



ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

دکتر سیدجمال‌الدین طبیبی^۱

چکیده

زمینه: برای ارائه خدمات سلامت به توده‌های مردم و برخورداری عادلانه از امکانات و خدمات سلامت بررسی و تحول در ساختار مدیریت نظام سلامت کشور ضروری است.

هدف: مطالعه ساختار مدیریت نظام سلامت ایران از نگاه عدالت و ارائه رهنمودهای لازم.

روش پژوهش: مطالعه توصیفی - تطبیقی با بهره‌جویی از امکانات کتابخانه.

یافته‌ها: نمودار سازمانی، رسمیت، تمرکز، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی، استراتژی‌ها، اعتبارات، اولویت‌های بهداشتی و درمانی کشورهای ژاپن، انگلستان، استرالیا، سوئد، ترکیه، و ایران مورد مطالعه قرار گرفت. یافته‌ها طیف گسترده‌ای در هر یک از موازین مورد مطالعه کشورهای منتخب نشان داد و حاکی از این واقعیت بود که تلاش گسترده نظام بهداشت و درمان این کشورها اعم از دارندگان سیستم‌های کاملاً متمرکز یا غیرمتمرکز بر ارائه خدمات برابر به منظور رعایت عدالت بیشتر قرار داد. تخصیص اعتبارات بیشتر و سهم ساختن هرچه بیشتر مردم در تصمیم‌گیری‌ها و سیاستگذاری‌ها و تدوین و استقرار ساختار نظام بهداشت و درمان بر این مبنا، آشکارا به تعمیم عدالت بیشتر در ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای مورد مطالعه منجر شده است.

نتیجه‌گیری: با تحول در ساختار مدیریت نظام سلامت مبتنی بر برخورداری هر چه بیشتر مردم از امکانات و خدمات سلامت، می‌توان اصل عدالت را در جامعه گسترش داد.

کلیدواژه‌ها: ساختار مدیریت، نظام سلامت، عدالت.

۱. استاد برنامه‌ریزی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران. عضو شورای پژوهشی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

مقدمه

نیاز به سلامت، تاریخی به قدمت عمر انسان دارد و سلامت اساسی‌ترین نیاز همه انسان‌ها در تمامی ادوار بوده و خواهد بود. مروری بر تاریخچه و ساختار نظام سلامت در کشورهای مختلف حاکی از این واقعیت است که توجه به سلامت در زمره نخستین و مهم‌ترین نگرانی‌های جوامع و دولت‌ها می‌باشد که همراه با تأمین اجتماعی به‌عنوان اولویت‌های آغازین مورد توجه اندیشمندان و سیاستگذاران و تصمیم‌گیران در سطح گسترده‌ای قرار دارد.

در اولویت پایین قرار گرفتن «هدف بهبود وضع بهداشت» در کشورهای رو به توسعه، اغلب با سیاست دولت‌ها و اندیشه‌های توسعه مطابقت داشته است. در هر کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقریباً قدرت و نفوذ اداری اندکی دارد و یکی از کوچک‌ترین تخصیص‌های بودجه را دریافت می‌کند.^۱

غفلت از این موضوع طی ۳۵ سال گذشته تا حدودی کاهش یافته است. علاقه به بهداشت و توسعه در دهه ۱۹۷۰ با توجهی که به استراتژی‌های توسعه عدالت‌گرا مبذول شد و بعداً با نگرانی درباره اثری که رشد آهسته‌تر اقتصادی در دهه ۱۹۸۰ بر بهداشت کودکان به ویژه در افریقا داشت، تقویت شد. در سراسر دوره، هزینه‌های بهداشت همانند مخارج آموزش و پرورش، که سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی است، به‌طور روزافزونی مورد توجه قرار گرفته است.^۲

در واقع، خدمات سلامت کیفیت منابع انسانی را، چه در حال حاضر و چه در آینده بهبود می‌بخشد.^۳ بهداشت بهتر برای کارگران، منافع مستقیم و فوری یعنی افزایش قدرت، طاقت و توانایی تمرکز در حین کار تأمین می‌کند. بهداشت و تغذیه بهتر کودکان به‌طور مستقیم رشد بهره‌وری آتی را ارتقاء می‌بخشد، بچه‌های تندرست امروز، بزرگسالان قوی‌تر و سالم‌تر فردا خواهند بود.^۴ سلامت، توانائی‌های مختلف انسان را افزایش می‌دهد و به حق یکی از نیازهای اساسی انسانی در نظر گرفته می‌شود. هر کس می‌تواند از تندرستی بهتر بهره‌مند شود و بهبود

۱. گیلیس، مالکوم و همکاران، *اقتصاد توسعه*، ترجمه غلامرضا ازاد (ارمکی)، نشر نی، تهران، ۱۳۷۹، ص ۳۹۶.

۲. همان منبع.

3. Mushkin, Selma. "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, 70 (5) Part 2 supplement, October 1962, pp 127- 57.

۴. گیلیس، *اقتصاد توسعه*، ص ۴۰۶.

سلامت برای جوانان به جمعیت سالم‌تری در آینده منجر خواهد شد.^۱ با چنان استدلالی، پیوند تنگاتنگی بین سلامت و حقوق انسان‌ها وجود دارد. مان و همکارانش در کتاب مشهور خویش در پی کشف پیوندهای موجود بین سلامت و حقوق بشر، سه رابطه را مورد مطالعه قرار می‌دهند. اولین رابطه به ارتباط سیاست‌ها، برنامه‌ها، و عملیات سلامت با حقوق بشر مربوط می‌شود. دومین رابطه، به نظریاتی که اخلال در رعایت کامل حقوق بشر ایجاد می‌کند و تأثیر منفی بر جنبه‌های فیزیکی، روانی، و اجتماعی سلامت جامعه وارد، مربوط می‌شود. سومین رابطه مربوط است به جنبه‌های گسترش دهنده و حفظ سلامت با رعایت حقوق بشر.^۲ نگرشی بر تعریف مهم ارائه شده سازمان بهداشت جهانی از سلامت یعنی: سلامت شامل بهزیستی کامل فیزیکی، روانی، و اجتماعی،^۳ گویای این پیام است که آحاد انسان‌ها می‌باید از چنین حقوقی برخوردار باشند و نوعی برابری و عدالت در برخورداری از خدمات سلامت در جامعه حکمفرما شود.

لازم به ذکر است که در سیاستگذاری و مدیریت اجتماعی، اصول برابری و عدالت جایگاه مهمی دارند. برای کسانی که در طرف چپ طیف سیاسی سیاستگذاری قرار دارند، سیاستگذاری‌های اجتماعی شامل ابزارها یا مکانیزم‌هایی هستند که با آنها می‌توان با برابر کردن ارائه امکانات سلامت، آموزش و سایر خدمات، جامعه‌ای منصف‌تر ایجاد کرد.^۴ اما از نظر کسانی که در طرف راست و مرکز طیف سیاسی قرار دارند، سیاست‌های اجتماعی که در تلاش هستند نتایج را برای مردم برابر کنند، هزینه قابل توجهی ایجاد می‌کنند، زیرا نه تنها از طریق تأثیر انگیزه‌ها و رشد اقتصادی بار مالیاتی بالایی بر صاحبان درآمدهای بالا و متوسط تحمیل می‌کند، بلکه این سیاستگذاری‌ها به یک دولت بسیار مداخله‌گر، و یک ارتش دیوان‌سالار و متخصص نیز نیاز دارد.^۵

به‌هر حال، با هر نگرش، عدالت در سیاست‌های اجتماعی در ارتباط با منصفانه بودن و تناسب سیاست‌ها تعریف می‌شود. به‌عنوان مثال، در یک سیاست عادلانه اجتماعی، لازم است

۱. همان منبع.

2. Mann, Jonathan M. et al., *Health and Human Rights*, Routledge, New York, 1999, p 5.

3. World Health Organization Constitution, in Basic Documents, 36 th ed., Geneva, WHO, 1986.

۴. مور، کن بلیک، *مقدمه‌ای بر سیاستگذاری اجتماعی*، ترجمه علی اصغر سعیدی و سعید صادقی جقه، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۸۵، ص ۳۴.

۵. همان منبع.

رفاه، خدمات و منابع به منصفانه‌ترین شکل ممکن توزیع گردند.^۱ نظام سلامت هر کشور دارای ساختاری است که بخشی از مدیریت حاکم بر این نظام است و می‌باید به‌عنوان بخشی بسیار مهم از فرایند مدیریت نظام سلامت مورد توجه دقیق قرار گیرد. در مطالعه ساختار مدیریت هر نظام عواملی مثل پیچیدگی، رسمیت، و تمرکز در کانون توجه اندیشمندان قرار دارد.^۲ در این پژوهش به منظور تحلیل ساختار مدیریت نظام سلامت، موارد زیر در اولویت توجه قرار گرفته است:

الف) نمودار سازمانی

ب) رسمیت

پ) تمرکز و عدم تمرکز

ت) اعتبارات

ث) مکانیزم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی

ج) استراتژی‌ها

بنابراین، اهم مواردی که در ساختار مدیریت نظام سلامت مطرح است در زیر به تفصیل شرح داده می‌شود:

الف) نمودار سازمانی: در این قسمت نمودار سازمانی نظام سلامت، ترکیب رسمی سازمان را منعکس می‌سازد و در نشان دادن اختیار و مسئولیت، فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی نیز مفید است.

ب) رسمیت: میزان رسمیت در نظام سلامت کشور به تصویر کشیده می‌شود. منظور از رسمیت چگونگی مکانیزم قدرت و کنترل، چگونگی پایش خدمات و وضعیت تدوین مقررات و نوع مقررات موجود در زمینه فعالیت‌های سلامت و هماهنگی بین اجزای مختلف نظام و سایر عواملی است که درجه و میزان رسمیت را بیان می‌کند.

پ) تمرکز و عدم تمرکز: در این بخش به بیان نقش دولت و نقش مردم در ارائه خدمات سلامت مربوط است، به نحوی که هرچه نقش دولت پررنگ‌تر و نقش مردم کم‌رنگ‌تر باشد،

۱. همان منبع، ص ۴۲۳.

۲. رایینز، استیفن، *تئوری سازمان: ساختار، طراحی، کاربردها*، ترجمه سیده‌هدی الوانی وحسن‌دانشی فرد، انتشارات صفار، اشراقی، تهران، ۱۳۷۹، ص ۷۹.

نظام از تمرکز بالاتری برخوردار است و بالعکس هرچه دولت در امر ارائه خدمات تفویض اختیار بیشتری به عمل آورده باشد، سیستم از عدم تمرکز بیشتری برخوردار است.

ت) اعتبارات: منظور از اعتبارات در این قسمت، میزان وجوه اختصاص یافته به بخش سلامت می باشد که در این جا سهم مردم و دولت در تأمین این اعتبارات، میزان مالیات های مستقیم توسط بیماران، انواع مؤسسات جمع آوری کننده پول مثل شرکت های بیمه و صندوق های بیمه اجتماعی می باید مورد مطالعه قرار گیرد.

ث) مکانیزم سیاستگذاری و برنامه ریزی: در این قسمت، ساختار تعیین سیاست های سلامت، رفاه اجتماعی و وظایف هر کدام از این بخش ها می باید مورد تحلیل قرار گیرد.

ج) استراتژی: منظور از استراتژی ها، راه های تحقق اهداف است که به وسیله مدیران ارشد هر نظام تدوین می گردد.

در این قسمت لازم است امر عدالت را تعریف نموده و رابطه عدالت با ساختار مدیریت نظام سلامت تحلیل شود.

جان رالز اندیشمند مشهور فلسفه اخلاق معاصر در کتاب مشهورش **یک نظریه عدالت**، عدالت را تقوای اصلی نظام های اجتماعی می داند و معتقد است که عدالت یک ویژگی متعالی اجتماعی است و توجه عمیقی بر ساختار سازماندهی اجتماعی دارد. پایه تحلیل وی برای سازماندهی اجتماعی همان ایده قرارداد اجتماعی روسو، مونتسکیو و کانت است و می توان براساس قراردادهای اجتماعی ساختار سازمان های مختلف را مورد بازنگری و اصلاح قرار داد.^(۱۲) روی هم رفته، رالز «موضوع عدالت را چگونگی توزیع چند گروه کالا در بین آحاد جامعه می داند. این کالاها که برای هر فرد یا هر برنامه زندگی دارای فایده هستند، عبارتند از: حقوق و آزادی ها، اقتدار و فرصت ها، درآمد و ثروت، احترام به خود و عزت نفس. این کالاها را کالاهای اولیه اجتماعی معرفی می کند.»^۱

کریمی منظور از عدالت را برابری برخورداری از دسترسی یکسان به خدمات یا امکان استفاده تک تک افراد از خدمات بهداشتی - درمانی مورد نیاز می داند.^۲

۱. همان منبع، ص ۲۶۷.

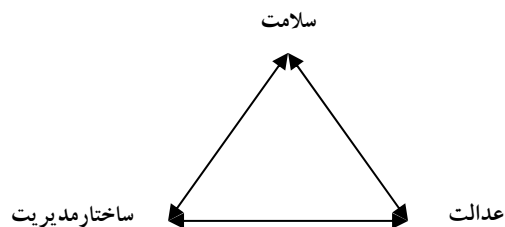
۲. کریمی، ایرج، **اقتصاد سلامت**، جلد دوم، انتشارات گپ، تهران، ۱۳۸۴، ص ۱۲.

طبق ماده ۸۴ برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران، نهادینه کردن مدیریت، سیاستگذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو مورد تأکید قرار گرفته است.^۱ در ماده ۹۰ این برنامه صریحاً قید شده است که به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانواده‌های کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانواده‌های آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آئین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشتی و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.^۲ به هر تقدیر، لازم است با بهره‌جویی از شیوه‌های علمی ساختار مدیریت نظام سلامت کشور با دیدگاه عدالت مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد تا ضمن ارائه تصویر روشن و واقعی از شرایط موجود، تدوین ساختاری مطلوب و منطبق بر واقعیت‌های موجود و موازین دانش مدیریت و همچنین رعایت حقوق بشر و ملحوظ داشتن عدالت، میسر گردد.

۱. روش پژوهش

در این پژوهش توصیفی - تطبیقی که حول سه محور مهم ساختار مدیریت، سلامت و عدالت انجام شده است، با بهره‌جویی از امکانات کتابخانه، ضمن تعریف از محورهای سه‌گانه مزبور، ساختار مدیریت نظام سلامت در کشورهای ژاپن، انگلستان، استرالیا، سوئد، ترکیه، و ایران مورد مطالعه قرار گرفته است. سپس ضمن شرح یافته‌های پژوهش، به بحث و نتیجه‌گیری پرداخته است.

۱. برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران، بخش سوم، توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی.
۲. همان منبع.



ابعاد مورد مطالعه تطبیقی در امر ساختار مدیریت نظام سلامت کشورهای منتخب و ایران، شامل نمودار سازمانی، رسمیت، تمرکز و عدم تمرکز، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی، استراتژی‌ها، اعتبارات، اولویت‌های بهداشتی، و اولویت‌های درمانی بوده است.

۲. یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش براساس ارکان ساختار مدیریت نظام سلامت کشورهای منتخب و پارامترهای مورد مطالعه به شرح زیر تنظیم گردیده است:

الف) نمودار سازمانی: در این قسمت نمودار سازمانی نظام سلامت در کشورهای مختلف مطالعه شده است. نمودار سازمانی ترکیب رسمی سازمان را منعکس می‌کند و نشان‌دهنده میزان اختیار و مسئولیت، نوع فعالیت‌ها، و کانال‌های ارتباطی می‌باشد.

ب) رسمیت: میزان رسمیت در نظام سلامت کشورهای منتخب به تصویر کشیده شده است. منظور از رسمیت چگونگی مکانیزم‌های قدرت و کنترل خدمات و وضعیت مقررات حاکم بر فعالیت‌های بهداشتی درمانی و هماهنگی بین اجزای مختلف نظام و سایر عواملی است که درجه و میزان رسمیت را بیان می‌کند.

پ) تمرکز و عدم تمرکز: این قسمت به نقش دولت و مردم در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مربوط می‌شود و هرچه نقش دولت در این امر پررنگ‌تر و نقش مردم کم‌رنگ‌تر باشد، نظام از تمرکز بیشتری برخوردار است و بالعکس هر چه دولت در امر ارائه خدمات تفویض اختیار بیشتری کرده باشد سیستم از عدم تمرکز بیشتر برخوردار است.

ت) اعتبارات: منظور از اعتبارات در این قسمت، میزان وجوه اختصاص یافته به بخش

سلامت می‌باشد. در این جا به میزان سهم دولت و سهم مردم در تأمین بودجه مربوط، میزان پرداخت‌های مستقیم بوسیله بیماران، انواع مؤسسات جمع‌آوری‌کننده پول، مثل شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بیمه اجتماعی است.

ث) مکانیزم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی: این قسمت به ساختار تعیین سیاست‌های بخش سلامت و وظایف این بخش پرداخته است.

ج) استراتژی‌ها: منظور از استراتژی‌ها، راه‌های تحقق اهداف کلان و بلندمدتی است که بوسیله مدیران ارشد نظام و معمولاً با مشورت سایر مدیران تدوین می‌گردند. استراتژی‌های نظام سلامت در کشورهای منتخب مرور شده است.

چ) اولویت‌های بهداشتی: پژوهشگر در این بخش به اولویت خدمات بهداشتی مختلفی که در هر یک از کشورهای منتخب ارائه می‌گردد، سهم بهداشت از منابع سلامت و استراتژی کشورهای منتخب در این باره پرداخته است.

ح) اولویت‌های درمانی: خدمات درمانی مختلفی که در کشورهای منتخب ارائه می‌گردند، تأمین مالی خدمات مزبور و نظام‌های پرداخت مختلفی که برای این خدمات وجود دارد، بررسی گردیده است.

در نمودار سازمانی نظام سلامت کشورهای منتخب، لازم به ذکر است که در ژاپن وزارت کار، بهداشت و رفاه با قائم‌مقام وزیر و قائم مقام پارلمانی، یک دبیرخانه، بخش بهداشت و درمان، مؤسسه بیمه اجتماعی و ۱۰ دفتر مسئولیت مدیریت نظام سلامت را عهده‌دار است.^۱ در نمودار سازمانی نظام سلامت انگلستان، وزارت بهداشت و درمان همراه با دبیر دائم، سرمسئول پزشکی و سرپرست کل امور اداری با زیر مجموعه‌های مربوط وجود دارد.^۲ در استرالیا، نمودار سازمانی نظام سلامت به‌عنوان مظهری از ساختاری فدرال، وزارت رفاه عمومی بخش عمده‌ای از خدمات بهداشت و درمان را به ایالات مختلف واگذار نموده است.^۳ نمودار سازمانی نظام سلامت سوئد با مدیریت عالی وزیر همراه با دبیرخانه‌های ایالتی، دبیرخانه هماهنگی، دبیرخانه حقوقی، مشاوران سیاسی و بخش‌های پنج‌گانه مربوط به بیمه اجتماعی، خدمات اجتماعی، مراقبت‌های بهداشتی، بهداشت عمومی، و دبیرخانه اعتبارات شکل گرفته است.^۴ در ترکیه،

1. Ministry of Labour, Health and Welfare, <http://www.mhlw.go.jp/english/>

2. World Health Organization <http://www.who.int/countries/gbr/en/>

3. World Health Organization <http://www.who.int/countries/aus/en/>

4. World Health Organization <http://www.who.int/countries/swe/en/>

ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

وزارت بهداشت و درمان همراه با دبیر خصوصی، شورای بازرسان، معاون وزیر عالی‌ترین سطح مدیریت نظام سلامت را تشکیل می‌دهند و در سطح استانی مدیر بهداشت و درمان مسئولیت مدیریت بهداشت و درمان استان را عهده‌دار است. بالاخره، در ایران نمودار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل وزیر و شش معاونت، چهار مجموعه وابسته یعنی جمعیت هلال احمر، سازمان بهزیستی، انستیتو پاستور، سازمان انتقال خون همراه با دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، نظام مدیریت متمرکز خاص را نشان می‌دهد. یافته‌های مربوط به سایر ابعاد مورد مطالعه در جداول زیر نشان داده شده است:

جدول شماره ۱. رسمیت

نام کشور	رسمیت
ژاپن	<p>نظام اداره کشور ژاپن از سه بخش اجرایی، قضایی و قانونگذاری تشکیل شده است. در این کشور تأسیس هرگونه مرکز درمانی نیاز به اخذ مجوز از دولت دارد. دولت بر کار ارائه دهندگان خدمت نظارت می‌کند. دولت پشوانه قانونی محکمی را در تمامی سطوح ایجاد کرده است به طوری که ارتباط سطوح مختلف نظام بهداشتی و درمانی توسط قوانین به سهولت امکان‌پذیر شده است. براساس قانون اساسی دولت مسئول تدارک و تأمین حداقل مکفی برای کمک به همه ژاپنی‌ها در تحقق یک زندگی سالم و به لحاظ فرهنگی پربار است. ژاپن به مراقبت مدیریت شده به‌عنوان ابزاری جهت نظارت، کنترل کیفیت، ارزیابی و بهبود وضع موجود از طریق بررسی مصارف و مدیریت بیماری‌ها نگاه می‌کند. وزارت بهداشت و رفاه در ژاپن عهده‌دار برنامه‌ریزی و سیاست‌های ملی بهداشتی و همچنین تعیین بودجه برای اجرای این سیاست‌ها می‌باشد که وضع برنامه‌ریزی با ریاست ۴۷ مدیر دولتی و شهرداری دولتی از طریق آزمایشگاه بهداشتی محلی و مراکز بهداشتی اجتماعی اعمال می‌گردد. صدور پروانه مشاغل پزشکی و نظارت بر کیفیت آن‌ها و همچنین تأسیس انستیتوهای درمانی مثل کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها زیر نظر مستقیم فرماندار و شهردار شهر می‌باشد. آزمایشگاه‌های بهداشتی محلی نیز زیر نظر مستقیم فرماندار و شهردار می‌باشند.</p>
انگلیس	<p>نظام بهداشت و درمان انگلستان در سه سطح مجزا قابل بررسی است: الف) سطح اول: سیاستگذاری و تدوین خط مشی و ارائه برخی خدمات در ۱۴ منطقه. ب) سطح دوم: تدوین برنامه‌های عملیاتی و کنترل عملیات توسط مقامات و مراکز مسئول در حدود ۹۰ مرکز. ج) سطح سوم: ارائه خدمات در ۱۹۰ بخش که هر بخش جمعیت بین ۱۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. در این کشور، تصمیم‌گیری توسط مجمع عمومی محلی انجام می‌شود. این مجمع شامل متخصصین و افراد با سابقه و باتجربه در بخش‌های مختلف بهداشتی است. مدیریت در این سازمان‌ها به صورت غیرمتمرکز است.</p>

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

نام کشور	رسمیت
انگلیس	<p>ساختار سازمانی در سازمان‌های غیردولتی بهداشتی در کشور انگلستان در دو سطح ملی و محلی است به همین دلیل سیاست‌های اتخاذ شده در کل کشور انجام می‌شود. فعالیت‌های محلی و ملی قدرت تصمیم‌گیری و سیاست‌های بهداشتی را دو قطبی می‌کند یک قطب محلی و یک قطب ملی است. هیأت مدیره مسئول سیاستگذاری و تعیین نیازهای تحت پوشش است. جلسات منظمی که در سطح محلی برگزار می‌شود تصمیمات اتخاذ شده از طریق مجمع ملی و محلی را به سازمان‌های غیردولتی (مرکزی) ارجاع می‌دهد و نیازها از سطح ملی شناسانده می‌شود و راه‌حل‌ها ارائه می‌گردد.</p> <p>برنامه‌ریزی به صورت غیرمتمرکز در این سازمان‌ها انجام می‌شود.</p>
استرالیا	<p>در استرالیا دولت‌های محلی در بודجه و اداره بیمارستان‌ها استقلال دارند. دولت‌های ایالتی مسئول اداره هر یک از بیمارستان‌های عمومی ایالت خود و تأمین بودجه هر یک از آنهاست و مدیریت هر بیمارستان توسط اداره منطقه‌ای انجام پذیرفته و مسئولیت اداره آن به شورای مدیریت واگذار شده است.</p> <p>در دولت مرکزی نیز اداره امور مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی به عهده حوزه بهداشتی گذاشته شده است.</p> <p>بخش بهداشت عمومی و دولت نقش بازرسی را در تأمین سرمایه سلامت ایفا می‌کند و در تعیین سیاست و خط‌مشی، نقش رهبری را بر عهده دارد. بر مبنای قانون بهداشت ملی، وزیر بهداشت ماهیت خدمات اولیه بیمه درمان را تعیین می‌کند و خود مسئول اجرای آن است.</p> <p>رفاه عمومی نقش رهبری را در سیاستگذاری بهداشتی بر عهده دارد. اصلاح قانون به میزان زیادی در رابطه با بهداشت انجام گرفته همچنین براساس قانون، رفاه عمومی حق تخصیص منابع را جهت اهداف رفاه عمومی، تحت قوانین مقتضی، داده است.</p> <p>به منظور جلوگیری از تداخل وظایف قانون اساسی واحدهای مرتبط با بهداشت، و ارتقای رویکرد ملی هماهنگ شده در جهت گسترش سیاست بهداشتی و اعمال این سیاست، کنفرانس مدیران بخش‌های مختلف بهداشت، که از مسئولان دولت‌های محلی، ایالات و رفاه عمومی تشکیل شده به صورت سالانه تشکیل می‌گردد.</p> <p>انجمن دولت‌های ایالات فعالیت‌های دولت رفاه عمومی، ایالات و دولت‌های محلی را در سطوح بالا هماهنگ می‌کند.</p> <p>بخش‌های بهداشتی دولت‌های محلی و ایالات برنامه‌های استراتژیک منظمی را برای خدمات بهداشتی خود تدوین می‌نمایند. دولت‌های محلی بیشتر سیستم مراقبت بهداشتی، بالانحص بیمارستان‌های عمومی و بهداشت عمومی را اداره می‌کنند.</p> <p>پروانه کار بخش و بیمارستان‌های خصوصی را دولت‌های محلی ارائه می‌کنند.</p> <p>تعدادی از مهم‌ترین فرایندهای نظارتی و قانونگذاری عبارتند از:</p> <p>(۱) نظارت بر منابع مالی رفاه عمومی از طریق قانونگذاری (بیش از ۷۰ درصد از هزینه‌ها)</p> <p>(۲) اعتبارنامه: اعتبارنامه بیمارستانی توسط انجمن استرالیایی استانداردهای مراقبت بهداشتی، ارائه می‌گردد.</p> <p>(۳) اندازه‌گیری و مدیریت عملکرد: اندازه‌گیری و ارزیابی عملکرد بخش بهداشت توسط چندین بخش دولتی انجام می‌گیرد.</p>

ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

نام کشور	رسمیت
سوئد	<p>سه سطح مدیریتی و سیاسی در سوئد عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دولت مرکزی - انجمن‌های شهری - قدرت‌های محلی (شهرداری) <p>یک نقش مهم دولت مرکزی این است که اصول اساسی برای مراقبت‌های بهداشتی را از طریق قوانین و آئین‌نامه‌ها ارائه دهد.</p> <p>وزارتخانه برای انجمن‌های دولتی انواع مراجع برای پارلمان، انواع و طرح‌های خلاصه جهت قانونگذاری جدید، مشخص می‌نماید و سایر قوانین دولتی را آماده می‌سازد.</p> <p>هیأت ملی بهداشت و رفاه، مرکز مشاوره دولت و عامل سرپرستی در عرصه‌های خدمات بهداشتی، حمایت بهداشتی و خدمات اجتماعی می‌باشند. وظیفه اصلی این عامل دنبال کردن و ارزیابی عنوان خدمات ارائه شده می‌باشند تا دریابد که آیا خدمات ارائه شده با اهدافی که توسط دولت مرکزی تهیه گردیده همخوانی دارد یا نه.</p> <p>دولت مسئول ارائه دستورالعمل‌های اساسی برای خدمات پزشکی می‌باشد. مسئولیت مراقبت پزشکی و بهداشتی در سیستم مراقبت بهداشتی سوئد به ۲ بخش تقسیم می‌شود. انجمن‌های شهری و شهرداری‌ها برنامه خدمات پزشکی و بهداشتی مسئولیت‌های مخصوص انجمن‌های شهری و شهرداری‌ها را جهت مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی تنظیم می‌نمایند.</p> <p>وزیر بهداشت مسئول اجرایی کردن سیاست‌های دولت در بخش بهداشت است.</p> <p>نحوه اداره بیمه</p> <p>نظارت و هدایت کلان با دولت، ولی اداره صندوق‌ها به صورت غیردولتی و به شکل غیرانتفاعی می‌باشد.</p>
ترکیه	<p>در سطح مرکزی وزارت بهداشت مسئول سیاست بهداشتی، ارائه خدمات بهداشتی می‌باشد.</p> <p>در سطح استانی خدمات بهداشتی درمانی توسط وزارت بهداشت از طریق هیأت مدیره‌های بهداشتی استانی که از نظر مسئولیت به فرمانداران استانی پاسخگو هستند اداره می‌شود.</p> <p>تصمیم‌گیری در مورد تخصیص بودجه و هزینه کردن آن هزینه به‌عهده وزارت بهداشت است.</p> <p>نقش وزارت بهداشت و درمان در کشور ترکیه انحصاری است.</p> <p>داروخانه‌ها، مراکز مادر و کودک، مراکز بهداشت و درمان و بیمارستان‌های خود وزارتخانه در سطوح اول و دوم زیر نظر وزارت مذکور قرار دارند.</p>
ایران	<p>طبق قانون کنترل کلیه واحدهایی که در زمینه‌های بهداشت و درمان کشور فعالیت می‌کنند از وظایف مهم و اساسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می‌شود.</p> <p>مستندات قانونی کنترل خدمات بیمارستانی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - اصل ۲۹ قانون اساسی: - قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی <p>در ماده یک قانون تشکیلات و وظایف پس از آنکه در بندهای متعددی به بیان وظایف وزارت بهداشت پرداخته است. از جمله تدوین و ارائه سیاست‌ها و برنامه‌ریزی، فراهم سازی تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی، تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به بخش‌های مختلف، تعیین هزینه‌های خدمات و تعرفه‌های مربوط به آن‌ها - در بند ۱۶ آن «تعیین</p>

نام کشور	رسمیت
ایران	<p>ضوابط مربوط به کنترل برنامه‌ها و خدمات واحدها و مؤسسات ... براساس استانداردهای مربوط» در چارچوب وظایف این وزارتخانه شمرده شده است. به علاوه بند ۱۷ همین ماده تعیین ضوابط ورود، ساخت، صدور و مصرف مواد و تجهیزات و فرآورده‌ها و همین طور کنترل این ضوابط در زمره مسئولیت‌های وزارتخانه دانسته است. تبصره ۴ ماده ۲ قانون تشکیلات و وظایف نیاز مرکز بهداشت استان را مسئول برنامه‌ریزی و کنترل برنامه‌های بهداشتی دانسته است. این مسئولیت‌ها بعداً به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محول شده است.</p> <p>- در ماده ۸، وظایف آمده است که «کلیه مؤسسات و واحدهای بهداشتی کشور که از طریق بخش خصوصی غیردولتی در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند از تاریخ تصویب این قانون باید تحت کنترل و برنامه‌ریزی این وزارتخانه قرار می‌گیرد». در ماده ۱۱ آیین نامه اجرایی ماده ۸ فوق‌الذکر تأکید شده است که مسئولان کلیه مؤسسات و مراکز بهداشتی موظف به ارائه اطلاعات مورد نیاز بازرسان وزارت بهداشت بوده و در صورت عدم ارائه این اطلاعات جرایم سنگین را برای آنها پیش‌بینی کرده است.</p> <p>- در ماده ۱۴ آیین نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیلات و وظایف نگاشته شده است. مراکز و مؤسسات درمانی موظف به رعایت ضوابط استاندارد وزارت بهداشت شده‌اند، ماده ۵ آن تصویب این ضوابط و مشخصات را به‌عهده وزارت بهداشت گذاشته است.</p> <p>ساختار سازمانی و وظایف سطوح کنترل کننده خدمات بیمارستان‌ها طبق دستورالعملی کنترل در ۶ سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سطح هماهنگی منطقه‌ای، درمان و دارو، سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، سطح معاونت امور درمان و داروی دانشگاه، سطح مدیران درمان دانشگاه و هسته‌های نظارتی بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌ها در قالب کمیته ارزشیابی و نظارت با هدف کنترل مستمر درونی سیستم پیش‌بینی شده است:</p> <p>الف) کنترل در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ب) کنترل در سطح هماهنگی منطقه‌ای امور درمان ج) کنترل در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی: - شورای نظارت و ارزشیابی دانشگاه - معاونت درمان و داروی دانشگاه - مدیر درمان دانشگاه - هسته کنترل بیمارستان‌های تابعه در قالب کمیته ارزشیابی و نظارت بیمارستان در نهایت اینکه سیستم بهداشت و درمان کشور به صورت متمرکز اداره می‌شود.</p>

جدول شماره ۲. میزان عدم تمرکز

نام کشور	میزان عدم تمرکز
ژاپن	در ژاپن دولت فعالیت اجرایی کمی را انجام می‌دهد و عمده فعالیت‌های اجرایی به‌عهده بخش خصوصی است. هرگونه تشکیلات خصوصی می‌تواند توسط افراد حقیقی یا شرکت‌های خاصی ایجاد شود. قانون خدمات درمانی، به محدود کردن مراکز مراقبت‌های بهداشتی با مالکیت سرمایه‌گذاری و ممانعت از ادغام عمودی تداوم بخشید. سلطه بخش خصوصی در این کشور وجود دارد.
انگلیس	می‌توان نظام انگلستان را یک سیستم خدمات درمانی ملی بر پایه مالیات نامید که یک بخش خصوصی کوچک هم آن را همراهی کرده است. در دهه ۱۹۷۰ بخش خدمات خصوصی شروع به رشد و گسترش کرد. هم‌اکنون ۲۰ درصد جراحی‌های انتخاب شده توسط بیمار به‌صورت خصوصی انجام می‌شود و ۳۰ درصد کل درآمد خالص پزشکان از طریق بخش خصوصی حاصل می‌شود. حتی در برخی موارد سهم درآمد ناشی از بخش خصوصی بیش از نظام طب ملی بوده است. پزشک عمومی، طبق قانون، مجاز به ارائه خدمات خصوصی نیست. در کنار تخت‌های خصوصی در بیمارستان‌ها، بیمارستان‌های خصوصی و مستقل (بنیادها) نقش مهمی در ارائه خدمات خصوصی دارند. با گسترش بخش خصوصی، شرکت‌های بیمه خصوصی نیز گسترش یافته‌اند. هم‌اکنون بخش خصوصی با مراکز سالمندان و پرستاری ارتباط نزدیکی دارد و دو سوم مراکز ویژه‌ای که از افراد مسن، ناتوان فیزیکی مراقبت می‌کنند توسط مراکز خصوصی اداره می‌شود.
استرالیا	ارائه خدمات بهداشتی و درمان در استرالیا توسط پزشکان بخش خصوصی و سیستم فراگیر خدمات بیمارستانی ارائه می‌شود. از ۱۰۰ درصد مردمی که تحت پوشش نظام بیمه درمانی دولتی خدمات پزشکی هستند حدود ۳۲ درصد بیمه خصوصی نیز دارند. همه سطوح دولت به همراه مصرف‌کنندگان و بخش‌های غیردولتی نقش یکسانی را در تأمین مالی یا ارائه مراقبت جهت افراد سالمند، ایفا می‌کنند. مراقبت‌های محلی افراد سالمند توسط بخش بهداشت عمومی، قانونگذاری و تأمین مالی می‌شود.
سوئد	سیستم مراقبت‌های سلامت در سوئد کاملاً دولتی است ولی اخیراً بخش خصوصی نیز در این زمینه فعال گردیده است. بنابراین، عمدتاً به روش مستقیم ارائه خدمات می‌شود. نسبت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های خصوصی افزایش یافته است.
ترکیه	تا قبل از رفرم، بسیاری از بیمارستان‌های کاملاً وابسته به سازمان مطبوع خود بودند و حق هیچ‌گونه تصمیم‌گیری در امور اداری و کارمندی خود را نداشتند. پس از رفرم به تعدادی از بیمارستان‌ها اجازه داده شد تا به‌صورت شرکت‌های بهداشتی و درمانی درآیند. مقرر شد تا این مراکز با استفاده از مدیریت اثربخش و مفید، منابع درآمد مستقل داشته باشند و آن را به اختیار خود هزینه کنند. همچنین طبق رفرم فوق، اقدامات خاصی جهت اینکه تصمیم‌گیری از نوع متمرکز خارج شود

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

نام کشور	میزان عدم تمرکز
ترکیه	صورت گرفت. از جمله، استفاده از برنامه‌های آموزشی برای مدیران کلیه واحدها بود تا بتوان تمام گروه‌های مذکور را در سطح ملی در تصمیم‌گیری دخالت دارد. در ترکیه حدود ۳۰ مؤسسه بیمه خصوصی فعال هستند که این مؤسسات ۵۰۰,۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارند. اکثر بیمه‌شدگان این مؤسسات عضو بیمه تأمین اجتماعی هستند که برای دریافت خدمات بهتر از بیمه‌های خصوصی نیز استفاده می‌کنند.
ایران	نظام بهداشت و درمان ایران به‌طور چشمگیری به صورت متمرکز اداره می‌شود به‌طوری که وظیفه سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارائه خدمات، خرید خدمت، تربیت نیروی انسانی و نظارت و کنترل همه به‌عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

جدول شماره ۳. مکانیزم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی

نام کشور	مکانیزم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی
ژاپن	سیاستگذاری بهداشتی در ژاپن هر چند سال یکبار، صورت می‌گیرد. رئیس دولت ژاپن زمان دقیق این نشست را به رؤسای شاخه‌های قضایی و قانونگذاری ابلاغ می‌کند. مکانیزم سیاستگذاری بهداشتی به این شکل است که نمایندگان ترجیحاً رؤسای تمام شاخه‌ها با ریاست رئیس دولت دور هم جمع می‌شوند و اقدام به تدوین سیاستگذاری بهداشتی کشور را می‌نمایند. دفتر سیاستگذاری پزشکی وزارت بهداشت ژاپن: در این دفتر به‌طور سالیانه مقام وزیر بهداشت و رفاه نماینده وزیر، نمایندگان بخش بهداشت و درمان استانها، نمایندگان بیمه اجتماعی دور هم گرد می‌آیند و خط‌مشی بهداشتی وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی را طرح‌ریزی می‌کنند.
انگلیس	مهم‌ترین عنصر تصمیم‌گیری در انگلستان «مجلس» است. کمیسیون‌های مجلس نیز نقش بارزی در بررسی فعالیت‌های جاری دولت دارند. پس از مجلس، نقش «نخست‌وزیر» بسیار برجسته است. پس از نخست‌وزیر، در داخل هر وزارتخانه شخص وزیر مسئول مستقیم اغلب تصمیمات است. ادارات تابعه هر وزارتخانه هم نقش اساسی در این کشور ایفا می‌کنند. نقش این ادارات در زمانی که مقدمات تنظیم بودجه صورت می‌گیرد، بارزتر می‌شود. این ادارات ماحصل مذاکرات و توافقات خود را با وزیر دارایی وقت در میان گذاشته و به وزیر متبوع خود ارائه می‌کنند. گروه‌های فشار خارج از وزارتخانه هم مهم تلقی می‌شوند. به‌نحوی که اغلب یک نوع مثلث مذاکره بین دولت، کارفرمایان و اتحادیه‌های کارگری و کارمندی تشکیل می‌شود. سازمان‌ها و اداراتی که بیشترین نقش سیاستگذاری و تصمیم‌گیری را دارند به شرح زیر می‌باشند: الف) وزارت بهداشت و درمان ب) ادارات منطقه‌ای

ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

نام کشور	مکانیزم سیاستگذاری و برنامه‌ریزی
انگلیس	<p>ج) ادارات ناحیه‌ای د) ادارات خدمات خانواده ه) بنیادهای نظام طب ملی ز) ادارات ویژه درمان</p>
استرالیا	<p>وزارت بهداشت به‌طور معمول نقش رهبری را در سیاستگذاری و خصوصاً در مورد مسائل ملی مانند بهداشت عمومی و تحقیق مدیریت اطلاعات بهداشتی دارد.</p>
سوئد	<p>وزارت بهداشت و امور اجتماعی دولت را در مدیریت کشور و سیاستگذاری یاری می‌دهد. این وزارتخانه به دولت اطلاعات لازم جهت تصمیم‌گیری را ارائه می‌دهد و جهت اطمینان از عملی شدن تصمیم نیز فعالیت دارد. یک وظیفه مهم این وزارتخانه هدایت و پیگیری فعالیت گروه‌های اجتماعی است که در دایره مسئولیت‌های وزارتخانه قرار دارند. دولت اهداف و خطوط راهنما را تعیین می‌کند و منابع این قدرت‌ها را تخصیص می‌دهد اما مشخص نمی‌کند که این قدرت‌ها چگونه باید قوانین را اجرا کنند یا درباره وقایعی که قبل از آن رخ داده چگونه باید تصمیم‌گیری نمایند.</p>
ترکیه	<p>مجلس به‌عنوان بالاترین مرجع تصمیم‌گیری در سطح کشور سازمان برنامه‌ریزی؛ بیشتر سیاست‌ها در سطح کلان را طرح‌ریزی می‌کند. معمولاً استراتژی‌های بهداشت و درمان برای یک برنامه ۵ ساله تعیین می‌شوند. وزارت بهداشت و درمان؛ تکیه بر برنامه‌ریزی عملیاتی دارد. اجرای استراتژی‌ها و سیاست‌های تعیین شده نیز به‌عهده وزارت بهداشت و درمان است. در هر استان یک مسئول درمان استان وجود دارد که در برابر فرماندار از لحاظ اداری و در برابر وزارت بهداشت و درمان از لحاظ حرفه‌ای مسئول است. وزارت بهداشت و درمان با کسب نظر از استاندار «مسئول درمان استان» را منصوب می‌کند.</p>
ایران	<p>سیاست‌ها در سطح کشوری تدوین شده و به استان‌ها اعلام می‌شود. کمیته‌های برنامه‌ریزی استان با توجه به سیاستگذاری ملی و با توجه به نیاز شهرستان و استان تابعه، برنامه استان را تدوین و به کمیته برنامه‌ریزی بهداشت و درمان ارائه می‌دهند. کمیته‌های بخش، برنامه کلی بخش را تنظیم می‌کنند ولی برنامه‌ریزی‌های تفصیلی و اجرایی در استان‌ها انجام می‌شود. اعتبارات مورد نیاز برنامه‌ها از طریق استان و با توجه به پیش‌بینی برنامه در اختیار شهرستان قرار می‌گیرد. اطلاعات اجرایی و همچنین اطلاعات مربوط به وضعیت خدمات و سلامت جمع‌آوری شده و به صورت گزارشات دوره‌ای از سطوح پایین به بالا ارسال می‌گردد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه سیاستگذاری را به‌عهده دارد.</p>

جدول شماره ۴. بهداشت

نام کشور	بهداشت
ژاپن	<p>۱. وزارت بهداشت و رفاه ژاپن نقش فعالی در ارائه خدمات بهداشت پیشگیری و عمومی دارد.</p> <p>۲. مجموعاً ۸۵۰ مرکز بهداشت پیشگیری و محیط زیست را بر عهده دارند. این مراکز به منظور مبارزه با سل و دیگر بیماریهای عفونی تأسیس شدند و خدمات جدید مراقبت در منزل در قالب سیستمی از طرح کمک‌های مالی آغاز شده است.</p> <p>۳. اقدامات دولت در بهداشت پیشگیری به‌طور اساسی مبتنی بر غربالگری مردم از نظر به خطر انداختن مؤلفه‌ها و بیماری‌های بالقوه است. این برنامه بسیار مورد پسند مردم بوده و هر ژاپنی به‌طور متوسط سالانه یک کنترل سلامتی کامل می‌شود.</p> <p>۴. کنترل سلامتی سالانه با استفاده از بودجه ملی تحت قانون بهداشت سالمندان افراد ۴۰ سال به بالا انجام می‌شود و معاینه عمومی با تجزیه ادرار، کنترل فشار خون، GOT, GPT و کلسترول را در بر می‌گیرد.</p> <p>۵. برای ۱/۳ جمعیت معاینات دقیق‌تری از جمله نوار قلب، تست‌های بینایی، آزمایش‌های کم‌خونی و قند خون انجام می‌شود.</p> <p>۶. آزمایش‌های جداگانه برای سرطان معده، رحم (از ۳۵ سالگی)، ریه و سینه انجام می‌شود.</p> <p>۷. غربالگری اجباری برای کودکان در سنین مدرسه شامل یک نوار قلبی است.</p> <p>عرصه دیگر در بهداشت، پیشگیری بهسازی آسایشگاه‌های چشمه آب گرم است که مستقیماً زیر نظر بیمه‌گران اداره می‌شود.</p>
انگلیس	<p>۱. بهداشت محیط</p> <p>۲. بهداشت غذا</p> <p>۳. توسعه بهداشت و پیشگیری</p> <p>خدمات فوق توسط ادارات آموزشی و ادارات محلی ارائه می‌گردد.</p> <p>سازمانهای غیردولتی بهداشتی و درمانی در انگلستان به سه حوزه کاری معتقد هستند تا به اهداف نایل شوند:</p> <p>۱. فعالیت ۲. اطلاعات ۳. تحقیقات</p>
استرالیا	<p>دولت‌های محلی و ایالتی خدمات بیمارستانی روانپزشکی و مسائل حاد عمومی و میزان وسیعی از خدمات بهداشت عمومی و بهداشت جامعه را در بر دارند. همچنین برنامه‌های بهداشت مدارس، بهداشت دندان، بهداشت مادر و کودک برنامه‌های بهداشت محیطی را ارائه می‌دهند.</p>
سوئد	<p>مراقبت‌های اولیه، علاوه بر مراکز بهداشت محلی و پزشکان خانواده، به وسیله پزشکان خصوصی، فیزیوتراپیست‌ها، پرستاران و همچنین کلینک‌هایی بهداشت مادر و کودک ارائه می‌گردد.</p> <p>کلینیک‌های کودکان خدمات واکسیناسیون، بررسی‌های بهداشتی روی افراد و مشاوره‌هایی مثل انواع خاص از درمان‌های رایگان برای تمام کودکان زیر سن دبستان ارائه می‌دهد.</p> <p>کلینیک‌های مادران که دارای پرسنل شاغل مامایی و تعدادی پزشک می‌باشد از زنان باردار جهت</p>

ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

نام کشور	بهداشت
سوئد	<p>ویزیت منظم در طول دوره بارداری به صورت رایگان رسیدگی می‌کند. همچنین خدمات مربوط به بهداشت و بهداشت مدارس در دسترس عموم قرار دارد.</p> <p>در این کشور بخش سلامت عمومی با وظایف پیشگیری زیر تحت امر وزیر انجام وظیفه می‌کند:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. الکل ۲. مواد مخدر ۳. تنباکو ۴. سوء استفاده از داروها ۵. ایدز و بیماری‌های جنسی ۶. بهداشت روان ۷. حوادث و آلرژی‌ها ۸. فعالیت‌های فیزیکی و تغذیه ۹. اعتیاد به قمار ۱۰. بیماری‌های واگیر ۱۱. ارتقای سلامت ۱۲. حفظ سلامت <p>همچنین بخش مراقبت‌های سلامتی با وظایف:</p> <p>مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شامل پیشگیری بهداشتی عمومی، کنترل بیماری‌های عفونی و سایر فعالیتهای پزشکی مانند مراقبت از سالمندان، مراقبت‌های دندانپزشکی (بهداشت دهان و دندان) و مسائل مربوط به کارکنان بخش بهداشت و درمان، تولیدات دارویی، بهداشتی و آرایشی.</p>
ترکیه	<p>مراقبت‌های سطح اول توسط وزارت بهداشت از طریق مراکز بهداشت و درمان، مراکز برنامه‌ریزی بهداشت خانواده و مادر و کودک و همچنین یک‌سری از مراکز مانند درمانگاه‌های سل یا خانه‌های بهداشت، ارائه می‌شود.</p> <p>واحدهای ارائه دهنده خدمت در سطح اول (روستاها) خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت و درمان هستند.</p> <p>خانه‌های بهداشت توسط ماماها ارائه خدمات می‌نمایند و جمعیتی حدود ۲,۵۰۰ تا ۳,۰۰۰ نفر را در مناطق روستایی تحت پوشش دارند.</p> <p>مراکز بهداشت جمعیتی در حدود ۵,۰۰۰ تا ۱۰,۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارند. عمده‌ترین وظایف این مراکز بهداشت پیشگیری و درمان بیماری‌های واگیردار، واکسیناسیون، ارائه خدمات بهداشت مادر و کودک، برنامه‌ریزی جهت بهداشت خانواده، آموزش بهداشت جامعه، بهداشت محیط، تشخیص و درمان موارد بیماری که در سطح اول بهداشتی قرار دارند و همچنین جمع‌آوری اطلاعات آماری مربوط به منطقه تحت پوشش می‌باشد.</p> <p>در حال حاضر وزارت کشور ترکیه هم واحدهایی جهت خدمات اولیه، هم واحدهایی جهت خدمات خاص (مادر و کودک) و هم واحدهای بیماری‌های خاص (مالاریا و سل) را به‌طور مجزا دارد.</p>
ایران	<p>آموزش پرسنل بهداشتی در ایران به صورت رایگان انجام می‌شود و این نیروها باید در ازای آن مدتی را در مناطق محروم فعالیت نمایند. خدمات بهداشتی اولیه در ایران شامل ایمن‌سازی، آموزش بهداشت، داروهای ضروری که به وسیله خاص بهداشت تأمین می‌شود، بهداشت مادر و</p>

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

نام کشور	بهداشت
ایران	<p>کودک، تنظیم خانواده و بهداشت محیط، بهداشت زنان و زایمان است. ارائه خدمات تحت این شبکه کاملاً سازمان یافته است و توسط ۱,۴۰۰ خانه بهداشت، ۲,۱۰۰ مرکز بهداشت روستایی و ۲,۰۰۰ مرکز بهداشت شهری ارائه می‌شود. غیر از خدمات پیشگیری یا درمان‌های جزئی بقیه خدمات درمانی و تندرستی حتی در دورترین نقاط توسط سازمان بیمه بهداشت و درمان پوشش داده می‌شوند. ساختاری که توسط آن این خدمات ارائه می‌شود شبکه بهداشتی درمانی نامیده می‌شود که به صورت خلاصه ساختار و کارکرد آن به شرح زیر است:</p> <p>خانه بهداشت: بهورزان نیروی انسانی خانه‌های بهداشت را تشکیل می‌دهند. بهورزان علاوه بر اینکه در خانه بهداشت مستقر هستند به ویزیت در منازل پرداخته و از این طریق با جامعه نیز ارتباط دارند. آمار کامل نواحی روستایی به منظور ارائه خدمات بهداشتی و درمانی توسط همین افراد تهیه می‌شود. آنها در ضمن به خانواده‌ها در مورد بهداشت کودک، تنظیم خانواده و فاصله‌گذاری در بین تولدها، شیردهی، تغذیه کمکی، تغذیه و ایمن‌سازی توصیه‌های لازم را می‌نمایند و نیز اجازه دارند برای بیماری‌های بسیار جزئی درمان اولیه تجویز کنند. خدمات خانه بهداشت رایگان است و ارجاع بیمار از خانه بهداشت به مرکز بهداشت روستایی توسط بهورز انجام می‌شود.</p> <p>مراکز بهداشتی درمانی روستایی: کلیه خدمات ارائه شده به وسیله خانه‌های بهداشت تحت نظارت مراکز بهداشتی درمانی روستایی هستند. خدماتی از قبیل خدمات زایمان، پاپ اسمیر و گذاشتن IUD.</p> <p>مرکز بهداشت درمانی شهری: خدمات تخصصی تری نسبت به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارائه می‌دهند.</p>

جدول شماره ۵. درمان

نام کشور	درمان
ژاپن	<p>۱. ژاپن تأکید زیادی بر درمان و مراقبت‌های سرپایی دارد.</p> <p>۲. بسیاری از بیمارستان‌های ژاپن نقش خانه سالمندان را دارند. بنابراین، متوسط اقامت برای همه بیمارستان‌های عمومی حدود ۴۳/۸ روز است.</p> <p>۳. پایین بودن میزان اعمال جراحی: میزان متعلق به بیماران بستری ممکن است به علت پایین بودن میزان عمل، پایین‌تر باشد.</p> <p>۴. نظام تأمین منبع مالی: از کل مخارج بهداشتی منظور شده در بیمه اجتماعی، فقط اندکی بیشتر از نصف آن با مشارکت بیمه، یک سوم آن توسط دولت و بقیه توسط پرداخت‌های بیماران تأمین می‌شوند.</p> <p>- نظام‌های پرداخت: به رغم سیستم‌های متنوع مالی، پرداخت حق‌الزحمه به ارائه کنندگان خدمات، مبتنی بر یک جدول واحد حق‌الزحمه است.</p>

ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

نام کشور	درمان
ژاپن	<p>بنابراین، پرداخت به کسانی که خود به پزشک مراجعه کرده‌اند براساس جدول حق‌الزحمه است نه میزان ادعایی افراد.</p> <p>بخش خصوصی به‌طور اخص، منابع دیگری علاوه بر آنچه از سوی بیمه اجتماعی پرداخت می‌شود، در اختیار دارد. این سیستم پرداخت، در پایین نگهداشتن هزینه‌ها و محدود کردن مصرف منابع بهداشتی در ژاپن نقش مهمی داشته است.</p> <p>بیمارستان‌های یکپارچه کوچک که ۲ تا ۶ تخت دارند و خدمات بهداشتی اولیه و خدمات پزشکی تخصصی در مناطق روستایی ارائه می‌کنند. تجهیزات این بیمارستان‌ها شامل اتاق‌های جراحی مجهز، تجهیزات X-Ray و آزمایشگاه‌ها بوده که جمعیتی در حدود ۱ تا ۲۵ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند.</p> <p>بیمارستان‌های ناحیه‌ای که ۱ تا ۲۰ تختخوابی هستند و خدمات پزشکی تخصصی تری را ارائه کرده و در هر ناحیه در دسترس می‌باشند و جمعیتی بین ۵۰ تا ۱۰,۰۰۱ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند.</p> <p>بیمارستان‌های عمومی که بیش از ۲ تخت را دارا بوده و شامل تمامی تخصص‌های پزشکی می‌باشد و در سطح هر استانی در دسترس می‌باشند.</p> <p>بیمارستان‌های تخصصی در مناطق شهری واقع شده‌اند که شامل تخصص‌هایی از قبیل چشم، روانپزشکی، سینه، قلب و عروق، غدد و زنان و زایمان و مامایی می‌باشد. بیمارستان‌های تخصصی در همه استانها وجود دارد.</p>
انگلیس	<p>۱. مراقبت‌های بیمارستانی ۲. مراقبت‌های اولیه ۳. مراقبت‌های اجتماعی ۴. تأمین مالی خدمات درمانی:</p> <p>تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی در انگلیس ۸۴٪ به‌عهده بخش دولتی است که عمده آن توسط مالیات تأمین می‌شود و نحوه جمع‌آوری آن به‌صورت کشوری است و ۱۶٪ به‌عهده بخش خصوصی می‌باشد.</p> <p>تأمین درآمد پزشکان: نظام بهداشت و درمان ملی و اداره تأمین اجتماعی فراهم کننده خدمات پزشکی و درمانی برای بیماران تحت پوشش سیستم فوق می‌باشند. بنابراین، پرداخت به پزشکان از همان سیستم صورت می‌گیرد. اصولاً در انگلیس درآمد پزشکان از نظام بهداشتی درمانی ملی تأمین می‌شود یا اینکه درآمد خود را از کار خصوصی در مراکز درمانی و سایر دستمزدهای مربوطه تأمین می‌نمایند. در نظام طب ملی انگلیس پرداخت پزشکان براساس فصل نیز کم و زیاد می‌شود.</p> <p>نرخ حقوق پزشکان ارائه دهنده خدمت با مذاکره مسئولین صنف پزشکی، دولت، نظام بهداشتی درمانی کشور و توصیه پزشکان و دندانپزشکان خود اشتغال معین می‌شود.</p>

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

نام کشور	درمان
انگلیس	<p>نظام‌های پرداخت: در حال حاضر پزشکان عمومی به‌طور مستقل با نظام طب ملی طرف قرارداد هستند و در قبال خدمتشان به آن‌ها حق‌الزحمه پرداخت می‌شود. این حق‌الزحمه به روش‌های مختلف سرانه، کارانه یا فوق‌العاده پرداخت می‌شود.</p> <p>نحوه پرداخت حق‌الزحمه پزشکان خانواده در انگلیس براساس حقوق و کارانه است. پرداخت به مرکز درمانی براساس کارانه و پرداخت موردی می‌باشد. از سازوکارهای کنترلی از بُعد مصرف‌کنندگان خدمات درمانی در کشور انگلیس به این صورت است که خارج از سیستم ارجاع، هزینه درمان بوسیله خود بیمار پرداخت می‌گردد.</p> <p>پرداخت به پزشکان عمومی: براساس نوع کار یا تعداد بیماران معاینه شده برحسب کاری که برای بیمار انجام شده است، می‌باشد.</p>
استرالیا	<p>فعالیت‌های درمانی: در گذشته بیمارستان‌های خصوصی بیشتر گرایش داشتند تا مراقبت‌های غیراضطراری ساده مانند عمل‌های جراحی انتخابی را انجام دهند. به هر حال امروزه تعدادی از بیمارستان‌های خصوصی به‌طور فزاینده‌ای خدمات پیچیده با تکنولوژی بالا ارائه می‌دهند.</p> <p>سیستم مراقبت سالمندان در استرالیا حول دو مدل اصلی عرضه مراقبت، ساختار بندی شده است:</p> <p>۱. مراقبت‌های محلی؛ ۲. مراقبت‌های اجتماعی.</p> <p>دولت‌های محلی و ایالتی به‌صورت مستقیم طیف گسترده‌ای از خدمات بهداشتی را از نظر مالی تأمین می‌کنند. بخش تندرستی و رفاه عمومی بیشتر خدمات پزشکی خارج بیمارستانی و بیشتر تحقیقات بهداشتی را از نظر مالی تأمین می‌کند. این سه بخش مشترکاً بیمارستان‌های عمومی و مراقبت‌های اجتماعی برای افراد ناتوان و مسن را از نظر مالی تأمین می‌نمایند. نظام بیمه درمان دولتی خدمات پزشکی، از طریق حق بیمه سرانه درمان و مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود.</p> <p>سویسید خدمات بهداشتی از طریق ۲ برنامه تأمین می‌شوند:</p> <p>برنامه مدیکیر و برنامه مزایای دارویی، در حالی که بیمارستان‌های عمومی و بهداشت عمومی تا حدی از طریق معاهده‌های تأمین مالی رفاه عمومی و ایالت‌ها از لحاظ مالی تأمین می‌شوند.</p> <p>مراقبت پزشکی اولیه به‌طور ابتدایی از طریق بیمه‌های بهداشت ملی با وجوه ترکیب شده و طبقه‌بندی شده جهت برنامه‌های بهداشت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی سطح دوم و سوم از نظر مالی تأمین می‌شوند.</p> <p>ارائه خدمات در سطح ملی در قالب برنامه‌ای به نام مراقبت پزشکی ارائه می‌شود که در بعضی موارد مجانی بوده و هزینه‌های آن از محل مالیات و عوارض تأمین می‌شود.</p> <p>پرداخت بخشی از حق ویزیت‌های بهداشتی اجباری است.</p> <p>بخشی از اعتبارات نیز توسط دولت تأمین می‌شود.</p> <p>نوع دیگری از پوشش خدمات از قبیل جراحات ناشی از کار، تصادفات رانندگی توسط شرکت‌های بیمه ارائه و تأمین اعتبار می‌گردد.</p>

ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

درمان	نام کشور
<p>انجام سرویس‌های استفاده از خدمات خصوصی اختیاری است و در صورتی که فرد تحت پوشش برنامه مراقبت پزشکی باشد، کلیه هزینه‌ها توسط این سیستم، طبق قرارداد به پزشکان، بیمارستان یا آزمایشگاه پرداخت می‌شود. در صورتی که فرد از بیمه بهداشتی و درمانی خصوصی استفاده نماید، پس از پرداخت هزینه‌ها، مبالغ پرداختی را از بیمه دریافت می‌کنند.</p> <p>حق‌الزحمه کلیه پزشکان از طریق سیستم مراقبت با بیمه‌ها پرداخت می‌شود.</p> <p>علاوه بر تعرفه‌های معمول ارائه خدمات در مراکز، در صورت ارائه خدمات در منازل، هزینه معمولاً تا ۸۵٪ تعرفه اصلی افزایش می‌یابد ولی این موضوع دارای محدودیت نیز هست.</p> <p>بعضی از خدمات مانند جراحی‌های زیبایی یا غرامت‌های ناشی از کار در این پوشش نمی‌باشند.</p> <p>در مراکز ارائه خدمات مراقبت پزشکی، تخفیف‌هایی برای افراد مراجعه‌کننده خصوصی وجود دارد که ۷۵٪ تعرفه از آنان اخذ می‌شود. سازمان‌های بیمه‌گر نیز برای خدمات فوق از ۷۵ تا ۱۰۰ درصد تعرفه‌ها را پوشش می‌دهند (برای خدمات بیمارستانی و سایر خدمات)</p> <p>در سیستم ارجاعی، مراجعه به پزشک متخصص و دریافت فرانشیز، بایستی از طریق پزشک عمومی (خانواده) صورت پذیرد. برای انجام آزمایشات پاراکلینیکی تخصصی نیز این موضوع صادق است.</p> <p>نحوه بازپرداخت در سیستم بهداشتی و درمانی استرالیا به دو صورت است:</p> <p>الف) پرداخت هزینه‌ها توسط بیمار سپس ارائه مدارک و دریافت آنها</p> <p>ب) دریافت چک از سیستم مراقبت پزشکی برای خدمات مشخص، پزشکان و آزمایشات مربوط که این نوع درخواست از طریق پست یا مراجعه حضوری به دفاتر نمایندگی اتفاق می‌افتد.</p> <p>در بخش تجویز دارو نیز سیستم مراقبت حدود ۶۰۰ نوع دارو و ۱۵۰۰ داروی ترکیبی را در لیست خود دارد. سیستم مراقبت دولتی ۸۳٪ قیمت دارو را پرداخت و مابقی توسط بیمار پرداخت می‌شود.</p> <p>به غیر از موارد فوق دولت پوشش‌هایی را به صورت زیر ارائه می‌دهد که اعتبار آن را تأمین می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ارائه خدمات به روستائیان به ویژه مناطق دور افتاده، بیماران روانی و افراد مقیم جزایر دوردست، - خدماتی که نیاز به کاربردن وسایل و تجهیزات گران‌قیمت پزشکی دارد، - خدمات آمبولانس، - پرستاری در منزل، - فیزیوتراپی، کاردرمانی، چشم‌پزشکی، خدمات کایروپراکتیک، روانشناسی، گفتاردرمانی، - طب سوزنی و سنتی، - عینک، - خدمات مربوط به درمان ناشنوایی، - درمان پروستات، 	<p>استرالیا</p>

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

نام کشور	درمان
استرالیا	<p>- داروها،</p> <p>- خدمات پزشکی و بهداشتی خارج از کشور،</p> <p>- خدمات بهداشتی درمانی مرتبط با مسئولیت با فرد دیگر،</p> <p>- جراحی،</p> <p>- آزمایشات مربوط به ارائه پوشش بیمه عمر یا مالیات پزشکی جهت تعیین سطح سلامت فرد.</p> <p>کسانی که در استرالیا دارای پوشش بیمه سلامتی خصوصی و دارای اسناد مشخص کننده میزان حقوق یا درآمد می باشند، هنگام نیاز به استفاده از خدمات مراکز دولتی و منطقه ای ۳۰ درصد تخفیف روی تمام تعرفه ها به ایشان و خانواده از طریق دولت فدرال تعلق می گیرد.</p> <p>کسانی که مالیات می دهند به سه روش می توانند ۳۰ درصد تخفیف را مطالبه کنند:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. مستقیماً از واحد حقوق و دستمزد، ۲. از دفاتر مراکز مراقبت پزشکی، ۳. از اداره اخذ مالیات. <p>مالیات بهداشتی درمانی توسط افراد با پایه ۱/۵ درصد از دستمزد هر فرد در سقف حداقل دستمزد پرداخت می شود.</p> <p>افراد با دستمزد بالاتر از حداقل حقوق در صورت عدم پرداخت حق بیمه خصوصی، یک درصد بیشتر یعنی ۲/۵ درصد از دستمزد خود را برای مالیات بهداشتی و درمانی به دولت پرداخت می کنند.</p>
سوئد	<p>مراقبت های پزشکی در مواردی که به درمان های بیمارستانی نیاز است در سطح شهرستان و سطح منطقه ای ارائه می گردد. تعداد ۶۵ بیمارستان مرکزی شهرستان و بیمارستان های حوزه ای شهرستان مراقبت های جسمی را در تعداد از عرصه های تخصصی، تا حدودی به صورت بستری و تا حدودی نیز به صورت سرپایی ادامه می دهند. همچنین خدمات پزشکی شهرستان، مراقبت های مربوط به روانپزشکی را به صورت فزاینده ای در شکل مراقبت های سرپایی ارائه می دهند. سیستم پزشکی منطقه ای از ۹ بیمارستان منطقه ای تشکیل شده که یک طبقه گسترده تری از عرصه های تخصصی و نیمه تخصصی نسبت به سطح شهرستان دارد.</p> <p>امروزه مراقبت های پزشکی بیشتر و بیشتر در خارج از بیمارستان انجام گرفته و شکل این مراقبت ها در حال تغییر است.</p> <p>تأمین مالی: تأمین درمانی خدمات در بخش خصوصی همانند بخش دولتی و از طریق مالیات ها صورت می گیرد. بیماران میزان کمی را به عنوان فرانشیز می پردازند. پرداخت بیماران، بیمه بهداشتی درمانی و نیز بخش خصوصی منابع تأمین مالی بخش بهداشت و درمان خصوصی در سوئد است. بیمه بیماری کاملاً توسط دولت تأمین می شود و شامل کلیه خدمات بهداشتی و درمانی می باشد.</p> <p>تأمین مالی بیمه سلامت: از طریق دولت و از محل درآمدهای مالیاتی صورت می پذیرد. شیوه پرداخت عمدتاً با پرداخت حقوق ماهیانه انجام می گیرد.</p>

ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت

نام کشور	درمان
ترکیه	<p>سیستم خدمات درمانی دولتی</p> <p>در ساختار این سیستم بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی دولتی در سراسر کشور برحسب تلفیق امکانات و نیازمندی‌های جمعیتی مردم ایجاد شده است به گونه‌ای که برای هر ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر یک درمانگاه (مرکز بهداشتی درمانی) ایجاد شده است.</p> <p>در بیمارستان‌های دولتی افراد غیربیمه‌ای و نیازمند که تحت هیچ پوشش بیمه‌ای مراجعه می‌نمایند، دارای کارت سبز هستند و دارندگان کارت سبز درمان رایگان دریافت می‌کنند.</p> <p>تأمین مالی: سرمایه اصلی بیمارستان‌های وزارتخانه از اعتبارات دولت تأمین می‌شود (۷۴ درصد). حق‌الزحمه پرداختی مؤسسات بیمه‌ای و افراد نیز درآمدهای این بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهد (۳۳ درصد)</p> <p>تأمین مالی بخش بهداشت و درمان دولتی ۶۵٪، خصوصی ۳۵٪.</p> <p>نظام پرداخت: نظام پرداخت به کادر ارائه خدمات یعنی خرید ارائه خدمات درمانی از سیستم بهداشت و درمان یا مراکز ارائه دهنده خدمات</p> <ul style="list-style-type: none"> - پرداخت بیمه‌شدگان، دولت، بیمه‌گران برای خرید خدمات تندرستی - پرداخت به پزشکان: حقوق براساس تعداد بیماران ثبت شده - پرداخت به متخصصین: حقوق - پرداخت به مراکز درمانی: هزینه خدمات درمان <p>پرداخت بوسیله بیمه‌شدگان: در مؤسسات تأمین اجتماعی پرداخت توسط بیمه شده، کارفرما به بیمه‌گر صورت می‌گیرد.</p>
ایران	<p>- سیستم خدمات درمانی عمدتاً دولتی ولی بخش خصوصی نیز فعال است. سیاستگذاری در بخش بهداشت و درمان در سطح کشوری تنظیم شده و از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی به استان‌ها ابلاغ می‌شود.</p> <p>کمیته‌های برنامه‌ریزی استان به برنامه‌ریزی امور درمانی استان می‌پردازند. اعتبارات مالی مورد نیاز برنامه‌ها از طریق استان و با توجه به پیش‌بینی‌های برنامه در اختیار شهرستان‌های تابعه قرار می‌گیرد.</p> <p>شبکه بهداشت و درمان ایران در سطوح سه گانه تحت کنترل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بیش از ۷۰/۹ درصد مؤسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی است. ۱۸/۸ درصد کل مؤسسات درمانی در اختیار بخش خصوصی است. سازمان تأمین اجتماعی نیز در بخش درمان ۲/۷۵ درصد از مراکز درمانی در اختیار دارد. ۱/۹ درصد مراکز درمانی هم در اختیار سازمان‌های خیریه است.</p>

منبع: حسین زارع، نظام سلامت در دنیا، جلد دوم، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۵.

بحث و نتیجه‌گیری

تجربه جهانی و مطالعه سیاست‌های ملی گویای این واقعیت است که تخصیص درصد بیشتری از تولید ناخالص داخلی به امر سلامت به مثابه با ارزش‌ترین سرمایه‌گذاری در منابع انسانی و در زمره کلیدی‌ترین ارکان توسعه ملی است. چنین سرمایه‌گذاری به‌تنهایی وافی به مقصود نیست و ساختار مدیریت نظام بهداشت و درمان می‌باید براساس مطالعات گسترده تطبیقی و شناخت هرچه بیشتر و بهتر ساختار دیگر نظام‌های مدیریت سلامت، همراه با تحلیل شرایط موجود کشور، متحول شده تا بتواند رسالت خود را بنحو شایسته به انجام رساند.

پژوهش انجام شده، ساختار مدیریت نظام سلامت را از دیدگاه عدالت در کانون توجه قرار داده و براساس مطالعه تطبیقی مربوط، این واقعیت را آشکار ساخته است که پیوند میان سه عامل سلامت، عدالت، و مدیریت هنگامی استحکام می‌یابد که ساختار چنین مدیریتی واجد ارکان علمی و واقعی لازم باشد. مشارکت فعال، آگاهانه، و هماهنگ سطوح مختلف سیاستگذاری و تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و مدیریت، اجرائی و کنترل نظام سلامت می‌تواند به دستاوردهایی منتهی شود که جامعه آن را برابر و عادلانه پندارد. اعتقاد به چنین امری حمایت و مشارکت فزاینده توده‌های مردم را از نظام سلامت و مدیریت آن به‌همراه خواهد داشت.

پژوهش‌های ارزنده‌ای که به نوعی با این پژوهش و یافته‌های آن مرتبط می‌باشند، در کشور انجام شده است که یافته‌های آنان در راستای یافته‌های این مطالعه است. کار ارزنده دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی تحت عنوان *اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی* که به اهتمام علی حسن‌زاده و همکارانش انتشار یافته است^۱، به سیاستگذاری در عرصه سلامت پرداخته و ضمن انجام مطالعه تطبیقی بر چند کشور منتخب و ایران، الزام‌ها و راهبردهای کلان در تدوین سیاست ملی سلامت برشمرده‌اند.

مارک و همکارانش در اثر ارزنده خویش، *اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی* که وسیله جمعی از پژوهشگران همکار با مؤسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ، ترجمه و انتشار یافته است^۲، به چرخه اصلاحات سلامت، راهبردها، ارزیابی عملکرد نظام سلامت،

۱. حسن‌زاده، علی و علی اخوان بهبهانی، *اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی*،

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، آذر ۱۳۸۴.

۲. مارک، ج. روبرتز و همکاران، *اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی*، ترجمه علیرضا احمدوند و

همکاران، مؤسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ، تهران، ۱۳۸۴.

تأمین مالی، نظام‌های پرداخت، و عدالت پرداخته‌اند.

زارع، جمالی و رشیدی. جلد اول کتاب *مطالعه تطبیقی نظام سلامت در دنیا* را ارائه داده‌اند^۱، جلد دوم کتاب تحت عنوان *نظام سلامت در دنیا: بسته‌های خدمات درمانی، بیمه سلامت*^۲، نوشته زارع، الگوهای نظام سلامت در قالب سیستم تلفیقی، سیستم طب ملی، سیستم بیمه ملی، نظام سوسیالیستی، با مظاهری از هر یک از این سیستم‌ها و در نهایت وضعیت موجود سلامت در ایران را تحلیل نموده است.

به هر حال، عدالت در سلامت هنگامی قابل حصول است که هر انسان بتواند از بالاترین استاندارد قابل قبول بهره‌گیری از بهداشت جسمی و روانی برخوردار بوده، و خدمات سلامت، کافی، در دسترس، قابل قبول، و با کیفیت بالا در اختیار جامعه قرار گیرد.^۳

تحقق چنین آرمانی در نظام سلامت کشور می‌تواند بر پایه تجدید ساختار مدیریتی نظام سلامت آن شکل گیرد و این چنین تحولی می‌باید براساس موازین و دستاوردهای دانش مدیریت نوین صورت پذیرد و تجارب دیگر کشورها و شرایط خاص ایران را نیز لحاظ نماید.

منابع و مآخذ

منابع فارسی

۱. برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران، بخش سوم، توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی.
۲. حسن‌زاده، علی و علی‌اخوان بهبهانی، *اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی*، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، آذر ۱۳۸۴.
۳. رابینز، استیفن، *تئوری سازمان: ساختار، طراحی، کاربردها*، ترجمه سیدمهدی الوانی و حسن‌دائمی فرد، انتشارات صفار، اشراقی، تهران، ۱۳۷۹.
۴. زارع، حسین، محمدرضا جمالی، رضا رشیدی، *مطالعه تطبیقی نظام سلامت در دنیا*، جلد اول، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۴.

۱. زارع، حسین، محمدرضا جمالی، رضا رشیدی، *مطالعه تطبیقی نظام سلامت در دنیا*، جلد اول، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۴.

۲. زارع، حسین، *نظام سلامت در دنیا*، جلد دوم، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۵.

3. (P:\ third % 20 best htm)

۵. زارع، حسین، *نظام سلامت در دنیا*، جلد دوم، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۵.
۶. طبیبان، محمد، *اقتصاد ایران*، مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی توسعه، تهران، ۱۳۷۸.
۷. کریمی، ایرج، *اقتصاد سلامت*، جلد دوم، انتشارات گپ، تهران، ۱۳۸۴.
۸. گیلیس، مالکوم، و همکاران، *اقتصاد توسعه*، ترجمه غلامرضا آزاد (ارمکی)، نشر نی، تهران، ۱۳۷۹.
۹. مارک، ج. روبرتز و همکاران، *اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارائی*، ترجمه علیرضا احمدوند و همکاران، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، ۱۳۸۴.
۱۰. مور، کن بلیک، *مقدمه‌ای بر سیاستگذاری اجتماعی*، ترجمه دکتر علی‌اصغر سعیدی و سعید صادقی جقه، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۸۵.

منابع انگلیسی

1. Mann, Jonathan M. et al. *Health and Human Rights*, Routledge, New York, 1999, p 5.
2. Ministry of Labour, *Health and Welfare*, <http://www.mhlw.go.jp/english/>
3. Mushkin, Selma. "Health as an Investment", *Journal of Political Economy*, 70 (5) Part 2 supplement, October 1962, pp 127- 57.
4. World Health Organization Constitution, in Basic Documents, 36th ed., Geneva, WHO, 1986.
5. World Health Organization <http://www.who.int/countries/gbr/en/>
6. World Health Organization <http://www.who.int/countries/aus/en/>
7. World Health Organization <http://www.who.int/countries/swe/en/>
8. World Health Organization <http://www.who.int/countries/tur/en/>
9. (P:\ third % 20 best htm)