، یادآور شرایطی است که ۳۰ سال پیش سبب بنیان گذاشتن مراقبت اولیه سلامت تغییر شیوه تفکر درباره سلامت شد.

در مجموع، پاسخ نظام‌های سلامت جهان به چالش‌های موجود، کند و ناکافی بوده است. از سویی این نظام‌ها در بسیج منابع مورد نیاز حول ارزش‌های مراقبت‌های اولیه سلامت ناتوان بوده‌اند و از سویی دیگر نتوانسته‌اند خود را از شر نیروهایی که آنها را به سمتی نامطلوب سوق می‌دهند - مانند پراکنده‌کاری و تمرکز افراطی بر خدمات تخصصی بیمارستانی و تجاری شدن عنان گسیخته خدمات پزشکی - مصون دارند.

روزی که اعلامیه آلماتا تأکید خود را بر عدالت در سلامت، مراقبت‌های مردم‌مدار و نقش محوری جوامع در اقدام سلامت قرارداد، موضوع بسی دست‌نیافتنی و غیرمتعارف جلوه می‌کرد. حال آنکه این ارزش‌ها و اصول، هنوز هم نشان‌دهنده خواست و توقع مردم از سلامت و نظام‌های ناظر بر آن به‌شمار می‌روند.

### ۱-۱. رشد نابرابر، پیامدهای نابرابر

بدون تردید در سه دهه گذشته پیشرفت کشورها در ارتقای سطح سلامت در خور توجه بوده است. اما به‌طور معمول میانگین‌های جهانی بر اختلاف‌های موجود میان کشورها و مناطق سرپوش می‌گذارند. درست است که دستاوردهای مختلف جهانی توانسته است در سه دهه گذشته از ۶/۷ میلیون مرگ کودک جلوگیری کند، ولی از سال ۱۹۷۵، آهنگ کاهش مرگ کودکان زیر پنج سال در کشورهای کم‌درآمد به مراتب کندتر شده است. تقریباً در همه کشورهایی که هنوز هم مرگ کودکان در آنها بالاست، کندی توسعه با بهبود ناامیدکننده دسترسی به خدمات سلامت همراه بوده است. این واقعیت را می‌توان در آمار ایمن‌سازی، فراوانی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و بسیاری دیگر از شاخص‌ها، آشکارا ملاحظه کرد.

هنوز هم در جمعی از کشورها که ۱۰ درصد از جمعیت جهان را در خود جای داده‌اند، چه میزان تولید ناخالص داخلی و چه امید به زندگی درجا می‌زند. حاکمیت ضعیف و منازعات گسترده



داخلی در این کشورها فراوان دیده می‌شود. کشورهای که وجه مشترک آنها ناامنی، روابط گسسته اجتماعی، فساد، نقض قوانین و در کار نبودن سازوکارهای لازم برای تولید قانونی قدرت و اختیار است.

آنچه در میان این کشورها که دولت‌های شکننده یا کشورهای کم‌درآمد زیر فشار نام گرفته‌اند، مشترک است توأم بودن رکود اقتصادی با ناامنی سیاسی و توقف پیشرفت در افزایش امید به زندگی است.

هزینه کردن بیشتر برای سلامت، پیامدهای بیشتری را به ارمغان می‌آورد، ولی کشورهای مختلف از این نظر وضعیت یکسان ندارند.

در بخش اعظم جهان، نظام‌های سلامت در فشار کمبود شدید منابع به‌سر می‌برند. در سال ۲۰۰۵، ۴۵ کشور، به‌طور سرانه کمتر از ۱۰۰ دلار بین‌المللی را صرف سلامت کرده‌اند (در این محاسبه کمک‌های خارجی نیز به حساب آمده است). در مقابل، در ۱۶ کشور پردرآمد، هزینه‌های سلامت سرانه بیش از ۲۰۰۰ دلار گزارش شده است. دردناک است که کشورهای کم‌درآمد که تولید ناخالص داخلی کمتر دارند، سهم کمتری از آن را به هزینه‌های سلامت اختصاص می‌دهند و در مقابل با باری سنگین‌تر از بیماری‌های مختلف مواجه هستند.

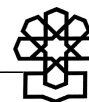
## ۱-۲. تطابق با چالش‌های جدید سلامت

### ۱-۲-۱. روزگاری جهانی شده، شهرنشین و سالمند

جهان در ۳۰ سال گذشته تغییر کرده است. کمتر کسی گمان می‌برد که امروز در آفریقا خطر مرگ کودکان ناشی از حوادث جاده‌ای بیشتر از کشورهای پردرآمد اروپایی باشد. ۳۰ سال پیش فقط ۲۸ درصد از جمعیت جهان ساکن شهرها بودند. در سال ۲۰۰۸ این نسبت به بیش از ۵۰ درصد (۳/۳ میلیارد نفر) رسیده است.

در سال ۲۰۲۰، احتمالاً حدود ۵ میلیارد نفر مقیم شهرها خواهند بود. بیشتر این رشد در شهرهای کوچک کشورهای در حال توسعه و کلان شهرهای جنوب و شرق آسیا رخ خواهد داد. شاخص‌های سلامت در شهرهای جهان وضعیتی بسیار متفاوت دارند. میزان مرگ کودکان زیر پنج سال در نواحی ثروتمندترین شهر نایروبی کمتر از ۱۵ در هزار و در حاشیه این شهر ۲۵۴ در هزار است. با چنین واقعیت‌هایی، پذیرفتنی است که حاکمیت و مدیریت قادر است در کشورهای در حال توسعه نیز امید به زندگی ۱ تا ۷۵ سال یا بیشتر برساند. آنجا که مدیریتی در کار نیست امید به زندگی به زحمت به ۳۵ سال می‌رسد. یک‌سوم جمعیت شهرنشین جهان - بیش از یک میلیارد نفر - ساکن نواحی فقیرنشین و حاشیه‌ای شهرها هستند، جاهایی که در آنها از سرپناه مستحکم، فضای





کافی برای زیستن، دسترسی به آب و فاضلاب و سوخت ایمن خبری نیست. این جهان پرتحرک شهری شده، به سرعت نیز در حال پیر شدن است و همچنان نیز خواهد بود. تا سال ۲۰۵۰ بیش از دو میلیارد نفر از جمعیت جهان ۶۰ سال و بیشتر خواهند داشت. ۸۵ درصد این جمعیت، ساکن کشورهای در حال توسعه و بیشتر آنها ساکن شهرها خواهند بود. کشورهای با درآمد کم یا متوسط امروز، به سرعت و پیش از آنکه ثروتی بیندوزند سالمند می‌شوند. سالمندی جمعیت این گونه کشورها، چالشی بزرگ‌تر از سالمندی کشورهای پردرآمد خواهد بود. برای نظام‌های سلامت، سالمندی به معنای افزایش تعدد و هم‌زمانی بیماری‌ها نیز هست. در کشورهای صنعتی، ۲۵ درصد از ۶۵ تا ۶۹ سالگان و ۵۰ درصد از ۸۰ تا ۸۴ سالگان، هم‌زمان دو بیماری مزمن یا بیش از آن دارند.

### ۲-۱. پیش‌دستی اندک، واکنش کند

در چند دهه گذشته، مسئولان سلامت کشورها نتوانسته‌اند چنین تغییرهایی را پیش‌بینی کنند، بر آنها پیشی گیرند یا پس از وقوع، خود را با آن تطبیق دهند. این امر نگران‌کننده است، زیرا سرعت و تنوع تغییرات روی به افزایش دارد. جهانی شدن و شهرنشینی و سالمندی، دست در دست هم، احتمالاً همراه با دیگر پدیده‌های جهانی - مانند تغییرات آب و هوایی - هم‌زمان خواهد شد. به‌دقت نمی‌توان گفت اثر این اتفاق‌ها بر سلامت چه خواهد بود، اما دست‌کم سرعت تغییر یافتن بار بیماری‌ها، رشد نابرابری در برخورداری از سلامت و از هم گسیختن پیوندهای اجتماعی را می‌توان انتظار داشت. بحران اخیر مواد غذایی نشان داد که مسئولان سلامت تا چه حد برای برخورد با تغییرهای لازم ناآماده‌اند.

### ۳-۱. روند مؤثر بر پاسخ‌گویی نظام‌های سلامت

نظام‌های سلامت به خودی خود و بدون سیاست‌ها و راهبردی پرقدرت به سوی ارزش‌های مراقبت اولیه سلامت گام بر نمی‌دارند یا به‌صورت کارآمد پاسخ‌گویی چالش‌های جدید سلامت نخواهند بود، زیرا تحت تأثیر نیروهای پرقدرتی قرار دارند که مانع اولویت‌گذاری منطقی است و نظام را به سوی، خلاف جهتی که از آن انتظار می‌رود سوق می‌دهند، مهم‌ترین این نیروها عبارت‌اند از (شکل ۱):

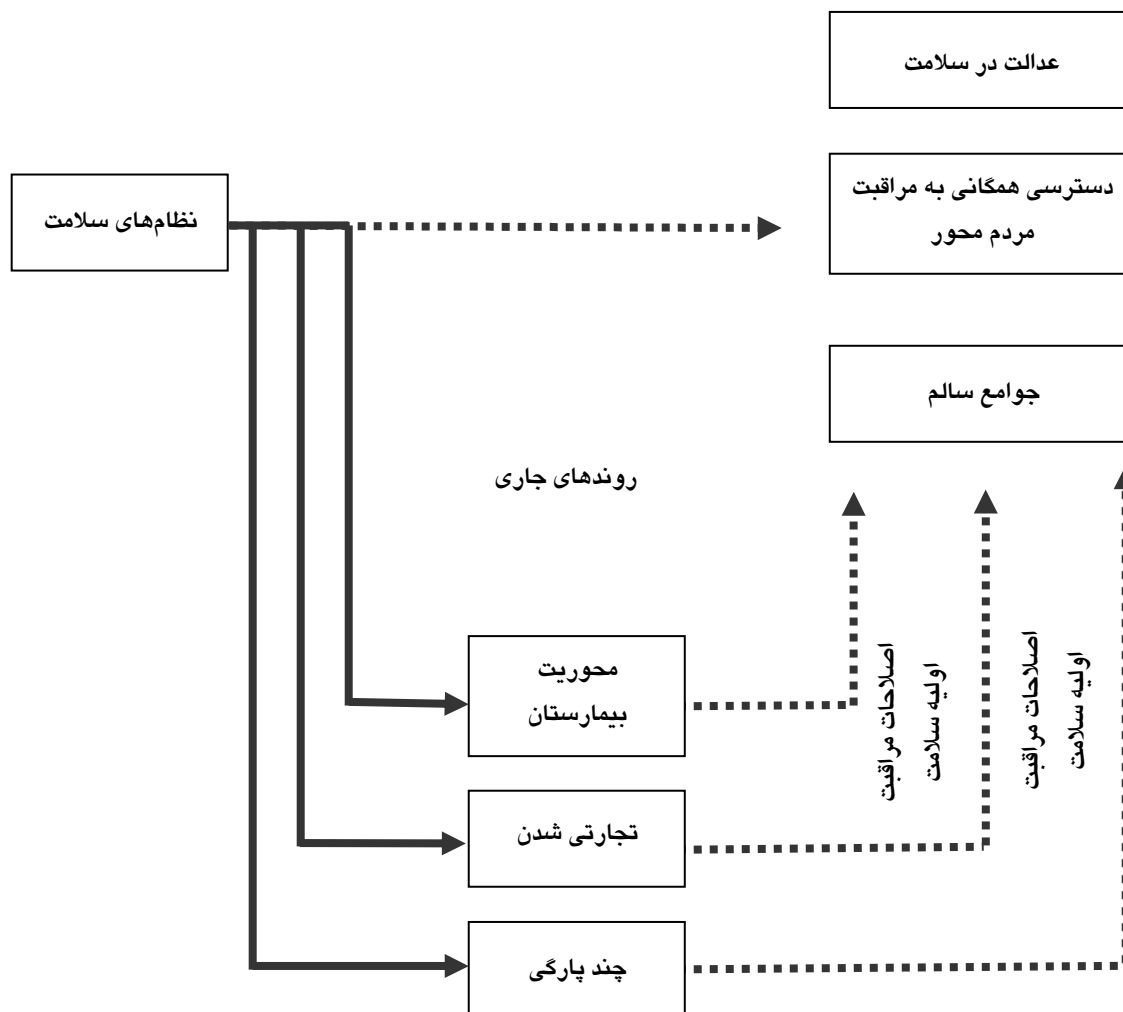
۱-۳-۱. تخصص‌گرایی افراطی و تمرکز بر خدمات بیمارستانی (بیمارستان محوری)،

۱-۳-۲. پراکندگی نظام سلامت، به سبب کثرت بیش از حد برنامه‌ها و طرح‌ها،

۱-۳-۳. تجاری شدن فراگیر مراقبت‌های پزشکی در محیط‌های عاری از نظم و نظارت.



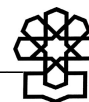
شکل ۱. چگونه نظام‌های سلامت از ارزش‌های مراقبت اولیه سلامت منحرف می‌شوند



### ۱-۳-۱. بیمارستان محوری: نظام‌های سلامت حول بیمارستان‌ها و متخصصان شکل گرفته‌اند

امروز، تمرکز افراطی بر بیمارستان‌ها و فوق تخصص‌ها از مهم‌ترین منابع ناکارایی و نابرابری است. افزایش ۳۵ درصدی شمار پزشکان در کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) در ۱۵ سال اخیر با افزایش ۵۰ درصد متخصصان و ۲۰ درصد پزشکان عمومی همراه بوده است. در تایلند، ۳۰ سال پیش نسبت پزشکان متخصص ۲۰ درصد بود و در سال ۲۰۰۳ به ۷۰ درصد رسید. نیروهای پیشران این رشد، علایق و رسوم حرفه‌ای و همچنین فشار اقتصادی قابل توجه صنایع سلامت، فناوری و فراورده‌های دارویی‌اند.

بیمارستان از مصادیق هزینه فرصت است. برای مثال، در لبنان بخش‌های جراحی قلب به نسبت جمعیت بیش از آلمان است، اما در این کشور خبری از برنامه‌هایی که پیشگیری از عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی را هدف قرار دهد نیست.



پس از دهه ۱۹۸۰، بیشتر کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) درصدد کاستن از اتکای خود به بیمارستان‌ها، متخصصان و فناوری‌ها و کنترل هزینه‌ها بوده‌اند. این کار با اعمال تدابیر در سمت عرضه میسر می‌شود:

- کاهش تخت‌های بیمارستانی،
- جایگزینی بستری بیمارستانی با مراقبت در منزل،
- سهمیه‌بندی تجهیزات پزشکی،
- انبوهی از پاداش‌ها و بازدارنده‌های مالی برای ارتقای کارایی در سطح خرد.

نتایج این اقدامات مخلوط است، اما رشد فناوری‌های جدید از بیمارستان تخصصی به مراقبت اولیه تسریع شد.

### ۲-۳-۱. چندپارگی: نظام‌های سلامت در پیرامون برنامه‌های در اولویت شکل می‌گیرند

تمرکز بر چند بیماری شاخص که ابتلا و مرگ‌شان بسیار است برای بسیاری از نظام‌های سلامت و اعطاکندگن کمک، جاذبه فراوان دارد، بسیاری امیدوار بوده‌اند که این شیوه استفاده از منابع بازگشت سرمایه را به حداکثر برساند، مداخله‌ها را همواره خیل بیشمار بیمارانی که بخت دچار شدن به این چند بیماری را ندارند نادیده گرفته می‌شوند. استمرار نیافتن مبارزه با تک بیماری‌ها نه فقط به اعتماد مردم لطمه می‌زند و نیاز را همچنان برجای نگه می‌دارد، کارکنان را نیز در شرایط دشوار قرار می‌دهد. مسئولان سلامت ممکن است در آغاز فریب سراسر بودن تأمین اعتبار و مدیریت این‌گونه برنامه‌ها را بخورند، ولی وقتی تعداد آنها افزایش باید از کنترل خارج می‌شوند و پایداری خود را از دست می‌دهند.

### ۳-۳-۱. نظام‌های سلامت به سوی تجاری شدن عاری از نظم و نظارت سوق داده می‌شوند

در بسیاری از کشورهای با درآمد کم یا متوسط - اگر نه همه آنها - کمبود منابع خدمات سلامت و چندپارگی آنها رشد مراقبت‌های تجاری سلامت را تسریع کرده است. تجاری شدن مراقبت‌های سلامت در کشورهایی که آگاهانه یا به سبب کمبود ظرفیت خود، قادر به نظم دادن خدمات و نظارت بر آنها نیستند به درجه‌ای رسیده است که هیچ‌گاه پیش از آن سابقه نداشت.

تجاری شدن، غالباً مرزی میان دولتی و خصوصی و حتی سازمان‌های مردم‌نهاد و غیرانتفاعی نمی‌شناسد و به‌عنوان نظام غیررسمی پرداخت و راهی برای جبران هزینه، هزینه خدمات را در سازمان‌هایی که به درد مزمن کمبود منابع دچارند به دوش مصرف‌کننده انتقال می‌دهد. در چنین کشورهایی نوبت دوم کار کردن کارکنان دولتی خود وضعیت عاری از نظم و نظارت را دامن می‌زند و گروهی نیز به شیوه‌های دیگر مانند - دریافت‌های زیرمیزی - رو می‌کنند.



تجاری شدن خدمات سلامت هم بر عدالت اثر می‌گذارد و هم بر دسترسی. صرفاً به این دلیل که اطلاعات ارائه‌کننده بسیار و آگاهی مصرف‌کننده کم یا هیچ است. منفعت ارائه‌کننده در فروختن چیزی است که برای خود او سودآور است، اما دلیلی ندارد که الزاماً بهترین چیز برای مصرف‌کننده باشد.

#### ۴-۱. تغییر ارزش‌ها و فزونی انتظارات

امروز مردم، گرایش به آن دارند که سلامت را کالا تلقی کنند، اما هم‌زمان افزایش انتظارات و تغییر ارزش‌ها نیز به چشم می‌خورد. وقتی از مردم خواسته می‌شود مهم‌ترین مسائل خود و خانواده‌شان را برشمارند، دغدغه‌های مالی غالباً در صدر و سلامت بلافاصله پس از آن قرار می‌گیرد. از این رو، تعجب‌آور نیست که خرابی نظام سلامت یا حتی رد پای چنین خرابی به نارضایتی مردم بیانجامد و به‌طور مستقیم سیاست‌مداران مسئول را تهدید کند.

##### ۴-۱-۱. عدالت در سلامت

عدالت، چه در سلامت، چه در ثروت و چه در قدرت، بسیار به‌ندرت محقق می‌شود. برخی از جوامع تساوی طلب‌ترند، اما در مجموع، کل جهان «نا برابر» است.

مردم معمولاً از ابعاد این نابرابری‌ها آگاه نیستند. برای مثال، مردم سوئد احتمالاً نمی‌دانند که در سال ۱۹۹۷ امید زندگی مردان ۲۰ ساله کشورشان در بالاترین و پایین‌ترین طبقات اقتصادی اجتماعی، ۲/۹۷ سال تفاوت داشته و در قیاس با سال ۱۹۸۰ این تفاوت ۸۸ درصد افزایش یافته بوده است.

هرچه جوامع ثروتمندتر می‌شوند حمایت عمومی برای دسترسی عادلانه به مراقبت سلامت و حفاظت اجتماعی در برابر نیازهای پایه اجتماعی و سلامت زمینه بیشتری برای تحقق می‌یابد.

##### ۴-۱-۲. مراقبت‌هایی که مردم را در صدر قرار می‌دهند

بیشتر مراقبت‌ها در بخش دولتی و خصوصی، امروز حول آنچه ارائه‌کنندگان مؤثر یا مفید می‌دانند، با کمترین توجه به آنچه برای بیمار اهمیت دارد سازمان می‌یابد. تجربه، به‌ویژه در کشورهای صنعتی نشان داده است که می‌توان خدمات را بر محور خواست و نیاز مردم سازمان‌دهی کرد. غفلت از نیازهای مردم مهم‌ترین عامل دوری نظام‌های سلامت از جامعه‌ای است که قرار است به آن خدمت کنند.

محوریت دادن به خواست مردم - کاری تجملی و تشریفاتی نیست - ضرورت دارد. حتی در خدماتی که به مردم فقیر ارائه می‌شود. تنها در این حالت است که محروم ماندن مردم به حداقل



می‌رسد و مردم در دام مراقبت‌های تجاری عاری از نظم و نظارت رها نمی‌شوند، جایی که توهم روبه‌رو شدن با محیطی پاسخ‌گوتر، هزینه‌های سنگین و بیماری‌های ناشی از درمان را به آنان تحمیل می‌کند.

#### ۳-۴-۱. تأمین سلامت جوامع

مسئولان حوزه سلامت مسئولیت حفاظت از مردم و جوامع را در برابر مخاطرات و پاسخ‌گویی سریع به آنها برعهده دارند. این بخشی از قراردادهای اجتماعی است که به دولت‌ها مشروعیت می‌بخشد یا از مشروعیت آنان می‌کاهد. شاهد این مدعا مدیریت ضعیف دولت در برخورد با فاجعه گردباد کاترینا در آمریکا در سال ۲۰۰۵ یا بحران جمع‌آوری زباله در ناپل ایتالیا در سال ۲۰۰۸ است.

#### ۴-۴-۱. مسئولان پاسخ‌گو و مورد اعتماد

در شرایط خاص و در کوتاه‌مدت ممکن است مصلحت روزگار دولت‌ها را به‌دست کشیدن از مسئولیت‌های اجتماعی‌شان در برابر سلامت جامعه و بهداشت عمومی وسوسه کند. اما این کار بیش از آنکه مشکلی را حل کند مسئله‌آفرین خواهد بود. نمونه این رفتار که در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، توسط دولت‌های چین و اتحاد جماهیری شوروی سابق و تعدادی از کشورهای کم‌درآمد در پیش گرفته شد نتایج ملموس و نگران‌کننده بر سلامت و کارکردهای نظام سلامت بر جا گذاشت. مهم‌تر از همه به نوعی فشار اجتماعی انجامید که مشروعیت رهبری سیاسی را به چالش کشید و بر آن اثر گذارد.

در بسیاری از نقاط جهان، درباره ابعاد مسئولیت‌هایی که دولت‌ها در قبال سلامت برای خود قائل‌اند تردیدهایی پدید آمده است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که اعتماد عمومی جامعه به دولت‌ها به‌عنوان تضمین‌کنندگان عدالت، صداقت و یکپارچگی نظام سلامت روندی رو به کاهش دارد.

#### ۵-۱. اصلاحات مراقبت اولیه سلامت (PHC): برخاسته از تقاضا

ارزش‌های اصلی که جنبش مراقبت‌های اولیه سلامت سه دهه پیش مطرح ساخت امروز با قدرت و قوتی بیش از عصر صدور اعلامیه آلماتا وجود دارد. این ارزش‌ها نه تنها در تعهدات اخلاقی یا سخن پیشگامان جنبش روشنفکری به‌صورت توقعات اجتماعی گروه‌های وسیع از شهروندان در جوامع مدرن جلوه دارند. سی سال پیش ارزش‌هایی چون عدالت، محوریت یافتن مردم، مشارکت جامعه و برخورداری از حق تعیین سرنوشت که با جنبش مراقبت‌های اولیه سلامت مطرح شد توقعاتی را در حوزه سلامت مطرح ساخت که به‌سرعت به دیگر حوزه‌ها نیز راه یافت، حتی اگر آنان



از واژگانی جز آنچه در اعلامیه آلماتا آمده است برای بیان مقصود استفاده کرده باشند. اساساً تکامل تدریجی از اصول اخلاقی رسمی به انتظارات عمومی جامعه، پویایی سیاسی پیرامون دگرگونی نظام‌های سلامت را تغییر داده و فرصت‌های تازه‌ای در ایجاد شتاب سیاسی و اجتماعی برای به حرکت درآوردن نظام‌های سلامت به سوی خواست مردم فراهم کرده است (شکل ۲).

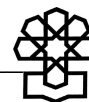
## بخش دوم - پیشبرد و پایداری پوشش همگانی

### ۲-۱. جایگاه مرکزی عدالت در تفکر مراقبت اولیه سلامت

«وقتی بیمار می‌شوید دو راه بیشتر ندارید: از درمان خود چشم‌پوشید یا از مزرعه خود». حدود یک قرن پیش این‌گونه واقعیت‌های تلخ در مناطق روستایی کانادا، ماتیو اندرسن (۱۸۸۲-۱۹۷۴) (گوینده این سخنان) را به برقراری نوعی بیمه سلامت بر پایه مالیات واداشت که سرانجام در سال ۱۹۶۵ به استقرار مراقبت‌های همگانی سلامت در سرتاسر کانادا انجامید. متأسفانه وضعیت تکان‌دهنده بازنده - بازنده در همه جای جهان فراوان است. ۳۰ سال پس از ندای آلماتا درباره عدالت بیشتر در سلامت، بیشتر نظام‌های سلامت جهان در تأمین مالی همچنان بر روش ناعادلانه پرداخت‌های مستقیم افراد بیمار یا خانواده‌های آنان در محل ارائه خدمت تکیه دارند. برای ۵/۶ میلیارد نفر از ساکنان کشورهای با درآمد کم یا متوسط، بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت از محل پرداخت‌های مستقیم مردم تأمین می‌شود. این، بخش عمده‌ای از بیماران را از دریافت خدمت محروم می‌کند، زیرا قادر به پرداخت هزینه‌های آن نیستند.

پرداخت‌های مستقیم مردم از مهم‌ترین سرچشمه‌های پدید آمدن بی‌عدالتی در سلامت است و دست زدن به اصلاحات مؤثر درباره آن احتمالاً ارزش بیشتر خواهد داشت. برخورد با عامل‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و کمک به نظام‌های سلامت که در برقراری عدالت سهیم شوند نیازمند مداخله‌های متعدد است:

- کاستن از لایه‌بندی‌های اجتماعی، با کاهش نابرابری درآمدی از طریق مالیات و خدمات عمومی یارانه‌ای، اشتغال با پرداخت کافی، ایجاد فرصت‌های برابر برای زنان، دسترسی به آموزش رایگان و نظایر آن.
- کاستن از درجه آسیب‌پذیری‌ها، با فراهمی تأمین اجتماعی برای بیکاران و افراد ناتوان، توسعه شبکه‌های اجتماعی در سطح جامعه، سیاست‌های شمول اجتماعی و حمایت از مادران شاغل به کار یا تحصیل، عرضه مزایا و حواله‌های نقدی، تأمین ناهار رایگان در مدارس و نظایر آن.
- حفاظت در برابر مخاطرات سلامت، به‌ویژه برای قشرهای محروم، با برقراری مقررات ایمنی



فیزیکی و اجتماعی، آب سالم و سامانه دفع فاضلاب، ترویج شیوه‌های زندگی سالم، برقراری سیاست‌ها و مقررات مسکن سالم و نظایر آن.

• کاستن از نتایج پیامدهای نابرابر که خود به لایه‌بندی‌های اجتماعی می‌انجامد، مانند حفاظت از بیماران که به‌صورتی غیرمنصفانه به سبب بیماری کار خود را از دست می‌دهند.

شکل ۲. ارزش‌های اجتماعی پیش‌برنده مراقبت اولیه سلامت و بسته‌های متناظر اصلاحات



## ۲-۲. حرکت به سوی پوشش همگانی

یکی از گام‌های اساسی در برقراری عدالت حرکت به سوی پوشش همگانی است: یعنی تأمین دسترسی همگان به سلسله‌ای از خدمات شخصی یا غیرشخصی سلامت که به آن نیاز دارند، همراه با حفاظت اجتماعی از سلامت آنان. اینکه چنین خدماتی بر پایه اخذ مالیات، بیمه‌های اجتماعی



سلامت یا ترکیبی از این دو باشد از نظر اصول تفاوتی ندارد، باید سهم مصرف‌کنندگان به‌صورت پیش‌پرداخت در حد توان پرداخت آنان گرد آید و از آنها به این منظور استفاده شود که خدمات فراهم و در دسترس باشد و مراقبت‌های دارای کیفیت در خور را در اختیار همه آنان که نیاز دارند قرار دهد، بی‌آنکه مصرف‌کنندگان در خطر هزینه‌های مصیبت‌بار قرار گیرند.

پوشش همگانی، به خودی خود، برای رسیدن به هدف سلامت برای همه و عدالت در سلامت کافی نیست (زیرا بی‌عدالتی در کشورهایی که پوشش همگانی یا نزدیک به آن دارند نیز وجود دارد)، ولی پی و پایه لازم برای رسیدن به آن است.

علی‌رغم نقش کلیدی پوشش همگانی در دست یافتن به عدالت، تحقق آن از نظر اجتماعی هدفی ساده نیست و با مخالفت‌های بسیار از سوی اصحاب حرفه‌های پزشکی یا مسئولان تأمین مالی سلامت روبه‌رو می‌شود. اما امروز این توافق جمعی وجود دارد که تأمین این پوشش بخشی از الزام‌های اصلی دولت‌هایی است که مشروعیت دارند. پوشش همگانی، فی‌نفسه، دستاوردی سیاسی است که مدرنیزاسیون جامعه را شکل می‌دهد.

کشورهای صنعتی، به‌ویژه اروپا، تأمین پوشش همگانی را از قرن نوزدهم آغاز کردند. امروز کشورهایمانند کاستاریکا، مکزیک، جمهوری کره، تایلند و ترکیه با استفاده از این تجربه طرح‌هایی بلندپروازانه در پیش گرفته‌اند و با سرعتی بیشتر از آنچه کشورهای صنعتی در گذشته داشته‌اند به پیش می‌روند. در پرداختن به پوشش همگانی باید به سه وجه زیر توجه داشت (شکل ۳).

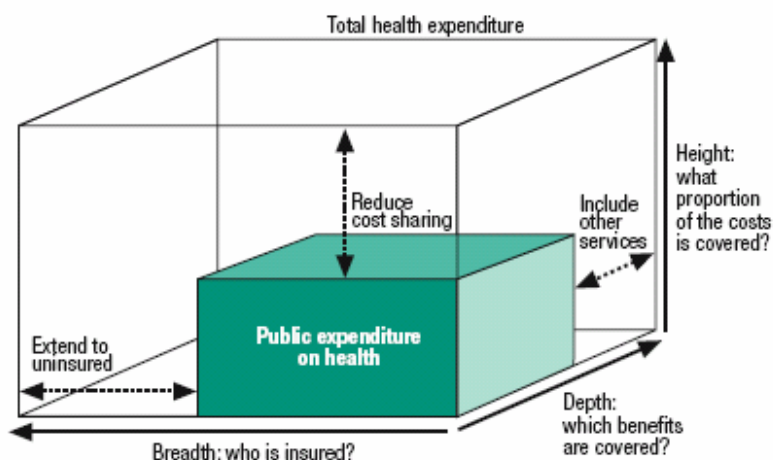
**- پهنای پوشش:** یعنی نسبتی از جمعیت که از حمایت اجتماعی برای سلامت برخوردار می‌شود. این نسبت باید به‌سرعت به‌جایی برسد که همه افراد بیمه نشده را دربرگیرد. این کار فرایندی پیچیده است و مدل‌های خاص دارد، تأکید بر سازوکار پیش‌پرداخت از همان آغاز، هماهنگ‌سازی منابع تأمین مالی و ترکیب طرح‌های بیمه‌ای برای رسیدن به پوشش همگانی.

**- ثرفای پوشش:** یعنی افزودن به تنوع خدمات پایه که برای پاسخ‌گویی مؤثر به نیازهای سلامت مردم ضرورت دارد، با در نظر گرفتن تقاضاها، توقعات و منابع. تدوین «بسته خدمات» را بسیاری از کشورها آزموده‌اند، اما نتیجه چندان رضایت‌بخش نبوده است.

**- بلندی پوشش:** یعنی آن بخش از هزینه‌های سلامت که از راه جمع‌آوری پیش‌پرداخت‌ها تأمین می‌شود نیز باید افزایش یابد و اتکای به پرداخت‌های مستقیم مردم را کاهش دهد. پیش‌پرداخت و جمع‌آوری آن انسجام میان دارا و ندار و میان بیمار و سالم را تحکیم می‌بخشد، موانع دست یافتن به خدمات را از میان بر می‌دارد، خطر در غلتیدن به ورطه هزینه‌های مصیبت‌بار را کاهش می‌دهد و سرانجام ابزاری می‌شود در سرمایه‌گذاری مجدد برای فراهمی بهتر و افزودن به تنوع و کیفیت خدمات و مراقبت سلامت.



شکل ۳. سه روش حرکت به سوی پوشش همگانی



### ۲-۳. چالش‌ها در حرکت به سوی پوشش همگانی

باید میان سه‌وجه پوشش همگانی (پهنا، ژرفا و بلندا) تعادلی برقرار ساخت. در کشورهای کم‌درآمد و دستخوش درگیری‌های داخلی که در عمل از نظام سلامت اثری نیست باید هر سه بعد را از بنیان بنا کرد. در نقاط دیگر که ممکن است مسئله اساسی رساندن خدمات به جمعیت پراکنده - مانند جزایر- باشد ممکن است چالش اصلی اقتصاد مقیاس باشد. در مواردی، نابرابری‌ها ریشه در شیوه‌های سازمان‌دهی، به‌ویژه نظام پرداخت دارد و می‌باید با اصلاح هرچه سریع‌تر این کمبود، میزان بهره‌مندی را افزایش داد.

### ۲-۴. گسترش مراقبت اولیه سلامت (PHC) برای پرکردن شکاف دسترسی

این پوشش همواره برای مسئولان و تأمین‌کنندگان مالی مطرح است که آیا باید چند خدمت محدود و حداقلی را به‌سرعت به همگان رساند یا با گسترش تدریجی ارائه خدمت، بسته‌ای منطقی از خدمات را در اختیار عموم قرار داد. تجربه جمهوری اسلامی ایران در گسترش تدریجی شبکه‌های بهداشتی شهرستان و استفاده از به‌ورزان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری نمونه‌ای موفق است که آدمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

آنچه اهمیت حیاتی دارد این است که، دغدغه برقراری عدالت نباید به قبول نازل‌ترین مخرج مشترک ختم شود که با این دستاویز سلسله‌ای از خدمات را که از هیچ کدام رضایتی حاصل نمی‌شود در دسترس همه مردم قرار دهد، کیفیت و پایداری نیز به اندازه پوشش همگانی اهمیت دارد.



## ۲-۵. غلبه بر جدایی جمعیت‌های پراکنده

تأمین دسترسی جمعیت‌های پراکنده به خدمات غالباً از هراس‌انگیزترین چالش‌های مدیریت خدمات سلامت است. وزرا و مسئولان سلامت در سال ۱۹۵۵ در شهر یانوکا - فیجی برای حل این چالش گردهم آمدند و رویکرد «جزایر سالم» برای حل چالش‌های سلامت و رفاه جمعیت‌های جزایر برگزیدند. در این رویکرد تکیه بر همکاری دیگر بخش‌ها برای حل مشکل کارایی مقیاس و تأمین مالی از اصول تصمیم جمعی بوده است. عدالت بدون وحدت و انسجام ملی میسر نمی‌شود.

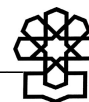
## ۲-۶. عرضه جایگزین‌های خدمات تجاری شده و عاری از نظم و نظارت

بنابر برآورد سازمان بهداشت پان‌امریکن (PAHO) ۴۷ درصد از مردم آمریکای لاتین به دلایل گوناگون از دست‌یافتن به خدمات مطلوب سلامت محرومند. از جمله فقر، قومیت، جنسیت، بد توزیع شدن منابع و ناکافی بودن گسترش نظام رسمی سلامت برای محافظت مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن یا بهره‌کشی مالی توسط ارائه‌کنندگان بی‌ملاحظه خدمات سلامت. چنین وضعیتی، درست یا غلط، سبب پدید آمدن بی‌اعتمادی و گمان رفتار ناجور و تبعیض‌آمیز در مردم می‌شود. خدمات نیز ممکن است به موقع ارائه نشود، اثر بخش نباشد، به نیاز بیمار پاسخ ندهد یا تبعیض‌آمیز باشد و درمان فقیرانه‌تری را نصیب تنگدستان کند. از این رو است که پیامد، حتی در نظام‌های کاملاً نظارت شده و پرپول نیز به شدت تابع طبقه اجتماعی مراجعه‌کننده می‌شود.

برای برخورد با این‌گونه محروم‌گزاردن‌ها، نقطه عزیمت، ایجاد یا تقویت شبکه‌های دسترسی به مراقبت‌های اولیه با کیفیت است که از نظر تأمین مالی، تکیه خود را بر جمع‌آوری پیش پرداخت‌ها یا سرمایه‌گذاری‌های عمومی قرار دهد.

## ۲-۷. مداخله‌های هدفمند برای سازوکارهای پوشش همگانی

افزودن به درآمد، افزایش عرضه خدمات سلامت و سرعت بخشیدن حرکت به سوی پوشش همگانی، متأسفانه برای از میان بردن نابرابری‌ها کافی نیست. اختلاف میان سطح سلامت گروه‌های جمعیتی به سبب تأثیر عامل‌های اجتماعی در کشورهای پردرآمد نیز که خدمات سلامت آنان قوی و همگانی است - مانند فنلاند و فرانسه - برجاست. بی‌عدالتی حوزه سلامت فقط میان تنگدست و دارا نیست، بلکه جزئی مشترک در میان همه قشرهای اجتماعی و اقتصادی است. در استرالیا و کانادا فرق میان بومیان و غیربومیان به موضوع سیاسی تبدیل می‌شود و در ایالات متحد آمریکا، ۵ سال کاهش امید زندگی در میان زنان در بیش از ۱۰ شهرستان کشور نشان‌دهنده تفاوت سروکار داشتن با عامل‌های خطر و تراکم مخاطرات سلامت در کشوری است که نظام سلامت آن همچنان در حال رشد است.



از این رو، چاره‌ای جز برقراری پوشش همگانی در قالب طرح‌های وسیع‌تر حمایت اجتماعی و تکمیل آن با برنامه‌های هدفمند سیار و دست‌یافتن به گروه‌های آسیب‌پذیر و قشرهای محروم وجود ندارد. تجربه جمهوری اسلامی ایران از جمله شواهد این مدعاست.

## ۲-۸. بسیج برای عدالت در سلامت

### ۱-۸-۲. بر ملا ساختن نابرابری در سلامت

اندازه‌گیری نابرابری سلامت، به‌ویژه آنگاه که برداشت‌های نادرست شایع وجود دارند و بر سیاست‌های سلامت اثر می‌گذارند اهمیت بسیار دارد. استنباط‌هایی از این دست که صرف میانگین‌های جمعیتی برای ارزیابی پیشرفت کافی است، نظام سلامت اگر برای تأمین دسترسی همگانی طراحی شده باشد عادلانه است، در کشورهای فقیر، افراد به اندازه فقر خود از سلامت به دورند، مهم‌ترین نگرانی اختلاف میان کشورهاست (نه درون کشورها) و اگر اصلاحات با نیت خیر صورت گیرد و نفع آن به همه خواهد رسید، اصلاً چنین نیست. شناخت وسعت نابرابری‌ها، برآورد دقیق اثر عامل‌های مؤثر بر نابرابری‌ها، پایش پیشرفت از ضرورت‌های توفیق در این راه است.

## بخش سوم - مراقبت‌های اولیه، قرارداد مردم در صدر

### ۱-۳. مراقبت خوب گِرداگرد مردم است

علوم زیست پزشکی قلب طب نوین است و باید باشد. با وجود این همان‌طور که ویلیام اسلر، یکی از بانیان آن خاطر نشان کرد: دانستن اینکه چه فردی دچار بیماری است بسیار مهم‌تر از این است که بدانیم فرد دچار کدام بیماری است. شناخت ناکافی بعد انسانی در سلامت و نیاز به متناسب‌سازی خدمات سلامت با ویژگی‌های هر جامعه‌ای و شرایط فردی کاستی بزرگی است که در مراقبت سلامت در حال حاضر به چشم می‌خورد و نه‌تنها به بی‌عدالتی و پیامدهای اجتماعی بد منتج می‌شود، بلکه سبب کاهش بازگشت پیامدهای سلامت در برابر سرمایه‌گذاری در خدمات سلامت می‌شود.

جدول ۱ اختلاف میان مراقبت اولیه سلامت و مراقبتی را که در درمانگاه‌ها یا بخش‌های سرپایی بیمارستان یا از طریق برنامه‌های مبارزه با تک بیماری‌ها ارائه می‌شود به‌طور خلاصه نشان می‌دهد.



### جدول ۱. جنبه‌هایی از کار که مراقبت‌های سنتی را از مراقبت اولیه مردم محور متمایز می‌کند

مراقبت پزشکی سرپایی در درمانگاه‌ها و بخش‌های سرپایی بیمارستان‌ها	برنامه مبارزه با بیماری	مراقبت اولیه مردم محور
تمرکز بر ناخوشی و درمان	تمرکز بر بیماری در اولویت	تمرکز بر نیازهای سلامت
ارتباط میان بیمار و ارائه‌کننده خدمت محدود به زمان کوتاه مراجعه است	ارتباط محدود به اجرای برنامه است	رابطه شخصی و مستمر
مراقبت درمانی مقطوع و در مواقع بیمار شدن	مداخله‌های تعیین شده در برنامه مبارزه با بیماری	مراقبت جامع، مداوم و فرد محور
مسئولیت ارائه‌کننده محدود به درمیان گذاردن توصیه‌های مؤثر و مطمئن به بیمار در لحظه مراجعه است	مسئولیت مبارزه با بیماری هدف در گروه هدف	مسئولیت سلامت همگان در جامعه در همه چرخه حیات آنان، مسئولیت برخورد با عامل‌های مؤثر بر ناخوشی
بیماران، مصرف‌کننده مراقبتی هستند که هزینه آن را می‌پردازند	گروه‌های معین، جمعیت هدف مداخله‌های مبارزه با بیماری‌اند	مردم شریک مدیریت سلامت خود و جامعه خویش‌اند

### ۲-۳. ویژگی‌های متمایز مراقبت اولیه

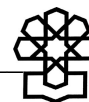
#### ۱-۲-۳. اثربخشی و ایمنی صرفاً موضوعات فنی نیستند

مراقبت سلامت باید اثربخش و ایمن باشد. شاغلین سلامت همانند سایر مردم عادی غالباً عملکرد خدمات سلامت خود را بیش از اندازه جلوه می‌دهند. ظهور پزشکی مبتنی بر شواهد در دهه ۱۹۸۰ کمکی علمی برای تصمیم‌گیری مراقبت سلامت با توجه به ترجیحات و ارزش‌های بیمار بوده است، لکن به تنهایی تضمینی برای اثربخشی و ایمنی مراقبت سلامت نیست. پیامد هر مراقبت، از تعادل میان ارزش‌افزوده درمان و خطراتی که ایجاد می‌کند حاصل می‌شود. تا این اواخر وسعت این گونه خطرات دست‌کم گرفته می‌شد. در کشورهای صنعتی از هر ۱۰ بیمار یک نفر از خطرات حین درمان، که پیشگیری از آن ممکن است، رنج می‌کشد.

در هر سال ۹۸۰۰۰ مرگ از چنین مخاطراتی فقط در ایالات متحده امریکا ثبت می‌شود. از ۱۶ میلیارد تزریق که هر سال در جهان تجویز می‌شود حدود ۴۰ درصد آنها توسط سرنگ و سوزن یک‌بار مصرف شده و استریل نشده صورت می‌گیرد. تزریق ناپاک، هر سال سبب ۱/۳ میلیون مورد مرگ و حدود ۲۶ میلیون سال عمر از دست رفته، به‌طور عمده به سبب انتقال هیپاتیت B, C و HIV است.

#### ۲-۲-۳. مراقبت فرد - محور

مردم در وقت بیماری به رفتاری خود فکر می‌کنند نه به بهره‌وری مدیریتی، هدف‌های نظام سلامت، هزینه اثربخشی خدمات یا منطقی بودن کار سازمان. هر کس به نوعی با مشکل بیماری خویش برخورد می‌کند و کنار می‌آید. کارکنان سلامت باید به این گوناگونی‌ها توجه کنند.



مردم دلشان می‌خواهد کارکنان سلامت مشکل آنان، دردی را که می‌کشند و تنگناهایی را که با آنها روبه‌رویند دریابند. متأسفانه بسیاری از ارائه‌کنندگان خدمات، این بخش از جریان درمان را - به‌ویژه وقتی با افراد تنگدست سروکار دارند - نادیده می‌گیرند. در بسیاری از نظام‌ها، پاسخ‌گویی و توجه به ویژگی‌های فردی امری تشریفاتی و تجملی تلقی می‌شود که فقط باید به جمعی خاص محدود شود.

در ۳۰ سال گذشته انبوهی از بررسی‌ها نشان داده است که بیمار محور بودن مراقبت‌ها نه فقط به رفع آلام بیماران کمک می‌کند، بلکه حتی در افزایش میزان رضایت ارائه‌کنندگان خدمات نیز مؤثر است (جدول ۲).

#### جدول ۲. بیمار - محوری: مصادیق اثرگذاری بر کیفیت خدمات و پیامدهای بهتر

بهبود شدن تأثیر درمان و کیفیت زندگی
درک بهتر جنبه روان‌شناختی مشکل بیماران
رضایت بیشتر از برقراری ارتباط
افزایش اعتماد بیمار درباره مسائل حساس
افزایش اعتماد و پیروی از دستورات درمانی
ادغام بهتر و بیشتر مراقبت پیشگیر و ارتقادهنده سلامت

در عمل بسیاری از متخصصان بالینی معمولاً بر نگرانی‌ها، باورها و استنباط‌های بیماران خود توجهی ندارند و ابعاد انسانی را که این همه در تناسب و اثربخشی مداخله‌های آنان تأثیر دارد یکسره نادیده می‌گیرند. تضاد منافع میان ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده آن - به‌ویژه در واحدهای تجاری شده عاری از نظم و نظارت - از مهم‌ترین ضد انگیزه‌ها برای پرداختن به شیوه بیمار محوری است.

#### ۳-۲-۳. پاسخ‌های جامع و یکپارچه

تنوع نیازها و چالش‌های سلامت مانع از آن است که برای مراقبت‌های پیشگیر، ارتقایی و توان‌بخش نسخه‌ای واحد پیچیده شود. ارائه مراقبت‌های جامع و یکپارچه، به‌ویژه در محل ورود به نظام سلامت، جایی که مردم برای نخستین بار نیاز و مشکل خود را مطرح می‌کنند جنبه حیاتی دارد. جامعیت خدمات، ارزش‌افزوده و معنای اجرایی مشخص دارد. نمی‌توان رشد کودک را پایش کرد، ولی به فکر سلامت مادر نبود (و به‌عکس) یا بیماری سل کسی را درمان کرد، اما به وضعیت HIV او توجه نداشت یا نپرسید سیگار می‌کشد یا خیر. جامعیت خدمات به تشخیص زودرس مسائل و پیشگیری به‌موقع کمک می‌کند، حتی اگر تقاضایی در میان نباشد.



### ۴-۲-۳. تداوم مراقبت‌ها

ارائه‌کنندگان خدمات غالباً طوری رفتار می‌کنند که گویی مسئولیت آنان با ورود مراجعه‌کننده آغاز و با رفتن او پایان می‌یابد، در حالی که مراقبت نه به لحظه معاینه محدود است و نه به چهار دیواری محل مراجعه. دغدغه دست یافتن به پیامدهای مطلوب، رویکردی مستمر و منسجم در مدیریت بیمار را تا حل مشکل یا رفع خطر ایجاب می‌کند. تداوم مراقبت، از مهم‌ترین عامل‌های تعیین‌کننده اثربخشی، از بیماری‌های مزمن و بهداشت باروری تا مشکلات روانی و رشد سالم کودک است.

### ۴-۲-۵. ارائه‌کننده منظم و معتمد به عنوان محل ورود به نظام سلامت

**جامعیت، تداوم و بیمار - محوری** از عوامل اساسی برای دست یافتن به پیامدهای مطلوب‌تر است. لازمه این کار ارتباط پایدار، طولانی و شخصی میان جمعیت گیرنده خدمات و ارائه‌دهنده در محل ورود به نظام سلامت است.

در چارچوب‌های سنتی معمولاً درمان سرپایی برای چنین ارتباطی سازمان‌دهی نمی‌شود. مثال آن فضای پر از ازدحام مراکز درمان سرپایی بیمارستان‌هاست که در آنها جنبه‌های فنی غلبه دارد، کسی کسی را نمی‌شناسد، بیمارستان‌ها، با آن همه متخصص و دارنده درجات فوق تخصصی، نوعی رابطه مکانیکی میان بیمارستان و مراجعه‌کنندگانی که به نام شناخته نمی‌شوند ایجاد می‌کنند. در مناطق روستایی کشورهای کم‌درآمد، واحدهای ارائه خدمات برای ارتباط نزدیک با مردم طراحی شده‌اند، اما واقعیت در عمل جز این است. نشان‌دار کردن منابع و کارکنان برای برنامه‌های خاص دائماً سبب چندپارگی بیشتر خدمات می‌شود و در همان حال کمبود منابع مالی، فقیرتر شدن کارکنان و تجاری شدن خدمات برقراری چنین رابطه‌ای را دشوار می‌سازد. برقراری رابطه پایدار نیازمند زمان است. بررسی‌ها می‌گویند رسیدن به نتایج مؤثر این گونه ارتباط سه تا پنج سال وقت لازم دارد.

نکته مهم فقط برقراری رابطه و اعتماد و جلب رضایت بیماران نیست، هر چند این دو اهمیت بسیار دارد، مهم این است که رابطه متقابل سبب افزایش کیفیت و مطلوبیت پیامدها می‌شود.

### ۳-۳. سامان‌دهی شبکه‌های مراقبت اولیه

واحدی که برای مراجعه سرپایی و به‌عنوان محل ورود به نظام سلامت طراحی شده است باید طیفی جامع از خدمات تشخیصی، درمانی، توان‌بخش و تسکین‌دهنده را عرضه کند. علاوه بر تضمین دسترسی جغرافیایی و مالی، برای تبدیل واحدهای سنتی به واحدهای مراقبت‌های اولیه و استقرار چنین رابطه‌ای چند کار دیگر ضرورت دارد:



- نزدیک ساختن خدمت به محل کار یا زندگی مردم و تغییر محل مدخل سیستم از بیمارستان و مراکز تخصصی به یکی از واحدهای عمومی در دسترس مردم.

- سپردن مسئولیت جمعیتی مشخص به واحدهای مدخل، مسئولیت افراد اعم از سالم و بیمار، چه مراجعه بکنند و چه نکنند.

- تقویت نقش ارائه‌کنندگان مراقبت اولیه به‌عنوان هماهنگ‌کننده دیگر سطوح نظام، این امر از راه تفویض اختیار مدیریتی و توان دست یافتن به خدمات تکمیلی از راه ارجاع میسر می‌شود.

### ۱-۳-۳. تیم مراقبت اولیه، کانون هماهنگی

تیم‌های مراقبت اولیه جز با حمایت خدمات تخصصی به ارائه خدمات جامع به جمعیت در پوشش خود توفیق نمی‌یابند. در کشورهای که با کمبود منابع روبه‌رویند معمولاً منبع این حمایت بیمارستان شهرستان است. تصویر کلاسیک نظام‌های PHC هرمی است که بیمارستان شهرستان در رأس آن قرار دارد و قاعده را واحدهای در دسترس مردم تشکیل می‌دهند که در مواردی بیماران خود را ارجاع می‌کنند.

برای آنکه نظام مراقبت‌های اولیه سلامت نقش هماهنگ‌کننده (و دروازه‌بانی) خود را به خوبی انجام دهد باید این هرم به «شبکه» تغییر شکل دهد که در آن رابطه میان تیم مراقبت اولیه و دیگر واحدها صرفاً رابطه سلسله مراتبی بالا به پایین یا ارجاع پایین به بالا نیست، بلکه رابطه‌ای است بر پایه هماهنگی و همکاری (شکل ۴). در این حالت، تیم مراقبت اولیه واسطه و میانجی جامعه و دیگر سطوح نظام سلامت می‌شود و به مردم کمک می‌کند تا در این نظام حرکت کنند و از حمایت سطوح تخصصی برخوردار شوند.

### ۴-۳. پایش پیشرفت

تغییر وضعیت از شکل سنتی خدمات به مراقبت‌های اولیه، فرایندی پیچیده است که به آسانی فراهم نمی‌شود. اما، پایش پیشرفت به سوی این هدف میسر است. باید مطمئن شد که شرایط سازمانی مورد نیاز برای این تغییر وضعیت تا چه حد فراهم است:

- آیا واحدهایی که به‌عنوان نخستین نقطه تماس مراجعه‌کنندگان در نظر گرفته شده در آستانه تغییر وضعیت از حالت تخصصی به عمومی (مراقبت‌های اولیه) در تماس نزدیک با جایی که مردم زندگی می‌کنند قرار دارند؟

- آیا به ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه مسئولیت سلامت جمعیتی معین، چه آنان که مراجعه می‌کنند و چه آنان که مراجعه نمی‌کنند، واگذار شده است؟

- آیا ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه برای هماهنگ ساختن درون‌دادهای گوناگون تخصصی،



بیمارستان‌ها و خدمات اجتماعی توانمند شده‌اند؟

سپس باید اطمینان یافت که جنبه‌های متمایز مراقبت اولیه تا حد لازم اهمیت و اولویت یافته‌اند:

— **محوریت یافتن فرد:** آیا شهادی وجود دارد (مثلاً از راه مشاهده و بررسی نظر

مصرف‌کنندگان) که نشان دهد این جنبه بهبود یافته است؟

— **جامعیت:** آیا نشانی از گسترش مراقبت اولیه و جامعیت یافتن آن وجود دارد تا جایی که به

بسته جامع خدمات - از مراقبت‌های ارتقایی تا تسکینی، برای تمام گروه‌های سنی - تبدیل شود؟

— **تداوم:** آیا اطلاعات هر فرد در تمام طول عمرش ثبت می‌شود و در میان سطوح مختلف ارائه

خدمات انتقال می‌یابد؟

— **نقطه ورود منظم:** آیا سازوکاری وجود دارد که ارائه‌کنندگان مراجعان خود را به‌درستی

بشناسند و برعکس؟

### بخش چهارم - سیاست‌های عمومی برای سلامت همگانی

#### ۴-۱. اهمیت سیاست‌های عمومی مؤثر درباره سلامت

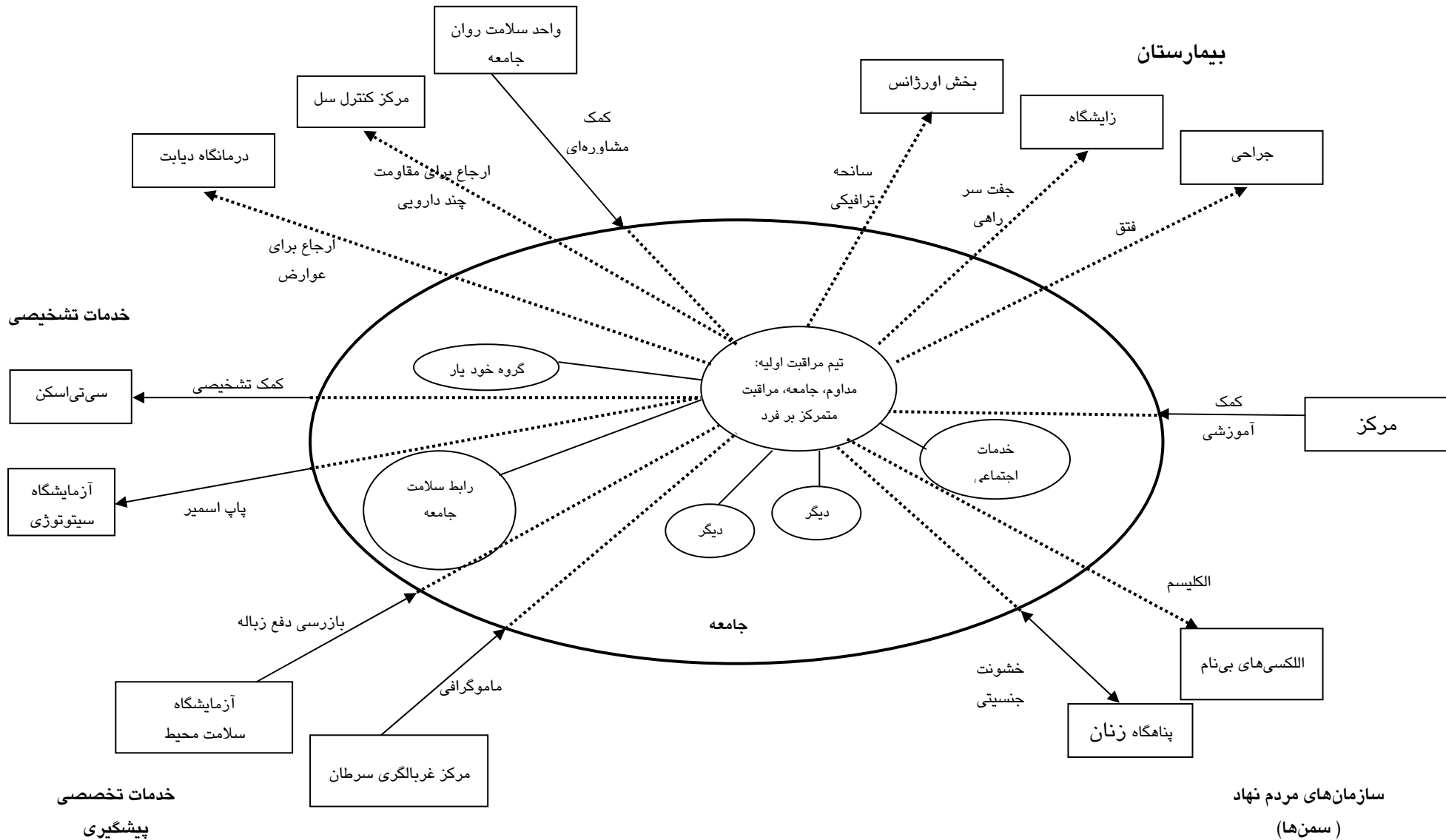
مردم می‌خواهند در جوامعی و در محیط‌هایی زندگی کنند که سلامت آنان را تضمین کند و ارتقا دهد. مراقبت اولیه، همراه با حفاظت اجتماعی دربرگیرنده پاسخ‌های کلیدی به این توقع است.

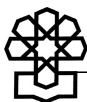
نخستین گروه از سیاست‌های عمومی حساس و حیاتی، سیاست‌های نظام سلامت در ارتباط با داروهای اساسی، فناوری، کنترل کیفیت، منابع انسانی، اعتباربخشی و نظایر آن است که اصلاحات مراقبت اولیه و پوشش همگانی وابسته بدان‌هاست. بدون تدارک مؤثر و نظام‌های پشتیبانی، شبکه مراقبت‌های اولیه درست کار نخواهند کرد. مثلاً در کنیا امروز به سبب خدماتی که در محل و با ارائه پش‌بندهای آغشته به حشره‌کش در اختیار مردم گذارده می‌شود، کودکان بسیار بهتر از گذشته در برابر مالاریا محافظت می‌شوند. این کار فقط به این دلیل بود که مراقبت اولیه از حمایت سیاسی قدرتمند، بازاریابی اجتماعی و حمایت ملی برای تدارک و پشتیبانی میسر شده است.





شکل ۴. مراقبت اولیه به منزله کانون هماهنگی: ایجاد شبکه‌ای مرکب از جامعه تحت پوشش و شرکای خارج از آن





سیاست‌های مؤثر سلامت عمومی که مسائل در اولویت را مورد توجه قرار می‌دهند، گروه دوم از سیاست‌هایی است که بدون آنها اصلاحات مراقبت اولیه و پوشش همگانی با مانع روبه‌رو می‌شود. این گروه از سیاست‌ها مشتمل است بر سیاست‌ها و برنامه‌های فنی که راهنمای تیم‌های مراقبت اولیه برای برخورد با مسائل در اولویت‌اند.

گروه سوم سیاست‌ها که موجب نگرانی فراوان است، به‌عنوان «سلامت در همه سیاست‌ها»، شناخته می‌شود و مبتنی بر این شناخت است که سلامت عمومی را می‌توان توسط سیاست‌هایی که به دیگر بخش‌ها مربوط می‌شود بهبود بخشید. محتوای بهداشتی برنامه‌های درسی مدارس، سیاست صنایع درباره تساوی جنسیتی یا ایمنی غذا و کالای مصرفی جملگی از موضوعاتی هستند که ممکن است عمیقاً بر سلامت کل جامعه اثر گذارند یا تعیین‌کننده آن باشند و اثر خود را در سرتاسر کشور بگسترانند. بدون همکاری کامل بین بخشی که به سلامت در همه سیاست‌ها وزن لازم را می‌دهد برخورد با این مسائل غیر ممکن است.

#### ۲-۴. سیاست‌های نظام در پیوند با هدف‌های مراقبت‌های اولیه سلامت

وقتی بخشی از نظام سلامت بد کار کند یا با دیگر بخش‌های آن پیوند کافی نداشته باشد کل عملکرد نظام لطمه می‌بیند. اجزای نظام سلامت عبارتند از زیرساخت، منابع انسانی، اطلاعات، فناوری‌ها و تأمین مالی که همه آنها بر ارائه خدمات اثر دارند. این اجزا به‌طور طبیعی یا به‌سادگی در مسیر اصلاحات قرار ندارند، برای تحقق این اتحاد، سیاست‌های جامع و آگاهانه ضرورت دارد.

تجربه ترویج داروهای اساسی فرصت‌ها و موانع سیاست‌گذاری مؤثر نظام برای مراقبت‌های اولیه سلامت را آشکار ساخته است. از وقتی در سال ۱۹۷۷ فهرست داروهای اساسی سازمان جهانی بهداشت انتشار یافت محرک عمده برای تدوین سیاست دارویی کشورها بوده است. بیش از ۷۵ درصد از ۱۹۵ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت ادعا می‌کنند که فهرست کشوری داروهای اساسی را آماده دارند و بیش از ۱۰۰ کشور سیاست کشوری دارو را تنظیم کرده‌اند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که این سیاست‌ها در فراهم ساختن داروهای ارزان‌تر و مطمئن‌تر و مصرف منطقی‌تر آنها مؤثر بوده‌اند. این سیاست خاص، در حمایت از PHC موفق بوده و خود درسی است برای برخورد با چالش‌های کارایی مقیاس و وابستگی‌های درون سیستمی. بدون چنین ترتیبی، هزینه‌های سلامت فوق‌العاده خواهد بود، در هر روز نزدیک به ۳۰/۰۰۰ کودک در جهان از بیماری‌هایی می‌میرند که به راحتی می‌توان آنها را درمان کرد. تنها شرط، دسترسی آنان به داروهای اساسی است.

درس کلیدی دوم درباره سیاست داروهای اساسی این است که هیچ سیاستی قادر نیست در



انزوا بماند و توقع اجرای مؤثر آن در میان باشد.

سیاست نیروی انسانی نظام سلامت، سال‌ها از حوزه‌های مغفول مانده و یکی از مهم‌ترین تنگناهای توسعه این نظام‌ها بوده است. تحقق هدف‌های سلامت در هدف‌های توسعه هزاره مشروط به برطرف شدن کمبود شدید نیروی انسانی در کشورهای کم‌درآمد است. نیروی انسانی سلامت درون‌داد حیاتی برای اجرای مؤثر مراقبت اولیه و پوشش همگانی و تجسم ارزش‌هایی است که مراقبت‌های اولیه سلامت بدان شناخته می‌شود. ولی بازار کار در درون نظام سلامت، نیروی انسانی را به سمت تخصص‌گرایی و کار در مؤسسات سطح سوم می‌راند، اگر البته به سوی مهاجرت به شهرهای بزرگ‌تر یا خارج از کشور سوق ندهد.

#### ۴-۳. سیاست‌های سلامت عمومی

##### ۴-۳-۱. پیوند زدن برنامه‌های در اولویت سلامت با مراقبت‌های اولیه سلامت

در نظام سلامت بیشتر اقدام‌ها حول بیماری‌هایی که بار بالا دارند، مانند HIV/AIDS یا مقطعی از دوره‌های زندگی - مانند کودکی - که مسائل سلامت در آن اولویت دارد متمرکز شده است. پاسخ‌گویی به این اولویت‌ها را می‌توان به نوعی توسعه داد که به تقویت یا تضعیف مراقبت‌های اولیه سلامت منجر شود. تجربه برنامه‌های بهداشتی بر پایه اولویت‌ها نشان می‌دهد روش طراحی آنها فرق می‌کند: تلاش برای تدوین سلسله‌ای کامل از اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت، حول نیازهای منحصر به فرد بیماری‌های مشخص به مقدار زیاد به ناکارایی می‌انجامد. ولی عکس قضیه نیز درست است. در حالی که AIDS، استعاره‌ای در ایجاد مزاحمت برای نظام سلامت و کل جامعه تلقی می‌شود پاسخ جهانی به شرایط عالم‌گیر AIDS را از بسیاری جهات می‌توان راه‌یاب و پیشگام مراقبت‌های اولیه سلامت دانست. ایدز از همان آغاز بنیانی شدیداً حق‌مدار و آکنده از عدالت اجتماعی داشت. پیوند این بیماری با افراد محروم که به‌شدت در معرض خطر قرار دارند و دغدغه‌های مرتبط با آنگ‌زدن‌ها، کوششی هماهنگ را برای حفظ حقوق و استحقاق این بیماران در استخدام، خدمات اجتماعی و مراقبت سلامت برانگیخته است.

##### ۴-۴. به سوی سلامت در همه سیاست‌ها

سلامت مردم فقط محصولی از فعالیت‌های بخش سلامت نیست، خواه حوزه فعالیت‌های مراقبت اولیه خواه اقدام‌های سلامت عمومی در سرتاسر کشور. سلامت مردم به مقدار زیاد از عامل‌های اجتماعی و اقتصادی متأثر است، سیاست‌ها و اقدام‌هایی که بیرون از محدوده بخش سلامت قرار دارد.



در رویارویی با این پدیده ممکن است مسئولان سلامت فکر کنند بخش سلامت به تنهایی، بیش از این توان ندارد که اثر نامطلوب این عوامل را بر سلامت افراد کاهش دهد. بخش سلامت، به تنهایی، قادر به باز تعریف روابط کار یا مقررات بیکاری نیست. نمی‌تواند مالیات بر الکل را افزایش دهد، ضوابط فنی جدید درباره موتور سیکلت‌سواران وضع کند یا قوانینی برای مهاجرت روستانشینان به شهر و جلوگیری از گسترش مناطق حاشیه شهری به اجرا گذارد، هر چند همه اینها برای سلامت مردم مزایایی دربردارند. حاکمیت خوب شهری، برای مثال، قادر است امید زندگی را که با مدیریت‌های ضعیف چیزی در حدود ۳۵ سال است به ۷۵ سال یا بیشتر برساند. از این رو، برای بخش سلامت کار مشترک با دیگر بخش‌ها ضرورت دارد، نه فقط به امید استفاده از همکاری آنها در برخورد با اولویت‌های تعیین شده در مسائل سلامت، بلکه برای اطمینان یافتن از اینکه سلامت به عنوان یکی از پیامدهای همه سیاست‌ها که از نظر اجتماعی برای همگان ارزش دارد شناخته شود.

چنین همکاری بین بخشی از اصول بنیانی اعلامیه آلماتا بود. وزارتخانه‌های بهداشت در بسیاری از کشورها برای هماهنگی با دیگر بخش‌ها در کارهایی که مسئولیت آن را برعهده دارند تقلا کرده‌اند.

یکی از موانع دست یافتن به ثمرات همکاری بین‌بخشی وجود این گرایش در درون بخش سلامت بود که همکاری بین‌بخشی را «بیشتر به صورت کوششی سمبولیک و نمایشی برای کمک دیگر بخش‌ها به ارائه خدمات سلامت می‌دیدند». اقدام‌های بین‌بخشی غالباً بر بهتر کردن سیاست‌ها در دیگر بخش‌ها تمرکز نداشته است. سعی کرده است از منابع دیگر بخش‌ها به صورت ابزاری بهره بگیرد. بسیج آموزگاران برای توزیع پشه بندها در مبارزه با مالاریا، استفاده از افسران پلیس برای ردگیری درمان مبتلایان به سل که دارو را به موقع نمی‌خورند، یا استفاده از خودروهای کشاورزی برای تخلیه فوری بیماران.

رویکرد «دولت در تمامیت خود» با هدف رسیدن به «سلامت در همه سیاست‌ها» با پرداختن به مسئله‌ای مشخص در سلامت و جست‌وجوی اینکه دیگر بخش‌ها در حل آن چه سهمی ممکن است داشته باشند آغاز نمی‌شود، همان‌گونه که مثلاً در برخورد با بیماری‌های ناشی از کشیدن سیگار صورت گرفته است. این رویکرد با جست‌وجوی اثر سیاست‌های کشاورزی، آموزش، محیط زیست، منابع مالی، مسکن، حمل‌ونقل و دیگران بر سلامت آغاز می‌شود. سپس در صدد کار مشترک با هر کدام از این بخش‌ها برمی‌آید تا ضمن کمک این بخش‌ها به سلامت و رفاه عمومی جامعه، آن سیاست‌ها را نیز در خدمت سلامت مردم و جامعه قرار دهد.

عدم موفقیت در برقراری هماهنگی بین‌بخشی، بدون نتیجه باقی نمی‌ماند. این عدم موفقیت بر



عملکرد نظام‌های سلامت و به‌ویژه مراقبت اولیه اثر می‌گذارد. برای مثال، برنامه مبارزه با تراخم در مراکش بر مشارکت کامل مردم و همکاری مؤثر با وزارتخانه‌های آموزش، کشور و امور داخلی تکیه داشت. همکاری عامل کلیدی در ریشه‌کن کردن موفق تراخم بود. در مقابل، در همین کشور برنامه مبارزه با سل نتوانست با تلاش‌های توسعه شهری و فقرزدایی ارتباط برقرار کند و در نتیجه، حاصل آن ناامیدکننده بود. هر دو برنامه توسط وزارتخانه‌ای واحد، با کارکنانی دارای ظرفیت مشابه و با وضعیت یکسان از نظر محدودیت منابع، اما با استراتژی‌های کاملاً متفاوت، اجرا شد.

#### ۴-۵. شناخت ناکافی بودن سرمایه‌گذاری

علی‌رغم مزایا و کمتر بودن هزینه نسبی سیاست‌گذاری بهتر در حوزه‌های عمومی، از این توان در همه جهان کمتر از آنچه باید استفاده می‌شود. یکی از بهترین شاهدها این است که فقط ۵ درصد از جمعیت جهان در کشورهای زندگی می‌کنند که برای تبلیغات دخانیات، برقراری ممنوعیت‌ها و حمایت از آنها سیاستی جامع دارند، حال آنکه کارایی این عملیات در کاستن از مخاطرات برای سلامت که پیش‌بینی می‌شود در قرن حاضر یک میلیارد نفر را قربانی خود کند اثبات شده است.

#### ۴-۶. فرصت‌های وضع سیاست‌های عمومی بهتر

##### ۴-۶-۱. اطلاعات و شواهد بهتر

هر قدر درباره فواید بالقوه سیاست‌های عمومی بهتر، دلایل زیادی در دست داریم، شواهد درباره پیامد این سیاست‌ها و اثر آنها بر هزینه اثربخشی، ناچیز است. ما درباره رابطه میان بعضی از رفتارها مانند سیگار کشیدن، رژیم غذایی، تحرک بدنی و غیره و پیامدهای آنها بر سلامت بسیار می‌دانیم، اما دانسته‌های ما درخصوص اینکه چگونه می‌توان برای تغییر این رفتارها در جامعه مؤثر بود بسیار کمتر است. حتی در جاهایی که منابع در اختیار کافی باشد موانع کار بسیار است، از جمله زمان برای دست یافتن به پیامدها، پیچیدگی و چندعاملی بودن علت‌های به‌وجود آورنده بیماری و آثار مداخله، نبود اطلاعات، مسائل روش‌شناسی و از آن جمله دشواری به کار گرفتن معیارهای شناخته شده برای ارزشیابی روش‌های بالینی و دیدگاه‌های متفاوت ذی‌نفعان مختلف درگیر. مراقبت از بیماری‌های عفونی رو به بهبود است، اما اطلاعات درباره بیماری‌های مزمن و عامل‌های مؤثر بر آنها یا درباره نابرابری‌های سلامت جسته‌گریخته است و غالباً نگاه جامع و نظام‌مند بر آنها حاکم نیست. در بسیاری از کشورها، حتی بنیان کارهای مقدماتی درباره سلامت عمومی جامعه و گردآوری داده‌های تولد و مرگ و بیماری بسیار ضعیف و معیوب است.



دو مسیر زیر پایگاه دانش لازم را تقویت می‌کند:

- تسریع در شکل‌گیری مرورهای نظام‌مند مداخلات حیاتی و ارزیابی اقتصادی آنها. یک راه برای انجام آن سپردن ارزیابی مداخلات سلامت عمومی و شیوه‌های ارائه به کارگزاری‌های موجود ارزیابی فناوری‌های سلامت است.

- تسریع مستندسازی و ارزیابی رویکردهای دولت در تمامیت خود با استفاده از فناوری که برپایه تجربه اولیه با ابزارهای «ارزیابی آثار نهایی بر سلامت» یا «ارزیابی آثار نهایی بر عدالت در سلامت» ساخته می‌شود.

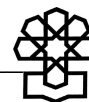
### ۲-۶-۴. چشم‌انداز در حال تحول سازمانی

در کنار نبود شواهد، حوزه‌ای که در آن فرصت‌های جدید در حال ظهور است، ظرفیت سازمانی برای تدوین سیاست‌های عمومی در جهت هدف‌های مراقبت‌های اولیه سلامت است. علی‌رغم اکراه در تخصیص اعتبارات مالی عمده به انستیتوهای سلامت عمومی در کشور، سیاست‌گذاران به‌شدت بر این انستیتوها یا معادل‌های کارکردی آنها تکیه دارند. در بسیاری از کشورها، انستیتوهای سلامت عمومی نخستین منبع مستقل کارشناسی فنی در حوزه سلامت همگانی و در گستره وسیع‌تر، در حوزه سیاست‌های عمومی بوده است.

توسعه سازمانی در چند محور فرصت‌هایی برای بازنگری اساسی در برنامه تربیت نیروی انسانی، سازمان‌دهی آموزش‌های پیش از خدمت و آموزش حین خدمت در تماس نزدیک با مؤسسه‌ای که تجربه و کارشناسی در آن قرار دارد و توسعه می‌یابد فراهم می‌آورد. نشانه‌های امید بخش از احیای این زمینه‌ها در منطقه آسیای جنوب شرقی سازمان جهانی بهداشت (SEARO) به چشم می‌خورد که باید از آن برای تشویق تفکر مشابه و اقدام در دیگر جاها استفاده شود. افزایش تبادل‌های فرامرزی تجربه‌ها و کارشناسی‌ها، همراه با گرایش جهانی به بهبود ظرفیت سیاست‌گذاری عمومی، فرصت‌های تازه‌ای را نه فقط برای آماده ساختن متخصصان به تعداد کافی، بلکه بالاتر از همه اینها، برای آماده‌سازی بیشتر آنها در پاسخ‌گویی به چالش‌های پیچیده سلامت عمومی در آینده پدید می‌آورند.

### ۳-۶-۴. اقدام‌های عادلانه و کارای جهانی در حوزه سلامت

در بسیاری از کشورها، مسئولیت سلامت و خدمات اجتماعی به سطوح محلی واگذار می‌شود. هم‌زمان، سیاست‌های مالی، بازرگانی، صنعتی و کشاورزی به سطوح بین‌المللی تغییر مکان می‌دهند: پیامدهای سلامت باید در سطح محلی به‌دست آید، در حالی‌که عامل‌های تعیین‌کننده سلامت در سطح بین‌المللی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. کشورها بیش از پیش سیاست‌های عمومی خود را با



سیاست‌های روزگار جهانی شده پیوند می‌دهند. این، هم فرصت است هم خطر. در سازگاری با جهانی‌شدن، توان‌های پراکنده سیاست در نظام‌های حاکمیت ملی همگرایی می‌یابند. وزارتخانه‌های مختلف، از جمله بهداشت، کشاورزی، اقتصاد، بازرگانی و امور خارجه امروز با هم در پی یافتن بهترین راه‌های آگاه‌سازی مذاکره‌کنندگان پیش از گفت‌وگوهای حساس، تأمین درون‌داده‌های لازم در جریان مذاکرات و سنجیدن هزینه‌ها و فواید گزینه‌های مختلف سیاست بر سلامت، اقتصاد و آینده مردم‌اند.

بنابراین، چالش اساسی، این است که شبکه‌های حاکمیتی در حال تکوین، همه بخش‌ها را به‌طور فراگیر دربرگیرند، پاسخ‌گوی نیازها و تقاضاها در محل باشند، مسئولیت‌پذیر و در جهت عدالت اجتماعی حرکت کنند. ظهور بحران جهانی غذا، به مشارکت بخش سلامت در پاسخ‌گویی‌های جهان در حال تحول مشروعیت بخشید. به‌تدریج، فضایی برای منظور داشتن سلامت در مذاکرات بازرگانی نیز از طریق سازمان جهانی تجارت (WTO) فراهم می‌شود. انعطاف‌پذیری که در دو دهه درخصوص اجباری بودن صدور پروانه مواد دارویی توافق شد از نمونه‌های ظهور سیاست‌های جهانی برای حفاظت سلامت است. قرار است این توافق به موافقت‌نامه جنبه‌های مربوط به بازرگانی در حفظ حقوق مالکیت معنوی اضافه شود.

به تدریج که مخاطرات سلامت از حوزه‌هایی که در آنها ضوابط ایمنی سفت و سخت است به جاهایی تغییر مکان می‌دهند که از این سخت‌گیری‌ها خبری نیست، تقاضا برای برقراری ضوابط و استانداردهای جهانی، رو به افزایش دارد. گردهم آوردن کارشناسی لازم و پیگیری فرایندها، پیچیده و پرهزینه است. کشورها بیش از پیش بر سازوکارها و همکاری‌های جهانی تکیه دارند. این روند از ۴۰ سال پیش با شکل‌گیری دست‌نوشته کمیسیون مواد غذایی در سال ۱۹۶۳ توسط سازمان غذا و کشاورزی (FAO) و سازمان جهانی بهداشت آغاز شد و هدف آن هماهنگی استانداردهای غذا و حمایت از مصرف‌کننده بود. مثال دیرپای دیگر برنامه بین‌المللی ایمنی مواد شیمیایی است که در سال ۱۹۸۰، به‌صورت برنامه‌ای مشترک با سازمان جهانی بهداشت و سازمان جهانی کار (ILO) و برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد (UNEP) پا گرفت. در اتحادیه اروپا، تدوین استانداردهای حفاظت سلامت با نهادهای مختلف همه کشورهای اروپا در میان گذارده شده است. با در نظر گرفتن پیچیدگی و هزینه سنگین پایش ایمنی دارو، بسیاری از کشورها استانداردهای ایالات متحده آمریکا و سازمان جهانی غذا و دارو (FDA) را به‌کار می‌گیرند و با وضعیت خود سازگار می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت، استانداردهای جهانی برای حد تحمل بسیاری از آلاینده‌ها تعیین کرده است. کشورها باید خود این فرایندها را طی کنند یا از استانداردهای دیگر کشورها یا نهادهای بین‌المللی بهره بگیرند و آنها را با وضعیت خود تطبیق دهند.



به این ترتیب، ضرورت اقدام‌های سلامت عمومی در جهان، بار دیگر اهمیت ظرفیت و قدرت رهبری سلامت را به منظور پاسخ‌گویی به نیاز حفاظت سلامت مورد تأکید قرار می‌دهد. اقدام‌های محلی باید با هماهنگی ذی‌نفعان و بخش‌های مختلف در داخل کشور همراه شود. همچنین لازم است این اقدام‌ها چالش‌های جهانی را از راه همکاری‌ها و گفت‌وگوهای بین‌المللی مدیریت کند.

### بخش پنجم - راهبری و حاکمیت اثربخش

#### ۱-۵. دولت‌ها، میانجی‌های اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت

مسئولیت نهایی شکل دادن به نظام‌های سلامت با دولت‌هاست. شکل دادن به این معنا نیست که دولت‌ها باید - یا حتی می‌توانند - همه نظام سلامت را سرخود اصلاح کنند. گروه‌های بسیار در این راه نقش دارند، سیاست‌مداران کشور، استانداران و فرمانداران، صاحبان حرفه‌های پزشکی، جامعه علمی، بخش خصوصی، سازمان‌های جامعه مدنی و جامعه جهانی بهداشت. بنابراین مسئولیتی که درباره سلامت به دستگاه‌های دولتی واگذار می‌شود منحصر به فرد است و ریشه در چارچوب‌های اصولی سیاست و انتظارات وسیع دارد.

از نظر سیاسی، مشروعیت دولت‌ها و حمایت شناخته شده آنها تابع توان آنها در محافظت شهروندان خویش و ایفای نقش بازتوزیع است. حاکمیت سلامت یکی از ابزارهای اصلی سیاست عمومی برای نهادینه ساختن این محافظت و بازتوزیع به‌شمار می‌رود. در دولت‌های مدرن، از دولت انتظار می‌رود از سلامت حفاظت کند، دسترسی مردم به مراقبت سلامت را تضمین کند و سپر بلای مردم باشد تا دچار شدن به بیماری آنان را به ورطه فقر و نداری نکشاند. این مسئولیت‌ها، به‌تدریج، با افزوده شدن وظیفه اصلاح ناتوانی بازار، که از ویژگی‌های نظام سلامت است، گسترش بیشتر یافته است.

سلامت پرهزینه مدرن، امروز احتمال پایدار ماندن ندارد، مگر آنکه مخاطرات را تقسیم و منابع را تجمیع کند. در حقیقت، کشورهایی که بیش از همه برای سلامت هزینه می‌کنند همان کشورهای هستند که بیش از همه از محل درآمدهای عمومی برای سلامت تأمین مالی می‌کنند. به همین سبب است که برقراری تولید مؤثرتر در نظام سلامت، با نیت کارایی و عدالت بیشتر توجیه‌پذیر می‌شود. این نقش حیاتی تولیدی غالباً به غلط، به ایجاد تمرکز بیشتر در برنامه‌ریزی و کنترل کامل بخش سلامت تعبیر می‌شود. معدودی از مشکلات حوزه سلامت، مانند فوریت‌های سلامت عمومی، همه‌گیری‌ها، یا ریشه‌کنی بیماری‌ها ممکن است به نوعی نظام سخت‌گیر فرماندهی و کنترل احتیاج داشته باشد، اما تولید مؤثر بیش از پیش بر نوعی «میانجی‌گری» و «پادرمیانی» برای برخورد با مسائل حال و آینده سلامت استوار است.





## ۱-۵. مشارکت نکردن و نتایج آن

در بسیاری از کشورهای سوسیالیست و عصر پس از سوسیالیسم که بازسازی اقتصادی خود را از سر می‌گذرانند، دولت‌ها ناگهان از نقش کاملاً غالب خویش در سلامت عقب کشیدند و دست از آن برداشتند. آزادسازی نظام سلامت چین در دهه ۱۹۸۰ و شیب تند افزایش پرداخت‌های مستقیم مردم در دنباله آن، مثالی گویا و هشدار برای همه جهان است. خراب شدن شدید ارائه مراقبت سلامت و حفاظت اجتماعی، به‌ویژه در نواحی روستایی، به کند شدن بارز افزایش امید زندگی انجامید. چین ناگزیر شد در این سیاست تجدید نظر کند و نقش تولیتی دولت را به آن بازگرداند. تجدید نظری که هنوز هم به پایان نرسیده است.

## ۲-۱-۵. مشارکت و مذاکره

سرمایه‌گذاری مجدد و لازم بر سازمان‌های دولتی و نیمه‌دولتی به معنای بازگشت به اعمال حاکمیت فرماندهی و کنترل نیست. نظام‌های سلامت بیش از حد پیچیده‌اند، قلمرو دولت‌های مدرن و جامعه مدنی به شدت به هم پیوند خورده‌اند و مرز میان آنها دائماً تغییر می‌یابد. صاحبان حرفه‌های پزشکی در تعیین اعمال حاکمیت در بخش سلامت نقش عمده دارند. در عین حال، جنبش‌های اجتماعی و نهادهای نیمه‌دولتی خودگردان به نقش‌آفرینان پیچیده و اثرگذار بخش تبدیل شده‌اند. بیماران، صاحبان حرفه‌های پزشکی، صاحبان منافع تجاری و دیگر گروه‌ها، خود را برای بهبود قدرت چانه‌زنی و حفاظت از منافع خویش آماده می‌کنند. وزارتخانه‌های بهداشت نیز وضعیت همسان و یکنواخت ندارند، افراد و برنامه‌ها برای به دست آوردن منابع بیشتر با یکدیگر در رقابت هستند و تغییرات تکاملی را با پیچیدگی بیشتر روبه‌رو می‌سازند. میانجی‌گری سلامت باید جایگزینی برای الگوهای قدیمی و فوق‌العاده ساده مدیریت بیابد و به سازوکارهای جدید برای گفت‌وگو با ذی‌نفعان گوناگون درباره سیاست‌ها و تعیین مسیرهای راهبردی برای اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت رو کند.

بدون گفت‌وگوهای ساختارمند و مشارکتی، سیاست‌های برگزیده، ممکن است به سبب اعمال نظر صاحبان منافع، تغییر کادرهای سیاسی یا ناپایداری اعطاکندگان کمک، آسیب‌پذیر باشد. بدون اتفاق نظر اجتماعی نیز سروکار داشتن با ذی‌نفعان مختلف بسیار دشوار است، زیرا هر کدام از آنها ممکن است منافع کاملاً مغایر با اصول مراقبت‌های اولیه سلامت داشته باشند.

## ۲-۵. گفت‌وگوی اثربخش درباره سیاست‌ها

توانایی سازمان برای گفت‌وگوی مولد درباره سیاست‌ها مفروض مسلم نیست. در کشورهایی که رویکرد عدم مداخله دولت در فرایند سیاست‌گذاری سلامت بارز است این ضعف به وضوح دیده



می‌شود. تجربه کشورهای که توانسته‌اند اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت را سرعت ببخشند سه مؤلفه زیر را برای گفت‌وگوی اثربخش درباره سیاست‌ها پیشنهاد می‌کند:

- اهمیت استفاده از نظام مدیریت اطلاعات به عنوان ابزاری برای اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت،

- مدیریت نظام‌مند نوآوری‌ها،

- انتشار و درس آموختن از آنچه نتیجه‌بخش بوده است.

#### ۱-۲-۵. نظام‌های اطلاعات برای تقویت گفت‌وگو درباره سیاست‌ها

گفت‌وگو درباره سیاست اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت باید از اطلاعات غنی باشد. غنی نه فقط به معنای داده‌های بهتر، بلکه غنی شده با اطلاعاتی که از تغییر دیدگاه‌های سنتی درباره مراجعه‌کنندگان و درباره قلمرو و ساختار نظام ملی اطلاعات سلامت به دست می‌آید (شکل ۵).

اطلاعاتی که بتوان با استفاده از آن سیاست را تغییر داد کاملاً با داده‌هایی که به‌طور معمول نظام‌های اطلاعات سلامت در حال حاضر تولید می‌کنند تفاوت دارد. باید دید اصلاحات درخصوص طیفی از ارزش‌ها و پیامدهای مرتبط که از نظر مراقبت‌های اولیه سلامت نقش حیاتی دارند چه دستاوردهایی دارند، عدالت، مردم محوری، حفاظت سلامت جامعه و مشارکت. برای این منظور باید پرسش‌هایی از این دست مطرح شود:

- آیا مراقبت‌هایی که ارائه می‌شوند جامع، یکپارچه یا ادغام‌یافته، مداوم و مؤثرند؟

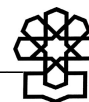
- آیا دسترسی به خدمات تضمین شده است و مردم می‌دانند که استحقاق چه خدماتی را

دارند؟

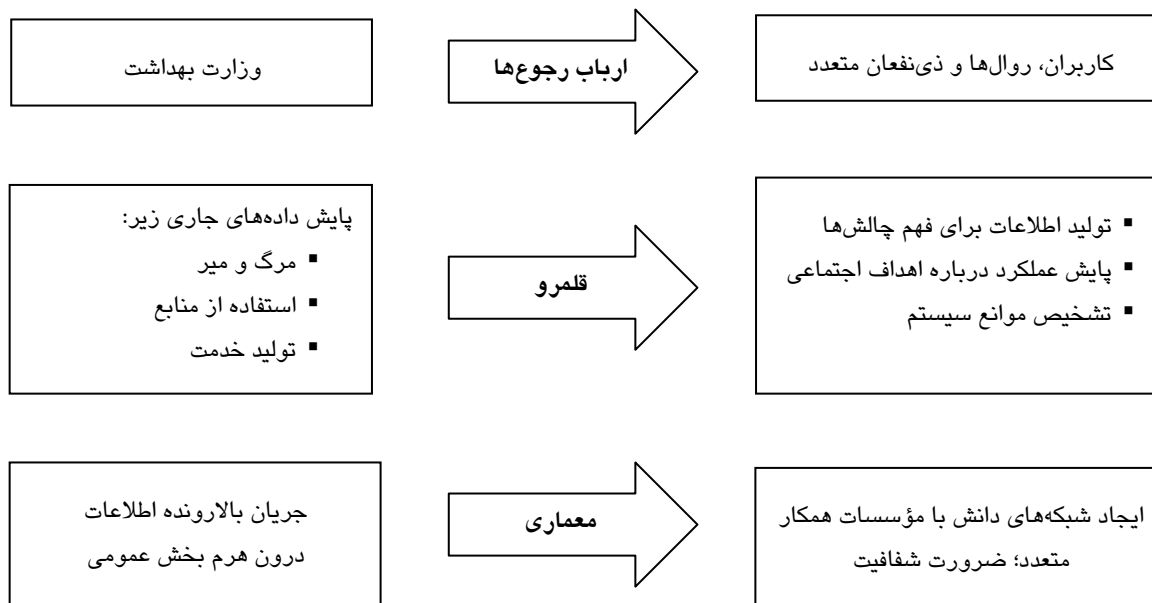
- آیا مردم در برابر تبعات اقتصادی ناخوشی خود محافظت می‌شوند؟

- آیا مسئولان نظام سلامت در جلوگیری از محروم ماندن اقشار مختلف، مؤثر عمل می‌کنند؟

- آیا مسئولان سلامت در جلوگیری از استثمار شدن مردم توسط ارائه‌کنندگان تجاری مؤثرند؟



### شکل ۵. تبدیل نظام‌های اطلاعاتی به ابزارهایی برای اصلاح مراقبت اولیه



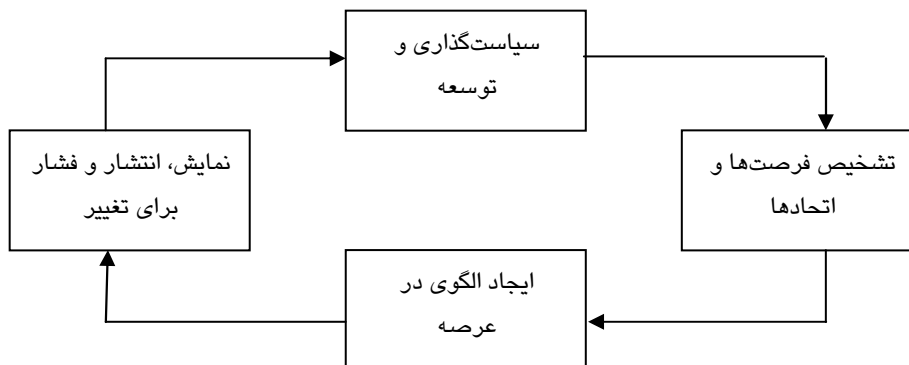
### ۲-۲-۵. تقویت گفت‌وگو درباره سیاست‌ها با ابتکارات عرصه اجرا

پیوند میان واقعیت‌های محلی و سیاست‌گذاری، طراحی و اجرای اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت را مشروط می‌سازد. ترویج تدریجی طرح پوشش همگانی تایلند با نام «۳۰ بت» مثالی از کوشش آگاهانه برای عمق بخشیدن به سیاست با یادگیری از عرصه اجراست. رهبران فرایند اصلاح در تایلند طرحی برای تقویت متقابل، میان توسعه سیاست در سطح مرکزی و «مدل توسعه در عرصه اجرا» در استان‌های کشور سازمان دادند. به کارکنان سلامت در واحدهای محیطی و سازمان‌های جامعه مدنی این امکان و اجازه داده شد که رویکردهای نوآور را برای ارائه خدمات، ابداع و امتحان کنند تا معلوم شود هر یک از این ابتکار عمل‌ها تا چه حد پاسخ‌گوی استانداردهای صاحبان حرفه‌های پزشکی و انتظارات مردم است (شکل ۶). فعالیت‌های مدل محلی توسعه که در حمایت وزارت بهداشت قرار داشت در سطح استان سازمان‌دهی و مدیریت می‌شد و به‌طور گسترده با مقامات استان مورد بحث و مذاکره قرار می‌گرفت. هر استان استراتژی‌های خاص خود را برای برخورد با مسائل خود تدوین می‌کرد. انعطاف‌پذیری بسیار و اختیاراتی که برای تصمیم‌گیری درباره برنامه کار استان‌ها به آنان داده شد امتیاز احساس مالکیت استان‌ها، تشویق آنان به خلاقیت و ایجاد فرصت بروز ظهور اندیشه‌های نو را با خود داشت و توانست در استان ظرفیت‌سازی کند. جنبه منفی یا زیان اعطای این همه اختیار و خودگردانی به استان‌ها، گرایش به افزایش تعداد بی‌شمار ابتکار عمل‌ها بود که ارزشیابی نتایج و استفاده نظام‌مند از آنها را در کار سیاست، دشوار می‌ساخت. با وجود این، در مجموع دشواری‌های ناشی از رویکردهای محلی با



آثار مثبت برخاسته از پویایی اصلاحات و ظرفیت‌سازی همراه آن جبران می‌شود.

شکل ۶. تقویت دوسویه نوآوری در عرصه و سیاست‌سازی در فرایند اصلاح سلامت

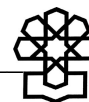


نتیجه آنکه سرمایه‌گذاری کلیدی برای ظرفیت‌سازی درخصوص اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت باید بر ایجاد فرصت‌های آموزش از راه اتصال افراد و مؤسسات به فرایند اصلاحات تمرکز یابد. نکته دیگر که باید به آن توجه داشت اهمیت انجام همه کارها در محیطی است که در آن تبادل دانسته‌ها میان کشورها و درون هر کشور، آسان باشد. خلاف رویکردهای سنتی به ظرفیت‌سازی، تبادل دانسته‌ها و روبه‌رو شدن با تجربه‌های دیگران اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد. این گفته، منحصر به کشورهایی که با تنگنای منابع روبه‌روی هستند یا عملکردشان ضعیف است، نیست. برای مثال، پرتغال گفت‌وگوی اجتماعی گسترده‌ای را درباره برنامه ملی سلامت (سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۰) را سازمان داد که سازمان‌های وابسته به صاحبان حرفه‌های پزشکی تا حکومت‌های محلی و دانشگاه‌ها حضور داشتند. در سه موضوع حساس و مهم، از کارشناسان بین‌المللی کشورهای دیگر نیز دعوت شد که نقش هیئتی معتبر را برای مباحثات آنان درباره سیاست‌ها برعهده گیرند. نوعی از همکاری که تجربه‌ای آموختنی برای همه طرف‌های درگیر بود.

### ۳-۵. مدیریت فرایند سیاسی: از رسیدن به فکر اصلاحات تا اجرای آن

اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت تعادل قدرت را در درون بخش سلامت و روابط میان سلامت و جامعه تغییر می‌دهد. توفیق در این راه نه فقط به چشم‌انداز موثق، بلکه همچنین به کسب بالاترین درجه حمایت سیاسی و تعهد وسیع که برای بسیج دستگاه‌های دولتی، مالی و دیگر مؤسسات ضروری است نیاز دارد.

سلامت، به‌عنوان بخش فنی، به‌ندرت در سلسله مراتب حوزه سیاست جایگاهی برجسته می‌یابد. وزارتخانه‌های بهداشت غالباً به قدر کافی چالش‌های فنی - که ذاتی این بخش است - پیش



روی دارند که خود را مصروف حل آنها کنند. این وزارتخانه‌ها، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم یا متوسط، به‌طور سنتی آرامش ندارند، از اهرمی برخوردار نیستند و ابزاری در اختیار ندارند تا مشکل خود را در حوزه وسیع‌تر سیاسی مطرح کنند.

فقدان نفوذ سیاسی، توان مسئولان حوزه سلامت و دیگر ذی‌نفعان در جنبش مراقبت‌های اولیه سلامت را برای پیش بردن کار، به‌خصوص وقتی با منافع افراد یا گروه‌ها تضاد یابد، محدود می‌کند. این واقعیت توجیه روشنی است که چرا وزارتخانه‌های بهداشت معمولاً در برابر آثار سوء محیط‌های کار بر سلامت یا آسیب‌های وارده به محیط زیست واکنشی نشان نمی‌دهند یا واکنش آنان بسیار محتاطانه است.

نداشتن نفوذ سیاسی در درون مجموعه دولت نیز تبعاتی دارد. وزارتخانه‌های بهداشت به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم یا متوسط پایین در موقعیتی ضعیف قرار دارند. مشاهده، همین که در این دو دسته کشور به‌ترتیب  $1/7$  و  $4/5$  در صد از کل آنچه دولت‌ها هزینه می‌کنند صرف سلامت می‌شود (مقایسه کنید با ۱۰ درصد و  $17/7$  درصدی که به‌ترتیب کشورهای با درآمد متوسط بالا و بالا صرف سلامت می‌کنند).

با این همه اینها، تعهد سیاسی برای اصلاحات، فقط نخستین گام است. چیزی که بسیار اهمیت دارد شناخت مقاومت‌ها در برابر تغییر، به‌ویژه از سوی کارکنان سلامت است.

## بخش ششم - راه پیش رو

### ۱-۶. سازگاری اصلاحات با بافت کشور

جنبش مراقبت‌های اولیه سلامت در شناساندن ارزش اجتماعی نظام‌های سلامت، توفیقی در خور توجه داشته است.

فرصت تغییر به مقدار زیاد به جریان یافتن منابع جدید به درون بخش سلامت بستگی دارد. در همه جای جهان هزینه‌های سلامت رو به افزایش است. در فاصله سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۵ تقریباً دوبرابر شده و از  $2/6$  به  $5/1$  تریلیون دلار بین‌المللی رسیده است. نرخ رشد نیز روی به افزایش دارد. در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵، کل آنچه در همه جهان صرف سلامت شد، به‌طور متوسط سالیانه حدود ۳۳۰ میلیارد دلار بین‌المللی افزایش یافته است حال آنکه این رقم در پنج ساله پیش از آن، به‌طور متوسط ۱۹۷ میلیارد دلار در سال بوده است. هزینه‌های سلامت سریع‌تر از تولید ناخالص داخلی (GDP) و سریع‌تر از جمعیت رشد می‌کند.

نتیجه خالص افزایش هزینه‌ها این است که، غیر از موارد استثنایی، سرانه هزینه سلامت با



نرخی بیش از ۵ درصد در سال در سراسر جهان افزایش می‌یابد.

این روند همگانی رشد هزینه‌های سلامت، اختلاف در سرانه هزینه در کشورهای مختلف جهان را که از کمتر از ۲۰ دلار بین‌المللی تا بیش از ۶۰۰۰ دلار بین‌المللی متفاوت است به ۳۰۰ برابر و بیشتر می‌رساند، این نابرابری‌ها کشورهای جهان را به سه دسته تقسیم می‌کند:

- اقتصادهای سلامت پر هزینه،

- اقتصادهای سلامت با رشد سریع،

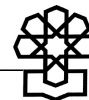
- اقتصادهای سلامت با رشد کند و کم هزینه.

اقتصادهای سلامت پرهزینه: شامل کشورهایی است که حدود ۱ میلیارد نفر از مردم را در خود جای داده‌اند و تعجبی ندارد که از پردرآمدترین مردم جهان‌اند. در سال ۲۰۰۵، این کشورها به‌طور متوسط سرانه ۳۷۵۲ دلار بین‌المللی، یعنی برای هر نفر ۱۵۶۳ دلار بیش از سال ۱۹۹۵ صرف سلامت کرده‌اند که معرف رشد سالیانه ۵/۵ درصد است.

در سر دیگر طیف گروه کشورهای دارای اقتصاد سلامت با رشد کند و کم‌هزینه، مرکب از کشورهای کم‌درآمد آفریقا و جنوب شرق آسیا و نیز حکومت‌های شکننده قرار دارند. این کشورها جمعیتی ۲/۶ میلیارد نفری را در خود دارند و در سال ۲۰۰۵ سرانه فقط ۱۰۳ دلار بین‌المللی صرف سلامت کرده‌اند. رقمی که در سال ۱۹۹۵، ۵۸ دلار بین‌المللی بود. به‌طور نسبی، در این کشورها نیز نرخ رشد هزینه‌های سلامت مشابه کشورهای پردرآمد، یعنی ۵/۸ درصد از سال ۱۹۹۵ به بعد بوده است، اما از نظر مطلق هزینه‌ها، رقم به‌نحو مایوس‌کننده‌ای پایین است.

در میان دو گروه یاد شده، دیگر کشورهای با درآمد کم یا متوسط قرار می‌گیرند که اقتصاد سلامت آنها رشد سریع دارد. ۲/۹ میلیارد نفر ساکنان این دسته از کشورها در سال ۲۰۰۵ به‌طور متوسط سرانه ۴۱۳ دلار بین‌المللی صرف سلامت کرده‌اند. این رقم در سال ۱۹۹۵ حدود ۱۸۹ دلار بین‌المللی بوده و تقریباً دو برابر شده است. رشد هزینه‌های سلامت در این گروه از کشورها حدود ۸/۱ درصد در سال بوده است.

تفاوت این سه گروه کشور، فقط در نرخ رشد و حجم هزینه‌های سلامت نیست. تجزیه هزینه‌ها به تفکیک منشأ رشد نیز، تفاوت‌های تکان‌دهنده میان آنها را آشکار می‌کند. در اقتصاد سلامت‌های کم‌هزینه و با رشد کند، پرداخت‌های مستقیم مردم بیشترین سهم در رشد هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد، حال آنکه در اقتصادهای با رشد سریع و پرهزینه، غلبه با افزایش هزینه‌های دولت و پیش‌پرداخت‌هاست. هر جا رشد هزینه منبعت از سازوکارهای پیش‌پرداخت‌هاست احتمال حمایت از اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت بیشتر می‌شود. جایی که پول‌ها جمع‌آوری و تجمیع می‌شود و آسان‌تر به مداخله‌های درست تخصیص می‌یابد و بازگشت سرمایه در آنها بیشتر از پرداخت‌های



مستقیم و از جیب مردم است. برعکس، در کشورهایی که افزایش هزینه سلامت به‌طور عمده ریشه در افزایش پرداخت‌های مستقیم مردم دارد اهرم حمایت از اصلاحات PHC ضعیف‌تر است. در کشورهایی که کمترین هزینه را برای سلامت می‌کنند و بار بیماری در بالاترین حد گزارش می‌شود وضعیت هشداردهنده است و اساساً فرصتی برای سرعت بخشیدن به رشد بخش سلامت و حمایت از مراقبت‌های اولیه سلامت وجود ندارد.

## ۲-۶. اقتصادهای سلامت پرهزینه

این گروه از کشورها تقریباً ۹۰ درصد از اعتبارات مالی رشد هزینه‌های سلامت، یعنی هر سال سرانه ۲۰۰ دلار بین‌المللی بیشتر را، از راه افزایش پیش‌پرداخت‌ها در بخش‌های دولتی و خصوصی تأمین کرده‌اند. گسترش خدمات یا تغییر بسته خدمات در این کشورها کمتر با محدودیت مالی و بیشتر با تنگنای نیروی انسانی برای پاسخ گفتن به تقاضاهای فزاینده روبه‌رو است. نظام‌های سلامت در این کشورها، حول بخش بیمارستانی بسیار پر قدرت و صاحب منزلت شکل گرفته است که از نظر سهم سنگین صنعت دارو و تجهیزات پزشکی اهمیت بسیار دارد. پرداخت‌های مستقیم که هنوز هم با سهم ۱۵ درصدی خود در خور توجه است، با روش‌های جمع‌آوری و تجمیع منابع در تأمین مالی، کمتر شده است. از این رو، پرداخت‌های مؤسسات ثالث، نقشی برجسته یافته‌اند و در همان حال خودگردانی دیرپای صاحبان حرفه‌های پزشکی رو به زوال دارد. تلاش برای کنترل هزینه‌ها، بهبود کیفیت و افزایش دسترسی گروه‌های محروم بحث‌های عمومی گسترده‌ای را دامن‌زده است که در آنها نفوذ مصرف‌کنندگان خدمت و گروه‌های ذی‌نفع روزافزون است. به این ترتیب، در این دسته از کشورها دولت‌ها سهمی از هزینه‌ها را برعهده دارند که بیشتر از هر زمان دیگر است و در همان حال ابزارها و مؤسسات نظارت‌کننده نیز دائماً افزایش می‌یابند.

اگرچه پایداری این نظام‌ها در بلندمدت جای نگرانی دارد، سازوکارهای منسجم که تأمین مالی این نظام‌ها را برعهده دارند از اتفاق نظر اجتماعی درخور توجهی برخوردار است. این روند مادی در جهت گسترش پوشش به همه شهروندان و گاه هر چند با اکراه تعمیم پوشش حتی به غیرشهروندان مستقیم، ادامه دارد.

در ایالت ماساچوست، ایالات متحد آمریکا، برای مثال، هدف قانون بیمه سال ۲۰۰۶ رساندن پوشش به ۹۹ درصد تا سال ۲۰۱۰ اعلام شد. در همین حال، به تدریج بیش از پیش روشن می‌شود که طرح پوشش همگانی باید با تلاش‌های دیگر تکمیل شود که عبارت‌اند از:

الف) مشخص کردن آنان که کنار مانده‌اند و طراحی برنامه‌های خاص و مناسب برای پوشش

آنان،



ب) تأثیرگذارین بر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت از راه تدوین سیاست‌هایی که بسیاری از بخش‌های اقتصادی اجتماعی را دربرگیرد (کادر ۱) به نوعی که بتوان حمایت سیاسی از برقراری در بسیاری از این کشورها، تغییر مرکز ثقل از مراقبت‌های تخصصی و سطح سوم به مراقبت اولیه به خوبی جریان دارد. توسعه بیشتر فناوری اطلاعات و ارتباطات فرصت‌های تازه و بازاری جدید برای انتقال مراقبت‌های سنتی بیمارستانی به خدمات محلی با حضور تیم‌های اولیه یا حتی انتقال آن به دستان خود بیماران پدید آورده است.

#### کادر ۱. راهبرد کشور نروژ برای کاستن از نابرابری‌های اجتماعی سلامت

راهبرد کشور نروژ برای کاستن از نابرابری‌های سلامت نشان می‌دهد که حل این معضل پیچیده، تنها یک راه ندارد. نروژ عوامل متعدد را مشخص کرده است که بر سلامت افراد اثر می‌گذارد: درآمد، حمایت اجتماعی، تحصیلات، اشتغال، تکامل دوران کودکی، محیط سالم و دسترسی به خدمات سلامت. توزیع این عامل‌های پیچیده و مرتبط به هم مؤثر بر سلامت در جامعه، یکسان نیست و به همین سبب تعجبی ندارد که به نابرابری در سلامت نیز بیانجامد.

تلاش راهبردی نروژ بر این محور است که ریشه علت‌های اختلاف در سلامت و نابرابری‌ها را از راه اثرگذارین بر عوامل مؤثر تغییر دهد و توزیع این عامل‌های تعیین‌کننده را از همان آغاز متعادل‌تر سازد. راهبرد نروژ بر نکات زیر تأکید دارد:

##### • کاستن از نابرابری‌های اجتماعی،

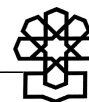
- کاستن از نابرابری‌ها در رفتار سلامت و نابرابری در دسترسی به خدمات،
- دست زدن به ابتکار عمل‌های هدفمند برای پوشش آنان که محروم مانده‌اند،
- استفاده از ابزارهای بین بخشی برای ارتقای رویکرد کل دولت به سلامت.

این راهبرد، شماری از عوامل مداخله را گرد هم آورده است که بر نابرابری‌ها اثر می‌گذارند و می‌توان آنها را هم در درون بخش سلامت و هم برای همکاری دیگر بخش‌ها به کار گرفت. برای مثال، نظام سلامت قادر است برنامه‌هایی را برای بهبود تکامل دوران کودکی و سیاست‌هایی را برای کاهش مانع جغرافیایی، مالی و اجتماعی دست یافتن به خدمات سلامت را برای آنان که نیاز بیشتر به مراقبت دارند به اجرا بگذارد. کار با دیگر بخش‌ها مانند اشتغال و تأمین مالی، فرصت‌های تازه برای ایجاد شغل و تغییر نظام‌های مالیاتی پدید می‌آورد که به توزیع عادلانه‌تر و بازتوزیع ثروت می‌انجامد که خود بر سلامت مردم اثر عمده دارد. علاوه بر دیدگاه‌های جمعی و همگانی، مداخله‌های خاص برای پوشش افراد محروم مانده، از راه تأمین مسکن برای قشرهای محروم نیز در کاستن از فاصله میان افراد مرفه و افراد تنگدست جامعه اهمیت حیاتی دارد.

#### ۳-۶. اقتصادهای سلامت با رشد سریع

در آن دسته از اقتصادهای سلامت که رشد سریع دارند. چالش مراقبت‌های اولیه سلامت خود را به صورتی کاملاً متفاوت نشان می‌دهد. تقاضای فزاینده که همواره با افزایش قدرت خرید همراه است، گسترش خدمات را با سرعتی بی‌سابقه دامن می‌زند. با این فرض که نرخ رشد کنونی در تمام





سال‌ها تا سال ۲۰۱۵ ادامه خواهد داشت، سرانه هزینه‌های سلامت در اقتصادهای دارای سرعت رشد قاره آمریکا در قیاس با سال ۲۰۰۵ تا ۶۰ درصد افزایش خواهد یافت. در همین دوره زمانی، هزینه‌های سلامت در اروپا و خاورمیانه دو برابر و در شرق آسیا سه برابر خواهد شد. در بیشتر این کشورها، در مقایسه با سطح GDP، میزان هزینه‌های سلامت یا کل هزینه‌های دولت پایین است و فضای مالی برای سرعت بخشیدن به اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت و تقویت آنها از راه حرکت به سوی پوشش همگانی و کاستن از اتکای به پرداخت‌های مستقیم مردم ایجاد می‌شود. این خود فرصتی است برای در نظر گرفتن معیارهایی چون محرومیت نسبی یا نیازهای برآورده نشده سلامت در فرمول تخصیص سرانه منابع. این مجموعه، تخصیص منابع را به ابزاری برای افزودن به عدالت سلامت و پیش‌بینی انگیزه‌های لازم برای تحول به مراقبت اولیه و تدوین سیاست‌های سالم‌تر عمومی بدل می‌کند.

#### ۴-۶. اقتصادهای سلامت؛ کم‌هزینه و با رشد کند

کشورهای این گروه، با ۲/۶ میلیارد نفر جمعیت و ۵ درصد از هزینه‌های سلامت در جهان، با کمبود شدید اعتبارات مالی اختصاص یافته به بخش سلامت و بالابودن نامناسب بار بیماری دست به گریبان‌اند. مرگ‌ومیر بالای مادران در این کشورها - که گفته می‌شود حدود ۹۰ درصد کل مرگ‌های مادران جهان را شامل است - احتمالاً از روشن‌ترین نشانه‌های نتایج کمبود اعتبارات مالی سلامت در عملکرد نظام‌های سلامت آنهاست.

رشد هزینه‌های سلامت در این کشورها، به‌نحوی نگران‌کننده محدود و به‌شدت در برابر شرایط اقتصادی و سیاسی آسیب‌پذیر است. در دولت‌های شکننده، به‌ویژه آنهایی که در آفریقا قرار دارند، هزینه‌های سلامت نه فقط اندک است، بلکه تقریباً هیچ رشدی ندارد و ۲۸ درصد از این رشد ناچیز در سال‌های اخیر از محل کمک‌های خارجی تأمین می‌شود.

از طریق افزایش هزینه‌های دولت یا چنان‌که در جنوب آفریقا دیده می‌شود، از راه دیگر به‌صورت پیش پرداخت تأمین می‌شود. اما در هندوستان بیش از ۸۰ درصد رشد، برپایه روندهای کنونی، از محل پرداخت‌های مستقیم مردم تأمین خواهد شد که نقش آن به‌عنوان اهرم چندان قابل توجه نخواهد بود.

کشورهای این مناطق سلسله‌ای از مسائل را در خود انباشته‌اند که علی‌رغم همه تنوع‌هایشان دارای ویژگی‌های مشترک بسیارند. همه گروه‌های جمعیتی از دسترسی به مراقبت‌های برخوردار از کیفیت محرومند، زیرا هیچ خدمتی فراهم نیست، آنچه فراهم می‌شود بسیار پرهزینه است یا از اعتبارات کافی بهره نمی‌برد، یا کارکنان کافی ندارد و تجهیزات آن کافی نیست، زیرا بسیار

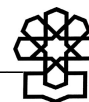


پراکنده‌اند و به چند برنامه دارای اولویت محدود می‌شوند. تلاش برای تدوین سیاست‌های معتبر که سلامت را ارتقا دهند و با عامل‌های مؤثر بر سلامت و بیماری دست و پنجه نرم کنند در بهترین حالت بسیار اندک است. مراقبت تجاری شده عاری از نظم و نظارت، چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی، به سرعت به هنجاری پذیرفته شده تبدیل می‌شود. خطر این پدیده که بسیار هم دست‌کم گرفته می‌شود برای ارزش‌های مراقبت‌های اولیه سلامت بسیار بزرگ‌تر از خطر برنامه‌های عمودی است که این همه جامعه بین‌المللی سلامت را دچار نگرانی می‌کند.

در بیشتر این کشورها، دولت‌ها در گذشته اشتیاق داشتند که بخش سلامت را با اقتدار کامل اداره کنند. در شرایط تکثرگرایی امروز، با حضور انواع ارائه‌کنندگان خدمات، رسمی و غیررسمی، دولتی و خصوصی، تنها معدودی از آنها توان آن داشته‌اند که به رویکرد مذاکره و رهبری رو کنند. برعکس، از آنجا که منابع رشدی نمی‌یابند و سازوکارهای دیوان‌سالارانه نیز شکست خورده‌اند، عدم دخالت دولت در اقتصاد و روش «این نیز بگذرد» به رویکردی انفعالی در مدیریت بخش سلامت تبدیل شده است.

بنابراین، افزودن به منابع به چند منظور اولویت دارد: تأمین مالی برای نظام‌های دچار کمبود منابع، فراهم ساختن زندگی نو برای آنان از طریق اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت و سرمایه‌گذاری دوباره برای افزایش توان رهبری. نظام‌های پیش پرداخت را باید هرچه زودتر تقویت کرد، از پرداخت‌های مستقیم در محل ارائه خدمت کاست و تجمیع منابع را تشویق کرد. این کار اجازه خواهد داد که منابع محدود آگاهانه‌تر و واضح‌تر از زمانی که هزینه خدمات با پرداخت‌های مستقیم مردم تأمین می‌شود تخصیص یابد و توزیع شود. هر چند تجمیع منابع، دستور عمل واحد ندارد، هر چقدر تجمیع مبالغ بزرگ‌تری را شامل شود کارایی آن بیشتر خواهد بود. ادغام تدریجی طرح‌های قبلی پیش‌پرداخت و ترکیب کردن آنها به ایجاد ظرفیت نظارت و برقراری سازوکارهای مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گو بودن کمک می‌کند.

آنچه سرانجام اهمیت می‌یابد تجربه‌ای است که دسترسی یابندگان به خدمات به هم می‌زنند. اگر این افراد پذیرفته شوند و طرد نشوند، در خاطر باشند و از یاد نروند، به چشم کسانی دیده شوند که شناخت کامل از آنان وجود دارد، به حریم و حیثیت آنان احترام گزارده شود، با دلسوزی کامل به آنان پاسخ داده شود، درباره آزمایش‌ها به آنان توضیح داده شود، به آنان دارو نیز داده شود و نه فقط صورت‌حسابی که باید در همان محل پرداخت شود، اعتماد نیز برقرار خواهد شد. اعتماد رو به تزاید، چرخه‌ای شریف از تقاضای بیشتر و عرضه بهتر را پدید می‌آورد. حرمت و اعتباری که با برقراری چنین چرخه شریفی به دست می‌آید برای دست یافتن به اتفاق نظر اجتماعی و سیاسی درباره سرمایه‌گذاری همه بخش‌ها بر سیاست‌های سالم‌تر نقش کلیدی دارد. سیاست‌های



مؤثر امنیت غذایی، آموزش و آنچه ناظر بر شهر و روستاست برای سلامت و عدالت سلامت نقش حیاتی دارند. نفوذ بخش سلامت بر این سیاست‌ها به مقدار زیاد به عملکرد این بخش در ارائه مراقبت اولیه برخوردار از کیفیت بستگی دارد.

#### ۵-۶. بسیج نیروهای محرکه اصلاحات

در میان شرایط متنوع کشوری که اصلاحات مراقبت‌های اولیه سلامت باید در متن آن به شکل و شمایل خاص خود دست‌یابند، جهانی‌شدن نقش مهمی دارد. جهانی‌شدن تعادل میان سازمان‌های بین‌المللی، دولت‌ها، نقش آفرینان غیردولتی، مسئولان کشوری و محلی و افراد شهروند را برهم می‌زند.

دورنمای سلامت جهانی در برابر این تغییرهای وسیع مصون نیست. در طول ۳۰ سال گذشته دولت‌های سنتی و ساختارهای چندجانبه تحول یافته‌اند و سازمان‌های جامعه مدنی رشدی قارچ‌گونه داشته‌اند. هم‌زمان شراکت میان بخش‌های دولتی و خصوصی پا گرفته است و جمعیت‌های جهانی حمایت‌طلبی، به تفکیک مسائل گوناگون سلامت شناخته شده‌اند. مؤسسات دولتی با مجتمع‌های پژوهشی، شرکت‌های مشاوره و مؤسسه‌های فراملی غیردولتی، بنیادها و سازمان‌های مردم‌نهاد که در مقیاس جهانی فعالیت دارند کار می‌کنند. برخورد با مسئله بی‌خانمانی در کشورها نشان می‌دهد که این موضوع به منابع فراوان نیاز دارد و تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد - حدود ۱۵۰ میلیارد دلار آمریکا در سال ۲۰۰۵ - که کمک‌های بین‌المللی برای توسعه را ناچیز جلوه می‌دهد.

شبکه‌های غیرمجاز جهانی از محل داروهای قاچاق یا مواد زائد سمی مال اندوزی می‌کنند و اکنون منابعی را در اختیار دارند که به آنان امکان می‌دهد ظرفیت آژانس‌های عمومی را در اختیار خود گیرند. قدرت، در شرف انتقال از دولت‌ها به سمت سازمان‌های بین‌المللی است و مؤسسات کوچک‌تر در درون کشورها و از آن جمله طیفی از حکومت‌های محلی و مؤسسات غیردولتی است.

این پیچیدگی نو و غالباً پرهیاهو، به‌ویژه برای آن دسته از مسئولان که در شک میان روش ناکارای فرماندهی و کنترل و رویکردهای زیانبار «عدم دخالت» سرگردان هستند، چالش‌برانگیز است. با وجود این، غالباً فرصت‌های جدید برای سرمایه‌گذاری بر پایه هدایت و مدیریت سیاست اصلاحات فراهم می‌آید. این کار از راه بسیج آگاهی و ایجاد تعهد در نیروی کار و مردم میسر می‌شود. در پایان باید گفت می‌توان مراقبت‌های اولیه سلامت را انتخاب نکرد و به دیگر شیوه‌ها پرداخت، اما، در بلندمدت، باید جریمه سنگین این انتخاب را به‌صورت محروم ماندن از سلامت، پذیرش هزینه‌های مصیبت‌بار، از دست رفتن اعتماد مردم به کل نظام سلامت و سرانجام از دست دادن مشروعیت سیاسی پس داد. به این سبب است که ما به بسیج عمومی برای مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگری نیاز داریم.



شناسنامه گزارش

شماره مسلسل: ۹۶۳۴

عنوان گزارش: گزیده‌ای از گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت (مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر)

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

ترجمه و تلخیص: کامل شادپور، عباس وثوق

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهشی

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی و معادل انگلیسی آنها: —

تاریخ انتشار: ۱۳۸۸/۲/۱۵