

**اهداف و عملکرد نظام سلامت در ایران و جهان**

**اهداف یادگیری پس از مطالعه این فصل، انتظار می رود فراگیر بتواند:**

1-نظام سلامت را تعریف نماید.

2-اهداف نظام سلامت را بیان کند.

3-کارکردهای نظام سلامت در ایران را تشریح کند.

**تعریف نظام سلامت**

اگر بخواهیم تعریف جامع و درستی از نظام سلامت ارائه کنیم، باید تمامی جوانب آن را مورد بررسی قرار دهیم. سازمان جهانی بهداشت نظام سلامت را اینگونه تعریف می‌کند: «نظام سلامت مجموعه‌ای است از مردم، سازمان‌ها و منابع که بر اساس سیاست‌ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می‌گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند». با توجه به این تعریف، تمامی افراد و سازمان‌هایی که به نحوی با سلامت در ارتباط هستند –از یک مامای سنتی در دور افتاده‌ترین روستا تا یک پزشک متخصص در بزرگ‌ترین بیمارستان تخصصی- همه در زیر چتر نظام سلامت قرار می‌گیرند. بنابراین مشخص است که ارتباط نظام سلامت با زندگی روزمره هر کدام از ما بسیار پیچیده و غیر قابل تفکیک خواهد بود.

سازمان جهانی بهداشت نظام سلامت را اینگونه تعریف می‌کند: «نظام سلامت مجموعه‌ای است از مردم، سازمان‌ها و منابع که بر اساس سیاست‌ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می‌گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند.

**اهداف نظام سلامت**

همانطور که از عنوان «نظام سلامت» استنباط می‌شود، هدف اصلی آن ارتقای سطح سلامت افراد است. اما این هدف، تنها هدف نظام سلامت نیست. به طور کلی نظام‌های سلامت دنیا سه هدف کلان را دنبال می‌کنند:

 -ارتقای سطح سلامت جمعیت تحت پوشش آن‌ها

 -پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی مردم

 -مشارکت مالی عادلانه

شکل و ساختار نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف متفاوت است. بنابراین می‌توان انتظار داشت شیوه دستیابی به این سه هدف نیز در کشورهای متفاوت متفاوت باشد. کشورهای مختلف با تعداد متفاوتی از نیروی انسانی، منابع مالی، تجهیزات، داروها و… به این اهداف دست می‌یابند. فلسفه وجودی یک نظام سلامت و بدون شک هدف اصلی آن «سلامت بهتر» است. گرچه سایر نظام‌های سلامت نیز کم و بیش در امر سلامت تاثیرگذار و شریک هستند اما هدف اولیه آن‌ها الزاما سلامت نیست. هدف مشارکت مالی عادلانه برای همه نظام‌های اجتماعی صادق است. همچنین، افراد در هر نظام اجتماعی دارای انتظاراتی هستند که جامعه، آن‌ها را منطقی می‌داند. مثلا اینکه چگونه باید با آن‌ها برخورد و رفتار شود (هم از بعد فیزیکی و هم از بعد روانی). بنابراین پاسخدهی نیز همواره یک هدف اجتماعی است.

**کارکردهای نظام سلامت**

نظام‌های سلامت برای دستیابی به این سه هدف باید کارهایی را انجام دهند. این کارها، اصطلاحا کارکردهای نظام سلامت نامیده می‌شوند. کارکردهای نظام سلامت شامل تولیت، توسعه منابع، تامین مالی و ارائه خدمت هستند. با وجود یکسان بودن این کارکردها در تمامی نظام‌های سلامت، مشکلاتی در طراحی، اجرا، ارزشیابی و اصلاح این کارکردها وجود دارد. برای همین می‌توان انتظار داشت نتایج این کارکردها در نظام‌های سلامت متخلف متفاوت باشد.

**تولیت**

ریشه کلمه تولیت، کلمه «ولی» است. بنابراین وقتی می‌گوییم وزارت بهداشت تولیت نظام سلامت را دارد، یعنی اختیار ولایت و سرپرستی بر سلامت مردم را دارد اما صاحب آن نیست. وظیفه اصلی کارکرد تولیت آن است که مانند یک پدر، به طور مسئولانه برای ارتقای سلامت مردم برنامه‌ریزی و سیاستگذاری کند، برنامه‌ها را در داخل نظام سلامت اجرا کند و با برقراری ارتباط با سایر سازمان‌ها –که الزاما وظیفه اصلی آن‌ها ارتقای سلامت نیست- در ارتباط باشد تا فعالیت‌های آن‌ها تاثیر نامطلوبی بر سلامت جامعه نگذارد. البته، وقتی می‌گوییم وزارت بهداشت متولی سلامت است، به این مفهوم نیست وظیفه ارائه تمامی خدمات را نیز دارد. بلکه وزارت بهداشت باید با مدیریت درست سایر سازمان‌های دولتی، غیر دولتی و خصوصی را برای ارائه خدمات سلامت بسیج کند و در دسترسی مردم به خدمات سلامت بکوشد.

**توسعه منابع**

نظام سلامت برای آنکه بتواند به اهداف خود دست یابد، نیازمند منابع متعددی است. این منابع شامل منابع انسانی، تجهیزات، منابع فیزیکی و دانش هستند. برای اینکه نظام سلمت بتواند به این منابع دستیابد، بایستی با برخی سازمان‌ها نظیر دانشگاه‌ها و دیگر موسسات آموزشی، مراکز تحقیقاتی، شرکت‌های تولید کننده تکنولوژی‌های خاص مثل محصولات دارویی و … ارتباط داشته باشد و نیازهای خود را به آن‌ها بیان کند. با وجود این ارتباطات و بیان نیازها، می‌توان انتظار داشت منابع مورد نیاز نظام سلامت برای دستیابی به اهداف آن توسعه یابد.

**تامین مالی**

اگرچه منابع مالی به عنوان یکی از منابع سازمان به حساب می‌آیند، اما کارکرد تامین مالی به دلیل اهمیت آن به طور جداگانه مورد بحث قرار می‌گیرد. تامین مالی در نظام سلامت به فرایند جمع‌اوری منابع، انباشت و یک کاسه کردن آن‌ها در صندوق‌های بیمه‌ای و تخصیص آن‌ها به فعالیت‌های تدارک خدمات اطلاق می‌شود. در ادامه هر یک از این بخش ها بیشتر توضیح داده می شوند.

**جمع آوری منابع**

منظور از جمع آوری منابع، جمع آوری منابع مالی از خانواده‌ها، شرکت‌ها، دولت، سازمان‌های اهدا کننده و… است. برای مثال اگر شما کارمند باشید به طور ماهیانه و با توجه به تعداد افراد تحت پوشش شما، بخشی از درآمد شما به عنوان حق بیمه به صندوق بیمه سلامت واریز می‌شود تا در صورتی که به خدمات سلامت نیاز پیدا کردید بتوانید از این خدمات استفاده کنید.

**تجمیع منابع**

در مرحله تجمیع منابع، منابع تجمیع شده به صندوق‌های بیمه‌ای واریز می‌شوند. دو صندوق بیمه‌ای عمده در ایران صندوق تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایرانیان است. احتمالا شما هم جزء یکی از این دو صندوق هستید!! البته صندوق‌های بیمه‌ای دیگری مثل صندوق بیمه‌ای روستاییان و عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، صندوق‌های مربوط به بانک‌ها، نیروهای مسلح و … نیز وجود دارد اما از نظر جمعیت تحت پوشش قابل مقایسه با دو صندوق ذکر شده نیستند.

**خرید خدمت**

در مرحله خرید نیز، منابع تجمیع شده در صندوق به ازای خدماتی که در نظام سلامت به بیمه شده ارائه می‌شود، پرداخت‌های لازم انجام می‌شود. بسیاری از کشورها در این مرحله از شیوه خرید راهبردی استفاده می‌کنند. در شیوه خرید راهبردی، سازمان بیمه‌گر از قبل با ارائه دهنده خدمت هماهنگ می‌کند و به قولی با آن شرط و شروطی می‌گذارد. مثلا به ارائه دهنده خدمت می‌گوید خدمتی که ارائه می‌دهی باید دارای این ویژگی‌ها باشد و اگر این ویژگی‌ها در آن لحاظ نشود من پرداختی به شما نخواهم داشت!! در این روش کیفیت خدمات ارائه شده حفظ می‌شود و ارائه دهندگان مختلف برای ارتقای کیفیت خدمات خود بیشتر تلاش می‌کنند.

**ارائه خدمت**

در بین چهار کارکرد نظام سلامت، کارکرد ارائه خدمت برای بیماران، پزشکان و سایر اعضای نظام سلامت عینیت بیشتری دارد و نقش مستقیم‌تری در تامین سلامت مردم ایفا می‌کند. منظور از ارائه خدمت، ترکیب منابع با فرایند تولید خدمت است که در هر کجا می‌تواند اتفاق بیوفتد، مانند خانه بهداشت، مرکز بهداشت، بیمارستان، مطب خصوصی و حتی منازل! همانظور که گفتیم هدف اصلی یک نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت مردم است. بنابراین می‌توان گفت ارائه خدمت نیز اصلی‌ترین کارکرد آن خواهد بود. البته به این مفهوم نیست که سایر کارکردها بی اهمیت هستند، بلکه منظور این است که تلاش‌های انجام شده در سایر کارکردها، همگی برای همراسازی فرایندهای ارائه خدمت و کارکرد ارائه خدمت خواهد بود.

**آشنایی با ساختار و برنامه های نظام سلامت در ایران**

فلسفه‌هاى خدمات بهداشتى و يا ضرورت خدمات بهداشتى بر اساس نياز جوامع بشرى به ادامه بقاء و استمرار سلامتى و ارتقاء سطح سلامت جوامع طرح‌ريزى مى‌شود که اين خدمات بر اساس نياز هر جامعه و با توجه به وجود امکانات آن جامعه ارائه مى‌شود.

مراقبت‌هاى بهداشتى مبيّن نگرانى افراد انسان و تعريف آن چنين است: گروهى از خدمات ارائه شده براى افراد، خانواده‌ها و جوامع که توسط ادارات بهداشت يا متخصصّان بهداشت به‌منظور ارتقاء، نگاە‌داري، پايش و افزايش سلامت انجام مى‌گيرد. چنين سازمان‌هائى را مى‌توان به انواع راه‌هاى قابل تصور سازمان‌دهى و اداره کرد، و کارمندان مختلف را در آنها به‌کار گماشت و از منابع گوناگون هزينه‌هاى آنها را تأمين کرد، ولى همه آنها در يک چيز مشترک هستند: خدمت به مردم يعنى انجام خدمات تشخيصي، کمکي، درماني، آموزشى و بازتوانى توسط کارکنان بهداشت. در بسيارى از کشورها مراقبت‌هاى بهداشتى يا به‌طور کامل و يا عمدتاً توسط دولت انجام مى‌شود.

مراقبت بهداشتى شامل مراقبت‌هاى پزشکي هم هست. بسيارى از اشخاص به اشتباه بر اين باور هستند که مراقبت بهداشتى و مراقبت پزشکى مترادف هم هستند. ولى مراقبت پزشکى زيرمجموعه‌اى از نظام مراقبت بهداشتى است. اصطلاح مراقبت پزشکى (که دامنه آن از مراقبت بيماران در خانه تا بسترى کردن در بيمارستان است) عمدتاً به آن دسته از خدمات فردى اطلاق مى‌شود که به‌طور مستقيم توسط پزشک ارائه و يا در نتيجه دستورات پزشک انجام مى‌شود. مراقبت بهداشتى ويژگى‌هاى بسيار دارد؛ که عبارتند از:

1- مناسب‌بودن (مربوط بودن) يعنى خدمات کلى مورد نياز جهت رفع احتياجات ضرورى انسان و اولويت‌ها و سياست‌هاى بهداشتي

2- جامع بودن - يعني، تعيين خدمات با بهترين ترکيب خدمات پيشگيري، درمانى و ارتقائي

3-کافى بودن - يعنى ارائه خدمات متناسب با نيازها

4-در دسترس بودن - يعنى نسبت بين جمعيت يک واحد اجرائى با مراکز بهداشتى (مانند تعداد جمعيت به‌ازاء هر مرکز بهداشتي، نسبت پزشک به جمعيت

5-دسترسى داشتن - که از نظر جغرافيائي، اقتصادى يا دسترسى فرهنگى بايد در نظر گرفته شود.

6- قابل پرداخت بودن - بايد هزينه خدمات بهداشتى در حد ميانگين افراد و دولت باشد.

7-عملى بودن - يعنى کارسازى عملى بعضى روش‌ها، تدارکات پشتيباني، نيروى انسانى و منابع مادى.

**نظام ارائه خدمات**

نظام ارائه خدمات در صدد اجراء خدمات بهداشتى است و به‌عبارت ديگر نظام ارائه خدمات تشکيل‌دهنده بخش مديريت و دربرگيرنده موضوع‌هاى تشکيلاتى است؛ مانند برنامه‌ريزي، تعيين اولويت‌ها، بسيج منابع و تخصيص آنها، تبديل سياست‌هاى بهداشتى به خدمات بهداشتي، ارزشيابى و آموزش بهداشت.

اجزاء نظام ارائه خدمات عبارتند از: مفاهيم (يعنى مفهوم سلامتى و بيماري)، آرمان‌ها (يعنى برابري، کارآئي، کارسازي، تأمين پوشش و تأثير نهائى خدمات)، مقاصد (بيمارستان‌ها، مراکز بهداشتى درمانى و برنامه‌ها) و اشخاص (يعنى ارائه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتي). اين مجموعه با هم ، کليتى را تشکيل مى‌دهند که همگى اجزاء داراى اثر متقابل براى پشتيبانى يا کنترل يکديگرهستند.

هدف نظام ارائه خدمات ؛ توسعه بهداشت است. توسعه بهداشت فرآيندى است پيوسته و پيش‌رونده براى افزايش سطح سلامت جامعه. در حال حاضر هدف کلى نظام ارائه خدمات دست‌يابى به بهداشت براى همه تا سال ۲۰۰۰ ميلادى است.

**وضعيت موجود نظام ارائه خدمات سلامت در ایران**

به منظور حفظ، تامين و ارتقاء سطح سلامتي در مردم ايران، نظام شبكه های بهداشتي درماني در ايران تشكيل شد . ساختار فعلي نظام ارائه خدمات بهداشتي درماني در ايران، منبعث از سه اصل زير است :

-اولويت خدمات پيش گيری بر خدمات درماني

-اولويت مناطق محروم و روستايي بر مناطق شهری برخوردار از امكانات

-اولويت خدمات سرپايي بر خدمات بستری

اين سه اصل مبنای شكل گيری نظام مراقبتهای اوليه بهداشتي در قالب شبكه های بهداشتي درماني در دهة 1360 شد.

**خصوصيات اصلي اين نظام شامل :**

-تعريف خدمات و مشخص نمودن آنها

-معين نمودن استانداردهای ارائه خدمات

-تعيين استانداردهای جمعيتي مشخص

-ارائه خدمات بصورت سطح بندی خدمات

-ارائه خدمات بصورت سطح بندی منابع

- ارائه خدمات به صورت ادغام يافته

**سطوح مراقبت‌هاى بهداشتى**

به‌ طور معمول خدمات بهداشتى در سه سطح سازمان‌دهي، و هر سطح به ‌وسيله سطح بالاترى که بيماران به آن ارجاع مى‌شوند، پشتيبانى مى‌شود. اين سطوح عبارتند از: سطح اول، سطح دوم و سطح سوم:

**سطح اول مراقبت‌هاى بهداشتى**

سطح مراقبت‌ اوليه بهداشتى نخستين سطح تماس بين اشخاص و نظام خدمات بهداشتى است. در اين سطح مراقبت‌هاى بهداشتى ‌ضروري يعنى اوليه، ارائه مى‌شود. بخش بزرگى از ناراحتى‌ها و دشوارى‌هاى موجود بهداشتى را مى‌توان در اين سطح به‌نحو مطلوبى برطرف کرد. اين سطح در تماس بسيار نزديک با مردم است. (در ايران مراقبت‌هاى اوليه بهداشتى به‌وسيله مراکز بهداشتى درمانى و خانه‌هاى بهداشت و با مشارکت مردم انجام مى‌گيرد.

**سطح دوم مراقبت‌هاى بهداشتى**

در اين سطح با مشکلات پيچيده‌تر مقابله مى‌شود. اين مراقبت‌ها شامل خدمات درمانى ضرورى است و به‌وسيله مراکز بهداشت شهرستان و بيمارستان‌هاى شهرستان‌ها تأمين مى‌شود. اين سطح به‌عنوان نخستين سطح ارجاع در نظام بهداشتى به‌کار مى‌رود.

**سطح سوم مراقبت‌هاى بهداشتى**

در اين سطح خدمات فوق تخصصى ارائه مى‌شود. اين خدمات به‌وسيله مؤسسات و مراکز استانى و يا مرکزى انجام مى‌گيرد، اين مؤسسات نه تنها خدمات فوق‌تخصصى ارائه مى‌کنند، بلکه مهارت‌هاى برنامه‌ريزى و مديريت، و آموزش کارکنان تخصصى را هم برعهده دارند. و علاوه بر اينها سطح سوم مراقبت‌هاى بهداشتى اقدامات اجرائى سطح اول را هم پشتيبانى و تکميل مى‌کند.