

سیر تحول تاریخی نظام ملی سلامت انگلستان*

گردآوری و ترجمه علی حسن زاده**

مقدمه

چندی است اصلاحات در نظام سلامت در کشور مطرح است، تشکیل شورای عالی سلامت به تصویب هیئت وزیران رسیده و قرار است طرح آزمایشی نظام ارجاع پزشکی خانواده در تعدادی از استانهای کشور به مرحله اجرا درآید. آنچه میان کارشناسان و سیاستگذاران این بخش مطرح است طراحی الگویی با استفاده از تجارب بین‌المللی است و بیش از همه طرح «نظام ملی سلامت» در کشور انگلیس به عنوان الگو مطرح می‌شود. بنابراین بررسی این نظام و آنچه بر آن گذشته، درس عبرتی است بر اینکه از اشتباهات آنها پند بگیریم و از اقدامات مفیدشان الگو برداریم.

طرح ملی سلامت در کشور انگلیس بعد از جنگ جهانی دوم به دنبال طرح فقرزدایی «لرد بوریج»^۱ که در سال ۱۹۳۸ مطرح می‌شود، شکل می‌گیرد و به دنبال مذاکرات در سطح مجلس عوام و لردها به تصویب می‌رسد و از سال ۱۹۴۸ اجرا می‌شود. آنچه در پی می‌آید گذر این نظام از فراز و نشیب‌هایی است که در دوره‌های ده‌ساله از سال ۱۹۴۸ به بعد اتفاق افتاده است.

* National Health System (NHS)

مأخذ: www.nhs.uk/NHS_explained/nhs

**# پزشک، متخصص چشم

1. Lord Beveridge

پیش از سال ۱۹۴۸

تقریباً ۵۰ سال قبل سلامتی، کالایی لوکس تلقی می‌شد که هر کسی قدرت برخوردار از آن را نداشت. پیش از تولد نظام ملی سلامت انگلستان و بعد از آن تعداد بیمارستانها تغییری نکرد. تنها تغییری که صورت گرفت این بود که فقرا و نیازمندان که دسترسی به سلامت نداشتند، از این مزیت برخوردار شدند.

دسترسی به پزشک برای کارگران که از پایین‌ترین سطح حقوق برخوردار بودند، رایگان بود ولی خانواده آنها را پوشش نمی‌داد و در ازای خدمات پول دریافت می‌شد. اگرچه بخشی از هزینه بازپرداخت می‌شد، لزوماً به مفهوم دسترسی نبود.

نخستین خدمات رایگان توسط جراحی جوان در سال ۱۸۲۸ برای بیماران بدخیم فراهم شد که مجوز ورود جهت برخورداری از خدمات فقط «فقر و بیماری» افراد بود و شرط دیگری در میان نبود. بیمارستانهای شهرداری به صورت خیریه و داوطلبانه خدمت رابه مبتلایان به آبله و سل ارائه می‌دادند.

بیماران روانی در مراکز فراموشخانه نگهداری می‌شدند و وضعیت آنها به جای بهتر شدن روز به روز بدتر می‌شد.

سالمندانی که قادر به نگهداری از خود نبودند در «خانه‌های کار» نگهداری می‌شدند و برای دریافت غذا و سایبان، کار بدون جیره انجام می‌دادند.

سال‌های ۱۹۴۸ تا ۱۹۵۷

نظام ملی سلامت انگلستان در پنجم ژانویه ۱۹۴۸ تأسیس شد در شرایطی که غذا کم بود، کشور در بحران اقتصادی ناشی از دلار بصر می‌برد و مواد سوختنی نایاب بود این شرایط که بعد از جنگ ایجاد شده بود، غیر قابل تحمل بود.

نظام ملی سلامت انگلستان برای اولین بار خدمات بیمارستانی، خدمات پزشکان خانواده (پزشکان، داروسازان، عینک‌سازان و...) و خدمات خانواده‌محور را در یک سازمان جمع کرد که این کار به سختی انجام شد.

مشکلات مالی و غیر قابل پیش‌بینی بودن هزینه‌ها سیستم را با مشکل مواجه کرده بود، بیمارستانهای مسلولین بسته می‌شد و پیشرفت پزشکی نیاز به خدمات جدید را ایجاب می‌کرد.

مادران بیشتر تمایل داشتند در بیمارستان زایمان کنند. جراحی برای بیماران رماتیسم قلبی و تعویض مفصل شروع شده بود.

نظام ملی سلامت انگلستان که سه سال از ایجاد آن می‌گذشت و کلیه هزینه‌ها را رایگان کرده بود، مجبور شد برای دریافت خدمات میزان یک شیلینگ را که در سال ۱۹۴۹ تصویب شده بود، در ۱۹۵۲ اجرا کند. برای خدمات دندانپزشکی مبلغ ۱ پوند به صورت رقم ثابت^۱ دریافت می‌شد.

گرچه امروز نظام ملی سلامت انگلستان گسترش یافته و بیش از یک میلیون کارمند و ۴۲ میلیارد پوند هزینه دارد، ولی هنوز سؤالات اساسی آن عبارت است: چگونگی بهترین شکل مدیریت و خدمات‌رسانی، تأمین منابع کافی، تراز بین تقاضاهای متضاد و انتظارات بیماران، کارکنان و مالیات‌دهندگان، اطمینان از کافی بودن منابع و هدف‌گیری به سمت نیازمندان و... اولین مدیر نظام ملی سلامت انگلستان می‌گوید: ما هرگز آنچه را نیاز داریم به دست نخواهیم آورد، انتظارات، همیشه بیش از ظرفیت‌هایمان است. خدمات همیشه در حال تغییر، رشد و بهبود است بنابراین همیشه کمبود منابع خواهیم داشت.

بنیانگذاری خدمات جدید به صورت پزشک خانواده که به‌عنوان دروازه ورود به برخورداری از خدمات نظام ملی سلامت انگلستان شناخته می‌شود، بیماران را به بیمارستانهای مناسب و خدمات تخصصی مناسب ارجاع می‌دهد. خدمات دندانپزشکی شامل معاینات ادواری دندان، پرکردن و دندان مصنوعی است و خدمات ویژه‌ای برای کودکان و مادران شیرده انجام می‌شود. ابداع جدید، مراکز سلامت جامعه^۲ است که از طریق منابع عمومی راه‌اندازی شد و در آن پزشکان خانواده، دندانپزشکان و سایر افراد تیم سلامتی جمع می‌شدند و خدمات وسیع سلامتی ارائه می‌دهند. همچنین کلینیک‌های تخصصی گوش که در آنها علاوه بر مشاوره‌های تخصصی وسایل کمک شنوایی نیز ارائه می‌شود.

سال‌های ۱۹۵۷ تا ۱۹۶۷

در دههٔ دوم با پیشرفته‌تر شدن درمان، نظام ملی سلامت انگلستان جایگاه خود را پیدا کرد. واکسن فلج کشف شد. دیالیز بیماران کلیوی مزمن و شیمی‌درمانی سرطانهای خاصی شروع شد. به‌رغم ایجاد ائتلاف بین دولت و دارندگان حرف پزشکی، مشکلاتی در پرداخت به پزشکان به وجود آمد. بنابراین بخشی از قراردادهای پرداخت که موجب اشکال می‌شد توسط کمیسیون سلطنتی

1. flat rate

2. Community Health Center (CHC)

نغو شد و مذاکرات بین پزشکان و دولت موجب تغییر ساختار نظام ملی سلامت انگلستان شد. مدیریت امر درمان، در اولویت قرار گرفت و اطلاعات بیمارمحور شروع شد و تفکیک تخصص‌ها شکل گرفت، اگرچه هنوز ساختار خدمت‌رسانی مورد نقد بود. در سال ۱۹۶۲ در گزارش پُریٹ^۱ تقسیم نظام ملی سلامت انگلستان به سه بخش بیمارستانی، خدمات عمومی^۲ و واحدهای سلامت محلی^۳ مورد نقد قرار گرفت و توصیه به وحدت شد و پیشنهاد گردید این سه بخش در هم ادغام شود.

با توجه به اینکه بیمارستانهای زمان جنگ مخروبه بود، طرح بازسازی ساختارهای بیمارستانی انجام گردید و مقرر شد بیمارستان عمومی ناحیه^۴ به ازای هر ۱۲۵,۰۰۰ نفر جمعیت ساخته شود. بنابراین طی برنامه‌ای ده‌ساله قرار شد احداث بیمارستانها انجام شود و اگرچه در برآورد منابع و تخمین آن دچار اشکال بودند، به هر حال اقدامات ساخت‌وساز شروع شد. در گزارش سال ۱۹۶۷ سالمون^۵، جزئیات توصیه برای توسعه تشکیلات پرستاری و وضعیت این شکل از مدیریت بیمارستان ارائه شد و در آن سال نیز اولین گزارش برای ساماندهی پزشکان به صورت گروههای تخصصی ارائه شد به گونه‌ای که ترکیب اقدامات درمانی در کنار اقدامات اجرایی را منطقی‌تر نشان می‌داد و تلاش زیادی برای وحدت ساختار به منظور پاسخگویی به تلاشهای آینده صورت گرفت.

سال‌های ۱۹۶۸ تا ۱۹۷۷

در سال ۱۹۶۸ ایدئالهای مربوط به امور کلینیکی و سازماندهی در نظام ملی سلامت انگلستان تعریف شد اگرچه تا سال ۱۹۷۷ عملیاتی نشد:

توسعه علم پزشکی و پیشرفت در درمان، استفاده وسیع از آندوسکپی (ارزیابی وضعیت اندامهای درونی بدن با استفاده از لوله‌ای نورانی)، اختراع توموگرافی اگزیزال کامپیوتری^۶ (تصویربرداری از نسوج نرم) صورت گرفت.

جراحی پیوند موفقیت‌آمیزتر شد و مهندسی ژنتیک شروع به اثرگذاری بر طب کرد. بخش مراقبت‌های ویژه ایجاد و اثربخشی داروها بیشتر شد و داروهای جدید مانند داروهای

۱. طرح تحقیقاتی بررسی نظام ملی سلامت انگلستان که توسط پُریٹ Porrit در سال ۱۹۶۲ ارائه گردید.

2. public services 3. local health authorities 4. district general hospital

۵. طرح تحقیقاتی بررسی وضعیت شاغلین حرف پزشکی شاغل در نظام ملی سلامت انگلستان که در سال ۱۹۶۷ توسط سالمون (Salmon) ارائه شد.

6. Computerized Axial Tomography (CAT)

ضدالتهابی غیراستروئیدی^۱ به بازار آمد. دیالیز بیماریهای کلیوی فراگیرتر شد و جراحی عروق کرونر (عروق شریانی خون‌رسان به بافت قلب) به جای مراقبتهای طبی شروع شد. منشور پزشکان عمومی^۲ در بخش خدمات عمومی ایجاد شد و برای اولین بار نظام‌های مراقبت سلامت را تشویق کرد و به دنبال آن رشد سریعی در تعداد مراکز بهداشت ایجاد شد. بر اساس طرح دولت، بیمارستانهای جدید ساخته شد که دسترسی مردم را به خدمات بهتر، بیشتر کرد، ساختار پرستاری در بیمارستانها تغییر یافت و اولین بار کامپیوتر وارد خدمات بیمارستانی و بودجه‌بندی شد. طی سالهای ۱۹۶۸ تا ۱۹۷۴ بحث درباره سؤال کلیدی «بهترین شکل سازماندهی نظام ملی سلامت انگلستان چیست؟» ادامه پیدا کرد. در این سال هماهنگی بین خدمات سلامت و خدمات اجتماعی با مشخص کردن حد و مرز مراکز سلامت جامعه و واحدهای سلامت محلی صورت گرفت. آنچه مورد نیاز بود طراحی نظامی بود که توزیع منابع را مناسب‌تر کند و مدیریت را بهبود بخشد. در این ارتباط سه طرح ارائه شد که دو طرح کنار گذاشته شد و طرح سوم در سال ۱۹۷۴ عملیاتی شد. با اجرای طرح جدید انتقادهای شروع شد چراکه نظام بسیار پیچیده‌ای بود لذا کمیته سلطنتی تشکیل شد تا مشکلات را مرتفع کند. با توجه به برنامه‌ریزی استراتژیک، دورنمای درازمدت برنامه تخصیص به کار گرفته شد. تورم به ۲۶ درصد رسید و محدودیت دستمزدها شروع شد. با توجه به فعالیتهای صنعتی و تعامل نظام ملی سلامت انگلستان با آن و نقدهای موجود سعی شد خصوصی‌سازی^۳ در نظام ملی سلامت انگلستان کاهش یابد.

سال‌های ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۷

در این دهه حد و مرزهای مشخص مالی نظام ملی سلامت انگلستان نهایی شد و مفهوم آن این بود که دیگر هر چیزی که از نظر پزشکی قابل انجام است ضرورتاً نباید توسط نظام ملی سلامت انگلستان انجام شود. نظام ملی سلامت انگلستان قربانی موفقیت‌های خود شد و با پیشرفت تکنولوژی، افراد بیشتری با بیماریهای پیچیده‌تر درمان شدند و بنابراین منجر به رشد فزاینده انتظارات از نظام سلامت و افزایش جمعیت سالمند و نیازهای سلامتی بیشتر شد. پیشرفت در کلیه زمینه‌ها انجام شد. مراقبتهای اولیه سلامتی بهبود یافت اگرچه در داخل شهرها کمتر بود. مهندسی پزشکی اولین اثرهای خود را بر داروها گذاشت و سیستم تصویربرداری مغناطیسی^۴ وارد

1. Non Steroid Anti Inflammatory Drugs (NSAID)
2. General Practitioners (GP) Charter
3. Private Practice
4. magnetic resonance imaging

بازار شد. در بُعد جراحی، روشهای برش کوچک و دسترسی ظریف^۱ ابداع شد و تعداد اعمال جراحی گردن استخوان ران^۲ و التهاب مفصلی استخوانی^۳ به طور فزاینده‌ای افزایش یافت. اعمال پیوند قلب و کبد شروع شد و اعمال جراحی برای درمان بیماریهای قلبی به روز رسید. از سال ۱۹۷۸ به دنبال بحران نفت که مطبوعات نیز به آن دامن زدند، مشکلات مالی نظام ملی سلامت انگلستان بدتر شد. لذا نظام ملی سلامت انگلستان در جهت برخورد با آن سعی کرد کارایی^۴ بیشتری اعمال کند و بنابراین طرح بازسازی نظام ملی سلامت انگلستان در سال ۱۹۸۲ ارائه شد و سیستم جدید طی سالهای ۱۹۸۳ تا ۱۹۸۵ عملیاتی گردید. در سال ۱۹۷۹ دولت تغییرات فوری ولی اندک را در ساختار سیاستهای سلامت در جهت تعادل تخصیص منابع در نقاط مختلف کشور ایجاد کرد.

با گذشت زمان تنش بین تقاضای فزاینده و محدودیت منابع، نیاز به داشتن اطلاعات بهتر سلامتی را ضروری کرد و لذا شاخص‌های عملکردی (در سطح خدمات بیمارستانی) طراحی شد. بررسی دقیقتر آنچه شاعلان حرف پزشکی انجام می‌دادند، از دیدگاه افزایش هزینه‌ها مورد علاقه جهانی قرار گرفت و مردم شروع به بحث در ممیزی سلامتی کردند که می‌توان مواردی مانند «نتایج حاصل از جراحی‌ها و بیهوشی» را مثال زد.

پیشرفت‌های پزشکی تقاضا برای کارکنان پزشکی و پرستاری را بیشتر کرد که هر کدام آموزش خاص خود را داشت. نظام ملی سلامت انگلستان در انتقال مراقبت‌ها از بیمارستان به جامعه تلاش کرد. لذا پرستاری اجتماعی شکل گرفت و در نتیجه دولت خدمات عمومی پزشکی و مراقبت‌های اولیه سلامت جامعه را بازنگری کرد.

تا سال ۱۹۸۷ وجود واحدهای سلامت در سراسر کشور مورد بحث بود و فهرستهای انتظار افزایش یافته، برخی بخشهای بیمارستانی تعطیل شده، علی‌رغم افزایش شدید مصارف رشد یکنواختی از تعداد کارکنان سلامت شکل گرفت و بیماران بیشتری نیز درمان شدند. در این دهه نه تنها مردم، بلکه دارندگان حرف پزشکی نیز رضایت بیشتری داشتند و خدمات ارائه شده از اهمیت بیشتری برخوردار بود که این موضوع در مطبوعات نیز انعکاس یافت.

سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۷

نظام ملی سلامت انگلستان مهمترین و قابل توجه‌ترین جهت‌گیری فرهنگی^۵ خود را از آغاز به

1. minimal access

2. femur

3. osteo arthritis

4. efficiency

5. cultural shift

کارش در سال ۱۹۸۹، با عنوان «بازار داخلی»^۱ انجام داد. این طرح توسط دولت محافظه کار در جهت حل مشکلات ارائه شده بود؛ مشکلاتی مانند زمان انتظار طولانی، که به دنبال محدودیت در منابع نظام ملی سلامت انگلستان و افزایش غیر قابل وصف تقاضا رخ داد. قبل انجام اصلاحات، خریداران خدمات که عبارت از مسئولان سلامت و بعضی پزشکان خانواده بودند، بودجه‌هایی در اختیار می‌گرفتند تا خدمات را از فراهم‌کنندگان خدمات درمانی (بیمارستانهای اورژانس، سازمانهای ارائه‌کننده خدمات برای بیماران روانی، سالمندان، معلولان و خدمات آمبولانس) خریداری کنند. در نتیجه سازمانهای سلامت تبدیل به اتحادیه نظام ملی سلامت انگلستان^۲ شدند. این اتحادیه‌ها سازمانهای مستقلی بودند، مدیریت خود را داشتند و با همدیگر رقابت می‌کردند.

در سال ۱۹۹۱ تعداد ۵۷ اتحادیه آغاز به کار کرد و در سال ۱۹۹۵ کلیه مراقبتها توسط اتحادیه‌ها انجام می‌شد. طی همان دوره بسیاری از پزشکان خانواده کماکان بودجه خود را دریافت می‌کردند تا خدمات را از طریق اتحادیه‌ها در قالب صندوق هلدینگ پزشکان عمومی^۳ خریداری کنند. در این دوره هنوز همگی پزشکان خانواده وارد طرح نشده بودند و کماکان خدمات آنها توسط واحدهای سلامت کنترل می‌شد و خدمات را به‌طور کلی از اتحادیه‌ها خریداری می‌کردند.

بیماران وابسته به این صندوق‌ها خدمات درمانی را نسبت به غیر اعضای صندوق سریعتر دریافت می‌کردند. بنابراین نظام ملی سلامت انگلستان به دو بخش تقسیم شده بود و این امر مغایر با اصول نظام ملی سلامت انگلستان در جهت دسترسی برابر و مناسب به خدمات سلامت بود.

بازار داخلی موجب بروز «آگاهی از هزینه‌ها»^۴ در نظام ملی سلامت انگلستان شد ولی ایجاد رقابت بین فراهم‌کنندگان موجب موازی شدن و در نتیجه دو برابر شدن خدمات شد. در سال ۱۹۹۷ اصلاحات مجددی در نظام ملی سلامت انگلستان صورت گرفت و راه سومی با عنوان مشارکت خدمت محور مبتنی بر عملکرد^۵ پیشنهاد شد تا رقابت غیرسالم به سمت همکاری پیش برود. اصول اساسی تعریف‌شده در این رهیافت عبارت بود از:

۱. نوسازی نظام ملی سلامت انگلستان به‌عنوان یک خدمت با دسترسی مناسب به خدمات با کیفیت بالا و فوری در سراسر کشور

1. internal market

2. National Health System Trust (NHST)

۳. منظور از هلدینگ در درمان یک شرکت مادر است که چندین شرکت اقماری را تحت پوشش خود دارد. صندوق هلدینگ پزشکان عمومی (GPFH) General Practitioners Fund Holding (GPFH) اداره صندوق‌های مربوط به پزشکان عمومی را دارد که خدمات درمانی مورد نیاز جامعه بیمه شده تحت پوشش خود را می‌خرند (از منابع زیربسط)

4. cost consciousness

5. service-based partnership and driven by performance

۲. ارائه خدمات سلامت با استانداردهای جدید ملی، دادن مسئولیت به پزشکان محلی و پرستاران که ساختار خدمات را تشکیل می‌دهند.
۳. ایجاد تعامل قوی بین واحدهای سلامت محلی در جهت مشارکت در نظام ملی سلامت انگلستان و شکستن سدهای سازمانی و ایجاد ارتباط
۴. کاستن از دیوان‌سالاری به منظور دستیابی به حداکثر کارایی از طریق رهیافت عملکرد محور، به گونه‌ای که اثر هزینه‌های انجام شده به حداکثر برسد.
۵. در جهت تأکید بر کیفیت، عالی بودن خدمات برای کلیه بیماران باید تضمین شود به گونه‌ای که کیفیت نیروی پیش‌برنده برای تصمیم‌گیری در کلیه سطوح خدمات باشد.
۶. انعکاس نظرهای مردم به لحاظ ایجاد اعتماد عمومی در نظام ملی سلامت انگلستان به‌عنوان خدمت عمومی و پاسخگویی به بیماران و در دسترس بودن برای عموم.

طرح نظام ملی سلامت انگلستان در هزاره سوم

وزارت بهداشت نقش کلیدی در استقرار طرح جدید نظام ملی سلامت انگلستان در هزاره سوم بر عهده دارد. پیش‌بینی شده است که در ده سال آینده با انجام اقدامات جدی و در سطحی وسیع، بیماران و مردم محور خدمات سلامتی / اجتماعی کشور باشند به همین منظور اهداف زیر در طرح پیش‌بینی شده است.

۱. قدرت و اطلاعات بیشتر برای بیماران
 ۲. ایجاد تخت‌های بیمارستانی بیشتر
 ۳. افزایش تعداد پزشکان و پرستاران
 ۴. کاهش قابل توجه در زمان انتظار بیمارستانها و نوبت ویزیت پزشکان
 ۵. بخش‌های تمیزتر و غذا و تسهیلات بهتر برای بیماران در بیمارستانها
 ۶. بهبود مراقبت‌ها برای سالمندان
 ۷. تدوین استانداردهای قوی‌تر در سازماندهی نظام ملی سلامت انگلستان و اعطای پاداش برای بهترین اقدامات
- به منظور ایجاد تغییرات بزرگ در نظام ملی سلامت انگلستان در طول تاریخ ۵۰ ساله آن و دستیابی به اهداف فوق اقدامات ذیل ضروری است:

● جهت‌گیری به سمت بیماریهایی که «قاتلین بزرگ»^۱ هستند مانند سرطانات و بیماریهای قلبی

● تأکید بر تغییراتی که به منظور بهبود سلامت مردم و نشاط آنها به طور اورژانس مورد نیاز است و ارائه راحت، مناسب و مدرن خدماتی که مردم نیاز دارند.

از آنجا که وزارت بهداشت، مسئول ارائه مراقبتهای سلامت و اجتماعی سریع، مناسب، راحت و با کیفیت بالا برای آحاد افراد جامعه است، در سطح کلان وظایف ذیل را برعهده دارد:

- مدیریت کل نظام سلامت و مراقبتهای اجتماعی
- سیاستگذاری و مدیریت تغییرات کلان نظام ملی سلامت انگلستان
- ایجاد مقررات نظارت^۲ بر نظام ملی سلامت انگلستان از طریق سازمانهایی مانند کمیسیون بهبود سلامت

- اعمال مداخله در نظام در صورت بروز هرگونه مشکل در نظام ملی سلامت انگلستان در هر سطح وزارت بهداشت چهار دبیرکل مراقبت سلامتی و اجتماعی دارد که به طور مستقیم با مراکز سلامت استراتژیک و مراکز نظام ملی سلامت انگلستان کار می‌کنند. وظایف این مراکز در زیر شرح داده شده است.

● مراکز سلامت استراتژیک. مسئول تکوین راهبرد برای خدمات سلامت محلی در راستای اطمینان از عملکرد با کیفیت بالا هستند. این مراکز با اداره سلامت کار کرده و رابط بین نظام ملی سلامت انگلستان و وزارت بهداشت هستند و مسئول اطمینان از اعمال اولویتهای ملی (مانند برنامه بهبود مراقبتهای سرطانی) در اولویتهای محلی به شمار می‌آیند.

● مرکز هدایت در نظام ملی سلامت انگلستان. این مرکز در سال ۱۹۹۸ سازماندهی شد که مشاوره سریع و رایگان ۲۴ ساعته در ارتباط با سلامت انفرادی را ارائه می‌دهد. پرستاران در این نظام مشاوره لازم را برای افراد در منزل فراهم می‌کنند و در صورت نیاز آنان را به مراکز سلامتی راهنمایی کرده، در صورت اورژانس بودن آمبولانس را نیز خبر می‌کنند. در این نظام درمان شایعترین بیماریها و محدوده درمان آنها ارائه می‌شود.

● اتحادیه‌های نظام ملی سلامت انگلستان. این مراکز بیمارستانهایی هستند که در شهرها وجود دارند و خدماتی را که بیشتر مردم به آن نیاز دارند، فراهم می‌کنند. برخی از آنها در سطح ملی عمل کرده و به سیستم دانشگاهی متصل هستند. بجز در موارد اورژانس، درمان بیمارستانی از

1. big killers

2. regulation and inspection

طریق پزشک خانواده توصیه می‌شود که «سیستم ارجاع» نام دارد. کلیه خدمات رایگان است و اکثر کارکنان حرف پزشکی در این اتحادیه‌ها یا مراکز نظام ملی سلامت انگلستان اشتغال دارند.

● مراکز یک قدمی نظام ملی سلامت انگلستان. این مراکز دسترسی سریع به درمان و مشاوره پزشکی را فراهم می‌کنند و هر فردی می‌تواند به آنها مراجعه کند. این مراکز خدمات ذیل را ارائه می‌کنند:

- کار هفت روز در هفته از اول صبح تا انتهای شب
- ارزیابی توسط پرستار ماهر و آموزش دیده
- درمان جراحتهای سطحی و بیماریهای ساده
- دسترسی فوری به مشاوره و درمان پزشکی و اطلاعات سایر مراکز سلامت
- مشاوره در خصوص اینکه چگونه سالم زندگی کنند
- ارائه اطلاعات مربوط به خدمات پزشکی و دندانپزشکی خارج از ساعات اداری
- ارائه اطلاعات درباره خدمات دارویی محلی

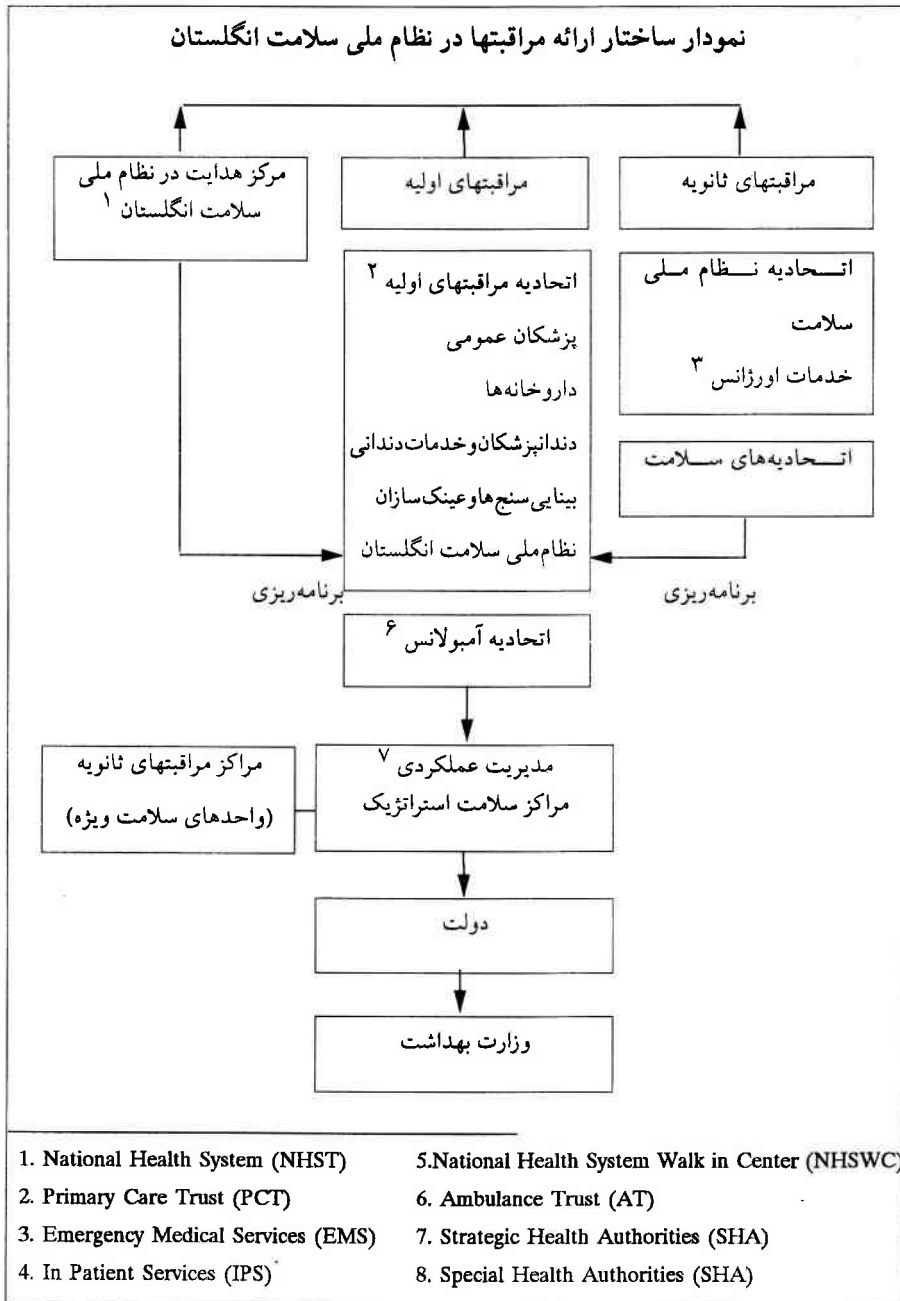
● اتحادیه‌های مراقبت‌های اولیه. این مراکز از نقاط کلیدی نظام ملی سلامت انگلستان و مسئول برنامه‌ریزی و هدایت خدمات سلامت و بهبود سلامت جمعیت‌های محلی هستند. این اتحادیه‌ها باید اطمینان حاصل کنند که تعداد کافی پزشک عمومی برای پوشش جمعیت و دسترسی آنان دارند. این اتحادیه‌های مراقبت‌های اولیه باید اطمینان حاصل کنند که تمهیدات سایر خدمات سلامتی شامل بیمارستانها، دندانپزشکان، خدمات سلامت، درمان و حمل و نقل بیماران، دارو، عینک و... انجام شده است. این اتحادیه‌ها مسئول ادغام خدمات سلامت و خدمات اجتماعی هستند به گونه‌ای که هر دو سیستم برای بیماران کار کنند.

تعداد ۳۰۴ اتحادیه مراقبت‌های اولیه در انگلیس وجود دارد که به منظور برنامه‌ریزی و هدایت خدمات منابع را برای جوامع محلی دریافت می‌کنند. در صورتی که این وظیفه توسط اداره سلامت^۱ انجام شود، این اتحادیه‌ها ۷۵ درصد بودجه نظام ملی سلامت انگلستان را مصرف می‌کنند.

● مراکز مراقبت‌های ثانویه. منظور مراکز سلامت ویژه^۲ درمانهای تخصصی است که توسط بیمارستانها ارائه می‌شود. خدمات سلامت را برای کلیه مردم کشور در سطح ملی فراهم می‌کنند مانند بانک خون.

1. health administration

2. special health authorities



نتیجه گیری

صاحب نظران مقوله سلامت اعتقاد دارند که در اقدام به اصلاحات بایستی از تقلید و نسخه برداری از مدل سایر کشورها جداً پرهیز شود، به لحاظ موفقیت اصلاحات تجزیه و تحلیل نقش آفرینان مقوله سلامت و پرداختن به انگیزه آنان از ضروریات این امر است: آنچه که در مقوله اصلاحات به عنوان هدف اصلی مورد توجه دولت‌هاست عبارتست از: ۱. بهبود دسترسی به مراقبت‌های سلامت شامل مراقبت‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه؛ ۲. گسترش پوشش سلامت به آحاد افراد جامعه؛ ۳. تضمین دسترسی مردم به کلیه مراقبت‌های مورد نیاز؛ ۴. پایین نگهداشتن هزینه مراقبت‌های سلامتی و اعمال کارایی و اثربخشی؛ ۵. تشدید رقابت‌های کیفیت‌نگر بین فراهم‌کنندگان خدمات و توجه به رضایت‌مندی خدمات‌بگیران؛ ۶. گرایش به سمت طب مستند محور^۱ در نهایت چنین استنباط می‌شود که در مقوله اصلاحات نظام سلامت و گرایش به سمت بیمه ملی سلامتی، چنانچه الگویی مدنظر است لازم است بومی‌سازی و به لحاظ اهداف ذیل در طراحی و استقرار برنامه انجام می‌شود.

- بهبود سطح سلامت مردم
- بهبود اثربخشی و برابری در نتیجه مراقبت‌های سلامتی
- تضمین منابع پایدار برای بخش سلامت
- تقویت ظرفیت‌های سازمانی، در اعمال مدیریت صحیح و کارآمد
- افزایش مشارکت بخش خصوصی
- انتقال منابع به سمت گروه‌های دارای بیشترین نیاز
- کاهش هزینه‌های تکمیلی (سهم شخصی)^۲ آحاد جامعه

منابع

۱. آئین‌نامه شورای عالی سلامت، ت/۲۴۲۱۶۰، مورخ ۸۲/۵/۵
۲. تصویب‌نامه هیئت وزیران، مصوبه شماره ۲۸۱۸۲/هـ مورخ ۸۲/۵/۵
۳. حسن‌زاده، علی؛ مجموعه مقالات تهیه شده در بیست و هفتمین نشست سازمان بین‌المللی تأمین اجتماعی، تهران، دفتر طرح و نشر انتشارات علمی فرهنگی، ۱۳۸۱.

4. nhs. uk-NHS explained.

5. challenges in healthcare deliving, hernando prez montos; meeting of directors of social security organization in Asia & pacific, turkey 26-27 sep 2002.

1. evidence-based medicine

2. out of pocket