

وضعیت جغرافیایی

مقدمه ای بر نحوه شکل گیری نظام سلامت در انگلستان:

- انگلیس یا انگلستان نامی است که در ایران به کشور پادشاهی متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی (به طور خلاصه و نادقیق بریتانیا) اطلاق می شود .
- انگلیس یا انگلستان یکی از سه کشور باستانی است که در جزیره بریتانیای کبیر قرار دارند . دو کشور باستانی دیگر اسکاتلند و ولز هستند (ویکی پدیا ، ۱۳۸۵) .
- نوع حکومت آن رژیم سلطنتی مطابق قانون اساسی (مشروطه) می باشد . کشور از ۴۷ ناحیه انتخاباتی ، ۳۶ بخش تشکیل گردیده است (بانک جهانی ، ۲۰۰۶) .

ویژگیهای جمعیتی و شاخص های سلامت کشور انگلیس

- کشور انگلیس در سال ۲۰۰۵ ، دارای جمعیتی معادل ۵۹،۶۶۸،۰۰۰ نفر بوده و بر اساس گزارش بانک جهانی میزان سرانه تولید ناخالص داخلی آن ۳۱،۳۰۸ دلار بین الملل (بانک جهانی ، سال ۲۰۰۴) ، می باشد . بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت شاخص های سلامت کشور انگلیس به شرح جدول زیر است .

شاخص	میزان
برآوردهای جمعیتی	
جمعیت کل (میزان ۱۰۰۰× سال ۲۰۰۳)	۵۹،۶۵۱
نرخ رشد سالانه جمعیت (%) سال ۲۰۰۳	۰،۳
نسبت وابستگی (به ازای هر ۱۰۰ نفر) سال ۲۰۰۳	۵۲
درصد جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در سال ۲۰۰۳	۲۰،۸
میزان کل باروری در سال ۲۰۰۳	۱،۶
شاخص های بهداشتی	
امید به زندگی در بدو تولد (به سال) در سال ۲۰۰۳	
کل جمعیت	۷۹،۰
مردان	۷۶،۰
زنان	۸۱،۰

مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر) در سال ۲۰۰۲	
مردان	۷
زنان	۵
مرگ و میر بزرگسالان (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر) در سال ۲۰۰۲	
مردان	۱۰۳
زنان	۶۴
امید به زندگی سالم در بدو تولد (به سال) در سال ۲۰۰۲	
جمعیت کل	۷۰.۶
مردان	۶۹.۱
زنان	۷۲.۱

شاخص	میزان
امید به زندگی سالم در سن ۶۰ سالگی (به سال) در سال ۲۰۰۲	
مردان در سن ۶۰ سال	۱۵.۷
زنان در سن ۶۰ سال	۱۸.۱
سال‌های زندگی سالم از دست رفته مورد انتظار در بدو تولد به واسطه سطح پایین بهداشت (به سال) در سال ۲۰۰۲	
مردان	۶.۷
زنان	۸.۴
کل امید به زندگی از دست رفته به واسطه سطح پایین بهداشت (به درصد) در سال ۲۰۰۲	
مردان	۸.۸
زنان	۱۰.۴

شاخص های منتخب حساب‌های ملی سلامت	
سرقه تولید ناخالص داخلی برحسب دلار بین المللی در سال ۲۰۰۲	۲۷,۹۵۹
کل مخارج بهداشت (سلامت)	
کل سهم بهداشت از تولید ناخالص داخلی	۷.۷
سرقه مخارج کل مربوط به بهداشت بر اساس نرخ ارز (دلار آمریکا)	۲,۰۳۱
سرقه مخارج کل مربوط به بهداشت بر اساس دلار بین المللی	۲,۱۶۰
مخارج بهداشت عمومی	
سهم مخارج عمومی دولت در کل مخارج بهداشت	۸۳.۴
سهم مخارج عمومی دولت در بخش بهداشت از کل مخارج عمومی دولت (%)	۱۵.۸
سرقه مخارج عمومی دولت در بخش بهداشت بر اساس نرخ ارز (دلار آمریکا)	۱,۶۹۳
سرقه مخارج عمومی دولت در بخش بهداشت بر اساس دلارهای بین المللی	۱,۸۰۱
تأمین منابع مخارج بهداشت عمومی	
سهم مخارج تأمین اجتماعی مربوط به بهداشت از مخارج عمومی دولت در بهداشت	۰

شاخص	میزان
سهم منابع خارجی از کل مخارج بهداشت	
	۰
مخارج بهداشت خصوصی	
سهم مخارج خصوصی مربوط به بهداشت از مخارج کل بهداشت	۱۶.۶
تأمین منابع مخارج بهداشت خصوصی	
سهم برنامه های پیش پرداخت از مخارج خصوصی مربوط به بهداشت و درمان (%)	۱۸.۶
سهم پرداخت‌های مستقیم مصرف کننده از مخارج خصوصی بهداشت و درمان (%)	۵۵.۹۰

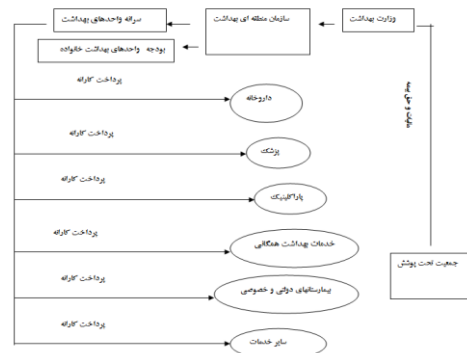
نظام بهداشت و درمان انگلستان در سه سطح مجزا قابل بررسی است:

- الف - سطح اول : سیاست‌گذاری و تدوین خط‌مشی و ارائه برخی خدمات در مناطق چهارده‌گانه
- ب - سطح دوم : تدوین برنامه‌های عملیاتی و کنترل عملیات توسط مقامات و مراکز مسئول در ۹۰ مرکز
- ج - سطح سوم : ارائه خدمات در ۱۹۰ بخش که هر بخش جمعیتی بین ۱۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد.

نظام بهداشت و درمان

- زمان شروع به کار نظام بهداشت و درمان انگلستان به شکل امروزی آن به سال ۱۹۱۰ میلادی باز میگردد. در آن زمانی طرحی به نام طرح **بوراید (Beveride)** که مبتنی بر **دسترسی برابر همگان به خدمات درمانی** بود در این کشور ایجاد شد که این طرح بعدها منجر به طراحی و استقرار **نظام طب ملی** در سال ۱۹۴۸ شد. این نظام بر پایه ۳ اصل **پیشگیری، تشخیص و درمان** ایجاد شد. نظام بهداشت و درمان انگلستان بر پایه طب ملی انگلستان و با هدف ارائه خدمات درمانی جامع به تمامی شهروندان پایه گذاری شده و اساساً تأمین منابع مالی آن از طریق **مالیاتها و درآمدهای عمومی** دولت تأمین می‌شود.

نمودار نظام بهداشت و درمان انگلستان



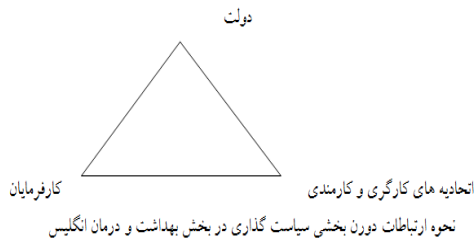
- مسئولیت نهایی در نظام طب ملی بعهده **وزارت بهداشت انگلستان** است. نظام طب ملی توسط یک هیأت مدیره و مدیر عامل، یک هیأت سیاست‌گذاری و مدیران کل مناطق و مدیران بخش‌ها اداره میشود. طبیعتاً مدیریت هر منطقه مسئول ارائه خدمات به آن منطقه است.
- نظام بهداشت و درمان (انگلستان) ابتدا مبتنی بر فعالیت **بخش دولتی** بود ولی به مرور نقش بخش خصوصی در آن پررنگ تر شده است.

روند سیاست گذاری در بخش بهداشت و درمان

- مهمترین عنصر تصمیم گیری در کشور انگلستان « **مجلس** » است. کمیسیون های مجلس نیز نقش عمده ای در بررسی فعالیت های جاری دولت دارند.
- پس از مجلس نقش « **نخست وزیر** » بسیار برجسته است. نخست وزیر بعنوان رئیس حزب و رئیس همه کارگران و کارمندان دولت، نقش حیاتی در شکل گیری تصمیمات دارد.

- پس از نخست وزیر در داخل هر وزارتخانه، شخص **وزیر** مسئول مستقیم اغلب تصمیمات است. **ادارات تابعه** هر وزارتخانه هم نقش اساسی در سیاست گذاری در این کشور ایفاء می کنند. نقش این ادارات در زمانی که مقدمات **تنظیم بودجه** صورت می گیرد، بارزتر می شود.
- غیر از موارد فوق **گروه های فشار** خارج از وزارتخانه هم مهم تلقی می شود، به نحوی که اغلب یکنوع مثلث مذاکره بین **دولت، کارفرمایان و اتحادیه های کارگری و کارمندی** تشکیل می شود.

نحوه ارتباطات دورن بخشی سیاست گذاری در بخش بهداشت و درمان انگلیس



ماخذ: لاسی، سال ۱۹۹۷، ص ۲۲۷

هیچ گروهی فشاری فاقد نقش تصمیم گیری نیست و در عین حال هیچ گروهی نقش یگانه نیز ندارد. سازمان ها و اداراتی که بیشتر نقش سیاست گذاری و تصمیم گیری را دارند به شرح زیر می باشند (وانر، ۱۹۹۷، ص ۲۷) Warner

- ۱- وزارت بهداشت و درمان؛
- ۲- ادارات منطقه ای؛ (RHAs) Regional Health Authorities
- ۳- ادارات ناحیه ای؛ (DHAs) District Health Authorities
- ۴- ادارات خدمات خانواده؛ (FHSAs) Family Health Service Authority
- ۵- بنیاد های نظام طب ملی؛
- ۶- ادارات ویژه درمان؛

وزارت بهداشت و درمان

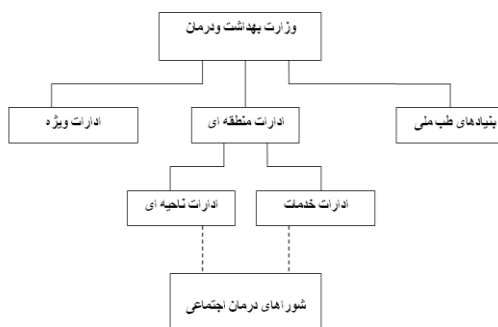
- وزیر بهداشت و درمان مسئولیت کل اداره امور بهداشتی و درمانی را بعهده دارد. پس از او **دبیر دائم** مسئولیت بیشتری را عهده دار است که او به همراه سه مسئول پزشکی و سرپرست کل اداری به همکاری نزدیک بایکدیگر می پردازند. **سرپرست کل اداری**، مسئول ارائه گزارش ها بوده و غالباً برای ادای توضیحات به مجلس فراخوانده می شود. وی همچنین می کوشد که اهداف طب ملی را با اولویت های تعیین شده از سوی وزیر و معاونان او همسو کند. وزیر بهداشت و درمان مسئولیت خود را از طریق ادارات تابعه وزارتخانه ها شامل **ادارات منطقه ای**، **ناحیه** و غیره اعمال می کند. همه این ادارات از **استقلال نسبی** برخوردار هستند.

مهمترین وظایف وزارت بهداشت و درمان شامل موارد زیر است (گیلی، ص ۸۵) Gilby

- تعیین سیاست های عمومی و قانونگذاری در بخش بهداشت و درمان؛
- تخصیص بودجه به ادارات منطقه ای؛
- مذاکرات در مورد قیمت داروها براساس طرح تنظیم قیمت دارو؛
- تصویب تصمیمات مربوط به هزینه و درآمدها

منابع مالی :

- تأمین منابع مالی بر پایه مالیات های عمومی (۷۹٪)، حق بیمه (۱۶٪) و مشارکت بیمه شده (۵٪) میباشد.



ساختار نظام بهداشت و درمان انگلیس
مأخذ: بانک جهانی، سال ۱۹۹۸، ص ۲۲

شیوه های تامین منابع مالی انگلیس

• بخش عمومی :

- درآمد عمومی یا مالیات های معین شده : افراد جامعه مالیات های عمومی و حق بیمه ملی را پرداخت نموده که در اختیار دپارتمان سلامت قرار گرفته در بودجه کلی برای بیمارستان ها و خدمات سلامت عمومی و پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت لحاظ می گردد .

• بخش خصوصی :

- در دهه ۱۹۷۰ بخش خدمات خصوصی شروع به رشد و گسترش کرد که دو عامل در آن دخیل بود : اول بالا رفتن قدرت خرید مردم که عامل موثر ولی کوتاه مدت در جلب مشتریان بخش خصوصی بود و دوم تفکیک بعضی بخش ها و تخت های بیمارستانی توسط حزب کارگر تحت عنوان تخت های غیر مجانی .

بخش خصوصی :

- پس از رفرم ۱۹۸۹ گسترش بخش خصوصی تشدید شد . بطوری که در سال ۱۹۹۳ ، ۵۲ بیمارستان از تخت خصوصی بهره مند شدند و شمار تخت های خصوصی در این بیمارستان ها به ۱۰۶۰ عدد رسید . هم اکنون ۲۰ درصد جراحی های انتخاب شده توسط بیمار بصورت خصوصی انجام می شود و ۳۰ درصد کل درآمد خالص پزشکان از طریق بخش خصوصی بیش از نظام بهداشت درمان ملی ، بوده است . در کنار تخت های خصوصی در بیمارستان ها ، بیمارستان های خصوصی و مستقل (بنیاد ها) نیز نقش مهمی در ارائه خدمات خصوصی دارند .

بخش خصوصی :

- با گسترش بخش خصوصی ، شرکت های بیمه خصوصی نیز گسترش یافته اند و از همین رو برای آنها نیز تلاش برای بقاء ضروری است . هم اکنون بخش خصوصی با مراکز سالمندان و پرستاری ارتباط نزدیکی دارد و دو سوم مراکز ویژه ای که از افراد مسن ، ناتوان فیزیکی مراقبت می کنند ، توسط مراکز خصوصی اداره می شوند (صمدی ، ۱۳۸۳ ، ص ۵) .

بخش خصوصی :

- پرداخت مستقیم از جیب :
- بیمارستان های تحت نظر سیستم خدمات سلامت ملی ، قسمت اندکی از درآمدهای خود را از پرداخت های مردم تامین می نمایند ؛ قسمت عمده پرداخت های مستقیم افراد در هنگام دریافت خدمات **دارویی ، دندانپزشکی و چشم پزشکی** ، هزینه می گردد . خانوار پرداخت هایی را در قبال دریافت خدمات از بیمارستان های خصوصی و داروخانه ها انجام می دهند .
- حق بیمه های بیمه خصوصی :
- حق بیمه داوطلبانه از جانب جمعیت پرداخت و در اختیار شرکت های بیمه درمان خصوصی قرار گرفته و بازپرداخت هزینه های درمان بیماران در قالب تعهدات تعیین شده ، صورت می گیرد .

- منابع مکمل :
- سیستم خدمات سلامت ملی انگلیس عمدتاً توسط مالیات ، تامین منابع می گردد . منابع تکمیلی نیز وجود دارد . علاوه بر آن منابع خصوصی ، پرداخت مستقیم از جیب برای **داروهای غیر نسخه ای** ، همچنین پرداخت به منظور دریافت مراقبت های سلامت بخش خصوصی که ممکن است که از محل پرداخت مستقیم از جیب افراد یا بیمه خصوصی سلامت تامین گردد ، را دربر می گیرد .
- رشد سهم بخش خصوصی را از ۳،۱٪ در سال ۱۹۷۵ تا ۶،۷٪ در سال ۱۹۹۰ اتفاق افتاده . بیشتر این افزایش مربوط به پرداخت های **مربوط به بیمه خصوصی** می باشد . (کوئن ، ۱۹۹۹ ، ص ۴۰) .

خدمات متنوعی شامل موارد زیر در این سیستم ارائه می شود:

- خدمات پزشک خانواده
- تدارک دارو
- پزشک متخصص با ارجاع بند ۱
- بهداشت همگانی
- بستری
- حمل و نقل بیمار
- دندانپزشکی
- پرستاری و مراقبت در منزل

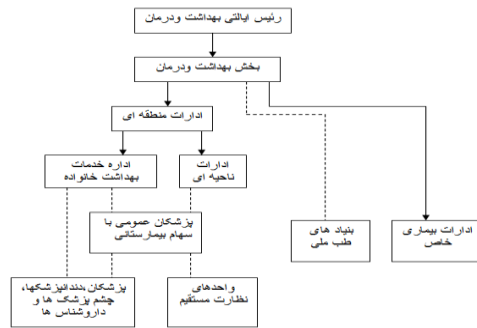
- سیاستهای اصلی این نظام بر پایه **سطح بندی** خدمات، **دسترسی همگانی**، **حق انتخاب بیمار**، **کنترل قیمت دارو**، **نسخه نویسی بر پایه لیست ژنریک** و **آزادی عمل پزشک** در صورت تأیید سطح اول میباشد.

نظام طب ملی سال ۱۹۹۰ « قانون بهداشت جامعه

- **انقلاب تاجر در دهه ۱۹۸۰**، فکر جدیدی را وارد نظام بهداشت و درمان انگلیس نمود و باعث تحول نظام به صورت **مالکیت دولتی، خصوصی** شده و همچنین ارائه استدلال هائی در این زمینه بیان کرده است.
- استدلال هائی که در این زمینه باعث ایجاد تحول در نظام طب ملی شده است شامل **افزایش انتظارات مردم از بخش بهداشت و درمان، افزایش قیمت تکنولوژی های جدید و افزایش ساختار سنی جمعیت** بوده است.
- اولین گام های مشخص جهت حرکت به سمت تحول از **سال ۱۹۸۳** آغاز شده است و پیشنهادات به شرح زیر بوده است:
- ۱- در زمینه تحول در نظام طب ملی باید با جدیت تمام، کلیه مشکلات پیگیری و برطرف شود؛
- ۲- بخش هائی از نظام بهداشت و درمان که با ایجاد تحول باعث افزایش هزینه در بخش بهداشت و درمان می شود مشخص شود؛
- ۳- ایجاد رقابت در نظام طب ملی.

- گرچه اصلاحات سال ۱۹۸۹، به عقیده بسیاری از صاحب نظران بنیادی و اساسی بوده است ولیکن در اصلاحات مذکور تغییری در اصل کلی نظام که همان ارائه خدمات ملی براساس مالیات ها بود، داده نشد. در حقیقت در **منابع درآمد بخش بهداشت و درمان تغییری حاصل نشد. تغییر عمده در نوع ارتباط سطوح مختلف بود که از نوع انحصاری خارج شد و بصورت قراردادی** مبدل شد، بدین معنی که به بیمارستان ها اجازه داده شد که مستقل عمل کنند و از کنترل ادارات ناحیه ای خارج شوند و با ادارات مذکور قرارداد ببندند.

مهمترین تغییرات به شرح زیر می باشد:



ساختار طب ملی پس از اصلاحات سال ۱۹۸۹ در کشور انگلیس
 ماخذ: لایحه، سال ۱۹۹۷، ص ۲۴۳

۱- بیمارستان ها و سایر مراکز بهداشتی و درمانی از کنترل انحصاری ادارات ناحیه ای خارج شد و تنها قراردادی براساس نظام کارانه (Fee For Service) با ادارات مذکور بسته شد.

۲- به برخی بیمارستان ها که عمدتاً از وضعیت مالی خوبی برخوردار بودند اجازه داده شد که بصورت یک بنیاد مستقل درآیند. این بنیادها در اکثر موارد در تصمیم گیری های خود مستقل عمل می کنند.

۳- به پزشکان عمومی اجازه داده شد که صاحب بخشی از بیمارستان باشند. درحقیقت به سطح ارائه دهندگان خدمات گروه جدیدی به نام **پزشکان عمومی صاحب سرمایه** اضافه شد.

اصول اساسی اصلاحات ۱۹۹۰ شامل اصول زیراست (گری، ۱۹۹۵، صص ۴۷-۴۳)

۴- تنوع بیشتری در سطوح ارائه دهنده خدمت بوجود آمد که شامل این موارد بود:

- ۱- داروخانه ها، پزشکان عمومی، پزشکان عمومی صاحب سرمایه، خدمات بهداشتی و درمانی عمومی، بیمارستان های عمومی، بیمارستان های مستقل، بیمارستان های خصوصی.
- ۲- اداره جدیدی بعنوان **خدمات پزشک خانواده** بوجود آمد که مسئولیت مستقیم داروخانه ها، پزشکان عمومی و پزشکان عمومی صاحب سرمایه را بعهده داشت.
- ۳- به تمام بیمارستان ها و مراکز درمانی اجازه داده شد که از اصول **بازاریابی** برای جذب مصرف کننده استفاده کنند و از آنجائی که بیمار بیشتر به معنی پول بیشتر بود، رقابت بین بیمارستانها افزایش یافت (تاقبل از اصلاحات بودجه ثابت، اجازه چنین حرکتی را به مراکز نمی داد).
- ۴- یک نظام اطلاع رسانی جهت آگاهی مصرف کنندگان از نوع خدمات پزشکان و مراکز درمانی بوجود آمد. به غیر از اطلاعات جزئی و محرمانه سایر اطلاعات در اختیار مدیران و مردم قرار می گرفت.

- ۱- تغییر فعالیت ها به سمت فعالیت هائی که اساس آنها بهداشت جامعه است؛
- ۲- خصوصی سازی؛
- ۳- افزایش کیفیت بخش درمان؛
- ۴- تعریف بسته های خدمت؛
- ۵- مشخص نمودن هزینه های خدمات.