

نظام‌های بهداشتی در زمانه تطبیق

Comparative Health Systems

مؤلفین:

دکتر ایروان مسعودی اصل

دکتر علی اخوان بهبهانی

با همکاری دکتر مریم رهبری

سرشناسه

:



سازمان بیمه سلامت ایران

خیابان شریعتی - بالاتر از شهید وحید دستجردی (ظفر).

خیابان شهید علیپور مشکانی، شماره ۸ - تلفن ۲۲۸۵۸۷۲۰-۷

نام کتاب: نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

مؤلفین: دکتر پروان مسعودی اصل

دکتر علی اخوان بهبهانی

شمارگان: ؟؟؟؟ نسخه - چاپ اول: ۱۳۹۴

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: سازمان چاپ تقویم

قیمت: ----- تومان

شابک: 978-964-8952-..-

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

فهرست

صفحه	عنوان
۷	پیشگفتار
۱۱	فصل اول: مبانی نظری
۳۵	فصل دوم: نظام سلامت در آلمان
۶۵	فصل سوم: نظام سلامت در آمریکا
۹۱	فصل چهارم: نظام سلامت در استرالیا
۱۰۷	فصل پنجم: نظام سلامت در انگلیس
۱۲۷	فصل ششم: نظام سلامت در ترکیه
۱۴۹	فصل هفتم: نظام سلامت در روسیه
۱۷۳	فصل هشتم: نظام سلامت در ژاپن
۱۹۱	فصل نهم: نظام سلامت در سنگاپور
۲۱۱	فصل دهم: نظام سلامت در سوئد
۲۴۳	فصل یازدهم: نظام سلامت در سوئیس
۲۶۷	فصل دوازدهم: نظام سلامت در فرانسه
۲۸۷	فصل سیزدهم: نظام سلامت در فنلاند
۳۰۱	فصل چهاردهم: نظام سلامت در کره جنوبی
۳۱۹	فصل پانزدهم: نظام سلامت در مالزی
۳۳۹	فصل شانزدهم: نظام سلامت در هلند
۳۵۹	فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران
۳۹۱	فصل هجدهم: بررسی تطبیقی
۴۱۵	فصل نوزدهم: جمع‌بندی
۴۳۵	منابع

پیشگفتار

در دنیای امروز که شاهد تغییر و تحولات شگرف در زمینه‌های مختلف هستیم، سیستم‌های سازمانی برای کسب موفقیت باید از نوعی برنامه‌ریزی بهره‌گیرند که آینده‌نگر و محیط‌گرا باشد. به نحوی که ضمن شناسایی عوامل و تحولات محیطی در افق زمانی بلندمدت تأثیر آنها را بر سازمان و نحوه تعامل سازمان با آنها را مشخص کند.

بخش سلامت نیز جدای از این مقوله نیست. سلامت یکی از مهمترین دغدغه‌های نوع بشر است و نظام سلامت با تعاریف جدید آن نقش روزافزونی را در حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه بر عهده دارد. سلامتی که در کنوانسیون آلماتا (که ایران هم عضو تأیید کننده آن است) بعنوان محور توسعه شناخته شد؛ فقط بدنبال پیشگیری و درمان بیماری‌ها یا افزایش امید به زندگی نیست بلکه طول عمری با جسمی سالم، روحیه‌ای شاداب همراه با توان فعالیت کامل در همه عرصه‌های جامعه تا آخرین لحظات زندگی است.

نظام‌های سلامت در دهه‌های اخیر، دستخوش تغییرات مهمی شده‌اند. در قرن بیستم بود که این نظام‌ها به معنای جدید - مجموعه پیوسته‌ای از عملکردها، روش‌ها و نهادهایی که برای رسیدن به یک هدف واحد عمل می‌کنند - شروع به کار کرده‌اند. در طول زمان، نظام‌های سلامت پیچیده و پیچیده‌تر شده و دو گرایش عمده در پایه‌ریزی ساختارهای آنها بوجود آمده است. گرایش اول با مجموعه پر تعداد و گسترده‌ای از عاملان در بخش سلامت مشخص می‌شود که عاملان مشترک توسعه بخش خصوصی و تمرکززدایی است. این شیوه منجر به تشکیل سازمان‌های ملی مسؤول

۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

شده است. این تغییرات به موازات جدایی بیش‌تر عملکردها ادامه می‌یابند. گرایش دوم با عملگرانی مشخص می‌شود که به طور فزاینده‌ای در یک عملکرد به خصوص در نظام سلامت تخصصی می‌شوند که این عملکرد می‌تواند تأمین خدمات، خرید، مدیریت مؤسسات مراقبت سلامت، تأمین مالی سلامت و قانون‌گذاری نظام سلامت باشد.

مطالعه تطبیقی علاوه بر این که می‌تواند در گسترش مرزها و مبانی دانش نظریه‌سازی و نظریه پردازی کمک کند، در حوزه علوم و اجرا نیز در اتخاذ تصمیمات مناسب و انتخاب راه حل‌های صحیح جهت حل معضلات و مشکلات عینی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بدیهی است که هدف از مطالعه تطبیقی در حوزه علوم کاربردی و اجرایی، به هیچ عنوان الگوپردازی صرف و تقلید محض نمی‌باشد، بلکه آنچه به عنوان یکی از نتایج نظری و کاربردی تحقیق تطبیقی مد نظر است، مقایسه الگوهای مورد استفاده در یک زمینه مشخص می‌باشد که برخورد مستقل محقق را می‌طلبد.

در بررسی تطبیقی بویژه در حیطه بهداشت و درمان باید توجه داشت که نگاه سطحی به مسائل و تحلیل و مقایسه کشورها بدون توجه به زیر ساخت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نوعی اشتباهی راهبردی تلقی می‌شود و دور از نگاه کارشناسی و تحلیل علمی خواهد بود.

به طوریکه اقتباس و الگوپردازی از یک نظام موفق سلامت از یک کشور توسعه یافته، الزاماً نمی‌تواند همان نتایج را برای کشور اقتباس کننده که از سطح توسعه یافتگی متفاوتی برخوردار است به همراه داشته باشد چه بسا کشوری با زیربنای محکم اجتماعی و اقتصادی با استفاده از یک نظام ساده بهداشتی و درمانی بتواند به نتایج بسیار مطلوبی برسد. اما این شیوه در کشوری دیگر کاملاً ناموفق جلوه می‌نماید.

فارغ از این تفاوت‌ها به طور کلی می‌توان گفت نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورهای مختلف متأثر از شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی آن کشورها است بطوریکه کشورهایی با نظام سیاسی - اقتصادی مشابه عموماً از نظام‌های بهداشتی - درمانی مشابهی نیز برخوردار هستند. نقش فرهنگ نیز در نحوه کارکرد نظام بهداشتی و درمانی بسیار مؤثر واقع می‌شود.

در کشورهایی که فرهنگ کار و کوشش رواج دارد، عموماً نظام سلامت نیز موفق‌تر است هر چند که سیستم اجرایی نظام از نوع سنتی - بومی یا اقتباسی باشد. بعنوان مثال گر چه نظام بهداشتی

و درمانی کشور ژاپن از نظام آلمان الگوبرداری شده لیکن مشخصاً کشور ژاپن بویژه در بخش بهداشت موفق‌تر بوده است.

هرچند نوع نظام بهداشتی و درمانی هیچگاه در دو کشور یکسان نیست، ولی به هر حال تشابه گروهی از عوامل و متغیرها باعث می‌شود که بتوان نظام‌های مذکور را دسته‌بندی کرد.

دسته‌بندی نظام‌های بهداشتی و درمانی بر اساس منطقه جغرافیایی و میزان توسعه یافتگی شاخص‌های بهداشتی نیز امکان‌پذیر است. معمولاً کشورهایی که در یک منطقه جغرافیایی قرار دارند، از نظام مشابهی نیز برخوردار هستند.

از طرف دیگر می‌توان کشورهایی را که از لحاظ شاخص‌ها در رده‌های مختلف قرار دارند تقسیم‌بندی کرد و فرضاً در سه گروه پیشرفته، متوسط و ضعیف قرار داد.

نوع دیگر تقسیم‌بندی می‌تواند بر اساس نظام پرداخت و نحوه تأمین مالی باشد. این نوع تقسیم‌بندی که امروزه رواج بیشتری دارد علاوه بر مشخص کردن ارتباطات مالی سازمان‌های درگیر، نوع سازمان‌های بهداشتی و درمانی موجود و همچنین راهبردهای کل نظام را مشخص می‌نماید. ذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که قرار گرفتن یک کشور در یک گروه به معنی تعلق کامل آن به دسته مذکور نیست و تنها وجود یکسری عوامل مشترک باعث شده است تا نظام سلامت کشور به سمت دسته‌ی مذکور متمایل شود.

در این کتاب که تلفیقی از گردآوری، تدوین و ترجمه است سعی شده از تمامی گروه‌های نظام سلامت موجود در دنیا، کشورهای شاخص مورد بررسی قرار گیرد و نظام سلامت ایران نیز به شکلی مبسوط‌تر بررسی شود تا فضای مقایسه و تطبیق برای خواننده فراهم شود. در این مجمل مجموعاً ۱۶ کشور آلمان، آمریکا، استرالیا، انگلیس، ترکیه، روسیه، ژاپن، سنگاپور، سوئد، سوئیس، فرانسه، فنلاند، کره جنوبی، مالزی، هلند و ایران مورد بررسی قرار گرفته است. برای اشراف بهتر خواننده به موضوع سعی شده است پس از بیان کلیاتی در خصوص وضعیت سیاسی اقتصادی و اجتماعی هر کشور به ساختار و وظایف نظام سلامت آن پرداخته و سپس نظام ارایه خدمات سلامت در آن کشور بصورت مختصر توضیح داده شده است.

پس از آن نیز نگاهی بر نظام بیمه‌ای و تأمین مالی سلامت خواهیم داشت و در نهایت پوشش خدمات مورد بحث قرار خواهد گرفت.

در تدوین کتاب تلاش شد تا آخرین وضعیت هر کشور مد نظر قرار گیرد و به طور عمومی نظام سلامت کشورها بر پایه اطلاعات سال ۲۰۱۳ تدوین شده است. از آنجایی که در دنیای کنونی تغییرات بسیار سریع اتفاق می‌افتد، ممکن است برخی مطالب کتاب تا زمان انتشار یا بهره‌برداری توسط مخاطبان گرامی دستخوش تغییراتی شده باشد که غیرقابل اجتناب است.

امید است کتاب حاضر اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، اساتید، دانشجویان، مدیران و علاقه‌مندان به حوزه سلامت قرار می‌دهد.

هرچند مؤلفین حداکثر تلاش خود را برای عرضه کتابی جامع بکار بسته‌اند ولی مطمئناً این دستاورد عاری از نقص و کاستی نیست امید است صاحب‌نظران با ارائه نظرات کارشناسانه ما را در پربارتر شدن این مجموعه یاری نمایند.

فصل اول: مبانی نظری

۱- مفهوم سلامت

مفهوم سلامت و داشتن تعریف مشترک از آن، در تبیین رسالت و مبانی فکری و اجرایی به ویژه در سطح کلان اهمیت اساسی دارد. سلامتی مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می گیرد، ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی ترین تعریفی که از سلامتی شده است عبارتست از بیمار نبودن. سلامت در ادبیات بین المللی به صورت های زیر تعریف شده است:

فرهنگ و بستر^۱ سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی و بخصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می داند.

رویکرد بوم شناختی^۲ سلامت را نوعی هماهنگی میان انسان و محیط زیست می داند. از دید اکولوژیست ها، سلامت تنها در یک چارچوب فراگیر، قابل دسترسی است. اکولوژیست ها می کوشند تا از یکسو، شاخص های سلامتی را از نگرش مطلق نگر پزشکی خارج سازند؛ و از سوی دیگر، چارچوبی تمهید کنند که در آن، انسان بتواند مشکلات مربوط به سلامتی خود را حل کند. از این دیدگاه، سلامتی عبارت است از: «یک وضعیت رفاهی کامل پایدار (متعادل) درون اکوسیستم های پایدار در داخل زیست کره ای پایدار». مشخصه انسان سالم از دید اکولوژیست ها را نیز می توان در عبارت زیر بیان کرد: «انسانی از نظر جسمی سالم، از نظر فکری بی عیب، از لحاظ روانی شاد، از لحاظ اجتماعی فعال، از جنبه سیاسی آگاه، از نظر اقتصادی مولد و از نظر فرهنگی مسئول.»

1- Webster

2- Ecology

رویکرد اجتماعی، سلامت و بیماری را در چارچوب روابط متقابل انسان و اجتماع، جست‌وجو می‌کند. به عبارت دیگر، پارادایم زیست روانی - اجتماعی، به عنوان مکمل‌های پارادایم‌های دیگر وارد حوزه تعریف سلامت می‌شود.

از دیدگاه اجتماعی، سلامتی به معنای فقدان مانع در ایفای نقش‌های اجتماعی است. این مانع ممکن است در سطح جسمانی یا روانی بروز کند، یا در بعد اجتماعی مانند بیکاری، عدم دسترسی به نهادهای آموزشی، نابرخورداری از امتیازات اجتماعی و ... پدید آید. فرد هنگامی می‌تواند به ایفای نقش‌های اجتماعی خود پردازد که هم احساس سلامتی کند و هم جامعه او را سالم بدانند. بدین گونه، یکی از ویژگی‌های رویکرد اجتماعی، بررسی تصویر فردی و اجتماعی سلامت است. تصویرهایی که همواره با هم انطباق ندارند.

تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ از سلامتی در سال ۱۹۴۷ عبارت است از: «آسایش کامل جسمی، روحی و اجتماعی، و نه صرفاً فقدان بیماری و ناتوانی».

با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی مواردی مانند فقر، آموزش، تغذیه، اشتغال، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهداشت، شرایط زندگی و ... را نیز در برمی‌گیرد.

از دیدگاهی تئوری سرمایه انسانی^۲ سلامت افراد یک (ذخیره سرمایه) است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر^۳ مستهلک می‌شود، بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می‌گردد و سرمایه‌گذاری در سلامت (بهداشت و درمان) این استهلاک را جبران می‌کند.

سلامت در عرصه اندیشه و عمل جنبه‌های متفاوتی دارد. سلامت انسان محصول تعامل پیشینه ژنتیکی، محیط اجتماعی، روانی و اکولوژیکی است که او را در بر می‌گیرد و هر کدام از این عوامل به طور جداگانه‌ای بر سلامت وی تأثیر می‌گذارند.

۲- نظام سلامت چیست؟

در هر جامعه، شبکه‌ای از مفاهیم که گرد مقوله‌های سلامت، بهداشت، بیماری، و درمان بنا شده‌اند، بر روی هم، نظام جامع سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام جامع سلامت، در درون نظام اجتماعی تعریف می‌شود و تا حد زیادی متأثر از آن است.

1- WHO

2- Human capital Theory

3- Natural Aging

فصل اول: مبانی نظری ۱۳

سازمان بهداشت جهانی نظام سلامت را به این صورت تعریف می‌کند: تمام فعالیت‌هایی که هدف اصلی آن‌ها ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت است. این فعالیت‌ها می‌تواند شامل مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشتی عمومی یا برنامه‌های بین بخشی (مانند ایمن‌سازی اتومبیل، بهبود جاده‌ها و ...) باشد.

۳- شکل‌گیری نظام‌های سلامت

از زمانی که نوع بشر به صورت آگاهانه برای حفظ سلامت خود و درمان بیماری‌ها تلاش خویش را آغاز کرد، نظام‌های سلامت نیز شکل گرفته اما تا یک قرن پیش نظام‌های سلامت سازمان یافته به معنی این‌که به قصد فایده رساندن به کل جمعیت شکل گرفته باشد وجود نداشت.

در اواخر قرن نوزدهم با وقوع انقلاب صنعتی و تغییر الگوی زندگی، سلامت کارگران در برخی از کشورهای اروپایی در حال تبدیل شدن به یک مسأله سیاسی بود. بیسمارک صدر اعظم آلمان برای مقابله با این وضعیت، قانونی را در سال ۱۸۸۳ به تصویب رسانید که بر طبق آن کارفرمایان موظف بودند کارگران خود را برای خدمات بهداشتی و درمانی تحت پوشش قرار دهند.

استقبال عمومی کارگران از این قانون موجب شد که قوانین مشابهی در سال ۱۸۹۴ در بلژیک، سال ۱۹۰۹ در نروژ و سال ۱۹۱۱ در انگلستان وضع گردد. پس از جنگ جهانی اول تأثیر الگوی آلمانی به فراتر از مرزهای اروپا گسترش یافت. ژاپن در سال ۱۹۲۲ مزایای بهداشتی را به مزایای کارگران اضافه نمود. در سال ۱۹۲۴ شیلی تمام کارگران را زیر چتر برنامه وزارت کار قرارداد. جنگ جهانی دوم زیر ساخت‌های سلامت را در بسیاری از کشورها تخریب نمود. اما به صورت معکوس راه را برای ورود انواع دیگر نظام‌های سلامت هموار نمود.

نیوزیلند در سال ۱۹۳۸ اولین کشوری بود که نظام ملی خدمات سلامت را ارایه نمود. کارستاریکا مبانی بیمه فراگیر سلامت را تا سال ۱۹۴۱ بنا نهاد. در کشور مکزیک، مؤسسه تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت هر دو در سال ۱۹۴۳ تأسیس شدند. در انگلستان در سال ۱۹۴۸ سازمان ملی خدمات سلامت^۱ تأسیس شد.

ژاپن و اتحاد جماهیر شوروی نیز پس از جنگ، نظام‌های ملی محدود خود را توسعه دادند تا اکثر جمعیت خود یا کل آن را پوشش دهند. همین اتفاق در نروژ، سوئد، مجارستان، سایر کشورهای کمونیستی اروپا و همچنین شیلی روی داد.

1- National Health Services (NHS).

امروزه نظام‌های سلامت به درجات گوناگون، الگوهایی از یک یا چند طراحی اولیه‌اند که در اواخر قرن نوزدهم شکل گرفتند و اصلاح شدند. یکی از این الگوها، پوشش اکثریت یا همه شهروندان در صندوق‌های بیمه یا بیماری از طریق پرداخت‌های اجباری کارفرمایان یا کارگران بود، در حالی که ارایه خدمت نیز به هر دو شیوه ارایه کننده خصوصی و دولتی صورت می‌گرفت. یکی دیگر از این الگوها که اندکی جدیدتر است، برنامه‌ریزی و تأمین مالی را به گونه‌ای مرکزگرا صورت می‌دهد و عمدتاً بر درآمدهای مالیاتی و ارایه خدمات به صورت دولتی متکی است. در الگوی سوم، مشارکت حکومت بسیار محدودتر اما کماکان قابل توجه است و بعضاً تنها برخی گروه‌های جمعیتی خاص را پوشش می‌دهد و راه را برای بقیه افراد جمعیت باز می‌گذارد تا به صورت خصوصی به تأمین مالی، ارایه خدمات و مالکیت تسهیلات دست زنند. مثال‌هایی از این الگوها که در آن، یک الگو یا دیگری، حجم عمده منابع یا ارایه خدمات را به خود اختصاص داده است، در کشورهای ثروتمند مشاهده می‌شود. نظام‌های سلامت در کشورهای با درآمد متوسط (به خصوص کشورهای امریکای لاتین) تمایل دارند که ترکیبی از دو یا هر سه نوع الگو باشند.

۴- طبقه‌بندی نظام‌های سلامت

نظام‌های سلامت در جهان با توجه به سابقه تاریخی و شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی هر کشور متفاوت است. به طوریکه شاید بتوان گفت نظام سلامت هیچ دو کشوری یکسان نیست، ولی تشابه بخشی از عوامل و متغیرها باعث می‌شود که بتوان نظام‌های سلامت را دسته‌بندی کرد. شیوه مختلفی برای دسته‌بندی نظام‌های سلامت وجود دارد که در ذیل به آن اشاره خواهد شد. آنچه مهم است اینست که قرار گرفتن یک کشور در یک گروه به معنی تعلق کامل آن به دسته مذکور نیست و تنها وجود یکسری عوامل مشترک باعث شده است تا نظام سلامت یک کشور به سمت مذکور متمایل گردد.

سازمان توسعه و همکاری اقتصادی^۱ اصول اساسی مورد نیاز برای یک نوع شناسی مناسب را بیان کرده است. این اصول عبارتند از:

۱. دسته‌بندی باید بر اساس ویژگی‌های نظام سلامت صورت گرفته باشد و مستقل از اسامی برنامه‌های سلامت موجود در کشورهای مختلف باشد.

۲. گروه‌های مختلف باید طوری تعیین شوند که تمام کشورها را در بر گیرند بنابراین برنامه‌هایی که ویژگی‌های نسبتاً مشابه دارند باید در یک گروه قرار گیرند.

۳. امکان تحلیل سیاستی و جمع‌آوری داده وجود داشته باشد و تغییرات نظام‌های سلامت در طی زمان را مد نظر داشته باشد.

این سازمان روش ارابه یک گروه‌بندی جدید از نظام‌های سلامت را متشکل از دو مرحله دانسته است. در مرحله اول باید متغیرها و شاخص‌هایی جهت بیان تفاوت‌های موجود در نظام‌های سلامت تعریف شوند و در مرحله دوم این متغیرها باید در کنار هم قرار گیرند تا گروه‌های معنی‌داری بر پایه اصول سه گانه فوق استخراج شوند.^۱

در این کتاب برای سهولت کار نظام سلامت در سه دسته: تقسیم‌بندی بر اساس نحوه تأمین مالی، تقسیم‌بندی بر اساس کارکردهای نظام سلامت و تقسیم‌بندی بر اساس معیارهای جغرافیایی و سیاسی طبقه‌بندی شده است.

۴-۱. مدل‌های تقسیم‌بندی بر اساس نحوه تأمین مالی

یکی از شیوه‌های متداول تقسیم‌بندی نظام سلامت، تقسیم‌بندی بر اساس نظام پرداخت و نحوه تأمین مالی است. این نوع تقسیم‌بندی که امروزه رواج زیادی دارد علاوه بر مشخص کردن ارتباطات مالی سازمان‌های درگیر، نوع سازمان‌های موجود و همچنین استراتژی‌های کل نظام را مشخص می‌کند. در ادامه به مدل‌های موجود در این تقسیم‌بندی اشاره می‌شود:

۱-۱-۴. مدل رومر^۲

رومر نظام‌های سلامت را با رویکرد سیاسی - نهادی مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. وی با استفاده از یک روش تحلیل تاریخی نظام‌های سلامت موجود در آن زمان را گروه‌بندی کرد. در این پژوهش ارتباط میان خروجی‌های سیاست‌های سلامت یک کشور با وضعیت اقتصادی و نهادی آن مورد بررسی قرار گرفت و در نتیجه چهار گروه برای برنامه‌های خدمات بهداشتی ارابه داد:

۱- سازمان‌های رایگان^۳

1- (OECD 2004)

2- Roemer

3- Free enterprise

۲- بیمه اجتماعی

۳- نظام تعاون همگانی^۱

۴- خدمات همگانی^۲.

همانطور که ملاحظه می‌شود، اساس این نوع گروه‌بندی روش‌های مختلف تأمین مالی کشورها برای ارائه خدمات به افراد بوده است.

۲-۱-۴. مدل تریس^۳ و همکاران

تریس و همکاران دو مدل خدمات ملی سلامت (NHS)^۴ و بیمه اجتماعی سلامت (SHI)^۵ را ارائه کردند. این دسته‌بندی با توجه به مفهوم ارائه خدمات صورت گرفته است. برخی از صاحب نظران بخش سلامت معتقدند که نظام بهداشت و درمان کشورها بهتر است بر اساس تفکر سوسیالیستی بنا نهاده شود. چرا که قرار دادن بهداشت و درمان در اختیار سرمایه دارای امری خطرناک به شمار می‌آید. در مدل خدمات ملی سلامت ارائه دهندگان خدمات کارکنان دولت بوده و محل ارائه خدمات بیمارستان‌های دولتی می‌باشد و تمام جمعیت تحت پوشش خدمات رایگان قرار می‌گیرند، در حالی که در مدل بیمه اجتماعی سلامت، ارائه دهندگان خدمات سازمان‌های مستقلی هستند که با انعقاد قرارداد با دولت به ارائه خدمات می‌پردازند. در حقیقت زیربنای نظام بهداشتی و درمانی این دسته از کشورها را بیمه تشکیل می‌دهد که البته نوع پوشش بیمه در کشورهای مختلف متفاوت است. اکثر کشورهای اروپایی و امریکای شمالی در این دسته قرار می‌گیرند.

۳-۱-۴. سازمان توسعه و همکاری اقتصادی

در سال ۱۹۹۲ سازمان توسعه و همکاری اقتصادی بر مبنای نحوه تأمین مالی و نحوی بازپرداخت هزینه‌ها به ارائه دهندگان خدمات نظام‌های سلامت را به ۸ گروه مختلف دسته‌بندی کرد.

1- Public assistance

2- Universal service

3- Terris

4- National Health Service

5- Social Health Insurance

فصل اول: مبانی نظری ۱۷

جدول (۱-۱): انواع مدل‌های نظام سلامت بر اساس سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (۱۹۹۲)

تأمین مالی	تأمین مالی	باز پرداخت
عمومی / اجباری	خصوصی / اختیاری	
مدل ۲	مدل ۱	پرداخت مستقیم
مدل ۴	مدل ۳	پرداخت مستقیم به همراه بازپرداخت بیمه
مدل ۶	مدل ۵	قرارداد با شخص ثالث
مدل ۸	مدل ۷	پرداخت بودجه و حقوق ثابت توسط شخص ثالث

مدل ۱: ساده ترین الگو به شمار می‌رود که عموماً در بخش خصوصی کاربرد دارد. بیمار با مراجعه به ارایه دهندگان خدمات سطح اول در صورت نیاز به سطح دوم ارجاع داده می‌شود. بیمار از جیب خود هزینه‌های درمان را بر اساس نظام کارانه پرداخت می‌کند.

مدل ۲: در این مدل بیمار هزینه‌های خود را هم از طریق مالیات و هم به صورت مستقیم به ارایه دهندگان خدمات پرداخت می‌کنند. در عمل هیچ کشوری را نمی‌توان یافت که از این مدل پیروی کند.

مدل ۳: در این مدل بیمه شدگان با میل خود با پرداخت حق بیمه، بیمه شده‌اند و هزینه‌های درمانی مستقیماً توسط شرکت بیمه خصوصی به آنها بازگردانده می‌شود. از طرف دیگر بیماران حق الزحمه پزشکان و مؤسسات درمانی را پرداخت می‌کنند. (نظام کارانه) در حقیقت در این الگو ارتباطی میان مؤسسات بیمه‌ای و ارایه دهندگان خدمات وجود ندارد.

مدل ۴: در این مدل تأمین مالی توسط بیمه‌های عمومی و بر اساس مالیات می‌باشد که مقدار آن کاملاً بستگی به درآمد افراد دارد. همانند الگوی پیشین هیچ ارتباطی میان مؤسسات بیمه‌ای و ارایه دهندگان خدمات وجود ندارد. بیماران بر اساس سیستم کارانه حق الزحمه پزشکان و مؤسسات درمانی را پرداخت می‌کنند.

مدل ۵: این الگو ابتدا در اروپا مطرح شد و اساس آن بر عقد قرارداد بین مؤسسات بیمه‌ای و ارایه دهندگان استوار بود. وجود چنین قراردادی باعث می‌شود که بخشی یا تمام خدمات به طور رایگان به بیمار عرضه گردد. بعدها این مدل در امریکا به صورت عقد با پزشکان یا گروه‌های

پزشکی رایج شد. در این الگو خدمات بدون دریافت هزینه به بیماران ارائه می‌شود. از آنجایی که بیمه از نوع اختیاری است بین مؤسسات بیمه‌ای رقابت وجود دارد. نوع پرداخت این مؤسسات به ارائه دهندگان خدمات نیز بر اساس کارانه و سرانه می‌باشد. پرداخت کارانه بر اساس نوع خدمات و پرداخت سرانه بر اساس تعداد افراد صورت می‌گیرد.

مدل ۶: در این مدل مالیات بر درآمد به صورت اجباری وجود دارد و سازمان‌های عمومی اعم از دولت یا بیمه پرداخت خود را به ارائه دهندگان خدمات به صورت کارانه یا سرانه انجام می‌دهند. گرچه سازمان‌های دولتی یا صندوق‌ها می‌توانند متنوع باشند ولی همگی از یک انسجام برخوردار هستند و میزان مالیات دریافتی و نوع مزایای آنها یکسان است. در این مدل نوعی اجبار بر پرداخت از طرف مردم وجود دارد و پوشش بیمه‌ها و خدمات معمولاً همگانی است.

مدل ۷: استفاده کنندگان از این مدل معتقدند که استخدام پزشکان و پرداخت حقوق به آنها و مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی در سطح اول و دوم خدمات در شکل غیر دولتی می‌تواند مفید باشد. این الگو ابتدا در اروپا و سپس در امریکا رواج یافت. در این مدل مؤسسات بیمه‌ای در رقابت آزاد هستند و از محل حق بیمه دریافتی، به مراکز درمانی و یا پزشکان بودجه و حقوق ثابت پرداخت می‌کنند. تفاوت عمده این مدل با مدل‌های قبلی تملک مراکز درمانی سطح اول و دوم خدمات توسط مؤسسات بیمه‌ای است. استخدام نیروی انسانی، مدیریت، ارزیابی و برنامه‌ریزی مراکز نیز توسط مؤسسات صورت می‌گیرد. مدل ۸: در این مدل تأمین مالی بر اساس مالیات بر درآمد صورت می‌گیرد و نوع پرداخت به ارائه دهندگان خدمات به صورت بودجه و حقوق ثابت می‌باشد. مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی از آن دولت محلی، دولت مرکزی یا بیمه‌های عمومی است. در حقیقت ارائه خدمات، تأمین مالی، برنامه‌ریزی، ارزیابی و مدیریت همگی بر عهده دولت می‌باشد.

سازمان توسعه و همکاری اقتصادی در سال ۲۰۰۴ آخرین دسته‌بندی خود را با حذف حالت‌های ترکیبی ارائه خدمات و تأمین مالی اصلاح و ساده‌تر کرد. در این شیوه با بررسی روش‌های مختلف تأمین مالی، بر اساس دو معیار پیش پرداخت و تقسیم ریسک به دسته‌بندی آنها پرداخته و ۴ شیوه تأمین مالی را ارائه کرد.

جدول (۱-۲): گزینه‌های مختلف تأمین مالی نظام‌های سلامت

وجود دارد	وجود ندارد	پیش پرداخت	تقسیم ریسک
حساب‌های ذخیره درمانی	پرداخت مستقیم	وجود ندارد	
بیمه سلامت	دستگیری فوری	وجود دارد	

به طور خلاصه، سازمان توسعه و همکاری اقتصادی در دسته‌بندی اخیر خود مشارکت و مالیات را به عنوان یک روش تأمین مالی و روش ارایه خدمات غالب را به عنوان نماینده روش تأمین مالی در نظر گرفت. در نتیجه انواع نظام‌های سلامت را در سه گروه تقسیم‌بندی کرد.

جدول (۱-۳): انواع مدل‌های نظام سلامت بر اساس سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (۲۰۰۴)

خصوصی	عمومی	ارایه خدمات تأمین مالی
مدل قرارداد عمومی ^۲	مدل یکپارچه عمومی ^۱	عمومی
مدل ارایه دهندگان و بیمه‌های خصوصی ^۳		خصوصی

۴-۱-۴. شائو و همکاران (۲۰۰۳)

شائو و همکاران با توجه به استفاده از رویکردهای مختلف در تأمین مالی، سازمان دهی، پرداخت و قانون گذاری در خدمات سلامت، پنج مدل برای نظام‌های سلامت ارایه کردند.

۱. مدل خدمات ملی سلامت^۴ (NHS): در مدل خدمات ملی سلامت، مبنای برای تحت پوشش قرار گرفتن افراد، اقامت آنها در کشور است و برای تأمین منابع ارایه

1- Public integrated model

2- Public contract model

3- Private insurance-provider model

4- National Health System

خدمات سلامتی، صندوق مستقلی تشکیل نمی‌شود، بلکه منابع از محل مالیات و دیگر منابع عمومی تأمین می‌شود و هر فردی که در آن کشور زندگی می‌کند، به عنوان حق شهروندی از خدمات سلامتی برخوردار است. بخش سلامت برای تخصیص بودجه مورد انتظار باید با سایر بخش‌های مرتبط با نیازمندی‌های اجتماعی مانند آموزش و دفاع رقابت کند. کشورهایی مانند انگلستان و ... از جمله کشورهای دارای نظام خدمات ملی سلامت هستند. در این روش عدم رقابت، باعث کاهش کیفیت و پایین آمدن هزینه اثربخشی سیستم می‌شود. خدمات اولیه بهداشتی درمانی به راحتی در دسترس تمام افراد قرار دارد ولی برای خدمات تخصصی که عموماً صرفه اقتصادی ندارند، تقاضا بیشتر از عرضه خواهد بود. در نتیجه افراد متقاضی برای دریافت خدمات تخصصی باید در صف ارایه خدمات منتظر بمانند.

۲. مدل بیمه ملی سلامت^۱ (NHI): تمرکز این مدل بر پوشش همگانی و دسترسی یکسان همه افراد به خدمات بهداشتی می‌باشد در نتیجه در نظام مبتنی بر بیمه ملی سلامت، تشکیل صندوق ملی بیمه سلامتی یک اصل اساسی است که در آن مشارکت مستقیم مردم و دولت وجود دارد، شرط استفاده از خدمات سلامت در این کشورها عضویت در صندوق متمرکز بیمه سلامت است. در این سیستم، پول در مقابل ارایه خدمت بر اساس سیستم کارانه به ارایه کنندگان خدمات پرداخت می‌شود و بیمه از ارایه کنندگان دولتی و خصوصی خرید خدمت می‌کند. کشورهایی همچون کانادا، استرالیا، زلاندنو، کره جنوبی و تایلند از این مدل استفاده می‌کنند.

۳. مدل بیمه اجتماعی سلامت^۲ (SHI): کشورهای زیادی در جهان مدل بیمه اجتماعی سلامت را برگزیده‌اند. در این روش صندوق‌های متعددی وجود دارد که افراد به دلخواه یا بنا به نوع شغل در آنها عضو می‌شوند، معمولاً نوع خدمات، تعرفه و میزان مشارکت افراد توسط دولت کنترل می‌شود. در این مدل افراد توانایی انتخاب از

فصل اول: مبانی نظری ۲۱

میان ارایه کنندگان خدمات را دارد. کشورهای همچون آلمان، فرانسه، هلند، اتریش و سوئیس از کشورهای موفق در زمینه بیمه اجتماعی سلامت هستند. در این کشورها نهادهای مدنی بسیار ریشه دارند، مردم از حقوق خود آگاهند. به همین دلیل رقابت پذیری شرط بقا در بازار بهداشت و درمان این گونه کشورها است.

۴. مدل بیمه اختیاری سلامت^۱ (VHI): در این مدل سرمایه‌های مورد نیاز برای بخش سلامت توسط افراد و حق بیمه پرداختی توسط کارفرما تأمین می‌شود. در نتیجه افراد بیکار و فقیر تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار نمی‌گیرند. دولت موظف است به منظور تأمین مالی افراد بیمه نشده اقدام کند. مالکیت تسهیلات و مسئولیت ارایه خدمات بهداشتی درمانی عمدتاً بر عهده بخش خصوصی می‌باشد. در کشورهای آمریکا و هلند بیمه خصوصی سلامت برای گروه‌های جمعیتی که به پوشش عمومی دسترسی ندارند، منبع اصلی پوشش به شمار می‌رود.

۵. حساب پس انداز و بیمه فاجعه سلامت^۲ (MCI): این مدل که در بین مدل‌های یاد شده از قدمت کمتری برخوردار است، بر مبنای مسئولیت شخصی افراد در مقابل وضعیت سلامت خود و خانواده آنها استوار است و وظیفه ارایه خدمات به افراد نیازمند و بیماران صعب‌العلاج در این روش به عهده دولت است، در این روش بخشی از درآمد افراد به منظور استفاده در مواقع نیاز به خدمات درمانی در حساب شخصی افراد به صورت اجباری پس انداز می‌گردد و تنها خود فرد یا بستگان درجه اول فرد حق استفاده از آن را دارند. برای حصول اطمینان از دسترسی همه افراد به خدمات بهداشتی درمانی اولیه، بیمارستان‌های دولتی خدمات خود را در سه سطح ارایه می‌کنند. کشورهای سنگاپور، آفریقای جنوبی و برخی کشورهای کوچک اروپایی از این روش استفاده می‌کنند.

1- Voluntary Health Insurance

2- Medisave with catastrophic insurance

۵-۱-۴. تانر (۲۰۰۸)

تانر با اشاره به این موضوع که یک مدل عمومی برای نظام سلامت تمام کشورها وجود ندارد، نظام سلامت کشورها را با توجه به شرایط منحصر به فرد تاریخی، سیاسی و ملی به سه گروه زیر تقسیم کرد.

۱. نظام‌های سلامت با یک پرداخت کننده: در این گونه نظام‌های سلامت دولت هزینه خدمات بهداشتی درمانی تمام شهروندان را پرداخت می‌کند. دولت با جمع‌آوری مالیات عرضه خدمات را مدیریت کرده و به صورت مستقیم به ارایه دهندگان خدمات پرداخت می‌کند. در نتیجه در این نظام بیمه‌های خصوصی جایگاهی ویژه‌ای نداشته و در حالت سخت گیرانه ایجاد بیمه‌های خصوصی ممنوع می‌باشد. عموماً دولت بودجه بخش سلامت را با توجه به تخصیص درصدی از منابع ملی به بخش سلامت مشخص کرده و قیمت خدمات و نحوه باز پرداخت به ارایه دهندگان خدمات را تعیین می‌کند. برخی از ارایه دهندگان خدمات استخدام دولت هستند و برخی دیگر مستقل از دولت عمل می‌کنند و با توجه به میزان و نوع خدماتی که ارایه می‌دهند از دولت حقوق می‌گیرند.

۲. نظام‌های سلامت بر پایه استخدام: در این گونه نظام‌ها کارفرما موظف است کارکنان خود را تحت پوشش بیمه سلامت در آورد. دولت بر حق بیمه پرداختی و منافع عایدی از آن نظارت می‌کند. عموماً حق بیمه‌های پرداختی به صورت مالیات بر درآمد مستقیماً به حساب بیمه‌ها پرداخت می‌شود. ارایه دهندگان خدمات در این نظام‌ها مستقل بوده و نرخ باز پرداخت طی مذاکراتی در سطح فردی یا ملی تعیین می‌شود. نظام سلامت کشور آلمان بهترین نمونه برای این نوع نظام سلامت است.

۳. نظام‌های سلامت بر پایه رقابت مدیریت شده^۱: در این گونه نظام‌های سلامت ارایه خدمات بر عهده بخش خصوصی می‌باشد. اما دولت با قانون گذاری و کنترل گسترده خود بازار مورد نظر را مدیریت می‌کند. عموماً دولت افراد را موظف

می‌کند تا با خریداری بیمه تحت پوشش یکی از سازمان‌های بیمه در آیند که این امر می‌تواند توسط کارفرماها ارایه شود یا افراد به صورت انفرادی اقدام کنند. در نتیجه افراد توانایی انتخاب از میان سازمان‌های بیمه و سازمان‌های ارایه دهنده خدمات را دارند. در این مدل اگر چه دولت استانداردهای مورد انتظار برای سازمان‌های خصوصی را تعیین کرده است اما سازمان‌ها می‌توانند در چارچوب تعیین شده به رقابت بپردازند. نظام سلامت کشور سوئیس آشکارترین نمونه این نوع نظام سلامت به شمار می‌رود.

۶-۱-۴. مدل گاردن

گاردن با توجه به گونه شناسی بیمه درمان و با در نظر گرفتن مزایای آنها کشورها را به چهار گروه عمده زیر تقسیم کرده است.

۱- **کشورهایی با سیستم بیمه سنتی**^۱: در این کشورها ساختار بیمه بر مبنای بیمه‌های خصوصی و یارانه‌های ایالتی استوار است. کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان در این گروه قرار می‌گیرند. این کشورها نظام بیمه‌های اجتماعی سلامت را دنبال می‌کنند.

۲- **کشورهایی با سیستم بیمه سلامت ملی**^۲: این شیوه مبتنی بر سیستم بیمه درمان در سطح ملی است. کشورهای کانادا، فنلاند و سوئد در این گروه قرار می‌گیرند. نظام تأمین مالی در این کشورها بر مبنای حق بیمه‌ها، مالیات‌ها و مشارکت مالی بیمه‌شدگان استوار است.

۳- **سیستم سلامت ملی**^۳: در این روش کشورها ارایه خدمات را به صورت ایالتی در دستور کار خود قرار داده است. کشورهای دانمارک، یونان، ترکیه، انگلستان و ایتالیا در این گروه قرار می‌گیرند. نظام تأمین مالی این کشورها بر مبنای مالیات‌های مرکزی و ایالتی است.

۴- **سیستم بیمه‌ای تلفیقی**^۴: که شامل تلفیقی از سیستم بیمه بیماری سنتی و سیستم بیمه سلامت ملی است. کشورهای هلند، استرالیا، ایسلند، ژاپن و آمریکا در این گروه قرار می‌گیرند.^۵ نظام تأمین مالی در این کشورها بر مبنای حق بیمه‌های پوشش‌های خصوصی و مشارکت

1- Traditional Sickness Insurance

2- National Health Insurance

3- National Health System

4- Mixed System

5- Noland, 2001

مالی بیمه‌شدگان استوار است. در این نظام‌ها طرح‌های ویژه‌ای برای گروه‌های آسیب‌پذیر ارایه شده است که بدون مشارکت مالی قابل توجه، پوشش مناسب را برای این گروه از افراد ارایه می‌کند.

جدول (۴-۱): نظام‌های تأمین مالی بخش سلامت از دید گاردن

نظام	کشور	روش‌های تأمین مالی
بیمه‌های اجتماعی سلامت	اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان	حق بیمه‌ها + مشارکت مالی بیمه شده + بودجه‌های دولتی
بیمه‌های سلامت	کانادا، فنلاند، سوئد و ایران	حق بیمه‌ها + مالیات‌های ایالتی + مشارکت مالی
نظام سلامت ملی	دانمارک، یونان، ترکیه، انگلستان و ایتالیا	تأکید بر مالیات‌های دولت‌های مرکزی و ایالتی است.
نظام تلفیقی	هلند، استرالیا، ایسلند، ژاپن و آمریکا	تأکید بر مشارکت در بیمه‌های خصوصی است. بودجه‌های دولتی در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر است.

۲-۴- تقسیم‌بندی بر اساس کارکردهای نظام سلامت

مدل‌های کارکردی مطرح در حوزه نظام‌های سلامت عبارتند از:

- مدل سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۰ (WHO 2000)

- مدل لوندونیو و فرنک

- مدل صندوق رفاه عمومی^۱

- مدل میلز و رانسون

در ادامه به تبیین این مدل‌ها می‌پردازیم.

۱-۲-۴. مدل سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰

سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۰ به بحث نظام سلامت پرداخت. در این گزارش پس از تعریف نظام سلامت و تعیین مرزهای آن، اهداف نهایی، خروجی‌های میانی و نقش‌های نظام سلامت مورد بررسی قرار گرفته‌اند. شکل زیر نمایی کلی از اهداف نهایی و نقش‌های نظام سلامت را در این مدل نشان می‌دهد.

اهداف مدل سازمان بهداشت جهانی:

هدف نهایی و اصلی نظام سلامت در این مدل بهبود سلامت جمعیت است. بر اساس این مدل نظام سلامت، از دو منظر با سایر نظام‌های اجتماعی مانند آموزش و با بازارهایی که برای اکثر کالاها و خدمات به مشتریان وجود دارد، متفاوت است؛ این تفاوت‌ها، به خصوص اهمیت اهداف پاسخ‌دهی و تأمین مالی عادلانه را برجسته‌تر می‌سازد. یکی از این تفاوت‌ها این است که مراقبت سلامت ممکن است هزینه کمرشکنی به همراه داشته باشد. بخش عمده‌ای از نیاز به مراقبت، غیرقابل پیش‌بینی است. بنابراین محافظت از افراد بسیار مهم است، به گونه‌ای که مجبور نشوند بین ورشکستگی مالی و از دست دادن سلامت، یکی را انتخاب کنند. در این بین دو هدف اصلی دیگر نیز وجود دارد که عبارتند از: پاسخ‌دهی و تأمین مالی عادلانه.

کارکرد نظام سلامت در مدل سازمان بهداشت جهانی:

در این مدل چهار کارکرد برای نظام سلامت به شرح زیر مطرح است:

۱. آرایه خدمات سلامت،
۲. تأمین مالی شامل (افزایش، انباشت، مدیریت و تخصیص درآمدها جهت خرید خدمات)،
۳. تولید منابع (شامل سرمایه‌گذاری در منابع انسانی، ساختمانی و تجهیزات)،
۴. تولید^۱

اهداف و کارکردهای نظام سلامت در جدول ۴-۱ خلاصه شده است. شکل ۱-۱ ارتباط این کارکردها با یکدیگر و با اهداف نظام سلامت را به خوبی نشان می‌دهد.

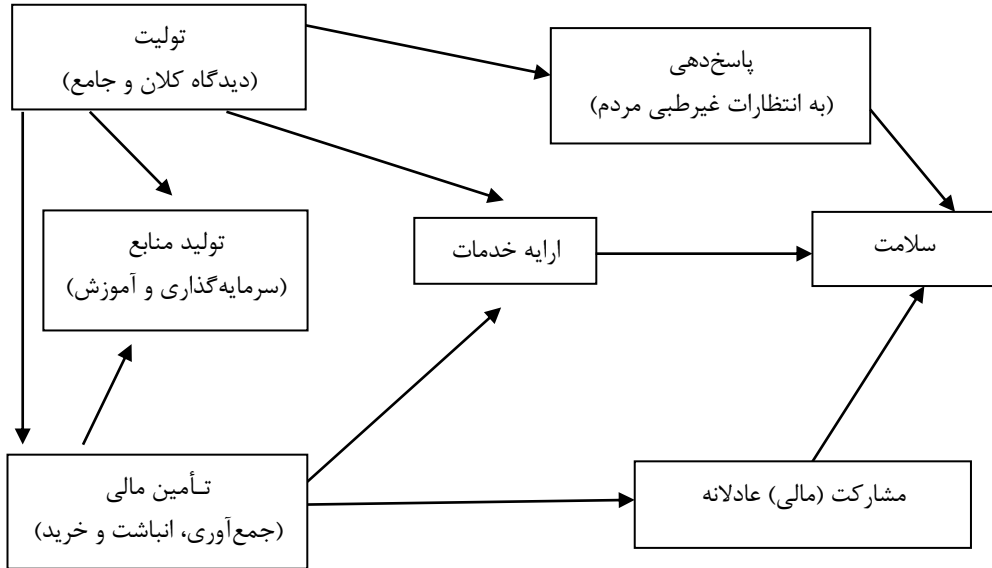
جدول ۴-۱. اهداف و کارکردهای نظام سلامت در مدل سازمان بهداشت جهانی

اهداف	کارکردها
مشارکت مالی عادلانه	آرایه خدمات
پاسخ‌دهی	تولید منابع
ارتقای سلامت	تأمین مالی
	تولیت

منبع. WHO 2000

شکل ۱-۱- کارکردها و اهداف نظام سلامت (مدل WHO (2000) برای نظام سلامت)

کارکردهایی که نظام سلامت انجام می‌دهد



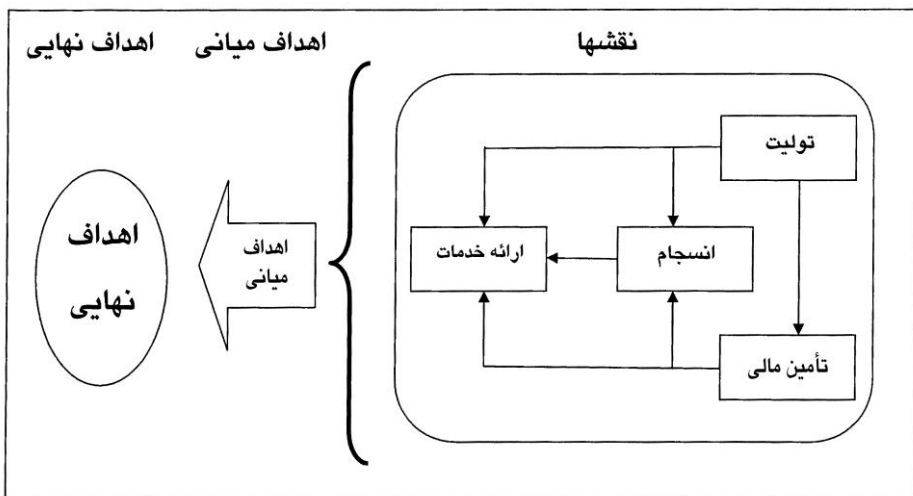
منبع. WHO 2000

۲-۲-۴. مدل لوندونیو و فرنک

طبق این مدل، مفهوم نظام سلامت بر اساس ارتباطات بین جمعیت‌ها و نهادها است. به طوریکه برای برآوردن نیازهای جمعیت، نظام‌های سلامت باید چهار نقش پایه‌ای را اجرا نمایند. دو مورد از آن‌ها یعنی تأمین مالی و ارائه خدمات، نقش‌های مرسوم هستند که توسط هر نظام سلامتی ایفا می‌شوند. دو نقش دیگر اغلب یا به صورت ضمنی برآورده می‌شوند یا اصلاً برآورده نمی‌شوند. این نقش‌های فراموش شده، تلفیق^۱ و انسجام‌بخشی^۲ هستند. انسجام‌بخشی سازماندهی و مدیریت یک سری از مبادلات در بین اعضای جمعیت و تأمین مالی ارائه‌دهندگان خدمات طوری که منابع بتوانند به درون تولید و مصرف خدمات جریان یابند را منعکس می‌کند. و تلفیق مفهومی وسیع‌تر از تنظیم را شامل می‌شود که شامل وضع قواعد عادلانه و شفاف است.

1- Modulation
2- Articulation

شکل ۲-۱- مدل لوندونیو و فرنک



۳-۲-۴. مدل صندوق رفاه عمومی

صندوق رفاه عمومی در سال ۲۰۰۵ با هدف تعیین مشخصات یک نظام سلامت با عملکرد مطلوب شکل گرفت. خروجی این صندوق قرار بود که به عنوان مدل مبنا در اصلاح نظام سلامت آمریکا به کار رود. مطالعات صورت پذیرفته توسط این صندوق را می توان در قالب مدلی مستقل در حوزه نظام سلامت عنوان نمود.

طبق این مدل نظام سلامت باید نقش های تولید، تأمین مالی، ارائه خدمات و مدیریت منابع را

ایفا کند:

هدف نهایی نظام سلامت در این مدل رسیدن به زندگی های سالم، مولد و طولانی است.

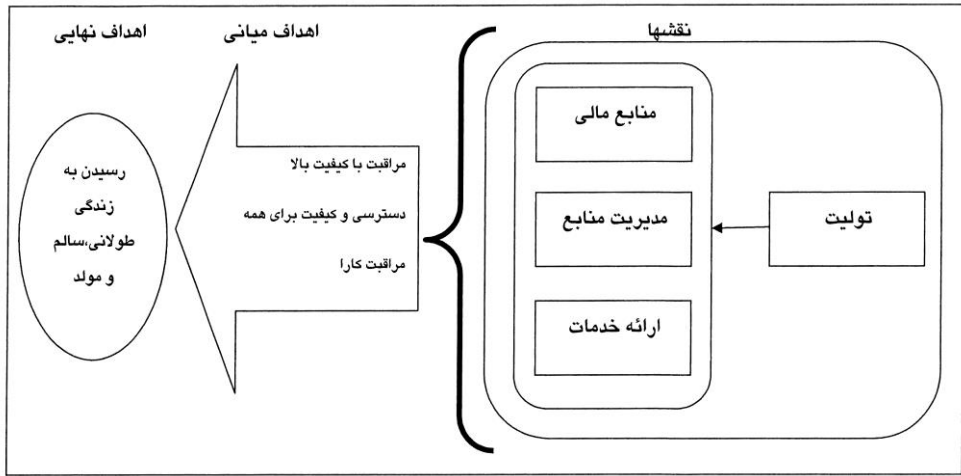
از نظر این مدل یک نظام سلامت با سطح عملکرد بالا جهت دستیابی به چهار هدف میانی زیر

طراحی شده است:

- ۱- مراقبت ایمن و با کیفیت بالا
- ۲- دسترسی به مراقبت برای همه مردم
- ۳- مراقبت کارا و با ارزش بالا
- ۴- ظرفیت نظام جهت بهبود

اهداف میانی، دستیابی به هدف نهایی یعنی زندگی طولانی، سالم و مولد را پشتیبانی می‌کنند.

شکل ۳-۱ - مدل صندوق commonwealth برای نظام سلامت

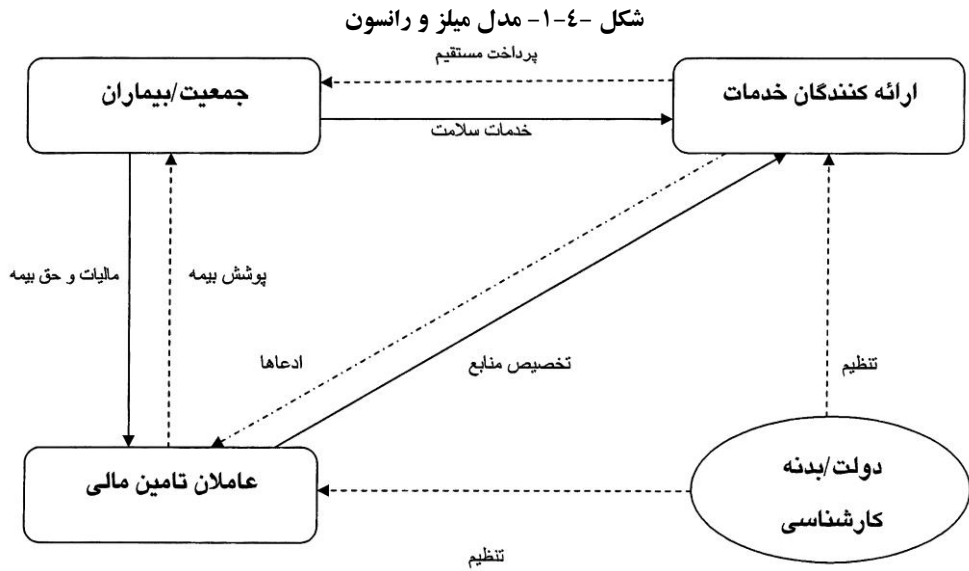


۴-۲-۴. مدل میلز^۱ و رانسون^۲

میلز و رانسون در مدل کردن نظام سلامت از تعریف رومر^۳ (۱۹۹۱) بهره برده‌اند. در این مدل، نظام سلامت به صورت ترکیب منابع، سازمان، تأمین مالی و مدیریت که در ارائه خدمات بهداشتی همکاری می‌کنند، تعریف می‌شود. آنها معترف هستند که نظام سلامت هر کشوری محصول طیف پیچیده‌ای از عوامل و نه تنها الگوهای تاریخی توسعه و قدرت گروه‌های ذینفع مختلف است. با این وجود، شناخت ویژگی‌های مشترک نظام‌های سلامت ممکن است.

در این مدل اجزای^۴ نظام سلامت عبارتند از: مدیریت، ارائه خدمات، سازمان برنامه‌ها، تولید منابع و پشتیبانی اقتصادی.

1- Anne J. Mills
2- M. Kent Ranson
3- Roemer
4- Elements



۴-۳. تقسیم‌بندی بر اساس معیارهای جغرافیایی و سیاسی

دسته‌بندی نظام‌های بهداشتی و درمانی بر اساس منطقه جغرافیایی و میزان توسعه یافتگی شاخص‌های بهداشتی نیز امکان‌پذیر است. معمولاً کشورهاییکه در یک منطقه جغرافیایی قرار دارند، از نظام مشابهی نیز برخوردار هستند. از طرف دیگر می‌توان کشورهاییکه از لحاظ شاخص‌ها در رده‌های مختلف قرار دارند تقسیم‌بندی کرد و فرضاً در سه گروه پیشرفته، متوسط و ضعیف قرار داد.

در این بخش سه مدل رایج را مورد بررسی قرار می‌دهیم:

- مدل سازمان ملل متحد
- مدل سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۴)
- مدل ایولاکست

۱-۳-۴. تقسیم‌بندی سازمان ملل متحد

سازمان ملل متحد کشورهای مختلف جهان را از لحاظ سیاسی و اقتصادی به سه دسته تقسیم می‌کند:

۱. **گروه کشورهای پیشرفته با نظام سرمایه‌داری:** این کشورها حدود ۱۹ درصد جمعیت جهان با ۲۳ درصد مساحت جهان را در بر می‌گیرند. آمریکا، کانادا، کشورهای اروپای غربی، ژاپن، استرالیا و زلاندنو در زمره این کشورها به شمار می‌آیند.
۲. **گروه کشورهای سوسیالیستی:** در این گروه کشورهای اروپای شرقی، چین، کره شمالی، ویتنام و کوبا ... جای می‌گیرند. بطور کلی ۲۶ درصد مساحت جهان، با ۳۳ درصد جمعیت در این گروه قرار می‌گیرند.
۳. **گروه کشورهای در حال توسعه:** این کشورها در سه قاره آسیا، آفریقا، آمریکای لاتین پراکنده‌اند و ۴۸ درصد از جمعیت جهان با ۵۱ درصد مساحت جهان در این گروه قرار دارند.

۲-۳-۴. تقسیم‌بندی ایولاکست

ایولاکست^۱ جامعه شناس الجزایری تقسیم‌بندی مطلوب‌تری در این رابطه ارائه داده است:

۱. **گروه کشورهای پیشرفته:** خود به دو دسته کشورهای سرمایه‌داری و سوسیالیستی تقسیم می‌شود.
۲. **گروه کشورهای در حال توسعه یا عقب مانده:** که شامل کشورهای دارای نظام سرمایه‌داری ناقص و کشورهای متمایل به نظام سوسیالیستی است.

گرچه استفاده از تقسیم‌بندی‌های فوق در بررسی نظام‌های بهداشتی - درمانی مفید به نظر می‌رسد ولی باید این نکته را نیز در نظر داشت که گاهی نظام بهداشت و درمان یک کشور با نظام اقتصادی آن همخوانی ندارد. در این زمینه می‌توان به کوبا و سوئد اشاره کرد.

۳-۳-۴. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۴)

کلزکوسکی و همکاران طی گزارش سازمان بهداشت جهانی مهم‌ترین عوامل تاثیر گذار در نحوه عملکرد نظام‌های سلامت را سطح توسعه اقتصادی و طرز تفکر اقتصادی معرفی کرد. با توجه به این دو عامل، نظام‌های سلامت را می‌توان به ۹ گروه تقسیم‌بندی کرد.

فصل اول: مبانی نظری ۳۱

- **توسعه اقتصادی:** عوامل متعددی چون صنعتی بودن و جمعیت شهری در تعیین میزان توسعه کشورهای مختلف مؤثر می‌باشند. بر اساس این دو عامل کشورها به دو گروه توسعه یافته و در حال توسعه تقسیم می‌شوند. از آنجایی که گروه کشورهای در حال توسعه بسیار گسترده است، از شاخص تولید ناخالص ملی استفاده شده و این گروه را به دو بخش کشورهای در حال توسعه متوسط و کشورهای در حال توسعه فقیر تقسیم کرده‌اند.
- **طرز تفکر اقتصادی:** بیانگر وسعت و مسئولیت دولت در ارائه خدمات به افراد جامعه می‌باشد. با توجه به نحوه سازماندهی نظام سلامت سه نوع طرز تفکر اقتصادی قابل تعریف می‌باشد.
 - **مجوزی:** این نگرش بر اساس توزیع مسئولیت‌های نظام سلامت بنا نهاده شده است و حداقل سازمان دهی اجتماعی برای ارائه خدمات دولتی وجود دارد.
 - **مشارکتی:** هدف این تفکر ایجاد توازن میان نگرش‌های اجتماعی و فردی برای ارائه خدمات می‌باشد. در این تفکر نقش دولت سازمان یافته‌تر از تفکر قبلی است.
 - **اجتماعی:** در این نگرش سلامت حق اجتماعی افراد بوده و حداکثر سازمان دهی برای ارائه خدمات دولتی وجود دارد.

جدول ۵-۱. تقسیم‌بندی کلز کووسکی و همکاران

اجتماعی	مشارکتی	مجوزی	طرز تفکر اقتصادی
			توسعه اقتصادی
مدل ۳	مدل ۲	مدل ۱	توسعه یافته
مدل ۶	مدل ۵	مدل ۴	در حال توسعه متوسط
مدل ۹	مدل ۸	مدل ۷	در حال توسعه فقیر

نظام‌های سلامت می‌توانند در یکی از این ۹ گروه قرار گیرند. از آنجایی که شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور در حال تغییر می‌باشد، نظام سلامت یک کشور می‌تواند هم اکنون در یکی از این گروه‌ها قرار گرفته باشد و چند سال دیگر در گروه دیگری قرار گیرد.

۵- اهمیت مطالعه تطبیقی نظام‌های سلامت

امروزه مقوله توسعه دغدغه خاطر بسیاری از کشورهاست و به زبان ساده توسعه چیزی جز رضایت بخش تر کردن وضعیت زندگی مردم نیست. از آنجایی که بدون سلامت هیچ کس از زندگی خود راضی نخواهد بود، لذا جای گیری سلامت در اصول بنیادین توسعه، اجتناب ناپذیر است. ضمن اینکه در راه رسیدن به توسعه همه جانبه انسان ملاک اصلی است و سلامت وی برای راهبران برنامه‌های توسعه از اهمیت زیادی برخوردار است. با این وصف هنوز بسیاری از نظام‌های سلامت در جهان بد اداره می‌شوند و هنوز بسیاری از کشورهای جهان در تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان خود با مشکلات فراوانی روبرو هستند.

در صورتیکه بخش بهداشت و درمان را به صورت یک نظام در نظر بگیریم می‌توان بررسی مراتب تطبیقی آن را به صورت مقایسه و تحلیل درون داده‌ها و برون داده‌های سیستم بر اساس اهداف آن به منظور تفسیر اثر بخشی فرآیند سازمان تعریف کرد. در بررسی تطبیقی باید همواره توجه داشت که نگرش یکسان به مسائل بهداشت و درمان و تحلیل و مقایسه کشورها بدون توجه به زیر ساخت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نوعی ساده‌انگاری تلقی می‌شود. اقتباس و الگوبرداری از یک نظام موفق بهداشتی و درمانی در یکی از کشورهای توسعه یافته جهان، الزاماً نمی‌تواند همان نتایج را برای کشور اقتباس کننده به همراه داشته باشد این امکان نیز وجود دارد که کشوری با زیر بنای محکم اجتماعی و اقتصادی با استفاده از یک سیستم معمول و ساده بهداشتی و درمانی به نتایج چشمگیری برسد. به منظور شناخت سیستم‌های مختلف بهداشتی و درمانی تجزیه آنها به عوامل تشکیل دهنده ضروری است. در بررسی‌های تطبیقی پس از تجزیه سیستم‌ها به عوامل تشکیل دهنده آنها عموماً دو شیوه رایج است: یکی بررسی کلیه عوامل یک سیستم و سپس مراجعه به سیستم بعدی و انجام مقایسه و دیگری بررسی هر عامل و مقایسه آن با عامل مشابه در سایر سیستم‌ها. در مجموعه حاضر اساس کار بر روش اول بنا نهاده شده است. البته انجام عمل مقایسه زمانی به خوبی قابل اجرا است که عوامل بررسی شده در یک کشور به طور مشابه در سایر کشورها نیز وجود داشته باشد. در غیر این صورت بررسی تطبیقی تنها قادر به تشریح وضعیت عوامل مذکور در شرایط خاص خواهد بود. گرچه اصول بنیادین نظام‌های بهداشتی و درمانی

فصل اول: مبانی نظری ۳۳

بسیاری از کشورهای جهان از تشابه زیادی برخوردار است ولی در بررسی‌های دقیق‌تر مشخص می‌گردد که در هر کشور زیر مجموعه‌های نظام بر اساس شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بسیار متفاوت است. از این رو در انجام چنین تحقیقاتی باید همواره توجه داشت که انجام عمل تطبیق از ظرافت خاصی برخوردار است.

مطالعه تطبیقی علاوه بر این که می‌تواند در گسترش مرزها و مبانی دانش نظریه‌سازی و نظریه پردازی کمک کند، در حوزه علوم و اجرا نیز در اتخاذ تصمیمات مناسب و انتخاب راه حل‌های صحیح جهت حل معضلات و مشکلات عینی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

البته بدیهی است که هدف از مطالعه تطبیقی در حوزه علوم کاربردی و اجرایی، به هیچ عنوان الگوبرداری صرف و تقلید محض نمی‌باشد، بلکه آنچه به عنوان یکی از نتایج نظری و کاربردی مطالعه تطبیقی مد نظر است، مقایسه الگوهای مورد استفاده در یک زمینه خاص می‌باشد.

در این کتاب بر آن شدیم تا عوامل اساسی تأثیرگذار در بخش سلامت کشورهای منتخب مورد بحث قرار گیرد. مواردی که بیشتر مد نظر قرار داشت عبارت بودند از:

۱. بررسی نحوه برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری نظام‌های سلامت
۲. بررسی نحوه ارائه خدمات سلامت
۳. بررسی ساختار وزارت بهداشت و درمان
۴. بررسی نقش و حوزه اختیار وزارت بهداشت و درمان در اداره نظام بهداشت و درمان
۵. بررسی وضعیت نظام بیمه و نقش آن در نظام بهداشت و درمان
۶. بررسی آمار و شاخص‌های بهداشتی و درمانی

به منظور انتخاب کشورهای نمونه جهت مطالعه لازم بود تا ابتدا کشورهای مختلف جهان براساس نظام‌های بهداشتی و درمانی در گروه‌های مختلفی دسته‌بندی گردند. این امر نه تنها انتخاب نمونه جهت مطالعه را بسیار ساده‌تر می‌کند، بلکه امکان‌پذیرتر و بهتر از گروه انتخابی را هم سهل می‌نمود. گرچه طبیعی است که نوع نظام بهداشتی و درمانی از جمیع جهات در کشورهای یک گروه کاملاً یکسان نخواهد بود ولی به هر حال تشابه گروهی از عوامل و متغیرها باعث می‌شود که بتوان کشورهای مختلف را در داخل یک گروه دسته‌بندی کرد.

۳۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

هر یک از تقسیم‌بندی‌های نظام‌های سلامت مزایا و معایب خاص خود را دارا هستند. در این کتاب تقسیم‌بندی نظام‌های بهداشتی - درمانی بر اساس نظریات شائو و همکاران صورت گرفته است و سعی شده در هر دسته چند کشور مورد بررسی قرار گیرد تا خواننده بتواند به مقایسه و تحلیل آنها پردازد.

فصل دوم: نظام سلامت در آلمان

۱- کلیات

جمهوری فدرال آلمان یکی از صنعتی‌ترین کشورهای جهان است. این کشور که در قاره اروپا واقع شده از شمال با دریای شمال، دانمارک و دریای بالتیک، از شرق با لهستان و جمهوری چک، از جنوب با اتریش و سوئیس و از غرب با فرانسه، بلژیک، لوکزامبورگ و هلند هم‌مرز است. مساحت آن ۳۵۷۱۲۱.۴۱ کیلومتر مربع است. جمعیت آلمان حدود ۸۲/۵ میلیون نفر است. آلمان دارای نظام سیاسی جمهوری فدرال دموکراتیک پارلمانی بوده و دارای ۱۶ ایالت است.

آلمان پرجمعیت‌ترین و بزرگ‌ترین قدرت اقتصادی اروپا است. این کشور دارای آب و هوای قاره‌ای با زمستان‌های سرد و مرطوب و تابستان‌های معتدل بوده و وضعیت خاک آن برای کشاورزی بسیار مناسب می‌باشد. در ناحیه شمال غربی آلمان، آب و هوای اقیانوسی، حاکم است. قلب صنعتی آلمان در منطقه «روهر» جایی، که استخراج سنگ آهن زغال سنگ و تولید فولاد رواج دارد، قرار گرفته است. صادرات آن شامل اتومبیل، ابزارآلات الکترونیکی و صنعتی و طیف گسترده‌ای از کالاهای مصرفی و مواد غذایی می‌باشد.

سازماندهی دولتی بر پایه قانون اساسی است. در رأس دولت رئیس جمهور قرار دارد که نقش وی نمادین است. رئیس حکومت صدر اعظم است. وی تعیین‌کننده سیاست حکومتی است. اعلامیه جهانی حقوق بشر رکن جدایی‌ناپذیر قانون اساسی آلمان است. ماده ۲۰ قانون اساسی نظام سیاسی، آلمان را با مشخصه‌های دموکراتیک بودن، اجتماعی بودن، مبتنی بر قانون بودن و فدرال بودن معرفی می‌کند.

۳۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

آلمان پس از آمریکا و ژاپن سومین قدرت صنعتی جهان است. بهبود اقتصادی این کشور پس از جنگ جهانی دوم «معجزه اقتصادی آلمان» خوانده شده است. صنایع مهم شامل الکتریکی، مکانیکی، خودرو سازی، مواد شیمیایی، منسوجات، هوافضا، غذایی و وسایل نقلیه است. تعداد افراد شاغل در صنایع خدماتی نزدیک به دو برابر کارکنان صنعت تولیدی است. بانکداری و امور مالی از منابع مهم درآمد ارزی خارجی است، و شهر فرانکفورت یکی از مراکز اصلی امور مالی و تجاری در جهان است. شاخص‌های کلان سلامت و اقتصاد سلامت در آلمان در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

جدول ۱-۲- شاخص‌های کلان سلامت

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۱	۷۸	۸۳	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۳	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۳۶/۹			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۲- شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۲۸۲۷۹۸۵	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۳۴۵۷۲	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۱۱/۵	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳

فصل دوم: نظام سلامت در آلمان ۳۷

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۴	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۷۶/۸	درصد	۲۰۱۰
۵	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۲۳/۲	درصد	۲۰۱۰
۶	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۱۸/۵	درصد	۲۰۱۰
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۴۶۵۴	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۴۳۴۲	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۵۷۳	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۳۳۴	دلار	۲۰۱۰

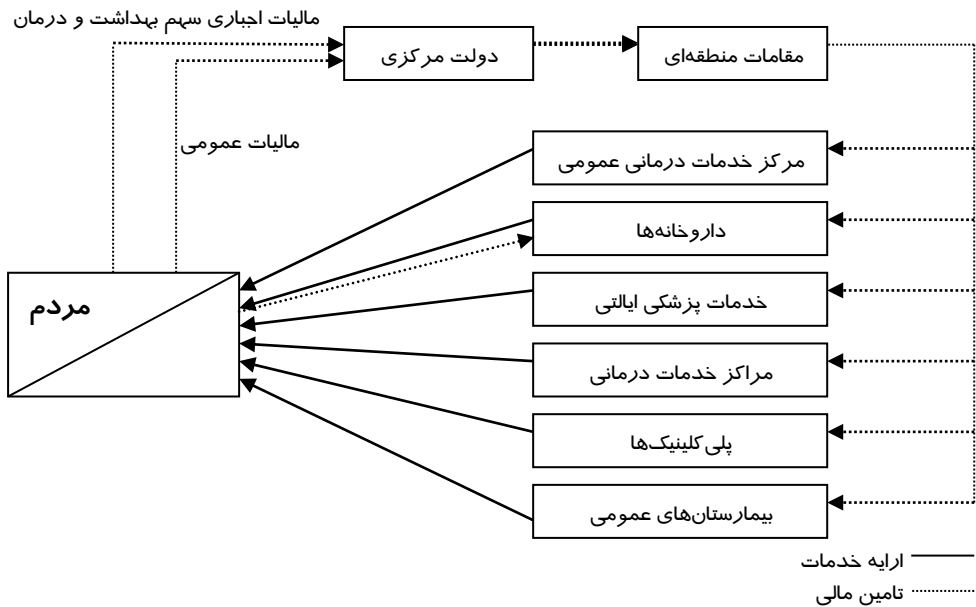
منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

تاریخچه نظام سلامت آلمان به قرون وسطی بر می‌گردد، زمانی که اداره ملی ریشه کنی بیماری‌های واگیر تأسیس شده بود. بنیان‌گذار نظام سلامت فعلی آلمان نخست وزیر مشهور آلمان یعنی بیسمارک است که در حدود یک قرن پیش می‌زیست. در طی سال‌های گذشته تحولات متعدد و عمده‌ای در این نظام پدید آمده است که طبعاً عوامل سیاسی و اجتماعی در آن تأثیر به سزائی داشته است. یکپارچگی آلمان در سال ۱۹۹۰ عمده‌ترین تأثیر را در نظام سلامت این کشور برجا گذاشته است که البته تأثیر این واقعه مهم در آلمان شرقی به مراتب بیشتر از آلمان غربی بود. در طی یک دوره ۴۵ ساله، نظام سلامت آلمان از دو سیستم کاملاً متفاوت استفاده می‌کرد که پس از یکپارچگی دو کشور تلاش عمده‌ای در آلمان شرقی پدید آمد تا سیستم بهداشت و درمان آن در حداقل زمان ممکن به سیستم آلمان غربی نزدیک شد. در آلمان شرقی نظام سلامت از نوع

کاملاً متمرکز و متحد الشكل بود که زیربنای آن براساس بودجه عمومی دولت استوار شده بود. تقریباً تمامی خدمات دارویی، بیمارستانی و سرپایی بصورت رایگان و زیر نظر مستقیم دولت به مردم ارایه می شد و بودجه خدمات مذکور نیز توسط مالیات تأمین می شد. بخش خصوصی یا عملاً وجود نداشت و یا بسیار کوچک و قابل اغماض بود. پزشکان نیز بجز برخی موارد، حقوق مقرری خود را از دولت دریافت می کردند.

شکل ۱-۲- نظام بهداشتی درمانی آلمان شرقی پیش از یکپارچگی



پس از یکپارچگی در سال ۱۹۹۰، تغییرات کلی در نظام پدید آمد تا در حداقل زمان، سیستم به نوع غربی آن تبدیل شود. آنچه که امروز بعنوان ساختار نظام بهداشت و درمان در کشور آلمان مطرح است بسیار نزدیک به ساختار آلمان غربی پیش از یکپارچگی است. برخی تغییرات مذکور به شرح زیر می باشد:

- اجازه تأسیس صندوق‌های بیمه بیماری برای عموم آزاد شد و در ژانویه ۱۹۹۱، شبکه کاملی از این صندوق‌ها در بخش شرقی آلمان تشکیل شد.
- از آنجائی که عموم مردم از طبقه کم درآمد بودند، عموماً تحت پوشش بیمه سلامتی اجباری قرار گرفتند.

فصل دوم: نظام سلامت در آلمان ۳۹

- قیمت یکسانی برای خدمات دارویی در تمام کشور در نظر گرفته شد.
 - پلی کلینیک‌ها و درمانگاه‌های عمومی از ساختار نظام حذف نشدند، زیرا بطور همزمان تعداد زیادی از پزشکان با سابقه کار طولانی در مراکز مذکور مشغول به فعالیت بوده و بیماران نیز به این نوع خدمات عادت کرده بودند.
 - پزشکان متقاعد شدند که یکی از دو سیستم حقوق ثابت یا پرداخت کارانه را برای خود انتخاب کنند.
 - هزینه‌های زیادی برای تجهیز مراکز مختلف درمانی جهت رسیدن به وضعیت بخش غربی آلمان صرف شد.
- سیر کلی تحولات تاریخی و اصلاحات انجام شده در نظام سلامت آلمان در جدول شماره (۲-۳) قابل ملاحظه می‌باشد.

جدول ۲-۳ سیر کلی تحولات تاریخی و اصلاحات انجام شده در نظام سلامت آلمان

سال	رویداد	نتیجه/اهداف
۱۸۴۹	اجباری شدن بیمه در یکی از بخش‌ها	مشارکت کارکنان و کارفرمایان در تأمین مالی
۱۸۸۱	پیشنهاد بیسمارک برای ایجاد یک نظام سلامت ملی	مخالفت گروه‌های مختلف
۱۸۸۳	تصویب بیمه سلامت اجباری	تحت پوشش قرار گرفتن برخی از کارگران
۱۸۸۴	توسعه بیمه سلامت اجباری	تحت پوشش قرار گرفتن تصادفات و ناتوانی‌های مربوط به کار
۱۸۸۹	توسعه بیمه سلامت اجباری	تحت پوشش قرار گرفتن افراد مسن و ناتوان
۱۹۱۱	تنظیم بیمه پادشاهی	-
۱۹۲۷	توسعه بیمه سلامت اجباری	تحت پوشش قرار گرفتن افراد بیکار
۱۹۷۰-۱۹۸۰	فعالیت‌های عمده‌ای جهت کنترل هزینه‌ها	اثرات کوتاه مدت طرح‌های کنترل هزینه، و نیاز همیشگی به اقدامات جدید
۱۹۸۹	قانون اصلاح نظام سلامت	امکان انتخاب از میان صندوق‌های بیماری ارتقای سلامت و افزایش خدمات پیشگیرانه تعیین قیمت مرجع برای محصولات دارویی تهیه لیست داروهای نامناسب تعیین شاخص‌های تضمین کیفیت

۴۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

سال	رویداد	نتیجه / اهداف
۱۹۹۰	یکپارچگی آلمان	نزدیک شدن نظام سلامت آلمان شرقی در حداقل زمان ممکن به آلمان غربی
۱۹۹۳	قانون ساختار نظام سلامت	در نظر گرفتن سقف هزینه شخصی برای خدمات پزشکی در مطب و بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها ایجاد رقابت میان صندوق‌های بیماری کاهش فاصله بیمارستان‌ها و ارایه کنندگان خدمات سرپایی کنترل بودجه بخش‌های اصلی سلامت ایجاد یک کارت هوشمند برای بیمه شدگان
۱۹۹۴	توسعه بیمه سلامت اجباری	تحت پوشش قرار گرفتن درمان‌های طولانی مدت
۱۹۹۶-۱۹۹۷	سومین مرحله اصلاح سلامت	کاهش تمام نرخ‌های مشارکت کاهش مزایای مراقبت‌های توانبخشی افزایش پرداخت‌های مشارکتی برای داروها و مراقبت‌های توانبخشی
۲۰۰۰	قانون اصلاح بیمه سلامت اجباری	تقویت ارزیابی تکنولوژی‌ها توسعه همکاری میان ارایه کنندگان سطوح مختلف خدمات اصلاح در بودجه و شیوه باز پرداخت
۲۰۰۴	نوسازی بیمه سلامت اجباری	بهبود کارایی و کیفیت خدمات تثبیت نرخ مشارکت در بیمه جهت جلوگیری از کارفرمایان جهت سرمایه گذاری‌های بیشتر
۲۰۰۵	تشکیل مجدد وزارت سلامت	تفکیک وزارت سلامت از کار و تأمین اجتماعی

یکی از ویژگی‌های بنیادی سیستم اقتصادی و به طور ویژه نظام سلامت آلمان، تسهیم قدرت تصمیم‌گیری میان بخش‌ها، دولت فدرال و نهادهای اجتماعی قانون‌گذار است. در نظام سلامت، دولت‌ها به صورت سنتی مسئولیت را در اختیار سازمان‌های ارایه‌کننده و خریدار خدمت که به صورت خودگردان و بر مبنای عضویت فعالیت می‌کنند، قرار داده است. دانش و انگیزه لازم برای سازمان‌های درگیر در تأمین مالی و ارایه خدمت از طریق طرح بیمه‌های

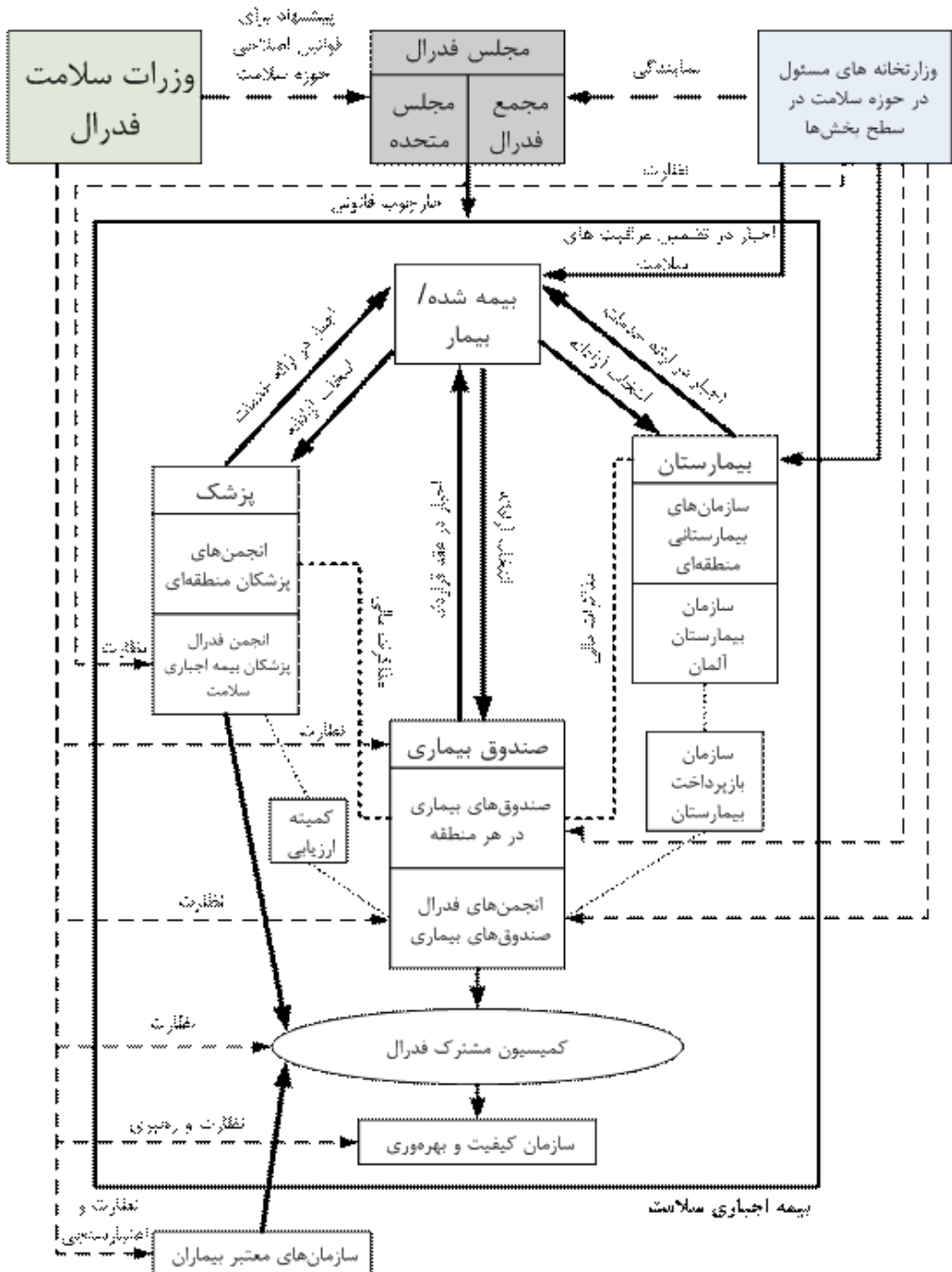
اجباری تأمین می‌شود. این طرح مهم‌ترین طرح مربوط به مراقبت‌های سلامتی بوده و در آن بیمه اجباری سلامت، صندوق‌های بیماری، انجمن‌های آنها و انجمن‌های پزشکان مرتبط با این طرح، وضعیتی نیمه دولتی دارند. این نهادها دارای ساختارهای خودگردانی می‌باشند که در چارچوب قانونی به تأمین مالی و ارائه خدمات می‌پردازند و می‌توانند هزینه عضویت را معین نموده و یا آن را افزایش دهند و به تأمین مالی و ارائه خدمت برای اعضای خود بپردازند. در کمیسیون‌های مشترک پرداخت کنندگان و ارائه کنندگان، بازیگران قانون‌گذار وظیفه تعیین مزایا، قیمت‌ها و استانداردها را در سطح فدرال و انجام مذاکرات جهت عقد قراردادهای، کنترل و تحریم اعضاء را در سطح منطقه‌ای بر عهده دارند.

کلیه بازیگران اصلی نظام سلامت آلمان و نحوه ارتباط آنها در شکل شماره (۲-۲) نشان داده شده‌اند. علاوه بر سازمان‌های تصمیم‌گیرنده که در شکل نشان داده شده‌اند، اخیراً برخی از سازمان‌های دیگر نیز در تصمیم‌گیری از طریق مشاوره، مشارکت و پیشنهاد یا تبدیل شدن به یک شریک در تصمیم‌گیری و تأمین مالی، مشارکت می‌کنند.

بر اساس قانون اساسی آلمان، شرایط زندگی در تمام بخش‌ها باید از استاندارد یکسانی پیروی کند. اگر چه حوزه سلامت به طور مشخص در میان حوزه‌ها وجود ندارد، اما موضوعات مشخصی مرتبط با سلامت از جمله مزایای اجتماعی، بیماری‌هایی که سلامت عمومی را به تهدید می‌کنند، محافظت در مقابل تابش‌های یونیزه شده، گواهی‌نامه پزشکان و سایر متخصصین سلامت، داروها و اقتصاد بیمارستان‌ها مورد اشاره قرار گرفته‌اند. برخی از سیاست‌های مربوط به محیط زیست نیز در این حوزه قرار می‌گیرند و رسیدگی به سایر جنبه‌های سلامت بر عهده بخش‌ها می‌باشد.

همانطور که پیشتر گفته شد در این کشور نهادهای مختلفی در سه سطح دولت مرکز (سطح فدرال)، بخش‌ها و اتحادیه‌ها در سلامت مؤثر هستند که در ذیل به آن پرداخته شده است.

شکل شماره (۲-۲)، ارتباطات در نظام سلامت آلمان



الف - سطح فدرال

در سطح ملی مجمع فدرال، مجلس متحده، وزارت سلامت و وزارت کار و تأمین اجتماعی فدرال بازیگران اصلی نظام سلامت هستند. در سال ۲۰۰۲ بخش‌های مرتبط با تأمین اجتماعی از وزارت سابق کار و سیاست اجتماعی به وزارت سابق سلامت منتقل شد. و مسئولیت تمام شاخه‌های مربوط به تأمین اجتماعی به غیر از بیکاری (که زیر نظر وزارت کار و اقتصاد بود) بر عهده وزارت سلامت و تأمین اجتماعی قرار گرفت.

تا سال ۲۰۰۵ این وزارت ادغام یافته (بنام وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی) برقرار بود و وزیر آن مهمترین عضو کابینه محسوب می‌شد. در سال ۲۰۰۵ با توجه به سیاست‌های صدراعظم جدید آنجلا مرکل، این وزارتخانه دوباره سازی شده و به حالت اولیه برگشت. در حال حاضر دو وزارت سلامت و کار و تأمین اجتماعی مسئول سلامت و بیمه‌های سلامت هستند.

وزارت بهداشت فدرال مسئول سیاست‌های مختلف در زمینه سلامت است و فعالیت خود را عمدتاً در تهیه پیش نویس لوایح، احکام و مقررات اداری متمرکز کرده است. علاوه بر این، با استفاده از شیوه‌های مختلف پیشگیری، وزارت فدرال بهداشت و درمان به دنبال بهبود سلامت جامعه است. بطور کلی در این وزارت سه حوزه خدمات سلامت، پیشگیری و مراقبت‌های طولانی مدت وجود دارد.

شرح وظایف وزارت سلامت فدرال عبارتست از:

- حفظ و ارتقای کیفیت نظام سلامت؛
- تقویت منافع بیماران؛
- مراقبت‌های پیشگیرانه؛
- تهیه دستور العمل برای تولید کنندگان، تحقیقات پزشکی، کانال‌های توزیع و کنترل داروها و تجهیزات پزشکی با اهداف:
 - ✓ کیفیت، ایمنی و بهره‌وری تجهیزات
 - ✓ ایمنی محصولات پزشکی مثل فرآورده‌های خونی
- مسکن‌ها و کاهش خطر اعتیاد
- سیاست‌های اروپایی و بین‌المللی

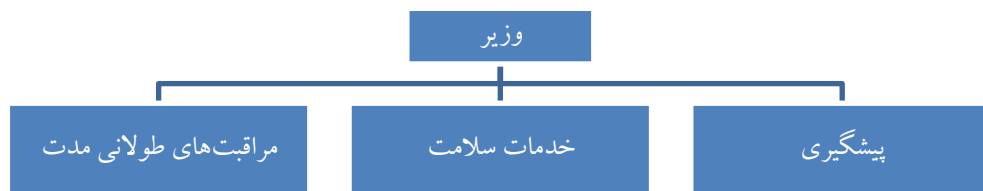
۴۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

وزارت سلامت در حوزه‌های زیر سازماندهی شده است:

۱. مدیریت؛
۲. سیاست‌های اروپایی و بین‌المللی سلامت؛
۳. برنامه ریزی، خدمات سلامت؛
۴. داروها و حفاظت از سلامت؛
۵. مراقبت‌های دراز مدت؛
۶. پیشگیری،

شکل ۲-۳ ساختار سازمانی وزارت سلامت را نشان می‌دهد

شکل شماره (۲-۳)، ساختار سازمانی وزارت سلامت



برخی از قدرت‌های تابع در زمینه‌های دادن گواهینامه‌ها و نقش‌های نظارتی، مشاوره‌های علمی و ارائه خدمات اطلاعاتی به مردم و انجمن‌های علمی فعال هستند. از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- **نهاد فدرال داروها و تجهیزات پزشکی:** مسئولیت دادن گواهینامه برای داروها و نظارت بر ایمنی داروها و تجهیزات پزشکی را بر عهده دارد.
- **نهاد فدرال سرم‌ها و واکسن‌ها:** مسئولیت دادن گواهینامه برای سرم‌ها و واکسن‌ها را بر عهده دارد.
- **نهاد فدرال بیماری‌های واگیر و غیرواگیر:** مسئولیت پایش، شناسایی، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها را بر عهده دارد. همچنین موظف به چاپ و انتشار گزارش‌های سلامت و نشریه اطلاعاتی مرتبط با بیماری‌های فراگیر است.

فصل دوم: نظام سلامت در آلمان ۴۵

- مرکز فدرال آموزش سلامت: مسئولیت توسعه و انتشار ابزارهای آموزشی سلامت را بر عهده دارد.
- سازمان اطلاعات و مستندات پزشکی آلمان: مسئولیت تأمین اطلاعات مورد نیاز مردم و متخصصین تمام علوم مرتبط با زندگی را بر عهده دارند. در ابتدا این سازمان تنها بر روی اطلاعات مربوط به مراقبت‌های سلامت و داروها متمرکز بود، ولی هم‌اکنون پایگاه‌های داده متعددی در ارتباط با طیف گسترده‌ای از علوم زندگی و اجتماعی وجود دارند.

ب- سطح بخش

ساختار فدرال کشور آلمان را می‌توان به طور عمده با ۱۶ ایالت موجود در بخش‌های مختلف و قوای مقننه هر بخش نشان داد. اکثر حوزه‌های اثرگذار بر سلامت مثل ترافیک، برنامه‌ریزی شهری و آموزش توسط سایر وزارتخانه‌ها کنترل می‌شوند.

ج- سطح اتحادیه

۱. **ارایه کنندگان خدمات:** در طرح بیمه اجباری، سطح اتحادیه‌ها با انجمن‌های پزشکان و دندانپزشکان مرتبط با بیمه اجباری سلامت به عنوان ارایه کنندگان خدمات و صندوق‌های بیماری و انجمن‌های آنها به عنوان خریداران خدمات نشان داده می‌شوند. این ارگان‌ها وضعیتی نیمه دولتی داشته و عضویت در آنها اجباری است.

سازماندهی پزشکانی که به درمان بیماران بیمه شده در بیمه‌های اجباری سلامت می‌پردازند، توسط انجمن‌های پزشکان در هر منطقه انجام می‌شود؛ چراکه عضویت در این انجمن‌ها برای پزشکان اجباری است. از میان ۱۶ بخش کشور آلمان، ۱۵ بخش دارای یک انجمن پزشکان و یک بخش که جمعیت بیشتری دارد، دو انجمن وجود دارد. از سال ۲۰۰۵ به بعد هیات مدیره طولانی مدت و تمام وقت جایگزین هیات مدیره نیمه وقت و داوطلبانه پزشکان شد که همین امر بهبود عملکرد این انجمن‌ها را در پی داشته است. انجمن‌های پزشکان میان اعضای عادی خود که پزشکان بخش خصوصی هستند و دیگر اعضا که به درمان سرپایی و یا بستری بیماران در چارچوب بیمه اجباری سلامت می‌پردازند، تفاوتی قائل نمی‌شوند.

پس از تصویب قانون روان درمانی در سال ۱۹۹۹، روانشناسانی هم که تخصصی در زمینه روان درمانی داشتند، به عضویت انجمن‌های پزشکان در آمدند. این امر موجب توازن میان ارایه و بازپرداخت خدمات روان درمانی میان پزشکان و روانپزشکان شد.

دندانپزشکان مورد تأیید طرح بیمه اجباری سلامت نیز به شیوه‌ای مشابه پزشکان سازماندهی می‌شوند. انجمن‌های دندانپزشکان و انجمن فدرال دندانپزشکی بیمه اجباری سلامت وظیفه سازماندهی دندانپزشکان را بر عهده دارند.

سازمان بیمارستان آلمان در ساختار بیمه اجباری سلامت ادغام شده و به مرور زمان به یکی از بخش‌های مهم تصمیم‌گیری در بیمه اجباری سلامت تبدیل شده است. اگر چه این سازمان به صورت رسمی وضعیت یک سازمان نیمه دولتی را ندارد؛ اما نماینده‌ای برای اعمال نظرات بیمارستان‌ها می‌باشد که بر اساس قوانین بخش خصوصی کار می‌کند. اعضای سازمان بیمارستان آلمان شامل ۱۶ سازمان بخشی و ۱۲ انجمن برای گونه‌های مختلف بیمارستان (دانشگاهی، عمومی، شهری، خصوصی و ...) می‌باشد. سازمان‌های دیگری نیز در سال‌های اخیر به وجود آمده‌اند که حق تصمیم‌گیری نداشته و تنها مسئولیت مشاوره را بر عهده دارند.

۲. پرداخت کنندگان: قسمت پرداخت کنندگان متشکل از صندوق‌های بیماری مستقل فدرال یا منطقه‌ای می‌باشد. در ژانویه ۲۰۰۴، تعداد صندوق‌های بیماری اجباری به ۲۹۲ صندوق رسید که جمعاً ۷۲ میلیون نفر را تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌دادند. همچنین در همین سال، ۴۹ سازمان بیمه خصوصی وجود داشت که ۷/۱ میلیون نفر تحت پوشش کامل آنها قرار گرفته بودند.

تمام صندوق‌ها وضعیت غیرانتفاعی داشته و مبتنی بر اصول استقلال حاکمیتی هستند. بر اساس قانون، صندوق‌ها موظف به جمع‌آوری سهم مشارکت اعضایشان هستند که مستلزم تعیین نرخ مشارکت لازم جهت پوشش تمام هزینه‌ها می‌باشد. در اکثر صندوق‌ها مدیریت متشکل از یک هیات مدیره تمام وقت با مسئولیت برنامه‌ریزی روزانه صندوق‌ها و یک مجمع نمایندگان است که وظایف زیر را بر عهده دارند:

- تصمیم‌گیری در مورد قوانین و اقدامات تنظیمی؛
- تصویب بودجه صندوق‌ها؛
- تعیین نرخ مشارکت؛
- انتخاب اعضای هیأت مدیره.

فصل دوم: نظام سلامت در آلمان ۴۷

معمولا این مجمع متشکل از نمایندگان بیمه شدگان و کارفرمایان می‌باشد. تمام نمایندگان بیمه شدگان و کارفرمایان هر شش سال یکبار مبتنی بر اصول دموکراسی انتخاب می‌شوند. در حالت کلی صندوق‌های بیمه در دو گروه صندوق‌های اولیه و جایگزین قرار می‌گیرند. صندوق‌های اولیه مربوط به افرادی است که درآمد آنها کمتر از یک حد مشخصی است. در کشور آلمان ۶ نوع صندوق اولیه وجود دارد:

۱. صندوق‌های منطقه‌ای (در مناطق مختلف وجود دارند)؛
 ۲. صندوق‌های شرکت‌ها (در برخی از شرکت‌های با بیش از ۴۵۰ نفر وجود دارند)؛
 ۳. صندوق‌های اصناف (در بر اساس حرفه‌های مختلف وجود دارد)؛
 ۴. صندوق‌های کشاورزان؛
 ۵. صندوق ملوان‌ها؛
 ۶. صندوق کارگران معدن.
- صندوق‌های جایگزین مربوط به کارگران یقه سفید و یقه آبی با درآمدی بیشتر از یک حد مشخص می‌باشد. تعداد کل صندوق‌های بیماری از زمان ایجاد صندوق‌های منطقه‌ای عمومی و صندوق‌های جایگزین به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. در جدول شماره ۴-۲ تعداد صندوق‌های بیمه طی سال‌های ۱۹۹۳ لغایت ۲۰۰۴ آمده است.

جدول شماره (۴-۲)، تعداد صندوق‌های بیمه در سال‌های مختلف

۲۰۰۴	۲۰۰۳	۲۰۰۲	۲۰۰۱	۲۰۰۰	۱۹۹۹	۱۹۹۸	۱۹۹۷	۱۹۹۵	۱۹۹۳	
۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۸	۱۸	۹۲	۲۶۹	صندوق‌های منطقه‌ای
۲۲۹	۲۵۵	۲۸۲	۳۱۸	۳۳۷	۳۶۱	۳۸۶	۴۵۷	۶۹۰	۷۴۴	صندوق‌های شرکت‌ها
۱۰	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۳	۱۳	۱۴	۱۵	۱۵	صندوق‌های جایگزین
۲۰	۲۴	۲۵	۲۸	۳۲	۴۲	۴۳	۴۳	۱۴۰	۱۶۹	صندوق‌های اصناف
۱۴	۱۵	۱۷	۱۹	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۱	۲۲	صندوق‌های کشاورزان
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	صندوق ملوان‌ها
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	صندوق کارگران معدن
۲۹۲	۳۲۵	۳۵۵	۳۹۶	۴۲۰	۴۵۵	۴۸۲	۵۵۴	۹۶۰	۱۲۲۱	مجموع

۳. سایر صندوق‌های بیمه اجباری: برخی سازمان‌های دیگر نیز وجود دارند که کارکردی مشابه صندوق‌های بیمه اجباری سلامت را انجام می‌دهند که عبارتند از:

- صندوق‌های حادثه (مراقبت‌های درمانی و توانبخشی مربوط به بیماری‌ها و حوادث مربوط به محل کار را تحت پوشش قرار می‌دهد)؛
- صندوق‌های بازنشستگی (مربوط به توانبخشی می‌باشد)؛
- صندوق‌های مراقبت‌های طولانی مدت (توسط صندوق‌های بیماری موجود شکل گرفته‌اند).

۴. دفاتر تخصصی: بیرون از محدوده بیمه اجباری سلامت، دفاتر تخصصی به صورت قانونی برای پزشکان، دندانپزشکان، دامپزشکان و روانپزشکان وجود دارد. بر اساس قانون تمام این متخصصان باید عضو دفاتر تخصصی مربوط به حرفه خود در سطح بخش‌ها باشند. این دفاتر توسط قانون تنظیم می‌شوند و مسئولیت‌های زیر را بر عهده دارند:

- آموزش‌های ثانویه و اعتبار بخشی؛
- آموزش‌های حین خدمت؛
- ساماندهی چیدمان؛
- تعیین استاندارد برای متخصصین.

دفاتر تخصصی فدرال به منظور ایجاد هماهنگی در اجرای این مسئولیت‌ها شکل گرفته‌اند و انجمن پزشکی آلمان نام گرفته‌اند. این انجمن بر اساس قوانین بخش خصوصی ایجاد شده است و تنها پیشنهاد می‌دهد و قدرت اجرایی ندارد. پرستاران، ماماها و فیزیوتراپ‌ها توسط دفاتر تخصصی ساماندهی نمی‌شوند؛ بلکه می‌توانند به صورت داوطلبانه در برخی سازمان‌های تخصصی عضو شوند.

۵. سایر بازیگران: بازیگران متعدد دیگری نیز وجود دارد که در این بخش تنها به چند مورد از آنها اشاره می‌کنیم:

- وزارت آموزش و تحقیقات (مسئولیت انجام تحقیقات در حوزه سلامت را بر عهده دارد)؛
- وزارت کار و تأمین اجتماعی
- سازمان داروسازان آلمان (مسئولیت ساماندهی داروسازان و مذاکره با داروسازان خصوصی را انجام می‌دهد)؛
- انجمن بیمه‌های خصوصی (وظیفه ساماندهی و دفاع از حقوق بیمه‌های خصوصی را بر عهده دارد).

ویژگی‌های کلی نظام بهداشت و درمان آلمان

- وجود بهم پیوستگی و انسجام در کل سیستم
- استقلال مالی صندوق‌های بیمه در آلمان
- نقش عمده دولت در تصمیم‌گیری، قانونگذاری و توسعه بهداشت و بیمه سلامت
- تعیین نهایی حق بیمه‌ها توسط دولت
- توجه به بیمه عمومی در سطح کشور
- تقویت صندوق‌های بیمه به منظور افزایش رقابت جذب مشتری
- افزایش کارایی و کیفیت خدمات و کاهش حق بیمه
- پوشش تقریباً ۱۰۰ درصدی بیمه مردم
- تمرکز اصلاحات بر کنترل هزینه و وضعیت صندوق‌ها و بیمه
- مقاومت در مقابل برنامه‌های اصلاحی

۳- نظام ارایه خدمات

نزدیک به ۲۲۰۰ بیمارستان و بیش از ۳۰۰.۰۰۰ پزشک مراقبت از ۷۲ میلیون بیمه شده دولتی و قریب به ۸.۵ میلیون بیمه شده درمانی خصوصی را برعهده دارند.

معمولاً خدمات سرپایی بوسیله پزشکان عمومی و متخصصین شاغل در بخش خصوصی ارایه می‌گردد. خدمات بستری بوسیله بیمارستان‌های ارایه‌دهنده مراقبت‌های مزمن (بیمارستان برای درمان بیماری‌های صعب‌العلاج) که به وسیله ایالت‌ها اداره می‌شوند و نیز مراکز خیریه و خصوصی ارایه می‌شود.

برای ارایه خدمات درمانی به اعضای طرح‌های بهداشتی ایالتی بیمارستان‌ها و پزشکان قراردادهایی را با صندوق‌های بیمه‌ای منعقد می‌نمایند. حقوق پزشکان و شاغلین بیمارستان‌ها بسته به توافق آنها با صندوق‌های بیمه‌ای دارد، بر مبنای توافقات، پرداخت برای خدمات به صورت انفرادی محاسبه می‌شود، لیکن به صورت گلوبال بین پزشکان کنترل می‌گردد.

در صورتی که پزشک یک بیمار غیربیمه‌ای را درمان کند، صورت حساب وی بر اساس دستمزد رسمی تعریف شده بوسیله صندوق بیمه‌ای پرداخت می‌شود. بر پایه این جداول به پزشکان اجازه داده می‌شود که هزینه مشخصی را از بیماران دریافت نمایند.

خدمات بستری تعرفه مشخصی دارد و در تمام ایالتها و بیمارستان‌های خصوصی رعایت می‌شود. این تعرفه‌ها مواردی مانند هزینه‌های هتلینگ، غذا، مراقبت‌های پرستاری، معالجات پزشکی و مواردی مانند تخت روز در یک اتاق یک تخته و یا دو تخته و نیز مراقبت‌های پزشکی خصوصی و مشاوره‌ها را در بر می‌گیرد.

پزشکان عمومی هیچگونه عملکرد رسمی دروازه بانی برای سیستم ندارند. اما از سال ۲۰۰۴ صندوق‌های بیماری ملزم هستند که به بیمه شدگان خود گزینه ثبت نام برای مدل مراقبت توسط پزشک خانواده را ارائه دهند، مدلی که نشان داده است نه تنها خدمات بهتری ارائه می‌دهد بلکه نقش‌های دروازه بانی برای سیستم بهداشت و درمان را هم بازی می‌کنند. مراقبت‌های سیار عمدتاً توسط متخصصین ارائه می‌شود، هرچند از سال ۲۰۰۴ مراکز مراقبت‌های سیار از نوع پلی کلینیک نیز مجاز به ارائه این خدمات شده‌اند. پزشکان در این حیطه عموماً به صورت پرداخت بر اساس عملکرد دریافت می‌کنند. صندوق‌های بیماری سالانه قراردادی با انجمن‌های پزشکان امضا می‌کنند، مبالغی را در اختیار آنان قرار می‌دهند و از ارائه خدمت نظارت بر هزینه‌ها اطمینان حاصل می‌کنند. اصولاً بیمارستان‌ها پزشکانی را به استخدام در می‌آورند و به آنها حقوق می‌پردازند. پزشکان بالا رتبه نیز می‌توانند بیماران با بیمه خصوصی را بر مبنای پرداخت بر اساس عملکرد درمان کنند.

سه نوع بیمارستان اصلی در این کشور وجود دارد:

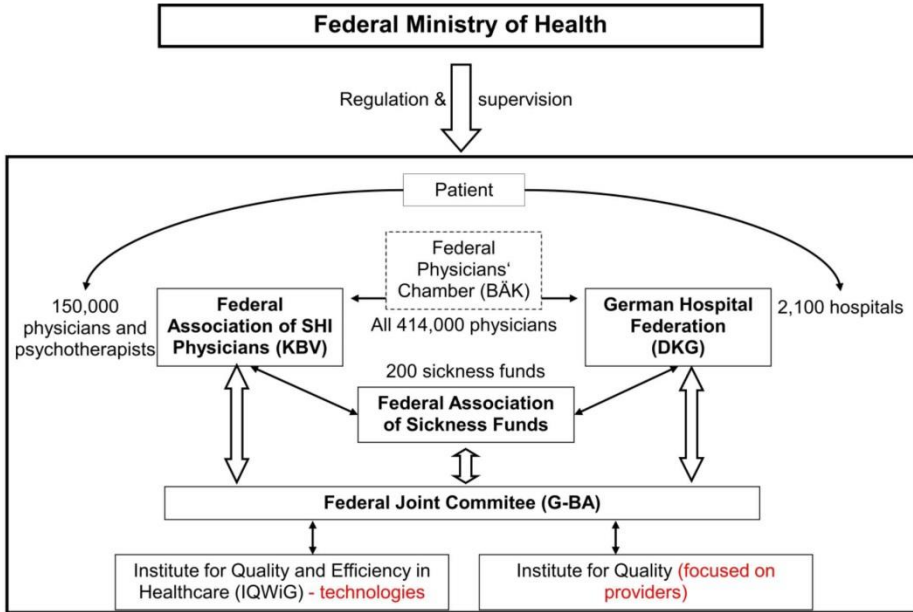
- ۱ - بیمارستان‌های عمومی که در کنترل دولت هستند (۵۱ درصد کل بیمارستان‌ها).
- ۲ - بیمارستان‌های غیرانتفاعی محلی که تحت کنترل دولت‌های محلی هستند (۳۵٪).
- ۳ - بیمارستان‌های خصوصی که سرمایه آن عموماً توسط پزشکان تأمین می‌شود (۱۴٪).

کارکنان بیمارستان‌های نوع اول و دوم بطور تمام وقت در اختیار بیمارستان هستند و هزینه‌های مراقبت بیماران نیز توسط صندوق‌های بیمه تأمین می‌شود. پزشکان نیز در دو نوع بیمارستان ذکر شده حقوق بگیر هستند که البته در این مقوله رؤسای بخش‌ها از این قاعده مستثنی هستند و می‌توانند از بیماران خصوصی خود حق الزحمه دریافت کنند و در حقیقت تنها گروه پزشکان هستند که قادرند در هر دو بخش خصوصی و دولتی فعالیت کنند.

پزشکان در بیمارستان معمولاً مجاز به درمان بیماران سرپایی نیستند مگر اینکه درمانی توسط متخصصین بخش خصوصی قابل ارائه نباشد. از سال ۲۰۰۴ بیمارستان‌ها می‌توانند برخی خدمات فوق تخصصی مشخص را بصورت سرپایی ارائه دهند. مراقبت‌های بستری بر اساس گروه‌های تشخیصی وابسته (DRG) به ازای هر پذیرش که در حال حاضر بر اساس ۱۱۹۲ طبقه‌بندی DRG است. این سیستم در سال ۲۰۰۴ الزامی شد و هر سال بازبینی می‌شود تا فناوری‌های جدید، تغییرات در الگوی درمانی و هزینه‌های مرتبط را محسوب کند. افراد اگر برای مراقبت‌های بستری به بیمارستان مراجعه کنند، در انتخاب پزشکان مراقبت‌های سیار آزاد هستند.

برنامه‌های مدیریت بیماری^۱ (DMPs): در سال ۲۰۰۲ DMPs برای بیماری‌های مزمن در SHI وضع شدند تا برای صندوق‌های بیماری انگیزه‌ای برای ارائه خدمات بهتر برای بیماران مزمن فراهم کنند. صندوق‌های بیماری برای هر عضو مبلغی دریافت می‌کنند. DMPs در حال حاضر برای دیابت نوع یک و دو، سرطان سینه، بیماری‌های قلبی عروقی، آسم، و بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی وجود دارند. این برنامه‌ها بر اساس درمان مبتنی بر شواهد، مستندسازی اجباری و حفظ کیفیت هستند. صندوق‌های بیماری بازپرداخت به صورت سرانه ۲۶۲ یورو (۳۸۶ دلار آمریکا) در سال به ازای هر فرد بیمه شده عضو DMPs دریافت می‌کنند. در اکتبر ۲۰۰۹، ۱۳۰۸۷ DMPs منطقه‌ای ثبت شده بودند با بیش از ۵ میلیون بیمار عضو (بیش از ۷٪ کل بیمه شدگان SHI). در شکل صفحه بعد ارتباط بخش‌های مختلف در ارائه خدمات سلامت نشان داده شده است.

شکل ۴-۲. بخش‌های مختلف در ارایه خدمات سلامت در آلمان



دولت آلمان نمایندگی نظارت بر صندوق‌های بیماری و انجمن‌های ارایه دهندگان خدمات درمانی را به اتحادیه‌ها سپرده است. یکی از مهمترین این اتحادیه‌ها کمیته مشترک فدرال است که در سال ۲۰۰۴ تأسیس شد. این کمیته در چارچوبی قانونی تعیین می‌کند که چه خدمات‌هایی باید توسط صندوق‌ها ارایه شوند. یکی از مهمترین وظایف این کمیته ارزیابی روش‌های جدید درمانی و تشخیصی است که در صورت تأیید می‌توانند توسط صندوق‌ها بازپرداخت شوند.

نحوه اطمینان از کیفیت مراقبت‌ها

کیفیت مراقبت‌ها از روش‌های گوناگونی تعیین می‌شوند: کیفیت ساختاری در مورد نیاز به داشتن یک سیستم مدیریت کیفیت برای همه ارایه دهندگان خدمت، الزام آموزش مداوم برای پزشکان، و ارزیابی فناوری سلامت برای داروها و رویه‌هاست. برای این منظور مؤسسه کیفیت و کارایی در سال ۲۰۰۴ تأسیس گردید. اعتباربخشی بیمارستان‌ها اختیاری است. کیفیت پیامد و فرایندها توسط یک سیستم گزارش کیفیت اجباری برای تقریباً ۲۲۵۰ بیمارستان مراقبت‌های حاد ارزیابی

می‌شوند. در این سیستم بیش از ۱۵۰ شاخص ارزیابی می‌شوند که یک ششم کل بیماران بستری را در آلمان پوشش می‌دهد.

نحوه اطمینان از اثربخشی مراقبت‌ها

علاوه بر موارد بالا که کیفیت را می‌سنجند روش‌هایی نیز برای سنجش اثربخشی وجود دارد. از سال ۲۰۰۸ مؤسسه کیفیت و کارایی مسئول هزینه اثربخشی داروها را ارزیابی می‌کند. همانطور که اشاره شد بیمارستان به ازای DRG بازپرداخت می‌شوند، بنابراین بیمارستان‌ها برای بیماران یکسان به یک صورت دریافت می‌کنند. از آنجایی که DRG بر اساس هزینه‌های متوسط محاسبه می‌شوند، فشار زیادی بر بیمارستان‌های کمتر اثربخش است.

اصلاحات و نوآوری‌های اخیر در نظام آرایه خدمات درمانی

۱. رتبه‌بندی کیفیت مراقبت‌های پرستاری و آرایه دهندگان مراقبت‌های طولانی مدت
۲. ایجاد انگیزه برای به حداقل رساندن مصرف خدمات بهداشتی درمانی و شرکت در برنامه‌های پیشگیری
۳. تداوم تأمین مالی بخش بهداشت و درمان
۴. افزایش رقابت

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

نظام تأمین مالی سلامت در آلمان بر اساس نظام بیمه‌ای شکل گرفته است و مردم تنها در برخی خدمات فرانشیز پرداخت می‌کنند. در سال ۲۰۰۴ با تغییراتی در قانون میزان فرانشیز در بعضی از خدمات افزایش یافته است.

در این کشور بیمه‌های درمان و بیمه مراقبت‌های درمانی بلندمدت تحت سرپرستی وزارت کار و تأمین اجتماعی است و در سطوح اجرایی دارای صندوق‌های جداگانه‌ای برای آرایه تعهدات خود است. این بیمه بر اساس قانون به صورت اجباری بیمه‌شدگان مشمول بیمه اجتماعی را در برابر مراقبت‌های پرستاری در منزل یا بیمارستان‌ها بیمه کرده است. صندوق‌های بیمه درمان در سطح فدرال، به وسیله مؤسسه بیمه فدرال و در سطح ایالت‌ها به وسیله هیأت امنای ایالتی، نظارت و راهبری می‌شوند.

۱-۴. تاریخچه بیمه درمان خصوصی در آلمان

تاریخچه بیمه درمان در آلمان با تاریخچه توسعه در این کشور گره خورده است. منشاء نظام جدید بیمه‌ای به سال ۱۸۸۱ برمی‌گردد، یعنی همان سالی که در دوران امپراتوری رچستاگ نظام بیمه درمان سه‌گانه برای پوشش کارگران در مقابل «بیماری»، «تصادفات و ناتوانی» و «فقر در سنین پیری» پایه‌گذاری شد. اصولاً سلسله مراتبی برای عضویت در بیمه پایه ایالتی وجود دارد که این عامل (وجود سلسله مراتب) در توسعه بیمه درمان خصوصی در آلمان تاثیر بسزایی داشته است.

از آنجایی که رایج بیمه قانونی با توجه به درخواست افراد صورت می‌گیرد، ارتباط ضعیف با مردم باعث می‌شود مردمی که تحت پوشش بیمه قانونی (همگانی) قرار نگرفته‌اند به سوی بیمه‌های خصوصی تمایل پیدا کنند.

بازار بیمه درمان خصوصی به موازات بیمه همگانی و بر اساس همان اهداف فعالیت می‌کند. فرصت‌های بوجود آمده باعث گسترش و توسعه بیمه درمان خصوصی گردید که این موضوع منتج به عضویت جمع کثیری از سازمان‌های غیرانتفاعی در این فعالیت شد. امروزه مشاهده می‌شود که اکثر شرکت‌های بیمه‌ای در آلمان به صورت بیمه مشارکتی فعالیت می‌نمایند. این نوع فعالیت باعث پوشش ریسک‌های اقتصادی بوسیله بیمه‌گران می‌شود.

فعالیت شرکت‌های بیمه‌ای به صورت مشترک تا سال ۱۹۷۰ ادامه یافت. مشکلات اقتصادی باعث ایجاد فرصت‌ها و تهدیدهایی سیستماتیک برای نظام سلامت شد. قانون اصلاحات نظام سلامت در سال ۱۹۸۹، قانون اصلاح ساختار نظام سلامت و نهایتاً قانون بیمه مراقبت‌های طولانی مدت در سال ۱۹۹۵ مسئولیت‌هایی را برای بیمه درمان خصوصی تعیین کرده است.

۲-۴. قوانین و پوشش بیمه‌ای

بیمه درمان خصوصی در قالب جبران غرامت، هزینه‌های پزشکی، هزینه مراقبت‌های پزشکی درمان بیماری‌ها، تصادفات، حاملگی و زایمان را پرداخت می‌کند. در مورد خدمات بستری نظام پرداخت روزانه وجود دارد.

در جمهوری فدرال آلمان برای محافظت مردم در مقابل بیماری‌ها، بیمه همگانی درمان دو جانبه طراحی گردیده است، لیکن هماهنگی کاملی بین مؤسسات بیمه درمان خصوصی و بیمه

درمان همگانی (اجباری) وجود دارد. قوانین، چگونگی پوشش بیمه‌ای را برای افراد در قالب بیمه‌های سلامت خصوصی یا همگانی تعیین کرده است. بر اساس قانون تمام مردم آلمان باید تحت پوشش بیمه درمان قرار گیرند، در هر حال بیمه اجباری درمان تمامی کارکنان را در بر می‌گیرد. در مورد کارگران یقه سفید و یقه آبی میزان درآمد کارکنان (بر اساس متوسط درآمد در کشور) معین‌کننده نوع پوشش بیمه‌ای است. محدودیت‌هایی برای تحت پوشش قرار گرفتن و یا خروج از پوشش بیمه‌ای همگانی و خصوصی وجود دارد که جابه‌جایی بیمه‌شدگان را در این دو نوع پوشش بیمه‌ای با محدودیت‌هایی مواجه می‌سازد.

- کارکنانی که از نظر شغلی درآمد بالایی دارند، محدودیتی برای خروج از پوشش بیمه‌ای همگانی ندارند. این گروه باید در ابتدا عضو طرح بیمه همگانی (همانند بیمه‌شدگان اختیاری) باشند لیکن برای ادامه این پوشش (بیمه همگانی) اجباری وجود ندارد.

یکی از پیامدهای این اتفاق (آزادی در خروج از پوشش بیمه همگانی) این است که افرادی که حقوق و دستمزدها افزایش می‌یابد مدت طولانی تحت پوشش بیمه همگانی باقی نمی‌مانند و به عضویت بیمه‌های درمان خصوصی درمی‌آیند و بر عکس کسانی که بدین دلیل (افزایش درآمدها) از عضویت بیمه همگانی خارج شده‌اند بعد از مدتی (به علت کاهش درآمدها) مجبور به برگشت به بیمه همگانی می‌شوند.

علاوه بر این کارکنانی هستند که به دلیل شاخص‌های شغلی خاص، شرایط عضویت در طرح بیمه درمان اجباری را ندارند، به عنوان مثال افراد خویش فرما و اعضای مشاغل اجرایی از طرح بیمه اجباری خارج شدند و موافقت‌هایی را برای دریافت خدمات سلامت با مؤسسات بهداشتی و درمانی منعقد کردند.

به علاوه مستخدمان دولت از پوشش بیمه‌ای کامل (مزایای ارابه شده بوسیله کارفرمایان و نیز طرح بیمه همگانی) برخوردارند. مستخدمان دولت و خویش فرمایان ممکن است به صورت اختیاری تحت پوشش طرح بیمه همگانی قرار نگیرند، حتی در صورتی که درآمد آنها از حد عضویت در بیمه اجباری نیز پایین تر باشد.

بازنشستگان، باید به صورت اجباری در طرح بیمه همگانی تحت پوشش قرار گیرند، این موضوع به دلیل از «از کار افتادگی» این گروه از مردم می‌باشد، بخش زیادی از خدمات این گروه

(بازنشستگان) تحت پوشش بیمه درمان همگانی نیست و این خدمات از طریق بیمه درمان خصوصی ارایه می‌شود.

بر اساس قانون برخی از گروه‌های جامعه مانند دانش‌آموزان و کارگران نیمه‌وقت تحت پوشش بیمه درمان همگانی اند اما افرادی نیز وجود دارند که از عضویت در طرح بیمه همگانی مستثنی شده‌اند.

۳-۴. ماهیت ارایه‌دهندگان پوشش بیمه درمان خصوصی

تا اوایل سال ۱۹۹۹ حدود ۷/۲ میلیون نفر از جمعیت آلمان تحت پوشش بیمه درمان خصوصی بودند و این بیمه نقش مهمی در نظام سلامت آلمان بازی می‌کرد.

۹۹ درصد درآمد بیمه درمان خصوصی در آلمان بوسیله حق بیمه‌ها تأمین می‌شود. در صنعت بیمه خصوصی، بیمه درمان در جایگاه دوم قرار گرفته و ۱۶ درصد از حق بیمه‌ها را در سال ۲۰۰۰ به خود اختصاص داده است، با عنایت به این که قابلیت جایگزینی بیمه درمان یکی از شرایط عضویت در اتحادیه اروپا است برای افرادی که از پوشش بیمه درمان همگانی خارج شده و هنوز تحت پوشش بیمه درمان خصوصی قرار ننگرفته‌اند، معیارهایی برای ارایه پوشش‌های بیمه‌ای درمان از طریق پوشش‌های جایگزین طراحی گردیده است. قانون «لزوم تداوم پوشش بیمه‌ای» در ۱۸ ژوئن سال ۱۹۹۲ تصویب شد، بر مبنای این قانون شرایط و سیاست‌های کلی بیمه درمان جایگزین، به وسیله اداره فدرال وضع می‌شود.

در کشور آلمان ۱۸۰ صندوق بیمه اجتماعی غیردولتی رقابتی وجود دارند که بیشتر مردم تحت پوشش قانونی یکی از این بیمه‌ها هستند (صندوق‌های بیماری). تأمین مالی این سیستم بیمه از سهم کارفرما کارمند است که از سال ۲۰۰۹ در یک صندوق مرکزی جمع‌آوری و دوباره بین صندوق‌های هر سیستم بر اساس فرمول‌های پیچیده تعدیل ریسک توزیع می‌شوند. صندوق‌های بیماری بسته مزایای یکسانی را ارایه می‌دهند که بیشتر مراقبت‌های درمانی را پوشش می‌دهند، از جمله خدمات مربوط به بیمارستان و پزشک، داروهای نسخه‌ای و مراقبت‌های دندانپزشکی. اجزاء تشکیل دهنده این بسته مزایا، توسط کمیته مشترک فدرال و نمایندگان از سوی سازمان‌های پرداخت کننده و ارایه دهنده تعیین می‌شوند. افرادی که شغل آزاد و درآمد بالایی دارند و خدمتگزاران شهری، بیشتر بیمه خصوصی را به عنوان جایگزینی برای سیستم بیمه قانونی انتخاب

می‌کنند که شامل ۱۰ درصد جمعیت می‌شوند. همچنین بیمه خصوصی مکمل برای پوشش خدمات رفاهی و مشارکت در هزینه‌ها مخصوصاً مراقبت‌های دندانپزشکی در سیستم‌های قانونی خریداری می‌شود. پزشکان سیار اکثراً در فعالیت‌های انفرادی کار می‌کنند و از طریق سیستم پرداخت بر اساس عملکرد با درجات گوناگون به آنها پرداخت می‌شود. تقریباً نیمی از بیمارستان‌ها عمومی هستند و نیمی خصوصی. پزشکان بیمارستان‌ها عموماً حقوق دریافت می‌کنند و جز در شرایط معین، مجاز به معالجه بیماران سرپایی نیستند. برای چندین وضعیت مزمن، یک مجموعه از برنامه‌های مدیریت بیماری از سوی توصیه‌های مبتنی بر شواهد ملی معرفی شده‌اند که توسط صندوق‌های بیماری طی قراردادی با ارایه دهندگان خدمت اجرا می‌شوند.

نظارت بر بیمه درمان جایگزین برای تطابق با حداقل استانداردها مطابق با قانون بیمه صورت می‌گیرد. تعهدات این بیمه‌ها با سایر بیمه‌ها یکسان است و تعهدات دیگری نیز ممکن است بوسیله این بیمه‌گران صورت گیرد. انجام تعهدات با جمع‌آوری حق بیمه‌ها نمود پیدا می‌کند و اداره فدرال بر این امر نظارت می‌کند.

در مورد سایر تعهدات (تعهدات مضاعف) اداره نظارت کشور مسئول رسیدگی و کنترل می‌باشد. بر این اساس لازم است تغییرات در بیمه‌نامه‌ها و حق بیمه‌ها با متولیان امر هماهنگ شود. برای استفاده از تجهیزات تخصصی در مؤسسات غیر طرف قرار داد مقرراتی وجود دارد هر چند که این تجهیزات بسیار محدود است.

۴-۴. مزایای بیمه درمان خصوصی در آلمان

بیمه درمان خصوصی در آلمان طیف وسیعی از خدمات را تحت پوشش دارد که عبارتند از:

- درمان سرپایی
- درمان بستری
- مراقبت‌های دندانپزشکی
- بستری‌های کوتاه مدت (یک روزه)
- کاهش درآمد ناشی از بیماری
- مراقبت‌های طولانی مدت

- ارایه پوشش‌های تکمیلی برای خدماتی که تحت پوشش بیمه همگانی نیست.
- بیمه مسافرت و غیره

ارایه این خدمات با توجه به وضعیت و نیازهای فرد متغیر است. بیمه‌شدگان توانایی انتخاب بیمه‌نامه‌های مختلف برای دریافت پوشش بیمه‌ای را دارند که ممکن است هزینه‌های درمانی را به طور کامل پوشش دهد و یا این که بخشی از هزینه‌ها را پوشش دهد. حق بیمه استاندارد برای افراد و گروه‌های زیر وجود دارد:

- افرادی که ۶۵ سال و بالاتر دارند.
- افرادی که ۱۰ سال سابقه بیمه درمان دارند.
- افراد ۵۵ سال و بالاتر که ۱۰ سال سابقه بیمه درمان جایگزین دارند و درآمد آنها از حد آستانه کمتر است.

با این حق بیمه اکثر مزایای بیمه درمان همگانی به افراد ارایه می‌شود و این افراد برای دریافت خدمات نیازی به پرداخت حق بیمه بیشتری ندارند. حق بیمه افراد تازه ازدواج کرده محدود بوده و از ۱/۵ برابر میانگین حق بیمه‌ها در بیمه درمان همگانی - در صورتی که درآمد سالانه آنها بیش از آستانه درآمد نباشد - بیشتر نخواهد بود.

بیمارانی که بر اساس قرارداد تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یک پزشک یا یک بیمارستان می‌باشند پس از مراجعه و بر اساس صورت حساب، میزان هزینه پرداختی را از بیمه‌گران خصوصی مطالبه می‌نمایند. انتخاب پزشک و بیمارستان آزادانه و بدون نیاز به تأیید بیمه‌گران صورت می‌گیرد.

۵-۴. تأمین مالی بیمه درمان خصوصی در آلمان

در بیمه درمان خصوصی حق بیمه‌ها بر اساس درجه ریسک، سن فرد، جنس، وضعیت سلامتی فرد، پوشش بیمه‌ای مورد درخواست بیمه شده و نیز سطح پوشش بیمه‌ای تنظیم و محاسبه می‌شود. تا اواسط دهه ۱۹۳۰ حق بیمه پوشش‌های بیمه درمان خصوصی همانند بیمه‌های عمر بر اساس «محاسبات اکچواری» و سایر محاسبات پایه‌ای تعیین می‌گردید. این نحوه محاسبه حق بیمه بر اساس قانون برای بیمه‌های جایگزین تجویز شده بود. بر این اساس حق بیمه‌ها به سن فرد ارتباطی نداشت و با افزایش ریسک بیماری‌ها ثابت می‌ماند.

طرح بیمه سلامت قانونی (SHI) توسط ۱۸۰ صندوق بیمه سلامت رقابتی (صندوق‌های بیماری) اجرا می‌شود. شرکت‌های غیردولتی، غیرانتفاعی خودگردان که توسط قانون تنظیم می‌شوند. این طرح از طریق مشارکت‌های اجباری حمایت می‌شوند که به عنوان درصدی از دستمزد ناخالص تا یک آستانه مشخص جمع‌آوری می‌شوند. درآمدهای بیش از ۳,۶۷۵ یورو (۵,۴۰۸ دلار) در ماه یا ۴۴,۱۰۰ یورو (۶۴,۸۹۷ دلار) در سال (سال ۲۰۰۹) از پرداخت‌های مشارکتی معاف هستند. در سال ۲۰۰۹ کارمندان بیمه شده (یا بازنشستگان) ۷/۹٪ دستمزد ناخالص خود را پرداخت می‌کردند، در حالیکه کارفرما ۷٪ دیگر به دستمزد ناخالص اضافه می‌کند، بنابراین حداکثر پرداخت در حدود ۵۴۸ یورو (۸۰۶ دلار) در ماه خواهد بود. این پرداخت شامل افراد خانواده آنها (فرزندان و همسری که درآمد ندارند) می‌شود، که از طریق صندوق بیماری اولیه تحت پوشش قرار می‌گیرند. افراد بیکار به اندازه حق بیکاری که دریافت می‌کنند، در پرداخت مشارکت خواهند کرد. اما برای افرادی که به مدت طولانی بیکار بوده و حق بیکاری پایین ثابتی دریافت می‌کنند، دولت حق بیمه سالانه ثابتی پرداخت می‌کند.

در سال ۲۰۰۹ دولت نرخ مشارکت در بیمه یکسانی را تنظیم کرده است، و هر چند صندوق‌های بیماری همچنان حق بیمه‌ها را جمع‌آوری می‌کنند اما همه حق بیمه‌ها توسط یک صندوق بهداشتی درمانی مرکزی جدید جمع‌آوری می‌شوند. این صندوق مرکزی منابع را بر اساس فرمول سرانه با ریسک تعدیل شده به صندوق‌ها اختصاص می‌دهد. در این فرمول سن، جنسیت و میزان مرگ و میر از ۸۰ بیماری مزمن و خطرناک در نظر گرفته می‌شوند. بنابراین صندوق‌های بیماری مبلغ بیشتری برای بیماران مبتلا به سرطان، ایدز و فیروز کیستیک در مقایسه با بیمه شدگان معمولی دریافت می‌کنند. از سال ۲۰۰۹ در صورتیکه منابع دریافتی ناکافی باشد صندوق‌های بیماری مبلغ بیشتری برای بیمه شده در نظر می‌گیرند (یا مبالغ باقیمانده را به صندوق مرکزی بر می‌گردانند). تاکنون تنها یک صندوق بیماری کوچک حق بیمه دریافتی را اضافه آورده است. از سال ۲۰۰۴ یارانه رو به افزایشی (که از مالیات تأمین اعتبار می‌شود) برای مزایای فرعی بیمه توسط SHI (مخصوصاً پوشش کودکان) تخصیص داده می‌شود. این هزینه‌ها به عنوان سود مشترک در نظر گرفته می‌شوند و از این روی قسمتی از آن از طریق مالیات عمومی تأمین می‌شود. یارانه‌ها از ۷/۲ میلیارد یورو (۱۰/۶ میلیارد دلار) تا ۱۴ میلیارد یورو (۲۱ میلیارد دلار) در سال ۲۰۱۲ افزایش خواهند یافت. در سال ۲۰۰۷ سهم طرح SHI از کل هزینه بهداشت و درمان ۶۱٪ تخمین زده شد.

بیمه سلامت خصوصی^۱ (PHI): بیمه بهداشتی خصوصی نقش اساسی در پوشش دو گروه معاف از SHI (خدمتگزاران شهری که قسمتی از هزینه‌های بهداشتی توسط کارفرمایان به آنان باز می‌گردد، و افراد با شغل آزاد) و افراد پردرآمد که به انتخاب خود تحت پوشش SHI نیستند، بازی می‌کنند. همه این افراد حق بیمه مرتبط با ریسک می‌پردازند، حق بیمه برای وابستگان آنها بصورت جداگانه پرداخت می‌شود. ریسک به محض ورود ارزیابی می‌شود، بنابراین قراردادهای بر پایه یک نوشته طولانی مدت هستند. بیمه بهداشتی خصوصی توسط دولت تنظیم می‌شود تا از بیمه شده در مقابل حق بیمه‌هایی که به مقدار زیادی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابند و یا از سخت شدن پرداخت حق بیمه در صورت کاهش درآمدها محافظت کند. از ژانویه ۲۰۰۹، بیمه‌گران بهداشتی که پوشش خدمات را ارائه می‌دهند باید در یک طرح تعدیل ریسک (جدا از SHI) شرکت کنند. این طرح آنان را ملزم می‌کند که بیمه پایه‌ای را بیمارانی که به دلیل شغل یا بیمه قبلی خود در PHI شرکت نموده‌اند و حال توانایی تأمین حق بیمه آن را ندارند، ارائه دهند. به علاوه هدف قوانین جدید شدیدتر کردن رقابت بین بیمه‌گران است. بیمه‌گران بهداشتی خصوصی از سوی قانون ملزم هستند به منظور کاهش سرعت افزایش حق بیمه‌ها با افزایش سن، در صورتیکه بیمه شده جوان است، پس انداز برای سن پیری را از حق بیمه کنار بگذارند. سابقاً وقتی فرد بیمه‌ای را قطع می‌کرد این پس انداز با او می‌ماند. از ژانویه ۲۰۰۹، پس انداز عمر افراد در صورتیکه فرد تحت بیمه بهداشتی خصوصی بیمه خود را عوض کند قابل انتقال خواهد بود. همچنین PHI با افزودن برخی مزایا به بسته SHI نقش مکمل را بازی می‌کند، خدماتی مانند فراهم کردن دسترسی به مطلوبیت بهتر مانند اتاق‌های خصوصی در بیمارستان، پوشش برخی فرانس‌های مخصوصاً برای مراقبت‌های دندانپزشکی. در سال ۲۰۰۷ سهم طرح PHI از کل هزینه بهداشت و درمان ۹/۳٪ تخمین زده شد.

بسته مزایای SHI شامل خدمات پیشگیری، مراقبت‌های بیمارستانی سرپایی و بستری، خدمات پزشکی، مراقبت‌های بهداشت روانی، دندانپزشکی، داروهای نسخه‌ای، کمک‌های درمانی، بازتوانی و جبران خدمت است.

در قدیم طرح SHI خدمات اندکی با مشارکت در هزینه‌ها ارائه می‌داد (عمدتاً مراقبت‌های دارویی و دندانپزشکی). اما در سال ۲۰۰۴ پرداخت فرانس‌های برای ویزیت در مطب در مراقبت‌های بسیار (پزشکان عمومی، متخصصین و دندانپزشکان) برای افراد ۱۸ سال به بالا معرفی شدند (۱۰)

یورو یا ۱۵ دلار برای اولین ویزیت در هر بار ویزیت یا ویزیت‌های متوالی بدون مراجعه). سایر فرانشیزها یکسان‌تر شدند: ۵ تا ۱۰ یورو (۷ تا ۱۵ دلار) به ازای هر نسخه سرپایی (مگر اینکه قیمت حداقل ۳۰٪ کمتر از قیمت مرجع باشد)، ۱۰ یورو به ازای هر روز بستری در بیمارستان و اقامت بازتوانی (حداکثر ۲۸ روز در سال)، و ۵ تا ۱۰ یورو برای کمک‌های درمانی تجویز شده. در مجموع پرداخت‌های از جیب ۱۳٪ از مجموع هزینه‌های بهداشتی در سال ۲۰۰۷ را شامل می‌شدند. مشارکت در هزینه‌ها عموماً به ۲٪ از درآمد خانوار محدود می‌شود. برای اعضای خانواده که اضافه می‌شوند قسمتی از درآمد از این حساب خارج می‌شود. برای بیماران مزمن آستانه سهم شدن در هزینه‌ها یک درصد درآمد ناخالص سالانه است. به منظور مشمول شدن در این یک درصد آستانه، افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان سینه، سرطان گردن رحم و سرطان روده بزرگ هستند باید ثابت کنند که قبل از ابتلا در مشاوره‌های پیشنهادی غربال‌گری شرکت نموده‌اند.

۶-۴. بیمه درمان اجباری مراقبت‌های طولانی مدت

بسیاری از افراد ثروتمند و سالمند، هیچ نوع بیماری جدی و خطرناکی ندارند، لیکن خطر بیماری همواره وجود دارد و در پاره‌ای موارد به مراقبت‌های طولانی مدت نیاز است. براساس محاسبات آماری از هر چهار مرد بالای ۲۵ سال یک نفر به مراقبت‌های پرستاری نیاز دارد. در شرایط سنی مشابه ریسک بیماری برای زنان بیش از مردان است و از هر سه زن یک نفر در بعضی از موارد بدون نیاز به کمک دیگران قادر به ادامه زندگی نیست.

در گذشته، مردم با پوشش بیمه‌ای خصوصی یا دولتی می‌توانستند تحت پوشش هزینه‌های درمان مراقبت‌های طولانی مدت با بیمه تکمیلی بیمه درمان و مراقبت‌های طولانی مدت خصوصی نیز قرار گیرند. قانون بیمه درمان مراقبت‌های طولانی مدت در اول ژوئن ۱۹۹۵ تصویب شد. هم‌اکنون تمامی مردمی که تحت پوشش بیمه درمان هستند در مواقع نیاز از پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های پرستاری برخوردار خواهند بود. هدف بیمه مراقبت‌های طولانی مدت اجباری حمایت از بیمه شدگان در هنگام نیاز به مراقبت‌های پرستاری است چراکه هزینه مراقبت‌های مورد نیاز این بیماران به قدری زیاد است که تأمین آن از عهده یک فرد خارج است.

این نوع بیمه نقش بسیار مهمی را در بیمه درمان خصوصی آلمان ایفا می‌کند. معمولاً افراد بصورت داوطلبانه تحت پوشش بیمه درمان مراقبت‌های طولانی مدت قرار می‌گیرند. هرکسی که

بیمه درمان جایگزین را بعنوان بیمه درمان خصوصی انتخاب می‌نماید معمولاً این نوع پوشش بیمه‌ای را انتخاب و خریداری می‌کند.

کارمندان دولت که از مزایای مراقبت‌های طولانی مدت برخوردار می‌شوند، مایل به خرید پوشش‌های بیمه مراقبت‌های طولانی مدت خصوصی برای جبران بخشی از هزینه‌های درمانی هستند که تحت پوشش بیمه پایه آنها نیست. افراد تحت پوشش بیمه درمان همگانی بوسیله صندوق‌های بیماری تحت پوشش مراقبت‌های طولانی مدت اجتماعی قرار می‌گیرند. مزایای ارایه شده بوسیله صندوق‌های بیماری و بیمه درمان مراقبت‌های طولانی مدت خصوصی یکسان است و در کتاب یازدهم از قانون اجتماعی آلمان آمده است.

مزایای پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های طولانی مدت خصوصی عبارتند از:

- مراقبت‌هایی که در منزل انجام می‌شود.
- مراقبت‌هایی که بخشی از آنها در خانه‌های پرستاری ارایه می‌شود.
- مراقبت‌هایی که بطور کامل در خانه‌های پرستاری ارایه می‌شود.

این مزایا به صورت ماهیانه ارایه می‌شود و در تمامی موارد جبران هزینه‌ها از طریق ارایه مدارکی از طرف بیمار مبنی بر پرداخت هزینه‌ها تا سقف تعیین شده در برنامه صورت می‌گیرد. در مواقعی که مزایای بیمه مراقبت‌های طولانی مدت کافی نیست برای بهره‌مندی کامل افراد از خدمات مورد نیاز از پوشش بیمه‌ای بازنشستگی نیز استفاده می‌گردد. در بیمه مراقبت‌های طولانی مدت حق بیمه‌ها براساس کیفیت روش‌ها و براساس سن بیمه شده به هنگام خرید بیمه نامه تعیین می‌شود و برای مردان و زنان یکسان است.

تعهدات بیمه‌ای مراقبت‌های طولانی مدت و نیز قوانین نظارتی آنها یکسان است، این موضوع باعث تسهیل نظارت بوسیله اداره فدرال می‌شود، در بیمه درمان مراقبت‌های طولانی مدت خصوصی نیمی از حق بیمه‌ها بوسیله کارفرمایان پرداخت می‌شود، از آنجایی که بیمه شدگان بازنشسته تحت پوشش بیمه بازنشستگی نیز قرار دارند در پرداخت حق بیمه برای آنان تخفیف در نظر گرفته می‌شود.

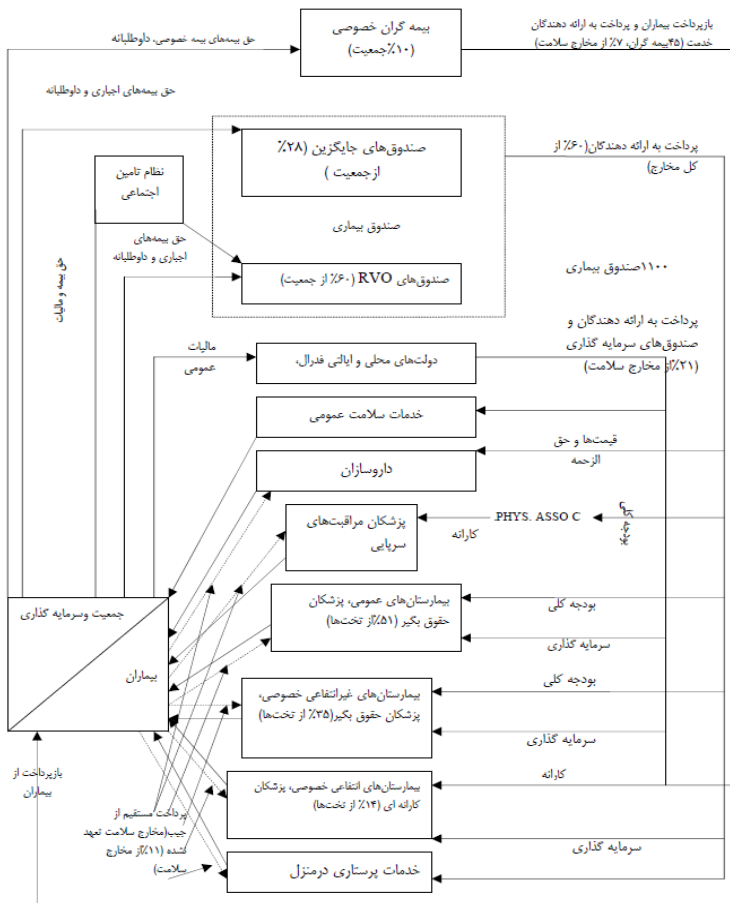
بیمه‌های اجتماعی از یک ذخیره درآمدی برای پوشش خطرات مراقبت‌های طولانی مدت بهره‌مندی شوند. این نوع سرمایه‌گذاری موجب می‌شود که بیمه‌گران خصوصی با مسن شدن جمعیت ریسک بیشتری را تجربه نکنند. بیمه‌گران خصوصی ارایه دهنده مراقبت‌های طولانی

فصل دوم: نظام سلامت در آلمان ۶۳

مدت، توانایی ارایه مزایایی برابر با مزایای بیمه‌های اجتماعی را خواهند داشت. معمولاً افرادی که تحت پوشش بیمه درمان مراقبت‌های طولانی مدت ایالتی قرار دارند برای جبران هزینه‌ها به پوشش بیمه درمان مکمل خصوصی نیز نیاز خواهند داشت.

نیازهای افراد به بیمه‌های تکمیلی یکسان نیست و این باعث می‌شود برای پوشش بیمه‌ای تکمیلی بیمه‌گران خصوصی اشتیاق بیشتری وجود داشته باشد. پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های طولانی مدت در بعضی از مواقع از طرف شرکت‌های بیمه عمر ارایه می‌شود.

شکل ۶-۲. فلوجارت تأمین منابع مالی نظام سلامت آلمان



منبع: ماهر ۱۳۸۷

توجه: درصدهای ذکر شده در سال‌های متفاوت متغیر بوده است.

۵- پوشش خدمات

در آلمان سابقاً مردم در انتخاب پوشش بیمه‌ای درمان (بیمه قانونی و بیمه خصوصی) مختار بودند و تمام هزینه‌های سلامت تحت پوشش بود و میزان مشارکت بیمه‌شدگان در قالب پرداخت‌هایی مانند فرانشیز محدود بود.

از سال ۲۰۰۹، بیمه سلامت در طرح بیمه بهداشتی اجتماعی یا خصوصی (بسته به نوع بیمه قبلی و/یا وضعیت شغلی) برای تمام مردم اجباری است. افرادی که حقوق آنها کمتر از ۴,۰۵۰ یورو (۵,۹۵۹ دلار^۱) در ماه یا ۴۸,۶۰۰ یورو (۷۱,۵۱۴ دلار) در سال (سال ۲۰۰۹) است تحت پوشش اجباری طرح بیمه سلامت عمومی قرار می‌گیرند (بیمه سلامت قانونی)^۲. افراد خانواده آنها (فرزندان و همسری که درآمد ندارند) به صورت رایگان تحت پوشش قرار می‌گیرند. قوانین استثنائاً در مورد افراد با شغل آزاد و خدمتگزاران شهری اعمال می‌شود. افرادی که دستمزد ناخالصشان در سه سال متوالی بیش از ۴۸,۶۰۰ یورو در سال باشد (تقریباً ۲۰٪ جمعیت) می‌توانند به انتخاب خود در طرح بیمه‌ای که بصورت عمومی تأمین می‌شود، باقی بمانند (۷۵٪ افراد این راه را انتخاب می‌کنند) یا بیمه سلامت خصوصی را خریداری کنند. طرح SHI تقریباً ۸۵٪ جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهد. حدود ۱۰٪ جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت خصوصی قرار دارند که خدمتگزاران شهری و افراد با شغل آزاد بیشترین سهم را دارند.

۱- در متن منظور از دلار، دلار آمریکا است

فصل سوم: نظام سلامت در آمریکا

۱- کلیات

ایالات متحده آمریکا یک جمهوری فدرال است که از ۴۸ ایالت پیوسته و دو ایالت مجزا (آلاسکا و هاوایی) تشکیل شده است. آمریکا کشوری است که شکل گرفتن آن مبتنی بر نژاد و قومیت نبوده و از مهاجرت اتباع دیگر کشورها به ویژه اروپاییان در بیش از دو‌یست سال پیش به وجود آمده است. ساکنان بومی این کشور هم‌اکنون اقلیت کوچکی از جمعیت آن را تشکیل می‌دهند که در مناطق خاصی سکونت داده شده‌اند. هر یک از ایالت‌های آمریکا از خود مختاری در امور داخلی برخوردارند. قدرت اقتصادی این کشور با وجود بدهی فراوان آن در سطح بالایی قرار دارد.

مرزهای جغرافیایی آمریکا، از شمال با کانادا از جنوب با مکزیک از شرق با سواحل اقیانوس اطلس و از غرب به اقیانوس آرام محدود است. مساحت کل آن ۹۶۲۹۰۱۹ کیلومتر مربع است. جمعیت آمریکا بر اساس برآورد سال ۲۰۱۳ در حدود ۳۱۶ میلیون نفر تخمین زده شده است. نظام بهداشت و درمان همواره یکی از موضوعات قابل توجه برای دولت‌های فدرال در آمریکا بوده است. بهداشت و درمان بیش از ۱۷ درصد از تولید ناخالص داخلی آمریکا را در بر می‌گیرد و پیش بینی می‌گردد که در ۲۵ سال آینده این میزان دو برابر گردد. اما با وجود چنین هزینه‌های بالایی از نظر سازمان بهداشت جهانی کیفیت کلی نظام خدمات بهداشتی آمریکا در میان کشورها در سراسر جهان در رتبه خوبی جای ندارد.

نظام بهداشت و درمان آمریکا، در میان نظامات بهداشتی و درمانی کشورها، بیش از آنکه به نظامات کشورهای پیشرفته شبیه باشد، به نظام سلامت کشورهای عقب افتاده مشابهت دارد و به همین سبب هم هرگز برای الگوبرداری به کشورهای در حال توسعه پیشنهاد نشده است.

۶۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

نظام بهداشت و درمان آمریکا پرهزینه‌ترین نظام جهان است. در حالی که بیش از ۴۵ میلیون نفر از شهروندان توان پرداخت هزینه سرانه درمان را ندارند و فاقد پوشش بیمه و بالطبع از هر نوع سرویس درمانی محروم هستند.

جدول ۱-۳- شاخص‌های کلان سلامت

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۷۹	۷۶	۸۱	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۶	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۸	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۹			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۲۴/۲			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۳- شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۱۳۲۳۸۲۸۹	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۴۲۴۸۵	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۱۷/۶	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۴۸/۲	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۵۱/۸	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۱۹/۹	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶

فصل سوم: نظام سلامت در آمریکا ۶۷

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۸۲۳۴	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۸۲۳۳	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۹۶۷	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۹۶۷	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

سیستم بهداشت و درمان آمریکا در بین تمام کشورهای صنعتی بالاترین هزینه را دارا می‌باشد. این در حالی است که علیرغم آنکه در سال ۲۰۱۰ بیش از ۱۷/۵٪ از تولید ناخالص داخلی (GDP) به بخش بهداشت و درمان در آمریکا اختصاص داده می‌شود کمتر از سایر کشورهای صنعتی افراد جامعه را تحت پوشش خود دارد.

۲-۱. تاریخچه

اولین بیمارستان ایالات متحده آمریکا در منهن آیلند ساخته شد که در سال ۱۶۶۳ برای بستری و درمان سربازان اختصاص یافت. در سال ۱۷۱۷ در ایالت ماساچوست و کارولینای جنوبی و بوستون بیمارستان‌هایی برای بیماری‌های مسری ساخته شد. سپس مراکز درمانی و یا مراکز نگهداری معلولین و فقرا گشایش یافت. در ۱۷۵۵ بیمارستان پنسیلوانیا گشایش یافت که یک بخش اداری و مدیریت و دو بال بستری داشت. در سال ۱۷۷۹ در آمریکا واکسیناسیون و خدمات پیشگیری رایج شد و یک سرویس آمبولانس برای اورژانس نیز دایر شد. در سال ۱۸۲۰ دو بیمارستان نیروی دریایی در بوستون و ویرجینیا احداث شد. بدین ترتیب در ایالات متحده آمریکا جنبش احداث بیمارستان آغاز گردید. در سال ۱۸۴۲ اولین استفاده از اتر بیهوشی بیمار بوسیله کراوفورد لانگ انجام شد. اگر توجه داشته باشید که فقط در ایالات متحده آمریکا تعداد ده میلیون عمل جراحی

برای یک سال پیش‌بینی می‌شد، در آن صورت اهمیت بیهوشی با اتر را درخواهید یافت. سال ۱۸۴۷ نیز به سبب بنیاد نهاده شدن جامعه پزشکی (نظام پزشکی) آمریکا، دارای اهمیت خاصی است. هدف اصلی این جامعه بالا بردن سطح آموزش پزشکی و جلوگیری از اعمال خلاف در حرفه پزشکی بود. در ربع آخر قرن نوزدهم دگرگونی مهمی در ساختار بیمارستان بوجود آمد. علت آن توجه به شکل جراحی پزشکی نظامی و ساختمان بیمارستان بود. در سال ۱۸۷۲ نیز اولین آموزشگاه پرستاری آمریکائی در بیمارستان نیواگلند پستال که بیمارستان زنان و اطفال بود، در ایالت بوستون احداث شد.

ترنس (۱۹۹۳) معتقد است نظام بهداشت و درمان آمریکا سه مرحله تکاملی را پشت سر گذاشته است و از دهه ۸۰ به بعد وارد مرحله چهارم شده است ضمن آنکه ساختار جمعیتی، نوع بیماری‌ها و تکنولوژی پزشکی نیز در این دوران تغییر کرده است. سه مرحله قبلی عبارتست از:

- **مرحله اول:** این مرحله از اواسط قرن ۱۸ شروع شد. بخش بهداشت و درمان این کشور دارای ساختار سازمانی مدرن گردید و در این ساختار خدمات بیمارستانی و دپارتمان‌های تخصصی جایگاه ویژه پیدا نمودند. بیماران جهت کاهش درد در بیمارستان‌ها بستری می‌شدند اگر چه اغلب بیماران به دلیل عفونت‌های ثانویه از بین می‌رفتند.

- **مرحله دوم:** رشد آموزش پزشکی و روش‌ها و فنون علمی از اوایل ۱۹۰۰ مرحله دوم این تکامل را شامل می‌شود در این دوران شیوه‌های آموزش پزشکی در آمریکا متحول گردید و پزشکی به عنوان یک علم پیشرفت کرد دانشجویان پزشکی علم و عمل را با هم آموزش می‌دیدند و به تدریج تخصص در رشته‌های مختلف پزشکی شکل گرفت. همچنین در این دوران (۱۹۱۴) نوعی از بیمه اجتماعی جهت کارگرانی که در حین انجام دچار آسیب می‌شدند ایجاد شد. ضمن آنکه دولت فدرال توجه ویژه به بهداشت عمومی جامعه معطوف نمود. اوایل دهه ۱۹۳۰ خدمات پرستاری در منزل جهت افراد سالخورده و بی بضاعت ایجاد شد.

- **مرحله سوم:** این مرحله دهه ۱۹۴۰ به بعد را شامل می‌شود. شورای مشترک ارزیابی بیمارستان‌ها (JCAH) در سال ۱۹۵۱ به عنوان مؤسسه‌ای خصوصی جهت تدوین استانداردهای کیفیت و ارزیابی بیمارستان‌ها تشکیل گردید این شورا در طی سال‌های دهه

۱۹۸۰ به شورای مشترک اعتبار بخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی (JCAHO) تغییر نام داد. و بیشتر توجه معطوف به ارزیابی نتیجه درمان بیماران گردید.

با رشد سیستم بهداشت و درمان آمریکا افزایش هزینه‌ها را در این بخش شاهد هستیم. گسترش پوشش بیمه‌های درمانی، افزایش تعداد پزشکان و رشد تکنولوژی از دلایل عمده این امر می‌باشد. مدیکیر (جهت افراد بالای ۶۵ سال و افراد ناتوان) و مدیکید (جهت افراد بی بضاعت) دو برنامه بزرگ بیمه‌ای دولت فدرال در حدود سال‌های ۱۹۶۵ گسترش یافت. همچنین توجه ویژه‌ای به تحقیقات در بخش بهداشت و درمان معطوف گردید که این امر خود موجب افزایش تعداد متخصصین پزشکی در آمریکا شد. بطوریکه در حدود سال‌های ۱۹۶۰ در حدود ۸۰ درصد پزشکان آمریکا را متخصصین تشکیل می‌دادند. افزایش توجه به امر تحقیقات و رشد تعداد متخصصین منجر به سرمایه گذاری گردید.

در آمریکا همه لوایحی که در مجلس و سنا تصویب می‌شود بایستی توسط رئیس جمهور امضاء شود با آنکه کمیته‌ای در کنگره آمریکا وجود دارد که پیش نویس قوانین را قبلاً بررسی می‌کند ریاست جمهور نیز مشاورینی دارد متشکل از کارشناسان ارشد خبره که آنها نیز به نوعی در این سیاستگذاری مشارکت دارند.

در صورتی که اختلافی بین هر یک از اعضای نامبرده بوجود بیاید دستگاه قضایی فدرال آمریکا به همراه دیوان عالی آمریکا حکمیت نهایی را به عهده خواهند داشت.

۲-۲. نقش دولت مرکزی در فرآیند سیاستگذاری خدمات بهداشتی و درمانی:

دولت مرکزی سیاست گذاری کلی با همکاری کنگره آمریکا بخش بهداشت و درمان قوه مجریه و سیستم قضایی و همچنین وظایف کمک‌های مالی به سیستم بهداشت و درمان عمومی را به عهده دارد. در سال ۱۹۹۷ اهم اولویت‌های دولت مرکزی آمریکا در بخش بهداشت و درمان چنین تعیین شده است:

الف: ارایه خدمات بهداشتی و درمانی اولیه برای افراد کم درآمد و سالمندان ایجاد هماهنگی

بین سطوح بهداشتی و درمانی

- بوجود آوردن همکاری گروهی ما بین کارکنان بخش بهداشت و درمان
- بالابردن کیفیت خدمات در انواع مختلف سازمان‌های ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی (اعم از خصوصی و دولتی)

ب: ارایه خدمات درمانی قابل قبول جامعه (به لحاظ دسترسی و امکان پرداخت هزینه‌ها)

- پیشگیری و جلوگیری از بیماری‌های واگیردار (نظیر ایدز و ...)
- کنترل بر نحوه ارایه خدمات و تلاش در جهت کاهش هزینه‌ها
- بهبود سیستم مدیریت اطلاعات در بخش بهداشت و درمان
- توجه به تحقیقات و توسعه و آموزش پزشکی

۲-۳. وزارت سلامت و منابع انسانی آمریکا^۱

وزارت سلامت و منابع انسانی در آمریکا وظیفه حفظ و ارتقاء سلامت کلیه افراد جامعه آمریکا را به عهده دارد. همچنین خدمات اساسی را برای رفاه اجتماعی آن دسته از افرادی که قادر به مراقبت از خود نیستند فراهم می‌آورد این وزارتخانه بیش از ۳۰۰ برنامه مختلف را در یک راستا به عهده دارد.

این وزارت بزرگترین سازمان دولتی آمریکا است که وظیفه حفظ و ارتقای سلامت تمامی افراد جامعه آمریکا را به عهده دارد. همچنین خدمات اساسی را برای رفاه اجتماعی آن دسته از افرادی که قادر به مراقبت از خود نیستند فراهم می‌آورد.

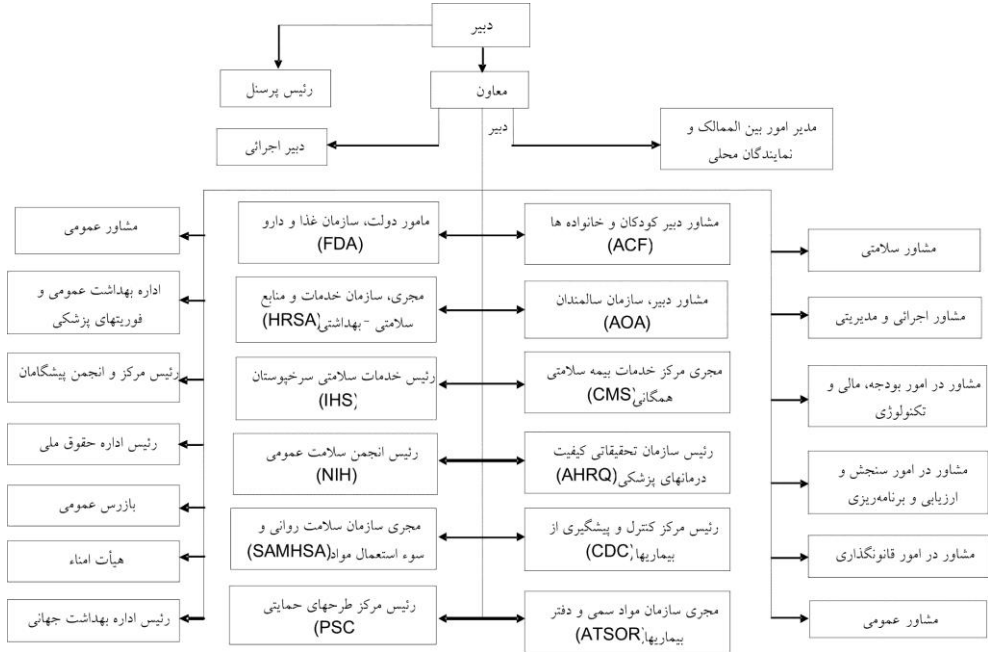
این وزارتخانه بیش از ۳۰۰ برنامه وسیع ملی را در دست اجرا دارد و دامنه فعالیت برخی از برنامه‌های آن به قدری گسترده است که تنها از طریق اجرای دو برنامه مدیکید^۲ و مدیکر^۳ در مجموع یک نفر از هر چهار نفر شهروند آمریکایی را تحت پوشش خدمات و مراقبت‌های خود قرار می‌دهد. برنامه‌های ملی این وزارتخانه از طریق ۱۱ بخش، ۸ سازمان در زمینه بهداشت و سلامت عمومی و ۳ سازمان در زمینه خدمات انسانی در سطح ایالت اجرا می‌شود.

1- Health and Human Services (HHS)

2- Medicaid

3- Medicare

شکل ۱-۳ - نمودار سازمانی وزارت سلامت و منابع انسانی آمریکا



دفتر وزیر

این دفتر سیاست‌گذاری خدمات مربوط به سلامت و رفاه، برنامه‌های تأمین درآمد و سایر برنامه‌های دولت فدرال را به عهده دارد و همچنین در امور مربوط به سلامت به رئیس‌جمهور مشاوره می‌دهد.

اهم وظایف وزارت سلامت و منابع انسانی آمریکا:

- تحقیقات در حوزه علوم پزشکی و اجتماعی،
- پیشگیری از بیماری‌ها (ایمنی‌سازی)،
- تضمین امنیت غذایی و دارویی،
- مدیریت تجهیزات پزشکی،
- مدیریت مدیکر (بیمه درمانی برای سالخوردگان و افراد فاقد توانایی) و مدیکید (بیمه درمانی برای افراد کم‌درآمد)،

- ارایه کمک‌های نقدی و غیرنقدی برای خانواده‌های کم‌درآمد (مستمند)،
- بهبود سلامت مادران و نوزادان،
- ارایه آموزش پیش‌دستانی،
- ارایه خدمات برای سالمندان شامل نظام تحویل غذا در خانه،
- مراقبت از کودکان به لحاظ حفظ سلامت و جلوگیری از آسیب‌های اجتماعی،
- تضمین کیفیت خدمات درمانی ارایه شده در مراکز بهداشتی و درمانی و پیشگیری از آسیب‌های ناشی از ارایه خدمات درمانی نامناسب،
- ارایه خدمات بهداشتی جامع به جامعه بومی آمریکا،
- تدارکات پزشکی در حوادث و دفاع تروریستی.

۲-۳ سازمان‌های سلامت و بهداشت عمومی آمریکا

۲-۳-۱ مؤسسه ملی سلامت^۱

این مؤسسه، برترین سازمان تحقیقاتی پزشکی است که بر روی بیش از ۳۸۰۰۰ پروژه در زمینه بیماری‌های مختلف، از جمله سرطان، آلزایمر، دیابت، آرتریت، بیماری‌های مزمن قلبی و ایدز در حال مطالعه است. این مرکز شامل ۲۷ مرکز و مؤسسه مجزا از هم می‌باشد و در سال ۱۸۸۷ تأسیس شد.

۲-۳-۲ دفتر غذا و دارو^۲

این سازمان امنیت غذا، مواد آرایشی و همچنین اثر مواد دارویی و لوازم پزشکی را تضمین می‌کند. این مؤسسه در سال ۱۹۰۶ تأسیس شد.

۲-۳-۳ دفتر کنترل و پیشگیری بیماری‌ها^۳

این مرکز با همکاری ایالات و مابقی شرکا، یک نظام کنترل را برای پیشگیری از شیوع بیماری‌ها رهبری می‌کند، که راهبردهای پیشگیری از بیماری و آمارهای مربوط به بهداشت و سلامت ملی را تهیه و جمع‌آوری می‌کند. این مرکز ایمن‌سازی و پیشگیری از بیماری‌های محیطی را برعهده دارد.

1- National Institutes of Health (NIH)

2- Food and Drug Administration (FDA)

3- Central for Disease Control and Prevention (CDC)

فصل سوم: نظام سلامت در آمریکا ۷۳

این مرکز، همچنین به کمک پرسنلی که در ۲۵ کشور دیگر فعالیت می‌کنند، از انتقال بیماری‌های بین‌المللی محافظت می‌کنند. رئیس مرکز همچنین مدیر سازمان «مواد سمی و بیماری‌ها» است که به مقابله با انتشار مواد سمی از مراکز تولید زیاله ایالت متحده می‌پردازد. این مرکز در سال ۱۹۴۶ تأسیس شد.

۴-۳-۲ دفتر خدمات سلامتی سرخ‌پوستان^۱

این مرکز، ۱/۶ میلیون سرخ‌پوست و بومیان آلاسکا را که شامل بیش از ۵۵۰ نژاد هستند را تحت پوشش خود دارد. مراکز ارائه خدمات سلامت سرخ‌پوستان، شامل ۴۹ بیمارستان، ۲۴۷ مرکز بهداشتی، ۳۴۸ ایستگاه سلامتی، درمانگاه‌های ماهواره‌ای، مراکز بازپروری معتادان، درمانگاه‌های روستایی برای بومیان آلاسکا و ۳۴ طرح سلامت مختص سرخ‌پوستان ساکن شهر است. این مرکز در سال ۱۹۲۱ تأسیس شد.

۵-۳-۲ دفتر خدمات و منابع درمانی^۲

این مرکز امکان دسترسی افراد کم‌درآمد جامعه و افرادی که تحت پوشش بیمه سلامتی نیستند (اعم از ساکنین شهر یا روستا) را به خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز فراهم می‌کند. با سرمایه‌گذاری در این مرکز، ۱۴ میلیون بیمار از مراقبت‌های پزشکی این مرکز استفاده خواهند کرد. این سازمان برای اجرای نظام مراقبت‌های پزشکی در سراسر کشور و ارائه خدمات در فوریت‌های پزشکی از برنامه‌های آموزشی و پرورشی کمک می‌گیرد.

دفتر خدمات و منابع درمانی، طرح متنوعی را برای بهبود سلامت مادران و کودکان در دست اجرا دارد. این مرکز آمادگی ارائه خدمات به بیماران مبتلا به ایدز را دارد. نظارت بر نظام پیوند اعضا برعهده این سازمان است. این مرکز در سال ۱۹۸۲ تأسیس شد.

۶-۳-۲ دفتر خدمات بهداشت روانی^۳

از وظایف این سازمان می‌توان به بهبود کیفیت و کمیت مراکز پیشگیری و درمان اعتیاد و همچنین تأمین سلامت روانی اشاره کرد. برای حمایت از سلامت روانی و سوءاستعمال مواد، صندوق‌های

1- Indian Health Service (IHS)

2- Health Resources and Services Administration (HRSA)

3- Mental Health Services Administration (MHSA)

کمک‌های مردمی مختلفی در ایالات اختصاص داده شد که در جهت درمان برای بیش از ۶۵۰ هزار آمریکایی که در وضعیت وخیم سلامت روانی و سوءاستعمال از مواد قرار دارند، به کار برده می‌شود. این مرکز در سال ۱۹۹۲ تأسیس شد.

۷-۳-۲ آژانس تحقیقاتی کیفیت درمان‌های پزشکی^۱

حمایت از تحقیقات و بررسی‌ها بر نحوه ارائه خدمات درمانی و مراقبت‌های پزشکی، کیفیت، هزینه، کمیت مراکز درمانی و اثر درمان‌های پزشکی برعهده این آژانس است. این تحقیقات منجر به یافت اطلاعات و آماری منوط بر میزان هزینه‌های درمانی و مقایسه آن با کیفیت مراقبت‌های پزشکی می‌شود. این مرکز در سال ۱۹۸۹ تأسیس شد.

۸-۳-۲ مرکز ارائه خدمات به افراد کم‌درآمد، از کارافتاده و سالمند^۲

این مرکز طرح‌های بیمه افراد تحت پوشش (از هر ۴ نفر آمریکایی، ۱ نفر را تحت پوشش خود دارد) را اجرا می‌کند، که شامل بیمه سلامتی برای حدود ۴۲/۱ میلیون فرد سالمند و از کارافتاده است. همچنین ۴۴/۷ میلیون فرد کم‌درآمد از جمله ۲۱/۹ میلیون کودک و ۲۲/۷ میلیون فرد سالمند (جهت مراقبت‌های قابل ارائه در منزل) تحت پوشش این سازمان است. این مرکز، برنامه بیمه سلامتی کودکان که شامل ۴/۲ میلیون کودک است، را برعهده دارد. این مرکز در سال ۱۹۷۷ تأسیس شد.

۹-۳-۲ سازمان کودکان و خانواده^۳

این سازمان مسئولیت ارتقای وضعیت اجتماعی و اقتصادی، کودکان، خانواده‌ها و جوامع را با ۶۰ برنامه برعهده دارد. اجرای برنامه رفاه خانواده‌های نیازمند که در حدود ۵ میلیون نفر (۴ میلیون کودک) تخمین زده شده است، برعهده این سازمان می‌باشد. این مرکز در سال ۱۹۹۱ تأسیس شد.

۱۰-۳-۲ دفتر سالمندی^۴

حمایت از شبکه وسیع خدمت‌رسانی به سالمندان به‌خصوص افراد ناتوانی که وابستگی (شغلی یا غیرشغلی) به جایی ندارند را به عهده دارد. دفتر سالمندی، تأمین معاش زندگی حدود ۲۴۰ میلیون

1- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

2- Center for Medicare and Medicaid Services (CMMS)

3- Administration for Children and Families (ACF)

4- Administration on Aging (AOA)

نفر را به عهده دارد. این فعالیت‌ها شامل حمایت از مراکز خیریه ارایه خدمت در منزل و سیاست‌گذاری برای سالمندان است.

۱۱-۳-۲ هیأت ارایه خدمات بهداشتی عمومی ایالات متحده

این هیأت یک شرکت از ۶۰۰۰ متخصص بهداشت که در سازمان‌های سلامت و سایر سازمان‌های ایالتی کار می‌کند، تشکیل شده است. در این هیأت دفتر علم و بهداشت عمومی، دفتر بازرسی کل سازمان‌های سلامت و دفتر حقوق اجتماعی وجود دارد. به علاوه مرکز حمایت از این طرح که بخشی مستقل از این هیأت است، خدمات اجرایی سازمان‌های سلامت و سایر سازمان‌های ایالتی را برعهده دارد. سازمان‌های سلامت در ارتباط نزدیک با سازمان امنیت عمومی و به خصوص سازمان برنامه بیمه ملی است.

۳-۲. نقش وزارت بهداشت در فرآیند سیاستگذاری و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی و

درمانی در سطح فدرال

- تدوین قوانین بهداشت و درمان عمومی حفاظت محیط زیست
- تحقیق و توسعه در مؤسسات ملی بهداشت و درمان بهداشت روانی
- برنامه مدیکیر برای سالمندان و مدیکید برای افراد کم درآمد.
- برنامه بهداشت برای نیروهای مسلح ارتشی‌ها، کارمندان دولت مرکزی اعضای کنگره.
- حمایت از آموزش و تحقیق نیروهای حرفه‌ای بهداشت و درمان
- حمایت از مراکز بهداشتی و درمانی عمومی در نقاط کم درآمد شهری و روستایی با استفاده از توزیع نیروی انسانی

۴-۲. نقش ایالت‌ها در فرآیند سیاستگذاری و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی و درمانی

- مسئولیت توسعه و اجرای سیاست‌های بهداشتی درمانی
- مسئولیت تأمین منابع مالی خدمات برای نیازمندان از طریق برنامه مدیکید.
- برنامه‌ریزی برای بهداشت و درمان افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند
- تضمین کیفیت برنامه‌های بهداشتی و درمانی

۷۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- برنامه‌ریزی و تنظیم برنامه‌های بهداشتی و صنعتی
- مسئولیت اصلاحات جامع بهداشتی و درمانی در منطقه
- مسئولیت کنترل بر سرمایه گذاری‌های جدید در بخش بهداشت و درمان

لازم به ذکر است بسیاری از ایالت‌ها مستقیماً و مستقلاً اصلاحاتی در بخش بهداشت و درمان بعمل می‌آورند بعنوان مثال در هاوایی برنامه‌های بیمه اجباری به اجرا گذاشته شده است که این سیستم بیمه خیلی جالب قلمداد شده و افراد کم درآمد را تحت پوشش در آورده است.

۲-۵. نقش دولت محلی در فرآیند سیاستگذاری خدمات بهداشتی و درمانی

- تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش
- تأمین منابع مالی طرح‌های بهداشتی و درمانی برای شهر یا منطقه
- مذاکره با تأمین کنندگان در سطح محلی
- تأمین منابع مالی آموزش پزشکی در سطح منطقه یا محلی
- توسعه خدمات بهداشت عمومی منطقه
- پرداخت‌های مدیکیر برای خدمات بهداشتی و درمانی اولیه
- پرداخت حقوق به پزشکانی که در بیمارستان از طریق طرح مدیکیر به کارگماشته شده‌اند.

۳- نظام ارایه خدمات

ارایه خدمات در سیاست آمریکا توسط بخش خصوصی صورت می‌گیرد. اکثر پزشکان مطب‌های خصوصی دارند. دستمزد آنها به روش‌های مختلفی پرداخت می‌شود. بیمارستان‌ها در آمریکا شامل بیمارستان‌های انتفاعی، غیرانتفاعی و دولتی است. معمولاً ارایه دهندگان خدمات خود بیمه گذار نیستند، آنها بر مبنای اصولی ارایه می‌شوند که بر این اساس بیمه شدگان، در ازای پرداخت حق بیمه برای دریافت خدمات درمانی هیچ صورت حسابی را پرداخت نمی‌کنند و در عوض سازمان‌هایی که با این سازمان‌های ارایه دهنده خدمات قرارداد همکاری بسته‌اند مبلغی را به آنها پرداخت می‌کنند.

دو نوع سازمان وجود دارد که از این روش استفاده می‌کنند:

۱. صلیب آبی و سپر آبی

۲. سازمان‌های مراقبت مدیریت شده^۱

صلیب آبی و سپر آبی

در سال ۱۹۲۹ اولین نوع بیمه بهداشتی توسط جاستین کیمبال^۲ به وجود آمد. بعد از چند سال این مدل تبدیل به برنامه‌های صلیب آبی در تمام کشور شد.

صلیب آبی سازمانی غیرانتفاعی و خصوصی می‌باشد. سازمان‌های صلیب آبی طرح‌های پیش پرداخت را ارائه می‌دهند که بر طبق این طرح‌ها خدمات بیمارستانی تحت پوشش قرار می‌گیرند. انجمن بیمارستان‌های آمریکا، اینگونه بیمه‌های خصوصی را تأیید کرده ولی خاطر نشان می‌کند که این برنامه‌ها باید فقط خدمات بیمارستانی را پوشش دهند.

در سال ۱۹۳۹، انجمن پزشکی کالیفرنیا اولین برنامه سپر آبی را طراحی کرد که برای پرداخت هزینه‌های پزشکان ایجاد شده بود. هزینه و قیمت خدمات ارائه شده توسط پزشکان و بیمارستان‌ها مستقیماً توسط سازمان‌های صلیب آبی و سپر آبی تعیین می‌گردد. سازمان‌های صلیب آبی و سپر آبی، خدمات جامع و کاملی را ارائه می‌دهند که بیمه‌گذاران می‌توانند از بین آنها موارد مورد نیاز را انتخاب کنند. برنامه‌های صلیب و سپر آبی به صورت انفرادی، خانوادگی و گروهی ارائه می‌شوند.

سازمان‌های مراقبت مدیریت شده^۳

سازمان‌های مراقبت مدیریت شده سیستمی جهت بهبود کیفیت و کاهش هزینه می‌باشند. شیوه کار به این شکل است که سازمان تأسیس می‌شود و با اطلاع رسانی و از طریق سیستم بازار اقدام به جذب مشترک می‌نمایند.

در این سیستم، کارفرمایان یا سایر سازمان‌ها و شرکت‌ها با سازمان‌های مراقبت مدیریت شده از قبیل سازمان‌های حفظ تندرستی و سازمان‌های ارائه دهنده ترجیحی قرارداد می‌بندند تا این سازمان‌ها، مراقبت‌های بهداشتی را به کارکنانشان ارائه نمایند. این سازمانها مسئول سلامت اعضای خویشند یعنی کلیه خدمات پیشگیرانه، بهداشتی و درمانی اعضا با این سازمانهاست و این مهم با بستن قراردادها با ارائه کنندگان (بیمارستان، مراکز پاراکلینیکی و مراکز بهداشتی) انجام می‌شود

مشترکین در ازای این پوشش (نه در ازای ارایه خدمت) حق عضویت ثابت می‌پردازند. مزیت این روش صرفه جویی در هزینه‌ها و پیشگیری محور بودن این طرح می‌باشد. چون هرچه استفاده از خدمات درمانی با پیشگیری جایگزین شود سود بیشتری به این مؤسسات خواهد رساند. این سازمان‌ها نیز برای ارایه مراقبت‌های بهداشتی، از ارایه کنندگان منتخب استفاده می‌کنند. ارایه کنندگان مراقبت‌های اولیه و یا پزشکان عمومی به طور معمول خدمات روتین را به مراجعه کنندگان ارایه می‌نمایند و در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر، مراجعه کنندگان (افراد تحت پوشش) را همراه با برگه ارجاع، به پزشکان متخصص ارجاع می‌دهند. این پزشکان عمومی را دروازه بان^۱ می‌نامند. هزینه خدمات ارایه شده توسط این ارایه دهندگان معمولاً بصورت سرانه به آنها پرداخت می‌گردد یعنی این ارایه دهندگان به ازاء هر بیمار، مبلغ ثابتی دریافت می‌کنند.

اشتیاق شرکت‌ها جهت بستن قرارداد با این سازمان‌ها بدلائل زیر در حال افزایش است:

- ✓ این سازمان‌ها، پروتکل‌های درمانی را به ارایه کنندگان ارایه می‌دهند که درمان به موقع کارکنان آن شرکت‌ها را در زمان نیاز و بطور مناسب تضمین می‌کند.
- ✓ این سازمان‌ها، یک ابزار انضباطی مؤثر و سریع جهت ارایه کنندگانی که در قبال ارایه خدمات پاسخگو نیستند، فراهم می‌کنند.
- ✓ این سازمان‌ها با استفاده از تخصص خود و نیز با استفاده از روش انعقاد قراردادهای خود، در جهت کاهش هزینه‌های فرآیندهای جراحی و تجویز دارویی گام بر میدارند. صرفه جویی‌های سالیانه بدست آمده از این روش بالغ بر ۱/۳ میلیون دلار می‌باشد.

❖ به طور کلی مزایای استفاده از سازمان‌های مراقبت مدیریت شده عبارتند از:

۱. ارایه مجموعه متنوعی از خدمات
۲. استفاده از روش‌هایی برای کنترل و کاهش هزینه‌ها و افزایش دسترسی و کیفیت خدمات
۳. تعیین دقیق قیمت هر خدمت و حذف استفاده غیر ضروری از خدمات

دو دسته کلی سازمان مراقبت مدیریت شده در آمریکا وجود دارد:

(۱) سازمان‌های حفظ تندرستی (HMOs)

(۲) سازمان‌های ارایه دهنده ترجیحی (PPOs)

سازمان‌های حفظ تندرستی (HMOs)

این سازمان‌ها اولین نوع از برنامه‌های مراقبت‌های مدیریت شده هستند. یک سازمان حفظ تندرستی با ویژگی‌هایی چون ارایه مراقبت مطلوب، روش پرداخت سرانه و استفاده افراد تحت پوشش از ارایه کنندگان داخل شبکه از سایر برنامه‌ها متمایز می‌شود.

همه افرادی که تحت پوشش این برنامه هستند باید خدمات را از طریق ارایه کنندگان یا سایر مراکز تخصصی بهداشتی و درمانی که از طریق این برنامه ارجاع می‌شوند، دریافت دارند. در غیر این صورت برنامه هیچ هزینه‌ای را تقبل نمی‌کند. در بیشتر برنامه، افراد باید برای مراقبت‌های اولیه درمانی یک پزشک را انتخاب نمایند. این پزشک مدیریت مراقبت‌های پزشکی، پذیرش بیماران در بیمارستان‌ها و ارجاع بیماران به مراکز تخصصی تر را به عهده دارد.

❖ به طور کلی ۴ مدل از سازمان‌های حفظ تندرستی وجود دارد که هر کدام بسته به نوع

قراردادشان با یکدیگر تفاوت دارند. این ۴ مدل شامل:

۱. مدل دارای کارکنان ثابت^۱

۲. مدل گروهی^۲

۳. مدل شبکه‌ای^۳

۴. مدل اتحادیه‌ای متشکل از پزشکان مستقل^۴

یک سازمان حفظ تندرستی فقط زمانی که فرد بیمار است، خدمات پزشکی را ارائه نمی‌کند بلکه علاوه بر آن، مراقبت‌های متنوعی را جهت حفظ سلامت افراد انجام می‌دهد، از این روست که به آن سازمان حفظ تندرستی می‌گویند. سازمان‌های حفظ تندرستی تاکید زیادی بر خدمات پیشگیری مانند معاینه‌های پزشکی روتین دارند.

1- Staff Model

2- Group Model

3- Network Model

4- Independent Practice Association Model

۸۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

لازم به ذکر است که کیفیت خدمات ارایه شده توسط سازمان‌های حفظ تندرستی به وسیله پزشکان مراقبت‌های اولیه کنترل می‌شود.

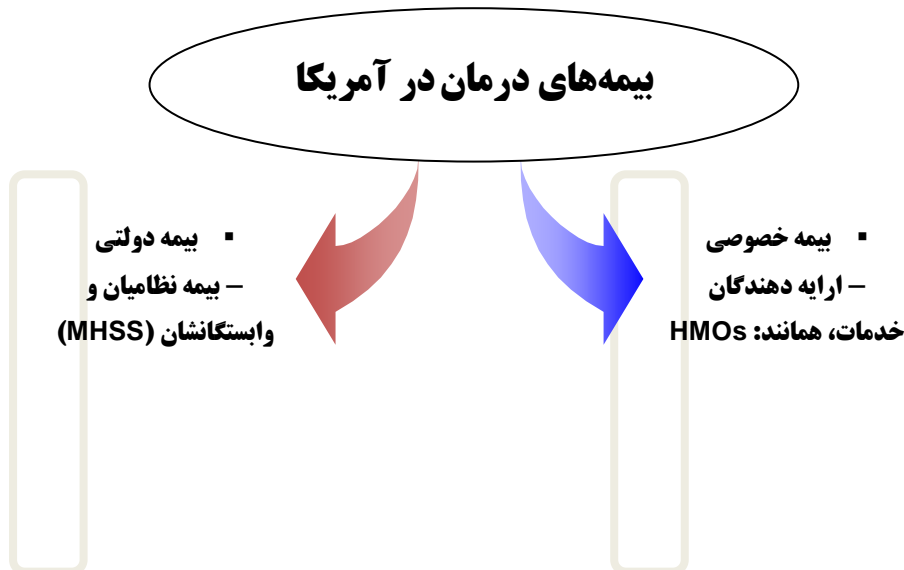
سازمان‌های ارایه دهنده ترجیحی^۱

این سازمان‌ها یک نوع از سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده می‌باشند و از این نظر که افراد تحت پوشش این سازمان‌ها علاوه بر گرفتن خدمات از داخل شبکه می‌توانند خدمات را از ارایه کنندگان خارج از شبکه نیز دریافت کنند، با سازمان‌های حفظ تندرستی تفاوت دارند. در این حالت پرداخت مشترک^۲ بالاتری برای بیماران استفاده کننده از خدمات ارایه کنندگان خارج از شبکه در نظر گرفته می‌شود. هزینه‌های پرداختی بیمار نیز زمانی که خدمات را از ارایه کنندگان خارج از شبکه دریافت می‌کند، افزایش می‌یابد.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

در آمریکا تأمین مالی بخش سلامت از طریق بیمه‌های عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد.

شکل ۲-۳- شمای مختصر از انواع بیمه درمان در آمریکا



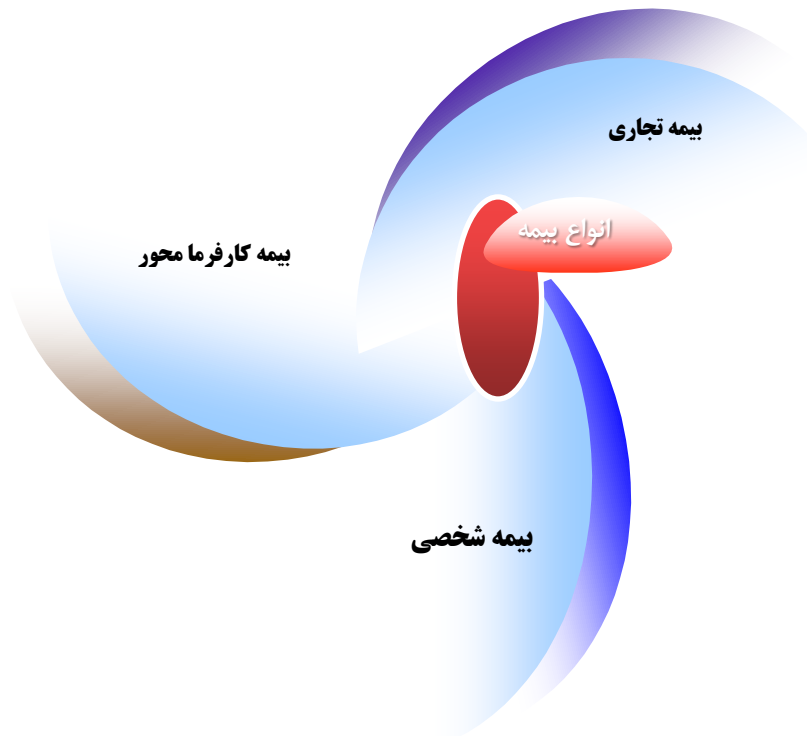
1- PPOs

2- Co-Payment

بیمه خصوصی

به بیمه درمان خصوصی، بیمه درمان داوطلبانه نیز اطلاق می‌گردد زیرا این نوع بیمه اجباری نمی‌باشد. بیمه خصوصی عموماً به دو شکل مراقبت‌های فردی یا خانوادگی وجود دارد. مراقبت‌های خانوادگی علاوه بر فرد بیمه شده، فرزندان و همسر وی را نیز تحت پوشش قرار می‌دهند. بیمه خصوصی ۹/۷۰ درصد از جمعیت آمریکا را پوشش می‌دهد و ۶/۶۲ درصد این نوع بیمه، بیمه کارفرما محور بوده و در مجموع ۳۲ درصد هزینه‌های مراقبت‌های درمانی بخش خصوصی را شامل می‌شود.

شکل ۳-۳. انواع بیمه خصوصی در کشور آمریکا



بیمه تجاری: بیمه‌گران تجاری شامل شرکت‌های بیمه عمر، بیمه اشیاء (آتش سوزی و اتومبیل) و یا شرکت‌های بیمه‌ای تک بعدی اند که وظیفه آنها تنها تحت پوشش قرار دادن یک یا چند نوع هزینه‌های درمانی یا ارایه درآمد از کارافتادگی می‌باشد. این نوع بیمه شامل بیمه نامه انفرادی و

بیمه نامه‌های گروهی است. در این روش بیمه شده هزینه می‌کند و شرکت بیمه‌ای در قبال دریافت مشخص، سقف معینی از هزینه‌ها را بازپرداخت می‌کند.

بیمه شخصی: برخلاف بیمه گروهی که در آن ریسک میان تمام افراد گروه به صورت یکسان توزیع می‌گردد، بیمه شخصی حق بیمه را براساس میزان ریسک که هر فرد متناسب با وضعیت سلامتی و دموگرافیکی اش دارد، تعیین می‌کند.

بیمه کارفرما محور: از طریق اتحادیه‌ها، کارفرمایان و یا سازمان‌های حرفه‌ای ایجاد می‌شود. بیمه گروهی، تعداد بالقوه افراد یک گروه که در بیمه مشارکت می‌کنند و تعداد بستگان آنها را پیش بینی می‌کند. در این نوع بیمه، ریسک و هزینه به طور یکسان میان افراد بیمه شده توزیع می‌شود.

برنامه بیمه‌ای دولت: قبل از سال ۱۹۶۵، بیمه بهداشتی خصوصی، تنها بیمه و منبع در دسترس برای پرداخت هزینه خدمات بهداشتی برای افراد شاغل طبقه متوسط و خانواده‌هایشان بود. افراد سالمند، بیکار و فقیر مجبور بودند که یا به منابع خود تکیه کنند و یا به منابع بیمارستان‌ها و پزشکان خیریه و این عامل باعث می‌شد تا طبقات محروم جامعه با مشکلاتی برای دریافت بموقع خدمات بهداشتی و درمانی در هنگام نیاز روبرو شوند. در سال ۱۹۶۶ برنامه‌های مدیکر و مدیکید وارد بازار شدند، برای بسیاری از مردم هزینه‌های مراقبت و درمان از طریق برنامه‌های دولتی و ایالتی تأمین می‌گردد. این برنامه‌های دولتی عبارتند از:

۱. پوشش بیمه‌ای مدیکر
۲. پوشش بیمه‌ای مدیکید

برنامه مدیکر

مدیکر برنامه بهداشتی آمریکا برای افراد ۶۵ ساله یا بالاتر می‌باشد. برخی از افراد زیر ۶۵ سال از جمله کسانی که دارای معلولیت هستند و افرادی که به نارسایی دائمی کلیه مبتلا می‌باشند، نیز

می‌توانند واجد شرایط مدیکیر باشند. این برنامه کمکی است در جهت پرداخت هزینه‌های بهداشتی، اما همه مخارج پزشکی یا بیشتر هزینه‌های مراقبت‌های درازمدت را زیر پوشش ندارد.

مدیکیر شامل ۴ برنامه مستقل می‌باشد که عبارتند از:

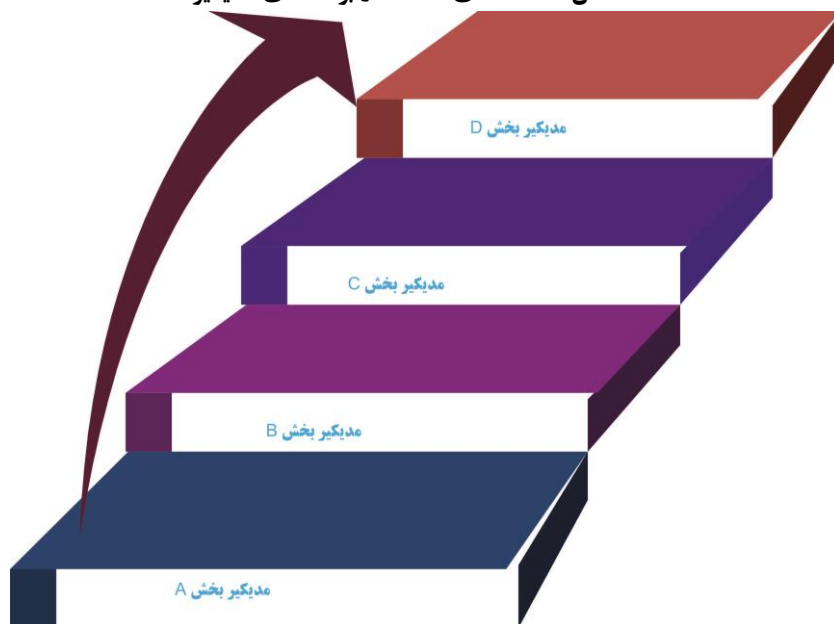
❖ مدیکیر بخش A، بعنوان برنامه مرکزی مدیکیر تلقی می‌شود چرا که مزایای اساسی طراحی شده در برنامه A، در سه برنامه دیگر نیز آمده است. این برنامه یک برنامه بیمارستانی است (بیمه بیمارستانی) که هزینه خدمات بیمارستانی و خدمات ارایه شده در مراکز حرفه‌ای پرستاری را تحت پوشش قرار می‌دهد. در سال ۲۰۰۵، این برنامه ۴۵ درصد از بودجه مدیکیر را به خود اختصاص داده است. هزینه این برنامه از طریق مالیات تأمین می‌شود.

❖ بخش B مدیکیر، بیمه پزشکی مکمل می‌باشد که هزینه خدمات پزشکان، خدمات سرپایی و پیشگیری را می‌پردازد. برنامه‌ای داوطلبانه است که قسمتی از هزینه‌هایش را از طریق مالیات‌های عمومی و قسمتی از طریق حق بیمه تأمین می‌گردد. هر شخصی که واجد شرایط بیمه رایگان بیمارستانی مدیکیر (بخش A) باشد با پرداخت یک حق بیمه ماهانه می‌تواند در بیمه پزشکی مدیکیر (بخش B) ثبت نام کند.

❖ بخش C مدیکیر که قبلاً مدیکیر همراه با انتخاب نامیده می‌شد، مزایای بخش‌های A و B را به افراد تحت پوشش این برنامه ارایه می‌دهد و در سال ۲۰۰۵، ۱۵ درصد از هزینه‌های برنامه مدیکیر را به خود اختصاص داده است. اگر دارای مدیکیر قسمت A و B می‌باشید، می‌توانید به Medicare Advantage ملحق شوید. با این بیمه نامه به Medigap احتیاج ندارید.

❖ بخش D برنامه مدیکیر، جهت پوشش تجویز دارویی از ژانویه ۲۰۰۶ شروع گردیده است. شخصی که دارای بیمه بیمارستانی و بیمه پزشکی و یا مدیکیر ادونتج می‌باشد برای پوشش داروهای تجویزی واجد شرایط می‌باشد که اسم نویسی برای این مورد داوطلبانه می‌باشد و شما باید یک حق بیمه اضافی ماهانه بپردازید.

شکل ۴-۳ - شمای خلاصه از برنامه‌های مدیکر



پوشش بیمه‌ای مدیکید

مدیکید یک برنامه بهداشتی فدرال - ایالتی می‌باشد و گروه‌ها و افراد فقیر و نیازمند مانند زنان باردار در خانواده‌های فقیر، خانواده‌های دارای فرزندان زیاد و افراد معلول را که فاقد پوشش بیمه‌ای هستند را تحت پوشش قرار می‌دهد. مدیکید توسط ایالت‌ها اجرا می‌شود. اگرچه دولت فدرال دستورالعمل‌های کلی برای این برنامه تدوین کرده است، اما برنامه مدیکید در هر ایالت، قوانین خاص خود را دارد و شرایط فرد برای تحت پوشش قرار گرفتن در این برنامه، بسته به هر ایالت متفاوت است. مدیکید فقط افراد بسیار فقیر را تحت پوشش قرار می‌دهد.

بطور کلی خدماتی که تحت پوشش مدیکید قرار می‌گیرند، عبارتند از:

- بستری در بیمارستان بجز خدمات بستری برای بیماری‌های دهان و دندان
- خدمات سرپایی در بیمارستان، مراکز بهداشتی دارای مجوز از طرف دولت فدرال، کلینیک‌های بهداشتی روستایی و دیگر خدمات سرپایی
- خدمات آزمایشگاه و رادیولوژی
- خدمات پرستاری خانواده و پرستاری کودکان

- غربالگری اولیه و دوره‌ای جهت تشخیص و درمان کودکان زیر ۲۱ سال
- خدمات تنظیم خانواده و تأمین وسایل تنظیم خانواده
- خدمات پزشکان
- خدمات جراحی و دندانپزشکی
- خدمات پرستاری در منزل برای افرادی که بر طبق برنامه مدیکید، تحت پوشش تسهیلات مراکز پرستاری قرار می‌گیرند.
- خدمات مامایی
- خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری
- مراقبت‌های پس از زایمان (تا ۶۰ روز)

سیستم خدمات بهداشتی نظامیان^۱

علاوه بر دو سیستم قبلی سیستم خدمات بهداشتی نظامیان (TRICARE) نیز در آمریکا فعال است. این سیستم شامل بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و پزشکان وزارت دفاع ایالات متحده می‌باشد که برای تأمین سلامتی پرسنل نظامی و ارائه خدمات بهداشتی در هنگام جنگ تشکیل شده است. این سیستم هم چنین خدمات بهداشتی و درمانی را در مراکز پزشکی وزارت دفاع برای خانواده‌ها و بستگان افراد در حال خدمت و بازنشستگان ارتش و بستگان آنها ارائه می‌کند. تأمین مالی در بخش عمومی با درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده و حق بیمه‌های بیمه اجتماعی است.

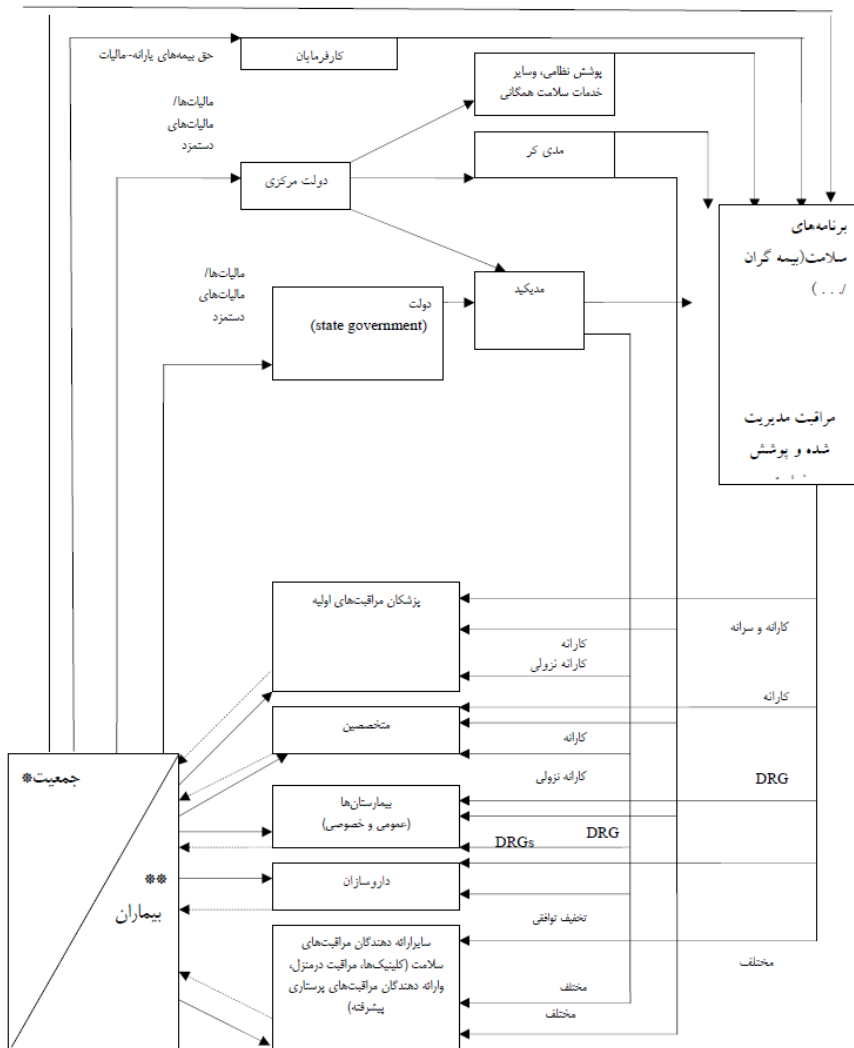
مالیات‌ها و مالیات‌های دستمزد از افراد جامعه، به دولت مرکزی و ایالتی پرداخت می‌شوند که تأمین کننده منابع مالی خدمات مدیکیر و مدیکید و پوشش نظامیان و سایر خدمات سلامت همگانی می‌باشد که خود تأمین کننده منابع مالی خدمات ارائه شده می‌باشد. حق بیمه‌های پرداختی توسط افراد به کارفرمایان، نیز منبع تأمین منابع مالی برنامه‌های سلامت و مراقبت‌های مدیریت شده و پوشش گرامت می‌باشند که پرداخت به سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت را نیز تأمین مالی می‌نمایند.

۸۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

در بخش خصوصی پرداخت‌های مستقیم مردم به داروسازان، بیمارستان‌ها، متخصصین و پزشکان مراقبت‌های اولیه و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت به ازای دریافت خدمات سلامت مربوطه صورت می‌گیرد.

شکل ۳-۵- فلوچارت تأمین منابع مالی نظام سلامت امریکا، نشان می‌دهد.

شکل ۳-۵- فلوچارت تأمین منابع مالی نظام سلامت امریکا



اصلاحات سال ۲۰۱۰ آمریکا

در مارس سال ۲۰۱۰، «قانون بهداشت قابل دسترسی همگان»^۱ معروف به «اوباما کر» به تصویب رسید. در آن زمان در آمریکا دست کم ۵۰ میلیون و ۷۰۰ هزار شهروند بیمه درمانی ندارند. این قانون برگرفته از برنامه اصلاحات جامع بیمه سلامتی است. در سال ۲۰۱۰ براساس Patient's Bill of Rights که مطرح شد برنامه حمایت از مصرف کنندگان از بدترین موارد نقص صنعت بیمه‌ای اجرا شد. در این برنامه خدمات پیشگیرانه برای بسیاری از آمریکایی‌ها رایگان ارایه می‌شد. برخی دیگر از برنامه‌هایی که در سال ۲۰۱۰ به مورد اجرا گذاشته شد. مطابق قانون بیمه اوباما، صاحبان مشاغل موظفند کارکنان خود را بیمه کنند، و سایر شهروندان هم باید بیمه شوند، وگرنه باید جریمه پردازند. به تعبیر دیگر، تلاش طرح بیمه درمانی اوباما آن است که تمامی شهروندانی که بیمه ندارند، بیمه شوند؛ خواه به شیوه خویش فرما، یا از طریق کارفرمایشان.

در این راستا در سال ۲۰۱۱ به افراد تحت پوشش برنامه مدیکر خدمات پیشگیرانه کلیدی به صورت رایگان ارایه شد و همچنین ۵۰ درصد تخفیف داروهای تجاری به این افراد تعلق گرفت. در سال ۲۰۱۲ مقرر شد سازمان‌های مراقبت پاسخگو (Accountable Care Organizations) و سایر برنامه‌ها به پزشکان و سایر ارایه‌دهندگان خدمت کمک کنند تا با همکاری یکدیگر خدمات را با کیفیت بالاتری ارایه نمایند.

در سال ۲۰۱۳ ثبت نام برای بیمه آغاز شد. و بر اساس آن همه آمریکایی‌ها به برنامه بیمه سلامت دسترسی پیدا کردند. در این برنامه به افراد با کسب و کارهای کوچک اجازه داده می‌شود به انتخاب برنامه‌های سلامت پردازند. همچنین خانواده‌هایی با سطح درآمد پایین یا متوسط مشمول بخشودگی مالیاتی می‌شوند که این مسئله بخش قابل توجهی از هزینه‌های درمان را پوشش می‌دهد. برنامه مدیکید برای آمریکایی‌هایی با سطح درآمد بسیار پایین گسترش یافته است. این اصلاحات با هم باعث می‌شود میلیون‌ها مردمی که در گذشته تحت پوشش بیمه نبوده‌اند براساس قانون Affordable Care Act تحت پوشش قرار بگیرند.

تغییرات عمده صورت گرفته در نظام بیمه‌ای آمریکا بر اساس اصلاحات صورت گرفته عبارتست از:

- ممنوعیت از تبعیض به علت شرایط قبل از بیمه شدن یا جنسیت. این قانون شرکت‌های بیمه‌ای را از امتناع از تحت پوشش قرار دادن افرادی با شرایط خاص سلامتی ممنوع کرده است. این قانون همچنین در بازار گروهی کوچک و فردی وضع نموده است که شرکت‌های بیمه حق ندارند حق بیمه‌های بالاتری از افراد با وضعیت جسمی متفاوت بگیرند.
- حذف محدودیت‌های سالانه پوشش بیمه‌ای. این قانون از تحمیل محدودیت‌های سالانه دلار بر برنامه‌های جدید و موجود گروه‌هایی را که تاکنون تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند، ممانعت می‌کند.
- اطمینان از پوشش بیمه‌ای افراد مشارکت‌کننده در کارآزمایی‌های بالینی.
- بهبود کیفیت و کاهش هزینه
- ارایه مراقبت‌هایی که افراد استطاعت مالی برای خرید آن داشته باشند: اعتبار مالیاتی (Tax credits) به طبقه متوسط جامعه که درآمدی بین ۱۰۰٪ و ۴۰۰٪ خط فقر دارند و واجد شرایط استفاده از سایر برنامه‌های بیمه‌ای affordable نیستند تعلق می‌گیرد. اعتبار مالیاتی مزایایی دارد و باعث می‌شود افراد بجای اینکه منتظر زمان پرداخت مالیات باشند و در آن هنگام از پرداخت مالیات معاف شوند، ماهانه حق بیمه پایین‌تری پرداخت کنند. از طرف دیگر حتی افراد با درآمد متوسط می‌توانند کاملاً معاف از مالیات شوند و حق بیمه‌ای پرداخت نکنند. بنابراین به اشتراک گذاری هزینه‌ها (copayments, co-insurance and deductibles). کاهش می‌یابد.
- ایجاد بازار بیمه سلامت؛ از سال ۲۰۱۴ اگر کارفرما اقدام به خرید بیمه برای کارگران نکرده باشد، کارگران می‌توانند به صورت مستقیم بیمه خریداری کنند و تحت پوشش بیمه قرار بگیرند. افراد خویش فرما و کسب و کارهای کوچک می‌توانند اقدام به خرید بیمه سلامت مناسب، مقرون به صرفه، شفاف و رقابتی بپردازند. آن‌ها قادر به انتخاب بیمه‌های سلامت هستند.
- افزایش اعتبار مالیاتی کسب و کارهای کوچک (Small Business): این قانون در مرحله دوم اعتبار مالیاتی اجرا می‌شود. چنانچه کسب و کارهای کوچک و سازمان‌های غیرانتفاعی واجد شرایط می‌توانند از قانون اعتبار مالیاتی استفاده نمایند. در این مرحله،

فصل سوم: نظام سلامت در آمریکا ۸۹

میزان اعتبار ۵۰ درصد سهم کارفرما برای خرید بیمه سلامت کارمندان است. همچنین میزان اعتبار برای سازمان‌های غیرانتفاعی ۳۵ درصد است.

- افزایش دسترسی به مدیکید؛ آمریکایی‌هایی که درآمدی کم‌تر از ۱۳۳ درصد خط فقر دارند (تقریباً ۱۴۰۰۰ دلار برای افراد و ۲۹۰۰۰ دلار برای یک خانواده چهار نفره) واجد شرایط ثبت نام در مدیکید هستند. ایالت‌ها ۱۰۰ درصد بودجه فدرال را در سه سال اول برای حمایت از این پوشش گسترده دریافت می‌کنند و در سال‌های بعدی به صورت تدریجی ۹۰ درصد بودجه فدرال دریافت می‌شود.

- ترویج مسئولیت فردی. بر طبق این قانون، افراد دارای استطاعت مالی، تحت پوشش بیمه سلامت پایه قرار می‌گیرند و یا مبالغی برای کمک به جبران هزینه‌های آمریکایی‌های بیمه نشده پرداخت می‌کنند و افرادی که استطاعت مالی ندارند واجد شرایط استفاده از اعتبار مالیاتی هستند

- پایان وضعیت محرومیت پوشش کودکان با بیماری‌های زمینه‌ای و از پیش موجود. برنامه سلامت می‌تواند کودکان زیر ۱۹ سال را که بیماری‌های زمینه‌ای و از پیش موجود دارند، تحت پوشش بیمه قرار دهد.

- تحت پوشش قرار دادن نوجوانان؛ اگر شخصی زیر ۲۶ سال سن داشت او واجد شرایط ثبت نام در برنامه بیمه تحت تکفل والدین می‌باشد.

- پایان حذف خودسرانه پوشش بیمه‌ای افراد تحت پوشش؛ شرکت‌های بیمه‌ای نمی‌توانند پوشش بیمه‌ای افراد را فقط به علت اشتباه غیر عمدی حذف نمایند

- فقدان محدودیت‌های بیمه‌ای بر اساس طول عمر

- بازنگری افزایش حق بیمه‌ها

- بیشتر از حق بیمه پرداخت شده به افراد کمک می‌شود. هزینه‌های مدیریتی در حق بیمه محاسبه نمی‌شود.

- پوشش مراقبت‌های پیشگیرانه بدون اینکه برای افراد تحت پوشش هزینه‌ای داشته باشد.

- حق انتخاب پزشکان توسط افراد بیمه شده

- حذف موانع برای ارائه خدمات اورژانسی؛ افراد می‌توانند در مواقع اضطراری به بیمارستان‌هایی که طرف قرارداد با شبکه برنامه سلامت نیستند مراجعه کنند.

- مراقبت سلامت با کیفیت و قابل استطاعت مالی برای همه آمریکایی‌ها؛ برای اساس افراد، خانواده و مشاغل خویش فرمایا در کسب و کارهای کوچک می‌توانند سلامتی خویش را کنترل کنند. برای چنین افرادی اعتبار مالیاتی قائل می‌شود چنانچه افرادی که در طبقه متوسط جامعه قرار دارند نیز می‌توانند از اعتبار مالیاتی استفاده نمایند و حق بیمه پایین تری پرداخت نمایند. آمریکایی‌هایی که از قبل تحت پوشش بیمه قرار داشته‌اند می‌توانند بیمه خویش را حفظ نمایند و کسانی که بیمه نیستند می‌توانند از میان شرکت‌های بیمه‌ای انتخاب نمایند. افراد فاقد پوشش بیمه‌ای نه تنها قادر به انتخاب بیمه‌گر می‌باشند بلکه می‌توانند از اعتبار مالیاتی برای کاهش حق بیمه استفاده نمایند.
- یکپارچگی برنامه و شفافیت آن؛ این قانون کمک می‌کند که بیماران کنترل بیشتری بر تصمیمات مربوط به سلامتی‌اشان از طریق ارایه اطلاعات مکفی به آن‌ها داشته باشند. پزشکان نیز از طریق دسترسی به تحقیقات بالینی می‌توانند بهترین تصمیم را بگیرند.

۵- پوشش خدمات

نظام بیمه بهداشت و درمان آمریکا شامل نظام‌های بیمه خصوصی داوطلبانه و بیمه بهداشتی دولتی برای افراد آسیب‌پذیر می‌باشد. تعهدی برای پوشش جمعیتی بجز در برنامه مدیکر و مدیکید وجود ندارد. در واقع پوشش جمعیتی بر مبنای پرداخت حق بیمه به وسیله و با مسئولیت شخص انجام می‌گیرد.

با طرح بیمه درمانی اوباما بیش از ۹ میلیون شهروند فاقد بیمه، موفق به کسب آن شده‌اند. با این وجود دفتر بودجه کنگره پیش بینی کرده که با گذشت چند سال از طرح بیمه درمانی اوباما، کماکان ۳۱ میلیون آمریکایی فاقد بیمه سلامت هستند.

فصل چهارم: نظام سلامت در استرالیا

۱- کلیات

استرالیا که همچون جزیره‌ای بزرگ در اقیانوسیه و در نیمکره جنوبی واقع شده از نظر زمین‌شناسی قدیمی‌ترین خشکی جهان به‌شمار می‌آید. استرالیا ۷۶۸۲۳۰۰ کیلومتر مربع وسعت دارد که از شش ایالت و دو سرزمین تشکیل شده است. در استرالیا مخارج بهداشتی و درمانی سریع‌تر از رشد اقتصادی افزایش می‌یابد. سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی از ۷.۷ درصد در سال‌های ۱۹۹۶-۱۹۹۷ به ۹ درصد تولید ناخالص داخلی در سال‌های ۲۰۱۰ افزایش یافته است. فدراسیون استرالیا دارای سه بخش است: پارلمان فدرال (قوه قانون‌گذاری)، دولت فدرالی (که مسئول همه امور مربوط به منافع ملی است) و شش دولت ایالتی که هر کدام دارای قوه قانون‌گذاری ایالتی نیز هستند.

استرالیا یک نظام فدرال دولتی دارد که مسئولیت‌های اصلی و مالی آن بین دولت فدرال، شش ایالت و دولت‌های محلی تقسیم می‌شود که به صورت زیر می‌باشد:

- دولت فدرال که به مسائل ملی نظیر سیاست خارجی، دفاع، تأمین اجتماعی، اشکال عمده اخذ مالیات و کنترل واردات می‌پردازد.

- ایالت‌ها که مسائلی همچون آموزش و پرورش، پلیس، خدمات سلامت و خانه‌های سالمندان عمومی شامل بیمارستان‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهند.

- شهرداری یا دولت محلی که مسئولیت آن تأمین خدمات شهرداری مانند ارایه خدمت در

زمینه آب، کنترل زباله‌ها، خدمات شبکه فاضلاب، (تدوین) تصویب قوانین و مقررات خدمات اجتماعی می‌باشد.

دولت استرالیا خود را متعهد به ایجاد خودگردانی بومیان و مشاوره با آنان می‌داند و بودجه‌ای را برای سازمان‌های بومیان و نیز خدمات اساسی مورد نیاز آنها به مصرف می‌رساند. آغاز فعالیت استرالیا در امر تأمین اجتماعی با مستمری‌های بی‌اعتبار و قدیمی در سال (۱۹۱۰) و مقررری مادران (۱۹۱۲) آغاز شد. از آن به بعد بود که پرداخت مالی تأمین اجتماعی از این دست، آغاز شده و برای استرالیا شهرت پیشگامی در رفاه همگانی را به ارمغان آورد.

امروزه نظام تأمین اجتماعی استرالیا حمایت مالی را برای افراد و خانواده‌هایی که دارای افراد سالمند ناتوان، بیکار یا تک‌والدی و فاقد درآمد کافی هستند، فراهم می‌آورد. این نظام همچنین چارچوبی برای پشتیبانی در اشتغال برای آنهایی که توانایی مشارکت در نیروی کار دارند را ارائه می‌دهد. حدود پنج میلیون استرالیایی مشمول مستمری‌ها و اعتبارات تأمین اجتماعی هستند که شامل بازنشستگان، افراد ناتوان و بیمار، بیکاران، خانواده‌های دارای فرزند و شرایط ویژه هستند.

جدول ۱-۴- شاخص‌های کلان سلامت

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۲	۸۰	۸۴	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۱/۵			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان(افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۳۸/۵			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

فصل چهارم: نظام سلامت در استرالیا ۹۳

جدول ۲-۴- شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۱	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۷۷۸۰۴۷	دلار	۲۰۱۱
۲	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۴۸۵۲	دلار	۲۰۱۱
۳	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۹	درصد	۲۰۱۰
۴	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۶۸/۵	درصد	۲۰۱۰
۵	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۳۱/۵	درصد	۲۰۱۰
۶	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۱۶/۸	درصد	۲۰۱۰
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۵۱۷۴	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۶۸۵	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۵۴۵	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲۵۲۵	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

تضمین دسترسی به بهداشت و درمان اولیه و همچنین دسترسی عادلانه به مراقبت‌های لازم، و کاهش نابرابری‌های سلامت در ارائه خدمات و انتخاب مصرف‌کنندگان در خصوص خدمات ارائه شده برای آنان یک اصل کلیدی در نظام سلامت استرالیا می‌باشد.

به طور کلی، وضعیت سلامت در استرالیا خوب است، اما آنها عمدتاً هنوز از بار سنگین مشکلات بهداشتی و درمانی رنج می‌برند. بیماری‌های کشورهای توسعه یافته مانند سرطان، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری روانی، بیماری‌های اسکلتی-عضلانی، چاقی و دیابت در این کشور به چشم می‌خورند. تعدادی از مسائلی که در حال حاضر بر تصمیم‌گیری‌ها و اولویت‌بندی سلامت این کشور تا حدی مؤثر هستند و به احتمال زیاد اهمیت بیشتری در سال‌های آینده نیز خواهند داشت عبارتند از: تغییرات جمعیتی (مانند جمعیت سالخورده)، تغییر در مدل‌های ارائه خدمات (از جمله حرکت به سمت مراقبت مبتنی بر جامعه و ارائه هماهنگ مراقبت‌ها)، الگوهای بیماری در حال تغییر، پیشرفت در فن‌آوری‌های پزشکی و افزایش انتظارات مصرف‌کننده. سیستم خدمات درمانی استرالیا از نظر تاثیر و کارایی به طور گسترده به عنوان سیستمی با استانداردهای جهانی محسوب می‌شود. این سیستم ترکیبی است از بخش‌های دولتی و خصوصی ارائه خدمات درمانی از جمله:

- **دولت استرالیا:** به عنوان مسئول تدوین سیاست‌ها، مقررات و تأمین بودجه ملی
- **دولت‌های ایالتی، منطقه‌ای و محلی:** به عنوان مسئول ارائه و مدیریت خدمات درمانی عمومی و برقراری ارتباط با اکثر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی
- **پزشکان خصوصی:** شامل پزشکان عمومی، متخصصین و پزشکان مشاور
- **سازمان‌های انتفاعی و غیرانتفاعی و نهادهای ارائه خدمات داوطلبانه.**

نظام اصلی ارائه خدمات سلامتی در استرالیا «مدیکر» است که از سال ۱۹۸۴ به عنوان یک نظام همگانی بیمه درمانی در استرالیا شروع به فعالیت کرد. بر مبنای این نظام برای تمام استرالیایی‌ها دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، داروهای تجویزی با قیمت‌های مصوب و مراقبت‌های بیمارستانی تدارک دیده شده است، در حدود ۷۰ درصد منابع مراقبت‌های سلامتی استرالیا از طرف دولت تأمین مالی می‌شود.

این نظام شامل ۳ سطح دولتی است:

۱. سلامت عمومی؛
۲. مدیریت ایالتی و منطقه‌ای؛
۳. مدیریت‌های استانی

طرح بیمه عمومی مدیکر، پوشش مزایای دارویی و کمک‌های بلاعوض به اجزای غیردولتی را در تمام کشور به عهده دارد. دولت‌های محلی در تأمین بودجه و اداره بیمارستان‌ها استقلال رای دارند؛ هر دولت ایالتی مسوول اداره و تأمین بودجه هر کدام از بیمارستان‌های عمومی در آن ایالت است. در هر کدام از ایالت‌ها مدیریت بیمارستان‌ها از طریق اداره منطقه‌ای انجام می‌شود و مسوولیت هر بیمارستانی هم به شورای مدیریت واگذار شده است.

تعیین سیاست‌های ملی تولید و تأمین مالی خدمات توسط دولت استرالیا از طریق وزارت سلامت و سالمندی صورت می‌پذیرد.

وزارت سلامت و سالمندی استرالیا وظیفه نظارت بر سلامت را در سطح فدرال بر عهده دارد

ماموریت این وزارت عبارت است از:

- تدوین نظام سالمندی و بهداشت برای همه استرالیایی‌ها
- راهبری توسعه برنامه‌های مربوط به سالمندان و برنامه‌های سلامت برای دستیابی به نظام سلامت و سالمندی برای همه استرالیایی‌ها از طریق:
 - تأمین و تحلیل ابزارهای برنامه‌ریزی کارشناسی و دیگر خدمات برای دولت
 - مشاوره و تشریک مساعی با دولت و حکومت ایالتی، سازمان‌های حرفه‌ای، گروه‌های صنعتی و مصرف‌کنندگان
 - ارتقاء اطلاعات ارتباطی و سلامت زندگی مربوط به خدمات سلامت و سالمندی
- مدیریت برنامه‌های سالمندی و بهداشت همگانی برای تضمین ایجاد کیفیت و مدیریت مؤثر هزینه‌ها و حفظ سلامت، امنیت و برابری به طریقی که حداقل رنج را بر مردم تحمیل کنند.

هدف از نظام سلامت در استرالیا دسترسی همگانی به مراقبت‌های سلامتی شناخته شده است.

چشم انداز وزارت سلامت عبارتست از سلامت بهتر و پیری فعال برای همه استرالیا. برای

رسیدن به این اصل گام‌های زیر تدوین شده است:

* تمرکز بیشتر بهداشت و درمان بر سیستم مراقبت‌های درمانی و نیز پیشگیری و توجه به شیوه

زندگی سالم

- * مداخله و انتخاب بهترین رویکرد برای بیماری‌های مزمن
- * بهبود شفافیت، افزایش دسترسی، پاسخگویی و ارتقا کیفیت‌های خدمات دولتی و خصوصی در بخش بهداشت، درمان و مراقبت از سالمندان
- * تأمین مالی خدمات از طریق توافق نامه با ذینفعان، صنعت و دولت‌های منطقه
- * تحکیم و پیشرفت اصلاحات برای اطمینان از انتخاب و دسترسی به مراقبت با کیفیت تعیین شده خدمات
- * همکاری با ایالات و مناطق به منظور کاهش شکاف بین طبقات، و نیز ارائه خدمات کارآمد با ارزش بهداشتی و خدمات مراقبت از سالمندان

۳- نظام ارائه خدمات

کشور استرالیا دارای نظام بهداشت و درمان چند بعدی است که در این نظام دولت نقش عمده و به سزایی دارد. سازمان سلامت عمومی نظام استرالیا به شدت از سوی نظام فدرال تحت تاثیر قرار دارد که در آن مسئولیت و کمک‌های مالی برای سلامتی نیز در نظر گرفته شده است ارائه خدمات نیز توسط هر دو مرجع دولتی و خصوصی انجام می‌گیرد.

بودجه دولت استرالیا در زمینه‌های پزشکی و دارویی و بیمه خدمات درمانی خصوصی تخصیص می‌یابد و نیز تخصیص یارانه‌ها و ایجاد مکان‌های دانشگاهی جهت آموزش برای کارکنان دولت در بخش سلامت نقش تأمین بودجه خدمات بیمارستان دولتی، نقش رهبری در راهبرد برای مقابله با مسائل بهداشتی مهم و همچنین مسئولیت‌های نظارتی دارد.

از جمله مواردی که دولت در آن دخل و تصرف دارد، کنترل و نظارت بر ارائه خدمات تداخل کننده در امور بهداشت و درمان، تأمین منابع مالی در ارائه خدمات به همراه بخش خصوصی است. بخش خصوصی در این کشور به دو صورت انتفاعی و غیرانتفاعی ارائه خدمت می‌نماید.

بخش خصوصی به عنوان یکی از مراکز ارائه دهنده خدمات در این کشور نقش دارد. پزشکان خصوصی نیز در ارائه خدمات پزشکی، دندانپزشکی نقش بسیار مهمی را ارائه می‌دهند.

فصل چهارم: نظام سلامت در استرالیا ۹۷

بیشتر مراکز خدمات بالینی و پرستاری در منزل توسط بخش خصوصی اداره می‌شود و این در حالی است که کلیه مقررات و مصوبات آن همچنان منابع مالی مربوط به این مراکز توسط دولت فدرال تأمین می‌شود.

نقش سازمان‌های غیرانتفاعی ارایه دهنده خدمات، روز به روز در حال افزایش است و کیفیت این خدمات چشمگیر نمی‌باشد.

جهت اطمینان از نحوه ارایه خدمات توسط سازمان‌های غیرانتفاعی، روش‌های پایش و ارزیابی عدالت دسترسی کلیه افراد به خدمات، استانداردهای کیفیت خدمات و سنجش کارایی خدمات تهیه شده است.

یکی از اهداف این نظام، افزایش نقش دولت فدرال در سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های بخش بهداشت و درمان و کاهش تداخلات وظایف بین دو سطح فدرال و ایالتی است.

پزشکان استرالیا معمولاً بعنوان پزشکان خصوصی مستقل فعالیت می‌کنند.

مراکز درمانی تحت مالکیت دولت در سراسر کشور تأسیس نمی‌شوند و دسترسی به خدمات بهداشتی اولیه با در دسترس نبودن پزشکان در نواحی روستائین و مناطق همجوار شهری با درآمد پایین مختل می‌گردد، یعنی جایی که جمعیت در پرداخت کارانه مشکل دارند. رشد بیمارستان‌ها و شرکت‌های بیمه انتفاعی خصوصی مشکلات را دوچندان کرده است. از آنجایی که این روند منابع را از بخش دولتی به خصوصی سوق می‌دهد، مشکلات دسترسی جمعیت کم درآمد به خدمات بیمارستان محور بیشتر می‌شود، جمعیتی که گرایش به بیمه خصوصی ندارند می‌تواند زمان انتظار کوتاه‌تری را تصور کند. گفتمان سیاسی مستمری در خصوص افزایش مداخله دولت در سازماندهی، تأمین منابع مالی و تدارک خدمات سلامتی وجود دارد که به نگرانی‌های مربوط به عدالت و فشارهای بازار در خدمات سلامتی مرتبط می‌شوند.

سه هدف نظام سلامت و بیمه‌های درمان حمایتی استرالیا عبارتند از:

- عدالت (پرداخت منصفانه، دسترسی منصفانه و استفاده منصفانه)
- کارایی
- کیفیت

اصلاحات اخیر نظام سلامت استرالیا بر اداره بیمارستان‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و سیستم‌های بیمه‌ای متمرکز شده‌اند. توسعه بیمارستان‌ها و بیمه‌گران خصوصی منجر به افزایش تقاضا برای طرح‌های غیرمتمرکز در بیمارستان‌های دولتی و صندوق‌های منطبقه‌ای شده است. بیمارستان‌های استرالیا در جستجوی راهی برای کاهش هزینه‌ها و افزایش ضریب اشغال تخت‌اند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. تاریخچه

در استرالیا طرح‌های بیمه خصوصی از طریق «انجمن‌های دوستانه»^۱ معرفی شد که در دهه ۱۸۵۰ با هدف حفاظت از هزینه‌های سلامتی از طرف کارگران استخدام شده با درآمد متوسط و بالا تشکیل شد. اینها صندوق‌های غیرانتفاعی الگوبرداری شده‌ای از صندوق‌های بیماری دوجانبه اروپایی^۲ بودند. بسیاری از این صندوق‌ها پزشکانی را با نظام پرداخت سرانه استخدام کردند. اولین فعالیت استرالیا در این زمینه براساس قانون بهداشت مصوب ۱۹۵۳ بود که به دولت اجازه می‌داد یارانه‌های دولتی را به بیمه سلامت خصوصی اختیاری ارائه دهد و دولت موظف بود طرح مزایای دارویی را ایجاد کند.

انجمن‌های دوستانه در حدود ۷۰ درصد جمعیت را، زمانی که اولین نظام بیمه اجتماعی سلامت اجباری تحت عنوان مدیبانک^۳ بر مبنای قانون تشکیل شد، تا سال ۱۹۷۲ تحت پوشش قرار داده بودند. مدیبانک در سال ۱۹۷۵ از طریق تأمین مالی با درآمدهای ناشی از مالیات‌های عمومی برای پوشش خدمات سلامتی در بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های تحت نظارت کمیسیون بیمه سلامتی^۴ شروع به کار کرد. جمعیت هدف همه شهروندان و سایر ساکنان قانونی استرالیا بودند. یک سال پس از اجرا، این برنامه به مدیکر^۵ تغییر نام داد. در این برنامه تأمین مالی از درآمدهای مالیاتی براساس استطاعت مالی به میزان ۱/۵-۲ درصد از درآمد مشمول مالیات صورت می‌پذیرفت. آنگاه به کمیسیون بیمه سلامت اجازه داده شد تا یک صندوق بیمه سلامت خصوصی را، برای پوشش خدمات سلامتی از طریق مؤسسات سلامت خصوصی، تأسیس کند.

1- Friendly Societies

4- Health Insurance Commission

2- European Mutual Sickness Funds

5- Medicare

3- Medibank

تا قبل از سال ۱۹۷۵ نظام جامع بیمه خدمات درمانی در این کشور وجود نداشته است اما از آن سال تاکنون سازوکارهای موازی را برای تحت پوشش قراردادن جمعیت‌های مختلف و مزایای مختلف پوشش همگانی به کار گرفته است. به‌رغم تغییرات مربوط به فشارهای سیاسی، نیروهای بازار و متخصصان پزشکی، ترکیبی از نظام‌های بیمه سلامت دولتی و خصوصی دسترسی همگانی به خدمات پزشکی و بیمارستانی را تضمین می‌کنند. در همان حال که «طرح مزایای دارویی» داروها و وسایل پزشکی را پوشش می‌دهد، خدمات درازمدت به‌صورت جداگانه توسط «برنامه اجباری پرستاری در منزل» تحت پوشش قرار دارد.

ترکیب اخیر طرح‌های بیمه سلامت دولتی و خصوصی با ترکیبی از ارایه‌دهندگان دولتی و خصوصی در استرالیا فعالیت می‌کند. دولت استرالیا تأمین مالی هر سه برنامه دولتی را از طریق وصول مالیات عمومی و سلامتی، به عهده دارد. درحالی‌که به بیمه سلامت خصوصی نیز یارانه ارایه می‌شود. با آنکه خدمات سلامتی در مالکیت دولت قرار دارد، پزشکان استرالیا، به‌طور معمول، تحت عنوان پزشکان خصوصی مستقل فعالیت می‌کنند.

عضویت در این سیستم داوطلبانه صورت می‌گرفت و اکثر سازمان‌های بیمه‌گر، صندوق‌های خصوصی بودند ولی توسط دولت حمایت می‌شدند. در سال ۱۹۸۴ تغییرات بنیادی در سیستم بیمه درمان استرالیا روی داد و به منظور دسترسی هماهنگ به خدمات پزشکی و بیمارستانی نظام بیمه به نام مدیکیر توسط دولت فدرال طراحی شد و از طریق دولت‌های ایالتی و محلی اجرا می‌شود. در این نظام همه شهروندان استرالیایی تحت پوشش خدمات درمانی بوده و منابع مالی از طریق مالیات‌ها، عوارض قانونی و درآمدهای عمومی دولت تأمین می‌شود.

۲-۴. نظام مدیکر استرالیا

نظام مدیکر یک طرح دولتی است و کلیه افراد جامعه تحت پوشش این بیمه هستند. منابع مالی مدیکر از طریق حق سرانه پرداخت شده «توسط افراد شاغل و مالیات‌ها» تأمین می‌شود. افرادی که تحت پوشش بیمه مدیکر هستند در صورتی می‌توانند از مزایای آن استفاده کنند که به واحدهای درمان دولتی مراجعه کنند و یا از طریق پزشک خانواده و سیستم ارجاع به پزشک متخصص ارجاع داده شوند. حق سرانه بیمه مدیکر ۱/۵ درصد حقوق و مزایای مستمر کلیه افرادی است که

۱۰۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

در بخش دولتی و خصوصی مشغول به کار هستند. افراد مجردی که کمتر از ۱۳۵۶۰ دلار استرالیا در سال درآمد دارند و یا خانواده‌هایی که ۲۳/۵۰۰ دلار استرالیا و کمتر در سال درآمد دارند، از پرداخت ۱/۵ درصد برای مدیکر معاف هستند.

کل پرداخت‌های شاغلین (۱/۵ درصد حقوق و مزایا) برای مدیکر تنها پاسخگوی ۳۵ تا ۴۰ درصد هزینه‌های آن است و سایر هزینه‌های مورد تعهد مدیکر بوسیله دولت و از طریق مالیات‌ها صورت می‌گیرد. تأمین اجتماعی در استرالیا مسوولیت حمایت از فقرا و افراد بیکار را بر عهده دارد و ساختار سازمانی امور بیمه سلامت از نظام تأمین اجتماعی جداست. از ۱۰۰ درصد مردمی که تحت پوشش بیمه درمان مدیکر هستند در حدود ۳۲ درصد علاوه بر بیمه دولتی تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار دارند.

- خدمات پزشکی مدیکر

مدیریت خدمات پزشکی مدیکر توسط کمیسیون بیمه سلامت انجام می‌شود. این کمیسیون پرداخت مخارج را بر عهده دارد. خدمات سلامت استرالیا، بر ۲ پایه استوار است:

- پزشکان بخش خصوصی
- سیستم فراگیر خدمات بیمارستانی

سه ستون از مدیکر، با بودجه دولتی توسط دولت استرالیا، عبارتند از:

(۱) مزایای برنامه مدیکر - مصرف کنندگان با دسترسی به بخش خصوصی ارایه دهنده خدمات پزشکی از خدماتی استفاده کنند که دارای تخفیف بوده ولی تحت کامل پوشش نمی‌باشند.

(۲) فواید دارویی طرح کمک مالی، استفاده از طیف گسترده‌ای از داروهای تجویزی تهیه شده توسط داروخانه جامعه.

(۳) بودجه ارایه شده به دولت‌ها و سرزمین‌های آنها برای کمک به فراهم آوردن امکان دسترسی به خدمات بیمارستان‌های عمومی بودجه دولت استرالیا یارانه پرداختی به خدمات را ارائه می‌دهد.

۳-۴. بیمه سلامت

بیمه دولتی متشکل از دو برنامه است: بیمه‌های پزشکی سالمندان و کمیسیون بیمه سلامتی. بیمه‌های پزشکی سالمندان خدمات بهداشتی اولیه و مراقبت‌های قابل ارایه در بیمارستان‌های آموزشی را با حداقل هزینه یا به صورت رایگان در اختیار همه افراد قرار می‌دهند. کمیسیون بیمه سلامت مؤسسه‌ای دولتی است که ارائه خدمات پزشکی سرپایی را به عهده دارد. در برنامه اول مراقبت‌ها از طریق بیمارستان‌های دولتی، که ارایه‌دهندگان آنها را کارمندان ایالتی یا دولت تشکیل می‌دهند، ارایه می‌شود و درمان در آنها رایگان است و از طریق مالیات‌های دولت‌های ایالتی یا ائتلافی تأمین اعتبار مالی می‌شوند. اگر بیماران از این بیمارستان‌ها صرف نظر کنند، می‌توانند بیمارستان‌های خصوصی یا پزشکان غیروابسته به بیمارستان‌های دولتی را انتخاب کنند. هرچند که درصد استرالیایی‌هایی که از خدمات بخش دولتی انصراف می‌دهند بسیار کم‌اند. در نتیجه، دولت موفق به خرید بیمه‌های خصوصی، به‌منظور کاهش مصرف و افزایش هزینه‌های بخش دولتی، شده است. اگر فرد بیمار خصوصی در یک بیمارستان عمومی یا خصوصی باشد، می‌تواند پزشک معالج خود را انتخاب کند مدیگر معادل ۷۵ درصد مبلغ تعیین شده توسط مدیگر را برای خدمات و عمل‌هایی که توسط پزشک جهت درمان ارایه شده پرداخت می‌کند. اگر بیمه درمانی خصوصی داشته باشید، بخشی یا تمامی مبلغ باقیمانده را می‌تواند پوشش دهد. بیمه‌گران خصوصی در استرالیا با سخت‌ترین مقررات در امور بیمه‌ها، الگوهای عضویت، طبقه‌بندی اجتماعی و استانداردهای کیفیت بالینی مواجه هستند که به‌طور مؤثری فعالیت بیمه‌های سلامتی را محدود می‌کنند.

روابط میان عرضه کنندگان و پرداخت کنندگان در نظام بیمه همگانی در ۳ سطح تنظیم می‌شود:

- **دولت مرکزی:** قسمتی از منابع مالی بیمارستانی را به صورت مستقیم تأمین می‌کند ولی بیمارستان‌ها تحت اداره دولت‌های ایالتی و محلی هستند، دولت مرکزی همچنین به بیمه‌های خصوصی کمک می‌کند.
- **دولت‌های ایالتی و محلی:** مسوولیت اداره بیمارستان‌های بخش دولتی را به عهده دارد و قوانین و هزینه‌ها در ایالت‌های مختلف متفاوت است. دولت مرکزی کمک‌های مالی خود را در قالب برنامه‌های مانند موافقت نامه بیمه درمانی همگانی و یا کمک‌های ویژه

به دولت‌های ایالتی و محلی ارایه می‌دهد. دولت‌های ایالتی و محلی نیز بخشی از منابع مالی سیستم را مستقیماً از طریق مالیات‌ها و عوارض شهروندان تأمین می‌کند و به عرضه کنندگان (بخش خصوصی و دولتی) می‌پردازند.

- **مصرف کنندگان:** پرداخت مالیات و عوارض مربوط به بیمه همگانی درمان مدیکر توسط همه شهروندان الزامی است ولی عضویت در صندوق‌های بیمه درمان خصوصی اختیاری می‌باشد. مصرف کنندگان می‌توانند هزینه‌ها را به صورت مستقیم به عرضه کنندگان پرداخت کرده و ۸۵٪ آن را مجدداً از سیستم بیمه دریافت نمایند.

۴-۴. بیمه‌های خصوصی

در قانون استرالیا بیمه خصوصی ممنوع است و بیمه خصوصی به صورت یک بیمه مکمل زیر نظر دولت ولی با نام بیمه خصوصی اداره می‌شود. فقط سازمان‌هایی مجاز به ارایه این خدمات بیمه‌ای هستند که در وزارت سلامت و درمان عضو باشند.

در حقیقت در استرالیا در کنار نظام فراگیر مدیکر، صندوق‌های بیمه درمانی خصوصی فعالیت می‌کنند که بیشتر بیمه‌های تکمیلی را تحت پوشش قرار می‌دهند.

استثنائاتی در قانون وجود دارد که به شرکت‌های خصوصی (و نیمه خصوصی) اجازه فعالیت می‌دهد. این استثنائات شامل پوشش بیمه درمان به بیماران خاص و ارایه خدمات سلامتی به افرادی که تحت پوشش مدیکر نیستند. در واقع این خدمات به عنوان خدمات مکمل ارایه می‌شود.

در سال ۱۹۹۸ تقریباً ۳۰ درصد از کل جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی بودند. از سال ۱۹۹۹، تخفیف ۳۰ درصدی برای افراد ۶۵ تا ۶۹ سال به ۳۵٪ افزایش یافت و برای افراد ۷۰ ساله و بالاتر به ۴۰٪ رسید. در اواسط ۲۰۰۹، ۴۴.۶ درصد از جمعیت، بیمه خصوصی بیمارستانی و ۵۱.۳ درصد پوشش درمانی عمومی داشتند (شامل خدمات پرستاری). پوشش بهداشتی و مادام‌العمر مردم را برای بدست آوردن پوشش بیمارستان خصوصی در سالهای اول زندگی تشویق می‌کند و برای حفظ پوشش شان به مردم پیشنهاد می‌کند که قبل از ۳۱ سالگی به یک گروه سرمایه‌گذاری سلامت بپیوندند و بطور نسبی در طول زندگی شان بدون توجه به وضع تندرستی شان حق بیمه مختصری داشته باشند. افراد بالاتر از ۳۰ سال با ۲٪ افزایش در حق بیمه در مقایسه با میزان پایه به ازاء هر سال تأخیر در پیوستن مواجه هستند.

فصل چهارم: نظام سلامت در استرالیا ۱۰۳

شبکه ایمنی مدیکیر در سال ۲۰۰۴ معرفی شد. این سیستم یک پرداخت اضافی برای خدمات پزشکی خارج بیمارستانی است. زمانی که استانه پرداخت‌های از جیب فرد به حد استانه سالانه برسد، بیمار ۸۰٪ از هزینه‌های پرداختی از جیب را به اضافه پرداخت استاندارد مراقبت پزشکی را برای باقیمانده سال دریافت خواهد کرد. (در سال ۲۰۰۹ استانه برای هر افراد دارای کارت ویژه و خانواده‌های کم درآمد در حد ۵۵۵.۷ دلار استرالیا و ۵۱۱ دلار آمریکا بود و برای بیماران عادی ۱۱۱۱.۶ دلار استرالیا و ۱۰۲۲ دلار آمریکا بود. خانواده‌ها قادرند باهم برای شبکه‌های مراقبت پزشکی ایمن ثبت نام کنند تا هم شکاف هزینه را داشته باشند و هم هزینه‌های خارج از جیب را ترکیب کنند تا هرچه زودتر به استانه قابل قبولی برسند.

نمونه‌هایی از خدماتی که هزینه آنها تحت پوشش شبکه ایمنی قرار می‌گیرند عبارتند از: مشاوره پزشک عمومی و متخصص، سونوگرافی، روانپزشکی، سی تی اسکن، رادیوتراپی، بافت برداری، ام آر آی، آزمایش خون و پاپ اسمیر.

۵-۴. مزایای بیمه سلامت استرالیا

مزایای بیمه سلامت استرالیا شامل مزایای اولیه و خدمات مکمل است، بر مبنای قانون سلامت ملی، وزیر بهداشت مجری تشریح و تصمیم در مورد ماهیت و مزایای خدمات سطح اول می‌باشد. این فصل شامل مواردی از قبیل درمان در بیمارستان عمومی بوسیله پزشک منتخب است. نرخ هزینه در بیمارستان خصوصی بالاتر از نرخ بیمارستان دولتی است و اگر بیمه شده‌ای از بخش خصوصی استفاده کند، لازم است در سطح دوم مشارکت مالی داشته باشد.

۶-۴. شیوه‌های تأمین منابع مالی

در استرالیا تأمین مالی بخش سلامت توسط بخش دولتی انجام می‌گیرد، در سال ۲۰۰۷، ۶۸ درصد از کل هزینه‌های سلامت توسط دولت سرمایه گذاری شده است. باقی مانده یک سوم (۳۲ درصد) از کل هزینه‌های سلامت توسط بخش خصوصی سرمایه گذاری شده است. متوسط سالانه رشد واقعی در مخارج بهداشتی در کل در طول دهه ۲۰۰۶-۲۰۰۷ به ۴.۹ درصد رسیده بود. در ۲۰۰۶-۲۰۰۷، بیمارستان‌ها، خدمات پزشکی و داروها سه دسته از بزرگترین مصرف کنندگان و هزینه

کننده‌های سلامت در کشور بودند. برای دو سوم از کل مخارج بهداشتی (۲۸٪) بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های خصوصی ۸٪ خدمات پزشکی ۱۸٪ و دارو ۱۳٪ بود. منابع مالی سیستم مدیکر تا حد زیادی توسط درآمد ناشی از مالیات تأمین می‌شود مالیات مربوط به درآمد جمع‌آوری شده توسط دولت استرالیا می‌باشد. علاوه بر تأمین مالی بخش سلامت و برنامه‌های دولت ملی سلامت، دولت استرالیا کمک مقدار قابل توجهی از طریق بودجه نیز به خدمات بیمارستان دولتی می‌نماید. از طریق شورای دولت استرالیا (COAG)^۱ همه سطوح دولت را متعهد به رویکرد تعاونی نسبت به سلامت از جمله تأمین مالی کارآمدتر کرده است.

تأمین منابع مالی در سه بخش عمومی، خصوصی و بیمارستانی به شرح ذیل است:

۱- **بخش عمومی:** استرالیا در اصل یک سیستم مراقبت بهداشتی بر مبنای مالیات است که تأمین مالی می‌شود. مالیات‌های عمومی که شامل مالیات بیمه قانونی در حد کم و پرداخت‌های خصوصی می‌باشد. در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ نزدیک به ۷۰٪ از کل درآمد کسب شده بخش بهداشت از منابع عمومی (مالیات‌ها) بود، و ۳۰ درصد از منابع خصوصی کسب می‌شود.

۲- **بخش خصوصی:** افراد حدود ۲۰/۳ درصد از کل هزینه‌های بهداشت و درمان را خود افراد پرداخت می‌کنند.

۳- **تأمین منابع مالی بیمارستان:** روش تأمین منابع مالی بیمارستان و مسولیت این خدمات، میان ایالت‌ها متفاوت است. از سال ۱۹۸۴ وجود نظام بیمه درمانی مناسب که دارای خصلت‌هایی مانند عدالت در دسترسی به دستیابی سریع به خدمات و سادگی است، برای هر فرد استرالیایی قابل استفاده بوده است.

۴-۲. روش‌ها و مکانیزم‌های پرداخت به پزشکان و مراکز درمانی

پرداخت به پزشکان در نظام بیمه درمان استرالیا به شکل کارانه است ولی به پزشکانی که در بیمارستان‌های دولتی و درمانگاه‌های عمومی فعالیت دارند، حقوق پرداخت می‌شود (اگرچه

فصل چهارم: نظام سلامت در استرالیا ۱۰۵

اجازه دارند که مطب خصوصی جدا و درآمدهای اضافی به ازاء خدمت داشته باشند). پرداخت به بیمارستان‌ها بر اساس روز جراحی بوده یا از سیستم پرداخت ترکیب موردی و بر اساس گروه‌های تشخیصی صورت می‌گیرد. این برنامه با هدف اندازه‌گیری و پرداخت یکسان به خدمات مشابه توسط دولت طراحی شده است. هزینه‌های جاری بیمارستان‌ها در دولت‌های محلی نیز به وسیله بودجه سالانه تعیین می‌گردد ولی اخیراً به طرف ترکیب موردی می‌رود. برای پرداخت به پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی نیز علاوه بر روش پرداخت ترکیب موردی حرکت شده است. برای پرداخت به پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی نیز علاوه بر روش پرداخت حقوق از روش پرداخت بر مبنای قرارداد همکاری دوره‌ای (فصلی) استفاده می‌شود. به منظور ایجاد انگیزه برای پزشکانی که دارای تجربه بیشتری بوده و به صورت مرتب در کلاس‌های باز آموزی جهت ارتقای کیفیت خدمات پزشکی شرکت می‌کنند، پرداخت‌های ویژه‌ای به صورت تشویقی انجام می‌شود.

همچنین در بخش بیمارستانی نیز از پرداخت‌های تشویقی برای افزایش کارایی بیمارستان‌ها که با شاخص‌های کاهش تخت روز اشغالی و کاهش نرخ بستری اندازه‌گیری می‌شود، صورت می‌گیرد.

۵- پوشش خدمات

در استرالیا نظام مدیکیر دسترسی رایگان به خدمات را برای هر فرد استرالیایی تسهیل می‌کند. در این کشور بیمه‌های سلامت دولتی و خصوصی با دسترسی همگانی وجود دارد که تحت پوشش یک سیستم خدمات سلامتی دوجانبه قرار دارند. بیمه دولتی تقریباً ۷۵ درصد از جمعیت و بیمه خصوصی ۲۵ درصد باقی‌مانده را تحت پوشش قرار می‌دهند. در دهه اخیر نظام سلامت استرالیا به گونه‌ای مدیریت شده که کل هزینه‌های سلامت را در سطح ملی همزمان با حفظ هزینه‌های اجرایی در کمترین حد در حداقل سطح رشد نگه داشته است. در نتیجه هزینه‌های سرانه خدمات سلامت آن در کمترین سطح یعنی ۹ درصد درآمد ناخالص داخلی باقی مانده است.

فصل پنجم: نظام سلامت در انگلستان

۱- کلیات

انگلستان در سواحل شمال غربی اروپا واقع شده و توسط دریای شمال از شبه جزیره اسکاندیناوی و هلند، و توسط کانال مانش از فرانسه جدا شده است. این کشور از ۲ جزیره اصلی تشکیل شده است. جزیره بزرگتر، بریتانیای کبیر نامیده شده، و شامل: اسکاتلند، ولز و انگلیس بوده و دیگری جزیره ایرلند می باشد. انگلستان عضو اتحادیه اروپایی و یکی از هفت کشور صنعتی پیشرو جهان است.

آب و هوای انگلستان نسبتاً خشک و معتدل است. جنوب کشور اغلب گرمتر از شمال و غرب نسبتاً مرطوبتر از شرق است. کمترین فاصله را با فرانسه دارد که ۳۵ کیلومتر است و از طریق تونلی در زیر دریا (کانال انگلیس) به فرانسه پیوند می خورد.

مساحت این کشور ۲۴۴۸۲۰ کیلومتر مربع می باشد که ۲۴۱۵۹۰ آن خشکی و ۳۲۳۰ آن دریا می باشد. پایتخت انگلیس لندن بوده و دارای حکومت پادشاهی مشروطه می باشد.

این کشور دارای ۱۸۳۷ شهر و ۱۱۴۴۸۰ بخش بوده، زبان رسمی مردم انگلیسی، ولزی، اسکاتلندی و ۷۱.۶٪ مردم مسیحی، ۲.۷٪ مسلمان سنی، ۱٪ هندو و ۲۳.۱٪ نامشخص یا بدون دین می باشند.

جمعیت آن در سال ۲۰۱۰ به تعداد ۶۲۷۸۳۰۰۰ نفر می باشد بافت سنی جمعیت در این کشور شامل ۱۴-۰ سال به میزان ۱۷/۶ درصد، ۶۴-۱۵ سال به میزان ۶۶/۲ و جمعیت بالای ۶۵ سال به بالا به میزان ۱۶/۲ درصد است، و میانگین امید به زندگی در این کشور ۸۰ سال می باشد. بر اساس گزارش بانک جهانی میزان سرانه تولید ناخالص داخلی آن ۳۲۸۰۸ دلار بین المللی می باشد.

۱۰۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

حکومت بریتانیا سلطنت مشروطه و بدون قانون اساسی مکتوب است. اکثریت جمعیت در حدود ۹۲ درصد شهرنشین بوده و جمعیت کمی در روستاها به سر می‌برند. البته مفهوم روستایی به نسبت قابل توجهی از کشورهای بزرگتر متفاوت می‌باشد.

انگلستان یکی از اولین کشورهای دارای نظام طب ملی به صورت همگانی در اروپا است. بیشترین افرادی که از نظام بهداشتی انگلستان تحت معالجه قرار می‌گیرند افراد بالای ۶۵ سال هستند که در حدود نیمی از تخت‌های حاد بیمارستان را اشغال می‌نمایند.

در نظام تأمین اجتماعی این کشور همه افراد عضویت دارند و بطور اجباری باید حق بیمه بپردازند، اما سهم مشارکت آنان متناسب با وضع شغلی و سطح درآمد متفاوت است.

جدول ۱-۵- شاخص‌های کلان سلامت

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۰	۷۹	۸۲	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۵	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۵			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسواد بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۲۷/۷			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۵- شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۲۰۵۸۵۵۷	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۳۲۸۰۸	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲

فصل پنجم: نظام سلامت در انگلستان ۱۰۹

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۳	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۹/۶	درصد	۲۰۱۰
۴	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۸۳/۲	درصد	۲۰۱۰
۵	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۱۶/۸	درصد	۲۰۱۰
۶	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۵/۹	درصد	۲۰۱۰
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۴۹۵	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۴۳۳	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۲۹۰۸	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲۸۵۷	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

انگلستان یکی از اولین کشورهای دارای نظام طب ملی به صورت همگانی در اروپا است. این کشور یکی از قدیمی ترین و پیشرفته ترین سیستم های بهداشت درمانی در جهان را داراست و به دلیل آنکه، این نظام تمام افراد آن کشور را تحت پوشش قرار می دهد، نسبت به سایر ممالک منحصر به فرد است. بسیاری از کشورهای جهان از نقاط ضعف و قوت سیستم بهداشتی و درمانی انگلستان جهت افزایش کارایی سیستم خود استفاده می کنند. خدمات بهداشتی فراگیر در سطح کشور انگلستان، در سال ۱۹۴۲ با هدف دسترسی برابر همگان به وسیله بورج طراحی شده است.

آنچه این کشور را تا حدودی از سایر کشورها متمایز کرده است، تأسیس نظام سلامت ملی (NHS)^۱ در سال ۱۹۴۸ می‌باشد که البته در طول سال‌های مختلف، تغییرات عمده‌ای را به خود گرفته ولی اصول زیربنایی آن همان ارایه خدمات جامع پزشکی برای همه مردم، ارایه خدمات به صورت رایگان و توزیع مناسب خدمات در سراسر کشور است. (NHS)، سمبل برابری اجتماعی و همدردی ملی انگلیس محسوب می‌شود.

اساساً چهار بخش اصلی نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در بریتانیا وجود دارد:

- دولت مرکزی
- نظام بهداشت و درمان ملی
- دولت محلی
- بخش مستقل یا خصوصی

نظام بهداشتی و درمانی انگلیس در پنجم جولای ۱۹۴۸ تصویب گردید که این نظام در واقع ناشی از قانون مصوب سال ۱۹۴۶ بود. در انگلیس و ولز، قانون وظیفه‌ای را برای وزیر بهداشت تعیین نمود که عبارت بود از:

«ایجاد طرحی در مورد نظام بهداشتی و درمانی جامع جهت بهبود وضعیت بهداشت روانی و فیزیکی مردم، تشخیص و درمان بیماری‌ها، پیشگیری بیماری‌ها که تحقق چنین هدفی را با استفاده مؤثر از منابع ایجاب نماید».

مشخصات اصلی نظام خدمات بهداشت ملی عبارت است از:

۱. همگانی بودن
۲. جامعیت
۳. رایگان بودن خدمات
۴. مساوات در ارایه خدمات

در حال حاضر سیاست‌های خدمات طب ملی انگلستان را می‌توان به شرح ذیل خلاصه نمود:

- تامین خدمات همگانی بر اساس نیاز کلینیکی نه توانایی پرداخت هزینه مراقبت‌های سلامت
- تامین طیف جامعی از خدمات شامل خدمات اولیه، مراقبت‌های سلامتی جامعه محور، مراقبت‌های بیمارستانی با نگاه هزینه - اثربخشی و خدمات اطلاع رسانی
- بازنگری در خدمات سلامت بر اساس نیاز و ترجیحات بیماران، خانواده و مراقبان آنها
- پاسخگویی به نیازهای گوناگون جمعیت‌های مختلف در راستای کاهش تفاوت‌های غیرمعقول و ارتقای سطح استاندارد خدمات
- تلاش جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات و کاهش خطاهای پزشکی در راستای بهبود کارایی، بهره‌وری و عملکرد نظام سلامت
- پشتیبانی و ارزش‌گذاری به کارکنان بخش سلامت از طریق تأمین ارتقای شغلی، آموزش و توسعه مهارت آنها
- تخصیص انحصاری منابع عمومی
- همکاری با سایر ذینفعان
- تلاش در جهت حفظ سلامت و کاهش نابرابری‌ها
- تلاش در جهت حفظ اسرار بیماران

سازماندهی ساختار نظام سلامت که در سال ۱۹۴۶ آغاز شد دارای سه جزء عمده بود:

- خدمات پزشکی خانواده شامل: پزشکان خانواده، دندانپزشکان، بینایی‌سنجی، تحویل دارو و ملزومات پزشکی
- خدمات ادارات بهداشت محلی شامل: خدمات بهداشت محیط
- خدمات بیمارستانی و خدمات مربوط جامعه‌نگر

خدمات بهداشت ملی (NHS) صرفنظر از خدمات اداری بهداشت محلی که بخشی از هزینه آن از طریق مالیات محلی تأمین می‌شد کلیه هزینه‌های خدمات بهداشت ملی توسط دولت مرکزی تأمین می‌گردید و طب ملی انگلستان بدون دریافت هیچ وجهی ارایه خدمات به همه افراد را به عهده دارد.

۸۵ درصد هزینه‌های بخش سلامت از طریق درآمدهای ناشی از مالیات، ۱۳ درصد از طریق حق سرانه بیمه ملی پرداختی از طرف کارفرمایان، کارمندان، خویش‌فرمایان و ۲ درصد از طریق پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران تأمین می‌شود.

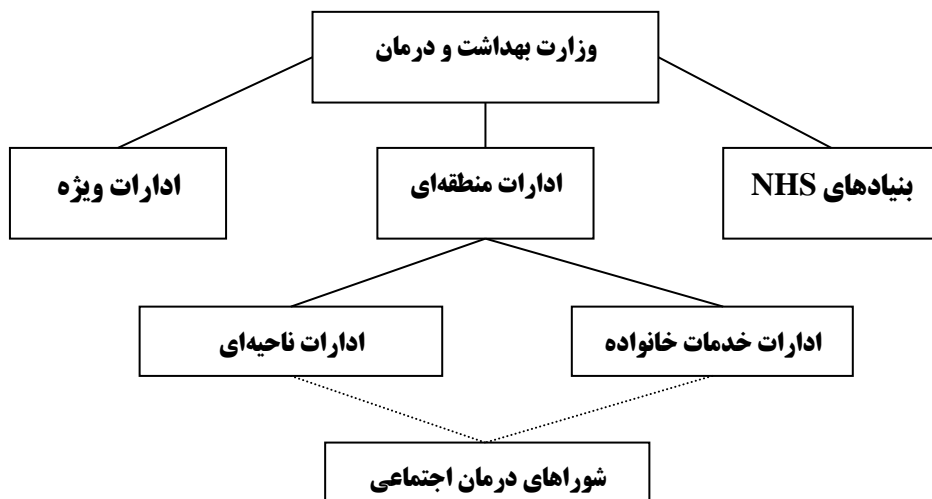
قانون بیمه ملی در این کشور در سال ۱۹۱۱ تصویب شد. فعالیت‌های شرکت‌های بیمه خصوصی با استناد به قانون سال ۱۹۸۲ صورت می‌گیرد. بیمه‌های درمان خصوصی در دهه ۹۰-۱۹۸۰ رشد مناسبی داشته است و بیش از ۱۰ درصد از جمعیت را تحت پوشش خود قرار داده است، این افراد از این طریق راه گریزی را برای صفوف انتظار طولانی در مورد خدمات درمانی غیراورژانسی پیدا کرده‌اند.

نظام NHS با تمام نقاط قوت آن، در سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ با اعتراضات مردمی انگلیس روبه‌رو شد و در سال ۱۹۷۹ با نخست‌وزیری «تاچر» بحران مالی نیز به آن اضافه شد. با کاهش بودجه به علت بالا رفتن قیمت نفت، تاچر تصمیم گرفت بخش خصوصی را نیز در کشور انگلستان گسترش دهد. بدین ترتیب تخت‌های خصوصی و بیمه‌های خصوصی در کنار نظام NHS به مردم معرفی شد. بخش خصوصی ابتدا گسترش چندانی نداشت ولی به مرور زمان جای خود را در نظام باز کرد و در حال حاضر نیز روز به روز در حال توسعه است. اقدام دیگر تاچر تفکیک وزارت بهداشت و درمان از خدمات اجتماعی^۱ بود که بدین ترتیب دو وزارتخانه مستقل تشکیل شد.

مهم‌ترین عنصر تصمیم‌گیری در برنامه‌ریزی در بخش بهداشت و درمان در کشور انگلستان مجلس است. کمیسیون‌های مجلس نیز نقش بارزی در بررسی فعالیت‌های جاری دولت دارند. پس از مجلس نقش نخست وزیر 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 سیاستگذاری در این کشور ایفا می‌کند. 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 ارایه می‌کنند. غیر از موارد فوق گروه‌های فشار خارج از وزارتخانه هم مهم تلقی می‌شوند، به نحوی که اغلب یک نوع مثلث مذاکره بین دولت، کارفرمایان و اتحادیه‌های کارگری و کارمندی تشکیل می‌شود. هیچ گروه فشاری فاقد تصمیم‌گیری نیست و در عین حال هیچ گروهی نقش یگانه نیز ندارد.

ساختار نظام بهداشت و درمان در کشور انگلستان در شکل (۱-۵) آورده شده است.

شکل ۵-۱ - ساختار نظام بهداشت و درمان انگلستان



سازمان‌ها و اداراتی که بیشترین نقش سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری را دارند به شرح زیر می‌باشند:

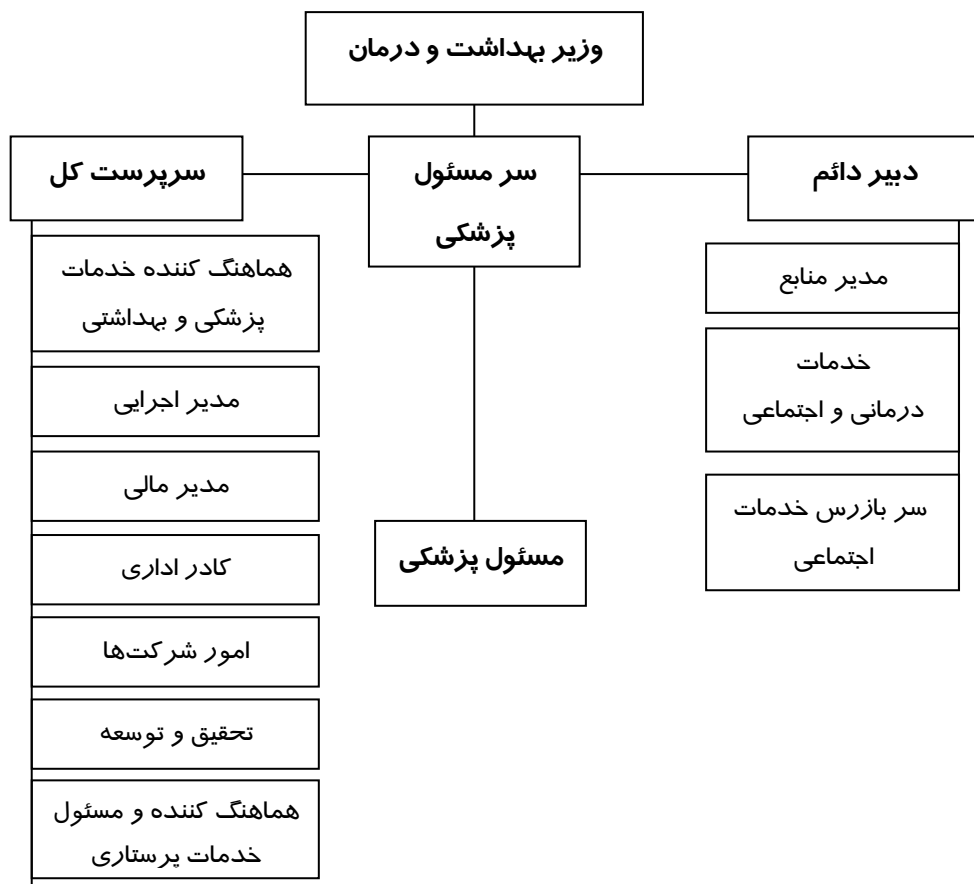
الف - وزارت بهداشت و درمان

در ساختار وزارت بهداشت و درمان همانطوریکه در شکل (۲-۵) ملاحظه می‌شود وزیر بهداشت و درمان مسئولیت کل اداره وزارتخانه خود را به عهده دارد. پس از او دبیر دایم مسئولیت بیشتری را به عهده دارد که او با مسئول ارشد پزشکی و سرپرست کل اداری همکاری نزدیک دارد. سرپرست کل اداری مسئول ارائه گزارش‌ها بوده و غالباً برای ادای توضیحات به مجلس فرا خوانده می‌شود. وی همچنین می‌کوشد که اهداف NHS را با اولویت‌های تعیین شده از سوی وزیر و معاونان او همسو کند. وزیر بهداشت و درمان مسئولیت خود را از طریق ادارات تابعه شامل ادارات منطقه‌ای، ناحیه‌ای و غیره اعمال می‌کند. همه این ادارات از استقلال نسبی برخوردار هستند.

مهمترین وظایف وزارتخانه شامل موارد زیر است:

- تعیین سیاست‌های عمومی و قانونگذاری در بخش بهداشت و درمان
- تخصیص بودجه به ادارات منطقه‌ای
- مذاکره در مورد حقوق و مزایای کارکنان بخش بهداشت و درمان
- مذاکره در مورد قیمت داروها براساس طرح تنظیم دارو
- تصویب تصمیمات مربوط به هزینه‌ها و درآمدها

شکل ۲-۵- نمودار سازمانی وزارت بهداشت و درمان



ب- ادارات منطقه‌ای^۱

در انگلستان ۸ منطقه وجود دارد. هر یک از ادارات شامل یک رییس، ۵ نفر مسئول سیاست‌گذاری و ۵ نفر مسئول اجرایی است. از مهمترین وظایف این ادارت می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- برنامه‌ریزی استراتژیک در بخش بهداشت و درمان
- نظارت بر فعالیت واحدهای درمانی
- تخصیص بودجه به ادارات ناحیه‌ای
- مدیریت برخی مراکز بهداشتی و درمانی

1- Regional health authorities

2- District health authorities

- عقد قرارداد با برخی از پزشکان
- تصمیم‌گیری در رابطه با میزان هزینه‌ها و درآمدها

ج- ادارات ناحیه‌ای^۱

۱۴۵ ناحیه در انگلیس انجام وظیفه می‌کنند که هر کدام جمعیتی بین ۱۰۰۰۰۰ تا ۸۰۰۰۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهند. همانند مناطق، هر ناحیه یک رییس (که توسط وزیر انتخاب می‌شود) ۵ عضو غیراجرایی و ۵ عضو اجرایی دارد. از مهمترین وظایف این ادارت می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بررسی نیازهای شهروندان خود،
 - مذاکره مستقیم با ارائه‌دهندگان خدمت،
 - همکاری نزدیک با مقامات محلی و اداره برخی بیمارستان‌ها،
 - مسئول پیاده کردن خط‌مشی‌های ملی و منطقه‌ای.
- بین ادارات منطقه‌ای و ناحیه‌ای تماس‌های مستقیم و غیرمستقیم فراوانی صورت می‌گیرد.

د- ادارات خدمات خانواده (FHS) ^۲

این ادارات در نوع جدید آن تنها پس از اصلاحات سال ۱۹۸۹ پدید آمدند و مسئولیت پرداخت و اداره ۴ حرفه پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و چشم پزشکی را به عهده گرفتند. اعضای حرفه فوق با سازمان ادارات خدمات خانواده به صورت قراردادی فعالیت می‌کنند. این اداره دارای ۵ عضو اجرایی و ۵ عضو غیر اجرایی که همگی توسط ادارات منطقه‌ای انتخاب می‌شوند است. وظایف این اداره به شرح زیر می‌باشد:

- عقد قرارداد با کلیه پزشکان (غیر از پزشکان متخصص بیمارستانی) و پرداخت به آن‌ها
- توزیع متناسب پزشکان عمومی در سطح کشور
- ارائه جزوات توضیحی به مردم جهت مطلع ساختن آنها از نوع خدمات پزشکان (پس از اصلاحات ۱۹۸۹)
- نظارت بر استانداردهای حرفه پزشکی
- بررسی نیازهای جامعه

هـ - بنیادهای NHS یا مراکز بیمارستانی خودگردان^۱

یکی از ثمرات مهم تغییرات سال ۱۹۸۹ اعطای اختیار کامل به برخی از بیمارستان‌ها بود که اصطلاحاً به این مراکز بنیاد^۲ گفته می‌شود. بنیادها به طور کامل از لحاظ مالی از سیستم درمانی جدا هستند ولی از لحاظ رعایت استانداردها و آرایه گزارشات تابع مقامات منطقه‌ای می‌باشند. بنیادها توسط هیات مدیره‌ای که مستقیماً توسط وزیر بهداشت و درمان نظارت می‌شود اداره می‌شوند و رییس هیات مدیره هم توسط شخص وزیر انتخاب می‌شود.

ز- ادارات ویژه درمان^۳

برخی مراکز خاص در انگلستان (شامل ۸ بیمارستان آموزشی، اداره خدمات خاص بیمارستانی) توسط ادارات ویژه‌ای کنترل می‌شود که مستقیماً در مقابل وزیر بهداشت و درمان مسئول می‌باشند. در دهه ۱۹۸۰ سه اصلاحات بزرگ در خدمات بهداشتی و درمانی بریتانیا رخ داد که عبارت بود از:

۱. اصلاحات در حق الزحمه پزشکان عمومی
۲. اصلاحات در سیستم مالی و سازماندهی
۳. اصلاحات در مراقبتهای بهداشتی

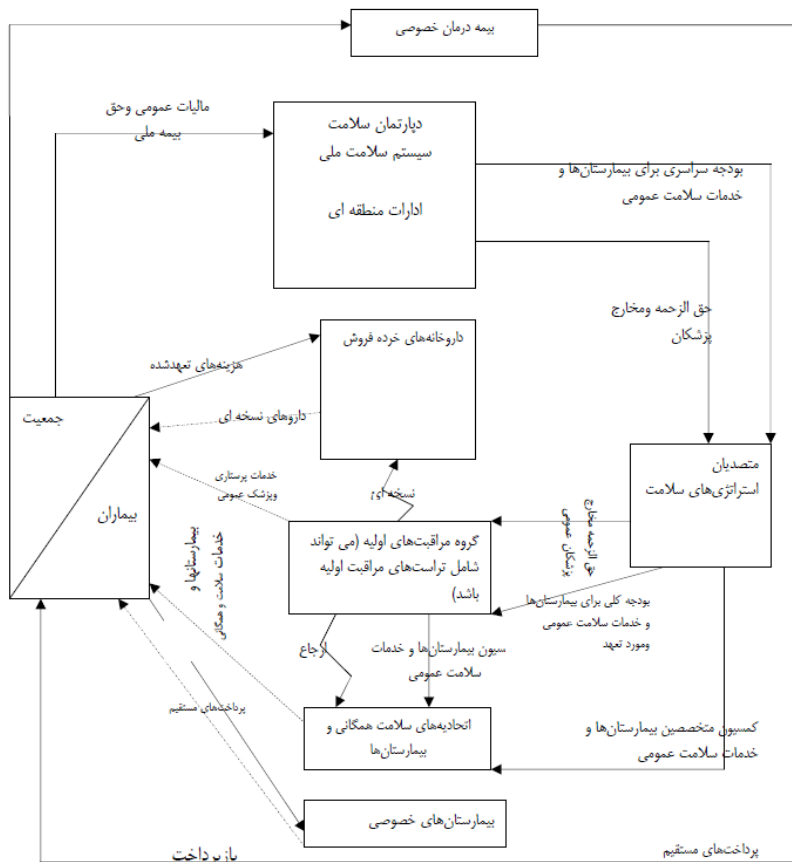
چهار نکته اساسی زیر را در این اصلاحات به چشم می‌خورد:

۱. پرداخت کنندگان ثالث باید از طریق بودجه کلی تأمین اعتبار می‌کردند که این خود بر مبنای اصول سرانه تنظیم می‌گردد.
۲. پرداخت کنندگان ثالث باید به صورت خریداران فعال عمل کنند.
۳. آرایه کنندگان خدمت باید در کار خود استقلال بیشتری داشته باشند و برای بودجه ثابت دولتی رقابت کنند.
۴. رابطه بین پرداخت کننده و خدمت دهنده باید بر اساس قرارداد تنظیم شود.

فصل پنجم: نظام سلامت در انگلستان ۱۱۷

یعنی گرچه دریافت کننده خدمت حق انتخاب بین پزشکان عمومی و پزشکان عمومی سهام دار و بیمارستان را داشته، اما در انتخاب مقامات بهداشتی شهرستان حق انتخاب را ندارند. گرچه به تلفیق قرارداد با بیمارستان‌ها، خواه و ناخواه انتخاب مصرف کننده از لحاظ پزشکان عمومی کاهش خواهد یافت بنابراین وظیفه مقامات شهرستان است که پیش از انعقاد قرارداد با پزشکان عمومی نظرات مشتریان را در نظر گرفته با آنان مشورت نماید.

شکل ۳-۵- نظام سلامت کشور انگلیس بعد از اصلاحات سال ۱۹۹۹



————▶ جریان مالی |▶ جریان خدمات | ———▶ جریان ارجاع

۳- نظام ارایه خدمات

مراقبت‌های سلامتی دولتی در انگلستان نیز از طریق سازمان NHS ارایه می‌شود. خدمات NHS شامل پزشکان عمومی، دندانپزشکان، اپتومتریست‌ها، خدمات بهداشتی اجتماعی قابل ارایه از طرف ویزیتورهای بهداشتی، خدمات سیار و خدمات تخصصی در بیمارستان‌های دولتی ارایه می‌شود. مراقبت‌های درمانی در انگلستان دارای سطوح چهارگانه زیر است:

- مراقبت‌های شخصی که در سطح خانواده اعمال می‌شود.
- مراقبت‌های اولیه حرفه‌ای که توسط پزشک خانواده برای یک محله ۲-۵ هزار نفری ارایه می‌شود.
- مراقبت‌های ثانویه متخصصین که توسط پزشکان متخصص در یک ناحیه از بیمارستان عمومی برای حدود ۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر ارایه می‌شود.
- سطح سوم مراقبت در یک منطقه کلی برای ۵ میلیون نفر توسط پزشکان فوق تخصص اعمال می‌شود.

در بررسی به عمل آمده در این سطوح مشخص شد که حدود ۳/۴ بیماری‌ها در سطح اولیه حل می‌شود، ۱/۴ دیگر بیماری‌ها به سطح دوم مراجعه کرده و از این تعداد تنها ۱۰٪ به بیمارستان‌های عمومی ناحیه‌ای ارجاع داده می‌شود.

خدمات پیشگیری اولیه و حفظ و ارتقا سلامت و سایر خدمات بهداشتی توسط وزارت سلامت ارایه می‌گردد. دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی از طریق واحدهای منطقه‌ای و ناحیه‌ای تأمین می‌شود و محوریت آن نظام ارجاع است. برای استفاده از نظام ملی سلامت باید با مراجعه به ادارات مربوطه فرم خاصی را تکمیل کرده و پس از دو هفته کارت پزشکی را دریافت نمود. حال فرد می‌تواند نسبت به انتخاب پزشک عمومی خود اقدام نماید. پس از آن، یعنی پس از تشکیل پرونده نزد یک پزشک کلیه مراجعات فرد بابت هر بیماری (به غیر از موارد اورژانس) به همان پزشک خواهد بود.

تا قبل از رفرم سال ۱۹۸۹ محدودیت‌های بسیاری برای تعویض پزشکان عمومی وجود داشت و شاید در سطح روستاها این امر غیرممکن بود ولی بعد از رفرم مذکور جهت افزایش رقابت، آزادی بیشتری به مصرف‌کنندگان اعطا شد. یعنی در حال حاضر فرد برای انتخاب و تغییر پزشک عمومی خود در سال حتی بدون ذکر دلیل مجاز است. پزشک عمومی در صورت نیاز او را به پزشک متخصص یا بیمارستان ارجاع می‌کند.

پزشکان عمومی معمولاً اولین سطح تماس بیماران بوده و به عنوان دروازه بان سلامت جهت ارجاع بیماران به دومین سطح خدمات درمانی، ایفای نقش می‌کنند. بیمارستان‌ها بصورت تراست‌های NHS سازماندهی می‌شوند که مستقیماً در برابر اداره بهداشت مسئول هستند. در سال‌های اخیر تراست‌ها به صورت تراست‌های نیمه خودمختار، عمومی و خودگردان اجازه فعالیت یافته‌اند. با اصلاحات صورت گرفته در حال حاضر ارایه خدمات به صورت مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد. به این معنی که در بیمارستان‌های دولتی به صورت مستقیم و در کلینیک‌های خصوصی و پزشکان طرف قرار داد به روش غیرمستقیم و خرید خدمت صورت می‌گیرد.

بسیاری از پزشکان عمومی و متخصص و نیز متخصصان رشته‌های پیراپزشکی در استخدام نظام بهداشت و درمان ملی هستند و یا با آن قرارداد همکاری دارند و تعداد معینی از افراد بیمه شده را تحت پوشش قرار می‌دهند و بر اساس تعداد بیماران به آنها پرداخت صورت می‌گیرد. هزینه پزشکان عمومی معمولاً بطور مستقیم توسط مراقبت اولیه^۱ (PCTs) و از طریق ترکیب روش‌های دستمزد و پرداخت به ازای خدمت (کارانه) تأمین می‌شود. ارایه‌دهندگان خدمات می‌توانند به دو صورت فردی یا گروهی قرار داد ببندند. یعنی به ازای هر مریض دریافت حق‌الزحمه نموده یا به صورت گروهی و سرانه قرارداد ببندند. اکثر پزشکان عمومی به صورت گروهی و در مراکز درمانی فعالیت می‌کنند و خدماتی از قبیل آموزش بهداشت، تنظیم خانواده و سایر مراقبت‌های بهداشتی را ارایه می‌دهند. در این مراکز پزشکان عمومی همراه منشی مطب، پرستاران (یک یا دو نفر)، ماماها و مددکاران اجتماعی یک تیم کاری را در محل طبابت خود تشکیل می‌دهند. در حال حاضر تمایل پزشکان عمومی به طبابت گروهی است که گاهی تعداد پزشکان در یک مطب به ۶ نفر نیز می‌رسد. پزشکان عمومی که خدمات خصوصی ارایه می‌دهند نرخ کارانه را خود تعیین کرده ولی معمولاً این نرخ کارانه در بخش دولتی جبران نمی‌شود.

همانطور که گفته شد مهمترین رکن نظام ارجاع در این کشور پزشکان عمومی^۲ هستند. برای بسیاری از مردم تنها راه تماس با NHS از طریق پزشکان عمومی ممکن می‌شود. بیماران تماس زیادی با پزشکان متخصص ندارند و تنها وسیله مراجعه به این دسته از پزشکان از طریق پزشکان

1- A primary care trust

2- General Practitioner

عمومی می‌باشد. پزشکان عمومی می‌توانند نسخه تجویز کنند و بیمار را به داروخانه ارجاع دهند. گرچه در برخی مناطق روستایی ارایه دارو نیز به عهده خود پزشک می‌باشد. پزشک همچنین می‌تواند بیمار را به بیمارستان برای انجام آزمایشات ویژه و یا پزشک متخصص ارجاع دهد.

بیمارستان‌ها در انگلستان به صورت تراست‌های NHS سازماندهی می‌شوند که مستقیماً در برابر اداره بهداشت مسئول هستند. در سال‌های اخیر بنیادهای تراست‌ها ایجاد شده‌اند. به صورت تراست‌های نیمه خودمختار، عمومی و خودگردان. هر دو دارای قرارداد با PCTs برای ارایه خدمات به افراد محلی هستند. وجوه عمومی همیشه برای خرید مقداری خدمت (مراقبتی) از بخش خصوصی به کار رفته است اما از سال ۲۰۰۳ بعضی از جراحی‌های انتخابی معمول برای بیماران NHS پیش بینی شده است. از طرف مراکز معالجاتی با هدف خاص که توسط تأمین کنندگان بخش خصوصی مالکیت و اداره می‌شوند. مشاوران (متخصصین) عمداً در بیمارستان‌های NHS کار می‌کنند اما ممکن است با معالجه بیماران خصوصی حقوق آنها اضافه گردد.

پزشکان متخصص معمولاً مسئولیت بخشی از بیمارستان را برعهده دارند. این دسته از پزشکان حق طبابت خصوصی را نیز در محل کار خود دارا می‌باشند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که گاهی بیماران هفته‌ها و ماهها در لیست انتظار مراجعه به بیمارستان باقی می‌مانند (به جز موارد اورژانس). پزشک متخصص ممکن است بیمار را به پزشک عمومی ارجاع دهد و یا از بیمار بخواهد که ویزیت سرپایی دیگری را انجام دهد که در موارد غیر اورژانس بیمار در لیست انتظار قرار می‌گیرد. متخصص همچنین می‌تواند بیمار را به تأمین اجتماعی که با بیمارستان در ارتباط است ارجاع دهد تا بیمار از مزایای پرستاری در منزل یا سایر مراقبت‌های خاص بهره‌مند گردد. در صورتی که نیاز به خدمات تخصصی‌تر و پیچیده‌تری باشد بیمار به مراکز تخصصی که عمداً بیمارستان‌های آموزشی هستند ارجاع داده می‌شود.

۱-۳. نقش دولت در سازماندهی نظام ارایه خدمات

مسئولیت قانون گذاری و موضوعات مربوط به خط مشی عمومی بر عهده پارلمان است. NHS توسط مدیر NHS و اداره بهداشت اداره می‌شوند و بطور محلی از طریق مجموعه‌ای از قراردادها بین کمیساری‌های مراقبت خدمات بهداشتی (PCTs)^۱ و تأمین کنندگان (مراقبت‌های بیمارستانی

1- primary care trusts

پزشکان عمومی و تأمین کنندگان مستقل) تأمین می‌گردد. PCTs حدود ۸۵٪ بودجه NHS را کنترل می‌کنند (که براساس فرم خطرپذیری، مالیات سرشماری) اختصاص یافته است و مسئول اطمینان بخشی به انجام خدمات اولیه و جمعی برای جمعیت محلی است. جهت بهبود خط مشی‌های اخیر اقداماتی شامل معرفی حق انتخاب بیمارستان توسط بیمار و حرکت به سمت جبران هزینه بیمارستان‌ها که از یک گروه مربوط به تشخیص بیماری استفاده می‌کنند انجام شده است.

۲-۳. نقش بخش خصوصی

در دهه ۱۹۷۰ بخش خدمات خصوصی شروع به رشد و گسترش کرد که ۲ عامل در آن دخیل بود: اول بالا رفتن قدرت خرید مردم که عامل مؤثر ولی کوتاه مدت در جلب مشتریان بخش خصوصی بود و دوم تفکیک بعضی بخش‌ها و تخت‌های بیمارستانی توسط حزب کارگر تحت عنوان تخت‌های غیرمجانمی. پس از سال ۱۹۷۰ بخش خصوصی رشد و توسعه خود را در پیش گرفت و پس از اصلاحات ۱۹۸۹ گسترش آن تشدید شد به طوری که در سال ۱۹۹۳، ۵۲ بیمارستان از تخت خصوصی بهره‌مند شدند و شمار تخت‌های خصوصی در این بیمارستان‌ها به ۱۰۶۰ عدد رسید.

گرچه بخش خصوصی از نظام مالی مجزایی برخوردار است، لیکن عمدتاً در درون سیستم ارجاع، فعالیت می‌کند.

پس از اینکه بیمار با پزشک عمومی خود تماس گرفت و به پزشک متخصص معرفی شد، پزشک متخصص یا او را به مرکز خصوصی معرفی می‌کند و یا در بخش تخت‌های خصوصی بیمارستان خود بستری می‌کند که در هر دو حالت پس از انجام مراقبت‌ها بیمار بار دیگر به پزشک عمومی عودت داده می‌شود. هزینه مالی بیمار نیز مستقیماً توسط شرکت‌های بیمه خصوصی به خود وی پرداخت می‌شود. بخش خصوصی که در حال حاضر نیز در انگلستان رو به گسترش است نقش مهمی در کاهش تعداد بیماران در لیست انتظار دارد.

در کشورهایی با یک سیستم تأمین اعتبار دولتی غالب نظیر انگلستان، بیمه سلامت خصوصی حجم کمی از جمعیت را پوشش می‌دهد. بیمه‌های مکمل هزینه‌ای جبران هزینه‌هایی که تحت پوشش بیمه پایه نیستند و جبران هزینه‌هایی که به وسیله بیمه‌شدگان به عنوان کسورات پرداخت

شده است را به عهده دارند. بیمه‌های مکمل خدمتی نیز خدماتی که تحت پوشش بیمه‌های دولتی نیست را به عهده دارند.

پوشش‌های بیمه درمان خصوصی در انگلستان در قالب برنامه‌های جبران هزینه‌های پزشکی با سقف هزینه‌ای مشخص و برنامه‌های پوشش کامل خدمات پزشکی در دسترس است. حق بازنگری و تجدید نظر در قرارداد با بیمه شده است، اگرچه بیمه‌گر نیز حق مداخله در مدت قرارداد و حق بیمه را دارد. در حقیقت در انگلستان، بیمه‌های درمان خصوصی راهی برای "کمتر کردن مدت انتظار برای دریافت خدمات دولتی"، "آزادی انتخاب متخصصین" و "کیفیت بهتر" خدمات محسوب می‌شوند.

هم اکنون ۲۰ درصد جراحی‌های انتخاب شده توسط بیمار به صورت 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 NHS بوده است به عنوان مثال دو سوم درآمدی که در حرفه چشم‌پزشکی حاصل می‌شود از جیب مشتری به دست آمده است و البته این در حالی است که در برخی موارد سهم بخش خصوصی بسیار ناچیز است به عنوان مثال 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. هم اکنون در شهرهای بزرگ رقابت شدیدی بین این گونه بیمارستان‌ها جهت جذب مشتری وجود دارد.

هم اکنون بخش خصوصی با مراکز سالمندان و پرستاری ارتباط نزدیکی دارد و دو سوم مراکز ویژه‌ای که از افراد مسن و یا ناتوان فیزیکی مراقبت می‌کنند توسط مراکز خصوصی اداره می‌شوند.

با گسترش بخش خصوصی شرکت‌های بیمه خصوصی نیز گسترش یافته‌اند. چند شرکت مهم بیمه سلامت خصوصی در انگلستان فعالیت می‌نمایند که مردم می‌توانند خود را توسط آنها برای تأمین خدمات درمانی در انگلستان یا حتی به صورت بین‌المللی بیمه نمایند. حق بیمه‌ها یا به صورت فردی پرداخت می‌شود یا توسط مؤسسات و به صورت گروهی عقد قرارداد می‌گردد.

فصل پنجم: نظام سلامت در انگلستان ۱۲۳

اصطلاح بیمه درمان خصوصی شامل مجموعه‌ای از بسته‌های مختلف مزایای بیمه‌ای است که هر یک نیاز خاصی را برآورده می‌سازد. بیمه‌های درمان خصوصی علاوه بر پرداخت هزینه‌های پزشکی، ضررهای درآمدی ناشی از کارافتادگی را نیز پرداخت می‌کند.

بیمه‌های انفرادی حوادث، در صورت بروز بیماری و ناتوانی کوتاه مدت ضررهای درآمدی را پوشش می‌دهند و پوشش‌های بیمه‌ای بیماری‌های خطرناک هزینه‌های تشخیص برخی از بیماری‌های وخیم را به طور یکجا می‌پردازند. «بیمه درمان خصوصی هزینه‌های بیمارستانی» نیز سهم پرداختی بیمه شده در بیمه‌های اجتماعی (فرانشیز) و هزینه‌های بیمارستانی که تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی نیست را پوشش می‌دهد.

تقریباً ۱۲ درصد افراد بیمه خصوصی درمان را برای تکمیل پوشش بیمه اجتماعی یا به عنوان پوشش جایگزینی در کنار مزایای اجتماعی - صرف‌نظر از مزایای موجود در سیستم طب ملی - خریداری می‌کنند. این بیمه، هزینه‌های درمان‌های تخصصی و جراحی‌های حاد را نیز پوشش می‌دهد و ممکن است مزایای دیگری نظیر هزینه‌های درمان اعتیاد به الکل یا درمان بیماری‌های روانی را نیز تحت پوشش داشته باشد. افراد علاوه بر بیمه درمان خصوصی، سهم هزینه مربوط به سیستم طب ملی را از محل مالیات‌های عمومی و حق بیمه‌های اجتماعی پرداخت می‌کنند. حق بیمه‌های پرداختی توسط افراد، در میزان مالیات تاثیر داده نمی‌شود. از این رو، این قبیل افراد در قبال مشارکت در مراقبت‌های بهداشتی عملاً حق بیمه مضاعف پرداخت می‌کنند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

انگلستان نظام بیمه‌ای با تعاریف مربوط به آن را ندارد ولی عملاً نظام ملی سلامت به نوعی جایگزین بیمه سلامت بوده و یا نوعی بیمه دولتی تلقی می‌شود که به طور عمده جایگاه تأمین منابع مالی را به عهده دارد. از نظر سازمانی زیر نظر وزیر بهداشت و وزارت مربوط نبوده و مستقل است و در امور پزشکی و تعیین شاخص با استانداردها و مسائل حرفه‌ای پزشکی دخالتی ندارد.

حدود ۵۰ میلیارد پوند در سال صرف ارایه خدمات NHS می‌گردد. ۸۵٪ از این هزینه از طریق عایدات مالیاتی دولتی تأمین می‌گردد، ۱۳٪ از طریق حق سرانه‌های بیمه ملی که توسط کارفرماها، کارمندان و یا به طور خویش فرما پرداخت می‌گردد و ۲٪ مابقی از طریق پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران تأمین می‌شود. خدمات جامع معمولاً در زمان استفاده رایگان می‌باشد.

با در نظر گرفتن اصلاحات سال ۸۹، منابع مالی این نظام از محل‌های زیر تأمین می‌شود:

- **مالیات عمومی:** ۸۰٪ هزینه‌های نظام سلامت ملی از محل مالیات عمومی و به وسیله دولت تأمین می‌شود.

- **حق بیمه‌های اجتماعی:** در نظام سلامت ملی از بیمه‌شدگان، حق بیمه دریافت نمی‌شود. اما حدود ۱۵٪ از حق بیمه‌های جمع‌آوری شده در نظام تأمین اجتماعی انگلیس در اختیار نظام سلامت ملی قرار می‌گیرد. حق بیمه در نظام بیمه اجتماعی بر مبنای درآمد تعیین می‌شود و متناسب با سطح درآمد افراد و نیز وضع شغلی آنها، نرخ حق بیمه متفاوت است.

۱-۴. مشارکت در پرداخت هزینه‌ها

در نظام سلامت ملی، خدمات ارائه شده عموماً رایگان است و فرانشیز سهم بسیار اندکی از منابع مالی را به خود اختصاص می‌دهد. افراد (بیماران) هزینه برخی از خدمات را به صورت مستقیم از جیب پرداخت می‌کنند بیشتر در بخش دارویی، دندانپزشکی و چشم‌پزشکی ایجاد می‌شود هر چه معافیت‌های گسترده‌ای از جهت پرداخت برای برخی گروه‌های مثل زنان باردار، کودکان، سالمندان و بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن وجود دارد. در بخش خصوصی بیش از ۹۰٪ هزینه‌های درمانی به صورت پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌گردد.

۲-۴. بیمه درمانی خصوصی

ترکیبی از بیمه‌گران انتفاعی و غیرانتفاعی، بیمه درمانی خصوصی مازاد را تأمین می‌کنند. بیمه خصوصی در مواردی نظیر حق انتخاب متخصص، اجتناب از بروز اختلال در اعمال جراحی الکتیو و سطح بالاتری از استانداردها و وجود راحتی و حریم خصوصی نسبت به NHS برتری دارد. این بیمه، ۱۲٪ از جمعیت گستره ایالات سلطنتی و ۱٪ از هزینه‌های سلامت را پوشش می‌دهد.

خدماتی که از پوشش بیمه خصوصی خارج می‌شود

شرایطی که از قبل موجود بوده، سرویس‌های پزشکی عمومی، پذیرش اورژانس و تصادفی، بیماری‌های مزمن مثل دیابت، MS و آسم، درمان اعتیاد، بیماری‌های خود ایمنی، حاملگی نرمال، جراحی‌های زیبایی، درمان‌های پیشگیری، دیالیز، کمک‌های حرکتی، پیوند اعضا، داروها و درمان‌های تجربی

۵- پوشش خدمات

پوشش کامل جمعیت در نظام بهداشت و درمان ملی با تکیه بر این اصل که «بهداشت و درمان حقی همگانی است» مهمترین نقطه قوت نظام بهداشت و درمان ملی در انگلیس است. کلیه ساکنین انگلستان تحت پوشش هستند. پوشش جمعیت در نظام سلامت ملی، همگانی و اجباری است مبنای بهره‌مندی افراد نیاز آنان است و پرداخت یا عدم پرداخت حق بیمه، تاثیری در این مورد ندارد. همچنین در زمینه استفاده از خدمات نظام سلامت ملی، تفاوتی بین افراد از نظر وضع شغلی و درآمد وجود ندارد. اما این تفاوت در نظام تأمین اجتماعی لحاظ شده است. در نظام تأمین اجتماعی همه افراد عضویت دارند و به طور اجباری باید حق بیمه بپردازند، اما سهم مشارکت آنان متناسب با وضع شغلی و سطح درآمد متفاوت است.

نظام خدمات بهداشتی و درمانی ملی^۱ که تأمین مالی آن از منابع عمومی است، خدمات پیشگیری، سرپایی و بستری، مراقبت‌های تخصصی بیمارستانی، خدمات پزشکان عمومی، داروهای بیماران بستری و سرپایی، مراقبت‌های دهان و دندان، مراقبت بهداشت روان، ناتوانی و توانبخشی را پوشش می‌دهد.

فصل هشتم: نظام سلامت در ترکیه

۱- کلیات

ترکیه با نام رسمی جمهوری ترکیه، کشوری اورآسیایی است که بخش بزرگ کشور یعنی آناتولی یا آسیای کوچک در جنوب باختر آسیا و خاورمیانه واقع است و بخش کوچکی نیز به نام تراکیه در منطقه بالکان (منطقه‌ای در جنوب خاور اروپا) قرار دارد.

پهناوری ترکیه، ۶۵۲،۷۸۳ کیلومتر مربع است. ترکیه کشوری کوهستانی و پرباران است. شکل جغرافیایی این کشور مانند یک مستطیل است که از سوی خاور و باختر امتداد یافته است. ترکیه با قرار گرفتن در یکی از حساس‌ترین مناطق جهان، دارای موقعیت جغرافیایی راهبردی و بسیار خوبی می‌باشد و در واقع گذرگاه جنوب باختر آسیا و اروپا به حساب می‌آید.

در کل، این کشور با رشته کوه‌های آناتولی محصور شده است. آب و هوای ترکیه مدیترانه‌ای است اما در عین حال، تنوع آب و هوایی دارد. در بخش‌های غربی و جنوبی این کشور، تابستان‌ها بسیار گرم و زمستان‌ها ملایم می‌باشند بخش شمالی این کشور زمستانها و تابستانهایی ملایم دارد. ترکیه حدود ۷۶ میلیون نفر جمعیت دارد. در ترکیه حدود ۷۵ درصد مردم ترک و ۲۰ درصد نیز کرد هستند که بیشتر در جنوب خاور کشور زندگی می‌کنند. کشور ترکیه ۸۱ استان دارد که هر کدام از آنها به چندین بخش تقسیم شده‌اند.

اقتصاد ترکیه، ترکیبی از صنایع بومی و مدرن است که روز به روز بر دامنه اش افزوده می‌شود. تولیدات کشاورزی ترکیه در جهان صاحب جایگاه است.

بخش خصوصی اقتصاد ترکیه نیز قوی و به سرعت در حال رشد است و نقش مهمی در بانکداری، حمل و نقل و ارتباطات دارد.

۱۲۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

جدول ۱-۶- شاخص‌های کلان سلامت ترکیه

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۷۶	۷۳	۷۸	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۱۲	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۱۵	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۱/۳			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۹۱			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۱۷/۱			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۶- شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۹۹۱۷۸۷	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۱۳۴۸۶	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۱	درصد	۸/۱	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۷۴/۸	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۲۵/۲	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۱۲/۸	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶
۲۰۱۰	دلار	۶۶۸	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۰۳۹	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۵۰۰	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۷۷۷	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

نظام کنونی سلامت در ترکیه نتیجه توسعه‌های سال‌های گذشته بوده و محصول یک فرایند برنامه‌ریزی منطقی نمی‌باشد. در نتیجه نهادهای تصمیم‌گیری و اجرایی در شکل، ساختار و اهداف و دستاوردهایشان متفاوتند. مراقبت‌های سلامت توسط سازمان‌های دولتی، نیمه دولتی، خصوصی و بشر دوستانه فراهم می‌شود؛ اما ارتباط میان این سازمان‌ها سازماندهی نشده است.

گرچه فعالیت‌های سازمان یافته در نظام منسجم بهداشتی و درمانی عمدتاً پس از تشکیل جمهوری ترکیه پدید آمد ولی به هر حال پیش از آن نیز اقدامات عمده‌ای جهت ترقی سلامت عمومی مردم صورت گرفته بود. از جمله این اقدامات تشکیل شوراهای سلامت در سال ۱۸۳۱ بود که عمده فعالیت آن مربوط به مبارزه با بیماری‌های واگیر دار از قبیل آبله بود. در سال ۱۹۱۲ یک بخش ویژه دولتی زیر نظر وزارت امور داخلی مسئول خدمات بهداشتی و درمانی کشور شد.

کنترل بیماری‌های عفونی از قبیل سیفلیس، مالاریا، تراخم در اوائل قرن بیستم از مهمترین برنامه‌های دولت بود. وزارت بهداشت و درمان بطور مستقل در سال ۱۹۲۰ تأسیس شد که از اولین اقدامات این وزارتخانه تاکید بر پیشگیری در مقابل درمان بود. در ۵ سال اول تشکیل حکومت جمهوری در ترکیه ساختار یکپارچه و منسجمی جهت ارائه عادلانه خدمات بهداشتی و درمان وجود نداشت. ولی به مرور زمان اقدامات مفیدی در این رابطه انجام شد. تأسیس مدرسه

بهداشت عمومی^۱ قدم مؤثری جهت آموزش کارکنان بخش بهداشت و درمان به شمار می‌رفت. در سال ۱۹۴۵ سازمان تأمین اجتماعی به منظور ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه جهت بازنشستگان، معلولان و کارگران تأسیس شد که پس از آن به سرعت گسترش پیدا کرد. در سال ۱۹۶۰ قانونی تحت عنوان «قانون سلامت پایه^۲» در مجلس این کشور تصویب شد. از جمله اهداف این قانون اجتماعی کردن و یا مردمی کردن ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بود که این امر رایگان کردن خدمات به کمک یارانه‌ها و اعتبارات دولت ممکن می‌شد. تشکیلات خدمات بهداشتی و درمانی در ترکیه زیر مجموعه‌ای از وزارت سلامت این کشور است که توسط وزارت کار و تأمین اجتماعی، دانشگاه‌ها، وزارت دفاع، ارائه می‌شود. دهه ۶۰ شاهد پیشرفت‌های بسیار مهمی در سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی کشور ترکیه بود؛ چراکه در این دوره قانون ملی کردن ارائه مراقبت‌های بهداشتی در کنار قانون برنامه‌ریزی برای جمعیت تغییرات زیادی را ارائه داد. طبق این طرح‌ها خدمات مراقبت‌های بهداشتی باید بطور یکسان ارائه شود و این خدمات باید به طور مستمر و هماهنگ با نیازهای جمعیتی باشد. در مقایسه با سیاست‌های بهداشتی در سالهای نخستین این جمهوری، هدف سیاست‌های این دوره یکپارچه کردن خدمات بهداشتی در یک ساختار افقی می‌باشد.

اجزای اصلی اصلاحات نظام سلامت ترکیه در دهه ۱۹۹۰ عبارتست از:

- برقراری بیمه سلامت عمومی با گردهم آوردن مؤسسات بیمه تأمین اجتماعی در زیر یک چتر واحد؛
 - توسعه خدمات سلامت اولیه در چارچوب پزشکی خانواده؛
 - تغییر در بیمارستان‌ها به سمت خودگردانی آن‌ها؛
 - تدوین ساختار جدید وزارت بهداشت کشور به عنوان مرجع برنامه‌ریزی و نظارت بر اولویت‌های خدمات پیشگیری در سلامت؛
- در این مقطع یعنی در دهه ۱۹۹۰ این مباحث به صورت تنوریک مورد مطالعه قرار گرفت ولی به شایستگی به اجرا در نیامد.

فصل ششم: نظام سلامت در ترکیه ۱۳۱

با وقوع انتخابات ۳ نوامبر ۲۰۰۲ در برنامه اقدام فوری که در همان ماه تدوین و ابلاغ گردید اهداف کلیدی ذیل در نظر گرفته شد:

- ۱- بازطراحی ساختار اجرایی و عملکردی وزارت بهداشت؛
- ۲- تحت پوشش یک بیمه سلامت عمومی قرار دادن همه شهروندان ترکیه؛
- ۳- همه مؤسسات بیمه سلامت را زیر یک چتر واحد بردن؛
- ۴- همه بیمارستان‌ها از نظر اجرایی و مالی خودگردان شوند؛
- ۵- آغاز پیاده‌سازی پزشکی خانواده؛
- ۶- اهمیت ویژه قائل شدن به مراقبت‌های مادر و کودک؛
- ۷- عمومیت بخشیدن به پزشکی پیشگیری؛
- ۸- تشویق بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت؛
- ۹- در تمام مؤسسات دولتی پایین آوردن کانون‌های قدرت و اختیار به پایین‌ترین پله؛
- ۱۰- ریشه‌کنی فقدان یا کمبود منابع انسانی سلامت در هر یک مناطقی که در اولویت توسعه قرار می‌گیرند؛
- ۱۱- واقعی سازی تغییرات الکترونیک در حوزه سلامت.

درست بعد از تعیین محورهای برنامه اقدام فوری، طرح تغییر در سلامت^۱ تدوین و توسط وزیر بهداشت اعلام عمومی شد. این طرح تغییر در چارچوبی متشکل از هشت موضوع ذیل طرح گردید:

- ۱- وزارت بهداشت به عنوان برنامه‌ریز و مسئول رسیدگی و ممیزی؛
- ۲- تحت پوشش یک بیمه سلامت عمومی قرار گرفتن همگانی؛
- ۳- خدمات سلامت به صورت گسترده و آسان در دسترس همه قرار گیرد؛
- تقویت مراقبت‌های سلامت اولیه و پزشکی خانواده؛
- زنجیره ارجاع کارآمد و مؤثر؛
- تسهیلات سلامت از نظر اجرایی و مالی خودگردان شوند؛
- ۴- نیروی انسانی با اطلاعات و مهارت کافی و انگیزه بالا در همه عرصه‌های سلامت؛
- ۵- مؤسسات علمی و آموزشی نظام سلامت را حمایت کنند؛

۱۳۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- ۶- کیفیت و اعتبارسنجی برای خدمات سلامت کارآمد و کیفی؛
 ۷- تعیین ساختار نهادی در مدیریت منطقی پزشکی و ارایه کنندگان خدمات؛
 ۸- دستیابی به اطلاعات اثربخش در فرایند تصمیم‌گیری.

نهمین برنامه توسعه ترکیه در سال ۲۰۰۶ بر طبق اهداف طرح تغییر در سلامت تدوین شده است و در صدد است دسترسی به خدمات سلامت را تسهیل کند، کیفیت خدمات را ارتقا دهد، نقش وزارت بهداشت را در برنامه‌ریزی و نظارت تقویت کند، سیستم‌های اطلاعات سلامت را توسعه دهد، استفاده منطقی از دارو را فراهم آورد و یک سیستم بیمه سلامت عمومی^۱ را ایجاد کند. به این ترتیب برنامه تغییر در سلامت که در چنین محدوده‌ای تدوین شده است در واقع بخشی از سیاست‌های ملی در ترکیه محسوب می‌شود. سیاست‌های سلامت در ترکیه از گذشته تا کنون در جدول ۳-۶ آورده شده است.

جدول ۳-۶: سیاست‌های سلامت در ترکیه از گذشته تا کنون

دوره زمانی اجرای سیاست	توضیحات
۱۹۲۳-۱۹۲۰	دوره ساختاربندی تشکیلات پس از جنگ
۱۹۴۶-۱۹۲۳	دوره سازماندهی عمودی ^۲ که در آن قانون اساسی تهیه شد. (دکتر رفیق سیدام)
۱۹۶۰-۱۹۴۶	دوره‌ای که در آن تعداد مؤسسات افزایش یافت، سیستم مدیریت مرکزی معرفی شد و قوانینی درباره طب وضع گردید. (دکتر بهجت)
۱۹۸۰-۱۹۶۰	دوره ساختارسازی که در آن خانه‌های سلامت، مراکز مراقبت سلامت، بیمارستان‌های استانی و منطقه‌ای تأسیس شدند (اجتماعی سازی).
۲۰۰۲-۱۹۸۰	دوره‌ای که در آن مطالعات اصلاحات نظری انجام شد.
۲۰۱۱-۲۰۰۳	دوره "برنامه تحول نظام سلامت در ترکیه"

تأمین مالی مراقبت‌های سلامت توسط دولت (از طریق وزارت دارایی)، مؤسسات تأمین اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی بازرگانان، پیشه‌وران، خود اشتغالان، صندوق بازنشستگان دولتی و پرداخت‌های مستقیم مردم انجام می‌گردد.

فصل ششم: نظام سلامت در ترکیه ۱۳۳

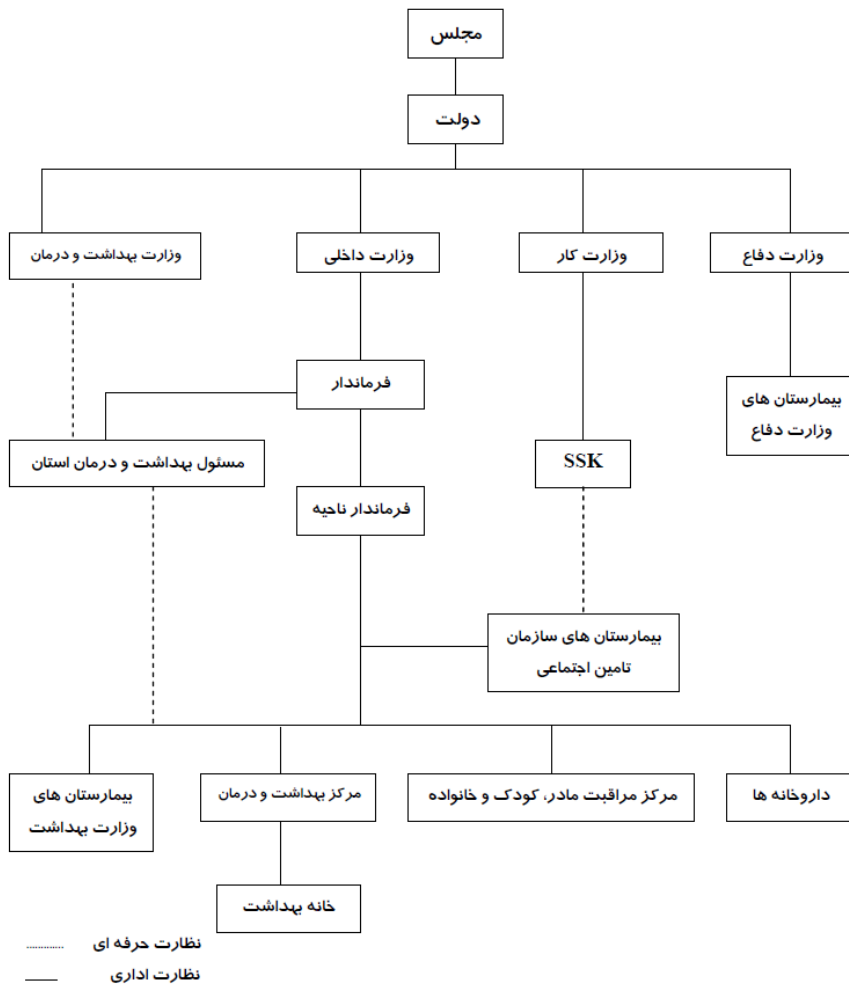
جدول زیر نقش نهادهایی که بطور مستقیم یا غیر مستقیم در نظام سلامت کشور ترکیه دخیل هستند را براساس موضوع فعالیت نشان می دهد.

جدول ۴-۶. نهادهای نقش آفرین در نظام سلامت

نهاد	نقش
مجلس ملی	سیاست گذاری
سازمان برنامه ریزی کشور	
وزارت سلامت	
انجمن تحصیلات تکمیلی	اختیارات اجرایی
وزارت سلامت	
ادارات استانی سلامت	ارایه خدمات: عمومی
وزارت سلامت	
سازمان بیمه اجتماعی	
بیمارستان های دانشگاهی	
وزارت دفاع	ارایه خدمات: خصوصی
بیمارستان های خصوصی	
متخصصان خصوصی	
مراکز تشخیصی و پلی کلینیک های سرپایی	
مراکز تشخیصی و آزمایشگاهی	ارایه خدمات: بشر دوستانه
هلال احمر	
مؤسسات خیریه	
وزارت دارایی	تامین مالی
سازمان بیمه اجتماعی	
شرکت های بیمه خصوصی	
آژانس های بین المللی	

نمودار شماره ۱-۶ نهادهایی را معرفی می کند که بطور مستقیم یا غیرمستقیم در نظام سلامت نقش آفرین هستند.

نمودار شماره ۱-۶ نهادهای نقش آفرین در نظام سلامت



سیاست گذاری سلامت در ترکیه به صورت موازی و چند پاره بوده و بطور نامناسبی میان ذینفعان مختلف توزیع شده است. کل مسئولیت برنامه ریزی، هماهنگی، پشتیبانی های مالی و توسعه مؤسسات سلامت برای فراهم کردن خدمات عادلانه و با کیفیت بالای سلامت بین وزارتخانه های سلامت، دفاع و کمیسیون های مجلس ملی و دیگران تقسیم شده است.

فصل ششم: نظام سلامت در ترکیه ۱۳۵

مجلس ملی، نهاد نهایی قانون گذار در بخش مراقبت‌های سلامت همچون جنبه‌های دیگر سیاست‌های دولتی می‌باشد. این نهاد مسئول تصویب برنامه‌های پنج ساله توسعه است که توسط سازمان برنامه‌ریزی کشور به آن تحویل داده می‌شود و گزارشات آن مستقیماً به دفتر نخست وزیر ارسال می‌گردد.

سازمان برنامه‌ریزی کشور دو نقش برنامه‌ریزی جدا از هم را عهده دار است. این نهاد مسئول برنامه‌ریزی استراتژیک بوده که بصورت برنامه‌های توسعه ۵ ساله آماده می‌شود و همچنین مسئول ارزیابی و برنامه‌ریزی سرمایه گذاری بوده و باید با هر سرمایه گذاری جدیدی در بخش مراقبت سلامت موافقت نماید. میان نقش‌های استراتژیک و سرمایه گذاری در سازمان برنامه‌ریزی کشور هماهنگی کمی وجود دارد که تا حدودی بدلیل فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک نامناسب می‌باشد. با توجه به این که اهداف سیاست‌ها با جزئیات کافی و به شیوه‌ای نظام مند تعیین نشده‌اند، نمی‌توانند چارچوب مناسب و کاملاً تعریف شده‌ای را برای برنامه‌ریزی سرمایه گذاری فراهم کنند.

فرآیند برنامه‌ریزی سرمایه گذاری بطور شفاف و با جزئیات بیشتری ایجاد شده و تاثیر سازمان برنامه‌ریزی کشور در این حوزه قوی‌تر می‌باشد؛ بطوری که قدرت و تو کردن سرمایه گذاری مالی را برای تأمین کنندگان قانونی خدمات سلامت دارا می‌باشد.

اگر چه وزارت سلامت، مسئولیت‌هایی در تدوین اهداف سیاستی بخش سلامت یا برنامه‌ریزی برای تحویل مراقبت‌های سلامت را بر عهده دارد؛ ولی اساساً وظیفه ارایه خدمات سلامت که در سایه حمایت‌های آن فراهم می‌گردد، از طریق بیمارستان‌ها و دیگر تسهیلات انجام می‌شود. زمان تصویب بودجه سلامت توسط دولت، وزارت سلامت، منابع را برای مخارج و سرمایه گذاری‌ها تخصیص می‌دهد. واحد تحقیقات، برنامه‌ریزی و هماهنگی در وزارت سلامت، مسئولیت هماهنگی تخصیص بودجه و نظارت بر اجرای برنامه‌های پنج ساله را بر عهده دارد.

اگر چه شورای آموزش عالی، مسئول بیمارستان‌های دانشگاهی است، اما سهمی در تدوین سیاست‌های سلامت که توسط سازمان برنامه‌ریزی کشور و وزارت سلامت در طی فرایند برنامه‌ریزی انجام می‌شود، ندارد. هر بیمارستان دانشگاهی یک سازمان مستقل است و در حیطه اختیارات قانونی هیچ مرجع برنامه‌ریزی مرکزی قرار نمی‌گیرد. بیمارستان‌های شخصی در چرخه

برنامه‌ریزی اهداف استراتژیک، در نظر گرفته نمی‌شوند و اقدامات کوتاه مدت آنها پایش و تنظیم می‌شود.

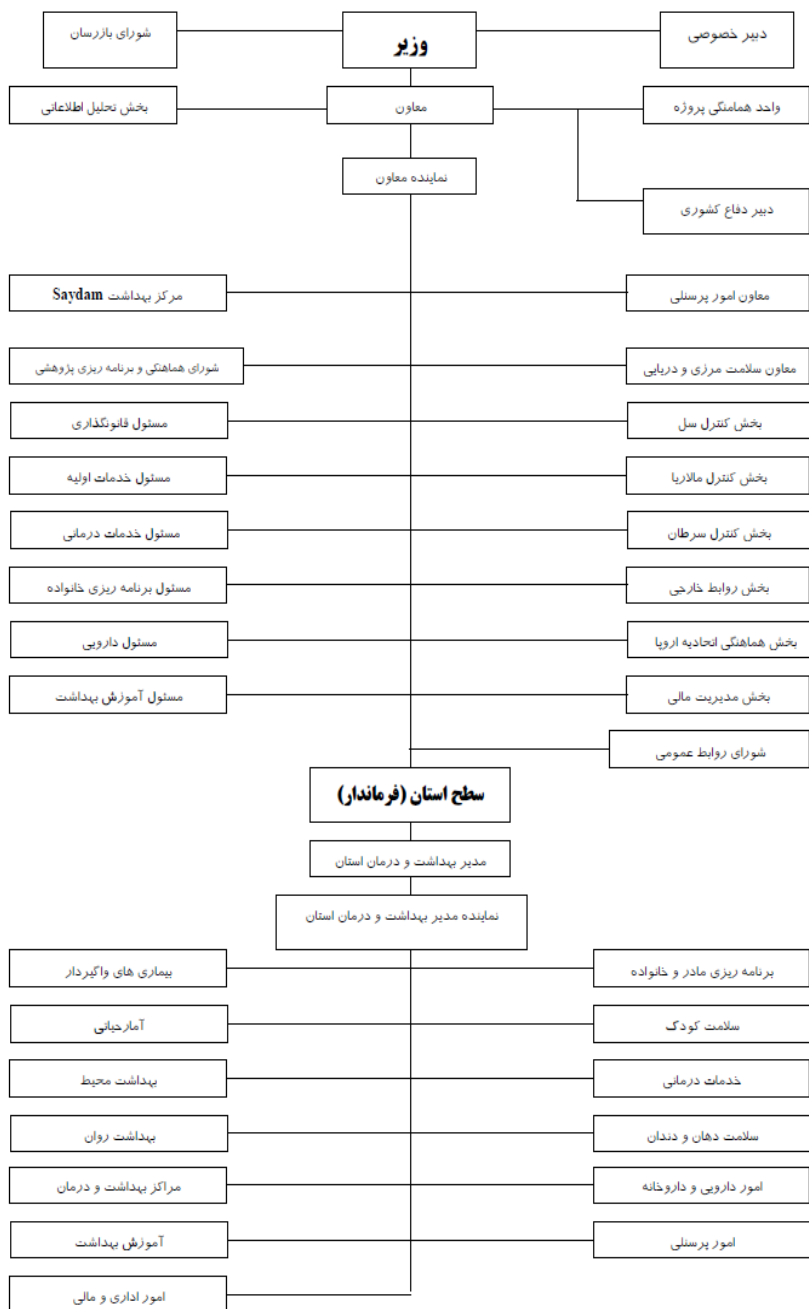
وزارت سلامت فراهم کننده اصلی مراقبت‌های سلامت اولیه و ثانویه بوده و تنها فراهم کننده خدمات پیش گیرانه در ترکیه می‌باشد. در سطح مرکزی، وزارت سلامت مسئول سیاست گذاری سلامت و خدمات سلامت ترکیه است. در سطح استانی، خدمات سلامتی که توسط وزارت سلامت فراهم می‌شوند، توسط اداره‌های سلامت استان اجرا می‌گردد. وزارت سلامت بصورت نظام یکپارچه مراقبت‌های سلامت فعالیت کرده و مراقبت سلامت سطوح مختلف را فراهم می‌کند.

مسئولیت‌های این وزارتخانه به شرح زیر می‌باشد:

- طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی عمومی نظام‌های ارایه دهنده خدمات سلامت؛
- تصویب سرمایه گذاری‌های حوزه سلامت (اگر چه این وظیفه در قانون تعریف شده و سازمان برنامه‌ریزی کشور برنامه‌ریزی عمومی را انجام می‌شود)؛
- توسعه برنامه‌هایی برای بیماری‌های واگیر و غیرواگیر؛
- اجرای برنامه‌های حفاظت محیط زیست؛
- بهبود سلامت مادر و فرزند و برنامه‌ریزی خانواده؛
- تنظیم تولید، تجویز و توزیع اقلام دارویی؛
- تولید و یا واردات واکسن‌ها، سرم، فراورده‌های خونی و دارویی؛
- حمایت اقدامات پیشگیرانه در مکان‌های ورود به کشور؛
- ساخت تسهیلات سلامت و راه‌اندازی آنها.

ساختار وزارت سلامت در سطح مرکزی سازمان در شکل شماره ۲-۶، نشان داده شده است.

شکل ۲-۶- ساختار سازمانی وزارت سلامت در کشور ترکیه



وزیر سلامت در بالاترین سطح وزارتخانه قرار دارد. هیأت بازرسی و گروهی از مشاوران بطور مستقیم به وزیر گزارش می‌دهند. هیأت بازرسی مسئول بازرسی فرایندهای قانونی، رصد فعالیت‌های پرسنل وزارتخانه و تضمین کیفی فعالیت بیمارستان‌ها بر اساس معیارهای تعیین شده در قانون و نیز سیاست‌های وزارت سلامت را بر عهده دارد.

مشاوران ارشد سلامت به درخواست وزیر تقریباً هر دو سال یکبار و برای بحث در مورد وضعیت سلامت و مشکلات و مسائل عمده سلامت در کشور جلساتی را برگزار می‌کنند. این شورا از کارشناسان وزارت سلامت، وزارت کار و تأمین اجتماعی که توسط ریاست جمهور تأیید می‌شوند؛ تشکیل شده است. همچنین این شورا آخرین نهاد مشورتی و تصمیم‌گیری در حوزه‌هایی است که عملکرد آنها ضعیف می‌باشد.

• سطح اداره‌های عمومی

سطح بعدی در سلسله وزارت سلامت، شامل واحدهای خدمات اصلی و دپارتمان‌هایی است که مسئولیت ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند. مدیرکل مراقبت‌های اولیه، مسئول مدیریت استراتژیک و عملیاتی مراکز سلامت و در سطوح پایین‌تر خدمات محیط زیستی می‌باشد. همچنین کنترل بیماری‌های واگیر را از طریق برنامه‌های واکسیناسیون بر عهده دارد. مدیرکل خدمات درمانی، مسئول بیمارستان‌های وزارت سلامت بوده و تدوین برنامه‌هایی برای بیماری‌های غیرواگیر را بر عهده دارد. مدیرکل سلامت مادر و فرزندان و تنظیم خانواده، برنامه‌هایی را برای مادران و تنظیم خانواده از طریق مراکز سلامت بر عهده دارد. مدیرکل آموزش‌های سلامتی نیز مدارس حرفه‌ای را برای آموزش پرستاران، ماماها و ماموران بهداشت و دیگر پرسنل اداره می‌کند. با توجه به اینکه مدارس شغلی در سال ۱۹۹۵ به انجمن تحصیلات تکمیلی واگذار شد؛ مسئولیت‌های این مدیریت کل، مبهم‌تر گردید. مدیریت کل داروها و داروخانه‌ها نیز مسئولیت تنظیم داروها از جمله صدور مجوز آنها، ثبت و قیمت گذاری آنها را بر عهده دارد.

علاوه بر این پنج مدیرکل، سه دپارتمان عمودی سازمان دهی شده برای کنترل سل، مالاریا و سرطان نیز وجود دارد. در نهایت، مسئولیت‌های پشتیبانی در وزارتخانه توسط مدیریت کل پرسنل، دپارتمان امور مالی و اجرایی و دبیر دفاع غیر نظامی انجام می‌شود.

• سطح استانی

مدیریت‌های کل در سطح استانی، سلامت و وظیفه مدیریت خدمات سلامتی را بر عهده دارند که توسط وزارت سلامت و در سطح استانی فراهم می‌شود. هر کدام از استان‌های ترکیه یک مدیریت کل سلامت دارند که به استاندار پاسخگوست. استاندار بطور مشترک توسط رئیس جمهور، نخست وزیر، وزیر کشور و بطور فنی وزیر سلامت تعیین می‌شود و پاسخگوی دولت مرکزی است. وزارت سلامت پرسنل مدیریت کل سلامت استان را با تأیید فرماندار تعیین می‌کند. اساساً مسئولیت‌های اجرایی مدیریت کل‌ها، مدیریت پرسنل و دارایی‌ها می‌باشد. همچنین تصمیمات فنی مربوط به ارایه خدمات مراقبت سلامت از قبیل حوزه و حجم خدمات سلامت را بر عهده دارند.

واحدهایی که مراقبت‌های سلامت را ارایه می‌کنند و یا وظایف مرتبط با مراقبت‌های سلامت را در سطح استان بر عهده دارند عبارتند از:

- مراکز سلامت؛
- ایستگاه‌های سلامت، عمدتاً در مناطق روستایی؛
- مراکز سلامت مادران و فرزندان و تنظیم خانواده؛
- نقاهت خانه‌های سل؛
- بیمارستان‌ها؛
- آزمایشگاه‌های سلامت عمومی (در بعضی استان‌ها).

هماهنگی بین سطوح مختلف وزارت سلامت:

در سطح اداره‌های عمومی در وزارتخانه، تعیین حدود مسئولیت خدمات سلامت در حوزه‌های فعالیت تعریف شده یکی از وظایف مهم مدیریتی است، با وجود این، همپوشانی قابل ملاحظه‌ای در مسئولیت‌های مدیریت کل‌ها وجود دارد که مشکلاتی را در هماهنگی کردن کل عملیات وزارتخانه بوجود می‌آورد. انتظار می‌رود وزارت سلامت، خدمات مراقبت‌های سلامت مؤثری را در سطح کشور و با توزیع مناسب در بین استان‌های مختلف ارایه دهد. سطح هماهنگی موجود میان مدیران کل برای تضمین توزیع مطلوب منابع به هر منطقه جهت تحویل خدمت، کافی به نظر نمی‌رسد.

کانال‌های ارتباطی میان وزارت سلامت و مدیران کل منطقه‌ای نیز ضعیف می‌باشند که منجر به مشکلات و تاخیرات فراوانی در انجام دستورالعمل‌ها می‌شود. این ضعف تا حدی مربوط به ساختار سازمانی در سطح مرکزی است، زیرا دستورالعمل‌های مربوط به استان‌ها توسط بیش از یک مدیریت کل یا دپارتمان صادر می‌شود. ارتباطات باید از طریق دفتر استاندارد هدایت شود که می‌تواند منجر به تاخیر شود. در نتیجه در برخی موارد مدیران کل مستقیماً با مدیران شعب متناظر در سطح اداره‌های عمومی سلامت ارتباط برقرار می‌کنند. تحت این شرایط، سردرگمی بویژه در حالتی که بیش از یک مدیریت کل سعی کند تا با مدیریت کل‌های استانی سلامت ارتباط برقرار کند بوجود می‌آید. ارتباطات به طرف بالا، از جایگاه‌های سلامت و از طریق مدیران کل استانی سلامت و به سوی وزارت سلامت نیز ممکن است تاخیری را تجربه کنند که می‌تواند مشکلاتی را برای جایگاه‌های سلامت بوجود آورد که در پی پاسخ‌گویی سریع به درخواست‌های اضطراری هستند؛ بویژه اگر یک مدیر کل با چندین مدیر کل استانی سلامت تماس گرفته باشد. این مشکل با در نظر گرفتن ارایه گزارش مدیریت کل استانی برای تصمیم‌های جزئی به سطح بالاتر مضاعف می‌گردد. در یک دیدگاه، مدیران کل استانی سلامت آموزش‌های مناسبی ندیده و اغلب فاقد صلاحیت‌های حرفه‌ای لازم در اجرای مسئولیت‌هایشان و تصمیم‌گیری می‌باشند و در دیدگاه دیگر فرایند متمرکز تصمیم‌گیری، امکانی را برای مدیران کل استانی سلامت جهت اعمال نظرات و راه کارهایشان در امور فراهم نمی‌کند. بنابراین آنها ارجاع تصمیمات را به سطح بالاتر برای اجتناب از تصمیم‌گیری اشتباه و از دست دادن موقعیت شغلی آسان‌تر و مناسب‌تر می‌بینند.

به جزء وزارت سلامت نهادهای دیگری نیز در بخش سلامت دخیل هستند که در زیر به آنها

اشاره می‌شود:

الف- وزارت دارایی: بودجه عمومی کشور که توسط وزارت دارایی تدوین می‌شود، در حوزه سلامت مهم‌ترین منبع تأمین مالی خدمات مراقبت سلامتی است که توسط وزارت سلامت، وزارت دفاع، بیمارستان‌های دانشگاهی و دیگر نهادها و مؤسسات عمومی در ترکیه مصرف می‌شود. مدیر کل کنترل مالی و بودجه، تحت دپارتمان مدیریت و امور مالی در وزارت سلامت قرار دارد. اگر چه این نهاد تأمین بودجه وزارت سلامت را بر عهده دارد، ولی تحت نظارت قانونی وزارت دارایی قرار دارد.

ب- وزارت دفاع: وزارت دفاع دارای زیر ساخت‌های مراقبت‌های سلامت مستقلی با ۴۲ بیمارستان می‌باشد که بطور اختصاصی به پرسنل نظامی و وابستگانشان خدمت می‌دهند. یکی از این بیمارستان‌ها، آموزش پزشکی در سطح لیسانس و بالاتر را نیز فراهم می‌کند. یکی دیگر از این بیمارستان‌ها آموزش پزشکی را فقط برای پرسنل پزشکی ارتش فراهم می‌کند.

ج- انجمن تحصیلات تکمیلی: در طی سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰، تعداد دانشجویان دانشکده‌های پزشکی افزایش یافت و هم اکنون ۵۰ دانشکده پزشکی در ترکیه وجود دارد. هر دانشکده پزشکی، بیمارستان دانشگاهی مربوط به خود را دارد که به عنوان مرکز ارجاعی برای مراقبت سطح سوم و نیز مراقبت اولیه و ثانویه فعالیت می‌کند. بیمارستان‌ها توسط یک رئیس (که پزشک است) اداره می‌شود، یک پست مدیریتی نیز به یک متخصص بالینی اختصاص می‌یابد که گزارشی را برای رئیس دانشکده پزشکی تهیه می‌کند.

د- وزارت کار و تأمین اجتماعی: وزارت کار و تأمین اجتماعی، مسئولیت نظارت بر سازمان بیمه اجتماعی را دارد که دومین فراهم کننده عمده مراقبت پزشکی در ترکیه محسوب می‌شد.

ه- دیگر نهادهای دولتی: با توجه به این که بیمارستان‌های وزارت سلامت همیشه خدمات مؤثری را فراهم نمی‌کنند، دیگر نهادهای دولتی در طی زمان بیمارستان‌ها و پلی کلینیک‌هایی را برای خودشان ایجاد کرده‌اند، از آن جمله می‌توان به وزارت آموزش، وزارت کشور و سازمان راه آهن و پست اشاره کرد.

۳- نظام ارایه خدمات

نظام بهداشتی و درمانی در ترکیه از خانه‌های بهداشت شروع می‌شود که عموماً توسط یک ماما رهبری می‌شود و جمعیت تحت پوشش آن ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر می‌باشد. بعد از خانه بهداشت مراکز بهداشت و درمان قرار دارد که توسط یک پزشک که جمعیت حدود ۳۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش خود دارد اداره می‌گردد. مراکز عمومی بهداشت و درمان، مراکزی هستند که هماهنگی بین خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت را به عهده دارد. خدمات عمومی از قبیل خدمات پیشگیری، مادر و کودک و ... توسط مراکز بهداشت انجام می‌شود.

۱۴۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

استفاده از پزشک خانواده و قرار دادن آن در داخل سیستم برای اولین بار بعد از اصلاحات سال ۱۹۹۴ صورت گرفت. اما در عمل قانون پزشک خانواده در سال ۲۰۰۴ تصویب شد و اولین مرحله اجرای آن در سپتامبر سال ۲۰۰۵ بود. این برنامه در دسامبر سال ۲۰۱۰ در سراسر کشور به مرحله اجرا درآمد.

پزشک خانواده به درمان و یا ارجاع بیماران اقدام می‌کند. بدین ترتیب که پزشک خانواده بیمار را مورد معاینه قرار داده و از آنها اطلاعات لازم را دریافت می‌کند و پس از تشکیل پرونده برای آنها بنا به تشخیص خود و نیاز بیمار آن را به مراکز بهداشت و درمان جهت خدمات عمومی و یا سطح دوم و سوم خدمات برای خدمات تخصصی ارجاع می‌دهد تقریباً تمامی خدمات در سطح اول توسط وزارت بهداشت و درمان انجام می‌پذیرد. پزشک خانواده و همچنین مراکز بهداشت و درمان و سطوح تخصصی (سطح دوم و سوم) خدمات همگی زیر نظر مسئول درمان استان می‌باشد و از طریق آن تأمین مالی می‌شوند. پزشکان خانواده نیز قرارداد خود را مستقیماً با مسئول درمان استان تنظیم می‌نمایند.

در نظام ارجاع در ترکیه بیماران می‌توانند پزشک خود را آزادانه انتخاب کنند و در صورتیکه از پزشک خود راضی نباشند شش ماه بعد می‌توانند پزشک خود را تغییر دهند و با پزشک دیگری ثبت نام نمایند. پزشک خانواده نیز براساس تعداد بیمار ثبت نام شده از مسئول درمان استان حقوق دریافت می‌کند. قبل از سال ۲۰۱۰ پزشکان می‌توانستند بصورت پاره وقت در هر دو بخش عمومی و خصوصی کار کنند در سال‌های اخیر و به همراه اصلاحات صورت گرفته و تعریف سیستم پرداختی در بخش عمومی، تعداد پزشکان پاره وقت به میزان زیادی کاهش یافته است. از ۸۹٪ در سال ۲۰۰۲ به ۸٪ در سال ۲۰۱۰ کاهش داشته است. در حال حاضر قانون کار تمام وقت، پزشکان را از کار در دو بخش خصوصی و عمومی بطور همزمان منع می‌کند.

ارایه خدمات بهداشتی و درمانی در ترکیه مبتنی بر چهار سیستم به شرح زیر می‌باشد:

الف - سیستم خدمات درمانی دولتی

در این سیستم بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی دولتی در سراسر کشور برحسب تلفیق امکانات دولت و نیازمندی مردم ایجاد شده است. به گونه‌ای که برای هر ۲۵ تا ۱۰۰ هزار نفر یک مرکز بهداشتی و درمانی ایجاد شده است.

فصل ششم: نظام سلامت در ترکیه ۱۴۳

طرح بیمه‌های درمان عمومی به جهت عمومی کردن بیمه در سطح کشور ترکیه شکل گرفت و بمنظور حمایت مالی طرح نهاد جدیدی به عنوان مؤسسه مالی درمان تشکیل شد تا طرح را بطور مؤثری هدایت کند. در حال حاضر این طرح به طور مستقل از سایر بیمه‌ها عمل می‌کند ولی در نظر است که در آینده تمام بیمه‌ها تحت عنوان طرح مذکور درآیند. در این طرح افراد نیازمند دارای کارت سبز بطور رایگان به بیمارستان‌های مربوطه مراجعه و معالجه می‌شوند. پوشش جمعیتی این سیستم در سال ۱۹۹۵ حدود ۴/۸ میلیون نفر بود.

تا قبل از طرح اصلاحی سال ۱۹۹۴ بسیاری از بیمارستان‌ها کاملاً وابسته به سازمان مطبوع خود بودند و حق هیچگونه تصمیم‌گیری در امور اداری و کارمندی خود نداشتند. اما این از طرح اصلاحی به تعدادی از بیمارستان‌ها اجازه داده شد تا بصورت 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.

در ساختار اینگونه بیمارستان‌ها هیأت مدیره بیمارستان دارای اعضاء دولتی و غیردولتی است که خود باعث می‌شود تا نیازهای جامعه نیز در برنامه‌های آتی بیمارستان منعکس گردد و پزشک محوری جهت اداره این مراکز تضعیف شد و در عوض از متخصصین رشته مدیریت و یا پزشکان با دوره‌های مدیریت جهت مدیریت بیمارستان استفاده شد.

در سال ۲۰۱۰، ۱۳۴۹ بیمارستان در ترکیه وجود داشت که ۸۴۳ مورد از آنها متعلق به سازمان بهداشت، ۶۲ مورد دانشگاهها، ۴۸۹ مورد بخش خصوصی و بقیه متعلق به دیگر سازمان‌های عمومی مثل سازمان دفاع ملی بودند.

ب - سیستم خدمات درمانی بیمه‌ای

در کشور ترکیه بیشترین خدمات درمانی را سازمان تأمین اجتماعی ارایه می‌دهد. کسانی که در این سیستم بیمه شده‌اند می‌توانند فقط از بیمارستان‌های مربوط استفاده نمایند. در صورتی که افراد به بیمارستان‌ها یا مطب‌های بخش خصوصی مراجعه کنند، سازمان برای پرداخت به آنها هیچ تعهدی ندارد. در صورتی که افراد از طریق سیستم ارجاع به بیمارستان‌ها ارجاع داده شوند مزایای مربوط به حق درمان پس از کسر فرانشیز (برای بازنشستگان ۱۰ درصد و سایر افراد ۲۰ درصد) به افراد پرداخت می‌شود و همانند سایر کشورها در مواقع اورژانسی این قانون استثناء است.

در صورتی که افراد بیمه شده تأمین اجتماعی و یا نیروهای مسلح نباشند سازمان دیگری برای بیمه کردن آنها وجود ندارد و باید مستقیماً به بیمارستان‌ها مراجعه و هزینه را خود پرداخت کنند.

ج - بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

نیروهای مسلح برای دریافت خدمات درمانی از سیستم مربوط به خود به طور مستقیم استفاده می‌کنند و بیمارستان‌های متعددی در سراسر کشور برای ارائه این خدمت بوجود آمده است.

د- سیستم خدمات درمانی بخش خصوصی

این مراکز ارائه خدمات را به افرادی که قادر به تأمین هزینه‌های درمانی خود می‌باشند به عهده دارد. بیمه‌شدگان در حالت عادی نمی‌توانند از طریق پوشش‌های بیمه‌ای از بیمارستان‌های خصوصی استفاده کنند، بدیهی است که این افراد به طور آزاد می‌توانند از این بیمارستان‌ها استفاده کنند.

رویکرد و وظایف جدید برای مراکز سلامت

برنامه تغییر، شبکه مراکز سلامت را تقویت کرده است. این مراکز دیگر اصل «یک اتاق معاینه برای هر پزشک» را تداعی نمی‌کنند بلکه به یک کمپین تبدیل شده‌اند. ارتباط یک به یک عامه مردم و پزشکان آسانتر شده و گسترش بیشتری یافته است. به علاوه، اغلب مؤسسات مراقبت‌های اولیه سلامت نیز با به گردش درآوردن منابع انسانی و تجهیزات تشخیصی تقویت شدند. پرسنل بر اساس عملکرد پرداخت اضافی دریافت می‌کنند.

تعداد مراکز سلامت از ۵۰۵۵ مرکز در سال ۲۰۰۲ به ۵۸۴۶ مورد در سال ۲۰۰۶ و ۶۴۰۰ مرکز تا پایان سال ۲۰۰۷ رسیده است. در واقع اکنون با ادغام مراکز سلامت خانواده و مراکز سلامت جامعه‌نگر، خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت مورد بازنگری ساختاری قرار گرفت و در مجموع تعداد این مراکز در سال ۲۰۰۹ به ۷۱۲۲ مورد افزایش یافته است که از این تعداد، در حال حاضر نزدیک به ۲٪ از مراکز سلامت خانواده، فاقد پزشک هستند. در حالی که تعداد اتاق پزشکان در مجموع مراکز خدمات اولیه سلامت از ۶۳۰۸ در سال ۲۰۰۲ به ۱۶۰۵۵ مورد در ابتدای سال ۲۰۰۹ رسیده است.

فصل ششم: نظام سلامت در ترکیه ۱۴۵

در مجموع اگرچه تعداد بیماران مراجعه کننده به این مراکز ۸۵٪ افزایش یافته است تعداد ویزیت هر پزشک به طور متوسط ۲۰٪ کاهش یافته است. بر همین اساس تعداد مجموع موارد آزمایشات انجام شده در کل این مراکز افزایش یافته است (از ۶۵ میلیون مورد به ۱۲۰ میلیون مورد در سال ۲۰۰۷ و ۱۶۷ میلیون مورد در ابتدای سال ۲۰۰۹) لکن تعداد این آزمایشات در هر روز در هر مرکز به طور متوسط از ۵۰ مورد به ۴۰ مورد کاهش یافته است. این ها رضایت پزشکان مراکز سلامت و نیز بیماران مراجعه کننده را افزایش داده است. نرخ ارجاع بیماران از مراکز سلامت به بیمارستان ها از ۲۰٪ در سال ۲۰۰۲ به ۶٪ (۱/۳) در سال ۲۰۰۷ و ۴/۲٪ در ابتدای سال ۲۰۰۹ کاهش یافته است و این بار کاری مراکز سطوح بالاتر بهداشتی - درمانی را کاهش داده است.

تعداد خانه های بهداشت فعال سلامت ۱۵۷۲ مورد در سال ۲۰۰۲ بوده است که تا پایان سال ۲۰۰۶ به ۴۱۰۷ مورد رسیده است و هدف نهایی ایجاد ۵۹۵۰ خانه بهداشت فعال است. لکن تا ژانویه ۲۰۰۹ این تعداد به ۴۷۹۸ رسیده است.

نرخ ارایه خدمات سلامت سیار برای جمعیت هدفی که اغلب شامل روستاهای دور دست هستند از ۱۰٪ در سال ۲۰۰۲ به ۹۹٪ در ابتدای سال ۲۰۰۹ افزایش یافت. این خدمات شامل، ویزیت زنان باردار، نوزادان و بیماران مبتلا به بیماری های مزمن بوده است که در سفرهای پزشکان در تاریخ مشخص از پیش تعیین شده به این روستاها، انجام می شود.

۴- نظام بیمه ای و تأمین مالی

۴-۱. ساختار تأمین مالی

در طی ۲۰ سال گذشته، سهم بخش بهداشت و درمان بخش های دولتی و خصوصی در عددی کمتر از ۵ درصد تولید ناخالص داخلی در نوسان بوده است. در سال ۱۹۹۸، آمار عدد ۴/۸ درصد را نشان می دهد که معادل ۳۰۰ دلار امریکا، برای هر نفر می باشد. (این رقم توسط پایگاه آماری کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری های اقتصادی، منتشر شده است.) این درحالی است که اطلاعات وزارت سلامت، سهم تولید ناخالص داخلی را در سال ۱۹۹۸، ۲/۶۵ درصد نشان می دهد. این در مقایسه با سایر کشورهای اروپایی که در حدود ۸ درصد تولید ناخالص داخلی را به بخش سلامت اختصاص می دهند، بسیار پایین بود. سرمایه اختصاص داده شده به سیستم سلامت در ترکیه مشتق از منابع مختلفی است و بخش عمده ای از آن از طریق تخصیص بودجه به ایالت ها صورت می گیرد.

تأمین مالی سازمان بیمه اجتماعی از طریق حق بیمه پرداخت شده توسط کارگران و کارفرمایان و مشارکت بیماران در هنگام دریافت خدمات یا دارو صورت می‌گیرد. تخصیص بودجه ایالتی از طریق وزارت بهداشت و مشارکت بیمه شدگان از طریق پرداخت فرانشیز در هنگام دریافت خدمات صورت می‌گیرد. مالیات‌های عمومی در حدود یک سوم کل هزینه‌ها را تأمین می‌کند. بخش عمده تأمین اعتبار مالی بیمارستان‌های وزارت بهداشت (۸۳٪) از طریق مالیات‌های دولت و ۱۲٪ آن مربوط به پرداخت‌های بیمه شدگان یا مصرف کنندگان به بیمارستان‌ها است.

سه منبع عمده تأمین منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی کشور ترکیه عبارتند از:

۱. بودجه عمومی دولت که از راه درآمدهای مالیاتی تأمین می‌شود و به طور عمده به وزارت بهداشت، وزارت دفاع، بیمارستان‌های دانشگاهی و سایر نهادهای عمومی اختصاص داده می‌شود.
۲. مشارکت‌های تأمین اجتماعی که از اعضای صندوق‌های تأمین اجتماعی کشور تأمین می‌شود.
۳. پرداخت‌های مستقیم از جیب شامل پرداخت‌هایی است که مستقیماً به پزشکان خصوصی پرداخت می‌شود.

از سال ۱۹۸۸ منبع جدیدی به این منابع اضافه شده است که سهم آن ۵ درصد است و بر اساس نرخ مالیات حاصل از سوخت، فروش ماشین‌های جدید و فروش سیگار می‌باشد.

۲-۴- بیمه خدمات درمانی:

سیستم تأمین اجتماعی ترکیه برپایه پرداخت حق بیمه استوار است و نهادهای بیمه‌ای ارابه کننده بیمه درمان در کشور عبارتند از:

- صندوق بیمه بازنشستگی و مستمری کارکنان نظامیان
- سازمان بیمه خویش فرما
- صندوق‌های بیمه خصوصی

ترکیه دارای سه سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد که عبارت است از:

۱. SSK: طرح بیمه‌ای برای کارکنان بخش خصوصی و کارکنان بخش کارگری عمومی؛
۲. Bag-Kur: طرح بیمه‌ای برای افراد خود اشتغال؛
۳. GERF: طرح بیمه‌ای برای کارمندان بازنشستگان دولتی.

۱. سازمان بیمه اجتماعی^۱: سازمان بیمه اجتماعی در سال ۱۹۴۵ به عنوان یک صندوق بازنشستگی برای کارکنان بخش خصوصی تأسیس شد. این سازمان در داخل وزارت کار قرار داشته و مزایای آن تنها به کارکنان عضو و وابستگانشان تعلق می‌گیرد. اگرچه اصلاحات سال ۱۹۶۰ به بهبود اساسی در خدمات سلامتی ارایه شده توسط وزارت سلامت انجامید، اما این خدمات توانایی پاسخ‌گویی به تقاضای بالای موجود را نداشتند. بنابراین سازمان بیمه اجتماعی تسهیلات سلامتی اختصاصی را برای ارایه به اعضاء ایجاد کرد و به بازیگری اصلی در نظام مراقبت سلامت تبدیل شد.

امروزه، سازمان بیمه اجتماعی، کارکنان بخش خصوصی و کارکنان بخش کارگری دولتی را بیمه می‌کند.

۲. آژانس بیمه اجتماعی، بازرگانان، پیشه‌وران و خود اشتغالان^۲: این آژانس در اواخر سال ۱۹۸۰، بیمه درمانی را به شیوه‌های سنتی، صندوق‌های بازنشستگی برای افراد خود اشتغال را اضافه کرد تا افراد تحت پوشش از مزایایی که این نهاد در تشخیص درمان بیماری‌ها برخوردار گردند. بر خلاف سازمان بیمه اجتماعی، این آژانس توانایی ارایه تسهیلات سلامت را به طور اختصاصی نداشته و با دیگر فراهم‌کنندگان عمومی از جمله سازمان بیمه اجتماعی قرار داد می‌بندد.

۳. صندوق بازنشستگی کارکنان دولت^۳: اگرچه صندوق بازنشستگی کارکنان دولت، صندوق بازنشستگی برای کارمندان دولتی است؛ ولی مزایای دیگری از جمله بیمه سلامت را نیز فراهم می‌کند.

در اصلاحات نظام سلامت سال ۲۰۰۶ با هدف ایجاد یک مدل بیمه اجتماعی که بر اساس آن همه شهروندان ترکیه بتوانند متناسب با توانایشان در پرداخت و خدمات سلامتی که نیاز دارند در یک چارچوب از قوانین عادلانه مشارکت نمایند تغییراتی در بیمه‌ها ایجاد شد به این شکل که هماهنگی میان مؤسسات موجود تأمین اجتماعی ایجاد شد. کمیسیون بازپرداخت متشکل از نمایندگان از مؤسسه تأمین اجتماعی، صندوق مستمری‌بگیران مشاغل، وزارت اقتصاد، سازمان برنامه‌ریزی دولت و خزانه‌داری تأسیس شد. بنابراین سازوکارهای متفاوت بازپرداخت که از سوی

۱۴۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

سازمان‌های تأمین اجتماعی اعمال می‌شد از بین رفت و مدل و راهبرد مشترک بنا نهاده شد. پوشش کارت سبز^۱ گسترده‌تر، واقع‌گراتر و اثربخش‌تر شد. بنابراین شهروندان ترکیه، با درآمد پایین، تحت پوشش بیمه سلامتی قرار گرفتند که با بیمه‌های تأمین اجتماعی، بیمه صنعتگران و بیمه خویش‌فرما، صندوق کارمندان بازنشسته دولت تفاوتی ندارد.

در حالیکه ۷۰ درصد جمعیت ترکیه در سال ۲۰۰۰ تحت پوشش تأمین اجتماعی بودند، در سال ۲۰۱۰ تقریباً تمام جمعیت (۹۸٪) تحت پوشش قرار گرفتند.

۵- پوشش خدمات

براساس اصلاحات نظام سلامت ترکیه طرح جامع بیمه خدمات درمانی در کشور ترکیه که تمامی اقشار جمعیت را تحت پوشش قرار دهد، تشکیل شد.

فصل هفتم: نظام سلامت در روسیه

۱- کلیات

روسیه با نام رسمی فدراسیون روسیه در آسیای شمالی و اروپای خاوری واقع است. روسیه با ۱۴ کشور آسیایی و اروپایی مرز زمینی دارد و با کشورهای پیرامون دریای برینگ، دریای ژاپن، دریای خزر، دریای سیاه، و دریای بالتیک ارتباط دریایی دارد.

روسیه با ۱۷,۰۷۵,۴۰۰ کیلومتر مربع وسعت، پهناورترین کشور جهان است. پهناوری روسیه دو برابر مساحت کانادا یا چین یا ایالات متحده آمریکا است. این کشور در عرض‌های بالای جغرافیایی واقع شده است و بیشتر مناطق کشور سردسیر و کم بارش است. به همین دلیل بیشتر مناطق این کشور (به ویژه سرزمین بزرگ سبیری) خالی از سکنه هستند و کشاورزی در این مناطق میسر نیست. پایتخت روسیه شهر مسکو بزرگترین شهر اروپا است.

بر اساس آمار روسیه حدود ۱۴۴۲۰۰۰۰۰ نفر جمعیت دارد، که از این دید در جهان در رتبه نهم قرار دارد. تراکم جمعیت روسیه ۳/۸ نفر در هر کیلومتر مربع است که از پایین ترین نرخ‌های تراکم جمعیت در جهان است. نرخ رشد جمعیت در این کشور منفی است. و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی برای آنکه جمعیت پویا در این کشور در حد بالا باقی بماند نیاز است که باروری کل در آن کشور به ۲/۱ برسد. بیشتر جمعیت روسیه در غرب این کشور (بخش اروپایی) زندگی می‌کنند. حدود ۸۰ درصد از مردم روسیه از نژاد روسی هستند و سایر نژادهای این کشور عبارتند از: تاتار، اوکراینی، چوواش، چچنی، ارمنی، داغستانی، مغول، آواری، اینگوش، چرکس، بالکار، اوستیایی، آذری، گرجی، و...

۱۵۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

زبان رسمی روسیه، زبان روسی است. ولی ۲۷ زبان رسمی دیگر نیز در جمهوری‌ها و مناطق خودگردان این کشور وجود دارد. روسیه ۲۱ جمهوری خودگردان دارد که بیشتر در جنوب باختر کشور (قفقاز شمالی) قرار دارند، که برخی از آنها مانند داغستان، تا حدود ۲۰۰ سال پیش جزئی از ایران بوده‌اند.

روسیه تا پیش از قرن هجدهم یک حکومت نه چندان نیرومند در خاور اروپا بود و وسعت آن چندان زیاد نبود. تا اینکه در آغاز قرن ۱۸ میلادی و با اصلاحاتی که تزار پتر بزرگ انجام داد، این کشور به یک امپراتوری پهناور و نیرومند تبدیل شد.

در سال ۱۲۹۶ هجری خورشیدی (۱۹۱۷) انقلاب کمونیستی در این کشور به وقوع پیوست و نام کشور به «اتحاد جماهیر شوروی» تغییر یافت. در سال ۱۳۷۰ (۱۹۹۱) شوروی پس از جنگ سرد طولانی با غرب فروپاشید و فدراسیون روسیه به جای آن نشست.

واحد پول روسیه روبل است. اقتصاد روسیه صنعتی و نیز وابسته به منابع بزرگ انرژی این کشور به ویژه گاز است. راه‌های ترابری این کشور نیز بسیار مهم هستند. روسیه با تولید ناخالص داخلی ۱۲۸۹ تریلیون دلار هفتمین اقتصاد بزرگ جهان بوده‌است. اقتصاد این کشور بر پایه سرمایه داری و خصوصی سازی است، که این موضوع پس از فروپاشی شوروی و رهایی از اقتصاد دولتی و سوسیالیستی انجام شد.

روسیه (براساس سرانه) بیش از هر کشوری پزشک، بیمارستان، و کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی دارد. با این وجود، از زمان فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی، سلامت مردم روسیه، بطور قابل توجهی به عنوان یک نتیجه از تغییرات اجتماعی، اقتصادی و سبک زندگی کاهش یافته است. البته از سال ۲۰۰۰ رشد قابل توجهی در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی عمومی بوجود آمد و امید به زندگی نیز افزایش یافت.

فصل هفتم: نظام سلامت در روسیه ۱۵۱

جدول ۱-۷. شاخص‌های کلان سلامت روسیه

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۶۹	۶۳	۷۵	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۱۰	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۱۲	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	-۰/۲			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۱۰۰			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۴۳/۱			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۷. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۲۱۰۳۵۴۱	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۱۴۷۱۴	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۶/۵	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۵۸/۷	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۴۱/۳	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۹/۷	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶
۲۰۱۰	دلار	۶۷۰	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷
۲۰۱۰	دلار	۱۲۷۷	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۸
۲۰۱۰	دلار	۳۹۳	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۹
۲۰۱۰	دلار	۷۴۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

۲-۱. تاریخچه

تا سال ۱۹۹۱، مسئولیت مراقبت سلامت به وزارت سلامت اتحادیه جماهیر شوروی سپرده شده بود که مدیریت و تخصیص منابع آن از طریق وزارتخانه‌های بهداشت، ۱۵ ایالت اتحادیه جماهیر شوروی از جمله روسیه انجام می‌شد.

نظام مراقبت بهداشتی روسیه تحت نظارت وزارت بهداشت جمهوری سوسیالیستی روسیه قرار داشت و بیش از ۸۵ درصد قلمرو اتحادیه جماهیر شوروی را شامل می‌شد. با وجود وسعت قلمرو این نظام، سهم کوچکی در تدوین سیاست‌ها را بر عهده داشت.

دپارتمان‌های حوزه وزارت کل شوروی شامل موارد زیر بودند.

۱- خدمات درمانی سلامت؛

۲- مراقبت‌های سلامت مربوط به مادران و فرزندان؛

۳- آموزش‌های پزشکی و پرستاری؛

۴- خدمات بهداشتی عمومی.

وزارت بطور مستقیم بر همه خدمات پزشکی و مؤسسات (عمدتاً تخصصی و تحقیق محور) نظارت داشت و مؤسسات تحقیقات در مورد بیماری‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی، را نیز مدیریت می‌کرد. این ساختار در سطح وزارتخانه‌های هر جمهوری هم بطور وسیعی تکرار شده است.

مسیر اصلی تحویل خدمات پزشکی از طریق ساختارهای دولت محلی بطور غیرمستقیم هدایت می‌شد. مقامات بهداشت هر شهر مدیریت بیمارستان‌ها و پلی کلینیک‌های شهر را بر عهده داشتند. دولت‌های منطقه‌ای و جمهوری‌های خودمختار مدیریت بیمارستان‌های مربوط به خدمات سطح دوم و سوم را بر عهده داشتند و خدمات بیمارستانی را به صورت مرکزی ارایه می‌کردند.

پیش از سال ۱۹۹۰ اتحاد جماهیر شوروی روسیه مراقبت‌های بهداشتی در این کشور به صورت یک مدل کاملاً سوسیالیستی متمرکز، یکپارچه با سلسله مراتبی دولتی بود. مراقبت‌های بهداشتی درمانی بصورت رایگان برای همه شهروندان سازماندهی شده بود. همه پرسنل بهداشتی درمانی کارکنان دولت بودند. کنترل بیماری‌های واگیردار اولویت بیشتری از بیماری‌های غیرواگیر داشت.

در مجموع، نظام شوروی تمایل به مراقبت‌های اولیه کم بود و تاکید بیش از حد در متخصص و مراقبت بیمارستان قرار می‌گرفت.

شبکه **San¹ - Epid** مسئول هسته خدمات بهداشت عمومی در دوران شوروی بود. وظایف اصلی آن شامل ارائه برنامه‌های ایمن‌سازی از طریق شاخه‌های محلی خود، کنترل بیماری‌های عفونی، جمع‌آوری اطلاعات اپیدمیولوژیکی، نظارت و تنظیم بهداشت، بهداشت محیط و امدادرسانی بود.

در آن زمان مسئولیت‌های سیستم San - Epid شامل موارد زیر بود:

- پیشگیری از بیماری‌های واگیردار و کنترل
- ایمن‌سازی
- بهداشت کودکان و نوجوانان، سلامت و تغذیه در مهد کودک و مدارس
- ایمنی مواد غذایی
- ایمنی پرتو
- پیشگیری از بیماری شغلی
- بهداشت محیط زیست کنترل و همه‌گیر شناسی و تجزیه و تحلیل
- کنترل شرایط کاری
- آموزش بهداشت و ارتقاء شیوه زندگی سالم

۲-۲. سازمان کنونی سیستم پزشکی روسیه

فدراسیون روسیه به لحاظ اداره به سه قسمت تقسیم شده است:

سطح فدرال، سطح منطقه‌ای شامل ۲۱ جمهوری، ۱۱ جمهوری خودمختار و شهرهای مسکو و سن پترزبورگ و سطح شهری که شامل شهرها و شهرک‌ها و روستاها می‌باشد. شهرها بر مبنای اندازه‌شان به یک یا چند ریون تقسیم می‌شوند.

در پی تمرکززدایی از سیستم مدیریتی روسیه و فروپاشی شوروی، نظام خدمات سلامتی آن کشور نیز غیرمتمرکز شده است. نظام خدمات سلامت از ساختار اجرایی کشور تبعیت کرده و به سطح‌های اجرایی فدرال، منطقه‌ای و شهری، تقسیم‌بندی شده است.

بر اساس قانون اساسی فدراسیون روسیه، دولت باید مسئول تدوین و حمایت از حقوق شهروندی و انسانی و آزادی باشد و سطوح فدرال و منطقه‌ای بطور مشترک (با مشارکت همدیگر) مسئول هماهنگی موضوعات مربوط به خدمات سلامتی می‌باشند.

قانون موارد زیر را به عنوان مسئولیت‌های دولت فدرال تعریف کرده است:

- حمایت از حقوق انسانی و شهروندی و آزادی‌های افراد در حوزه سلامت؛
- تدوین و سیاست‌های فدرال برای حفاظت از سلامت شهروندان؛
- تدوین و اجرای برنامه‌های فدرال در مورد توسعه مراقبت‌های پیشگیرانه، ارایه خدمات سلامتی، آموزش‌های عمومی و موضوعات مرتبط با سلامت شهروندان؛
- تعیین درصد مخارج مربوط به خدمات پزشکی در بودجه فدرال و تدوین سیاست مالی (از جمله معافیت‌های مالیاتی، عوارض و دیگر پرداخت‌های بودجه) در رابطه با حفظ سلامت؛
- مدیریت دارایی‌های فدرال برای حفظ سلامت؛
- استقرار یک نظام حسابداری و آماری گیری فدرال در حوزه حفظ سلامت؛
- توسعه معیارهای رایج و برنامه‌های آموزش فدرال برای آموزش پزشکی و داروسازی و تعیین لیست تخصص‌های مورد نیاز در مراقبت‌های سلامت؛
- استقرار استاندارد کیفیت مراقبت‌های پزشکی و نظارت بر اجرای آنها؛
- توسعه و تصویب برنامه‌ای پایه برای بیمه اجباری سلامت و وضع تعرفه‌های بیمه‌ای؛
- تعریف منافع گروه‌های جمعیتی خاص در بهره‌مندی از مراقبت اجتماعی، سلامتی و خدمات دارویی؛
- سازمان دهی «مرکز» مراقبت‌های بهداشت عمومی
- توسعه و تصویب قوانین بهداشتی فدرال، نرم‌ها و استانداردهای بهداشتی؛
- هماهنگ کردن فعالیت مقامات دولتی و بخش اجرایی، بخش‌های اقتصادی و بخش خصوصی؛
- استقرار و پایش فرایندهای تخصص پزشکی؛
- استقرار فرایندهای صدور مجوز فعالیت‌های دارویی و پزشکی.

همچنین قانون‌گذار مسئولیت‌های مناطق را نیز بصورت زیر تعریف کرده است:

- افزایش و تخصیص بودجه‌های منطقه‌ای؛
- تأمین مواد فنی (تجهیزات و مواد تخصصی) برای مراکز مراقبت پزشکی تحت مالکیت منطقه؛

- تصویب برنامه‌های بیمه‌های اجباری سلامت منطقه‌ای؛
- هماهنگی فعالیت‌های مراکز دولتی و بخش خصوصی و شهری در حوزه سلامت؛
- ایجاد حمایت‌های اضافی برای گروه‌های جمعیتی خاص دریافت‌کننده مراقبت سلامت، اجتماعی و خدمات دارویی؛
- سازماندهی و هماهنگی آموزش پرسنل حوزه سلامت؛
- صدور مجوز فعالیت پزشکی و دارویی در حوزه مناطق.

مسئولیت‌های زیر نیز برای سطح شهری تعریف شده است:

- سازمان‌دهی، نگهداری و افزایش تسهیلات و مراقبت‌های سلامت شهری؛
- تضمین مناسب بودن سطح بهداشتی جمعیت؛
- افزایش بودجه محلی برای مخارج مراقبت‌های سلامتی.

با توجه به دقت تعیین فعالیت‌های سطح فدرال نسبت به سطح منطقه‌ای و همچنین سطح منطقه‌ای نسبت به شهری، می‌توان گفت قانون‌گذاری در سطح شهری قدری مبهم است. در روسیه جدید مراقبت‌های بهداشتی به مدل مخلوط از سرمایه‌گذاری خصوصی و تأمین مالی دولتی تغییر کرد. ماده ۴۱ از قانون اساسی ۱۹۹۳ این کشور مراقبت‌های بهداشتی و کمک‌های پزشکی رایگان را به عنوان حق شهروندان دانسته است.

در نوامبر ۱۹۹۱، بعد از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی، فدراسیون روسیه، وزارت بهداشت و توسعه اجتماعی را بنیان گذاشت. در همین سال، بخش علوم پزشکی روسیه که مسئول تحقیقات پزشکی بود، بعنوان انجمن علوم پزشکی روسیه بصورت یک سازمان مستقل سازماندهی شد. این وضعیت مستقل جدید شامل مسئولیت برای مؤسسات تحقیقاتی بیماری‌های خاص، مراکز منطقه‌ای برای مراقبت‌های بهداشتی و بیماری‌های فراگیر و بعضی از مؤسساتی که در مورد بیماری‌های همه‌گیر فعالیت می‌کنند، تنها تغییر اساسی در ساختار وزارتخانه‌ای بود. جدول (۳-۷) سیر تاریخی تحولات نظام سلامت روسیه را نشان می‌دهد.

در آغاز سال ۱۹۹۸، دولت ائتلافی روسیه، طرح سالیانه‌ای را به اجرا گذاشت که این طرح، عهده دار مراقبت‌های پزشکی رایگان برای شهروندان روسی گردید. بودجه‌ی این طرح از بودجه‌ی دولتی تأمین شد. از سال ۲۰۰۵ نیز اهداف سالیانه‌ای جهت تأمین بودجه‌ی مراقبت‌های

پزشکی برای هر فرد دنبال شده است. در سال ۲۰۰۷، طرح‌های ضمانت دولتی منطقه‌ای در ۶۰ منطقه‌ی فدرال فدراسیون روسیه با کسر بودجه‌ی ۶۵/۴ میلیارد روبل، به اجرا درآمد. در سال ۲۰۰۴ در سیستم اداری روسیه، اصلاح و بهسازی جدیدی صورت پذیرفت و کمیسیون بهداشت به وزارت بهداشت و کمیسیون امور اجتماعی به وزارت توسعه‌ی اجتماعی، تغییر نام داد. در همین زمان، سمت‌های وزیر بهداشت و وزیر توسعه اجتماعی بوجود آمد. وزارت بهداشت و توسعه‌ی اجتماعی روسیه در مسکو واقع شده بود و مسئول توسعه و پیشرفت بهداشت عمومی، سیاست اجتماعی و قانونگذاری در فدراسیون روسیه بود. وظایف این وزارت عبارتند بود از: هماهنگی فعالیت‌های صندوق بازنشستگی، صندوق تأمین اجتماعی، صندوق بیمه‌ی خدمات درمانی اجباری و نظارت بر آژانس‌ها و سرویس‌های خدمات دولتی در زمینه‌ی بهداشت و مسائل اجتماعی. این وزارت توسط وزیر و ۵ قائم مقام وزیر اداره می‌شد و دارای ۱۳ بخش بود.

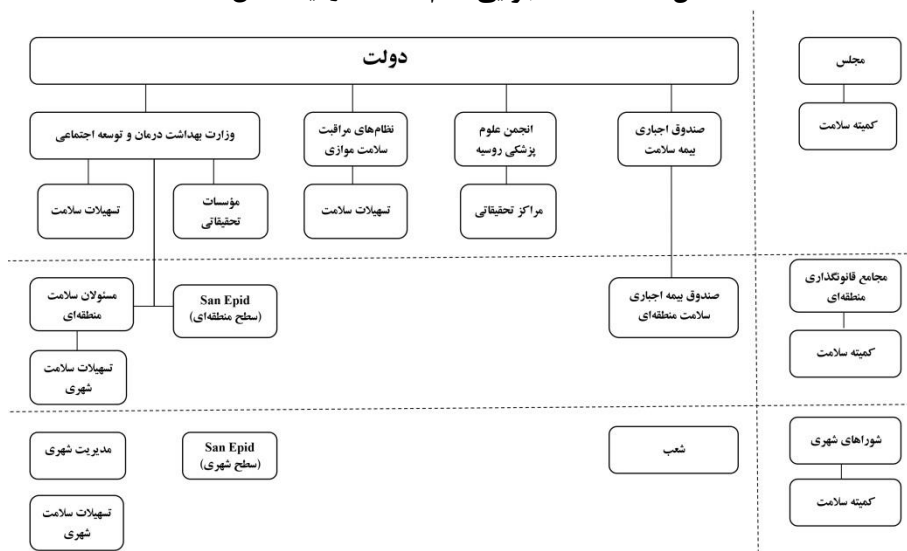
در روسیه در سطح فدرال تا سال ۲۰۱۲ وزارت بهداشت و توسعه‌ی اجتماعی مسئول سلامت مردم بود. (شکل ۱-۷) در سال ۲۰۱۲ این وزارت تبدیل به وزارت سلامت شد (شکل ۲-۷) و توسعه اجتماعی به وزارت کار ملحق و وزارت کار و حمایت‌های اجتماعی تشکیل شد.

۲-۳. بهداشت و سیستم اجتماعی در سطح فدرال

وزارت سلامت روسیه در مسکو واقع شده است و مسئول توسعه و پیشرفت بهداشت عمومی، سیاست اجتماعی و قانونگذاری در فدراسیون روسیه می‌باشد. وظایف این وزارت عبارتند از: هماهنگی فعالیت‌های صندوق بازنشستگی، صندوق تأمین اجتماعی، صندوق بیمه‌ی خدمات درمانی اجباری و نظارت بر آژانس‌ها و سرویس‌های خدمات دولتی در زمینه‌ی بهداشت و مسائل اجتماعی.

وزارت بهداشت توسط وزیر بهداشت و ۵ قائم مقام وزیر اداره می‌شود و دارای ۱۳ بخش می‌باشد. بخش همکاری بین‌المللی، نقش همکاری دو جانبه و چند جانبه را با بسیاری از کشورها و سازمان‌های بین‌المللی، بر عهده دارد.

شکل ۱-۷. ساختار اجرایی نظام سلامت روسیه تا سال ۲۰۱۱



یکی از خدمات هماهنگ شده از طریق وزارت بهداشت، با حضور در کلیه نواحی، خدمات عمومی فدرال برای نظارت بر حمایت از حقوق مصرف کنندگان و بهزیستی عمومی می‌باشد. وزارت بهداشت، مسؤول مسائل بهداشت عمومی از قبیل کنترل بیماری‌های مسری، ثبت بیماری‌ها، سلامت مواد غذایی، کنترل آب آشامیدنی و چندین موضوع دیگر می‌باشد و حضور منطقه‌ای آن از طریق مدیریت‌های منطقه‌ای واقع شده در کلیه مناطق امکانپذیر می‌گردد و بودجه اش را از طریق بودجه‌ی فدرال، تأمین می‌کند. مدیریت‌های منطقه‌ای در سطح شهری دارای ادارات و دفاتر محلی می‌باشند و نمایندگان در بیمارستان‌ها از طریق سازمان‌هایشان گزارش می‌دهند. در سال ۲۰۰۹، بیش از ۱۱۰۰۰۰ متخصص در سیستم فدرال^۱ مشغول بکار بودند.

۲-۴. ساختار تشکیلاتی وزارت

سطح فدرال وزارت: وزارت سلامت در بالاترین سطح اجرایی است که توسط وزیری اداره می‌شود که توسط نخست وزیر تعیین شده و مورد تأیید مجلس قرار می‌گیرد. وزارت سلامت، بدنه سیاست‌گذار مرکزی برای فدراسیون روسیه است و در بازبینی کار و تصمیمات محول شده به بخش‌ها نقش کوچکی دارد.

مهم‌ترین مسئولیت‌های رسمی وزارت شامل موارد زیر است:

- توسعه و اجرای سیاست‌های دولتی در مراقبت سلامت؛
- توسعه و اجرای برنامه‌های سلامت فدرال، از جمله پیش قدمی در زمینه دیابت، سل، تروپیک سلامت، آموزش سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها؛
- تهیه گزارش‌های قانونی و رایه آن به دولتی؛
- اداره تسهیلات سلامتی فدرال؛
- رصد محیطی سلامت و توجه به بیماری‌های همه گیر و آمارهای حوزه سلامت؛
- کنترل بیماری‌های واگیردار؛
- تنظیم حوزه سلامت؛
- افزایش استانداردهای فدرال رایه توصیه برای تضمین کیفیت؛
- توسعه و اجرای برنامه‌های سلامتی فدرال و تروپیک سلامت؛
- کنترل و صدور مجوز داروها.

شکل شماره ۲-۷، ساختار سازمانی کنونی وزارت بهداشت فدرال که در سال ۲۰۱۲ اصلاح شده را نشان می‌دهد.

در واقع وزارت بهداشت روسیه در سال‌های اخیر با تغییرات مکرر در ساختار سازمانی اش روبرو است، از جمله ادغام دپارتمان‌ها و یا ایجاد یک دپارتمان جدید یا ترکیب و باز تخصیص وظایف، ساختار سازمانی کنونی تغییراتی ایجاد شده را منعکس می‌کند از جمله ایجاد، حذف، و ترکیب دپارتمان‌ها، هدف از پی‌گیری این تغییرات، افزایش کنترل اجرای اصلاحات، بهبود پیش‌بینی‌های استراتژیک و بطور کلی بهبود هماهنگی و اثر بخشی کل وظایف وزارتخانه بود. بعلاوه، وزارت سلامت برنامه‌های فدرال را که با موضوعات زیر سر و کار دارد، هدف گذاری کرده است:

- دیابت

- سل

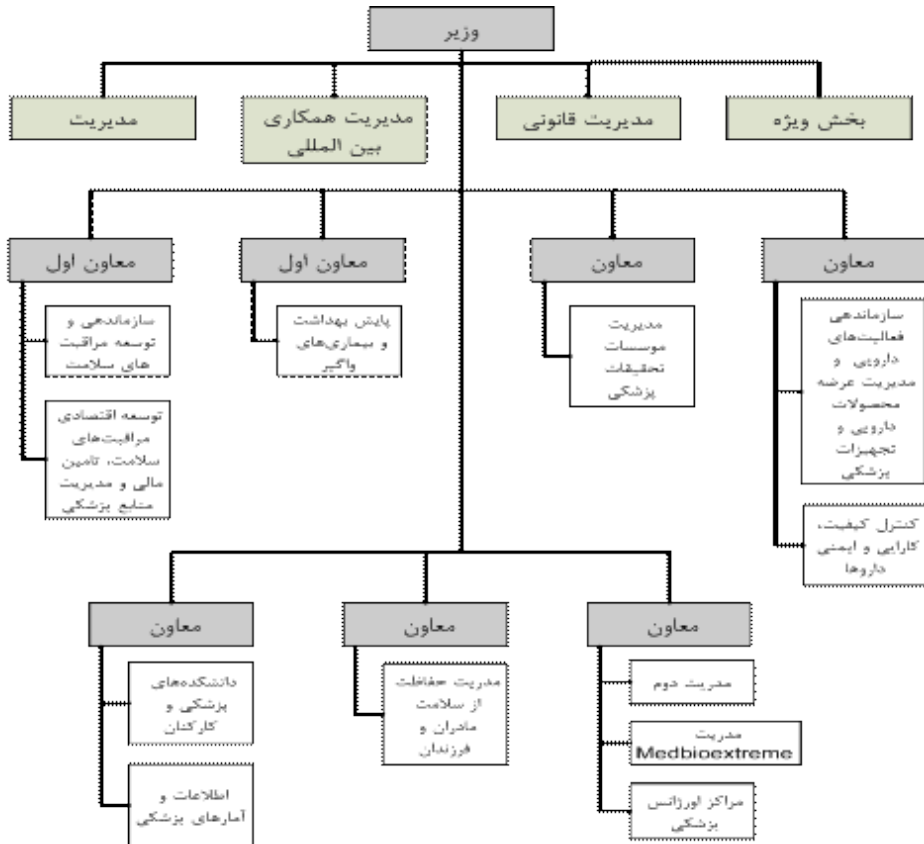
- مصونیت

- تکنولوژی‌های پیشرفته

HIV/AIDS -

- داروهای اضطرابی
- مراقبت از مادر و فرزند
- توسعه صنعت پزشکی
- تدارکات بهداشتی و پزشکی برای صنایع انرژی هسته و دیگر صنایع خطرناک

شکل ۲-۷. ساختار سازمانی وزارت سلامت فدرال



سیستم مراقبت‌های بهداشتی san-epid^۱ خدمتی مستقل در حوزه وزارت سلامت را شامل می‌شود. بر خلاف مدیریت غیرمتمرکز مراقبت پزشکی سیستم مراقبت‌های بهداشتی san-epid ساختار سلسله مراتبی خود را حفظ کرده است؛ بدین صورت که مراکز سطح شهری به سطح منطقه‌ای گزارش می‌دهند. در هر بیمارستان یک پزشک یا مامور بهداشت san-epid باید تمام بیماری‌های عفونی را به سیستم مراقبت‌های بهداشتی san-epid گزارش دهد. سیستم عمودی سازمان اجازه می‌دهد که جریان اطلاعات به سمت بالا ادامه یابد؛ اما در مورد جریان اطلاعات به سمت پایین، هشدار می‌دهد.

تأمین بودجه‌ی وزارت سلامت، توسط وزارت اقتصاد صورت می‌گیرد و برای تأمین مالی مؤسسات تحقیقاتی و علمی، فعالیت‌های کلینیکی، انجمن علوم پزشکی، مراکز علمی و مدارس پزشکی استفاده می‌شود.

تسهیلات پزشکی فدرال ۴ درصد کل ظرفیت تخت‌های بیمارستانی در فدراسیون روسیه را بر عهده دارد. در حال حاضر سطح فدرال سیستم وزارت سلامت، تنها بخش کوچکی از کل منابع عمومی موجود در مراقبت‌های سلامت را در کنترل دارد (حدود ۵۰ درصد)

• **سطح منطقه‌ای:** واحدهای اجرایی در این سطح، مراقبت‌های سلامتی منطقه‌ای را مدیریت می‌کنند. قبل از تصویب قانونی که در سال ۱۹۹۳ و با هدف ایجاد و استقرار یک نظام بیمه اجباری سلامت صورت گرفت، دولت‌های منطقه‌ای کنترل کاملی بر اعتبارات منطقه‌ای مربوط به مراقبت سلامتی داشتند. با اجرای قانون بیمه اجباری سلامت بخشی از این کنترل به صندوق‌های بیمه اجباری سلامت واگذار شد.

به دلیل پیاده سازی ناکامل نظام بیمه سلامت، هم اکنون دولت‌های محلی و منطقه‌ای، کنترل بودجه‌های عمومی مربوط به مراقبت سلامت را در اختیار دارند و نقش مهمی در مدیریت آن ایفا می‌کنند. مناطق باید در راستای برنامه‌های فدرال حرکت کنند، بخصوص در مواردی که تمرکز روی کنترل شرایط و بیماری‌های عفونی تعریف شده است که اولویت اجتماعی بالایی دارند ولی نباید به وزارت سلامت گزارش دهند.

با تمرکززدایی که در سال ۱۹۹۰ انجام شد، آنها از استقلال قابل ملاحظه‌ای در واحدهای اجرایی شان برخوردار شدند. بعضی از دیارتمان‌های سلامت‌های منطقه‌ای در تنظیم برنامه‌های اصلاحی و کنترل کیفیت خدمات نقش ایفا می‌کنند.

در تأمین خدمات، تسهیلات سطح منطقه‌ای بطور نمونه شامل ۱۰۰۰ تخت بیمارستانی عمومی برای افراد بالغ و ۴۰۰ تخت بیمارستانی برای کودکان، با امکاناتی برای بیماران سرپایی و بستری می‌باشد.

علاوه بر این، سطح یادشده شامل مؤسسات تخصصی پزشکی برای بیماری‌های عفونی، سل و بیماری‌های روانی و دیگر مؤسسات و همچنین ۲۵ درصد بهداری‌ها و حدود ۷۰ درصد مراکز تشخیص بیماری می‌باشد.

• **سطح شهری:** در بسیاری از شهرهای بزرگ‌تر، مقامات سطح شهری در فرایندهای اصلاحات بطور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرند، در حالی که در مناطق روستایی وظایف مقامات سلامت به سمت مدیریت بیمارستان مرکزی منطقه حرکت می‌کنند.

طبق قانون سال ۱۹۹۵ (اصول سازمان‌های محلی مردم نهاد در فدراسیون روسیه)، دولت‌های سطح شهری موظف به ارایه گزارش به دولت‌های سطح فدرال یا منطقه‌ای نیستند، اگر چه آنها باید بر اساس دستورات وزارت فعالیت نمایند. این مساله مشکلی را به سیاست سلامت تحمیل کرد؛ چرا که نهادهای متولی در سطح شهرها موظف نیستند مطابق با سیاست‌ها یا اصلاحات سلامت در سطح منطقه‌ای فعالیت کنند و تنها متعهد به خدمات مراقبت‌های سلامت در حوزه اختیارات قانونی شان می‌باشند.

ریون‌های شهری معمولاً دارای یک بیمارستان شهری چند تخصصه برای افراد بالغ با حدود ۲۵۰ تخت و بیمارستان شهری برای کودکان با حدود ۲۰۰ تخت می‌باشند. بعلاوه، بیمارستان‌هایی برای مراقبت‌های اورژانسی و بیمارستان‌های تخصصی ۷۰۰ تختی برای بیماری‌های عفونی و سل، زایشگاه‌ها، بیمارستان‌های روانی و بهداری‌ها، پلی کلینیک‌های مستقل و مراکز تشخیص بیماری‌ها در این سطح قرار دارند. در مورد ریون‌های روستایی مؤسسات معمولاً شامل یک بیمارستان مرکزی با تقریباً ۲۵۰ تخت هستند و بعضی از ریون‌ها نیز ممکن است بیمارستان‌های کوچکتری با حد ۱۰۰ تخت داشته باشند.

۲-۵. نظام مراقبت‌های سلامت موازی

نظام مراقبت‌های سلامت شامل وزارتخانه‌هایی به غیر از وزارت سلامت می‌باشند که مانند سازمان‌های عمومی بطور سنتی خدمات مراقبت سلامت را به طور اختصاصی برای کارمندان و خانواده‌هایشان فراهم کرده‌اند. وزارت دفاع، راه آهن، کشتیرانی، و ... دارای شبکه‌هایی از پلی کلینیک هستند که تعدادی از آنها تسهیلاتی را برای بستری کردن بیماران در اختیار دارند. خدمات مراقبت‌های سلامتی از این نوع، معمولاً کیفیت بالاتری دارند. در مورد ۱۸ سازمان غیرنظامی موازی، اعتباراتی از بودجه فدرال و از طریق وزارت اقتصاد تأمین می‌شود. در مورد سازمان‌های نظامی / امنیتی، اعتبارات با ترکیبی از بودجه فدرال و منابع خارج از بودجه تأمین می‌گردد.

بعلاوه سازمان‌های عمومی بزرگ، با دادن مکان به ارایه دهندگان خدمات سلامتی و تأمین مالی فعالیت‌هایشان را ادامه می‌دهند؛ اگرچه در مورد صنایعی که با مشکلات مالی روبرو هستند گرایش آنها به سمت حذف خدمات مراقبت‌های سلامتی از مسئولیت خود متمایل شده است.

نظام مراقبت‌های سلامت موازی دارای ۱۵ درصد امکانات درمان سرپایی و در حدود ۶ درصد امکانات درمانی با قابلیت بستری می‌باشد. هماهنگی‌هایی میان نظام‌های تأمین کننده شهری و منطقه‌ای ایجاد شده و نظام‌های وزارتی نیز در این محدوده قرار گرفته‌اند. این هماهنگی بر پایه قراردادهایی میان صندوق‌های بیمه اجباری سلامت منطقه‌ای و تسهیلات خدمات سلامتی بنا نهاده شده است. بیشتر تسهیلات نظام مراقبت‌های سلامت موازی (حتی خدمات امنیتی فدرال یا بیمارستان "FSS" به عنوان یکی از سیستم‌های موازی اختصاصی در نظر گرفته شده است)، قراردادهایی با صندوق‌های بیمه اجباری سلامت برای تدارک خدمات برای افراد تحت پوشش منعقد می‌کنند. بعلاوه امکان دسترسی به بیشتر این خدمات بر اساس قیمت‌های آزاد (زمانی که بیمار هزینه درمان را خود می‌پردازد یا از طریق بیمه‌های خصوصی پرداخت می‌کند) وجود دارد. به هر حال هزینه بالای این خدمات مانع از استفاده گسترده از آن می‌شود.

• **انجمن علوم پزشکی روسیه:** با استقلال فدراسیون روسیه در سال ۱۹۹۱، آکادمی علوم پزشکی شوروی به انجمن علوم پزشکی روسیه تغییر نام داد؛ ولی مسئولیت تحقیقات پزشکی همچنین استقلال خود را از وزارت بهداشت فدرال حفظ کرد. تأمین مالی این انجمن توسط بودجه فدرال صورت

فصل هفتم: نظام سلامت در روسیه ۱۶۳

می‌گیرد و تخصیص‌های مربوط به پژوهش خود را از وزارت اقتصاد به همراه وزارت آموزش و تخصیص‌های مربوطه به فعالیت‌های کلینیکی خود را نیز از وزارت بهداشت دریافت می‌کند.

۶-۲. ریون‌ها، شهرها و شهرستان‌ها (شهرداری‌ها)

بخش‌های فدرال به شهرداری‌ها تقسیم می‌شوند، این شهرداری‌ها بر چند گونه‌اند: ریون‌ها، شهرها، شهرستان‌ها، روستاها و آبادی‌ها.

در سطح شهری، شهرداری‌ها مسئول ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند که ممکن است بیمارستان‌های محلی و درمانگاه‌ها و یا مراکز بهداشت در مناطق روستایی را دربرگیرد.

جدول ۳-۷. سیر تحولات تاریخی در نظام سلامت روسیه

سال	رویداد	نتیجه / اهداف
۱۸۶۱	نسخ نظام رعیتی	بهبود ناچیزی در شرایط کشاورزان
۱۸۶۴	تصویب اصلاحات آزاد	ایجاد مراقب‌های بهداشتی و سایر خدمات اجتماعی رایگان برای روستاییان فقیر
۱۹۱۲	ایجاد بیمه اجتماعی بیسمارکی	۲۰٪ کارگران صنعتی تحت پوشش این نوع بیمه درآمدند
۱۹۱۴	جنگ جهانی اول	قحطی و ترویج بیماری‌های واگیر
۱۹۱۸	اصول مراقبت‌های سلامتی Semashko	مسئولیت دولت برای سلامت درست‌تری همگانی به خدمات رایگان رویکرد پیشگیرانه به بیماری‌های اجتماعی مراقبت‌های تخصصی با کیفیت ارتباط نزدیک میان علم پزشکی و حرفه پزشکی تداوم ارائه خدمات میان خدمات پیشگیرانه، درمانی و توانبخشی
۱۹۲۰	کنترل و پیشگیری از بیماری‌های واگیر	افزایش سلامت عمومی
۱۹۲۸	برنامه ۵ ساله وزارت بهداشت	ایجاد درمانگاه‌های چندبخشی برای کشاورزان و کارکنان صنعت ایجاد مدارس جهت پرورش نیروی انسانی متخصص
۱۹۳۷	نسخ بیمه اجتماعی	بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و سایر تسهیلات درمانی ملی شده و تحت مالکیت بخش‌ها قرار گرفتند نظام سلامت به صورت متمرکز درآمد افزایش کارکنان و تخت‌های بیمارستان‌ها

۱۶۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

سال	رویداد	نتیجه / اهداف
۱۹۴۱	ورود روسیه به جنگ جهانی دوم	عملکرد مطلوب نظام سلامت برای افراد و سربازان توسعه مراکز ارایه خدمت در کارخانه‌ها و واحدهای نظامی ایجاد شبکه‌ای مراکز توانبخشی
۱۹۶۰	افزایش بیماری‌های واگیر	افزایش تسهیلات بیمارستانی توسعه معاینه‌های سالیانه برای همه افراد
۱۹۸۵	پی‌گیری سیاست‌های پیشگیری و بهبود تسهیلات درمانی	توسعه داروهای پیشگیری ساخت بیمارستان‌های تخصصی عمومی
۱۹۸۷	ایجاد مکانیزم‌های اقتصادی جدید	اصلاح شیوه‌های تأمین مالی
۱۹۹۱	فروپاشی شوروی	نارسایی‌های شدید شیوه‌های تأمین مالی
۱۹۹۳	تصویب بیمه سلامت اجباری	بهبود در تأمین مالی - افزایش کارایی - تمرکز زدایی
۲۰۰۴	تشکیل وزارت سلامت و توسعه اجتماعی	اجرائی شدن بیمه همگانی
۲۰۱۲	تشکیل وزارت سلامت	انتقال وظایف به این وزارت

۳- نظام ارایه خدمات

سیستم مراقبت‌های پزشکی روسیه، هم بیماران سرپایی / درمانگاهی، اورژانسی خودکفا و فقیر و هم خدمات بیماران بستری در بیمارستان‌ها را شامل می‌شود. مراقبت‌های پزشکی، افراد را در تقریباً ۵۹۹۳ بیمارستان، ۷۹۵۱ مرکز بهداشت، ۲۳۳۰ درمانگاه عمومی که بیماران سرپایی را تحت درمان قرار می‌دهد و ۸۲۷ دندانپزشکی، تحت پوشش خود قرار می‌دهد. علی‌رغم شبکه‌ی پیشرفته‌ی درمانگاههایی که بیماران سرپایی را تحت درمان قرار می‌دهند، سیستم فعلی در فراهم‌سازی مراقبت‌های پزشکی اولیه، زمانی که با نیازهای جمعیت این کشور و جامعه مدرن امروزی مواجه می‌شود، ناتوان است.

۳-۱. خدمات بهداشتی اولیه و خدمات بهداشتی دولتی

بیماران مناطق روستایی توسط مجموعه‌های بهداشتی که معمولاً ماما هستند پوشش داده شده و در مناطق شهری، خدمات اولیه توسط پزشکان بر اساس پلی‌کلینیک‌های محلی ارایه می‌شود. همچنین در موارد پیچیده‌تر به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های سطح سوم ارجاع داده می‌شوند.

سطح اول مراقبت‌ها

۳-۲. مجموعه‌های بهداشتی - ایستگاه‌های مامایی

این مجموعه‌ها جمعیتی در حدود ۴۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهند و ارایه خدماتی از قبیل واکسیناسیون، انجام معاینات بهداشتی اولیه و آزمایش‌های روتین و همچنین ارایه مراقبت به مادران باردار و زایمان را به عهده دارند. آنها درمان جراحات خفیف را به عهده دارند و معاینات روتین در منزل را نیز انجام می‌دهند، اما مجوز تجویز دارو ندارند. پرسنل مامایی معمولاً به مدت دو سال فراتر از پرستار آموزش می‌بینند، توسط حکومت محلی استخدام می‌شوند.

۳-۳. مرکز بهداشتی

مناطق شهری و روستایی با حدود ۷۰۰۰ نفر جمعیت را پوشش می‌دهند. آنها توسط پزشک عمومی، پزشک اطفال و گاهی اوقات متخصص زنان و زایمان و همچنین کادر پرستاری اداره می‌شوند.

آنها خدمات مراقبت اولیه، شامل واکسیناسیون، غربالگری، درمان بیماری‌های خفیف و نظارت بر بیماری‌های مزمن، تجویز نسخه را به عهده دارند. مراکز بهداشتی تعداد محدودی تخت بیمارستانی دارند و قادر به ارایه خدمات سرپایی به بیماران و انجام جراحی‌های کوچک هستند.

۳-۴. پلی کلینیک‌های شهری

پلی کلینیک‌های شهری گروهی از پزشکان عمومی و کارمندان امدادی هستند که خدماتی مانند غربالگری، درمان اولیه برای بیماری‌های حاد و درمان‌های مستمر برای بیماری‌های مزمن را به عهده دارند. برای هر بیمار یک پزشک تعیین شده و بیمار حق دارد پزشک خود را تغییر دهد، دریافت خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع و به واسطه پزشک عمومی صورت می‌گیرد.

۳-۵. پلی کلینیک‌های فوق تخصصی

در شهرهای بزرگ، شبکه‌ای از پلی کلینیک‌ها فوق تخصصی اطفال وجود دارد که متخصصان اطفال خدمات سرپایی را فقط برای کودکان بالای ۱۵ سال ارایه می‌دهند.

همچنین در مناطق پرجمعیت پلی کلینیک‌هایی که منحصرًا برای زنان تخصیص یافته تدارک دیده شده است و خدمات مربوط به زنان و زایمان را ارائه می‌کند.

۳-۶. بخش خصوصی

هر چند که بخش خصوصی مشخصی وجود دارد اما بسیار کوچک است و در قالب مؤسسات خصوصی فعالیت می‌کند. این مؤسسات شامل پلی کلینیک‌هایی با سیستم پرداخت کارانه است، که خدمات اولیه و ثانویه را توأمان ارائه می‌دهند و مؤسسات تشخیصی و بیمارستان‌های خصوصی بسیار کوچک را اداره می‌کنند و توسط بیمه‌گران خصوصی مدیریت می‌شوند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. نظام بیمه‌ای

قانون اصلاح مراقبت‌های سلامتی که در سال ۱۹۹۳ به تصویب رسید، نظام بیمه اجباری سلامت در روسیه را ایجاد کرد تا مشکل حاد تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی را برطرف کند. این امر موجب ایجاد یک ارتباط دو سویه میان ارائه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان شد تا در نهایت کارایی، کیفیت و عدالت و برابری را در نظام مراقبت‌های سلامتی محقق شود. مشخصه کلیدی سیستم تأمین مالی جدید، استقرار نظام بیمه اجباری سلامت فدرال و **صندوق‌های بیمه در سطح منطقه‌ای** است. هدف صندوق‌های منطقه‌ای جمع‌آوری و مدیریت درآمدهای بیمه‌ای به میزان $\frac{3}{6}$ درصد مالیات بر حقوق کارکنان و نیز مشارکت‌های دولت منطقه‌ای از جانب جمعیت غیرشاغل (بچه‌ها، بازنشستگان، و بیکاران و...) و توزیع این اعتبارات به شرکت‌های بیمه‌ای یا شاخه‌های منطقه‌ای، است. از $\frac{3}{6}$ درصد مالیات بر حقوق $\frac{3}{4}$ درصد به صندوق‌های منطقه‌ای و ۲ درصد به صندوق‌های فدرال اختصاص می‌یابد.

البته در اصلاحات سال ۲۰۱۱ درصد مالیات از $\frac{3}{6}$ به $\frac{5}{1}$ درصد افزایش یافت. سهم صندوق‌های فدرال، صرف یارانه‌های میان منطقه‌ای به منظور یکنواخت کردن تأمین مالی می‌شود. صندوق فدرال یک موجودیت قانونی مستقل است و گزارشی به وزارت سلامت ارائه نمی‌دهد؛ اگر چه وزارت سلامت از طریق عضویت در هیأت مدیره، نظارت خود را حفظ کرده است.

صندوق‌های بیمه اجباری سلامت فدرال، عملیات ۸۹ صندوق منطقه‌ای را تنظیم و نظارت می‌کند و مسئولیت‌های کلیدی آن اجرای مکانیزم یکنواخت کردن و تنظیم کل نظام بیمه است. صندوق‌های منطقه‌ای مسئول انباشت مشارکت‌ها و اجرای برنامه‌های دولت هستند.

۱. **شرکت‌های بیمه:** دیگر مشخصه اصلی قانون اصلاحی مراقبت‌های سلامتی، استقرار یک پرداخت کننده ثالث مستقل برای پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی به نمایندگی از بیماران می‌باشد. این پرداخت کنندگان می‌تواند به دو صورت سازمان‌های مستقل و شعب صندوق‌های بیمه منطقه‌ای وجود داشته باشند.

شرکت‌های بیمه اعتبار خود را از صندوق‌های منطقه‌ای تحت قرارداد و بر اساس سرانه دریافت می‌کنند تا این اعتبارات را در اختیار ارایه دهندگان انتخاب شده طرف قرارداد و به منظور تشویق رقابت بین آنها جهت ترویج مراقبت‌های با هزینه کم و کیفیت بالا قرار دهند. بر این اساس نقش آنها رصد نحوه استفاده، کیفیت خدمات و تأمین مالی است و انتظار می‌رود تا به سمت ترویج مراقبت‌های اساسی و اقدامات پیشگیرانه پیش روند. همچنین این شرکت‌ها می‌توانند بیمه‌های داوطلبانه (اختیاری) را نیز فراهم کنند.

تا اواخر سال ۱۹۹۰ نظام بیمه اجباری سلامت متشکل از صندوق بیمه فدرال و ۸۹ صندوق بیمه منطقه‌ای، ۱۱۷۵ شعبه صندوق بیمه منطقه‌ای (که ۴۷۸ تای آنها بصورت بیمه گر فعالیت می‌کردند) و ۴۱۵ شرکت بیمه‌ای بود. هم اکنون قریب به ۳۰۰ شرکت بیمه‌ای عضو نظام بیمه اجباری سلامت بوده و در تعداد این شرکت‌ها به دلایلی از قبیل ورشکستگی و ادغام در یکدیگر روندی کاهشی وجود دارد. از اواخر سال ۱۹۸۰ مجوز بیمه‌های خصوصی نیز داده شد و تعداد زیادی سازمان‌های بیمه مستقل در این حوزه شروع به فعالیت کرده‌اند.

اجرای قانون بیمه سلامت با چالش‌های متعددی مواجه شده است. در واقع این قانون بطور ناقص اجرا می‌شود و تغییرات گسترده‌ای در الگوهای تأمین مالی بوجود آورده است. در ۱۶ درصد مواقع پرداخت کننده طرف سوم، صندوق منطقه‌ای و در ۹ درصد، طرف سوم، شبه صندوق منطقه‌ای است. به عبارت دیگر در شهرها شرکت‌های بیمه و شعبه‌های صندوق‌های منطقه‌ای بعنوان پرداخت کننده طرف سوم، فعالیت می‌کنند.

مدل رقابتی و بر پایه بازار، تنها در مورد خاص بوجود آمد و افزایش منابع مالی و بهبود کارایی به میزان مورد انتظار، محقق نشده است. بحث‌هایی در مورد نقش آتی متصدیان بیمه در جریان است؛ چراکه آنها به عنوان آژانس‌های بوروکراتیک حدود منابع را تعیین می‌کنند که می‌تواند کارایی در مکانیزم تأمین مالی را در پی داشته باشد.

۲. **بخش خصوصی:** ارایه خدمات توسط بخش خصوصی که به لحاظ قانونی مجاز است، تنها توسعه‌اندکی در بخش سلامت داشته است. بخش سلامت در برنامه‌های خصوصی سازی سریع گنجانده نشده است، چراکه تسهیلات و خدمات دهندگان مراقبت پزشکی نباید به مؤسسات انتفاعی، تبدیل شوند تا بتوان به اصول برابری و دسترسی برابر به خدمات سلامت برای تمام افراد جامعه دست یافت. بیمارستان‌ها به سازمان‌ها و فراهم کنندگان بیمه اختیاری سلامت که پرداخت کننده هزینه‌های سلامت هستند، ارایه خدمات را بر عهده دارند و مالکیت بیمارستان‌ها بطور اختصاصی در اختیار دولت باقی می‌ماند. ابهام قانونی در ارتباط با تضمین امتیاز خریداری شده از دولت به عنوان مانع بزرگی برای حرکت به سمت مالکیت خصوصی مطرح است.

بخش خصوصی در حوزه‌هایی مثل اقلام دارویی، دندانپزشکی، چشم پزشکی بخوبی توسعه پیدا کرده است. اقلام دارویی (غیر ضروری) که باید توسط داروخانه فروخته شود، یکی از اولین بنگاه‌های بخش سلامت می‌باشد که نیازمند خصوصی سازی است. همچنین بیشتر تعرفه‌های خدمات دندانپزشکی آزاد بوده و فراهم کنندگان این خدمات عمدتاً بخش خصوصی هستند. از دیگر حوزه‌هایی که تسهیلات بخش خصوصی در حال رشد می‌باشد می‌توان به مراکز تشخیص بیماری، توان بخشی و خدمات سلامت سرپایی خصوصی در مورد بعضی تخصص‌ها اشاره کرد. در حال حاضر پیش نویس قانونی تحت بررسی است که آئین‌نامه‌های مربوط به فعالیت پزشکی خصوصی را مورد توجه قرار می‌دهد.

۳. **گروه‌های حرفه‌ای:** در اتحادیه جماهیر شوروی حوزه گسترده‌ای از انجمن‌های حرفه‌ای و عملی وجود داشت، اما آنها هرگز بصورت نهادهایی با استقلال حقیقی شکل نگرفتند. بعد از تشکیل فدراسیون روسیه ضرورت تشکیل نهادهای فوق با استقلال و اختیار بیشتر بوجود آمد. انجمن پزشکی روسیه به عنوان نهادی که دیدگاه‌های حرفه‌ای در موضوعات مرتبط با سیاست گذاری سلامت ابراز می‌کرد، بوجود آمد. برنامه‌هایی برای تفویض بعضی از اختیارات و وظایف وزارت سلامت در حوزه‌هایی که مربوط به فعالیت‌های حرفه‌ای است، به این

سازمان وجود دارند. از جمله آنها می‌توان به آموزش فارغ التحصیلان، صدور گواهی، استانداردهای حرفه‌ای، تضمین کیفیت و دستمزدها اشاره کرد. علاوه بر این، انجمن‌هایی متشکل از پزشکان با تخصص‌های خاص نیز وجود دارند. بطور مشابه برای پزشکان ورود به امور سیاسی معمول بوده و وزیر سلامت و معاونانش نیز همیشه از متخصصین پزشکی هستند که این امر دسترسی متخصصین پزشکی به تصمیم‌گیران را تضمین می‌کند.

۴. **بخش داوطلبانه:** هنوز هم بخش داوطلبانه یا غیردولتی توسعه نیافته است و با خصومت‌هایی از طرف آژانس‌های دولتی و نیز ابهاماتی در وضعیت جایگاه قانونی‌اش روبرو است. در گذشته، سازمان‌های خیریه عملکرد شفافی در زمینه مالی نداشته‌اند و سوء استفاده‌های زیادی در این سازمان‌ها اتفاق می‌افتاد. قوانین فدرال «فعالیت‌های خیریه و سازمان‌های خیریه» (دسامبر ۱۹۹۵) چارچوب شفاف‌تری را برای این بخش وضع کردند اما ابهامات در مورد مسئولیت‌ها، وضعیت مالیاتی فعالیت‌های تجاری و آیین‌نامه‌ها همچنان وجود دارد. با این حال سازمان‌های غیردولتی توسط آژانس‌های بین‌المللی تشویق شده‌اند.

اگرچه آنها تمایلی به ارائه خدمات ندارند اما نقششان بعنوان حامیان گروه‌های خاصی از افراد در حال افزایش است. انجمن‌های مشخصی از بیماران مانند انجمن دیابتی‌ها شکل گرفته است که در زمینه حمایت از منافع اعضایشان فعالیت می‌کنند.

اگرچه بخش اعظمی از ساختار نظام مراقبت سلامت شوروی باقی مانده است اما اصلاحات عمیق سازمانی بویژه در ایجاد صندوق‌های منطقه‌ای و فدرال بوجود آمده است. مسائل مربوط به انعطاف ناپذیری و تمرکزگرایی شدید مورد توجه قرار گرفته‌اند ولی همچنان مشکلاتی در خصوص عملیات ساختارهای جدید و روابطشان با یکدیگر وجود دارد. علاوه بر عدم وجود هماهنگی بین مراجع مسئول، مسلماً در بعضی از مناطق دور دست، شکاف‌هایی نیز در اختیارات و پاسخ‌گویی بخش سلامت وجود دارند.

جهت‌گیری اصلاحات آتی در ساختار سازمانی مبهم بوده و ممکن است که ارائه خدمات سلامت هم‌ردیف تأمین اجتماعی و تحت نظر وزارت کار به جای وزارت سلامت قرار گیرد. همچنین درخواست‌های متضادی از سمت مناطق وجود دارد که بعضی از آنها خواستار استقلال

۱۷۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

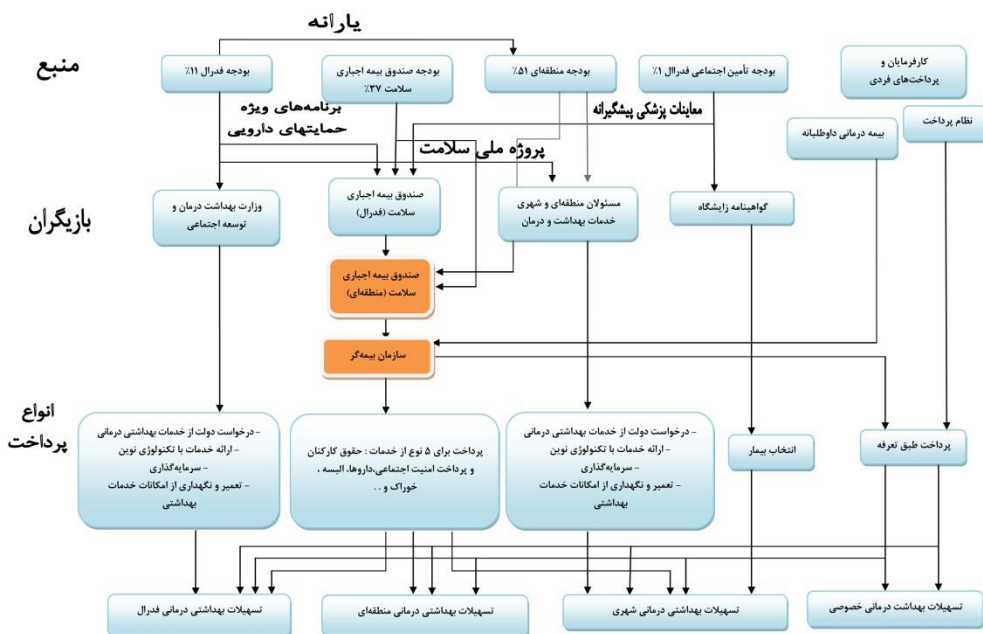
بیشتری هستند. این در حالی است که بعضی دیگر بازگشت به مدل سازمانی متمرکزی را خواستار هستند، تمام برنامه‌های آتی سرمایه گذاری در مدیریت و آموزش اداری را شامل خواهد شد تا در راستای ارایه خدمات سلامت کارا تر حرکت کند.

۲-۴. تأمین منابع مالی

منبع اصلی تأمین منابع مالی دولت محلی است. در مناطقی که مکانیزم‌های بیمه‌ای وجود ندارد تأمین مالی خدمات اولیه از طریق مالیات صورت می‌گیرد. در سایر مناطق شرکت‌های بیمه با پلی کلینیک‌ها قرارداد می‌بندند و در قبال معاینات کامل، اقدامات پیشگیری و درمان‌های انجام شده، مبالغی را پرداخت می‌کنند.

صندوق بیمه سلامت اجباری تأمین مالی خدمات درمانی را برای افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند و یا در مناطقی زندگی می‌کنند که طرح‌های بیمه‌ای مجوز محلی فعالیت ندارند را به عهده دارند. نحوه تأمین مالی خدمات بهداشتی درمانی در روسیه در نمودار (۳-۷) آمده است.

شکل ۳-۷- نمودار نحوه تأمین مالی خدمات بهداشتی درمانی در روسیه



۵- پوشش خدمات

در ابتدای قرن بیستم برنامه‌ریزی‌هایی برای ساخت مجدد روسیه انجام شد که از آن جمله می‌توان به اصول مراقبت‌های سلامتی سماشکو^۱ اشاره کرد که نظام سلامت شوروی بر اساس آن طرح‌ریزی شد. در این طرح حکومت یک نظام سلامت منحصر به فرد را بوجود آورد که خدمات پزشکی را به صورت رایگان به تمام افراد جامعه ارایه می‌کرد. بعد از جنگ جهانی دوم، نیز تمرکز اصلی دولت بر بازسازی و توسعه ظرفیت‌های انسانی و فیزیکی و ایجاد دسترسی یکسان همگان به خدماتی سلامتی قرار گرفت. با افزایش شیوع بیماری‌های واگیر، مراقبت‌های درمانی در کنار خدمات پیشگیرانه به مردم ارایه می‌شد. با فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی پوشش همگانی در این کشور عملاً از بین رفت. در سال ۱۹۹۳ دولت سیستم جدیدی از بیمه سلامت اجباری را بنا نهاد تا آن را جایگزین سیستم مراقبت بهداشتی عمومی و با پشتوانه‌ی دولتی کند که از دوره‌ی اتحادیه‌ی شوروی به جای مانده بود. فرض برنامه بر این بود که با ترکیبی از بودجه اخذ شده از کارفرمایان و شهرداری، سرمایه‌گذاری بیمه تأمین شود، هرچند، مشکلات مربوط به بودجه و فساد در همه‌ی سطوح علتی برای شکست این سیستم بود. شهروندان بیکار از آنجا که عایدی سلامتی آنها منحصرأ توسط اعانه شهرداری، پشتیبانی می‌شود، بیشتر از این کمبود رنج می‌برند.

فصل هشتم: نظام سلامت در ژاپن

۱- کلیات

ژاپنی‌ها کشورشان را «نیپون کوکو» خطاب می‌کنند که به معنی خاستگاه خورشید است. در حقیقت این کشور شرقی‌ترین کشور جهان بدون در نظر گرفتن خاک قطب است. کشور ژاپن در شرق آسیا قرار دارد و به وسیله دریایی با همین نام از ساحل شرقی قاره آسیا جدا شده است. مجمع الجزایر ژاپن از چیزی بیش از ۶۸۰۰ جزیره تشکیل شده است. بیشتر این جزایر بسیار کوچکند و تنها ۳۴۰ جزیره بیش از یک کیلومتر مربع وسعت دارند. ۹۸ درصد مساحت ژاپن از چهار جزیره به نام‌های هوکایدو، هونشو، شیکوکو و کیوشو تشکیل شده است. تنها یک پنجم زمین‌های کشور ژاپن قابل کشاورزی بوده و بقیه کوهستانی و جنگل است. در کشور ژاپن ۲۳ درصد جمعیت در روستاها به سر می‌برند و ۱۰۰ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال باسواد هستند.

ژاپن دهمین کشور پر جمعیت جهان است توکیو پایتخت ژاپن توکیو پس از نیویورک و لندن عنوان بزرگ‌ترین پایتخت‌های صنعتی جهان را به دست آورده است. تراکم جمعیت در این کشور ۳۴۲ نفر و شاخص امید به زندگی در مردان ۸۰.۵۷ سال و در زنان ۸۷.۴۳ سال می‌باشد. میزان مرگ و میر در اطفال ۲/۲۱ در هر هزار تولد می‌باشد نرخ رشد جمعیت در کشور ژاپن در سال ۲۰۱۲ برابر با ۰.۷۷٪ - درصد بوده است زبان مردم ژاپن «ژاپنی» است. این کشور جزو یکی از مشکل‌ترین زبان‌های دنیا برای خارجی‌ان به شمار می‌آید. بر اساس آخرین سرشماری بافت سنی جمعیت: ۱۴-۰ سال ۱۳.۵٪، ۲۴-۱۵ سال ۹.۸٪، ۵۴-۲۵ سال ۳۸.۵٪، ۶۴-۵۵ سال ۱۴.۴٪ و ۲۳/۹ درصد جمعیت ژاپن را افراد ۶۵ سال و بالاتر تشکیل می‌دهند. که این امر موجب شده ژاپن پیرترین ساختار جمعیتی جهان را داشته باشد.

شاخص‌های بهداشتی کشور ژاپن در زمره بهترین در دنیا است. مراقبت‌های بهداشتی از طریق بیمه فراگیر بوده که بیشتر با الزام دولت بر ضرورت ارائه پوشش از سوی کارفرمایان برای کارکنان و خانواده‌هایشان انجام می‌شود.

۱۷۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

مردم ژاپن یکی از پرکارترین مردم دنیا هستند و هیچ کشوری در دنیا به اندازه ژاپن فرهنگ کار و تلاش در زندگی روزانه مردم تثبیت نشده است شاید به طور خلاصه عوامل پیشرفت این کشور را سخت کوشی مردم، صادقانه کار کردن، احترام به مدیر، عدم اسراف و برنامه‌ریزی دقیق دانست. در ژاپن دولت، فعالیت اجرایی کمی را انجام می‌دهد و عمده فعالیت‌های اجرایی به عهده بخش خصوصی است. بخش خصوصی نیز از مدیران بسیار قوی با سطح تحصیلات بالا و تجربه به فراوان برخوردار است بودجه کشور بر اساس مالیات است و مالیات نیز در اکثر موارد سنگین است. به طور مثال مالیات کارخانه‌ها و بیمارستان‌ها ۴۰ درصد در آمد آنها می‌باشد.

جدول ۱-۸. شاخص‌های کلان سلامت ژاپن

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۲	۴	۸۰/۵	۸۷/۵	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۲	۲	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۲	۳	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۱۲	-۰/۷			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۱۲	۱۰۰			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۱۲	۲۱/۴			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۸. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۳۹۱۸۹۲۹	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۳۰۶۶۰	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۹/۳	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۸۰/۳	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۱۹/۷	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۱۸/۲	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶

فصل هشتم: نظام سلامت در ژاپن ۱۷۵

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۹۵۸	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۱۲۰	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۱۷۹	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲۵۰۶	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

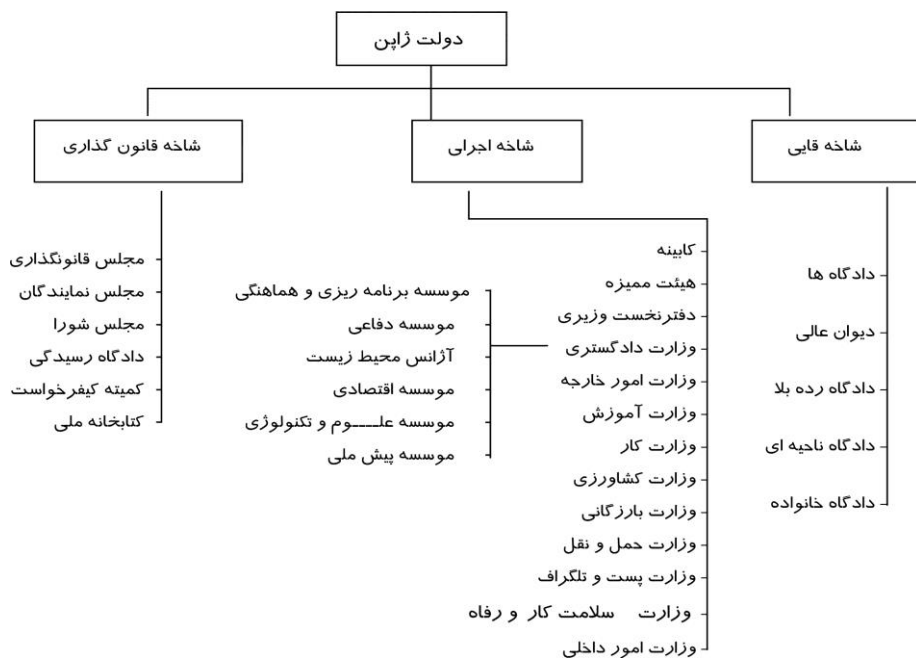
۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

وزارت سلامت و رفاه ژاپن در سال ۱۹۳۸ تأسیس شد. ماده ۲۵ قانون اساسی جدید که در سال ۱۹۴۷، تصویب شد دولت را مسوول تدارک و تأمین حداقل مکفی برای کمک به همه ژاپنی‌ها در تحقق یک زندگی سالم و به لحاظ فرهنگی پر بار نموده است. در حال حاضر وزارت سلامت، کار و رفاه ژاپن مسوول سلامت در این کشور محسوب می‌شود. این وزارتخانه همواره نقش فعالی در ارائه خدمات بهداشت پیشگیری و عمومی داشته است. وزارت سلامت، کار و رفاه کنترل و نظارت نزدیک خود را از طریق بخش‌های بهداشت و درمان محلی عملی می‌کند و در مجموع دارای ۸۵۰ مرکز بهداشت است که مسولیت بهداشت و پیشگیری محیط زیست را به عهده دارند.

۲-۱. ساختار تشکیلاتی وزارت سلامت، کار و رفاه

دولت ژاپن از سه بخش اجرایی، قضایی و قانون‌گذاری تشکیل شده است که وزارتخانه‌ها از جمله وزارت بهداشت و رفاه عمومی از جمله زیرمجموعه‌های شاخه اجرایی هستند. در داخل وزارتخانه، وزیر بهداشت مسوولیت کلی را به عهده دارد و دو قائم مقام، او را در اداره امور همراهی می‌کنند. تمایز خاصی بین بیمه‌ها و یا بهداشت و درمان در ساختار وزارتخانه دیده نمی‌شود و وزیر و دو معاون وی به‌طور مشترک تمام دفاتر و مؤسسات ذیربط را تحت کنترل و نظارت دارند. دبیرخانه وزیر بهداشت مسوولیت بخش آمار و اطلاعات و همچنین بخش خدمات سالمندان را به عهده دارد.

شکل ۱-۸. جایگاه وزارت بهداشت و رفاه عمومی ژاپن در دولت



ساز و کار سیاست‌گذاری سلامت در ژاپن

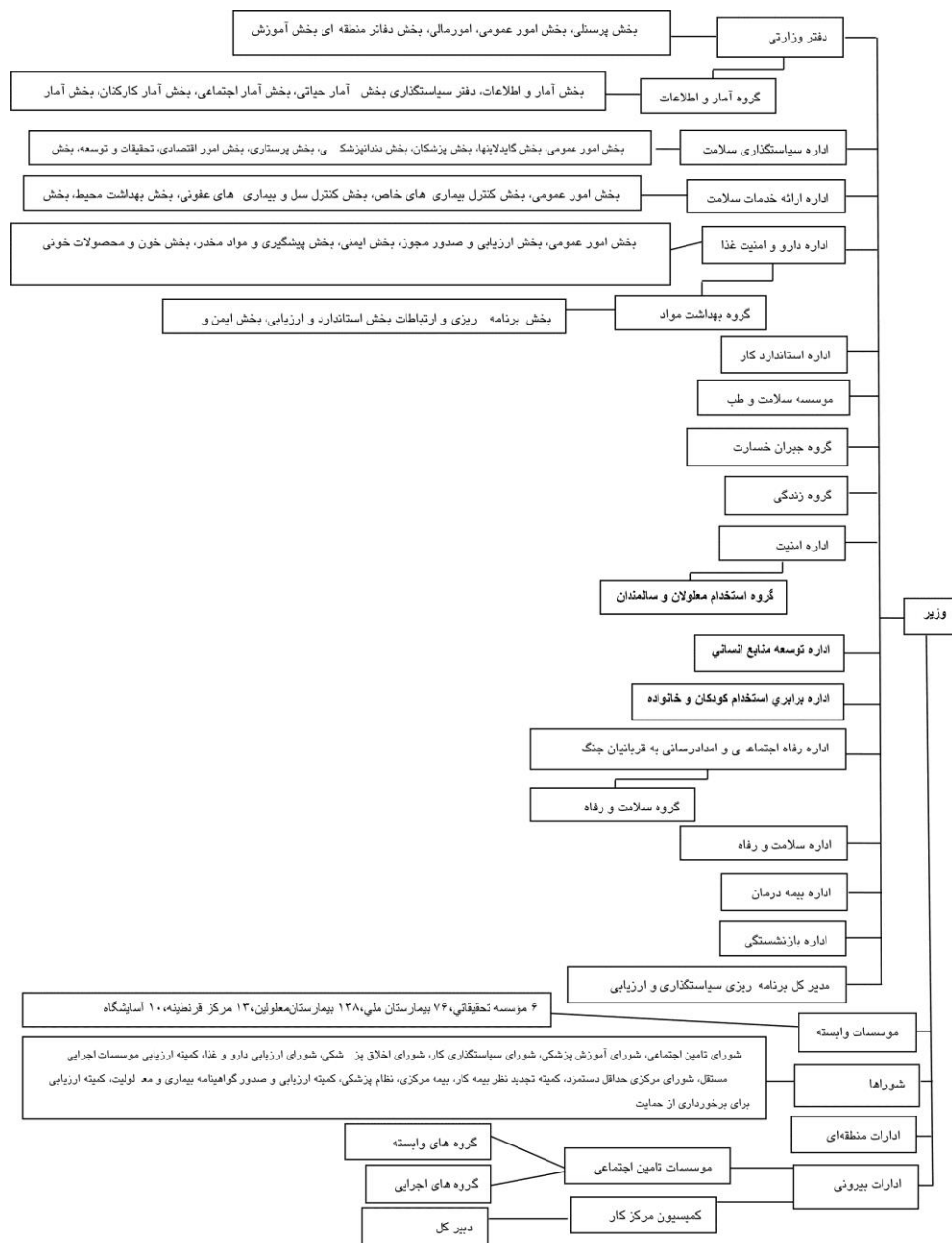
مسئولیت گسترش سلامت جامعه بعد از وزارت سلامت، کار و رفاه به ۴۷ استان و بعد از آن به ۲۶ اداره شهرداری تحت پوشش هر استان محول شده است. هر نوع سیاست‌گذاری در بخش بهداشت و درمان ژاپن، تحت تاثیر حرکت‌های سیاسی جامعه است و هر نوع سیاست‌گذاری در این بخش در جهت ارتقای سلامت جامعه، برقراری عدالت و دسترسی به خدمات و کاهش هزینه‌های بخش بهداشت و درمان اعمال می‌شود. مکانیزم سیاست‌گذاری سلامت در سطح کلان به این شکل است که هر چند سال یکبار (که این زمان با توجه به شرایط و مقتضیات داخل کشور ژاپن و سایر کشورهای دنیا متغیر است) رئیس دولت ژاپن نشستی را بین روسای شاخه‌های قضایی و قانون گذاری برگزار می‌کند. نمایندگان و ترجیحاً روسای تمام زیرشاخه‌ها به ریاست رئیس دولت در این نشست دور هم جمع می‌شوند و سیاست‌های کلان سلامت کشور را تدوین می‌نمایند.

وزارت سلامت، کار و رفاه دارای ساختار نسبتاً مفصلی است که در نمودار ۲-۸ به اختصار

آورده شده است.

فصل هشتم: نظام سلامت در ژاپن ۱۷۷

شکل ۲-۸. ساختار تشکیلاتی وزارت سلامت کار و رفاه



وظایف عمده این وزارت عبارتند از:

- جمع‌آوری درآمدهای تأمین اجتماعی.
- امور بیماری‌ها، بارداری و زایمان، معلولیت‌ها، فوت، خطرهای شغلی.
- ایجاد اشتغال، مبارزه و بیکاری، آموزش فنی و حرفه‌ای.
- هماهنگی بین امور، ضمانت منابع مالی، و ایجاد تعادل بین دستمزدها و هزینه‌ها
- کمک اجتماعی با کمک و همکاری عملی بسیاری از مؤسسات، به خصوص دخالت مجتمع‌های بخش عمومی به نفع نیازمندان.
- ارایه خدمات رایگان به جمعیت بالای ۷۰ سال (هزینه آن توسط دولت مرکزی و دولت ناحیه و شهرداری‌ها پرداخت می‌شود).
- پاسخگوی همه موضوعات مرتبط با بیمه‌های اجتماعی
- اصلاح و تدوین سیاست‌های بلندمدت و کوتاه مدت دارویی
- پیگیری از بیماری‌ها اپیدمی‌ک بهنگام جنگ و سوانح و تهیه غذا، دارو و دیگر تجهیزات
- مدیریت سازمان‌های خصوصی رسمی اجتماعی ثبت شده
- انجام فعالیت‌های حفاظتی افراد بی خانمان و خیابانی
- حفاظت ایمنی و بهداشت و درمان کودکان
- حمایت مالی از افرادی که بیکار، بیمار و از کارافتاده‌اند.
- حمایت‌های مالی از افرادی که از سالمندان و از کارافتادگان مراقبت می‌کنند.
- کمک برای هزینه‌های مسکن.
- به حداقل رساندن آسیب‌پذیری سیستم در برابر سوءاستفاده و تخلفات.
- بسط و توسعه کیفیت خدمات عمومی.
- افزایش کارایی و انعطاف‌پذیری اداری و افزایش توانایی‌های استفاده از فناوری اطلاعاتی به هنگام رسیدگی و سنجش آثار تغییرات حاصله در سیستم مزایا.

برخی از قسمت‌های این وزارتخانه عبارتست از:

- ۱- **سیاستگذاری سلامت:** در اداره سیاستگذاری سلامت به طور سالیانه قائم مقام وزیر بهداشت و رفاه به عنوان نماینده وزیر، نمایندگان بخش بهداشت و درمان استان‌ها نمایندگان بیمه اجتماعی دورهم گرد می‌آیند و خط مشی بهداشتی وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی را طرح‌ریزی می‌کنند.

۲- **اداره سلامت و رفاه سالمندان:** امروزه با افزایش جمعیت سالخوردگان به ویژه آن دسته که قادر به حرکت نیستند مشکلات زیادی به خانواده تحمیل می‌شود. خانواده‌ای امروزی در کشور ژاپن وسعت پیشین را ندارد و زن‌ها نیز اغلب در خارج از خانه مشغول کار هستند.

بدین ترتیب خانواده‌ها قادر به تقبل زحمت و هزینه‌های مربوط به سالمندان نیستند اداره سلامت و رفاه سالمندان در حال حاضر مسئولیت رسیدگی به امور سالمندان را دارد. بر اساس طرحی که در سال ۱۹۸۳ توسط این مؤسسه پیشنهاد شد جهت برقراری توازن و عدم تحمیل هزینه‌های سالمندان تنها به یک سازمان بیمه‌ای، سازمان‌های بیمه موظف شدند مقدار مشخصی را به مؤسسه پرداخت کنند. سهم پرداختی سالخوردگان از هزینه‌های آنها نسبت به سایر مردم کمتر است این مبلغ ثابت و برابر ۴۰۰ ین برای خدمات سرپایی و ۳۰۰ ین برای خدمات بستری به ازاء هر روز بستری تا سقف ۲ ماه است. انجام این امور تنها با کمک یارانه شهرداری‌ها و دولت صورت می‌گیرد.

۳- **اداره بیمه درمان:** اداره بیمه درمان در ژاپن مستقیماً زیر نظر معاون وزیر می‌باشد و مدیرکل در راس سازمان دارد، این سازمان دارای واحدهای برنامه‌ریزی بیمه، بیمه کارمندان، بیمه درمان ملی، اقتصاد سلامت و تحقیقات و آمار است.

۴- **اداره دارو و امنیت مواد غذایی:** اداره دارو و امنیت مواد غذایی وظیفه کنترل تولید و فروش مواد مخدر، شبه داروها، مواد آرایشی و تجهیزات پزشکی، و جمع‌آوری / ارایه اطلاعات در مورد واکنش‌های جانبی از محصولات به منظور حصول اطمینان از اثربخشی و ایمنی. کنترل مواد مخدر / محرک، و اطمینان از ایمنی شیمیایی را برعهده دارد.

۵- **اداره ارایه خدمات سلامت:** این اداره ترویج مراقبت‌های بهداشتی را از طریق مراکز بهداشتی درمانی برعهده دارد. کنترل بیماری‌های عفونی (تب هموراژیک ابولا، ایدز، سل، و غیره)، بیماری‌های مربوط به شیوه زندگی (سرطان، دیابت، و غیره)، و موارد دیگر مانند بیماری‌های علاج ناپذیر، آلرژی‌ها، و همچنین پیوند اعضا برعهده این اداره است. وظیفه بهداشت محیط نیز برعهده این اداره است. تا اطمینان حاصل شود که مردم می‌توانند زندگی بهداشتی و راحتی را با نظارت بهداشتی اماکن عمومی (مانند رستوران‌ها، کافه‌ها، آرایشگر / آرایشگران، مغازه‌ها و هتل‌ها) و عرضه آب با کیفیت بالا داشته باشند.

۶- **مؤسسات وابسته:** ۷۶ بیمارستان ملی، ۱۳۸ آسایشگاه و بیمارستان مسلولین، مرکز ملی سرطان، مرکز ملی بیماری‌های قلبی و عروقی، مرکز ملی اعصاب و روان و مرکز طب بین‌الملل ژاپن، ۱۳ مرکز قرنطینه، ۲ خانه ملی تعلیم و تربیت جوانان، ۴ خانه ملی نایبانیان، ۲ خانه ملی بازتوانی، خانه ملی کودکان عقب مانده ذهنی، خانه ملی توانبخشی معلولین از جمله مؤسسات وابسته به وزارت سلامت کار و رفاه ژاپن است.

۷- **کمیته و انجمن‌های ژاپن در زمینه رفاه، سلامت و کار:** این انجمن و کمیته‌ها عبارت‌اند از: انجمن تأمین اجتماعی، انجمن علوم بهداشت، انجمن سیاست‌های شغلی، انجمن اخلاق پزشکی، انجمن غذا و امور دارویی، کمیته ارزشیابی انجمن‌های مدیریتی مستقل، انجمن مرکزی حداقل دستمزد، کمیته استیناف بیمه‌های شغلی، انجمن مرکزی بیمه‌های درمانی، کمیته ارزیابی بیمه‌های اجتماعی، کمیته ارزیابی تعیین بیماری‌های معلولیت‌ها، کمیته ارزیابی حمایت‌های مالی.

۳- نظام ارایه خدمات

نظام ارایه خدمات ژاپن که با برتری بخش خصوصی توأم است، تأکید بر برابری دارد. لذا در این رابطه بهتر است که نظام ژاپن به عنوان یک نظام مبتنی بر بازار تلقی نشود. به رغم این واقعیت که ارایه دهندگان خدمات برای به دست آوردن بیماران رقابت می‌کنند و مصرف کنندگان خدمات آزادی انتخاب دارند. اما به ارایه دهندگان دقیقاً بر اساس نرخ جدول تعرفه پرداخت می‌شود و مصرف کنندگان هم به واقع هیچ گونه اطلاعاتی از سطح کیفیت خدمات ندارند.

نظام بیمارستانی ژاپن

مراکز درمانی در کشور ژاپن کلاً به دو دسته بیمارستان (محلی که بیش از ۲۰ تخت بستری داشته باشد) و کلینیک (بدن تخت بستری یا کمتر از ۲۰ تخت) تقسیم می‌شود. بیمارستان‌ها خود انواع مختلفی دارند که به شرح زیر می‌باشد:

۱. **بیمارستان عمومی:** تمام بیماری‌ها از جمله بیماری‌های حاد در این نوع بیمارستان بستری می‌شوند.
۲. **آسایشگاه^۱:** اختصاص به دسته‌ای از بیماران بویژه مبتلایان به بیماری‌های مزمن مانند سل دارد.

۳. مراکز پزشکی ویژه: مجهز به امکانات ویژه برای یک بیماری خاص (مثل جراحی قلب) است. معمولاً در کنار این مؤسسات مراکز تحقیقاتی نیز وجود دارد.

از لحاظ مالکیت نیز بیمارستان‌های این کشور را می‌توان به انواع زیر تقسیم کرد:

الف) بیمارستان‌های دولتی^۱ که از جمیع جهات وابسته به وزارت بهداشت، دولت ناحیه یا شهرداری‌ها هستند.

ب) بیمارستان‌های عمومی^۲ که فقط از لحاظ بودجه و قوانین وابسته به دولت است.

ج) بیمارستان‌های خصوصی^۳ که دولت تنها اجازه تأسیس به آنها می‌دهد و نظارت و کنترل کلی را اعمال می‌کند.

در ضمن سازمان صلیب سرخ ژاپن نیز بیمارستان مستقل دارد.

بطور کلی در حدود ۱/۵ میلیون تخت بیمارستانی وجود دارد که یک سوم آن دولتی و مابقی خصوصی هستند. هرگونه تشکیلات خصوصی می‌تواند توسط افراد حقیقی و یا شرکت‌های خاصی ایجاد شود. بیمارستان‌ها در ژاپن عموماً توسط یک رئیس بیمارستان و یک مدیر هماهنگ کننده اداره می‌شود که هر دو آنها پزشک هستند. مدیر تحقیقات، مدیر اجرایی، مدیر امور بیمارستان‌ها و مدیر پرستاری زیر نظر مدیران فوق انجام وظیفه می‌کنند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. نظام تأمین منابع مالی

منبع اصلی در آمد بهداشت و درمان، مالیات و حق بیمه است. شیوه‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در ژاپن به شکل زیر است:

- درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده: مالیات‌های پرداخت شده از جانب افراد توسط دولت جمع‌آوری می‌گردند، یارانه دولت به برنامه‌های کمک پزشکی پرداخت می‌شود.
- حق بیمه‌های اجتماعی: حق بیمه‌های پرداخت شده از جانب افراد توسط بیمه‌گران جمع‌آوری می‌گردند و به مراجع مختلف مانند فدراسیون بیمه سلامت ملی سازمان‌های بیمه‌گر و ... جهت تأمین منابع مالی خدمات در مانی ارایه شده، پرداخت می‌گردد.
- پرداخت‌های مستقیم مردم: در ازای دریافت خدمت به بیمارستان‌ها، کلینیک‌های پزشکان، دارو خانه، خدمات پرستاری توسط مردم پرداخت می‌شود.

1- State or National Hospital

2- Public Hospital

3- Private Hospital

تأمین منابع مالی بیمارستان

یکی از ابعاد مهم نظام تأمین منابع مالی بیمارستان‌ها در کشور ژاپن پرداخت یارانه دولت مرکزی به بیمه بهداشت ملی است. طبق قانون، یارانه‌ها ۲۰ درصد هزینه‌های مراقبت درمانی، یک سوم هزینه‌های پرستاران بهداشت عمومی و همه هزینه‌های اداری را پوشش می‌دهد. اگر میزان همکاری و مشارکت در جمع و گروه خاصی پایین بود، یارانه کاهش می‌یابد.

اعتبارات مورد نیاز خدمات درمانی از سوی نهادهای زیر تأمین می‌شود:

- سازمان‌های اداری طرح‌های بیمه بهداشتی (۷۰ درصد)

- دولت (۲۰ درصد)

- استانداری‌ها (۵ درصد)

- شهرداری‌ها (۵ درصد)

منبع اصلی درآمد بیمارستان‌ها عبارت است از:

۱. پرداخت بیمه‌ها: ۵۶ درصد درآمد از محل حق بیمه‌ها است
 ۲. یارانه‌ها: ۲۵ درصد منابع مالی توسط دولت مرکزی و به عنوان یارانه تأمین می‌شود که از محل مالیات عمومی کسب می‌شود.
 ۳. یارانه دولت محلی: ۷ درصد
 ۴. پرداخت‌های بیمار: ۱۲ درصد
- یارانه نقش مهمی در برقراری توازن دارند و دولت از یارانه‌ها جهت کمک به مردم فقیر، سالمند و افرادی که ورشکست شده‌اند یا درآمد مناسبی کسب نکرده‌اند استفاده می‌کند.

۲-۴. نظام بیمه‌ای

توسعه بیمه اجتماعی سلامت در ژاپن تاریخچه طولانی و جالبی دارد. اولین ساز و کار منسجم، برای پوشش هزینه مراقبت‌های سلامتی، بیمه اجتماعی اختیاری مبتنی بر جامعه یا «جیوری»^۱ بود که در سال ۱۸۳۵ در سطح روستایی در قالب مشارکت براساس سهام برنج تنظیم شد.

فصل هشتم: نظام سلامت در ژاپن ۱۸۳

در سال ۱۹۲۲ دولت ابتدا بیمه درمان را برای کارگران صنعتی معرفی کرد. در ابتدا مشارکت در این طرح اجباری نبود و تعداد مشترکان طرح ناچیز بود. چند سال بعد دولت ژاپن با تصویب یک قانون عضویت در این طرح را برای کارکنان شرکتهای مشخصی اجباری کرد.

مطالعهٔ پیمایشی انجام شدهٔ وزارت داخلی ژاپن در حوزهٔ کشاورزی - روستایی در سال ۱۹۳۳ نشان داد که اکثریت خانواده‌ها وام‌های سنگینی - که عمده‌ترین دلیل آن هزینهٔ پزشکی بود - را متحمل شده بودند. در کوششی به منظور ارتقای وضعیت سلامت در حوزه‌های روستایی، دولت تصمیم به معرفی سیستم‌های بیمهٔ سلامت مبتنی بر جامعه (جامعه‌محور) گرفت. برنامه‌ریزی این سیستم‌ها از طرح «جیوری» اقتباس می‌کرد.

قانون بیمهٔ سلامت جامعه محور را حکومت ژاپن در سال ۱۹۳۵ تصویب و در سال ۱۹۳۸ اجرا کرد. سیستم اولیه برای رفع نیازهای خانواده‌های کم‌درآمد در روستاهای تحت پوشش طراحی شد، اما تصریح می‌کرد که عضویت برای تمامی گروه‌های جمعیتی آزاد است.

در سال ۱۹۶۱ تمام ساکنین کشور تحت پوشش بیمه قرار گرفتند. هم‌اکنون نیز تمام مردم در عضویت بیمه‌های عمومی هستند. از زمانی که طرح بیمه درمانی همگانی از سال ۱۹۶۱، در ژاپن به مرحله اجرا در آمد، همه افرادی که در این کشور زندگی می‌کنند تحت پوشش آن قرار دارند، طرح‌های بیمه‌های همگانی درمانی، بیمه شدگان را به اتفاق اعضای خانواده آنها با هزینه نسبتاً پایین از خدمات درمانی مناسب و کافی برخوردار می‌کند. بدین ترتیب نظام بیمه درمانی ژاپن از جهت تأمین حیاتی سالم و پایدار برای مردم آن کشور نقش با اهمیتی بر عهده دارد.

تأمین اجتماعی ژاپن شامل پنج بخش نظام بیمه‌های اجتماعی، نظام خدمات رفاهی، نظام تعاون عمومی، نظام سلامت عمومی، نظام مستمری (بازنشستگی مستخدمین دولت) و کمک به مصدومان جنگ است، در این میان نظام بیمه اجتماعی به دلیل تعداد افراد تحت پوشش و میزان مزایای پرداختی مناسب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

جدول ۳-۸. مروری بر تاریخچه بیمه درمانی در ژاپن

سال	اقدام
۱۹۲۲	معرفی بیمه درمان
۱۹۲۷	اجرای بیمه درمان در سرتاسر کشور
۱۹۳۸	معرفی بیمه درمان ملی
دهه ۱۹۵۰	اقدامات تشویقی برای ادغام شهرها و روستاها
۱۹۵۸	اصلاح بیمه درمان ملی
۱۹۶۱	آغاز ارایه پوشش بیمه جامع درمان
۱۹۸۳	معرفی قانون خدمات درمانی
۲۰۰۰	معرفی بیمه خدمات بلندمدت برای افراد مسن
۲۰۰۸	معرفی برنامه خدمات درمانی برای افراد مسن دارای 75 سال و بیشتر

نظام بیمه‌های اجتماعی به سه طرح تقسیم می‌شود:

۱. طرح بیمه‌های اجتماعی شامل صندوق‌های مراقبت‌های درمانی، مستمری، کمک عائله‌مندی، بیمه اشتغال، غرامت و حوادث شغلی است؛
۲. طرح‌های مستمری؛
۳. طرح بیمه مستخدمین و بیمه حوادث کارگران.

در بخش مراقبت‌های درمانی تأمین اجتماعی دو نوع نظام ارایه خدمات وجود دارد:

۱. نظام خدمات درمانی همگانی،
۲. نظام بیمه مستمری همگانی.

هر ژاپنی تحت پوشش این دو نظام قرار دارد. این نظام‌ها چندین بار متحول شده‌اند و سرانجام تا حد شاغلان گسترش یافته که تمامی کارکنان را تحت پوشش قرار داده است. طرح بیمه اجتماعی یک نظام کمکی دوجانبه برای شاغلان و غیرشاغلان است، بیمه شاغلان اولین بار در کارگاه‌ها شروع شد و به دنبال آن غیرشاغلان را که تحت اشتغال نبودند به این طرح ملحق شدند.

در حال حاضر نظام بیمه درمان ژاپن بر دو برنامه اصلی بیمه مستخدمین^۱، بیمه همگانی^۲ طبقه‌بندی می‌شود:

بیمه مستخدمین: برنامه بیمه درمانی مستخدمین شامل کلیه کسانی است که در مقابل دریافت حقوق یا دستمزد کار می‌کنند و برنامه بیمه درمان منطقه‌ای شامل کلیه شهروندان از جمله خویش فرمایان و دارندگان مشاغل آزاد می‌شود. در جمع حدود ۸۶ میلیون نفر عضو این نوع بیمه (EHI) هستند این برنامه خود به ۳ بخش تقسیم می‌شود:

- بیمه درمان دولتی که کلیه کارگران شرکت‌های متوسط و کوچک را پوشش می‌دهد.
- بیمه درمان جوامع صنعتی که به کلیه کارگران شرکت‌های بزرگ، خدمات درمانی عرضه می‌کند.
- بیمه درمان کارگران روزمزد شامل کلیه کارگران که به صورت روزمزد یا فصلی (کمتر از ۲ ماه کار می‌کنند)

همچنین این بیمه درمان علاوه بر سه دسته فوق صیادان و دریانوردان، کارکنان دولت معلمان و کارکنان مدارس خصوصی را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد.

بیمه مستخدمین عموماً کارکنان، ملوانان، مستخدمین روزانه، کارگران کارخانه‌های بزرگ و کوچک و معلمان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

بیمه همگانی: این بیمه که همان بیمه درمان ملی است کلیه دارندگان مشاغل آزاد، کشاورزان، خویش فرمایان، پزشکان و.... را شامل می‌شود و توسط شهرداری و انجمن‌های بیمه در مانی ملی اداره می‌شود. بازنشستگان و سایر افرادی را که تحت پوشش بیمه نوع اول نیستند، تحت پوشش این بیمه قرار دارند. ۴۳ میلیون نفر عضو بیمه نوع دوم (NHI) هستند.

تمام خدمات مراقبت پزشکی مورد نیاز، توسط طرح‌های عمومی فراهم می‌شود. معاینات پزشکی، دارو، تمامی خدمات درمانی و تشخیصی، درمان‌های اضطراری، تمام اعمال جراحی، خدمات بستری و سرپایی بیمارستانی، مراقبت‌های ویژه، حمل‌ونقل و غیره تحت پوشش بیمه سلامت ژاپن قرار دارند.

بیمه‌گرها شامل دولت، انجمن‌های بیمه سلامت، شهرداری‌ها و دیگر مراکز هستند. بیمه‌های خصوصی نقش بسیار ضعیفی در نظام بیمه‌ای ایفا می‌کنند و اجازه فعالیت به شرکت‌های خصوصی به‌عنوان بیمه‌گران سیستم‌های بیمه عمومی داده نشده است.

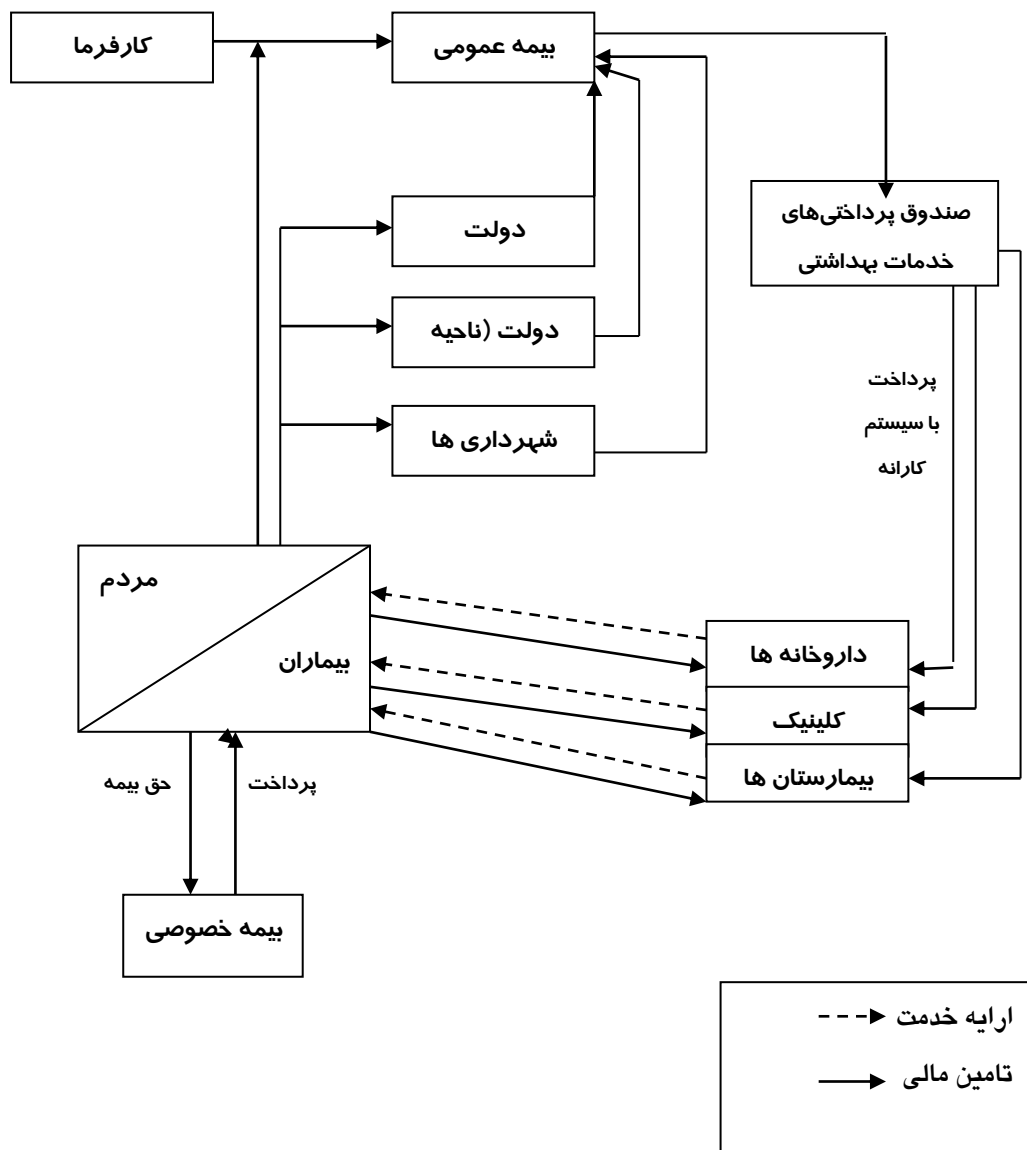
در این نظام بیماران گستره وسیعی از خدمات بستری، سرپایی و دارویی را دریافت می‌کنند و سهم هزینه خود را به‌طور مستقیم پرداخت می‌کنند. معاینات پزشکی، دارو، تمامی خدمات درمانی و تشخیصی، درمان‌های اضطراری، تمامی اعمال جراحی، خدمات بستری و سرپایی بیمارستانی، مراقبت‌های ویژه، حمل‌ونقل و غیره تحت پوشش است.

سهم پرداختی بیماران ۲۰ تا ۳۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی (به استثنای آنهایی که توسط نظام خدمات بهداشتی سالمندان، تحت پوشش قرار گرفته‌اند) است و علاوه بر این، میزان معینی از هزینه‌های دارویی در مورد درمان‌های بیماران سرپایی نیز برعهده بیماران است. نظام بیمه درمانی ژاپن در شکل ۳-۸ آورده شده است.

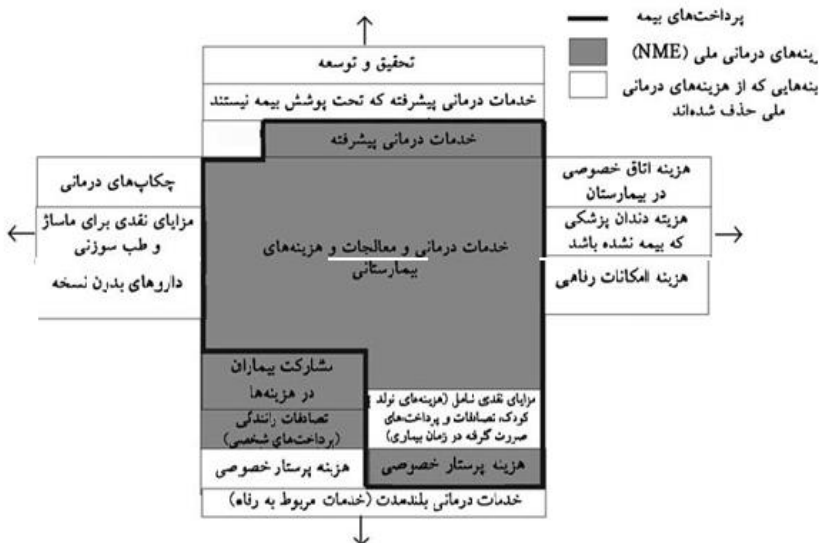
به این دلیل که نرخ مشارکت افراد مسن در NHI از سایر انواع بیمه بالاتر است NHI با مشکلات مالی مواجه شده و یارانه‌های قابل توجهی را از دولت محلی و ملی دریافت کرد.

از آوریل سال ۲۰۰۸ به دلیل این مشکلات، دولت برنامه خدمات درمانی جدیدی را برای افراد بالای ۷۵ سال معرفی کرد. در این برنامه، تمام افرادی که سنشان ۷۵ سال و بیشتر است به مشارکت (به‌اندازه مشارکت سیستم بیمه و دولت) ملزم شدند. البته این مشارکت براساس درآمدشان تعیین می‌شود. (جدول ۴-۸)

شکل ۳-۸. نظام بیمه درمانی در ژاپن



شکل ۴-۸- پوشش هزینه‌ای نظام سلامت ژاپن



جدول ۴-۸- طرح کلی سیستم‌های بیمه درمان در ژاپن

سازمان ارایه دهنده خدمات بیمه	بیمه شدگان شامل افراد خانواده	بیمه‌گر	تعداد مشترکین (میلیون)*	حق مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها**
بیمه درمان (HI) تحت مدیریت (JHIA)	کارکنان شرکت‌های کوچک و متوسط	مؤسسه بیمه درمان ژاپن (JHIA)	۳۶ میلیون	۳۰٪
بیمه درمان تحت مدیریت جامعه	کارکنان شرکت‌های بزرگ	جوامع بیمه درمان	۳۰ میلیون	۳۰٪
اتحادیه کمک متقابل	کارمندان دولتی	اتحادیه‌های کمک متقابل	۱۰ میلیون	۳۰٪
بیمه دریانوردان	دریانوردان	دولت	۰.۲ میلیون	۳۰٪
بیمه درمان ملی (NHI)	افراد بازنشسته، افراد دارای مشاغل آزاد، کشاورزان و ...	شهرداری‌ها (حدود ۱۸۰۰)	۵۱ میلیون	۳۰٪
بیمه مراقبت درمانی برای افراد مسنی که ۷۵ سال یا بیشتر دارند (سیستم جدید)	همه افرادی که ۷۵ سال سن یا بیشتر دارند	اتحادیه شهری	هنوز مشخص نیست ولی در حدود ۱۳ میلیون تخمین زده می‌شود	۱۰٪ به جز افراد بالای ۷۵ سالی که وضعیت مالی خوبی دارند.

* آمارهای ارایه شده مربوط به سال ۲۰۰۸ است. در این سال میزان کل جمعیت ژاپن، ۱۲۷ میلیون نفر بود. تعداد افرادی که انتظار می‌رود تحت پوشش سیستم جدید بیمه (خدمات درمانی برای افراد مسن دارای ۷۵ سال یا بیشتر) قرار گیرند هنوز به عنوان بخشی از مشترکان سایر سیستم‌ها در نظر گرفته شده است. به این دلیلی که آمارهای جداگانه در این زمینه در دسترس نیست.

** برای کودکان در سنین پایین و نوزادان، نرخ‌های مشارکت در پرداخت هزینه‌ها کمتر در نظر گرفته شده است (در حدود ۱۰٪ یا ۲۰٪) یک سقف ماهیانه برای میزان پولی که بیماران برای پرداخت هزینه‌ها باید بپردازند، وجود دارد؛ به عبارت دیگر هزینه‌های بیماری‌های وخیم تقریباً به صورت کامل به وسیله سیستم‌های بیمه درمان پرداخت می‌شوند.

اصولاً در ژاپن بیمه شده می‌تواند به وسیله یک پزشک در هر کلینیک و بیمارستانی که بخواهد ویزیت شود. هزینه‌های خدمات درمانی هم به وسیله بیمار و هم به وسیله بیمه‌گر تقبل می‌شود. بیمارها باید درصد مشخصی از هزینه‌های درمانشان را بپردازند. در ابتدای هر ماه کلینیک‌ها و بیمارستان ادعاهای مربوط به هزینه‌های درمان بیماران در ماه گذشته را به سازمان‌های پرداخت و تجدید نظر ارایه می‌کنند. پس از فرآیند بررسی که دو ماه طول می‌کشد، شرکت‌های بیمه مبالغ را پرداخت می‌کنند. محاسبه هزینه‌های درمانی براساس جدول‌های هزینه درمانی انجام می‌شود که این جدول‌ها بوسیله کمیته خاصی در وزارت سلامت، رفاه و کار تعیین می‌شوند.

۵- پوشش خدمات

تمام ساکنین ژاپن، اعم از ملیت‌های ژاپنی و غیرژاپنی و یا کسانی که برای اقامت یکساله در ژاپن برنامه‌ریزی کرده‌اند، به اجبار توسط طرح‌های بیمه عمومی تحت پوشش قرار می‌گیرند. از زمانی که طرح بیمه درمانی همگانی از سال ۱۹۶۱ در ژاپن به مرحله اجرا درآمد، همه افراد این کشور زیر پوشش آن قرار گرفتند. تقریباً تمامی ژاپنی‌ها تحت پوشش بیمه سلامت هستند این بیمه تقریباً تمامی افراد ژاپنی را به روش یکی از صندوق‌های بیمه سلامت پوشش می‌دهد اساس پوشش جمعیتی در واقع بر مبنای شغل تعیین شده است. این بیمه‌ها بدون توجه به سازمان و صندوق بیمه کننده در مورد سلامت و خدمات پزشکی پوشش یکنواختی را از نظر خدمات پزشکی ارایه می‌نمایند. تمام خدمات پزشکی، درمانی سرپایی و بستری و دارو را پوشش می‌دهند البته بیمه شدگان بخش مختصری از هزینه‌ها را بعنوان فرانشیز پرداخت می‌نمایند. میزان بیماران سرپایی در ژاپن بالاترین میزان در جهان و سه برابر آمریکا است، در مقابل میزان‌های مرتبط به پذیرش بیمارستانی فقط یک سوم میزان‌های مشابه در آمریکا است و این موارد نشان می‌دهد که ژاپن تأکید بر درمان و مراقبت‌های سرپایی دارد. بسیاری از بیمارستان‌ها نقش خانه سالمندان را دارند. سهم پرداختی بیماران ۲۰ تا ۳۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی (به استثنای آنهایی که توسط نظام خدمات بهداشتی سالمندان، تحت پوشش قرار گرفته‌اند) است و علاوه بر این، میزان معینی از هزینه‌های دارویی در مورد درمان‌های بیماران سرپایی نیز برعهده بیماران است.

۱۹۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

در ژاپن هزینه‌های پزشکی با توجه به سطح درآمد خانواده و سن بیمار متغیر است، و بیماران مسئول پرداخت ۱۰٪، ۲۰٪ و یا ۳۰٪ از هزینه‌های درمانی خود می‌باشند و مابقی هزینه‌ها را دولت پرداخت می‌نماید.

شهروندانی که سن آنها بین ۷۰ تا ۷۴ است، ۲۰ درصد و شهروندان بالای ۷۵ سال نیز ۱۰ درصد از هزینه دارو و درمان خود را متقبل می‌شوند و هزینه درمان شهروندان تهیدست که زیر پوشش کمک‌های دولتی هستند، رایگان است.

در ژاپن حق اشتراک بیمه درمانی بنا به میزان درآمد سالانه و وضعیت مالی و خانوادگی هر شهروند تعیین می‌شود و به همین دلیل حق اشتراک افراد متفاوت است.

در ژاپن هزینه درمانی دوران حاملگی و وضع حمل نوزاد در بیمارستان برای مادرانی که زیر پوشش بیمه هستند نیز رایگان است.

علاوه بر این، دولت‌های محلی در ژاپن ساختاری را فراهم کرده‌اند که هزینه درمانی نوزاد تا چند سال پس از تولد رایگان است و برای خانواده او بار مالی به همراه ندارد.

فصل نهم: نظام سلامت در سنگاپور

۱- کلیات

سنگاپور کشور کوچکی با مساحت ۷۰۰ کیلومتر مربع می‌باشد. این شبه جزیره در جنوب شرقی آسیا واقع شده و یکی از مراکز بزرگ تجاری داد و ستد کالا، در جهان است. آب و هوای این کشور گرم و مرطوب است. سنگاپور از لحاظ ذخایر معدنی، کشوری فقیر است. اما اقتصاد آن به بخش خدمات، تولیدات الکترونیکی و صنایع دستی وابسته است، رشد و شکوفایی فراوانی داشته و این کشور را به یکی از ثروتمندترین مناطق دنیا، تبدیل کرده است. سنگاپور دارای اقتصاد پیشرفته و موفق بازار آزاد همراه با محیط تجاری آزاد و بدون فساد اقتصادی می‌باشد. تقاضای خارجی مهمترین عنصر توسعه اقتصادی در این کشور می‌باشد. سنگاپور، توسط یک جاده ترانزیت با مالزی، و دیگر نقاط جنوب شرق آسیا مرتبط است.

در سال ۲۰۱۲ کل جمعیت این کشور ۵ میلیون و ۳۱۲ هزار نفر بود. این کشور با اینکه بافت جمعیتی جوانی دارد و درصد جمعیت بالای ۶۵ سال آن ۸٪ می‌باشد، به نظر می‌رسد که در سال ۲۰۳۰ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال به ۲۷٪ برسد. سنگاپور دارای جمعیتی با ترکیب زیر می‌باشد.

- ۷۵ درصد چینی
- ۱۴ درصد مالایی
- ۷.۷ درصد هندی
- ۱.۴ درصد سایر گروه‌ها

۱۹۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

جدول ۱-۹- شاخص‌های کلان سلامت سنگاپور

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۲	۸۰	۸۵	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۲	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۳	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۲/۶			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۹۶			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۱۹/۲			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۹- شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۲۷۷۸۰۰	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۵۳۵۹۱	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۴/۵	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۳۱/۴	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۶۸/۶	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۹	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶
۲۰۱۰	دلار	۲۰۰۵	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷
۲۰۱۰	دلار	۲۵۹۲	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۸
۲۰۱۰	دلار	۶۲۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۹
۲۰۱۰	دلار	۸۱۳	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

قبل از جنگ جهانی دوم، خدمات بهداشتی و درمانی شهری سنگاپور تحت نظارت شهرداری بود و توسط مدیر خدمات پزشکی اداره می‌شد. دپارتمان پزشکی در دولت مسئول سازماندهی بیمارستان‌ها و تأمین آنها، خدمات درمانی در بنادر و بخش بهداشت روستایی بود.

وزارت سلامت سنگاپور در زمان استقلال این کشور در سال ۱۹۶۵ با جدا شدن بخش سلامت از شهرداری و الحاق آن به دولت ایجاد شد. مسئولیت این وزارت بهبود بهداشت عمومی، ارائه خدمات بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات دندانپزشکی و پشتیبانی خدمات بود. در حال حاضر در کشور سنگاپور وزارت سلامت مسئول پیشگیری، درمان و توانبخشی است و تهیه کننده سیاست‌های سلامتی است. همچنین برنامه‌ریزی بخش‌های خصوصی و عمومی و تنظیم استانداردها به عهده این وزارت است.

دولت از طریق وزارت بهداشت، مدیریت نظام بهداشت و درمان عمومی را برای اطمینان از اینکه خدمات درمانی با کیفیت خوب و قیمت پایه ارزان در دسترس تمامی شهروندان قرار گیرد اعمال می‌کند. برای رسیدن به این هدف در حالی که یارانه‌های دولتی در خدمات پزشکی هزینه می‌شود مسئولیت فردی برای هزینه‌های خدمات درمانی نیز ترویج می‌شود. در نتیجه آن تشویق جامعه به اتخاذ شیوه زندگی سالم، گرفتن مسئولیت برای سلامت خود می‌شود. شمای ساختار تشکیلاتی وزارت سلامت سنگاپور در سال ۲۰۱۰ در شکل (۱-۹) و نمودار تشکیلاتی وزارت سلامت سنگاپور در شکل (۲-۹) آمده است.

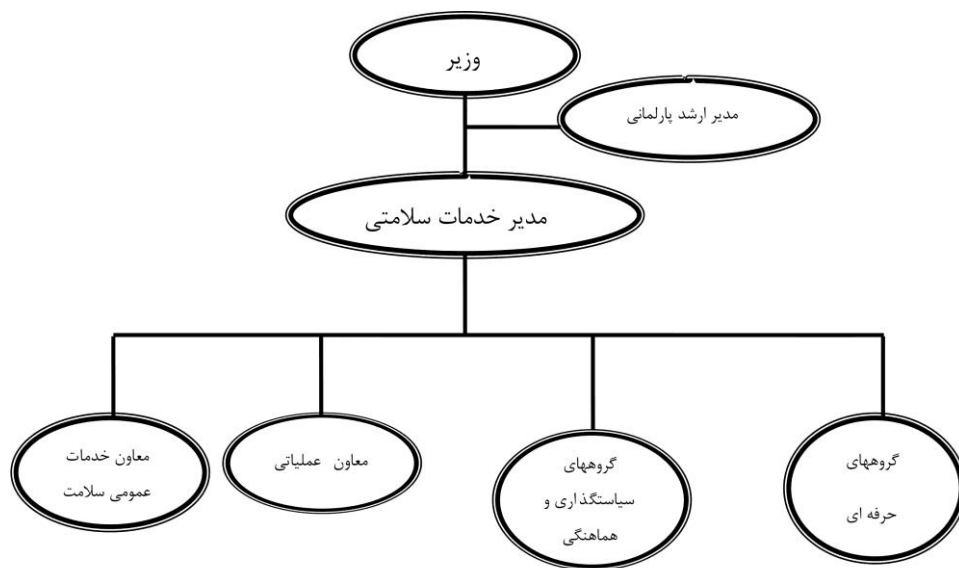
وظیفه بهداشت حرفه‌ای به عهده وزارت نیروی انسانی است. وظیفه بهداشت محیط و حفاظت محیط‌زیست به عهده وزارت محیط است. نقش دولت به عنوان تأمین کننده مراقبت‌های درمانی اجازه می‌دهد تا دولت در تأمین تخت‌های بیمارستانی، معرفی داروهای گران‌قیمت یا با فناوری بالا مشارکت کند.

با این وجود تاکید فلسفه مراقبت‌های سلامتی سنگاپور بر طب پیشگیری و آموزش‌های بهداشتی برای یک زندگی سالم و شاداب است و بر اساس مسئولیت برای حفظ سلامتی و مراقبت از خود بنا نهاده شده است. ایمن‌سازی در برابر بیماری‌هایی مانند سل، فلج اطفال، دیفتری،

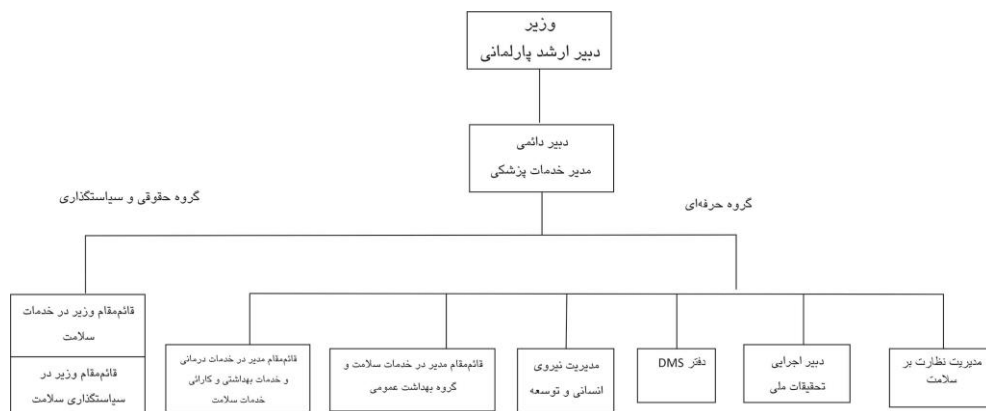
۱۹۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

سیاه‌سرفه، کزاز، سرخک، اوریون، سرخچه و هپاتیت ب توسط پلی کلینیک‌های دولتی صورت می‌پذیرد. بیماریابی برای موارد بیماری‌های مزمن و بیماری‌هایی مانند سرطان، بیماری‌های قلبی، فشارخون و دیابت توسط پلی کلینیک‌های دولتی صورت می‌پذیرد.

شکل ۱-۹- نمودار ساختار تشکیلاتی وزارت سلامت سنگاپور



شکل ۲-۹- چارت تشکیلاتی وزارت سلامت سنگاپور



اهداف سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی در سنگاپور عبارتست از:

- کیفیت
 - دسترسی
 - قیمت خدمات (استطاعت پرداخت داشتن)
- برنامه ملی سلامت که در فوریه ۱۹۸۳ تصویب شد یک طرح پس انداز اجباری برای پوشش خدمات پزشکی (مدیساو) را برقرار کرد. هدف برنامه ملی سلامت تغییر جهت نظام سنگاپور و اجتناب از مشکلات و دشواری‌های نظام‌های جامع مراقبت‌های سلامتی در سایر کشورها بود.

اهداف اعلام شده برنامه ملی سلامت عبارتند از:

- نگهداشت و تأمین یک جمعیت بارور، سالم و تندرست از طریق پیشگیری فعال بیماری‌ها و بهبود روش‌های زندگی.
 - بهبود هزینه اثربخشی نظام سلامت.
 - پاسخ دادن به تقاضای فزاینده جمعیت رو به سالخوردگی برای مراقبت‌های سلامتی.
- مبنای منطقی برنامه ملی سلامت این بود که نظام سلامت سنگاپور باید بتواند در طول زمان در مواجهه با افزایش تقاضا برای مراقبت‌های بیمارستانی و کاهش نسبی و قابل پیش بینی درآمد مالیاتی پابرجا و استوار باشد.
- به نظر می‌رسد که راه حل در حساب‌های پس انداز انفرادی «مدیساو» باشد که فلسفه آن پاداش دادن به افراد برای سالم ماندن است. این طرح همچنین کیفیت مراقبت‌های سلامتی را از وابستگی به مالیات و در نتیجه از نوسانات چرخه اقتصادی جدا کرد. این اهداف با ارزش‌های سنتی سنگاپوری‌ها مبنی بر «اعتماد به نفس» و «روابط خانوادگی مستحکم» هماهنگ است که حمایت اولیه از مراقبت برای بیماران و سالخوردگان را تشویق می‌کند.
- در سال ۲۰۰۹، سرطان، بیماری قلبی و ذات‌الریه حدود ۶۰ درصد از کل علل مرگ و میر به حساب می‌آمدند. سیگار کشیدن، چاقی، عدم فعالیت بدنی و مصرف الکل بیشترین عوامل خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها در سنگاپور محسوب می‌شود.

۱-۲. برنامه‌های ارتقای سلامتی

وزارت بهداشت سنگاپور از طریق "هیأت ارتقای سلامتی" به سنگاپوری‌ها جهت افزایش طول عمر با کیفیت کمک می‌نماید و از بیماری‌ها، ناتوانی و معلولیت و مرگ زود رس جلوگیری می‌نماید. هیأت ارتقای سلامتی سنگاپور جمعیت را از خطرات فوق دور می‌نماید با اجرای برنامه‌هایی از قبیل:

- غربالگری سرطان سینه
- غربالگری سرطان سرویکس (دهانه رحم)
- برنامه‌های پیشگیری از ناتوانی‌های ناشی از حوادث در دوران کودکی
- برنامه غربالگری سلامت جامعه
- برنامه‌های آموزشی سلامت روانی
- برنامه‌های ملی کنترل بینایی
- فعالیت‌های بدنی (برنامه ملی سبک زندگی سالم)
- برنامه ملی کنترل دخانیات
- برنامه تغذیه
- برنامه آموزشی مقابله با پوکی استخوان
- برنامه سلامت محیط کار (بهداشت حرفه‌ای و طب کار)

بیماری‌های واگیر و مسری:

برای کمک به افراد سنگاپوری جهت مقابله با شیوع بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت سنگاپور برنامه‌های ذیل را آغاز نموده است:

- واکسیناسیون اطفال
 - ایدز (HIV)
 - تب مالت
 - پاندمی آنفولانزا
- فعالیت و اولویت‌های نظام سلامت سنگاپور در جدول (۳-۹) آمده است.

جدول ۳-۹- فعالیت و اولویتهای نظام سلامت سنگاپور

ردیف	اولویت	راهبردها
۱	ساختن یک جمعیت سالم	ارتقای سبک زندگی
۲	مدیریت و نگرش جامع به بیماریها به جای نگرش مرحله‌ای و مقطعی	حداکثر نمودن هزینه - اثر بخشی
۳	حداکثر استفاده و بهره‌گیری از فناوری اطلاعات	افزایش بهره‌وری ارتقای مراقبت‌های بیماران کاهش هزینه‌ها
۴	جلوگیری از شیوع بیماریها	ارتقای سطح پاسخگویی به مردم
۵	مدیریت تورم در عرصه خدمات پزشکی	امکان هزینه نمودن در قالب استطاعت مالی تعدیل انتظارات بیماران مدیریت منابع
۶	تضمین تأمین منابع مالی جهت مراقبت‌های بلند مدت	ارتقای برنامه‌های Medifund و Medishield Medisave در چارچوب مربوطه
۷	نظارت بر ارائه خدمات پزشکی استاندارد	تضمین کیفیت، اعتماد و هزینه اثر بخشی توسعه نیروی انسانی توسعه امکانات و مراکز درمانی تنظیم نحوه تخصیص منابع
۸	بهره‌گیری از اصول اقتصادی جهت اداره مراکز درمانی	تضمین رقابت در زمینه هزینه خدمات بهداشتی و درمانی

۲-۲. ساختارهای سازمانی نظام سلامت سنگاپور

ساختارهای سازمانی موجود در نظام سلامت سنگاپور عبارتست از:

- انجمن پزشکی سنگاپور (SMC)
- انجمن دندانپزشکی سنگاپور (SDC)
- برد پرستاری سنگاپور (SNB)
- برد داروسازی سنگاپوری (SPB)
- برد درمانگران طب سنتی چینی (TCMPB)
- برد ارتقای سلامتی
- برد کارکنان حرفه‌ای

این نهادها زیر نظر وزارت سلامت سنگاپور فعالیت می‌نمایند. این انجمن‌ها از پزشکان، دندانپزشکان، پرستاران، ماماها و داروسازان و درمانگران طب سنتی چینی ثبت نام می‌نمایند تا زیر نظر انجمن مربوطه فعالیت نمایند.

الف- انجمن پزشکی سنگاپور

یک انجمن قانونی است که زیر نظر وزارت بهداشت سنگاپور فعالیت می‌نماید و مسئول ثبت نام پزشکان در سنگاپور بوده و بر عملکرد و اخلاق پزشکی پزشکان عضو نظارت می‌نماید. این انجمن همچنین مسئول ارائه پیشنهاد و توصیه جهت برگزاری دوره‌های آموزشی و آزمون در شأن جایگاه سنگاپور جهت پزشکان می‌باشد.

ب- انجمن دندانپزشکی سنگاپور

یک انجمن عمومی است که جهت تأیید عملکرد دندانپزشکان در سنگاپور با هدف نظارت بر عملکرد و اخلاق حرفه‌ای دندانپزشکان تشکیل گردیده است. این انجمن همچنین مسئول ارائه توصیه و پیشنهاد جهت برگزاری دوره‌های آموزشی و آزمون در شأن جایگاه سنگاپور جهت دندانپزشکان می‌باشد.

ج- برد پرستاری سنگاپور

این برد متشکل از پرستان و ماماها فعال در سنگاپور است که تحت نظر وزارت بهداشت جهت ثبت نام پرستاران و ماماها و صدور گواهی‌های آموزشی دایر می‌باشد. این برد همچنین مسئول تأیید گواهی نامه حرفه‌ای اعضا جهت ثبت نام می‌باشد. برد پرستاری برنامه‌های آموزشی را جهت اعضاء تنظیم می‌نماید.

برد پرستاری مسئول نظارت بر عملکرد و اخلاق حرفه‌ای پرستاران و ماماها ثبت نام شده می‌باشد.

د- انجمن داروسازی سنگاپور

یک انجمن قانونی است که زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت نموده و از افرادی که شایستگی و صلاحیت اشتغال در شغل داروسازی می‌باشند به عنوان عضو، ثبت نام می‌نماید. این انجمن بر عملکرد و اخلاق حرفه‌ای داروسازان عضو نیز نظارت می‌نماید.

هـ - برد درمانگران طب سنتی چینی

برد درمانگران طب سنتی چینی زیر نظر وزارت بهداشت در سنگاپور دایر گردیده و از افرادی که شایستگی و صلاحیت اشتغال در این زمینه را دارند ثبت نام می‌نماید، گواهی نامه حرفه‌ای آنها را تأیید می‌نماید و بر عملکرد و اخلاق حرفه‌ای آنان نظارت می‌نماید.

دور نما (چشم انداز) رسالت نظام بهداشت و درمان سنگاپور عبارتست از:

داشتن یک ملت سالم با زندگی خوب و طولانی توأم با آرامش فکری، رسالت نظام بهداشت و درمان سنگاپور ارتقای سطح سلامتی و کاستن بیماری‌ها، اطمینان از دسترسی به مراقبت‌های خوب و مهیا برای همه و حرکت به سمت پزشکی برتر می‌باشد. دستیابی به رسالت و چشم انداز از طریق سه استراتژی انجام می‌شود.

استراتژی‌ها

۱- ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی و کاستن بیماری‌ها

مراقبت‌های خوب طیف وسیعی از پاسخگویی به افراد را در بر می‌گیرد. وزارت بهداشت سنگاپور نقش مهمی را در آموزش و ارایه اطلاعات به مردم جهت حفظ سلامتی خود و سبک زندگی سالم ایفا می‌نماید.

وزارت بهداشت همچنین نقش کلیدی در کاهش بیماری‌ها در سنگاپور از طریق کنترل بیماری‌های واگیر و تخصیص بهینه و مناسب منابع ایفا می‌نماید.

۲- اطمینان از دستیابی به خدمات سلامتی مهیا

وزارت بهداشت مسئول تضمین خدمات و مراقبت‌های سلامتی در سنگاپور با استفاده از کلینیک‌ها، کارکنان حرفه‌ای، و ارایه خدمات درمانی مناسب به هر فرد نیازمند، می‌باشد. وزارت بهداشت دستیابی همه سنگاپوری‌ها به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی مناسب را تضمین می‌نماید.

۳- حرکت به سمت پزشکی برتر

سنگاپوری‌ها از سیستم مراقبت‌های بهداشتی خوب، استفاده می‌نمایند و تعداد بیماران خارجی استفاده کننده از خدمات درمانی در این کشور رو به افزایش می‌باشد. شعار آنها این است «ما

۲۰۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

ساختاری بنا خواهیم نمود که به عنوان منطقه‌ای مطمئن از نظر خدمات بهداشتی و درمانی شناخته شویم. برای این امر باید مطمئن شویم که هزینه‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی مهیا جهت سنگاپور یان تداوم می‌یابد».

ارزش‌ها:

هسته اصلی ارزش‌ها در سنگاپور مبتنی بر کارکنان می‌باشد که محقق می‌یابد از طریق:

- نوآوری
- تخصص
- درستی و امانت
- مراقبت و دلسوزی
- کارگروهي

برنامه‌ها:

وزارت بهداشت سنگاپور برنامه‌های متعددی را جهت تکمیل و دستیابی به رسالت خود مبنی بر تضمین ارایه خدمات و مراقبت‌های خوب و مهیا علاوه بر ساختن یک جمعیت سالم و کاستن بیماری‌ها اجرا می‌نماید.

برای اطمینان از ارایه خدمات پایه‌ای خوب و مهیا برای همه، وزارت بهداشت سنگاپور خدمات پزشکی را با یارانه ارایه می‌نماید. برای کمک به سنگاپوری‌ها در تأمین هزینه خدمات بهداشتی و درمانی خود دولت چهارچوب‌هایی شامل برنامه‌های: Medifund , Eldershield , Medishield , Medisave را نیز ایجاد نموده است.

جدول ۴-۹- تاریخچه تحولات در نظام سلامت سنگاپور

طرح مدیساو توسط وزیر بهداشت به مجلس ارایه شد.	مارس ۱۹۸۲
کتابچه آبی طرح سلامت ملی منتشر شد.	فوریه ۱۹۸۳
مدیساو در مجلس تصویب شد.	آگوست ۱۹۸۳
مدیساو در همه بیمارستان‌های دولتی اجرا شد.	اول آوریل ۱۹۸۴
طرح تغییر ساختار حاکمیتی بیمارستان‌های دولتی اعلام شد.	مه ۱۹۸۴

فصل نهم: نظام سلامت در سنگاپور ۲۰۱

بیمارستان دانشگاه ملی تازه تأسیس به عنوان یک شرکت اقماری تحت نظر یک شرکت هولدینگ دولتی قرار گرفت. مدیساو به عنوان پایلوت تغییر ساختار در اولین بیمارستان دولتی (بیمارستان دانشگاه ملی) اجرا شد	ژوئن ۱۹۸۵
مدیساو به سایر بیمارستان‌های خصوصی تأیید شده گسترش یافت.	اول ژانویه ۱۹۸۶
شرکت سلامت سنگاپور برای مدیریت و تغییر ساختار بیمارستان‌های دولتی تشکیل شد.	آوریل ۱۹۸۷
مدیشیلد یک طرح بیمه برای هزینه‌های کمرشکن اجرا شد.	اول جولای ۱۹۹۰
مجلس طرح قانون مساعدت پزشکی را برای آغاز مدیفاند تصویب کرد.	ژانویه ۱۹۹۲
گزارش کمیته سیاست‌های ملی بهداشتی توسط دولت پذیرفته شد. کمیته وزارتی سیاست‌های بهداشتی برای استقرار توصیه‌ها تشکیل شد.	فوریه ۱۹۹۲
مدیفاند یک طرح مراقبت‌های سلامتی برای فقرا اجرا شد.	اول آوریل ۱۹۹۳
بیمه Elder shield تشکیل شد. کسانی که بیشتر از ۴۰ سال داشته باشند و بیمه مدیساو را هم داشته باشند، به طور اتوماتیک تحت پوشش بیمه الدرشیلد درمی آیند.	۲۰۰۲

۳- نظام ارایه خدمات

ارایه خدمات سلامت در سنگاپور توسط دولت و بخش خصوصی توامان صورت می‌گیرد. بخش عمومی که توسط دولت مدیریت می‌شود، ارایه ۸۰٪ از خدمات در بخش مراقبت حاد نظیر خدمات پر هزینه بیمارستانی را بر عهده دارد. و تنها ۲۰٪ خدمات این بخش توسط بخش خصوصی صورت می‌گیرد.

در مقابل ۸۰٪ از بازار مراقبت‌های اولیه سلامت توسط ارایه دهندگان بخش خصوصی ارایه و اداره می‌شود. مراقبت‌های سلامتی اولیه در سنگاپور شامل پیشگیری و آموزش سلامتی می‌باشد. نظام بهداشت و درمان عمومی سنگاپور از لحاظ جغرافیایی به عنوان دو شبکه عمودی یکپارچه است. شرکت الکساندرا (AHPL)^۱، دانشگاه ملی نظام سلامت (NUHS)^۲، گروه بهداشت و درمان درمان ملی (NHG)^۳ و خدمات سلامت سنگاپور (SHS)^۴ فراهم شده است.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل ارایه خدمات درمانی اولیه، مراقبت‌های پیشگیری و آموزش بهداشت می‌باشد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق ۱۸ پلی کلینیک و ۲۰۰۰ ارایه کننده بخش خصوصی ارایه می‌شوند.

1- Alexandra Health Pte Ltd
3- National Healthcare Group

2- National University Health System
4- Singapore Health Services

۲۰۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

در سال ۲۰۰۶، در مجموع حدود ۱۱، ۵۴۵ تخت بیمارستانی در ۲۹ بیمارستان و مرکز تخصصی در سنگاپور وجود داشت. در حدود ۷۲ درصد تخت‌ها در ۱۳ بیمارستان دولتی قرار داشت. ۱۶ بیمارستان خصوصی با ظرفیت ۲۰ تا ۵۰۵ تخت نیز وجود داشت.

تعداد ۷ بیمارستان عمومی بزرگ شامل ۵ بیمارستان جنرال بیمارستان زنان و کودکان و بیمارستان روانپزشکی است. به علاوه، ۶ مرکز تخصص ملی برای سرطان، قلب، چشم، پوست، اعصاب و مراقبت از دندان وجود دارد.

هر پلی کلینیک خدماتی مانند ارائه خدمات به بیماران سرپایی، پیگیری بیماران ترخیص شده از بیمارستان، ایمن سازی، آموزش، غربالگری و خدمات دارویی را ارائه می‌دهد. میانگین حق مشاوره در سنگاپور ۶۰۰ تا ۹۰۰ دلار آمریکا می‌باشد که در پلی کلینیک‌های دولتی به افراد بالای ۶۵ سال، افراد بالای ۱۸ سال و همه دانش آموزان سوبسیدی معادل ۷۵ درصد حق الزحمه مشاوره و درمان تعلق می‌گیرد و به سایر مردم ۵۰٪ سوبسید تعلق می‌گیرد.

مردم برای انتخاب متخصصین و کلینیک خود مختار به استفاده از بخش دولتی یا خصوصی هستند و در مواقع اورژانس (فوریت‌ها) می‌توانند به مرکز اورژانس ۲۴ ساعته برای حوادث و فوریت‌ها واقع در بیمارستان‌های دولتی مراجعه نمایند.

خدمات دندانپزشکی از طریق پیشگیری و ارتقای بهداشت دهان و دندان از طریق برنامه سلامتی مخصوص دندان آغاز می‌شود. نقطه هدف این برنامه دانش آموزان می‌باشند که از طریق ۲۰۰ کلینیک ثابت در مدارس و حدود ۳۰ کلینیک سیار انجام می‌گیرد.

اضافه نمودن فلوراید به آب آشامیدنی و در دسترس بودن خمیر دندان با فلوراید تا حد زیادی در کاهش پوسیدگی دندان‌ها مؤثر بوده و باعث کاهش از دست دادن دندان (کشیدن دندان) گردیده است. خدمات عمومی و دندانپزشکی از طریق بعضی از پلی کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مرکز دندانپزشکی ملی در دسترس می‌باشد.

در ارائه خدمات اصول زیر رعایت می‌شوند:

- بیماران برای دریافت خدمات بهتر باید پرداخت بیشتری انجام دهند.
- بیماران برای انتخاب خدمات آزاد هستند.
- بیشترین یارانه به کسانی که کمترین درآمد را دارند تعلق می‌گیرد.

۳-۱. مراقبت‌های میان مدت و بلند مدت

یک چشم انداز جامعه محور جهت ارائه خدمات سلامتی به مردم سنگاپور وجود دارد. سرویس‌های در دسترس شامل بیمارستان‌های اجتماعی، بیمارستان‌های مخصوص بیماران مزمن، خانه‌های پرستاری (مشابه خانه‌های سالمندان در کشورمان) بیمارستان‌های روانی، آسایشگاه بیماران بستری، سرویس‌های پزشکی در خانه، مراکز توانبخشی روزانه، مراکز پذیرش بیماران روانی، پرستاری در منزل و توانبخشی بیماران روانی در منزل می‌باشد.

از طریق برنامه CDMP (برنامه مدیریت بیماری‌های مزمن)، بیماران جهت کنترل بیماری با پزشکان ارتباط برقرار می‌نمایند. شرایط بیماران مرتباً توسط پزشکان پایش می‌شود، تغییرات رفتاری جستجو و تغییرات ضروری در سبک زندگی آنها ایجاد می‌شود. برنامه Medisave ممکن است جهت درمان بیماران سرپایی مزمن شامل بیماری‌های دیابت، فشار خون، اختلال چربی خون و سکتة مورد استفاده قرار گیرد بطوریکه نتیجه آن شامل یک میلیون نفر سنگاپوری می‌گردد. برنامه Medishield پوشش بیمه‌ای ارزان قیمت را جهت بیماری‌های پر هزینه ارائه می‌نماید تا به بیماران مزمن و پر هزینه از نظر هزینه خدمات درمانی کمک نماید.

۳-۲. نظام مراقبت یکپارچه

سیستم مراقبت بهداشتی سنگاپور به اتفاق سایر ذینفعان و صاحبان فرایند نظام یکپارچه را جهت ارائه خدمات درمانی جستجو می‌نماید. نمایندگی این نظام یکپارچه جهت تسهیل ارجاع بیمار از یک سطح به سطح دیگر ایجاد گردیده است.

هر منطقه بعنوان خوشه‌ای از نظام مراقبت یکپارچه منظور گردیده است که توسط یک بیمارستان با خدماتی متنوع در سطوح مقدماتی، میان مدت و دراز مدت پوشش داده شده و خدمات مورد نیاز را به بیماران ارائه می‌نماید.

سیستم بهداشت و درمان سنگاپور از طریق پیشگیری و کنترل شیوع بیماری‌های شدیداً مسری سطح سلامتی را در سنگاپور ارتقاء و از میزان بیماری‌ها کاسته است. در این بخش به روز رسانی نحوه مقابله با تهدیدات بیماری‌های مسری، مشاوره‌های عمومی و آموزش‌های مرتبط از راهکارهای مورد استفاده بوده است. شیوع بیماری‌های جدید از قبیل سارس نشان می‌دهد که چگونه در دهکده جهانی ریسک به بیماری‌های جدید و نوظهور انتقال می‌یابد.

طبقه‌بندی بیماری‌های واگیر قبل از آنکه اپیدمی‌ها شدت یابد یک دیدگاه کامل و جامع را ایجاد می‌نماید. پیشگیری‌ها شامل سیستم نظارتی و مراقبتی و طراحی خط مشی جهت کنترل شیوع بیماری‌ها می‌باشد.

سنگاپور سرویس ارتقای سلامتی، پیشگیری و کاهش بیماری‌ها را طراحی نموده تا اطمینان حاصل نماید که تمام افراد سنگاپوری به خدمات بهداشتی و درمانی خوب و مهیا دسترسی یابند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

سنگاپور یک سیستم مراقبت سلامت فراگیر را جهت پوشش اتباع خود با سیستم تأمین منابع کنترل شده همراه با فلسفه پاسخگویی به افراد و مراقبت‌های سلامتی در دسترس برای همه ارائه می‌نماید. از طریق سیستم تأمین منابع ترکیبی مبتنی بر مکانیزم‌های تنظیم بازار جهت ارتقای رقابت، شفافیت و بهبود فناوری تلاش می‌شود و نتیجه آن ارائه سرویس خدمات بهداشتی و درمانی مناسب به کل جمعیت می‌باشد.

سیستم بهداشت و درمان سنگاپور کمتر از ۴ درصد از تولید ناخالص داخلی را هزینه می‌نماید و این در حالی است که از کشورهای توسعه یافته کمتر است. اگر چه با پیر شدن جمعیت انتظار می‌رود که این مقدار افزایش یابد.

سیستم بهداشت و درمان سنگاپور در ارزیابی‌های مختلف بین‌المللی مورد قبول و تأیید واقع شده و قصد دارد این خط مشی رشد و ترقی را در طول زمان ادامه دهد.

این نظام دارای یک سیستم تأمین منابع ترکیبی با چندین لایه حمایتی می‌باشد تا اطمینان حاصل گردد که هیچ فرد سنگاپوری به علت مساله "فراهم نبودن" از دستیابی به خدمات اولیه و پایه محروم نگردد.

سیستم مراقبت سلامتی به صورت ترکیب دولتی و خصوصی است ولی صندوق بیمه به صورت مردمی است.

۴-۱. بیمه سلامت

هر چند در سنگاپور برنامه‌ریزی، نظارت، کنترل و هر گونه تصمیم‌گیری با وزارت سلامت است ولی از نظر سازماندهی، بیمه سلامت توسط خود مردم انجام می‌پذیرد. به این معنی که هر کس با

فصل نهم: نظام سلامت در سنگاپور ۲۰۵

پس انداز ۶-۸ درصد از درآمد خود در حساب شخصی در بانک‌ها به اسم پس انداز پزشکی در زمان نیاز از آن پس انداز برداشت می‌نماید. البته به غیر از مسائل پزشکی فرد حق برداشت از این حساب را ندارد و به این ترتیب بانک‌ها نیز در موضوع اداره صندوق‌های بیمه دخیل هستند یا به عبارت واضح‌تر، در این کشور صندوق‌های بیمه به صورت پس انداز فردی عمل می‌نماید. بیمه سلامت در سیستم مراقبت‌های سلامتی به عنوان تأمین کننده منابع مالی است و صد در صد ساکنین را تحت پوشش قرار می‌دهد.

۲-۴. تأمین منابع مالی

ترکیبی از مالیات و درصدی از حقوق کارکنان منابع مالی بیمه همگانی سلامت را تأمین می‌نماید. در سنگاپور ۷۹ درصد هزینه‌ها توسط بخش خصوصی و ۲۱ درصد توسط بخش دولتی تأمین می‌شود. از سال ۱۹۹۵ به بعد هزینه‌ها در بخش دولتی کاهش و در بخش خصوصی افزایش یافته است.

افراد برای پذیرش مسئولیت خود از طریق پس انداز برای مصارف پزشکی آینده‌شان ترغیب می‌شوند. برای تقویت احساس مسئولیت فردی، نظام سلامت بر اساس سه روش تأمین مالی برای کمک به مردم در پرداخت مصارف پزشکی پایه‌ریزی شده است.

نظام سلامت بر اساس سه روش تأمین مالی برای کمک به مردم در پرداخت مصارف پزشکی پایه‌ریزی شده است: مدیساو، مدیشیلد و مدیفاند. در سال ۲۰۰۲ طرح الدر شیلد نیز به این پوشش‌های سه گانه افزوده شد و روش‌های تأمین مالی را به چهار رسانید.

این چهار برنامه که در زیر با جزئیات بیشتر بررسی می‌شوند برای ایجاد یک نظام سلامت خودگردان و مستقل طراحی شده‌اند که در آن مردم ابتدا باید به دنبال حساب‌های شخصی و خانوادگی‌شان برای مخارج سلامتی باشند و پس از اتمام آن به دولت تکیه کنند.

پس اندازهای پزشکی

اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت سنگاپور در چهار مرحله انجام گرفت:

- مدیساو^۱: یا حساب‌های پس انداز پزشکی ابتدا در سال ۱۹۸۴
- مدیشیلد^۲: که یک طرح بیمه‌ای هزینه‌های کمرشکن است در سال ۱۹۹۰

۲۰۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- مدیفاند^۱: که یک طرح مساعدت پزشکی به فقر است در سال ۱۹۹۳.
- الدر شیلد^۲: طرح مساعدت برای سالمندان است در سال ۲۰۰۲.

مدیساو: کارگران و کارفرمایان هر کدام ۲۰ درصد دستمزد کارگر را به صندوق احتیاط مرکزی می‌پردازند (ماهانه) که یک صندوق بیمه ملی است که براساس پس انداز پایه‌ریزی شده است. از این وجوه مبلغ ۶٪ دستمزد کارگران هر ساله به حساب پس انداز کارگرهای زیر ۳۴ سال واریز می‌شود. درصد ذخیره شده بین ۳۵ تا ۴۴ سالگی به ۷ درصد و از سن ۴۵ سالگی به بعد به ۸ درصد افزایش می‌یابد تا زمانی که فرد بازنشسته شود و یا موجودیش به سقف ۲۰۰۰۰ دلار برسد. به این بیمه سود تعلق گرفته و از مالیات نیز معاف می‌باشد. این بیمه در سال ۱۹۸۴ بوجود آمد و بیمه اجباری می‌باشد. در سال ۲۰۰۱، ۲۶۲۰۰۰ سنگاپوری (یا ۸۵ درصد بستری‌شدگان) برای پرداخت هزینه‌های بیمارستان از مدیساو استفاده کرده‌اند و مدیساو برای بیماران بستری زمانی پرداخت می‌شود که حداقل ۸ ساعت در بیمارستان بستری باشند.

مدیساو چندین بار براساس تجربیات کسب شده اصلاح شده است. در ابتدا صاحبین حساب فقط می‌توانستند این پول را برای پرداخت هزینه‌های روز بستری (هتلینگ) در بیمارستان در بخش‌های ارزان قیمت به کار برند و تنها بخشی از هزینه‌ی اتاق‌های گرانقیمت‌تر پرداخت می‌شد. اکنون همه هزینه‌های بیمارستانی تحت پوشش است البته سقف هزینه‌ای روزانه وجود دارد و این شرط که هزینه‌هایی که برای اتاق‌های گران‌تر مصرف می‌شود نباید باعث برداشت اضافه و بدهکار شدن حساب شود.

نمونه‌ای از مزایای برنامه پس انداز پزشکی (Medisave)

- موارد جراحی بستری
- جراحی‌های سرپایی
- روان درمانی
- بیمارستان‌های خیریه تحت پوشش

- نقاهتگاه‌های تحت پوشش
- آسایشگاه‌های تحت پوشش
- ارابه مراقبت‌های روزانه در مراکز بهداشت و درمان
- واکسیناسیون هیپاتیت B
- دیالیز
- درمان بیماری‌های مزمن (مانند دیابت، فشار خون، بیماری‌هایی مانند چربی خون و سکنه) و آموزش بیماران
- رادیوتراپی
- شیمی درمانی
- داروهای ایدز (anti – retroviral)
- درمان تالاسمی
- درمان آنتی‌بیوتیکی بیماران سرپایی
- درمان ایمونوساپرسنت (مانند Tacrolimus، Cyclosporine)

مدیشیلد: بیمه بیماری‌های وخیم می‌باشد که برای کمک به افراد برای پرداخت هزینه‌های پزشکی بوجود آمده است و بیمه تکمیلی مدیساو می‌باشد اگرچه تراز حساب‌های مدیساو معمولاً هزینه‌های بیمارستانی را پوشش می‌دهد، ولی کفایت لازم برای پوشش هزینه‌های کمرشکن سلامت را ندارد. این رویدادها نیاز به تجمیع ریسک فراتر از حد افراد دارد که همان بیمه اجتماعی است. مدیشیلد این بیمه را فراهم می‌کند. حق بیمه‌ها به طور خودکار از مدیساو کسر می‌شود مگر آنکه صاحب حساب درخواست دیگری داشته باشد (بخواهد جداگانه پردازد). رسیدن به آستانه پوشش هزینه‌های کمرشکن مستلزم بستری طولانی مدت در بیمارستان و یا یکی از چند خدمت پرهزینه درمان‌های سرپایی مانند شیمی درمانی سرطان است. سه برنامه متفاوت مدیشیلد وجود دارد که سطوح مختلفی از پوشش خدمات را براساس سطح فرانشیز سالانه، سقف برداشت سالانه و یا سقف برداشت در طی عمر ارابه می‌کنند.

این بیمه در سال ۱۹۹۰ بوجود آمد. در سال ۲۰۰۱، Medishield ۲.۰۲ میلیون از اعضای CPF و خانواده‌هایشان را پوشش داد. Medishield برای کمک به بیماران برای پرداخت هزینه‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های گروه B2 و C که Medisave به تنهایی قادر به پوشش هزینه‌ها نیست، بوجود آمده است. برای تشویق مردم برای مشارکت در این برنامه، حق بیمه پایین می‌باشد. این بیمه هزینه‌های طی مدت بستری مانند هزینه‌های معمولی بخش، هزینه‌های ICU، دارو، پروسیجرهای جراحی، پیوند اعضا و هزینه بیماری‌های سرپایی مانند دیالیز، شیمی درمانی و رادیوتراپی برای درمان سرطان، داروهای Cyclosporine و Tacrolimus بیماران پیوند اعضا و هزینه داروی Erythropoietin بیماران دیالیزی را پوشش می‌دهد.

مدیفاند: اگرچه مدیفاند از طریق کمک و اعانه‌های دولتی و تشکیل شده است ولی آن هم بر پایه مفهوم پس انداز بنا نهاده شده است. به بیمارستان‌ها برای تقبل صورتحساب‌های بیمارستانی بیماران نیازمند و از محل سود حاصل از اضافه بودجه‌ای که دولت تأمین می‌کند کمک مالی اعطا می‌شود. منابع و سرمایه کافی از طریق اهدا تأمین شده است بطوریکه سرمایه اصلی دست نخورده باقی مانده است. تقاضاها برای مساعدت مورد به مورد بررسی می‌شود، افرادی که دستمزدهای کمی دارند و حق بیمه‌های کمی در مدیساو / مدیشیلد می‌پردازند و افراد سالخورده که حساب‌های آنها تکافوی مخارج را نمی‌دهد در اولویت هستند.

الدرشیلد: علاوه بر بیمه‌های فوق بیمه‌ای هم تحت عنوان الدرشیلد در سنگاپور از سال ۲۰۰۲ تشکیل شد. کسانی که بیشتر از ۴۰ سال داشته باشند و بیمه مدیساو را هم داشته باشند، به طور اتوماتیک تحت پوشش بیمه الدرشیلد درمی‌آیند. الدرشیلد برای ارایه خدمات درمانی در موارد از کارافتادگی شدید (که به وسیله تعداد فعالیت‌هایی که روزانه انجام می‌شود، تعیین می‌شود)، برای پوشش هزینه‌ها طراحی شده و مراقبت‌های طولانی مدت (مراقبت در منزل و مراقبت‌های پرستاری) را پوشش می‌دهد. الدرشیلد خدمات پایه و مادام‌العمر را ارایه می‌دهد.

جدول ۵-۹- یارانه درمان در بخش‌های مختلف

تفاوت	یارانه	گروه
۱-۲ تخته، سیستم تهویه، حمام، تلویزیون، تلفن، انتخاب، پزشک	٪۰	A
۴ تخته، سیستم تهویه، حمام، تلویزیون، تلفن، انتخاب پزشک	٪۲۰	B1
۵ تخته، سیستم تهویه، حمام	٪۵۰	B2+
۶ تخته، بدون سیستم تهویه	٪۶۵	B2
بیش از ۶ تخت، بخش عمومی	٪۸۰	C

تجربه سنگاپور یک تجربه موفق در ایجاد و توسعه حساب‌های پس انداز پزشکی محسوب می‌شود. با وجود افزایش هزینه‌ها و تقاضا، مخارج غیرضروری در مراقبت‌های بستری بدون ایجاد محدودیت‌های زیاد بر درآمد پزشکان و یا بر دسترسی به درمان‌های گرانبه‌تر، کاهش یافته است. با این وجود سنگاپور خدمات محدودی را مستحق استفاده از مدیساو دانسته است (برای مثال خارج کردن بیشتر خدمات سرپایی) و یک فهرست بهای خدمات ثابت برای خدمات پزشکی دارد و بیمه همگانی ندارد. به هر حال دسترسی همگانی از طریق یک سیستم یارانه و اعانه دولتی که از منابع مالیاتی تأمین شده و همچنین کمک‌های مدیفاند برای افراد تهیدست تضمین شده است. اگرچه حساب‌های پس انداز پزشکی یک عنصر مهم در نظام سلامت سنگاپور است ولی تنها مکانیسم تأمین مالی سلامت نیست و به عنوان راه حل کلیه مسائل سیاست‌گذاری سلامت به آن نگاه نمی‌شود.

در سنگاپور، این مدل اصلاحات برای اجتناب از مشکلاتی که نظام‌های تأمین مالی سلامت دولت‌های رفاه که براساس مالیات پی‌ریزی شده‌اند، انتخاب شده است. این کار از طریق توزیع مسئولیت مالی بین افراد، خانواده‌ها و کارفرماها و با ترغیب ورود اختیاری بخش خصوصی صورت گرفته است. راهبرد انتخاب شده افزایش هزینه‌های مصرف کننده با افزایش تعرفه‌ها و جدا کردن ارایه خدمات بیمارستانی از تأمین مالی آن براساس تعاریف معمول خدمات دولتی بوده است.

۵- پوشش خدمات

با استفاده از شیوه‌های فوق عملاً در سنگاپور هیچ فردی به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های پزشکی از دریافت خدمات محروم نیست. میانگین زمان انتظار برای جراحی‌های اختیاری یک هفته می‌باشد. بیمارانی که نیاز به بستری فوری دارند، بلافاصله پذیرش می‌شوند.

خدمات درمانی به صورت کامل به جز اعمال زیبایی در لیست خدمات پوشش بیمه‌ای می‌باشند. در بیمارستان‌های دولتی با سطح کیفی متوسط کل هزینه‌ها را دولت تقبل می‌نماید اما در بخش خصوصی یا استفاده از امکانات لوکس در بیمارستان‌های دولتی، کل هزینه بر عهده استفاده کننده است. در واقع دولت تقبل هزینه‌های خدمات سلامتی در شرایط یکسان برای شهروندان نموده است ولی در موارد برخورداری از امکانات جانبی بهتر فرد راساً مسئول پرداخت است.

خدمات به صورت مستقیم توسط مؤسسات دولتی و به طور غیرمستقیم با خرید خدمت از مؤسسات خصوصی صورت می‌پذیرد. به جز پاتولوژی و انتقال خون که به صورت متمرکز در وزارت بهداشت انجام می‌شود، سایر خدمات هم در بخش‌های دولتی و هم در بخش‌های خصوصی انجام می‌شود.

فصل دهم: نظام سلامت در سوئد

۱- کلیات

کشور سوئد در قسمت شرقی اسکاندیناوی واقع شده است. منطقه‌ی به مساحت ۴۴۹۹۶۴ کیلومتر مربع را در بر می‌گیرد که ۵۸٪ زمین‌های آن منطقه از جنگل پوشیده شده است. پایتخت آن استکهلم که بزرگ‌ترین شهر محسوب می‌شود. در این کشور تراکم جمعیت به طور نابرابر توزیع شده، به گونه‌ای که اکثریت ساکنان آن در مناطق ساحلی و جنوبی سکنی گزیدند. ۸۴٪ جمعیت در مناطق شهری زندگی می‌کنند. ۹۰٪ جمعیت این کشور بومی بوده و ۱۰٪ آن را مهاجرین خارجی تشکیل می‌دهند که بیشتر از کشورهای فنلاند - آمریکای جنوبی و خاور میانه می‌باشند. نرخ باسوادی در این کشور ۹۹٪ است. زبان اصلی مردم سوئدی است. سوئد کشوری سلطنتی با نظام حکومت پارلمانی می‌باشد. پادشاه رهبر حکومت است اما موقعیت و جایگاهش نمادین و قدرت دولت متکی به پارلمان می‌باشد.

پارلمان ۳۴۹ کرسی دارد که ۳۱۰ کرسی مستقیماً انتخاب شده و باقیمانده کرسی‌ها میان حزب‌های سیاسی بر مبنای آرای که به طور ملی جمع‌آوری شده تقسیم می‌شود. هیأت وزیران تحت رهبری نخست وزیر، قوه مجریه اداره می‌کنند.

سه سطح مختلف جمع‌آوری مالیات در سوئد دولت، سطح محلی و شهرداری است. به طور میانگین یک شهروند سوئدی اکثر مالیاتش را به شهرداری منطقه مورد زندگی خود پرداخت می‌کند.

۲۱۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

قلمرو سوئد به سه بخش مستقل دولتی تقسیم می‌شود:

- سطح ملی (نماینده دولت)
- سطح منطقه‌ای (نماینده استان‌ها)
- سطح شهری (نماینده شهرداری‌ها)

شوراهای استان مسئول بهداشت و مراقبت پزشکی و همین‌طور شامل مراقبت‌های دندانپزشکی و دیگر خدمات مانند حمل و نقل عمومی، گردشگری، فرهنگ زندگی و ... هستند. این شوراها حق وضع مالیات بردرآمد شهروندان را به طور متناسب دارند. بخش اعظم درآمد شوراهای استان از این طریق بدست می‌آید.

بهداشت و سلامت خوب و دیگر خدمات اجتماعی از تعهدات دولت سوئد است که موظف است آن را برای تمام ساکنان سوئدی فراهم کند. هدف سیستم پیشرفته و گسترده تأمین اجتماعی در این کشور تأمین منافع همگانی برای بیماران، زنان باردار، بیکاران، کودکان، سالمندان و معلولان است.

نظام مراقبت سلامت در سوئد براساس چشم انداز رفاهی شهروندان بنا شده است. این بدین معناست که دولت مسئولیت سلامت شهروندان را بر عهده دارد. قانون خدمات بهداشت و پزشکی از سال ۱۹۸۲ مسئولیت دولت را "مراقبت سلامت مناسب با معیارهای عادلانه برای کل جامعه" بیان می‌کند.

در واقع این وظیفه بیشتر در حوزه اختیار نهادهای دولتی می‌باشد. این قانون وظایف استان‌ها را این چنین بیان می‌کند:

"ارایه خدمات بهداشتی و پزشکی مناسب به اشخاص که در مرزهای سرزمین زندگی می‌کنند"

در واقع سه اصل اساسی نظام مراقبت سلامت سوئد را می‌توان اینگونه مطرح نمود:

- اصل کرامت انسانی
- اصل نیاز و همبستگی
- اصل هزینه - اثربخشی

فصل دهم: نظام سلامت در سوئد ۲۱۳

جدول ۱-۱۰. شاخص‌های کلان سلامت سوئد

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۲	۸۰	۸۴	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۲	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۳	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۶			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۳۸/۷			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۱۰-۲. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۳۳۲۴۶۳	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۳۵۱۸۴	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۹/۶	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۸۱	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۱۹	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۱۴/۸	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶
۲۰۱۰	دلار	۴۷۰۸	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷
۲۰۱۰	دلار	۳۷۶۰	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۸
۲۰۱۰	دلار	۳۸۱۶	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۹
۲۰۱۰	دلار	۳۰۴۷	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

۲-۱. تاریخچه

تاریخچه نظام بهداشتی درمانی سوئد به چند صد سال قبل برمی‌گردد. در آغاز قرن ۱۷ شهرهای کوچک و بزرگ پزشکانی را به منظور تأمین مراقبت‌های اولیه عمومی استخدام کردند. دولت مرکزی نیز پزشکانی را برای برقراری مراقبت‌های اولیه در استان‌ها به کار گرفتند. اولین بیمارستان سوئد Serafimer hospital در سال ۱۷۵۲ در استکهلم تأسیس شد. این بیمارستان ۸ تخت خواب به منظور رسیدگی به نیازهای مراقبتی بیمارستان برای تمام جمعیت سوئد و فنلاند در نظر گرفت. از آن به بعد تأسیس بیمارستان و دیگر مراکز مراقبت‌های بهداشتی بیشتر یک وظیفه عمومی محسوب می‌شد. در سال ۱۷۶۵ دولت رژیم ۴ مرحله‌ای را^۱ برای تعدادی از بیمارستان‌هایی که با مجوز سرمایه محلی تأسیس شده بود باز کرد و باعث بکارگیری سرمایه‌ها برای این مصارف شد. یکصد سال بعد ۵۰ بیمارستان با تعداد تقریبی ۳۰۰۰ تختخواب ایجاد شد، که ظرفیت اکثر آنها ۱۰ تا ۳۰ تختخواب بود هر یک از این بیمارستان‌ها در ابتدا تنها یک پزشک داشتند که تنها مراقبت‌هایی برای بیماران سرپایی فراهم می‌کرد. اکثر خدمات مراقبت‌های بهداشتی توسط پزشکان در خارج از بیمارستان‌ها در نظر گرفته شده بود. دولت مرکزی مسئول اداره امور آن بیمارستان‌ها بود. اینکار توسط Collegium Medicorum صورت می‌پذیرفت. در سال ۱۸۱۳ انجمن سلامت سلطنتی^۲ تصدی این امر را بر عهده گرفت.

در سال ۱۸۶۰ سوئد ۴۷۲ پزشک داشت اما تنها ۵۳ نفر از آن‌ها در بیمارستان‌های جسمی (سوماتیک) و ۹ نفر در بیمارستان‌های روانی (منتال) مشغول به کار بودند. در سال ۱۸۶۲ واحدهای اجرایی شورای محلی به عنوان سطح دوم دولت محلی تأسیس شد و با بستن مالیات بر ساکنانش منابع مالی خود را تأمین می‌کرد. ارایه خدمات بهداشتی درمانی یکی از وظایف اصلی آنها بود. در سال ۱۸۶۰ بیمارستان‌های جسمی با مراقبت‌های حاد مسئولیتشان را از دولت مرکزی به شوراهای محلی تغییر دادند. پزشکان بیمارستان توسط رئیس شورا منصوب شده بودند و کالج سلامت مسئول نظارت بر عملکردهای بیمارستان بود. در سال ۱۸۷۸ این کالج به انجمن پزشکی سلطنتی^۳ تبدیل شد. در سال ۱۹۱۲ هیات امور اجتماعی^۴ مسئولیت این موضوع را بر عهده گرفت.

1- Diet of the four estate

2- Royal Health Board (Kongl. Sundhetskollegium)

3- Royal Medical Board (Kungl. Medicinalstyrelsen)

4- Board of Social Affairs (Kungl. Socialstyrelsen)

با تصویب قانون بیمارستان در سال ۱۹۲۸ شورای محلی به طور قانونی مسئول تأمین مراقبت‌های بیمارستان نسبت به ساکنانش شد. در آغاز این قانون تعدادی از مسئولیت‌های کلیدی مانند مراقبت از بیماران سرپایی، معالجه بیماران روانی، صرعی و ارایه مراقبت‌های طولانی مدت را به عهده گرفت. طی سال ۱۹۳۰ شورای محلی به طور پیاپی مسئولیت‌هایی به منظور تأمین خدمات مراقبت بهداشتی غیر بیمارستانی مانند خدمت به پرستارهای منطقه، ماماها و زنان باردار و مراقبت بهداشتی و مراقبت دندانپزشکی کودکان را به عهده داشته در سال ۱۹۴۸ شورای شهر متعهد به تأمین مراقبت از بیماران سرپایی در سال ۱۹۵۱ مراقبت طولانی مدت و در سال ۱۹۶۷ مراقبت از بیماران روانی شده بود. پایان سال ۱۹۳۰ کمتر از ۱/۳ پزشکان سمتی را در بیمارستان داشتند. مراقبت سرپایی به طور اساسی توسط کارورزهای خصوصی در مطب‌هایشان یا در بیمارستان ایفا می‌شد. در سال ۱۹۴۶ مصوبه بیمه بهداشت مالی توسط پارلمان تصویب شده بود و در سال ۱۹۵۵ اجرا شد. این اقدام مرحله مهمی به سوی پوشش همگانی برای مشاوره پزشکی، نسخه داروها و غرامت بیماران محسوب می‌شد.

توسعه قابل توجه در بخش سلامت طی جنگ جهانی دوم اتفاق افتاد و سراسر سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ ادامه داشت. این توسعه بصورت ویژه بخش بیمارستانی را در بر گرفت. همچنین سیستم مراقبت بهداشتی زایشگاه‌های سوئد نیز بر اساس بیمارستان‌ها پایه گذاری شد.

در سال ۱۹۶۸ با ادغام هیات امور اجتماعی و انجمن پزشکی سلطنتی هیات ملی سلامت و رفاه^۱ تشکیل شد. این گروه هنوز مسئول مدیریت خدمات اجتماعی و سلامت است.

در سال ۱۹۷۰ به عنوان بخشی از اصلاحات ۷ کرون^۲ شورای شهر مسئولیت خدمات به بیماران سرپایی در بیمارستان‌های عمومی را بر عهده گرفت. در این طرح از بیماران تقاضا شده بود ۷ کرون به شورای شهر برای هر مشاوره سرپایی پردازند و شورای شهر مستقیماً توسط مسئولان بیمه درمانی باقیمانده هزینه را متقبل شده بودند.

به موجب اصطلاحات صورت گرفته شورای شهر حقوق پزشکان را در بخش‌های سرپایی بیمارستان تأمین می‌کرد. در آن زمان به پزشکان بیمارستانی اجازه مداوای بیماران سرپایی

1- The National Board of Health and Welfare
3- seven crown reform

خصوصی با تسهیلات شورای شهر داده نشد. در سال ۱۹۷۱ صنعت توزیع دارو و خرده‌فروشی آن ملی شد و در یک شرکت دولتی با نام مؤسسه ملی داروسازی سازماندهی مجدد شد.

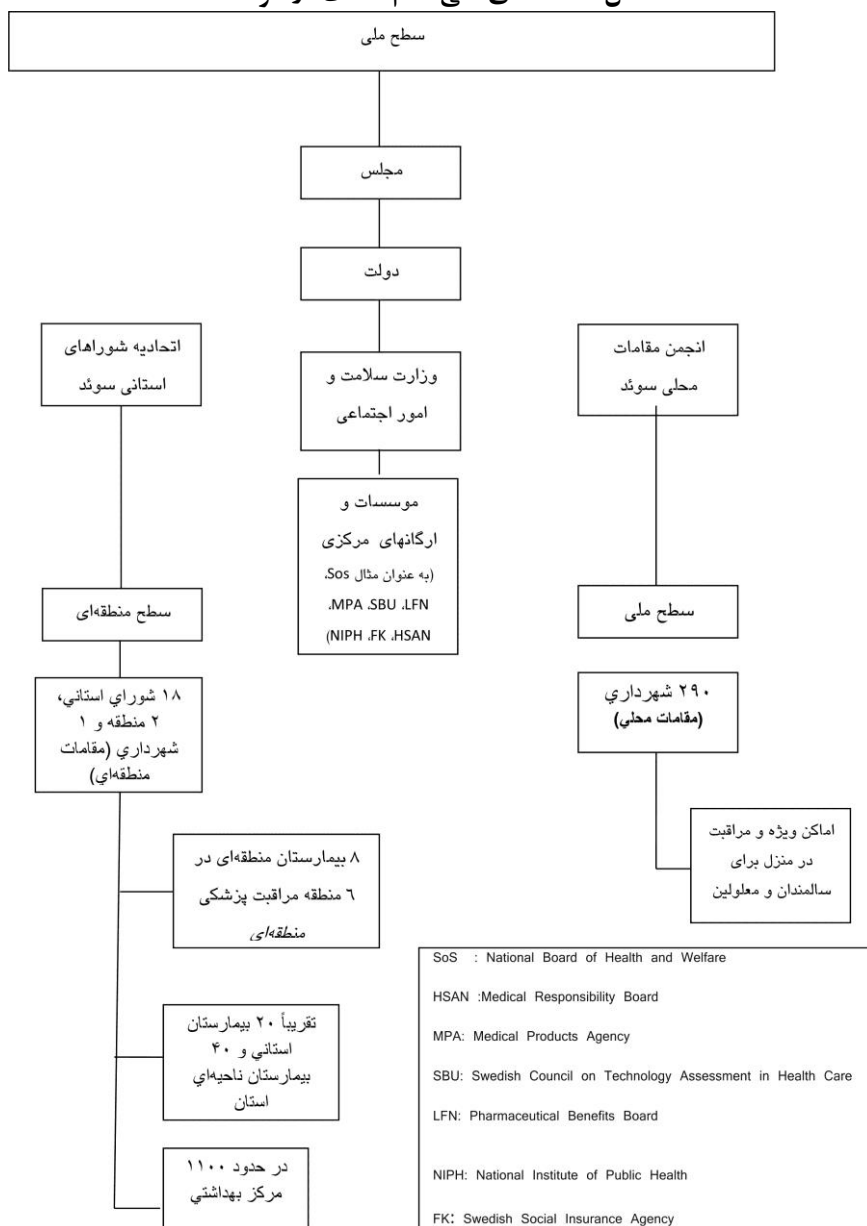
طی سال ۱۹۸۰ بر طبق اصلاحات به موجب قانون اساسی ۱۹۷۴ مسئولیت تمام خدمات سلامت به شورای شهر واگذار شد. از سال ۱۹۸۰ برنامه واکسیناسیون عمومی از وظایف شورای شهر گردید.

مصوبه خدمات درمانی سال ۱۹۸۲ بیان کرده بود هدف کلی نظام سلامت را تأمین « مراقبت‌های بهداشتی مناسب در شرایط مساوی برای تمام جمعیت کشور » تعیین کرد. این اصلاحیه، مسئولیت کامل به شورای شهر در رابطه با موضوعهای مربوط به ارایه بهداشت داد. یعنی آن‌ها مسئول پیشرفت بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها به علاوه تأمین مراقبت بهداشتی برای ساکنانشان بودند. در سال ۱۹۸۵ اصلاحیه Dagmar تقدیم مجلس شد که اصل بازپرداخت بیمه درمانی برای مراقبت‌های سرپایی تعدادی ساکنان و معیار اجتماعی خاص محلی‌ها را تغییر داد، که مستقیماً به شوراهای شهر پرداخت میشد. در سال ۱۹۸۸ پارلمان ملی شوراهای محلی و شهرهای دارای شهرداری را از افزایش مالیات بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۴ منع کرد. که منجر به افزایش سود و پیشرفت بهره‌وری بخش بهداشت گردید. شوراهای شهر کاملاً مسئول تهیه سرمایه و تأمین مراقبت‌های بهداشتی میان سال‌های ۱۹۸۳ و ۱۹۹۲ بودند. در سال ۱۹۹۲ یک تغییر اصلی از طریق اصلاحیه ADEL معرفی شده بود که به موجب آن مسئولیت مراقبت‌های درمانی طولانی مدت از بیماران سرپایی و خدمات رفاه اجتماعی برای افراد معلول و سالمندان جزء وظایف شهرهای دارای شهرداری‌های محلی شد. به موجب این اصلاحیه ۱/۵ کل هزینه مراقبت‌های درمانی شورای شهر به شهرهای دارای شهرداری انتقال یافت. دولت مرکزی این فعالیت را برای تمام شهرهای دارای شهرداری منوط به توافق با شورای شهر همترازشان و اینکه موقتاً (برای ۵ سال) مسئولیت‌های شورای شهر برای خدمات اصلی به صورت تجربی به عهده گرفته باشد امکان‌پذیر ساخت. در سال ۱۹۹۵ شهرهای دارای شهرداری مسئول ارایه خدمات به بیماران روانی که طولانی مدت از این بیماری رنج می‌برند، شدند.

۲-۲. سطوح نظام سلامت

نظام بهداشت و درمان کشور سوئد در سه سطح ملی-ایالتی و محلی سازماندهی شده است (شکل ۱-۱۰).

شکل ۱-۱۰. نمای کلی نظام سلامت در سوئد



۱- **سطح ملی:** سطح منطقه‌ای دولت شامل ۱۸ استان (بدنه اصلی شورای استان است)، دو منطقه محلی و یک شهرداری (شهر استلهکم، پایتخت) می‌باشد. هر شورای استان به طور مستقیم توسط شهروندان همان استان انتخاب می‌شود. (حدود اختیار استان‌های منتخب مانند حدود سازمان فئودالی استان است.) مسئولیت اصلی شوراهای استان بهداشت و مراقبت پزشکی بوده و همینطور شامل مراقبت‌های دندانپزشکی و دیگر خدمات مانند حمل و نقل عمومی، گردشگری، فرهنگ زندگی و ... است.

شوراهای استان حق وضع مالیات بر درآمد شهروندان را به طور متناسب دارند. بخش اعظم درآمد شوراهای استان از این طریق بدست می‌آید.

۲- **سطح ایالتی:** مسولیت تأمین سلامت مردم در سطحی پائین تر از سطح ملی به عهده شوراهای ایالتی قرار دارد. اعضای این شوراها بصورت چهار ساله همزمان با انتخاب شهرداری‌ها انتخاب می‌گردند هزینه‌های این شوراها از طریق مالیات مردم هر ایالت - دولت مرکزی - دریافت کنندگان خدمات و سایر منابع تأمین می‌گردد در کشور سوئد ۲۳ شورای ایالتی وجود دارد و هر کدام یک نماینده در فدراسیون شوراهای ایالتی دارند این شوراها مسئول تأمین بهداشت مردم از سطوح اولیه پیشگیری تا خدمات بیمارستانی می‌باشند شوراهای ایالتی مسئول رسیدگی به نحوه سازماندهی و ارایه خدمات در بیمارستان‌های سراسر حوزه خود می‌باشند و حتی در تعیین هیات مدیره بیمارستان نقش تعیین کننده دارد.

۳- **سطح محلی:** کشور سوئد برای اداره امور در سطح محلی دارای ۲۸۸ شهرداری می‌باشد مسئولین شهرداری‌ها نیز هر چهار سال یکبار از طریق انتخابات منصوب می‌گردند و هزینه این ارگان‌ها از طریق دریافت مالیات از سوی دولت مرکزی و از طریق مردم در قبال ارایه برخی خدمات تأمین می‌شود.

مسئولیت شهرداری‌ها شامل تأمین آموزش و رفاه عمومی (بهداشت عمومی - بهداشت مدارس - نگهداری از اطفال و سالمندان - نگهداری از از کار افتادگان - و بیماران روانی) و احداث راه و جاده تأمین انرژی و غیره می‌باشند بیمارستان‌های روانپزشکی و همچنین پرستاری در منزل نیز تحت نظارت و سرپرستی شهرداری انجام می‌گردد.

۲-۳. وزارت سلامت و امور اجتماعی سوئد

وزیر امور اجتماعی و وزارت سلامت به‌عنوان مسئول عالی این وزارتخانه محسوب می‌شود. دو وزیر دیگر نیز در این وزارتخانه مشغول فعالیت هستند. وزیر بهداشت عمومی و خدمات اجتماعی و وزیر سلامت و مراقبت از سالمندان، که زیر نظر هر وزیر چهار مشاور ایالتی مشغول به فعالیت هستند. وزیران و مشاورین آنها پاسخ‌گوی سیاست‌های مدیریتی وزارتخانه مذکور هستند.

وزارت سلامت و امور اجتماعی سوئد حامی دولت در اداره کشور است و مجری سیاست‌های اتخاذ شده در این بخش است. این وزارتخانه با ارایه اطلاعات مربوط به تصمیم‌گیری به دولت به فعالیت در زمینه اطمینان از اجرای تصمیمات اتخاذ شده می‌پردازد. مهمترین ابزاری که دولت از آن بهره می‌برد لوایح پارلمانی است که در این زمینه به مجلس قانونگذاری ارایه می‌نماید. بنابراین تهیه لوایح پارلمانی یا برنامه‌های دولت از مهمترین وظایف وزارت سلامت و امور اجتماعی سوئد است.

این وزارتخانه همچنین در برنامه‌های مربوط به بودجه‌بندی دولت مرکزی نیز نقش دارد:

- بودجه‌بندی دولت

- سیاست‌گذاری‌های مالی دولت

مهمترین وظیفه این وزارتخانه هدایت و رهبری فعالیت‌هایی است که در حوزه این وزارتخانه از سوی مراجع عمومی ذیربط بر عهده آن گذاشته شده است. دولت در حقیقت هدف‌گذاری، تدوین دستورالعمل‌ها و نحوه تخصیص منابع را بر عهده دارد. اما هیچگونه نظارت مستقیمی بر نحوه اجرای قوانین و یا تصمیم‌گیری‌های از پیش تعیین شده ندارد.

البته در موارد مهم و خاص ممکن است کمیته‌های ویژه تحقیق و تفحص توسط دولت تشکیل گردند. این کمیته‌های بررسی توسط دولت در یک چارچوب زمانی خاص و تحت یکسری دستورالعمل‌های دولتی تشکیل شده و به محض اتمام عملیات بررسی، کمیته تفحص یافته‌های خود را به صورت گزارش به صورت گزارش به دولت تقدیم نمود.

کارکنان سیاسی

وزیران و مشاورین آنها دارای کارکنانی هستند که آنها را در بخش موضوعات سیاسی یاری می‌رسانند. ۶ مشاور امور سیاسی و ۳ مشاور مطبوعاتی. کارکنان سیاسی وزراء را در موضوعات سیاسی، برنامه‌ریزی و هماهنگی و ارتباط با رسانه‌ها کمک می‌نمایند.

وزاری دارای مسئولیت در موارد ویژه:

وزیر استخدام در وزارت صنعت، استخدام و ارتباطات، مسئول امور مربوط به بیمه‌های درمان در وزارتخانه سلامت و امور اجتماعی است. علاوه بر این وزیر تجارت و بازرگانی و وزیر فرهنگ و آموزش مسئول موارد ویژه در وزارت خانه مذکور می‌باشند.

بخش‌ها و مشاورین

بخش‌ها و مشاورین وزارتخانه توسط مقامهای رسمی غیر سیاسی تعیین می‌شوند. زمینه‌های فعالیت در وزارتخانه مذکور در چهار بخش عمده تقسیم می‌شود:

- ۱- بخش بیمه اجتماعی
 - ۲- بخش خدمات اجتماعی
 - ۳- بخش بهداشت عمومی
 - ۴- بخش مراقبت‌های سلامت
 - ۵- مشاورین هیئت مدیره صندوق ارث
- وزارت خانه همچنین دارای دو زمینه فعالیت دیگر در بحث‌های راهنمایی، ارائه خدمات و پشتیبانی بخش‌های مدیریتی هستند که عبارتند از:

- ۱- مشاورین حقوقی
- ۲- مشاورین هماهنگی

مدیران عالی رتبه

مشاورین و بخش‌های مختلف توسط یک مدیر رهبری می‌شوند. سرپرست مشاورین حقوقی به عنوان مدیر کل امور اجرایی و حقوقی محسوب می‌شود و به عنوان یک منصب غیر سیاسی در وزارتخانه به حساب می‌آید.

- بخش بیمه اجتماعی
- بخش خدمات اجتماعی
- بخش بهداشت عمومی

- بخش مراقبت‌های بهداشتی
- مشاورین حقوقی
- مشاورین هماهنگی
- مشاورین صندوق ارث سوئد

در شکل (۲-۱۰) ساختار سازمانی وزارت سلامت و امور اجتماعی سوئد به تصویر کشیده شده است.

مهم‌ترین فعالیت‌های این وزارتخانه به شرح ذیل است:

۱. بهداشت عمومی،
۲. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی،
۳. سالمندان،
۴. بیمه‌های اجتماعی،
۵. کودکان،
۶. خدمات اجتماعی،
۷. معلولین.

دامنه فعالیت‌های مرتبط با بهداشت عمومی

- مرتبط و تاثیر گذار بر جامعه
- تامین اجتماعی و اقتصادی
- سلامت برتر در زندگی روزمره
- محصولات و محیط ایمن و سالم
- مراقبت‌های بهداشتی درمانی و فعالیت‌های مرتبط با ارتقاء سلامت
- پیشگیری مؤثر از گسترش بیماری‌ها
- امنیت ایمنی در فعالیت‌های جنسی و بهبود سلامت

۲۲۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- افزایش فعالیت‌های فیزیکی
- بهبود عادات غذایی و ایمنی کارکنان مرتبط
- کاهش الکل و تنباکو، مواد مخدر و نیروزا

دامنه فعالیت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

- مؤسسات ارایه خدمات درمانی
- مسئولین ارایه خدمات درمانی
- مسئولین ملی سلامت و رفاه
- مؤسسات انتفاعی دارویی
- انجمن ارزیابی تکنولوژی مراقبت‌های درمانی
- انجمن کنترل بیماری‌های عفونی سوئد
- انجمن بیمه‌های اجتماعی سوئد

دامنه فعالیت بیمه‌های اجتماعی

- پرداخت‌های مربوط به نگهداری کودکان در منزل به والدین آنها
- پرداخت به افرادی که به دلیل بیماری قادر به کار نمی‌باشند.
- پرداخت به از کارافتادگان دایم و یا موقت
- پرداخت به حادثه دیدگان شغلی
- پرداخت‌های مربوط به دوران کهولت

سازمان‌ها و نهادهای فعال در بخش سلامت

الف- انجمن شهرداری‌های سوئد: ۲۸۸ شهرداری از سراسر سوئد در این سازمان عضویت دارند و وظیفه انجمن تقویت حکومت‌های ملی و حفظ منابع آنان و توسعه همکاری‌ها میان آنهاست قسمتی از بودجه آن توسط اعضای انجمن تأمین شده و ما بقی آن از خدماتی که این سازمان به شهرداری‌ها ارایه می‌دهد حاصل می‌شود.

ب- **هیات ملی بهداشت و رفاه:** این هیات بر اجرای دقیق سیاست‌ها و مقررات وضع شده در خدمات بهداشتی و امور رفاه اجتماعی نظارت دارد همچنین مسئولیت استخراج و نگهداری آمار کشور با کمک مرکز اپیدمیولوژی - صدور جواز کار برای پزشکان و دندان پزشکان و سایر متصدیان امور بهداشتی را بر عهده دارد.

پ- **آژانس صنایع و تولیدات پزشکی:** مستقیماً وابسته به دولت مرکزی است و وظیفه اصلی آن کنترل و ارزیابی کیفیت - هزینه منفعت و مصرف تولیدات دارویی و پزشکی است.

ت- **انجمن تکنولوژی پزشکی:** این انجمن به بررسی و ارزیابی تأثیرات تکنولوژی‌های جدید به کار گرفته شده در سیستم بهداشتی درمانی از دیدگاه پزشکی - اجتماعی و اخلاقی می‌پردازد.

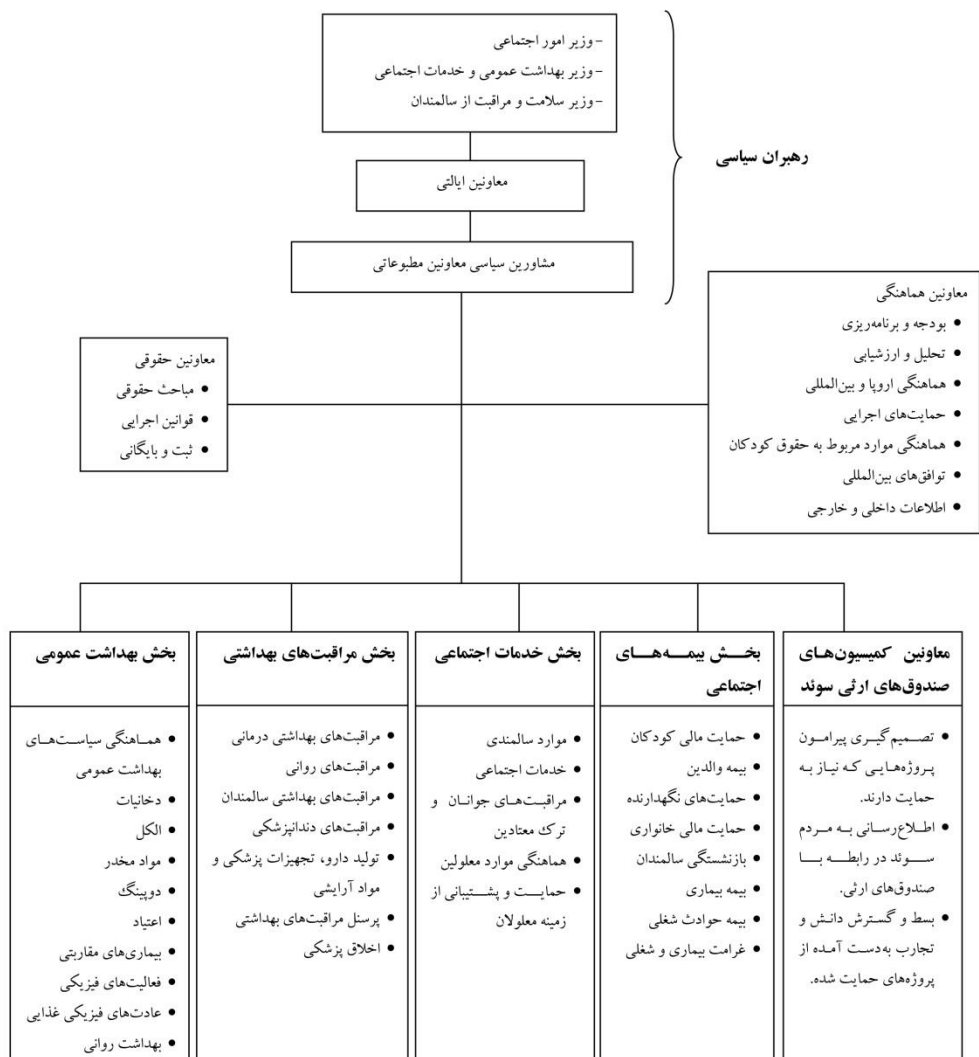
ج- **بنیاد ملی بهداشت اجتماعی:** وظیفه اصلی آن ارتقا بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها است استراتژی آن ایجاد تسهیلات و فرصت‌های مساوی برای برخورداری همه افراد جامعه از بهداشت می‌باشد.

چ- **هیات ملی بیمه اجتماعی:** این هیات وظیفه نظارت بر بیمه‌های مختلف (درمانی - بیمه مادر و نوزاد - مستمری و بازنشستگی - مستمری مکمل - کمک هزینه مسکن و خانه سازی و غیره) را بر عهده دارد از جمله وظایف مهم آن برگرداندن افراد به کار و فعالیت می‌باشد همچنین قیمت گذاری برای داروها و جلب همکاری شرکت‌های داروسازی است این هیات شعبه‌های در شوراهای ایالتی و نیز دفاتری در شهرداری‌ها در سطح محلی دارد.

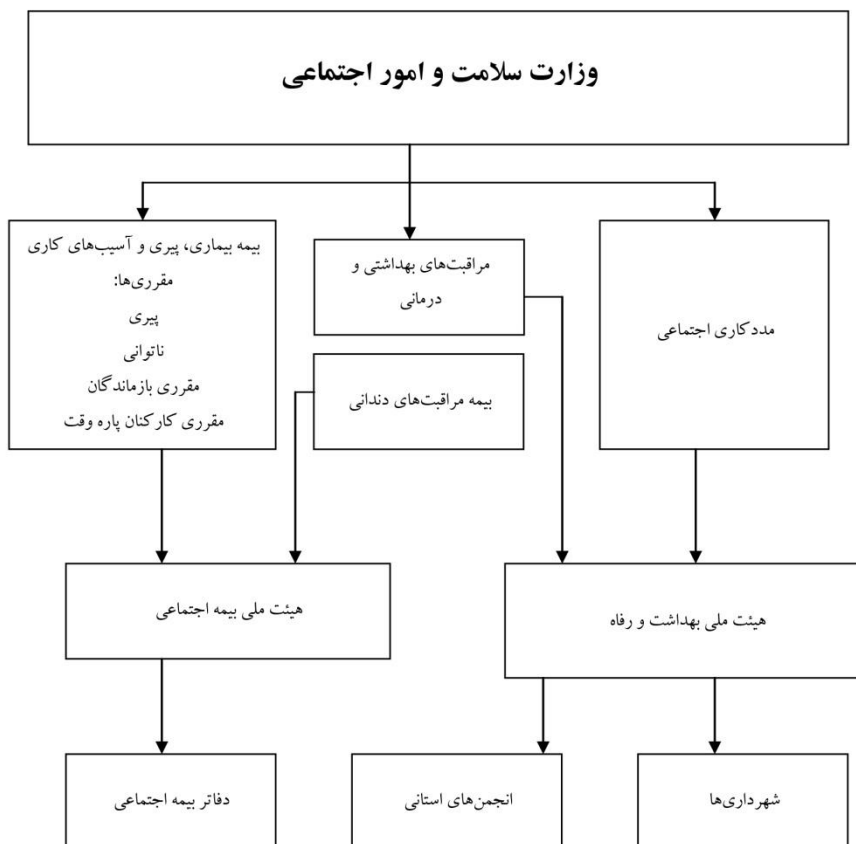
ح- **فدراسیون شوراهای ایالتی:** این فدراسیون یک سازمان ملی می‌باشد و تمامی شوراهای ایالتی در آن عضویت دارند و توسط یک هیأت منتخب اداره می‌شود این سازمان از منابع اعضای خود حمایت کرده و آنان را در انجام امور مربوطه یاری می‌رساند این فدراسیون مستقل از دولت بوده و بودجه آن توسط اعضای آن تأمین می‌گردد.

خ- **انجمن شهرداری‌های سوئد:** ۲۸۸ شهرداری از سراسر سوئد در این سازمان عضویت دارند وظیفه انجمن تقویت حکومت‌های ملی و حفظ منابع آنان و توسعه همکاری‌ها میان آنهاست قسمتی از بودجه آن توسط اعضای انجمن تأمین شده و ما بقی آن از خدماتی که این سازمان به شهرداری‌ها ارائه می‌دهد حاصل می‌شود.

شکل ۲-۱۰. ساختار سازمانی وزارت سلامت و امور اجتماعی



شکل ۳-۱۰- شمای نظام سلامت و امور اجتماعی سوئد



۲-۴. سازمان‌ها و مؤسسات وابسته

۲-۴-۱. سازمان مراقبت‌های بهداشتی

این سازمان مسئول فعالیت حوزه‌هایی است که به‌طور وسیعی مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی درمانی مثل امور دندانپزشکی و دارویی است. حوزه‌های مسئولیت آن عبارت‌اند از:

۱. مراقبت‌های بهداشتی درمانی و دیگر موارد پزشکی،

۲. مراقبت‌های روانی،

۳. مراقبت‌های بهداشتی سالمندان،

۴. مراقبت‌های دهان و دندان،

۲۲۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

۵. تولیدات دارویی، آرایشی و تجهیزات پزشکی و داروسازی،
۶. پرسنل مراقبت‌های بهداشتی،
۷. اخلاق پزشکی.

۲-۴-۲. سازمان بهداشت عمومی

سازمان بهداشت عمومی مسئول تدارک سلامت و بهداشت در مناطق تحت پوشش سیاست‌های بهداشتی است که حوزه‌های مسئولیت آن عبارت‌اند از:

۱. هماهنگی سیاست‌های بهداشت عمومی در سطح ملی،
۲. تنظیم سیاست‌های بهداشتی در مورد: مشروبات الکلی، داروهای مخدر، دوپینگ، دخانیات، بهداشت جنسی و تناسلی، قمار، کنترل بیماری‌های واگیر، حفاظت سلامت و بهداشت روانی.

۲-۴-۳. سازمان بیمه اجتماعی

حوزه فعالیت سازمان بیمه‌های اجتماعی شامل حمایت‌های مالی برای خانواده و بیمه درمان و بازنشستگی است. حوزه‌های مسئولیت آن عبارت‌اند از:

۱. تأمین مالی برای خانواده‌ها و کودکان،
۲. تأمین مالی برای سالمندان،
۳. تأمین مالی برای بیماران و معلولین،
۴. مدیریت بیمه‌های اجتماعی.

۲-۴-۴. بخش خدمات اجتماعی

وظایف سازمان خدمات اجتماعی بیشتر مرتبط با قانون‌گذاری، راهنمایی‌های کلی و بازرسی است. حوزه‌های مسئولیت آن عبارت‌اند از:

۱. سیاست‌گذاری در مباحث مربوط به سالمندان،
۲. سیاست‌گذاری خدمات اجتماعی شامل
 - خدمات خانواده و اشخاص،
 - ارابه مراقبت‌های دولتی به جوانان و ترک معتادین،
 - هماهنگی موارد معلولیت‌ها،
 - حمایت و کمک به معلولین.

۵-۴-۲. مشاوران قانونی

مشاوران قانونی دارای فعالیت مرتبط با تمامی بخش‌های وزارتخانه است. مشاوران، مسئول هماهنگی امور حقوقی وزارتخانه هستند. حوزه‌های مسئولیت این بخش‌ها عبارت‌اند از:

۱. امور حقوقی،

۲. قوانین اجرایی،

۳. ثبت و ضبط.

۶-۴-۲. مشاوران هماهنگی

این بخش به‌عنوان یک واحد حمایتی هم برای سایر بخش‌ها و هم برای رهبران سیاسی محسوب می‌شود. حوزه‌های مسئولیت این بخش عبارت‌اند از:

۱. برنامه‌ریزی بودجه،

۲. امور بین‌الملل،

۳. ارزشیابی و تحلیل،

۴. حمایت‌های اجرایی،

۵. هماهنگی امور مربوط به حقوق کودکان طبق توافق‌نامه‌های بین‌المللی سازمان ملل متحد مربوط به کودکان،

۶. توافق‌های بین‌المللی،

۷. اطلاعات داخلی و خارجی.

۷-۴-۲. مشاوران صندوق وراثت

SIF در حقیقت مهیا‌کننده درخواستهای حمایت از این صندوق می‌باشد کمیته SIF همچون یک بزرگ خانواده سازمانی است برای حمایت از کودکان، جوانان و معلولین.

حوزه مسئولیت این سازمان عبارتست از:

۱- تصمیم‌گیری پیرامون پروژه‌های که باید حمایت دریافت نمایند.

۲- مطلع ساختن عموم مردم درباره صندوق وراثت سوئد

گسترش دانش و تجربه پروژه‌هایی که حمایت دریافت می‌نمایند.

وزارت سلامت و امور اجتماعی دارای ساختار ماتریسی است. بدین معنی که جدا از کارکنان اجرایی برای بخش‌های مختلف سازمان، بخش‌های دیگری نیز مسئولیت تحلیل، بودجه‌بندی، امور حقوقی و اطلاعات و امور بین‌الملل را نیز برعهده دارند.

هدف رفاه عمومی در این وزارتخانه به معنای آزادی انتخاب تمامی شهروندان در مراحل مختلف زندگی‌شان است.

وزارت سلامت و رفاه اجتماعی تمامی مباحث رفاهی بنیادین را پوشش می‌دهد و یک‌سری زمینه‌های سیاسی وسیعی از جمله اقتصاد اجتماعی، سیاست‌های اجتماعی، بهداشت و مراقبت‌های درمانی، بهداشت عمومی و قوانین کودکان و معلولین را دربردارد.

مسئولیت اصلی وزارت اطمینان یافتن از اثر بخشی نظام سلامت و نظارت بر فعالیت‌های شورای ایالتی رسیدگی به مسائل سیاسی و قانون‌گذاری در امور بهداشتی و رفاهی و بیمه‌ای است. وزیر و هیأت تخلفات پزشکی ملی ارزیابی خطاهای پزشکی را در صورت شکایت و تخلفات پزشکی انجام می‌دهد و تصمیم‌گیری می‌کند. اگر رفتار ناشایست از سوی کارمندان خدمات درمانی صورت گیرد موضوع توسط هیأت تخلفات پزشکی ملی پیگیری می‌شود. هیأت طبق گزارشات هیأت ملی بهداشت و رفاه با بیماران و یا اقوام بیماران اقدام می‌کند هیأت ممکن است حقوق حرفه‌ای خدمات بهداشتی را محدود یا از پرداخت آن صرف نظر کند. علاوه بر وزارت گروه‌های دولت مرکزی وابسته به وزارت نیز وجود دارد که در ذیل به آنها اشاره می‌شود.

۳. نظام آرایه خدمات

خدمات سلامتی در سوئد به عنوان یک امر ضروری تلقی می‌شود که باید با کیفیت عالی در دسترس عموم افراد جامعه قرار گیرد. برخورداری عموم مردم به طور عادلانه و با کیفیت بالا از اهداف عمده این سیستم در سوئد می‌باشد لذا سه اصل مهم وجود دارد.

- اصل حقوق انسانی: تمامی افراد از ارزش یکسان و حقوق برابر بدون توجه به ویژگی‌های فردی و موقعیت اجتماعی آنان برخوردار می‌باشند.
- اصل نیاز: منابع و خدمات باید به نحوی توزیع شوند که نیازمندترین افراد از بیشترین خدمات برخوردار گردند.

- اصل هزینه اثر بخشی: هنگام برنامه‌ریزی و اجرا باید ارتباط منطقی بین هزینه و اثر بخشی هر عملکرد برقرار باشد تا با صرف منابع محدود، سطح مناسبی از زندگی و رضایت مندی را برای دریافت‌کننده خدمت، ایجاد نماید.

مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی و درمانی کشور سوئد قبل از ۱۹۸۰ بر مبنای تشخیص و دیدگاه دست‌اندرکاران و متصدیان بهداشتی صورت می‌گرفت. بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ برنامه‌ریزی عمدتاً بر تخصیص منابع بر پایه نیاز فعلی مردم تمرکز یافت. سال‌های بعد از ۱۹۹۰ ابتدا بازاریابی مناسب از خدمات مختلف بهداشتی و درمانی صورت می‌گیرد و سپس بر اساس آن خدمات مختلف بهداشتی و درمانی برنامه‌ریزی شده و ارائه می‌گردد. توجه به خصوصی‌سازی در سیستم بهداشت و درمان سوئد از اهمیت خاصی برخوردار است.

سیستم خدمات سلامت یکپارچه‌ای در سوئد موجود نمی‌باشد و تعدادی از سازمان‌های خدمات بهداشتی درمانی در امتداد خطوط بخشی سازماندهی شده‌اند. هر بخشی نسبت به ارائه خدمات سلامتی خوب به ساکنین خود مسئول است (این تعهد برای شهرک‌های خارج از بخش نیز به کار می‌رود). به این ترتیب بر اساس مصوبه مراقبت‌های پزشکی و بهداشت، ۲۱ دولت محلی نسبت به ارائه خدمات سلامتی که هر کدام بر اساس تفسیر خودشان از اینکه به چه خدمات سلامت و از چه طریقی باید دستیابی شود، در سیستم‌های سلامت خود مسئول می‌باشند.

هیچکدام از این ۲۱ سازمان خدمات بهداشتی مجزا و مستقل، شبیه به یک سیستم ملی (نظیر خدمات بهداشتی ملی انگلستان) نمی‌باشند. در برنامه مورد نظر سوئد، بخش‌ها و شهرک‌ها متشکل از دولت‌های محلی بوده که دارای زیر سیستم‌های سیاسی خود مختار هستند و حق وصول مالیات دارند. بخش‌ها و شهرک‌ها در سطوح مختلفی فعالیت کرده و مسئولیت‌های متفاوتی دارند. ۲۸۹ شهرک موجود با ارائه حیطه وسیعی از خدمات، در محلی‌ترین سطح فعالیت می‌کنند. در مقایسه، ۲۰ بخش در حیطه جغرافیایی وسیع‌تری عمل می‌کنند و تخصصی‌ترین بدنه دولتی ناحیه‌ای ارائه خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهند.

۸۵ درصد هزینه بخش‌ها صرف خدمات بهداشتی می‌شود و ۸۸ درصد کارکنان بخشی در نظام سلامت مشغول به کار هستند. بخش‌ها به طور قابل توجهی از نظر وسعت با یکدیگر متفاوت

هستند (از کوچک‌ترین بخش با ۱۵۰۰۰۰ نفر جمعیت تا بزرگ‌ترین آن با ۱/۸ میلیون نفر جمعیت نظیر استکهلم). مصوبه خدمات پزشکی و بهداشت علاوه بر تقسیم مسئولیت بخش‌ها در ارایه خدمات سلامت، اهداف و دستورالعمل‌های ارایه خدمات را به تفصیل بیان کرده است. این اهداف و دستورالعمل‌ها، بسیار کلی بوده و در واقع اختیارات بخش‌ها را در قسمت بهداشت محدود ساخته است. چرا که باید بر اساس چارچوب قانونی موجود فعالیت کنند. با وجودی که عملکرد بهداشتی و خدمات پزشکی، برخی از نیازهای بخش‌ها را محدود می‌سازد اما به آنها آزادی کامل در طراحی نظام سلامت داده و آنان را با موقعیت‌های محلی و نیازمندی‌ها سازگار می‌کند. به همین دلیل است که سیستم‌های خدمات بهداشتی ۲۱ بخش با یکدیگر در چندین جنبه متفاوت‌اند و به همین دلیل تعیین یک نظام سلامت بخشی «خاص» می‌باشد.

۱-۳. نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سوئد با هدف ارتقاء بهداشت عمومی جامعه و درمان بیماری‌ها و آسیب‌هایی است که نیاز به بیمارستان ندارد انجام می‌شود. تعداد ۹۵۰ مرکز بهداشتی و درمانی در سوئد که به طور مستقیم زیر نظر شوراهای ایالتی کار می‌نمایند به امر ارایه خدمات بهداشتی و پیشگیری اولیه مشغول می‌باشند. در امر بهداشت عمومی شوراهای ایالتی و حکومت‌های محلی و خصوصاً شهرداری‌ها مسئولیت تأمین و حفظ بهداشت را بر عهده دارند و هیات ملی بهداشت و رفاه نظارت و پایش بر این فعالیت‌ها دارد. وضعیت بهداشت در سوئد طبق استانداردهای ملی بالاست و اکثریت مردم سوئد از بهداشت مناسب برخوردارند. در سال ۱۹۹۱ کمیته بهداشت ملی یک راهبرد بهداشتی با دستورالعمل‌هایی برای کار آینده منتشر کرد تا بهداشت جمعیت، مخصوصاً گروه‌های دارای نقطه ضعف و کاستی را توسعه دهد. این راهبرد شامل همکاری، تأکید بر فعالیت‌هایی در سطح منطقه‌ای و محلی، فعالیت‌های متفاوت در سطح ملی، تحقیقات و آموزش می‌شود. در سال ۱۹۹۲ مؤسسه ملی بهداشت عمومی توسط دولت تأسیس شد. که مسئول اجرای پیشرفت بهداشت و برنامه پیشگیری بیماری مخصوص افرادی در سطح ملی می‌باشد. برای جراحی غیر عمدی، کودکان، جوانان و زنان در معرض خطر برنامه‌های بهداشتی مخصوص اجرا می‌شود. شوراهای شهر و مسئولان امور

فصل دهم: نظام سلامت در سوئد ۲۳۱

محلّی مسئولیت مراقبت بهداشتی را بر عهده دارند. با این وجود وظیفه اصلی این است به مردم کمک کنند و آنهایی که نیاز دارند به مسئولان امور متکی باشند را حمایت کنند. شهرهای دارای شهرداری نقش مرکزی در ارزیابی‌های پیشگیرانه ایفا می‌کنند. و همچنین از افراد معتاد به الکل حمایت به عمل می‌آید. آنها همچنین مسئول دستیابی به پروانه نوشابه‌های الکلی را دارند، محدودیت‌هایی را در خوردن الکل در رستوران‌ها را کنترل و تنظیم می‌کنند. حدود ۳٪ کل هزینه خدمات بهداشت شامل دارو و دندانپزشکی در جهت پیشرفت بهداشت پیش می‌رود. پیشرفت بهداشت اساساً در پیشگیری بیماری‌ها تمرکز دارد. کودکان در برابر اکثر بیماری‌های اطفال متداول مصون‌اند.

مراقبت بهداشتی پیشگیرانه و مطابق با جمعیت با مراقبت بهداشت اولیه تلفیق شده است. آموزش بهداشت عمومی در مدرسه توسط معلم یا پرستار مدرسه یا پزشکان داده می‌شود. آموزش بهداشت در رابطه با تنباکو، خوردن الکل و... توسط پزشکان عمومی توزیع می‌شود.

آن‌ها خدمات پیشگیرانه مانند آزمایش پاپ اسمیر را انجام می‌دهند و تمام پزشکان عمومی آن‌ها را در رابطه سرطان سینه مورد بررسی قرار می‌دهند. ماماها، پرستارهای منطقه و پزشکان عمومی تماماً خدمات برنامه‌ریزی اصلی را فراهم می‌کنند. فعالیت بهداشت عمومی حرفه‌ای در سطح محلی در مدارس، خانه‌های سازمانی برای سالمندان و محل کار انجام می‌گیرد. هیأت ملی بهداشت و رفاه نقش قابل توجهی در سرپرستی و کنترل و تنظیم فعالیت‌های بهداشت عمومی شوراهای شهر و شهرهای دارای شهرداری دارد. مرکز واگیرشناسی (EPC) تأسیس شده است تا وضعیت بهداشت و موقعیت اجتماعی از تمام جمعیت مانند پیشامدهای ناخوش و ناسازگاری‌ها اجتماعی را کنترل و تنظیم کنند. انتظار می‌رود این مرکز اهمیت زیادی در توسعه آینده سیاست رفاه در سوئد داشته باشد. در سطح منطقه‌ای تعدادی شورای شهر واحدهای خاصی را برای داروهای مشترک ترتیب دادند که پیشرفت بهداشت را کنترل و تنظیم کرده و حفاظت محیطی را به طور قابل ملاحظه‌ای در ۲ سطح ملی و محلی انجام می‌دهند. مسئولان امور محلی، شهرهای دارای شهرداری، مسئولیتی برای قسمت اصلی و سیاست ولایت محلی قرار دادند. شامل پیشگیری از بیماری، کیفیت غذا، حمایت حیوانات، مدیریت طبیعی، محافظت از محیط زیست، مدیریت آب، کیفیت آب نوشیدنی، فاضلاب، زباله، سرپرستی فعالیت‌های خطرناک محیطی و کنترل

۲۳۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

شیمیایی می‌شود. شهرهای دارای شهرداری روی اشکال جدید حسابرسی محیطی و به حساب آوردن تعرفه‌های محیطی جدید به منظور پیشرفت حفاظت‌ها، کیفیت غذا و رفاه حیوانات مطالعه انجام می‌دهند.

مراقبت بهداشت اولیه به طور عمومی ایجاد شده است. خدمات مراقبت پایه مانند خدمات پیش‌گیری از طریق مراکز مراقبت همگانی ارابه می‌شود. امروزه سوئدی‌ها ۹۵۰ مرکز ارابه خدمت دارند که هریک خدمات ۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر از ساکنانش را فراهم می‌کنند. مراکز بهداشت توسط شوراهای شهر مدیریت می‌شود. هدف مراقبت بهداشت اولیه توسعه سطح بهداشت مردم و معالجه‌ی بیماران و مجروحان که نیاز به بستری در بیمارستان ندارند می‌باشد. بیماران به مشاوره‌ی پزشکان با تعیین ملاقات نیاز دارند اما اکثر مراکز بهداشتی به بیماران فرصت می‌دهند در طی ساعات روز بدون تعیین وقت به پزشک مراجعه کنند. پزشکان منطقه درمان، پیشگیری را توصیه می‌کنند. خدمات درمانی اصلی هم چنین شامل کلینیک برای کودکان، واکسیناسیون و کنترل حاملگی، بازبینی و امور بهداشتی و مشاوره‌ای می‌باشد. دیگر افراد استخدام شده در این سطح پرستاران، ماماها، ۵ تن درمانگر و پزشک زنان هستند. کار پرسنل مراکز بهداشت به گونه‌ای سازماندهی شده است که همکاری میان طبقات حرفه‌ای مختلف تسهیل گردد.

پرستاران منطقه نقش خاصی به عنوان رابط اولیه با سیستم مراقبت بهداشت در حکم مسئولیتشان دارند. پرستاران مراکز بهداشت پذیرش اولیه‌ی بیماران را انجام می‌دهند و اگر لازم باشد آنها را به پزشکان عمومی و مرکز بهداشت هدایت می‌کنند یا آنها را به بیمارستان ارجاع می‌دهند. آنها مکان‌هایی را برای ویزیت سالمندان در نظر گرفته‌اند. اطلاعات پزشکی، توصیه و حمایت توسط پرستارهای منطقه در کلینیک‌ها و گاهی اوقات به بیماران در خانه‌هایشان ارابه می‌شود. با این وجود آنها مسئولیت مستقلی ندارند. آنها طبق توصیه پزشک عمل می‌کنند. پرستاران منطقه همچنین حق دارند داروهای معین ضد بارداری را تجویز کنند. در ژانویه ۱۹۹۴ قانون جدید معرفی شده بود که ساختار کار پزشکان در مراقبت اصلی را تغییر می‌داد. بر طبق قانون هر ساکن سوئد این حق را داشته است پزشک خانوادگی اش را انتخاب کند. با این وجود از این قانون صرف نظر شد و شوراهای محلی می‌توانند از پزشکان خانوادگی استفاده کنند

فصل دهم: نظام سلامت در سوئد ۲۳۳

در صورتی که آن‌ها بخواهند. اما مجبور به معرفی پزشک نخواهند بود. تمام ساکنان این حق را دارند تماس پزشکی مداومی در رابطه با مراقبت بهداشتی اولیه را داشته باشند.

از سال ۲۰۰۳ مردم سوئد انتخاب آزادانه‌ای در مراقبت سلامت داشته‌اند. این امر بدین معناست که بیماران می‌توانند درمان را در هر جایی از کشور و تحت شرایط یکسان همانند منطقه محل زندگی‌شان جستجو کنند.

از ژانویه سال ۲۰۱۰، تمامی شوراهای محلی مجبور به معرفی آنچه که بعنوان نظام انتخاب اولیه در مراقبت‌های اولیه است، می‌باشند. این نظام توسط پارلمان سوئد (Riksdag) در فوریه سال ۲۰۰۹ تصویب گردید. این نظام در برگیرنده گزینه‌های بیمارانی است که ترجیح می‌دهند به مراکز بهداشت عمومی یا خصوصی مراجعه نمایند.

پزشکان عمومی ضرورتاً ارتباط اولیه با بیماران برای مشکلات بهداشتی یا سطح‌های مراقبتی دیگر ندارند. در عوض پزشکان عمومی خدمات ارتباطی اولیه مخصوصاً برای نوجوانان و جمعیت سالمند در رابطه با مسائل بهداشتی فیزیکی فراهم می‌کنند.

زمانی که منبع پزشکی موجود در سطح مراقبت اصلی برای بیماران خاص کافی نیست، ممکن است بیمار به شورای منطقه یا محلی آزمایشگاه یا بیمارستان انتقال داده شود. مرحله ارجاعی از مکانی به مکان دیگر متغیر است. معمولاً پزشکان عمومی وقت ملاقات با متخصص، مرکز وابسته به تشخیص بیماری، آزمایشگاه یا بیمارستان را تعیین می‌کنند یا وقت ملاقات بیمار توسط نامه ارجاعی تعیین می‌شود. تعدادی پزشکان عمومی بیماران را برای تشخیص بیماری یا معالجه و یا تنها برای مشاوره ارجاع می‌دهند. چنانچه در بالا گفته شد پزشکان عمومی درمان اولیه انحصاری ندارند. مردم که خواستار درمان پزشکی برای بیماران سرپایی هستند می‌توانند مستقیماً به کلینیک خصوصی بیماران سرپایی بیمارستان بروند چنانچه ارجاع قبلی به پزشکان عمومی ضروری نباشد بیماران ممکن است متخصص و بیمارستانی را که آن‌ها می‌خواهند بدون در نظر گرفتن سطح درمان انتخاب کنند. با ورود به بیمارستان بیمار معالجاتی از متخصص در یک کلینیک سرپایی یا اورژانس با توجه به شدت بیماری دریافت می‌کند. در سیستم همگانی، شوراهای شهر چندین طرح درمانی مختلف دارند. آن مربوط به هر شورای محلی است که تصمیم بگیرد چگونه به جمعیت در درمان اولیه خدمت کند. یکی از تغییرات اصلی طی چندین سال اخیر این بوده است وظایف

۲۳۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

مراقبت از سالمندان از شوراهای محلی به شهرهای دارای شهرداری انتقال داده شد، با توجه به این اصل که هر کس با توجه به محل زندگی در شهرهای دارای شهرداری باید درمان را تدارک ببیند. همچنین برای معالجات روان پزشکی و بیماران ذهنی تمهیداتی در نظر گرفته شود.

پزشکان عمومی سوئدی شاغل در بخش عمومی توسط شوراهای محلی استخدام شده‌اند و حقوق ماهانه در رابطه با شایستگی و برنامه کاری دریافت می‌کنند. آن‌ها هزینه‌ای از بیماران دریافت نمی‌کنند. دیگر کارمندان شاغل در مراکز بهداشت عمومی مستقیماً بوسیله شورای محلی استخدام شدند و حقوق ماهانه دریافت می‌کنند.

توجه به سطح بالای کیفیت در سیستم درمانی و تلاش‌های مداوم در جهت پیشرفت کیفی از منافع اصلی سوئد طی زمانی طولانی بوده است. در حال حاضر منابع محدود شده است و معتقدند مهم است کیفیت را در خدمات موجود ابراز کنند، کمیته‌های کیفی در سطح مدیریت تلاش می‌کنند. سیستم‌هایی را تولید و کیفیت آن را پیشرفت دهند. در سال ۱۹۹۴ هیأت ملی بهداشت و رفاه نظارت جدید را اعمال کردند که بر طبق آن فعالیت قانونی و منظم سازمان یافته کیفیت خدمات بهداشتی را تضمین می‌کردند.

در بیمارستان‌ها کمیته‌های کیفی در سطح مدیریت متداول اند. در رابطه با تخمین رضایت بیماران بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی گاهی اوقات تحقیقاتی مختلف برای مثال مصاحبه تلفنی و پرسشنامه‌ای انجام می‌دهند. قسمت حرفه‌ای کنترل کیفی با نظارت ارزیابی کلینیک رابطه دارد. مؤسسه پزشکی سوئد برنامه‌ای برای ارزیابی کیفی در تخصص‌های مختلف معرفی کرد.

قانون مراقبت بهداشتی سوئد برای حمایت از یکپارچگی بیماران بیان می‌شود. کارکنان بهداشت مجبورند به بیماران در رابطه با هر ویژگی بهداشت و انواع روش‌های تشخیص بیماری موجود و معالجات اطلاع رسانی کنند.

هویت بیمار در فهرست‌های مختلف حفاظت شده است. شوراهای محلی نیاز است آن‌ها را در یک منطقه یا بیشتر طبق نظر هیأت امنای منطقه سازماندهی کنند. این عضو هیأت امنای رابطه میان بیماران و کارکنان بهداشت را تسهیل می‌کند و هر کمکی را بیماران نیاز دارند برای آن‌ها فراهم می‌کند.

خط و مشی مراقبت سطح اول عبارت است از: جامعیت - قابلیت دسترسی - کیفیت - استمرار - امنیت سلامتی مردم در انتخاب مرکز ارائه خدمات درمانی خود آزاد هستند اما اگر بخواهند به مرکزی خارج از حوزه تحت پوشش ایالت خود مراجعه نمایند باید هزینه آن را پردازند زیرا هزینه‌های بهداشتی در ایالت‌های مختلف سوئد متفاوت می‌باشد به طوریکه کمترین مبلغ سالانه آن ۷ دلار و بیشترین مبلغ سالانه آن ۱۴ دلار می‌باشد.

مرکز اپیدمیولوژی نیز به تجزیه و تحلیل شاخص‌های بهداشتی و میزان مرگ و میرها مشکلات اجتماعی و بیماری‌ها و عوامل خطرزا در کل سطوح ملی و منطقه‌ای می‌پردازد.

۲-۳. مراقبت‌های بهداشتی سطح دوم و سوم

در کشور سوئد سهم عمده‌ای از منابع بهداشتی به مراقبت‌های درمانی در سطح بیمارستان‌ها اختصاص یافته است.

تعداد ۹۰ بیمارستان در سراسر سوئد وجود دارد که بر حسب تخصصی بودن به بیمارستان‌های مرکز ایالت و بیمارستان‌های ناحیه‌ای و بیمارستان‌های محلی تقسیم می‌شوند.

حدود ۲۶ بیمارستان در سوئد تحت عنوان بیمارستان‌های مرکز ایالت وجود دارد که برای هر ایالت حداقل یک بیمارستان اختصاص داده شده است حدود ۱۵ تا ۲۰ متخصص در هر یک از این بیمارستان‌ها حضور دارند و میانگین تخت این بیمارستان‌ها حدود ۴۵۰ تخت می‌باشد که خدمات تخصصی مختلف به مراجعین داده می‌شود.

تعداد ۵۶ بیمارستان در سطح محلی وجود دارد که میانگین تخت‌های آنها ۱۳۷ تخت می‌باشد و ۴ تخصص از جمله داخلی - جراحی - رادیولوژی و بیهوشی در آن حضور دارند عملکرد این بیمارستان‌ها به بیمارستان‌های جنرال شبیه است.

جهت ارائه خدمات فوق تخصصی کشور سوئد به ۶ ناحیه بزرگ تقسیم می‌شود که در هر ناحیه بزرگ ۳ تا ۴ ایالت در سازماندهی و ارائه خدمات فوق تخصصی در بیمارستان‌های ناحیه‌ای مشارکت دارند در سراسر کشور سوئد ۹ بیمارستان فوق تخصصی وجود دارد که هر ناحیه ۳ تا ۴ ایالت همسایه را تحت پوشش دارد میانگین تخت هر بیمارستان فوق تخصصی ۹۰۰ تخت می‌باشد

اداره این بیمارستان‌ها توسط شورای ایالتی که بیمارستان ناحیه‌ای در آن ایالت قرار گرفته انجام می‌گردد و تأمین منابع مالی و نظارت بر سازماندهی و نحوه مشارکت سایر ایالات بر عهده فدراسیون شوراهای ایالتی می‌باشد. ۸ بیمارستان از این مجموعه وابسته به دانشگاه‌های پزشکی می‌باشند. این بیمارستان‌ها دامنه وسیعی از تخصصات پزشکی را فراهم می‌کنند و در زمینه‌های تخصصی مانند جراحی سلسله اعصاب، جراحی قفسه سینه، جراحی پلاستیک و آزمایشگاه‌های کاملاً تخصصی بیش از مراکز دیگر در سطح محلی فعالیت دارند. این بیمارستان‌ها دامنه وسیعی از تخصصات پزشکی را فراهم می‌کنند و برای بیماران ارجاعی با شرایط کاملاً پیچیده نیاز به همکاری میان فوق تخصص و تشخیص بیماری پیشرفته و تجهیزات درمانی دارند. اگرچه دولت مرکزی در هزینه‌های بیمارستانی منطقه در رابطه با آموزش و تحقیق دخیل است بیمارستان‌ها توسط محلی که در آن قرار گرفته‌اند اداره می‌شوند. بیمارستان‌های منطقه سطح ثانویه مراقبت را به ساکنان شوراهای محلی ارایه می‌دهند. همانطور که ملاحظه می‌شود این بیمارستان‌ها برای بیماران ارجاعی با شرایط کاملاً پیچیده نیاز به همکاری میان فوق تخصص و تشخیص بیماری پیشرفته و تجهیزات درمانی دارند. اگرچه دولت مرکزی در هزینه‌های بیمارستانی منطقه در رابطه با آموزش و تحقیق دخیل است بیمارستان‌ها توسط محلی که در آن قرار گرفته‌اند اداره می‌شوند. بیمارستان‌های منطقه سطح ثانویه مراقبت را به ساکنان شوراهای محلی ارایه می‌دهند.

سازماندهی هر بیمارستان نسبت به بیمارستان دیگر با توجه به وسعت و کمیت سیاسی مسئول متفاوت است. با این وجود علی‌رغم تفاوت‌های جزئی معین، بیمارستان‌ها به طور اساسی طی سلسله مراتبی سازماندهی شده است. متداول‌ترین ساختار شامل مدیر بیمارستان، پزشک مشاور و مدیری بدون هیچ مسئولیت مدیریتی و محلی می‌باشد که هر کدام، یک رئیس و ۲ سطح از پزشکان را دارند. هیچ سرپرست پرستاری و محلی وجود ندارد که متخصصان پزشکی را با فوق تخصص‌ها جفت کند.

در گذشته زمانهای انتظار برای مراقبت از پیش برنامه‌ریزی شده، به عنوان مثال آب مروارید یکی از دلایل نارضایتی محسوب می‌شد. در سال ۲۰۰۵، شوراهای محلی و دولت مرکزی توافق نمودند که به مترصد مشخص شدن نوع مراقبت مورد نیاز هیچ بیماری نباید بیش از ۹۰ روز در

فصل دهم: نظام سلامت در سوئد ۲۳۷

لیست انتظار قرار گیرد. اگر محدودیت زمانی به پایان برسد خدمات مراقبت به به بیماران در جایی دیگر پیشنهاد می‌شود، هزینه شامل کلیه هزینه‌های سفر نیز باید توسط شورای محلی بیماران پرداخت شود.

اوضاع از زمان ارایه ضمانت مراقبت سلامت بهبود یافته است. مقایسه زمان‌های انتظار از ۳۱ دسامبر سال ۲۰۰۸ نمایانگر آن بود که ۷۵ درصد از بیماران، درمان را در طول ۹۰ روز دریافت نمودند.

۳-۳. درمان اجتماعی

درمان اجتماعی در سوئد شامل خدمات رفاه اجتماعی، درمان سالمندان، معلولان و بیماران روانی می‌شود. ۲۸۸ بخش دارای شهرداری مسئول درمان اجتماعی هستند. دامنه جمعیت آن‌ها بین ۵۰۰۰ تا ۷۰۰۰۰۰ است و شبیه شورای محلی که هر ۴ سال یکبار انتخاب می‌شود بر آن‌ها حکومت می‌کنند. سازمان سنتی بخش‌های دارای شهرداری شامل: هیأت اجرایی شهرداری، شورای شهرداری، چندین کمیته محلی دولت می‌شود. هیأت اجرایی شهرداری مقام حرفه‌های شهرداری را هدایت و هماهنگ می‌کند و به عنوان سرپرست کمیته فعالیت می‌کند. این هیأت مسئول شوراهای است. برای انجام اموری که احتمالاً بتواند بر پیشرفت و اقتصاد شهرداری اثر بگذارد. شورای شهرداری در رابطه با تمام حرفه‌های جامعه تصمیم‌گیری می‌کند. وظیفه آنها این است که در رابطه با اهداف، بودجه، مالیات و مشکلات تصمیم‌گیری کند.

در دودهمه اخیر شهرهای دارای شهرداری وظایفی برای سالمندان و معلولان بدست آورده‌اند. این تصمیم توسط پارلمان ملی در سال ۱۹۹۲ زمانی که این خدمات از بخش‌ها به شهرهای دارای شهرداری انتقال داده شد، انجام گرفت. اصلاحیه مسئولیت مالی، این خدمات را به شهرهای دارای شهرداری می‌دهد. خدمات توسط مالیات‌های مستقیم بر جمعیت شهرداری توسط بخش‌های ملی و دریافت‌کننده‌های خدمات تأمین مالی شده است. این تصمیم تقریباً ۳۱۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار داد. مسئولیت شهرهای دارای شهرداری شامل انواع مراکز سازمانی (شامل خانه‌های پرستاری) و تسهیلات درمانی برای سالمندان می‌شود. شهرهای دارای شهرداری مجبورند خدمات را بر ساکنانشان در مراکز سازمانی فراهم کنند، علاوه بر این در آینده مسئولیتی در رابطه با درمان‌های

پرستاری خانگی نیز دارند. تلاش‌های گسترده صرف شده است تا آن را برای سالمندان و افراد معلول امکان پذیر کند تا در خانه از بیماران مراقبت شود. تیمار خانگی گسترده ترین عملکرد منطقه است و حدود ۳٪ جمعیت این کمک را دریافت می‌کنند. پرستاران خاص در خانه بیماران را ملاقات می‌کنند و مراقبت‌های ضروری را در طی روز برای آن‌ها فراهم می‌کنند. خدمات رفاه اجتماعی مسئول تیمار خانگی شامل خرید، نظافت، آشپزی و شست و شو و بهداشت فردی است که این خدمات برای سالمندانی که در خانه‌هایشان نمی‌توانند از عهده فعالیت‌های روزمره برآیند تأمین می‌کنند. تیمار خانگی به منظور ارایه خدمات بیشتر، تغییراتی را متحمل شده ولی خدمت کمتری را هدف قرار داده‌اند. هزینه این خدمات بین شوراهای دارای شهرداری طبق کمک‌ها و خدمات ارایه شده متغیر است. هزینه‌ها سوسپید شده است. دریافت کننده مراقبت تنها بخشی از هزینه را با توجه به درآمدش پرداخت می‌کند. امروزه حدود ۱۵۰۰۰۰ نفر در رابطه با مراقبت از سالمندان استخدام شدند. این وظیفه شهرهای دارای شهرداری است، که خدمات مورد نیاز ساکنین را فراهم کنند از طریق خانه‌های پرستاری، خانه‌های افراد سالمند و گروهی که مسئول خدمت به معلولین می‌باشند. حدود ۱۳۰۰۰۰ سالمند در خانه‌های خاص زندگی می‌کنند. شهرهای دارای شهرداری مسئولیت مالی بیماران سالمندی را بر عهده دارد که درمان‌های بیمارستانی شدید(حاد) و در کلینیک پیراپزشکی دریافت می‌کنند، اگر بیماران کاملاً معالجه شوند، می‌توانند حقشان را ادا کنند. خانه‌های پرستاری، پزشکان دایمی ندارند اما پزشکی دارند که در موقع نیاز بیماران را ویزیت می‌کند. مسئولیت پرستاران و گاهی اوقات وظیفه درمانگرها می‌باشد که با پزشک زمانی که بیمار نیاز به درمان دارد تماس داشته باشند. وظیفه بیمار است که هزینه مراقبت پزشکی را بپردازد.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

نظام سلامت سوئد توسط دولت تأمین اعتبار می‌شود. دولت نظارت بر عملکرد نظام سلامت و همچنین افزایش کارایی نظام سلامت را به عهده دارد و وزارت سلامت و امور اجتماعی از سوی دولت خط‌مشی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را تعقیب می‌کند. از جمله عوامل توسعه و بهبود نظام سلامت سوئد، عدم تمرکز در مسئولیت مالی می‌باشد.

فصل دهم: نظام سلامت در سوئد ۲۳۹

بیمه اجتماعی در سوئد عمدتاً از طریق مشارکت کارکنان تأمین مالی می‌شود، اما برنامه پایه «مستمری» به طور وسیعی از طریق درآمدهای مالیاتی و بودجه‌های دولتی تأمین مالی می‌شود. ارایه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از مسئولیت‌های شورای شهر است که از طریق آنها اخذ مالیات از افراد نیز صورت می‌گیرد.

تأمین اعتبار مالی نظام سلامت سوئد از طریق ترکیبی از مالیات‌های درآمد ایالت، کمک‌های انتقالی دولت مرکزی و حق بیمه بیماران صورت می‌گیرد. تقریباً ۷۲ درصد بخش‌ها از وصول مالیات، ۱۳ درصد از کمک هزینه‌های دولت مرکزی، ۳/۴ درصد از حق بیمه بیماران، ۱/۷ درصد از تأمین اجتماعی و بقیه آن از دستمزدها و انتقالات خدمات به سایر بخش‌ها تأمین می‌گردند.

شورای شهرداری راجع به اهداف، بودجه‌ها، مالیات‌ها، سازماندهی کمیته‌ها و تکالیف شهرداری تصمیم‌گیری می‌کند. بخشی از خدمات اجتماعی از طریق مالیات‌های مستقیم به دست آمده از جمعیت شهرک و هدایای ملی و بخشی دیگر از طریق بیماران تأمین اعتبار مالی می‌گردند.

منابع مالی را به سختی می‌توان با فعالیت‌های مختلف شوراهای استان هماهنگ کرد زیرا بیشتر فعالیت‌های شورای استان از طریق درآمدهای مالیاتی استان‌ها (ایالت‌ها) تأمین مالی می‌شوند.

برای خدمات بستری بیماران ۲۰ تا ۶۹ ساله مبلغ ثابت و تعیین شده‌ای را به ازای هر روز بستری پرداخت می‌کنند. بیماران ۷۰ سال به بالا مبلغی معادل ۷۰ کرون را به ازای هر روز بستری در بیمارستان می‌پردازند، لیکن اطفال هیچگونه پرداختی ندارند. در مورد خدمات سرپایی (موارد غیر بستری) مراکز محلی، مبالغی را براساس بیماری تعیین نموده که برای موارد مختلف، متفاوت می‌باشد. برای کنترل سقف هزینه‌ها و جلوگیری از تحمیل هزینه‌ها، حداکثر سقف هزینه‌ها برای هر مورد مشخص گردیده است. در مورد بیمارانی که هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها بیش از ۹۰۰ کرون است، معافیت از پرداخت هزینه تا ۱۲ ماه اعمال می‌گردد که از زمان اولین ویزیت به وسیله پزشک قابل محاسبه می‌باشد، حداکثر سقف هزینه‌ای برای خدمات دارویی ۱۸۰۰ کرون است.

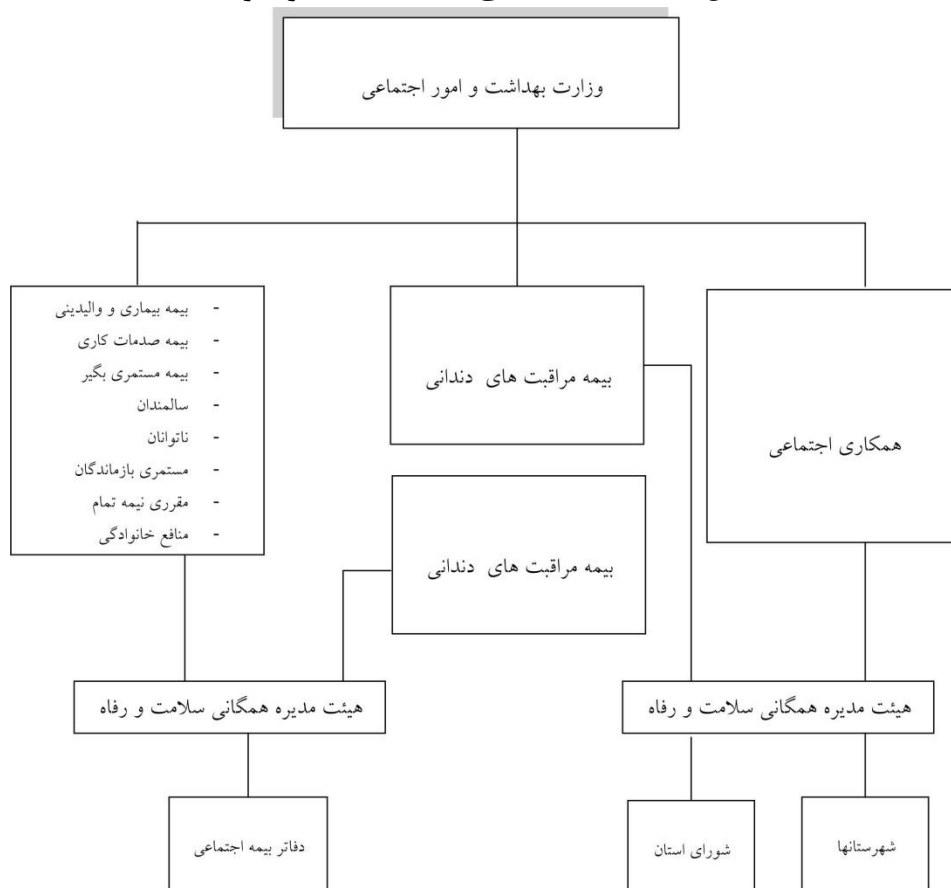
هیأت فعلی بیمه اجتماعی که یک بدنه ایالتی است، مسئولیت مدیریت و نظارت مرکزی بر تأمین اجتماعی را به عهده دارد. در سطوح منطقه‌ای و محلی در حدود ۲۱ دفتر بیمه‌ای و منطقه‌ای و ۳۲۰ دفتر بیمه‌ای محلی وجود دارد.

۲۴۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

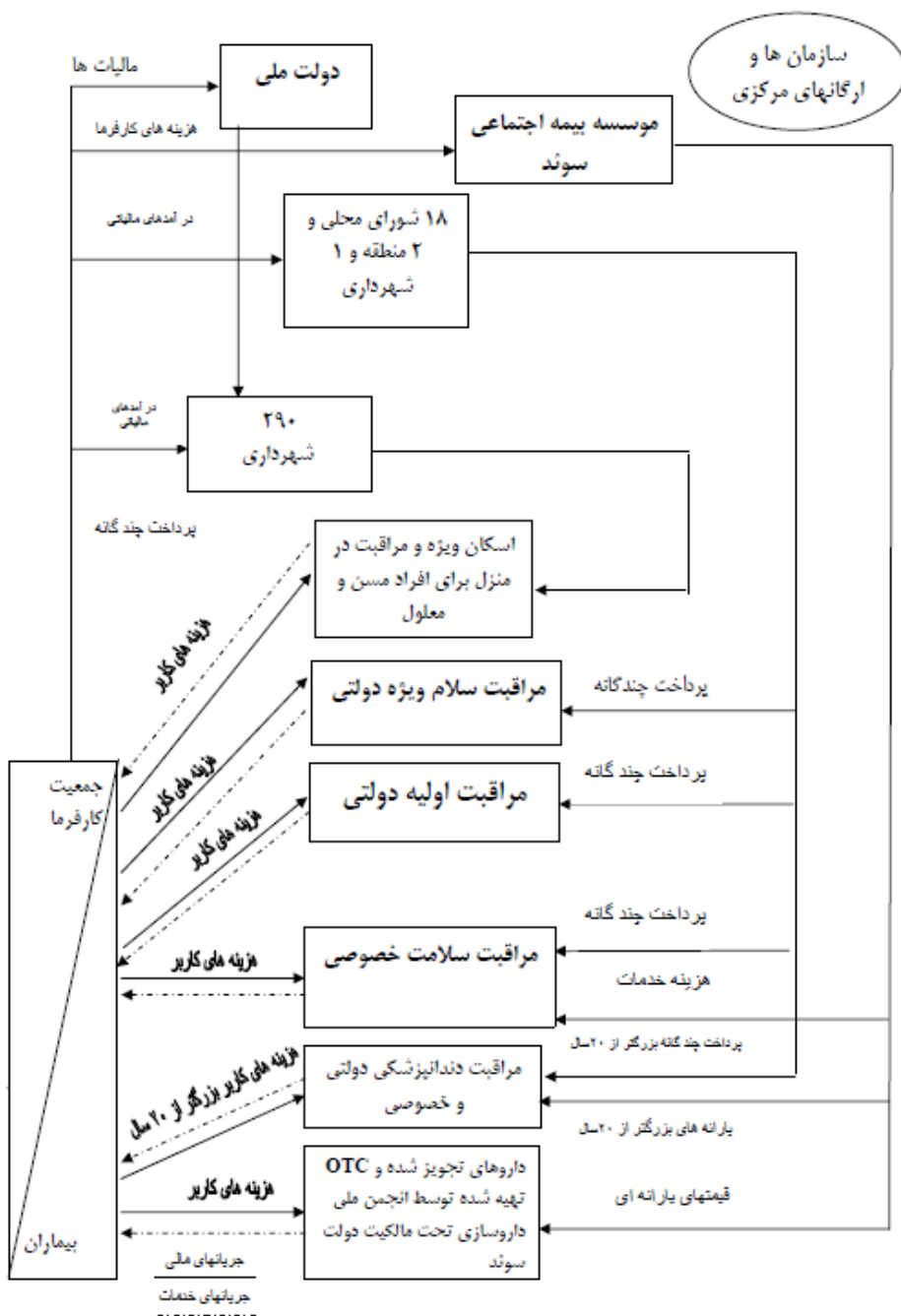
پرداخت مستقیم از جیب شامل، هزینه‌های ناچیز پرداخت شده برای مراقبت‌های پزشکی می‌باشد. جمع کل هزینه‌های پرداخت شده توسط فرد در هر سال نمی‌تواند از ۱۰۰ یورو تجاوز نکند.

بیمه درمان خصوصی: در حدود ۲/۵٪ از جمعیت تحت پوشش درمان تکمیلی در بخش خصوصی قرار دارند که دسترسی سریعتر به مراقبت در بخش خصوصی را فراهم می‌سازد. در سال ۲۰۰۵ بیمه سلامت خصوصی کمتر از ۱٪ از کل هزینه‌های سلامت را تقبل نمود.

شکل ۵-۱۰. ساختار تشکیلاتی بیمه سلامت در کشور سوئد



شکل ۶-۱۰. جریان تأمین مالی نظام سلامت در سوئد



۵- پوشش خدمات

مبنای پوشش، شهروندی و اسکان در کشور سوئد است و تقریباً صددرصد جمعیت تحت پوشش هستند به جز پوشش بیمه‌ای بیکاران که تحت پوشش وزارت صنایع، استخدام و ارتباطات قرار دارد، سایر بخش‌های بیمه‌های تأمین اجتماعی تحت قوانین وزارت سلامت و امور اجتماعی فعالیت می‌کند. بخش پایه، پوشش بیمه‌ای بیماری‌ها، آسیب‌های ناشی از کار و علاوه بر آن پوشش‌های پایه و مکمل مستمری بگیران، پوشش‌های ناتوانی مستمری بگیران و مستمری‌های پاره وقت را تحت پوشش خود قرار می‌دهد. هر شخصی که بیش از ۱۶ سال سن داشته باشد و مقیم سوئد باشد، بدون توجه به ملیت تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد.

فصل یازدهم: نظام سلامت در سوئیس

۱- کلیات

کشور سوئیس در اروپای مرکزی سرزمین آلپ به شمار می‌آید مناطق مرزی سوئیس قسمت وسیعی از آلپ در جنوب و کوه‌های ژورا در شمال غرب می‌باشد. وجود این کوه‌ها و برف فراوان در زمستان‌های آن سبب شده پیست‌های اسکی سوئیس مشهور باشد. پایتخت سوئیس، شهر برن با ۱۲۳ هزار نفر جمعیت می‌باشد. کشور سوئیس دارای ۲۶ بلوک می‌باشد. این کشور در همسایگی کشورهای آلمان، اتریش، ایتالیا و فرانسه می‌باشد. کنفدراسیون سوئیس شهرت جهانیش را مدیون امنیت، ساعت و بانک‌های مشهورش است.

در سال ۱۸۴۸ قانون اساسی جدید سوئیس با الگوبرداری از قانون اساسی فدرال ایالات متحده آمریکا تصویب شد. قانون اساسی فدرال در سال ۱۸۷۴ به سوئیس یک حکومت مرکزی قوی، برای نظارت بر بلوک‌ها بخشید. خط مشی بی طرفی سیاسی سوئیس در جنگ‌های جهانی ادامه یافت و شهر ژنو مرکز اتحادیه ملل شد. به دلیل استقرار بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی در این کشور، در طول دو جنگ جهانی هیچ گونه تعرضی به آن وارد نشد. جمعیت این کشور حدوداً ۸ میلیون نفر می‌باشد که نژاد ۶۵ درصد سوئسی‌ها را آلمانی، ۱۸ درصد را فرانسوی و ۱۰ درصد را نیز ایتالیایی تشکیل می‌دهند. هر سه زبان، آلمانی، فرانسوی و ایتالیایی زبان رسمی کشور سوئیس می‌باشد. از مهمترین صادرات سوئیس می‌توان به ماشین آلات، مواد شیمیایی، ساعت، منسوجات و ابزار توزین اشاره کرد. از مهمترین صنایع سوئیس نیز بانکداری، توریسم و صنعت بیمه می‌باشد. سوئیس بازار اقتصادی ثابت با بیکاری درصد پایین دارد.

۲۴۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

حکومت سوئیس جمهوری است و قدرت اجرایی در دستان شورای هفت نفره فدرال است. نمایندگان مجلس فدرال این هفت نفر را برای دوره‌ای چهار ساله انتخاب می‌کنند. در سوئیس هر سال یک نفر رئیس جمهور می‌شود. این رئیس جمهور و معاونش از میان هفت نفر عضو شورای فدرال انتخاب می‌شوند. شورای فدرال همچنین مسئولیت هفت وزارتخانه کشور را نیز به عهده دارند.

سوئیس دو مجلس دارد، مجلس ایالات با ۴۶ عضو که از میان کانتون‌ها (استان‌ها) انتخاب می‌شوند و مجلس ملی با ۲۰۰ عضو که برای دوره‌ای چهار ساله انتخاب می‌شوند.

جدول ۱-۱۱. شاخص‌های کلان سلامت سوئیس

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۳	۸۰	۸۵	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۷			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۴۰/۸			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۱۱. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۳۱۱۶۲۷	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۳۹۳۸۴	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۱۰/۹	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۶۵/۲	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۳۴/۸	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵

فصل یازدهم: نظام سلامت در سوئیس ۲۴۵

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۶	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۲۱	درصد	۲۰۱۰
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷۶۹۹	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۵۲۹۷	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۵۰۲۱	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۴۵۴	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

کشور سوئیس دارای نظام سلامتی بسیار پیشرفته می‌باشد بطور کلی نظام بهداشتی و درمانی سوئیس را می‌توان از نوع غیرمتمرکز دانست. بطوریکه نقش دولت مرکزی در امور بهداشتی و درمانی تا حد قابل توجهی محدود شده است. حکومت مرکزی عمدتاً در این رابطه نقش حمایتی دارد. بخش‌ها، شهرداری‌ها و بخش خصوصی به مراتب نقش پررنگتری در نظام بهداشت و درمان سوئیس ایفاء می‌کنند. بعد از جنگ جهانی دوم، نظام سلامت سوئیس دستخوش شکوفایی‌های چشمگیری شد. مراقبت‌های بستری در بلوک به صورت کاملاً هماهنگ گسترش پیدا کرد. اوایل دهه ۷۰ در برخی تخصص‌ها به ویژه دندانپزشکان و پزشکان بیمارستانی، کمبود نیروی انسانی وجود داشت و در برخی مناطق روستایی نیز خدمات بهداشتی درمانی ناکافی بود. هم‌اکنون این مشکلات مرتفع شده و تعداد پزشکان موجود در نظام سلامت سوئیس بسیار زیاد می‌باشد بنحوی که در سال ۱۹۹۰ به منظور محدود کردن ظرفیت‌های ارایه خدمات و ایجاد هماهنگی در ارایه مراقبت‌های سلامتی در سطح ملی، تلاش‌های متعددی انجام شد.

سیر کلی تحولات تاریخی و اصلاحات انجام شده در نظام سلامت سوئیس در جدول

شماره (۳-۱۱)، قابل ملاحظه می‌باشد.

۲۴۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

جدول ۳-۱۱. سیر تحولات تاریخی

سال	رویداد	نتیجه / اهداف
۱۸۷۷	استادارد سازی نظام بررسی شایستگی پزشکان	بهبود در تخصص و سازماندهی پزشکان
۱۹۰۰	ارایه قانون بیمه سلامت عمومی	مخالفت گروه‌ها
۱۹۱۱	اجرای قانون بیمه سلامت	اجباری شدن بیمه برای خدمات دارویی و پزشکی دولت موظف به پرداخت یارانه به بیمارستان‌ها و بخش‌ها شد
۱۹۴۵	قانون بیمه مادران	تحت پوشش قرار گرفتن مادران در دوره بارداری و بعد از آن
۱۹۶۴	اصلاحات بیمه ای	افزایش دسترسی راحت به انواع بیمه‌های سلامت تغییر قوانین مربوط به ارایه دهندگان خدمات افزایش میزان یارانه‌های دولت
۱۹۷۴	طرح تغییر نظام بیمه درمان	بیمه اجباری برای کل جمعیت بیمه اختیاری برای خدمات دارویی و پزشکی
۱۹۸۰	افزایش هزینه‌های بخش سلامت	انتقاد از درمان محوری بخش سلامت و تمرکز بیشتر بر ارایه خدمات پیشگیرانه
۱۹۹۰	ایجاد یکپارچگی میان بلوک‌ها	محدود کردن ظرفیت‌های ارایه خدمات مازاد و ایجاد هماهنگی ملی مراقبت‌های سلامت
۱۹۹۱	تلاش برای مدیریت تأمین خدمات	کاهش ظرفیت به میزان مورد نیاز ایجاد هماهنگی نظام سلامت در سطح ملی
۱۹۹۳	اصلاحات ساختاری	مراکز درمانی و پزشکان از کنترل بلوک‌ها خارج و تحت نظر مؤسسات بیمه‌ای قرار گرفتند تثبیت قیمت خدمات آزمایشگاهی و دارویی رفع ناهماهنگی میان مؤسسات مختلف بیمه ای
۱۹۹۵	تاکید بر پیشگیری از بیماری‌ها در جامعه	ارایه خدمات پیشگیرانه به تمام مردم جامعه و در نتیجه بهبود وضعیت سلامت

فصل یازدهم: نظام سلامت در سوئیس ۲۴۷

نتیجه / اهداف	رویداد	سال
افزایش یارانه بیمارستان‌های دولتی تخصیص یارانه برای بیمارستان‌های خصوصی شرکت‌های بیمه‌ای خدمات بستری کوتاه مدت را تحت پوشش قرار دهند	اصلاح نظام بیمه ای	۲۰۰۰
طرح جدیدی توسط دولت فدرال ارائه شد، هدف آن گسترش مدیریت مراقبت در سراسر کشور به منظور کنترل تورم هزینه‌ها و مقابله با چالش‌های ناشی از پیری جمعیت و بیماری‌های مزمن و هزینه تکنولوژی‌های جدید درمانی بود. پس از مذاکره در خصوص بودجه و عقد قرارداد با شرکت‌های بیمه، به منظور کاهش هزینه‌ها، بدون کاهش کیفیت در ارائه خدمات بیمه‌ها به این شبکه پیوستند. که منجر به کاهش هزینه‌ها با گرفتن حق انتخاب پزشکان شد. این قانون جهت حمایت از گروه‌های کسب و کار، گروه‌های مصرف کننده و پزشکان خانواده مطرح شد.	اصلاح در نظام بیمه‌ای	۲۰۱۲

دو اصل کلی **کاهش هزینه‌ها و اعمال برابری** در ارائه خدمات، از اهداف اصلی اصلاحات سال ۱۹۹۳ بوده است. اگر چه اصول پیشنهادی این اصلاحات کمک مؤثری در توسعه نظام بهداشتی و درمانی این کشور بوده، اما به نظر می‌رسد که رسیدن به اهداف عالی نظام نیازمند تغییر اساسی تری می‌باشد. اصول زیر از جمله تغییرات عمده این اصلاحات است:

- **نظام بیمارستانی:** در ساختار جدید، مراکز درمانی و پزشکان از کنترل بلوک‌ها خارج شده و تحت نظر مؤسسات بیمه‌ای قرار می‌گیرند. در این نظام، بیمار سهمی در پرداخت هزینه نخواهد داشت و تمام هزینه‌های وی توسط مرکز درمانی پرداخت می‌شود.
- **هزینه‌ها:** دولت تلاش‌های عمده‌ای جهت تثبیت و کنترل هزینه‌ها انجام داد، به طوریکه در سال ۱۹۹۳ در قیمت خدمات آزمایشگاهی و دارویی تثبیت نسبی بوجود آمد. در بخش‌های بیمارستانی هم قیمت‌ها کنترل شد که البته تثبیت نشد.
- **بیمه سلامت اجباری:** قبل از سال ۱۹۹۳ تنوع و ناهماهنگی زیادی میان مؤسسات مختلف پدید آمد؛ به طوری که مؤسسات مذکور اصل برابری را در ارائه خدمات چندان رعایت نمی‌کردند. با پیاده شدن طرح بیمه اجباری سلامت، مشکل گروه‌های مختلف بیمه شده از جمله سالخورده‌گان، زنان و افراد کم درآمد تا حدودی حل شد.

۱-۲. ساختار تشکیلاتی نظام سلامت سوئیس

در سوئیس در سطح دولت مرکزی وزارتخانه‌ای مستقل به نام وزارت بهداشت درمان وجود ندارد. ادارات مسئول امور بهداشتی و درمانی در سطح دولت مرکزی اداره بیمه‌های اجتماعی مرکزی (FOSI)^۱ و اداره سلامت عمومی مرکزی (FOPH)^۲ هستند که هر دو زیر مجموعه‌ای از وزارت داخله سوئیس می‌باشد. FOSI مسئول نظارت و کنترل بیمه‌گران است FOPH بر قوانین وضع شده توسط بخش‌ها نظارت می‌کند. در سطح دولت مرکزی دو کمیسیون مشاوره‌ای نیز شامل کمیسیون تنظیم منافع و دارو به وزارت امور داخله در این رابطه کمک می‌کنند. دولت نقش خود را در سه جایگاه دولت مرکزی، بخش‌ها^۳ و شهرداری‌ها اعمال می‌کند.

نقش دولت مرکزی پرداخت یارانه تقویت رقابت بین سازمان‌ها، برقراری از تباط بین بیمارستان‌ها، بیمه سلامتی عمومی، مبارزه با بیماری و آگیردار، حفظ جان مردم در برابر مواد سمی، رادیو اکتیو و ... برگزاری آزمون‌های پزشکی، نظارت بر قوانین وضع شده بخش‌ها است.

عمده خدمات بهداشت و درمان عمومی توسط بخش‌ها ارائه می‌شود. بخش‌ها کاملاً مستقل تصمیم‌گیری می‌کنند به طوریکه در حال حاضر ۴ بخش سوئیس بیمه را در منطقه خود اجباری کرده‌اند. برنامه‌ریزی و وضع قوانین مختلف از کارهای عمده بخش‌ها است. تنظیم تعرفه‌ها و قیمت‌ها توسط مطالعاتی که در بخش‌ها صورت می‌گیرد مقرر می‌شود. ادارات بین بخشی نیز مسئولیت آموزش و نظارت دارویی را به عهده دارند و مسئولیت ورود انواع دارو به بازارها است که آنها را با توجه به هزینه، خطرات و اثربخشی، کنترل و نظارت می‌کند.

بخش‌ها و شهرداری‌ها توأمأً مسئول بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خصوصی هستند یارانه لازم برای خدمات سرپایی نیز اغلب توسط شهرداری‌ها تأمین می‌شود. کمک‌های عمومی و ارایه خدمات به سالخوردگان از وظایف شهرداری‌ها است.

بخش‌ها به طور مستقیم زیر نظر FOPH هستند که این سازمان نیز به نوبه خود تحت نظارت وزارت امور داخلی است، بیمارستان‌های عمومی می‌توانند یارانه خود را از بخش‌ها دریافت کنند این در حالی است که درمانگاه‌های سرپایی یارانه خود را مستقیماً از شهرداری‌ها دریافت می‌کنند.

1- federal office of social insurance

2- federal office of public health

3- canton

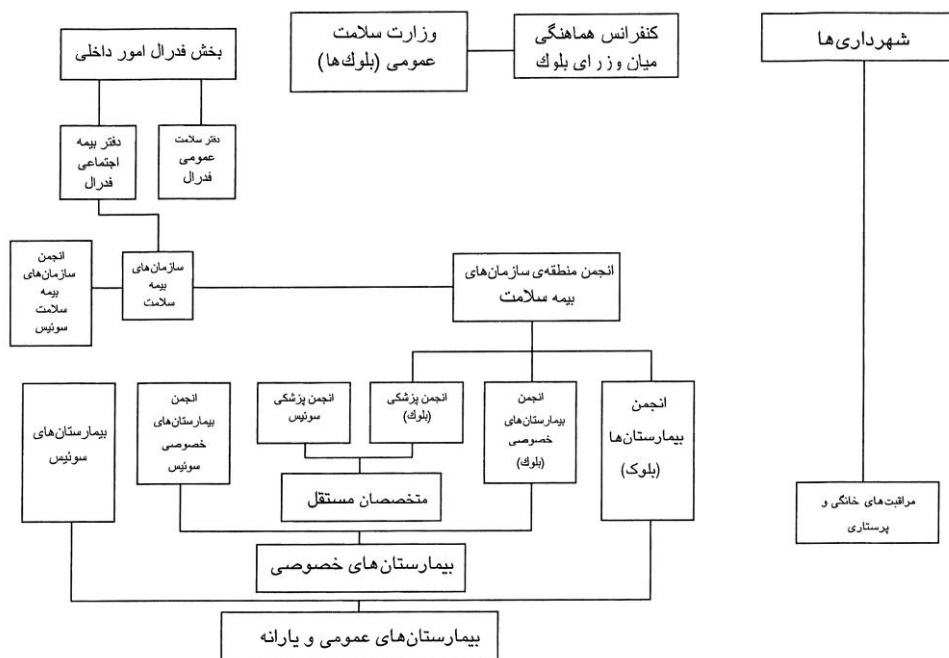
فصل یازدهم: نظام سلامت در سوئیس ۲۴۹

نظارت و کنترل وضعیت عمومی بیمه‌ها نیز به عهده FOSI است. سازمان‌های بیمه‌گر اعم از بیمه سلامتی یا رفاه اجتماعی یارانه خود را از FOSI دریافت می‌کنند.

مسئولیت توسعه و اجرای سیاست‌های کلان نظام سلامت، برعهده حکومت فدرال و سیاست‌گذاری‌های خرد در داخل هر یک از بلوک‌ها انجام می‌شود. بلوک‌ها نقش قابل توجهی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامتی را ایفا می‌کنند؛ در حالی که در سیاست‌گذاری، تنظیم و نظارت، حکومت فدرال و بلوک‌ها به صورت مشترک نقش آفرینی می‌کنند. عدم تمرکز شدید قدرت سیاست‌گذاری و استقلال قابل ملاحظه بلوک‌ها در سازماندهی نظام سلامت، منجر به وجود نظام‌های سلامت نسبتاً متفاوت در بلوک‌های مختلف شده است. ممکن است عدم تعریف اهداف، استانداردها و شاخص‌های اندازه‌گیری برای میزان تحقق اهداف توسط حکومت فدرال سوئیس برای نظام سلامت، به همین دلیل باشد.

کارکردها و ارتباطات اصلی بازیگران نظام سلامت سوئیس به صورت مختصر در شکل شماره (۱-۱۱)، نمایش داده شده است.

شکل ۱-۱۱. نظام سلامت کشور سوئیس



در طی سال‌های گذشته حکومت فدرال مسئولیت‌های جدیدی را عهده دار شده است. برخی از این مسئولیت‌ها بر عهده بلوک‌ها بوده که در طی زمان حکومت فدرال مسئولیت آن را متقبل شده و برخی دیگر با توجه به تجدید نظر در قوانین فدرال و یا تصویب قوانین جدید به وجود آمده‌اند. به عنوان مثال می‌توان به مسئولیت کنترل و ورود داروها و تجهیزات پزشکی به بازار اشاره کرد که پس از تأسیس سوئیس مدیک، در سطح فدرال انجام می‌شود. همانطور که از سال ۱۸۷۷ مسئولیت آموزش پزشکی در سطح حکومت فدرال و بر عهده انجمن پزشکی سوئیس قرار داشته، مسئولیت آموزش پیراپزشکی نیز در حال واگذاری به همین انجمن می‌باشد.

سازمان‌های مختلفی وظیفه انجام فعالیت‌های مربوط به سلامت را در سطوح مختلف فدرال، بلوک‌ها و شهرها بر عهده دارند. دفتر سلامت عمومی فدرال، دفتر بیمه اجتماعی فدرال و دفتر آمار و اطلاعات فدرال متعلق به بخش فدرال امور داخلی، بازیگران اصلی نظام سلامت سوئیس در سطح فدرال می‌باشند. در سطح بلوک‌ها، وزارت سلامت عمومی نقش عمده را ایفا می‌کند. از آنجایی که ظرفیت هر یک از بلوک‌ها در انجام فعالیت‌های مربوط به سلامت، متفاوت است، کنفرانس هماهنگی میان وزرای بلوک‌ها به عنوان یک نهاد هماهنگ‌کننده در سال ۱۹۱۹ با هدف ارتقای مشارکت و همکاری میان ۲۶ بلوک کشور سوئیس و حکومت فدرال تأسیس گردید.

حکومت فدرال

قانون اساسی فدرال کشور سوئیس، مسئولیت‌هایی را از نظر قانونی بر عهده حکومت فدرال قرار می‌دهد. مسئولیت‌های حوزه‌های مرتبط با سلامت عبارتند از:

۱. ریشه کن کردن بیماری‌های واگیر و بیماری‌های شایع: این مسئولیت که توسط قانون اساسی بر عهده حکومت فدرال قرار گرفته است، از طریق قانون و دستورالعمل‌های متعددی به دقت تشریح شده است:

- قوانین مربوط به بیماری‌های واگیر میان انسان‌ها؛
- قوانین مربوط به محصولات مصونیت‌زا؛
- قوانین مربوط به خون، محصولات خونی و مواد پیوند؛
- قوانین مربوط به تغذیه و ایمنی مصرف‌کننده؛
- قوانین مربوط به موارد مخدر و مسکن؛

- قوانین مربوط به سموم؛
 - قوانین مربوط به پیشگیری از ایدز و اعتیاد.
- دفتر سلامت عمومی فدرال، متولی اصلی امور فوق می‌باشد که با کمک کمیسیون‌های متعدد به سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و در نهایت اجرای برنامه‌های فوق می‌پردازد. قابل ذکر است که نقش بلوک‌ها در اجرایی کردن برنامه‌ها چشم‌گیر می‌باشد.

۲. ارتقای ورزش و فعالیت‌های ورزشی: قانون مربوط به ورزش و فعالیت‌های ورزشی، مسئولیت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در حوزه‌های زیر را بر عهده حکومت فدرال قرار داده است:

- توسعه ورزش و فعالیت‌های جسمی در مدارس
 - ایجاد باشگاه‌های ژیمناستیک
 - تحقیقات در زمینه ورزش
 - ساخت تسهیلات ورزشی ملی
 - ایجاد یک دانشکده برای ورزش و ژیمناستیک.
- این مسئولیت‌های عمدتاً بر عهده سازمان ورزش و جوانان زیر نظر حکومت فدرال می‌باشد که سایر دفاتر نیز در انجام این امور مشارکت می‌کنند.

۳. تأمین بیمه اجتماعی: این مسئولیت که توسط قانون اساسی بر عهده حکومت فدرال قرار گرفته است از طریق قانون و دستور العمل‌های متعددی به شرح ذیل به دقت تشریح شده است:

- قانون مربوط به بیمه سلامت
 - قانون مربوط به بیمه حوادث
 - قانون مربوط به بیمه معلولیت
 - قانون مربوط به بیمه نظامی
- دفتر بیمه اجتماعی فدرال، مسئولیت سیاست‌گذاری برای تمامی بیمه‌های اجتماعی فوق را بر عهده دارد، به استثنای بیمه نظامی که مسئولیت سیاست‌گذاری آن را دفتر بیمه نظامی فدرال ایفا می‌کند. بیمه نظامی صدمات سلامتی طی دوره سربازی را تحت پوشش قرار می‌دهد.

حکومت فدرال تنها ارایه کننده بیمه معلولیت و بیمه نظامی است و بیمه‌های اجباری سلامت و بیمه اجباری حوادث توسط صندوق‌های متعددی تحت نظارت دفتر بیمه اجتماعی فدرال ارایه می‌شوند. در سال ۱۹۴۵ حکومت فدرال مجبور به ایجاد نظام بیمه‌ای مخصوص مادران شد که بر اثر آن مادران طی دوره بارداری و بعد از آن را تحت پوشش قرار دهد و کمبود پرداخت به آنها را جبران کند. البته این قانون هنوز اجرایی نشده است.

۴. **بررسی صلاحیت پزشکی:** با تصویب قانون استاندارد سازی نظام بررسی شایستگی پزشکان از سال ۱۸۷۷، حکومت فدرال مسئولیت ارزشیابی مختصان را بر عهده دارد. مختصان شامل پزشکان، دندانپزشکان، دامپزشکان و داروسازان می‌باشند، که هر یک باید مورد آزمون حکومت فدرال قرار گیرند. در صورت گذراندن این آزمون موفق به کسب یک مدرک گواهی شده که به موجب آن می‌توانند آزادانه در تمام کشور سوئیس به فعالیت‌های مرتبط بپردازند. این فعالیت‌ها عمدتاً توسط دفتر سلامت عمومی فدرال و تنظیم و برنامه‌ریزی آموزش‌های تخصصی پزشکی توسط انجمن پزشکی سوئیس انجام می‌شود.

۵. **ارتقای علم، تحقیقات و آموزش‌های پزشکی:** قانون فدرال مرتبط با فعالیت‌های پژوهشی وظیفه ارتقای تحقیقات علمی حوزه سلامت را بر عهده حکومت فدرال قرار می‌دهد. حکومت فدرال اهداف سیاست‌های تحقیقاتی سوئیس را مشخص کرده و مسئولیت تضمین استفاده هماهنگ و کارآمد از منابع را نیز بر عهده دارد. قانون مربوط به ارتقای آموزش‌های پزشکی، حکومت فدرال را موظف به بهبود عملکرد و افزایش دانشگاه‌های بلوک‌ها میداند. این مسئولیت بر عهده انجمن پزشکی سوئیس می‌باشد.

۶. **مهندسی ژنتیک، تخصص باروری و ناباروری، پیوندهای پزشکی و تحقیقات پزشکی:** بر اساس یک توافق عمومی، مسئولیت اصلی در حوزه‌های مهندسی ژنتیک، تخصص باروری و ناباروری، پیوندهای پزشکی و تحقیقات پزشکی باید بر عهده حکومت فدرال باشد. کمیسیون تخصصی فدرال برای امنیت بیولوژیکی زیر نظر دفتر سلامت عمومی فدرال، مسئولیت ارایه مشاوره در سطوح فدرال و بلوک‌ها در زمینه‌های مهندسی ژنتیک و بیوتکنولوژی را بر عهده دارد.

فصل یازدهم: نظام سلامت در سوئیس ۲۵۳

۷. **آمار و اطلاعات:** تصویب قانون آمار و اطلاعات در سال ۱۹۹۲، دولت فدرال را ملزم به ارائه اطلاعات مربوط به سلامت و نظام سلامت کرده است. همچنین بر اساس قانون مربوط به بیمه سلامت، دولت مجبور به ارائه اطلاعات مورد نیاز برای اجرای این قانون نیز گردید. این وظیفه در سطح فدرال بر عهده دفتر آمار و اطلاعات فدرال می‌باشد.

۸. **قانون کار:** قانون مربوط به کارگران و حفاظت از آنها، حکومت فدرال را متولی اجبار کارفرمایان برای اخذ شاخص‌ها و استانداردهای لازم در راستای محافظت ایمنی و سلامتی کارگران کرده است.

۹. **حفاظت از محیط زیست:** مسئولیت حکومت فدرال در محافظت از محیط زیست در قالب چند قانون مهم برای سلامت عنوان شده است که برخی از آنها عبارتند از:

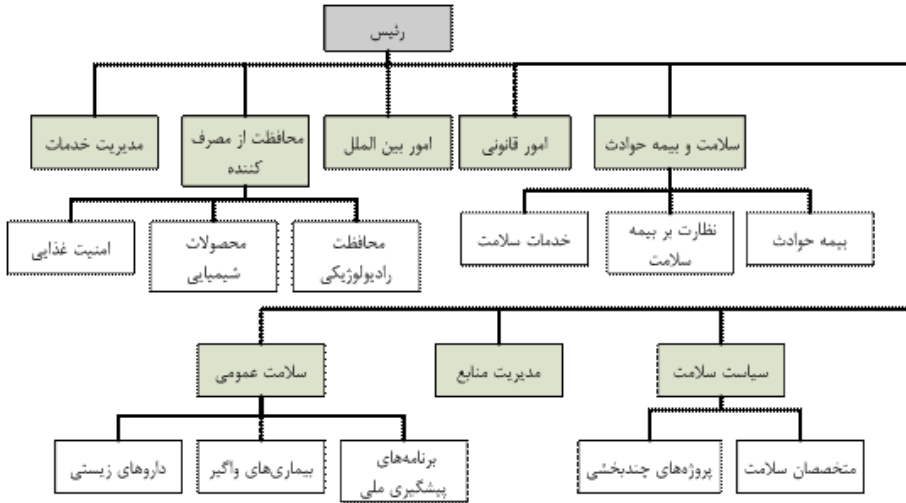
- قانون مربوط به محافظت از آبراه‌ها
- قانون حفاظت از محیط زیست
- قانون محافظت در برابر اشعه
- قانون ایمنی تجهیزات و تسهیلات فنی.

عمده این امور توسط دفتر سلامت عمومی فدرال و یا تحت نظارت این دفتر انجام می‌شود.

۱۰. **روابط بین‌المللی:** به منظور افزایش همکاری‌های بین‌المللی، دفتر سلامت عمومی فدرال کشور سوئیس با سازمان بهداشت جهانی و اتحادیه اروپا همکاری می‌کند. همچنین برخی نهادهای دیگر این کشور و کنفرانس هماهنگی میان وزرای بلوک‌ها در این مورد به ایفای نقش می‌پردازند.

چارت سازمانی دفتر سلامت عمومی فدرال در شکل شماره (۲-۱۱)، دیده می‌شود.

شکل ۲-۱۱. ساختار سازمانی دفتر سلامت عمومی فدرال



۲-۲. اولویت‌های سیاست‌گذاری

اولویت‌های سیاست‌گذاری در بخش بهداشت و درمان سوییس عبارتست از:

- ۱) **بهداشت و درمان برای همه:** تقریباً تمام مردم سوئیس تحت پوشش بیمه هستند (۹۹٪). وضعیت مطلوب بیمه و همچنین وضعیت‌های شاخص‌های مختلف بهداشتی نشان دهنده دسترسی صحیح مردم به مراکز بهداشتی و درمانی بوده است.
- ۲) **حمایت مالی از بیمار و بیمه‌شده:** دولت سعی می‌کند با پرداخت یارانه‌های مختلف به شرکت‌های بیمه‌ای، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های سرپایی حتی‌الامکان فشار هزینه‌های بیمه‌شدگان را کاهش دهد.
- ۳) **کارایی سیستم در سطح اقتصاد کلان:** در کشور سوئیس نیز مانند سایر کشورهای اروپایی هزینه‌های بهداشتی و درمانی افزایش چشمگیری داشته است.
- ۴) **کارایی سیستم در سطح اقتصاد خرد:** سیستم درمانی سوئیس سعی دارد خدمات خود را با کمترین هزینه به بیماران ارائه دهد که این خود مشکلاتی در برداشته است که از جمله می‌توان به افزایش مصرف در مقوله‌های درمانی را نام برد.
- ۵) **امتیاز انتخاب برای مصرف‌کننده**

۶) استقلال ارائه‌دهندگان خدمات: پزشکان مختارند به هر نحو و یا در هر محلی که علاقه دارند به کار مشغول شوند. البته محدودیت‌هایی در میزان پرداختی آنها وجود دارد. بیمارستان‌ها نیز گرچه قوانین خود را از بخش‌ها دریافت می‌کنند لیکن تا حد زیادی از استقلال برخوردار هستند.

۳- نظام ارائه خدمات

۳-۱. نقش بلوک‌ها (بخش‌ها)

خدمات سلامتی یکی از حوزه‌هایی است که بلوک‌ها^۱ مستقل از حکومت فدرال به فعالیت در آن می‌پردازند. فعالیت‌های مربوط به هر یک بلوک‌ها را می‌توان به چهار حوزه زیر تقسیم کرد که در ادامه توضیح داده خواهند شد:

- تنظیم امور مربوط به سلامت
- تامین مراقبت‌های سلامتی
- پیشگیری از بیماری‌ها و آموزش‌های سلامتی
- پیاده سازی قوانین فدرال

۳-۱-۱. تنظیم امور مربوط به سلامت شامل:

- دادن گواهینامه‌های متخصصین حوزه سلامت؛
- دادن مجوز تأسیس مراکز پزشکی یا داروخانه‌ها؛
- مداخله در بازار و کنترل داروها می‌باشد.

۳-۱-۲. تأمین مراقبت‌های سلامتی

الف. مراقبت‌های بستری: اکثر بلوک‌ها بیمارستان‌های تحت مالکیت خود را اداره می‌کنند و برخی نیز به بیمارستان‌های خصوصی یارانه پرداخت می‌کنند. در سطح بلوک‌ها کلینیک‌های خصوصی دیگری نیز وجود دارند که مورد حمایت حکومت قرار نمی‌گیرند. قانون مربوط به

- بیمه سلامت، بلوک‌ها را موظف به برنامه‌ریزی برای بیمارستان‌ها جهت ارائه خدمات و تعیین لیست بیمارستان‌های واجد شرایط برای قرار گرفتن در طرح بیمه اجباری سلامت می‌کند. این لیست می‌تواند شامل بیمارستان‌های عمومی، یارانه‌ای و حتی بیمارستان‌های خصوصی باشد.
- ب. پرستاری و مراقبت‌های خانگی:** بلوک‌ها می‌توانند خدمات پرستاری و مراقبت‌های خانگی را خود ارائه کرده و یا این مسئولیت‌ها را واگذار کنند. اکثر بلوک‌ها حداقل بخشی از این مسئولیت را بر عهده شهرداری‌ها قرار می‌دهند. قابل ذکر است که در صورت واگذاری مسئولیت ارائه خدمت، وظیفه صدور گواهینامه به ارائه دهندگان خدمات نیز بر عهده بلوک‌ها خواهد بود.
- پ. هزینه‌ها:** برنامه زمانی هزینه‌ها طی مذاکرات میان ارائه دهندگان خدمات و انجمن‌های صندوق‌های بیمه سلامت تعیین می‌شود و در نهایت باید مورد تصویب حکومت بلوک‌ها نیز قرار گیرد. در صورت عدم وجود توافق میان ارائه دهندگان و انجمن‌های فوق‌الذکر، برنامه زمانی هزینه‌ها توسط حکومت بلوک‌ها تعیین خواهد شد. شکایات احتمالی موجود نسبت به تصمیمات بلوک‌ها به حکومت فدرال ارجاع داده می‌شوند.
- ت. خدمات اورژانس و نجات:** خدمات اورژانس و نجات شامل حمل و نقل‌های اضطراری و خدمات آمبولانسی بر عهده بلوک‌ها می‌باشد.
- ث. آموزش‌های اولیه و تخصصی پزشکی:** آموزش‌های اولیه و تخصصی پزشکی در هفت دانشگاه بلوکی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های عمومی ارائه می‌شود. آموزش‌ها باید بر اساس استانداردهای نظام بررسی شایستگی پزشکان در سطح فدرال باشند. انجمن تخصصی سوئیس مسئولیت تنظیم امور مربوط تحصیلات تکمیلی پزشکان را بر عهده دارد.
- ۳-۱-۳. پیشگیری از بیماری‌ها و آموزش‌های سلامتی:** ماهیت و وسعت فعالیت‌های مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای سلامت و آموزش‌های سلامتی در میان بلوک‌های مختلف بسیار متفاوت می‌باشد. فعالیت‌های مختلف و متعددی در سطح بلوک‌ها برای پیشگیری از بیماری‌ها انجام می‌شد، اما اهداف و برنامه راهبردی در سطح ملی وجود نداشت. به همین منظور از سال ۱۹۸۹، حکومت فدرال و انجمن سازمان‌های بیمه سلامت سوئیس، بنیاد ارتقای سلامت سوئیس را بنا نهادند. این سازمان مسئولیت آغاز، هماهنگی و ارزیابی پروژه‌های مربوط به ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را بر عهده دارد.

۴-۱-۳. پیاده سازی قوانین فدرال: در اکثر حوزه‌های مسئولیتی، حکومت فدرال مسئولیت پیاده سازی را بر عهده بلوک‌ها قرار داده است.

۲-۳. نقش شهرداری‌ها

قانون‌های مربوط به سلامت، بلوک‌ها را ملزم به مشورت و مذاکره با شهرداری‌ها در سیاست‌گذاری‌ها کرده است. مسئولیت تأمین مراقبت‌های پرستاری گروه‌های آسیب پذیر معمولاً به شهرداری‌ها واگذار شده است و آنها عمدتاً مراقبت‌های خانگی برای سالمندان و خدمات مربوط به سلامت روانی جامعه را نیز تأمین می‌کنند.

شهرداری‌ها نیز به نوبه خود ارایه خدمات فوق را به سازمان‌های مستقل واگذار می‌کنند. شهرداری‌های بزرگتر و انجمن‌های شهرداری‌ها، معمولاً منازل پرستاری و مسکونی برای سالمندان را تحت مالکیت خود دارند و به ارایه خدمت می‌پردازند. شهرداری‌ها همچنین مسئولیت ارایه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی به مادران و زنان باردار، خدمات زایمانی و مراقبت‌های مربوط به سلامتی و دندان در مدارس را نیز بر عهده دارند.

۳-۳. جایگاه انجمن‌های تخصصی

در سوئیس، پزشکان در قالب انجمن‌های تخصصی بلوکی سازماندهی می‌شوند و انجام مذاکرات مربوط به سطوح هزینه‌ای خدمات را با انجمن‌های شرکت‌های بیمه‌ای بر عهده دارند. عضویت در این گونه انجمن‌ها برای پزشکان اجباری نمی‌باشد و تنها کسانی که عضو انجمن پزشکی سوئیس هستند باید در یکی از انجمن‌های بلوک‌ها نیز عضو باشند. انجمن پزشکی سوئیس مسئولیت تنظیم و اعتبار بخشی پزشکان عضو این انجمن را بر عهده دارد.

انجمن دندانپزشکی سوئیس نیز همانند انجمن پزشکی سوئیس یک سازمان تخصصی می‌باشد که نمایندگی دندان‌پزشکان را بر عهده دارد. انجمن دندان‌پزشکان سوئیس با همکاری دانشگاه‌ها و دانشکده‌های تخصصی به دنبال مفاهیم و روش‌های جدید پیشگیری و درمان می‌باشد.

داروسازان سوئیس، عضو انجمن داروسازان این کشور می‌باشند که در عین حال نقش‌های دو انجمن قبل را ایفا کرده و همچنین مسئولیت تأمین اطلاعات علمی مورد نیاز داروسازان را نیز بر

عهده دارد. برای سایر متخصصین حوزه‌های مرتبط با سلامت نیز سازمان‌هایی وجود دارند که نمایندگی این متخصصین را بر عهده دارند. بسیاری از این سازمان‌ها دوره‌های آموزشی پیشرفته و تخصصی را برای اعضای خود برگزار می‌کنند.

۳-۴. نقش انجمن‌های بیمارستانی

مهم‌ترین فعالیت انجمن بیمارستان‌های سوئیس، ایفای نقش نمایندگی برای تحقق منافع بیمارستان‌ها، ارائه آموزش‌های حین خدمت برای مدیران، توسعه ابزارهای مدیریتی و تأمین آمارهای مقایسه‌ای برای مدیران بیمارستان‌ها می‌باشد. این اطلاعات شامل اطلاعات مدیریتی مانند هزینه‌های مربوط به حقوق و اطلاعات پزشکی مثل مدت زمان نگهداشتن بیمار در بیمارستان می‌شود. بیمارستان‌های خصوصی نیز عضو انجمن بیمارستان‌های خصوصی می‌باشند و مهم‌ترین نقش آنها تسهیل در روابط عمومی، توصیه‌های قانونی، تأمین اطلاعات و نمایندگی سیاسی می‌باشد.

در سطح بلوک‌ها، بیمارستان‌های عمومی و یارانه‌ای انجمن‌های بیمارستانی را شکل می‌دهند که مسئولیت مذاکره با شرکت‌های بیمه سلامت برای تعیین هزینه‌های مربوط به سلامت را بر عهده دارند. بیمارستان‌های خصوصی نیز معمولاً به عضویت این انجمن‌ها در سطح بلوک در می‌آیند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. تاریخچه

اولین قانون بیمه سلامتی عمومی در سال ۱۹۰۰ به مجلس این کشور ارائه شد. از مفاد این قانون طرح بیمه اجباری برای کارگران کم درآمد بود که با آن مخالفت شد. در آن زمان بیمه توسط بیمه‌گذاران محلی و بیمه‌های خصوصی ارائه می‌شد و دولت و مؤسسات خیریه از آن حمایت می‌کردند در سال ۱۹۱۱ اولین قانون بیمه سلامتی به شکل تکامل یافته به مورد اجرا گذاشته شد که دولت در آن موظف به پرداخت یارانه و نظارت مؤسسات بهداشتی و درمانی بخش‌ها شده بود. علت پرداخت یارانه از سوی دولت وضع قوانین مختلفی بود که مؤسسات باید از آن تبعیت می‌کردند تا سال ۱۹۶۴ تغییر عمده‌ای در قانون مذکور حاصل نشد و دستاوردهای تغییر سال ۱۹۶۴ عبارتند از:

الف- امکان دسترسی راحت به انواع بیمه‌های سلامتی

ب- تغییر قوانین مربوط به ارایه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی

ج- افزایش مزایای مؤسسات بیمه‌ای

د- افزایش میزان یارانه پرداختی دولت

در سال ۱۹۷۴ طرح خاصی برای تغییر نظام بیمه درمانی ارایه شد نظام قبلی شامل بیمه اجباری برای خدمات دارویی و پزشکی بود که در آن دولت پرداخت یارانه را متقبل شده بود. طرح جدید بیمه اجباری را برای کل جمعیت و بیمه اختیاری را برای خدمات پزشکی و دارویی شامل می‌شد در سال‌های ۱۹۸۱ و ۱۹۸۷ نیز تغییرات جرنی در قوانین مذکور داده شد.

۲-۴. نظام بیمه در سوئیس

گرچه در این کشور بیمه اجباری وجود ندارد لیکن ۹۹٪ مردم تحت پوشش بیمه هستند. ۴ بخش در کشور سوئیس بیمه را اجباری کرده‌اند و در بعضی بخش‌های دیگر نیز بیمه در مواردی خاص (سالخوردگان، کودکان، کارآموزان و افراد کم‌درآمد) اجباری شده است. برخی شهرداری‌ها هم ناحیه تحت حفاظت خود را تحت بیمه اجباری درآورده‌اند. بیمه در کشور سوئیس بصورت انفرادی است و بیمه سرپرست خانواده شامل اعضاء آن نمی‌شود.

دولت مرکزی شرایط ویژه‌ای را برای مؤسسات بیمه‌گر تعیین کرده تا آنها بتوانند از یارانه دولت استفاده کنند. در قبال یارانه پرداختی مؤسسات موظف‌اند قوانین خاص مربوطه از جمله پرداخت مزایای ویژه و پرداخت تمام هزینه‌ها هنگام معلولیت را رعایت کنند. بیمه‌شده مجاز است هر مرکز درمانی را به صلاحدید خود انتخاب کند ولی در عمل زمانی بیمه‌شده کاملاً هزینه خود را دریافت می‌کند که در بیمارستانی نزدیک محل اقامت خود بستری شده باشد. در صورتی که بیمه‌شده خلاف آنچه گفته شده عمل کند سازمان بیمه‌ای تنها هزینه‌ای را پرداخت می‌کند که مرکز درمانی نزدیک وی در نظر گرفته است.

در سال ۱۹۹۹، تعداد ۱۰۹ شرکت بیمه در طرح بیمه اجباری سلامت مشغول فعالیت بودند که این تعداد در مقایسه با سال ۱۹۹۳ که ۲۰۷ شرکت بیمه‌ای در سوئیس خدمات بیمه‌ای ارایه می‌کردند، به شدت کاهش یافته است. تنها آن دسته از ارایه کنندگان خدمات بیمه‌ای که با الزامات قانونی بیمه سلامت موافق هستند و در دفتر بیمه اجتماعی فدرال ثبت شده‌اند، می‌توانند خدمات بیمه اجباری سلامت را ارایه کنند. مهمترین الزام قانونی بیمه‌های اجباری غیرانتفاعی بودن آنها می‌باشد.

۲۶۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

در حال حاضر در سوئیس بیش از ۸۰ شرکت بیمه درمانی وجود دارد هر شرکت بیمه در بیمه پایه خود، خدمات درمانی را با مزایای مشابه ارائه می‌دارد. این مزایا در قانون بیمه بهداشت درج گردیده است. لیست خدمات بیمه پایه در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۳-۱۱. فهرست حدود خدمات بیمه پایه

لیست خدمات	حیطه خدمت
درمان توسط پزشکان رسمی تأیید شده.	درمان سرپایی
درمان و اقامت در بخش عمومی (اتاق چند خوابه) یک بیمارستان در کانتون (شهر) محل زیست، که در لیست رسمی (فهرست بیمارستان) ثبت باشد.	درمان بیمارستانی
درمان اضطراری، هزینه‌های مصارف نجات و حمل و نقل	اورژانس
داروها بر اساس نسخه پزشک و تست‌های آزمایشگاهی که در لیست رسمی ثبت شده باشند (لیست تخصصی و لیست تجزیه و تحلیلی).	داروها
معاینات دوران بارداری، هزینه‌های زایمان، کلاس‌های آمادگی برای زایمان، مشاوره شیردهی، سقط جنین	بارداری و زایمان
معاینات پیشگیرانه زنان، واکسیناسیون، معاینات بهداشتی کودکان قبل از شروع مدرسه	معاینات پیشگیرانه بهداشتی
نقاهت بستری پس از عمل جراحی و یا بیماری سخت، ورزش درمانی و کار درمانی در صورتی که توسط دکتر تجویز شده باشد	دوران نقاهت
درمان اورژانس در مدت اقامت موقت در خارج از کشور (به عنوان مثال در زمان تعطیلات)	بیماری در خارج از کشور
طب هومیوپاتی، عصب درمانی، طبابت گیاهی و طب سنتی چینی است.	طب جایگزینی (آلترناتیو)

در سوئیس انواع مختلفی از شرکت‌های بیمه‌ای وجود دارند که از آن میان می‌توان به بیمه شغلی، بیمه حوادث غیر شغلی، بیمه معلولیت و کهنسالی و بیمه بارداری اشاره کرد. شرکت‌های بیمه‌ای ثبت شده در دفتر بیمه اجتماعی فدرال که خدمات بیمه اجباری سلامت را تأمین می‌کنند، عمده سهم بازار بیمه‌های تکمیلی سلامت را نیز در اختیار دارند. در حالیکه شرکت‌های ثبت نشده در دفتر بیمه اجتماعی فدرال، انواع دیگری از بیمه را ارائه می‌کند و سهم کوچکی از بازار بیمه‌های تکمیلی سلامت را به خود اختصاص داده‌اند.

فصل یازدهم: نظام سلامت در سوئیس ۲۶۱

شرکت‌های بیمه ثبت شده در دفتر بیمه اجتماعی فدرال که به ارایه خدمات مربوط به بیمه اجباری سلامت می‌پردازند، پیشینه تاریخی گسترده‌ای داشته و ممکن است منطقه‌ای یا فدرال، بر اساس مذهب و یا شغل افراد باشند. این شرکت‌ها اجازه ندارند با درخواست هیچ کس به هر دلیلی برای عضویت در بیمه اجباری سلامت مخالفت نمایند و باید تمام افراد متقاضی را تحت پوشش بیمه‌ای خود قرار دهند. بعد از تجدید نظر در قانون بیمه‌ای در سال ۱۹۹۶، تمام شرکت‌های ثبت شده برای ارایه بیمه اجباری سلامت موظفند بسته‌های خدمات یکسانی را تحت پوشش خود قرار دهند. پس از تجدید نظر در قانون بیمه سلامت و اعمال سخت‌گیری بر عملکرد و نحوه مدیریت بیمه‌های سلامت، بسیاری از شرکت‌های کوچک توان ادامه کار را نداشتند که یا حذف و یا با شرکت‌های بزرگ‌تر ادغام شدند. این روند نزولی تا سال ۲۰۰۵ نیز ادامه داشت ولی از شتاب آن کاسته شد. در جدول (۵-۱۱) این روند طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۹ آمده است.

جدول ۵-۱۱. تعداد شرکت‌های ارایه کننده بیمه اجباری سلامت

سال	تعداد شرکت‌های ارایه کننده بیمه اجباری سلامت	تغییر سالیانه
۱۹۹۳	۲۰۷	-
۱۹۹۴	۱۷۸	-۲۹
۱۹۹۵	۱۶۶	-۱۲
۱۹۹۶	۱۴۵	-۲۱
۱۹۹۷	۱۳۰	-۱۵
۱۹۹۸	۱۱۹	-۱۱
۱۹۹۹	۱۰۹	-۱۰
۲۰۱۱	۸۰	-

شرکت‌های بیمه با اتحاد با یکدیگر، انجمن‌های بلوکی و یا فرا بلوکی تشکیل داده‌اند تا بتوانند در رابطه با هزینه‌ها با ارایه دهندگان خدمات مذاکره کنند. تمام شرکت‌های بیمه سلامت

سوئیس عضو انجمن شرکت‌های بیمه سلامت سوئیس می‌باشند. مهم‌ترین نقش‌های این انجمن عبارتند از:

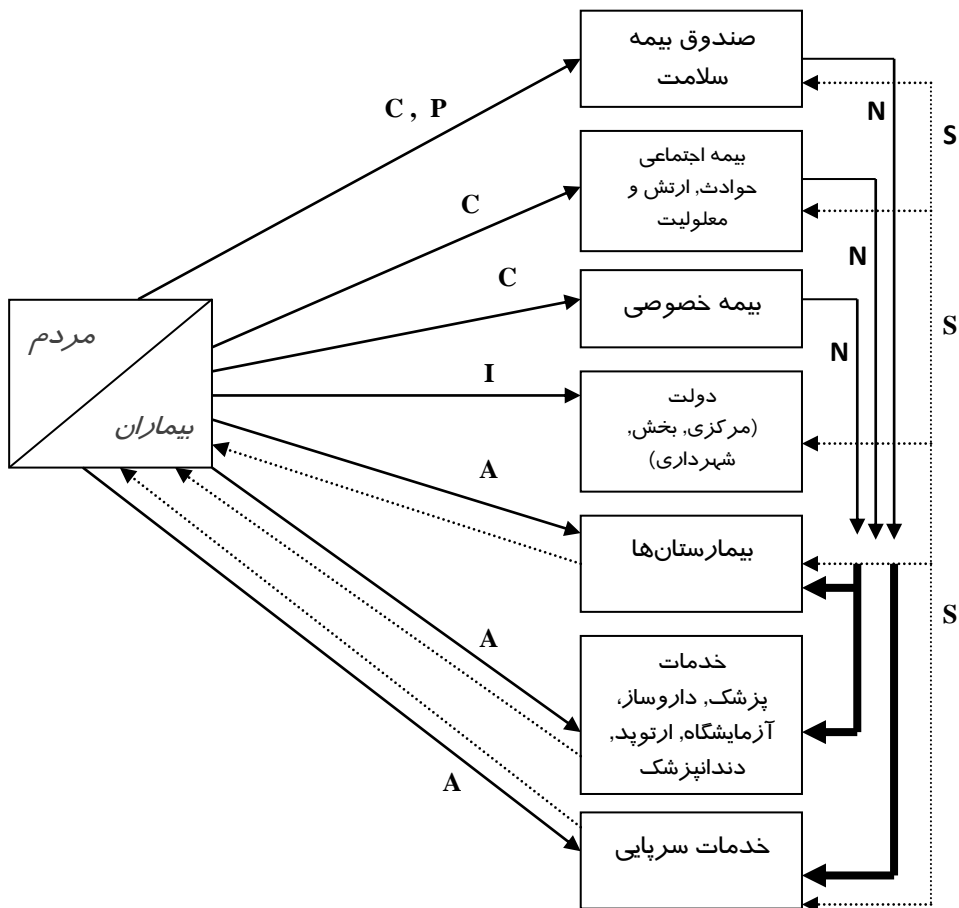
- ارتباطات میان شرکت بیمه را تسهیل می‌کنند.
- به عنوان نماینده تمایلات و خواسته‌های اعضایشان را به اطلاع نهادهای سیاسی می‌رسانند.
- اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری و سازماندهی می‌کنند.
- با ارایه کنندگان خدمات بر روی هزینه‌ها مذاکره می‌کنند.
- آموزش‌های لازم در حوزه‌های حسابداری، مدیریت و سازماندهی بیمه‌های سلامت را انجام می‌دهند.

میزان حق بیمه:

بیمه‌ها بطور کلی درآمد خود را از حق بیمه دریافتی از بیمار، یارانه کارفرما و یارانه دولت کسب می‌کنند. حق بیمه با سن بیمار تناسب دارد و هر چه سن بالاتر باشد، میزان آن بیشتر است. طبعاً حق بیمه با افزایش هزینه‌های درمانی نیز متناسب است و از آنجائی که هزینه‌های درمانی در نقاط مختلف کشور سوئیس متفاوت است حق بیمه نیز روند ثابتی ندارد، حق بیمه بطور چشمگیری در سال‌های اخیر افزایش یافته است و به دنبال آن سهم بیشتری از درآمد مردم به حق بیمه اختصاص یافته است. تحقیقات FOSI نشان می‌دهد که بیش از نصف بیمه‌شدگان، ۸٪ درآمد خود را به حق بیمه اختصاص می‌دهند. هزینه‌های دریافتی مراکز درمانی در سطح بخش‌ها متفاوت است. هزینه‌های مراقبت بستری در سطح معمولی عمدتاً توسط بیمه‌گذاران تأمین می‌شود ولی معمولاً هزینه‌های جراح توسط دولت تأمین می‌گردد.

هزینه‌های آزمایشگاهی بسته به اینکه در بیمارستان باشند و یا بصورت مستقل، به ترتیب توسط بخش‌ها و دولت تأمین می‌گردد. هزینه‌های مربوط به فیزیوتراپی، پاراکلینیکی، پرستاری و مامائی تنها زمانی پرداخت می‌شود که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد. هزینه‌های دندانپزشکی نیز بطور کامل توسط بیمه‌های سلامتی پرداخت می‌شود که البته جراحی دندان از این قاعده مستثنی است.

شکل ۳-۱۱. سازمان‌های مرتبط با سیستم بهداشت درمان سوئیس



- | | | | |
|-----|--------------------------|-------|---------------------|
| P : | سهم بیمه در پرداخت هزینه | A : | پرداخت مستقیم بیمار |
| S : | یارانه | C : | کمک |
| N : | پرداخت غیر مستقیم | I : | مالیات |
| | | ----- | ارایه خدمت |

۳-۴. تأمین مالی

بطور کلی دو منبع درآمد برای سیستم بهداشت و درمان وجود دارد:

- پرداختی‌های افراد
- پرداختی‌های سازمان‌های بیمه‌ای.

بیمه‌ها بطور کلی در آمد خود را از حق بیمه دریافتی از بیمار، یارانه کار فرما و یارانه دولت دریافت می‌کنند. حق بیمه با سن بیمار تناسب دارد و هر چه سن بالاتر باشد میزان آن بیشتر است. کودکان تا سن ۱۸ سالگی هزینه کمتری دارند. برای جوانان (بین سنین ۱۹ و ۲۵) اکثر شرکت‌های بیمه تخفیف‌های گوناگون پیشنهاد می‌کنند. شرکت‌های بیمه درمانی حق بیمه‌های مختلف دریافت می‌دارند، در حالیکه خدمات بیمه پایه برای تمام مشترکین مشابه می‌باشد. دفتر سلامت فدرال سالانه لیستی را منتشر می‌کند که در آن حق بیمه درمانی نظر به منطقه محل زیست تعریف می‌گردد و بر اساس آن میتوان حق بیمه شرکت‌های بیمه را با یکدیگر مقایسه کرد.

هزینه دکتر، بیمارستان و داروها تا مبلغ ۳۰۰ فرانک سوئیس در سال را باید خود شخص بیمه شده به عنوان فرانشیز پرداخت کند. برای کودکان پرداخت نمی‌شود.

تنها زمانی که صورتحساب‌های پزشکی شما در طول سال بیشتر از مبلغ تعیین شده فرانشیز باشد، شرکت بیمه پرداخت هزینه را برعهده می‌گیرد. در این شرایط نیز ده درصد این هزینه‌ها را باید خود شخص پرداخت کند. البته مرز آن تا ۷۰۰ فرانک برای بزرگسالان و ۳۵۰ فرانک برای کودکان در سال محدود شده است. برای زایمان (دوران بارداری و تولد) فرد هیچ فرانشیزی پرداخت نمی‌کند.

شرکت‌های بیمه بعضاً امکان افزایش فرانشیز را نیز ارائه می‌دهند. اگر فرد فرانشیز بیشتر از ۳۰۰ فرانک را انتخاب نماید، شرکت خود را در سهم‌گیری مصارف بیماری افزایش می‌دهید. در عوض حق بیمه ماهانه کمتری پرداخت می‌کنید. بزرگسالان می‌توانند بین فرانشیزهای ۳۰۰، ۵۰۰، ۱۰۰۰، ۲۰۰۰، ۱۵۰۰ و ۲۵۰۰ می‌توانند یکی را انتخاب کنند. با استفاده از این مدل فرد امکان این را هم دارید، که برای کودکان نیز یک فرانشیز انتخاب نموده حق بیمه ماهانه‌شان را تخفیف دهید. برای کودکان فرانشیزهای ۱۰۰، ۲۰۰، ۳۰۰، ۴۰۰، ۵۰۰ و ۶۰۰ فرانکی وجود دارد.

در سوئیس فرد می‌تواند آزادانه مدل‌های مختلف صرفه جوئی حق بیمه ارائه شده توسط شرکت‌های بیمه را انتخاب کند. دو مدل شایع این موضوع مدل پزشک خانواده و مشاوره تلفنی است.

مدل پزشک خانوادگی

در این مدل فرد تعهد می‌سپارد که در صورت بروز بیماری نخست نزد یک پزشک خانوادگی شناخته شده و مورد تأیید شرکت بیمه و یا کانون پزشکی HMO مراجعه کند. در این حالت فرد صرفاً از طریق این مراجع و آن هم اگر لازم باشد، به پزشکان متخصص معرفی می‌گردد. این به آن معنی است که فرد خود نمی‌تواند یک متخصص حرفه‌ای را انتخاب کند بلکه پزشک خانواده حق گرفتن این تصمیم را دارد. البته پزشک زنان، متخصص اطفال و پزشک چشم از این قاعده مستثنی هستند.

مدل مشاوره تلفنی^۱

با استفاده از این مدل فرد باید در صورت بروز مشکلات بهداشتی اول با یک مشاور تلفنی تماس بگیرد. در آنجا اطلاعات و توصیه‌های لازم از سوی متخصصان طبی ارایه می‌شود که چگونه مشکل را برطرف کند.

بعد از آن اگر لازم باشد فرد به دکتر، بیمارستان و یا درمانگر راهنمایی خواهد شد. از این طریق از هزینه‌های هنگفت، صرفه جویی به عمل می‌آید و بنابراین فرد حق بیمه کمتری پرداخت می‌کند. یارانه پرداختی دولت عمدتاً در جهت حمایت بیمه‌گذاران است ولی در عین حال این یارانه محدود است. سهم یارانه دولت از کل درآمد بیمه‌گذاران از ۱۷/۶ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۹/۲ درصد در سال ۱۹۹۱ کاهش یافته است که این کاهش متعاقباً بروی حق بیمه این سازمان‌ها تاثیر گذاشته است.

بیمه‌های مکمل داوطلبانه

فرد می‌تواند در کنار بیمه پایه همچنان در بیمه‌های داوطلبانه مکمل نیز ثبت نام نماید. این نوع بیمه‌ها هزینه‌های اضافی در بردارند.

در بیمه تکمیلی فرد می‌تواند برای اصلاحات دندان‌های کودکان، عینک و لنزهای چشم، برای درمان در بخش خصوصی و نیمه خصوصی بیمارستان‌ها و همچنان انتخاب آزادانه دکتر در بیمارستان، بیمه مکمل بگیرد. هر چه خدمات بیشتر اضافه گردد، به همان اندازه حق بیمه بیشتری پرداخت خواهد کرد. برعکس بیمه پایه، مزایای بیمه مکمل در شرکتهای گوناگون متفاوت می‌باشد.

بیمه مکمل توسط صندوق‌های بیماری و بیمه‌گران انتفاعی خصوصی ارائه می‌شود. هر دو می‌توانند حق بیمه‌ها را بر اساس ریسک تعدیل کنند. و از پوشش ریسک‌های بالا اجتناب کنند.

مزایای پوشش بیمه مکمل شامل:

- امکان درمانی خارج از بخش اقامت
- پوشش‌های داروهای اضافی
- درمان جایگزینی و دسترسی به پزشکان مقیم است.

سطح فدرال: مراقبت‌های بستری بیمارستانی در قالب یارانه‌های عمومی و در سطوح ایالتی بررسی می‌شود. (از منظر بیمه‌های درمانی اولویت با هزینه‌های سرپایی به دلیل هزینه اثربخش بودن آنها است.)

پرداخت روزانه شرکت‌های بیمه‌ای (برای خدماتی که بوسیله بیمه مکمل ارائه می‌شوند هزینه‌های بالاتری برای هتلینگ و خدمات پزشکی دریافت می‌شود).

سطح ایالت‌ها: بیمارستان‌های دولتی (مالکیت آنها با ایالات و شهرداری‌ها است).

تامین مالی بیمارستان‌های دولتی و هزینه‌های سرمایه‌ای بیمارستان‌های آموزشی و تحقیقات بیمارستان‌های یارانه‌ای و دولتی به طور کامل از طریق درآمدهای مالیاتی ایالت‌ها می‌باشد. بیمارستان‌های خصوصی منتخب از طریق ایالت‌ها یارانه دریافت می‌کنند و تحت کنترل آنها هستند.

۵- پوشش خدمات

همانطور که پیشتر گفته شد ۹۹٪ مردم سوئیس تحت پوشش بیمه هستند. ۴ بخش (بلوک) در کشور سوئیس بیمه را اجباری کرده‌اند و در بعضی بخش‌های دیگر نیز بیمه در مواردی خاص (سالخوردگان، کودکان، کارآموزان و افراد کم‌درآمد) اجباری شده است. برخی شهرداری‌ها هم ناحیه تحت حفاظت خود را تحت بیمه اجباری درآورده‌اند.

فصل دوازدهم: نظام سلامت در فرانسه

۱- کلیات

فرانسه بزرگترین کشور اروپای غربی است مساحت آن ۵۵۴۷۳۰ کیلومتر مربع و جمعیت آن حدود ۶۶ میلیون نفر است. امید به زندگی در بدو تولد در فرانسه حدود ۸۲ سال است. این کشور از فلات‌های مرتفع، سلسله جبال و سرزمین‌های پست تشکیل شده است. کوه‌های پیرنه مرز فرانسه با اسپانیا را در جنوب غربی، کوه‌های ژوا مرز فرانسه با سوییس را تشکیل می‌دهند. به علت مجاورت فرانسه با دریای آتلانتیک، آب و هوای این کشور معتدل است به جزء قسمت جنوب که دارای آب و هوای مدیترانه‌ای و تابستان‌های گرم و خشک است در بقیه خاک فرانسه و در تمام سال باران می‌بارد. به همین دلیل کشاورزی در فرانسه رواج داشته و فرآورده‌های کشاورزی نظیر غلات، میوه، سبزیجات و انگور به مقدار زیاد تولید می‌شود. این کشور از بزرگترین صادرکنندگان آهن، گندم و جو به شمار می‌رود. فرانسه دارای معادن سنگ آهن، نفت و گاز طبیعی می‌باشد. مراکز مهم صنعتی مانند فولادسازی، اتومبیل‌سازی، صنایع هوای، جنگ‌افزار، تولید عطر، و جواهرسازی عمدتاً در شمال شرق کشور مستقر می‌باشند.

فرانسه یکی از اعضای مؤسس اتحادیه اروپا و سازمان ملل متحد است این کشور از اعضای دائم شورای امنیت سازمان ملل متحد و دارای حق وتو است.

حکومت این کشور جمهوری است. قوه مقننه از دو مجلس قانون‌گذاری (مجلس ملی با ۴۹۱ نماینده) که به واسطه انتخابات عمومی برای ۵ سال انتخاب شده و (مجلس سنا با ۲۹۵ نماینده) که برای ۹ سال انتخاب می‌شوند، متشکل می‌گردد. قانون اساسی فعلی کشور در سال ۱۹۵۸ تهیه شده است. بر اساس آخرین تقسیمات، کشور فرانسه از ۹۶ ولایت (دپارتمان) تشکیل گردیده که زیر نظر دولت مرکزی اداره شده و تحت نظارت شورای محل فعالیت می‌نمایند، هر ناحیه به کاتون‌ها

۲۶۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

و بخش‌هایی تقسیم شده و هر بخش از شورای شهر و شهردار خاص خود برخوردار می‌باشد. فعالیت احزاب در فرانسه آزاد است.

جدول ۱-۱۲. شاخص‌های کلان سلامت فرانسه

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۲	۷۸	۸۵	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۳	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۶			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۳۳/۸			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۱۲. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

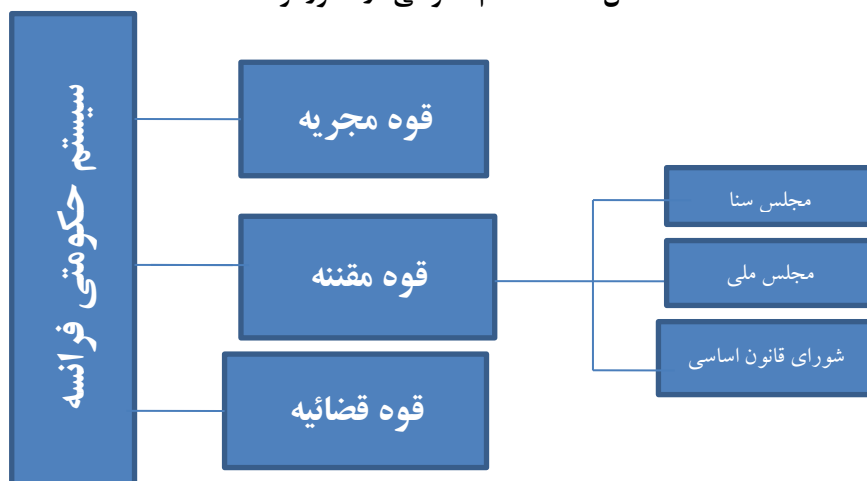
سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۱۹۵۱۲۳۹	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۲۹۸۲۰	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۱۱/۷	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۷۶/۹	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۲۳/۱	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۱۵/۹	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶
۲۰۱۰	دلار	۴۶۱۸	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷
۲۰۱۰	دلار	۳۹۹۷	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۸
۲۰۱۰	دلار	۳۵۵۳	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۹
۲۰۱۰	دلار	۳۰۷۵	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

سیستم بهداشت و درمان فرانسه بیش از ۱۰۰ سال قدمت دارد و در طی این سالها پیشرفت‌های زیادی داشته است. نظام حکومتی فرانسه در شکل (۱-۱۲) آمده است.

شکل ۱- ۱۲. نظام حکومتی در کشور فرانسه



ساختار نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به این شکل است که قلمرو قدرت بر حسب خط‌مشی‌های و مقررات نظام بهداشت و درمان بین ایالت (مجلس، هیأت دولت و وزارت‌خانه‌های مختلف) - صندوق‌های بیمه سلامت و در سطح پایین‌تر شوراهای محلی تقسیم می‌شود.

۲-۱. ایالت، مجلس و هیأت دولت

از سال ۱۹۹۶ هر ساله مجلس بر پایه گزارشات کمیسیون محاسبات و کنفرانس سلامت ملی، قانون بودجه تأمین اجتماعی را تصویب می‌نمایند. در این قانون:

- بودجه بیمه سلامت برای سال آینده تنظیم می‌شود.
- گزارش سیاست‌گذاری را برای تأمین اجتماعی و سلامت به تصویب می‌رساند.
- شرایط جدید را با توجه مقررات نظام بهداشت و درمان تنظیم می‌نماید.

فصل دوازدهم: نظام سلامت در فرانسه ۲۷۱

در فرانسه با توجه به نظام حکومتی خاص خود نخست وزیر در هر دوره می‌تواند تعداد و عنوان وزراء را تأیید کند. به همین دلیل شاهد تغییرات بسیار در ساختار وزارتخانه متولی سلامت در این کشور بوده‌ایم. به عنوان نمونه در سال ۱۹۲۰ وزارت بهداشت، درمان، کمک و رفاه اجتماعی عهده دار این وظیفه بود. در سال ۱۹۳۰ وزارت بهداشت بصورت مستقل تشکیل شده بود و در سال ۱۹۴۵ وزارت امنیت اجتماعی مسئول سلامت بود. در سال ۱۹۵۶ وزارت امور اجتماعی و بهداشت و درمان تشکیل شد. در سال ۱۹۹۴ وزارت امور اجتماعی، بهداشت و شهرها عهده دار امر سلامت بود. این تغییرات همچنان ادامه داشت به نحوی که در سال ۲۰۰۷ وزارت سلامت، جوانان و ورزش و در سال ۲۰۰۹ وزارت سلامت و ورزش عهده دار این وظیفه بود. در سال ۲۰۱۲ وزارت امور اجتماعی و سلامت در فرانسه ایجاد گردید.

در مجموع در سال‌های اخیر مجموعه‌ای که عهده دار بحث سلامت بود کم و بیش ساختاری مشابه زیر را دارا بوده است:

- مدیریت عمومی سلامت، که مسئول تعیین خط‌مشی سلامت می‌باشد.
- مدیریت بیمارستان و مراقبت‌های بهداشتی درمانی، که مسئول مدیریت منابع می‌باشد.
- مدیریت تأمین اجتماعی، که مسئول منابع مالی و نظارت بر سازمان‌های تأمین اجتماعی از جمله صندوق‌های بیمه سلامت می‌باشد.
- مدیریت عمومی خط‌مشی اجتماعی، که مسئول جنبه‌های اجتماعی مراقبت از قبیل مراقبت از افراد ناتوان و سالمند می‌باشد.

لازم به ذکر است این ساختار در سطح ملی، مناطق و دپارتمان‌ها وجود دارد.

بطور کلی وزارت سلامت (در هر شکل موجود) درباره امور زیر مسئول است:

- تخصیص بودجه بین بخش‌های مختلف
- تصمیم‌گیری درباره پذیرش تعداد دانشجویان پزشکی، تعداد تخت بیمارستان‌ها، تجهیزات و نوع تکنولوژی
- تأیید قراردادهای منعقد شده بین صندوق‌های بیمه سلامت و سازمان‌های حرفه‌ای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی
- تنظیم تعرفه‌ها بر اساس پیشنهاد کمیته‌هایی که برای این منظور تأسیس شده‌اند.

۲۷۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- تنظیم استانداردهایی برای بیمارستان‌ها
- تعیین مکان‌هایی برای اجرای طرح‌های ملی از قبیل مبارزه با سیگار و برنامه‌های سرطان و ...

در دو دهه گذشته دولت فرانسه تعدادی کمیته (آژانس) به منظور انجام فعالیت‌های ویژه در داخل وزارت سلامت (در سطح ملی) تأسیس نمود که این کمیته‌ها عبارتند از:

۱) **مؤسسه ملی سلامت:** (تأسیس، ۱۹۹۸) بهداشت عمومی را پایش می‌کند، همچنین به عموم مردم در مورد خطرات بهداشتی هشدار می‌دهد و اقدام مناسب برای مقابله با این خطرات را به عمل می‌آورد.

۲) **آژانس ایمنی تولیدات غذایی:** (تأسیس ۱۹۹۸) مسئول ارزشیابی سلامت و مخاطرات تغذیه‌ای است که در غذای انسان و حیوان یافت می‌شود.

۳) آژانس ایمنی تولیدات بهداشتی

۴) **آژانس ایمنی بهداشت محیط:** (تأسیس ۲۰۰۰) مسئول هماهنگی و اظهار نظر در مورد خطرات زیست محیطی است.

۵) **آژانس خون:** (تأسیس، ۱۹۹۲) رفع نیازهای ملی به خون و سیستم انتقال خون ایمن در مراقبت‌های بهداشتی را تضمین می‌کند.

۶) **مؤسسه پیوند اعضا:** (تأسیس، ۱۹۹۴) عملیات مربوط به پیوند اعضا را هماهنگ می‌کند، در مبادلات بین‌المللی اعضا درگیر می‌شود، درباره رویه‌ها و فرآیندهای مربوط به پیوند اعضا نظر کارشناسی می‌دهد.

۷) **آژانس ملی ارزشیابی و اعتبار بخشی مراقبت بهداشتی:** (تأسیس، ۱۹۹۷) فعالیت‌های آن شامل: ارائه رهنمودهایی برای سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت، ارتقاء مهارت‌های بالینی در بیمارستان‌ها و پزشکان از طریق آموزش‌های حرفه‌ای و انجام فرایند ارزشیابی و اعتبار بخشی برای همه بیمارستان‌ها (خصوصی و دولتی) است.

۸) **کمیته تکنیکی اطلاعات مراقبت بیمارستانی:** به طور سیستماتیک اطلاعات در مورد اقامت‌های بیمارستانی را جمع‌آوری کرده و برای تأمین مالی و برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها استفاده می‌کند.

۹) کمیته اقتصادی محصولات پزشکی (CEPS)^۱، این کمیته قیمت داروها و وسایل پزشکی را تعیین می‌نماید و نظارت گر چگونگی صرف منابع مالی، رشد هزینه‌ها و قراردادهای شرکت‌های دارویی می‌باشد.

۱۰) کمیته عالی سلامت عمومی^۲ (HCSP): در سال ۲۰۰۷ این کمیته رسماً ایجاد گردیده و تحت قانون سلامت عمومی مصوب سال ۲۰۰۴ قرار گرفت. این کمیته متشکل از متخصصان مستقل در حوزه سلامت عمومی بوده و گزارشاتی مبتنی بر وضعیت سلامت افراد جامعه تنظیم می‌نماید. سپس از این گزارشات بمنظور تحلیل مسائل اصلی سلامت عمومی و موضوعات مربوط به سازمان‌های مراقبت از سلامت استفاده می‌گردد.

۱۱) مؤسسه عالی سلامت (HAS)^۳: در سال ۲۰۰۴ بمنظور بهبود کیفیت مراقبت از بیماران و ضمانت تساوی در کل سیستم ارایه دهنده خدمات مراقبت از سلامت ایجاد گردید. ارزیابی داروها، وسایل پزشکی و روند انتشار اصول راهنما و برسمیت شناختن سازمان‌های مراقبت از سلامت و تصدیق پزشکان از وظایف این نهاد ملی محسوب می‌گردند.

۲-۲. مؤسسات در سطح منطقه

فرآیند منطقه‌ای کردن سازمان و مدیریت سیستم بهداشتی فرانسه در اوایل دهه ۹۰ آغاز شد در اولین قدم این فرآیند بر اساس مدیریت بهداشت و امور اجتماعی در منطقه بود. که مسئولیت برنامه‌ریزی و تخصیص بودجه بیمارستان‌هاست. در حال حاضر مؤسسات زیر در سطح منطقه‌ای فعال می‌باشند:

- **آژانس‌های بیمارستان منطقه‌ای (ARH)**^۴ این مؤسسه برای برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها (خصوصی و دولت) تخصیص اعتبار برای بیمارستان‌های دولتی و تنظیم تعرفه برای بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی (در چارچوب توافق‌نامه ملی) مسئول می‌باشند.
- **اتحادیه منطقه‌ای صندوق‌های بیمه سلامت**، این اتحادیه نقش هماهنگ کننده بین سه نظام بیمه سلامت را در سطح منطقه دارا می‌باشد.
- **اتحادیه منطقه‌ای پزشکان خویش فرما (URML)**^۵ این نهاد فعالیت‌های زیر را انجام می‌دهند: تحلیل و مطالعات مربوط به فعالیت‌های نظام بهداشت و درمان، همه‌گیرشناسی، هماهنگی بین مشاغل مختلف درمانی و آموزش پزشکان.

1- Comité Economique des Produits de Santé

3- Haute Autorité de Santé

5- Regional Union OF Self – Employed Doctors

2- Haut Comité de la santé publique

4- Regional Hospital Agency

۲۷۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- کنفرانس سلامت منطقه‌ای، که مسئول ارزیابی سلامت منطقه و تنظیم اولویت‌های سلامت در منطقه می‌باشد و رایه گزارش به کنفرانس سلامت ملی.

۲-۳. مؤسسات در سطح دپارتمان (بخشی)

در سطح دپارتمان، خدمات اجتماعی و خدمات مربوط به سلامت تحت مسئولیت شوراهای محلی قرار می‌گیرند. این خدمات عبارتند از:

- مؤسسات برای افراد مسن و افراد ناتوان
 - مؤسسات رفاه اجتماعی و برنامه‌های اشتغال
 - مؤسسات نگهداری از کودکان
 - مؤسساتی برای پیشگیری از بیماری‌های خاص از قبیل سرطان‌ها
- در دپارتمان‌ها شهرداری‌ها دارای یک نقش کلیدی در رایه مراقبت‌های بهداشت عمومی می‌باشند.

هر منطقه‌ای، سیاست‌های تنظیم شده در خصوص بکارگیری نیروی انسانی را تا اندازه‌ای با ویژگی‌های مربوط به همان منطقه به کار می‌برند. این روند منجر به ثابت ماندن تناسب نیروی انسانی و کاهش تفاوت‌های منطقه‌ای می‌شود.

بیمارستان‌ها با استفاده از یک MEDICAL MAP (یک ابزار کمی) و یک برنامه استراتژیک منطقه‌ای (ابزار کیفی) برنامه‌ریزی می‌شوند.

۳- نظام رایه خدمات

۳-۱. مراقبت‌های سرپایی اولیه

در فرانسه برنامه ایمن‌سازی توسط وزارت بهداشت تنظیم می‌شود. اما مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط پزشکان، دندانپزشکان و کارکنان پزشکی خویش فرما و درمطب‌هایشان رایه می‌شود. اکثر واکسیناسیون‌ها توسط پزشکان خویش فرما انجام می‌گیرد. و این خلاف برنامه‌ای است که در سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی پیش‌بینی شده است. بنابراین میزان واکسیناسیون به نسبت پایین است.

فصل دوازدهم: نظام سلامت در فرانسه ۲۷۵

پزشکان عمومی بخش خصوصی قسمت عمده‌ای از مراقبت‌های اجباری و مشاوره‌ای تلفنی را ارائه می‌دهند. و نظام پرداخت به آنها برپایه کارانه بوده و حمایت بیماران بوسیله بیمه‌هایشان انجام می‌شود معاینات و مراقبت‌های اولیه که در بیمارستان‌ها انجام می‌گیرد حدود ۱۵ درصد کل مراقبت‌های اولیه می‌باشد. حدود ۱۰۰۰ مرکز بهداشتی بوسیله مقامات محلی یا مؤسسات بیمه تعاونی همراه با بعضی از مؤسسات خیریه اداره می‌شود. تقریباً تمامی این اقدامات در چارچوب توافق‌نامه ملی برای مدت ۴ یا ۵ سال به تأیید نمایندگان شاغلین حرف بهداشتی درمانی و صندوق‌های بیمه سلامت می‌رسد. این توافق‌نامه‌ها شامل لیست اقدامات و هزینه آنها می‌باشد با این حال تقریباً یک چهارم پزشکان (۱۵٪ عمومی و ۳۵٪ متخصص) مختار هستند تا هزینه‌های بالاتر از قیمت مصوب مطالبه نمایند. این پزشکان به پزشکان 2.SECTOR معروف هستند. در این گونه از خدمات نیز بیماران به طور مستقیم هزینه را به ارایه کنندگان خدمات پرداخت و سپس این مبلغ توسط سازمان بیمه سلامت به بیماران بازپرداخت می‌شود.

بیش از ۲۰۰۰ مرکز بهداشتی درمانی با پزشکان حقوق بگیر برای فقیرترین بخش جامعه مراقبت بهداشتی ارائه می‌دهند. البته برنامه‌های مختلفی نظیر مراقبت از مادر و کودک و خدمات بهداشت مدارس هم (در این کشور) وجود دارد. مراقبت اولیه دندان‌ها بطور عمده توسط دندان پزشکان بخش خصوصی ارائه می‌شود.

مقامات محلی مسئول مراقبت‌های پیشگیری کننده از قبیل غربالگری سرطان، کنترل سوء استفاده از مواد مخدر و الکل می‌باشند. اثربخشی اقدامات مربوط به بهداشت عمومی به خاطر کمبود ارتباطات بین بخشی و مسئولیت‌های متعدد و غیرمشخص در سطح پایینی است.

بازنگری قانون مالی سال ۲۰۰۴ یک سیستم دروازه بانی داوطلبانه را برای جوانان بالای ۱۶ سال و بیشتر ارائه داد که به عنوان (madecin traitant) شناخته می‌شود. مشوق‌های قوی مالی برای تشویق دروازبانی وجود دارد. پزشکان خود استخدام اند و براساس حق الزحمه، پول دریافت می‌کنند. هزینه هر ویزیت برای متخصصین ۲۳ یورو می‌باشد که کمی بیشتر از ۲۲ یورویی است که برای پزشکان عمومی است و براساس مذاکرات دولت، طرح بیمه همگانی و اتحادیه پزشکی حاصل شده است. با توجه به مجموع مطالعات پزشکی، پزشکان ممکن است از این سطح بیشتر نیز

هزینه دریافت کنند. محدودیتی برای هزینه‌ای که پزشکان ممکن است تعیین کنند وجود ندارد اما انجمن‌های پزشکی ضریبی را برای تعیین نرخ سطوح پیشنهاد می‌دهند.

۲-۳. مراقبت ثانویه و ثالثیه

خدمات بستری توسط هر دو سیستم دولتی و خصوصی صورت می‌گیرد. اگر بخواهیم مؤسسات مراقبت سلامتی را در فرانسه تقسیم‌بندی کنیم باید گفت این مؤسسات به ۳ دسته کلی تقسیم می‌شوند:

(۱) بیمارستان‌های دولتی: بیمارستان‌های منطقه‌ای، دانشگاهی، محلی و بیمارستان‌های عمومی

(۲) کلینیک‌های خصوصی

(۳) مؤسسات مراقبت بهداشتی غیرانتفاعی

دو سوم تخت‌های بیمارستانی در تملک دولت یا بیمارستان‌های غیرانتفاعی است. بقیه بیمارستان‌ها متعلق به کلینیک‌های انتفاعی شخصی است. تمام بیمارستان‌های دانشگاه‌ها، عمومی است. پزشکان در بخش عمومی و تسهیلات غیرانتفاعی حقوق بگیرند. از سال ۱۹۶۸ پزشکان بیمارستان‌ها اجازه دارند تا بیماران خصوصی را در بیمارستان‌های عمومی ویزیت کنند. در داخل بیمارستان‌های عمومی ۴ سطح وجود دارد: اورژانس، پیگیری، مراقبت‌های توان بخشی و عمومی.

بیمارستان‌های منطقه‌ای مراقبت‌های تخصصی و تسهیلات آموزشی را ارائه می‌دهند و بیمارستان‌های محلی اقدامات بهداشتی، مراقبت‌های اجتماعی و روانی را انجام می‌دهند.

بیمارستان‌های دولتی دارای بودجه مشخصی هستند که توسط آژانس بیمارستان منطقه‌ای و

براساس موارد زیر تعیین می‌شود:

- بودجه سال گذشته
- هزینه‌های مربوط به DRG
- اهداف برنامه‌ریزی استراتژیک

در فرانسه به ازاء هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ساکن ۴/۲ تخت بیمارستانی وجود دارد. بین سال‌های

۱۹۸۰ تا ۱۹۹۸ کاهش تعداد تخت‌های بیمارستانی، کاهش روزهای بستری و افزایش تعداد پذیرش

اتفاق افتاد.

در فرانسه بیمارستان‌های خصوصی و دولتی خدمات متفاوتی ارائه می‌دهند بخش خصوصی عهده‌دار جراحی‌های کوچک است و بخش دولتی پذیرش‌های اورژانسی، بازتوانی، مراقبت‌های بلند مدت و درمان روانی را پوشش می‌دهد. در حال حاضر به جای بستری نمودن بیماران دو نوع روش در حال جایگزین شدن در بیمارستان‌ها است: ۱- جراحی روز ۲- بستری در منزل در خصوص دارو باید گفت بیشتر داروخانه‌ها در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند اگر چه بعضی از این‌ها در بخش‌های غیرخصوصی فعال‌اند. بیماران برای داروهای تجویز شده توسط پزشکان هزینه می‌پردازند. و قیمت ۱٪ داروها خارج از تعهدات شرکت‌های بیمه‌ای می‌باشد. فرانشیز داروهای ضروری ۳۵٪ و برای داروهای آرام بخش ۶۵٪ است.

وجه تمایز سیستم سلامت فرانسه سطح بالای آزادی پزشکان و انتخاب بسیار زیاد بیماران، گستردگی ارائه خدمات سلامت و دسترسی راحت به مراقبت سلامت برای اکثر افراد (به جز بعضی تخصص‌ها در بعضی قسمت‌های خاص کشور) و عدم وجود لیست انتظار برای درمان می‌باشد. همکاری بین بخش خصوصی و دولتی در سیستم مراقبت بهداشتی فرانسه طرح مثبتی است که به مردم اجازه می‌دهد در لیست انتظار برای اعمال جراحی باقی نمانند. در حقیقت مراقبت پزشکی خصوصی در درمان بیش از ۵۰٪ جراحی‌ها و بیش از ۶۰٪ موارد سرطانی فعال است. این ترکیب مراقبت در بخش دولتی و خصوصی سیستمی را ایجاد کرده است که در آن به روی همه باز است و آخرین تکنولوژی پزشکی و درمانی را ارائه می‌کند.

در سال‌های اخیر، تعداد قابل توجهی از اصلاحات سبب تغییرات در خصوصیات اصلی شده و این تغییرات شامل افزایش نقش مجلس، جایگزینی توزیع مبالغ مبتنی بر دستمزد کارگران به جای توزیع مبتنی بر کل درآمد و مبتنی کردن پوشش فراگیر بر سکونت به جای اشتغال می‌باشد. در ماه می سال ۲۰۰۴ دولت محافظه کار یک سری اصلاحات جهت افزایش درآمد و کاهش مخارج پیشنهاد کرد که ادعا می‌شود که ۱۵ میلیارد تا سال ۲۰۰۷ پس‌انداز شده است. در این اصلاحات دولت چندین متغیر را به شرح ذیل معرفی کرد.

۱) دریافت فرانشیز یکسان از همه بیماران به ازای هر ویزیت پزشک.

۲) اجبار مقرری بگیریانی که قدرت استطاعات دارند تا بیشتر پرداخت کنند.

۳) افزایش پرداخت برای مراقبت سلامت در شرکت‌ها

۲۷۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- ۴) کاهش مواد زاید و مصرف بیش از اندازه (مخصوصاً داروها)
- ۵) کاهش بازپرداخت داروهای گران‌قیمت.
- ۶) جلوگیری از کلاهبرداری کارت‌های بیمه سلامت
- ۷) تداوم نظام دروازه بانی سیستم

در سال ۲۰۱۲ نیز رئیس جمهور وقت فرانسه فرانسس اولاند تغییراتی در سیستم مراقبت از سلامت در فرانسه ایجاد نمود. برخی تغییرات عبارتند از:

- حمایت از سیستم عمومی و حصول اطمینان از دستیابی مساوی به مراقبت‌های سلامت
 - دستیابی فراگیر و همگانی به بیمه تکمیلی خصوصی
 - هیچ شهروند فرانسوی بیشتر از ۳۰ دقیقه جهت استفاده از مراقبت‌های سلامت منتظر نماند.
 - افزایش ۳.۵ درصد مالیات قراردادهای بیمه تکمیلی به ۷ درصد
 - محدود ساختن اضافه شدن بی رویه دستمزد پزشکان جهت ارایه مشاوره و درمان
 - کاهش بهای داروها بمنظور افزایش دسترسی مردم به آنها
 - استفاده از درآمد حاصل از افزایش مالیات افراد ثروتمند در مراقبت‌های مربوط به سلامت
 - ایجاد اشتغال برای ۲۰۰ پزشک جدید در مناطق روستائی جهت جبران عدم تساوی دسترسی به پزشک در مناطق مختلف
- برخی اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت فرانسه در دو دهه اخیر در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۳-۱۲- برخی اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت فرانسه

سال	تغییر صورت گرفته
۱۹۹۷	<ul style="list-style-type: none"> - تقسیم بودجه برای بیمارستان‌های مناطق با هدف کاهش نابرابری - برنامه‌ای برای بازنشستگی زودتر از پزشکان خویش فرما - معرفی پزشکان عمومی به عنوان دروازه‌بان، ارتقاء و توسعه صنعت داروسازی، تداوم آموزش پزشکی و استفاده از تکنولوژی اطلاعات
۱۹۹۸	<ul style="list-style-type: none"> - تأسیس آژانس‌های امنیت محصولات غذایی، امنیت محصولات بهداشتی - در نظر گرفتن جریمه برای شرکتهای دارویی در صورت افزایش هزینه از سقف تعیین شده

فصل دوازدهم: نظام سلامت در فرانسه ۲۷۹

سال	تغییر صورت گرفته
۱۹۹۹	<ul style="list-style-type: none"> - تأسیس سازمانی برای توسعه اطلاعات اقتصاد سلامت - تأسیس آژانس فنی برای اطلاعات بیمارستانی
۲۰۰۰	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای قانون بیمه همگانی از اول ژانویه - در نظر گرفتن مزایا برای افراد خویش فرما از طریق نظام بیمه سلامت
۲۰۰۱	<ul style="list-style-type: none"> - قوانین جدید برای بازپرداخت هزینه تمهیدات پزشکی با توجه به ارزش آن - معرفی مقرری جدید برای افراد سالخورده - اصلاح آموزش پزشکی - اجازه به پزشکان برای تجویز داروها با نام ژنریک
۲۰۰۲	<ul style="list-style-type: none"> - رایحه قانون (HOSPITAL2007) برای اجراء ۵ سال تداوم اجرای نظام پرداخت به ازاء هر بیمار - اصلاح توافق نامه بین صندوق های بیمه سلامت با پزشکان: نظام توافق نامه جدید دارای دوسطح است؛ سطح اول یکسری قوانین مشابه برای پزشکان مطرح نمود و سطح دوم به صندوق های بیمه سلامت اجازه داد تا با پزشکان به صورت انفرادی قرارداد منعقد نمایند.
۲۰۰۳	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید بر برنامه ریزی استراتژیک بیمارستان های منطقه ای - رایحه صورت حساب هزینه سلامت عمومی به مجلس - مدرنیزاسیون کردن صنعت بیمه - پرداخت به بیمارستان ها به صورت پرداخت به ازاء هر بیمار
۲۰۰۴	<ul style="list-style-type: none"> - برنامه مبارزه با خشونت، سوء استفاده، رفتارهای مخاطره آمیز - برنامه کنترل عوامل مؤثر بر سلامت - برنامه بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن - برنامه بهبود درمان و مراقبت بیماران خاص
۲۰۱۲	<ul style="list-style-type: none"> - حمایت از سیستم عمومی و حصول اطمینان از دستیابی مساوی به مراقبت های سلامت - دستیابی فراگیر و همگانی به بیمه تکمیلی خصوصی - تقویت روابط بیمارستانی بیمارستان های واقع در یک محدوده

۳-۳. مراقبت اجتماعی

مراقبت های اجتماعی به طور کلی شامل مراقبت از افراد سالمند و افراد ناتوان که به صورت سربار هستند، می باشد. این گونه مراقبت ها به وسیله متخصصین مستقل و مؤسساتی از قبیل بازنشستگان ارایه می شود.

۲۸۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

چالش‌های پیش روی بخش مراقبت اجتماعی شامل افزایش سن جمعیت و تقاضا بیش از عرضه خدمات می‌باشد. اصلاحاتی در سال ۲۰۰۰ با هدف افزایش دسترسی به مراقبت‌های طولانی برای افراد ناتوان بوسیله ۱۶۵۰۰ مرکز و توسعه مراقبت در منزل انجام گرفته شد.

واجدین شرایط استفاده از حمایت اجتماعی در کل عبارتند از:

- کارمندان و افرادی که وضعیت مشابه آن‌ها را دارند
- کارگران غیر حقوق بگیر که در طرح‌های معمولی شرکت نداشته و تحت پوشش طرح‌های ویژه می‌باشند
- بازنشستگان
- بیکاران
- گروه‌های خاص نظیر: معلولین بزرگسال، دانش آموزان، کشیشان، هیات‌های مذهبی، زندانیان
- افراد مقیم دایم در فرانسه و افرادی که تحت پوشش هیچ نوع بیمه بیماری نیستند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

بیمه خدمات درمانی در فرانسه از سال ۱۹۲۱ آغاز شد. نظام بهداشتی درمانی فرانسه تمام افراد مقیم را تحت پوشش قرار می‌دهد و به طور عمده از طریق بیمه سلامت تأمین اعتبار می‌شود. صندوق‌های بیمه سلامت عمومی واحدهایی قانونی هستند و عضویت در آنها بستگی به شغل دارد، بنابراین رقابتی در بین آنها وجود ندارد. رقابت محدودی در بین مؤسسات دوجانبه وجود دارد که بیمه درمان مکمل شخصی آن را تأمین می‌کند.

مردم حق انتخاب نوع سیستم را ندارند و تمام افراد به طور خودکار بر پایه وضعیت شغلی و محل سکونت تحت پوشش یکی از سیستم‌های بیمه ملی قرار می‌گیرند.

در فرانسه بیش از ۱۰۰ طرح متغیر بیمه‌ای و حمایتی وجود دارد که می‌توان آنها را در ۴ گروه تقسیم‌بندی کرد:

- طرح عمومی که بیشتر کارکنان و سایر اقشار (دانش آموزان، دریافت کنندگان مزایای شخصی و شهروندان عادی) را پوشش می‌دهد و سال‌هاست این افراد تحت پوشش طرح عمومی‌اند.

- طرح‌های ویژه برای کارکنانی که افراد کمی را تحت پوشش قرار می‌دهد وجود دارد، که بعضی از آن‌ها همه ریسک‌ها را پوشش می‌دهند، بعضی از آنها به طور انفرادی مزایای سالمندی را ارایه می‌دهند و بعضی دیگر همه ریسک‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهد.
 - طرح کشاورزان که شامل دو ساختار مدیریتی برای مزرعه‌داران و کارکنان بخش کشاورزی می‌باشد. طرح کشاورزان از نظر هزینه زیر نظر وزیر استخدام و تعاون و وزیر کشاورزی است.
 - طرح بازنشستگی خویش‌فرمایان و کارکنان بخش‌های غیرکشاورزی، که مزایای بازنشستگی آنها به وسیله سه طرح مستقل مدیریت می‌شود. هر کدام از این‌ها شامل یک صندوق ملی (صنعتگران، افرادی که در تجارت و بازار کار می‌کند، اعضای مشاغل) هستند.
- سایر نظام‌ها، طبقه‌های دیگر جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهند. تعدادی از این نظام‌ها با نظام عمومی مرتبط هستند و بر اساس موقعیت اجتماعی افراد می‌باشد مثل پزشکان تحت قرار داد، دانش‌آموزان و نظامیان.
- نظام‌های دیگری برای معدنچیان، کارکنان راه‌آهن، روحانیون، دریانوردان و کارکنان بانک وجود دارند که خود سازمان‌ها بانی آن می‌باشند.
- در سطح منطقه‌ای نظارت و سرپرستی به عهده دفاتر امور اجتماعی و بهداشت (DRASS)^۱ برای کارگران غیرکشاورزی و دفاتر تأمین اجتماعی و استخدام ناحیه‌ای برای کارگران طرح‌های کشاورزی است.
- هر یک از چهار نظام بیمه سلامت دارای یک صندوق بیمه سلامت ملی با ساختار محلی مطابق با درجه توزیع جغرافیایی هستند که عبارتند از:
- طرح عموم که در چهار شاخه زیر سازماندهی می‌شود:
- ۱- شاخه بیماری، زایمان، از کار افتادگی و فوت
 - ۲- شاخه آسیب‌های کاری و بیماری‌های شغلی
 - ۳- شاخه پیری و یوه‌گی
 - ۴- شاخه خانواده

بیمه مکمل:

در فرانسه نیز مانند اکثر کشورهای عضو OECD^۱، بیمه درمان خصوصی (به عنوان مکمل برنامه‌های دولتی) یا به عنوان پرداخت کننده کمکی و جبران کننده فرانشیز پرداختی از طرف بیمه‌شدگان عمل می‌کند و یا خدماتی را که دولت آنها را تأمین اعتبار نمی‌کند، پوشش می‌دهد. اکثر جمعیت در فرانسه، با پرداخت‌های کمکی بیمه قرارداد می‌بندند، به عبارتی بیمه‌های سلامت خصوصی و دولتی به دو صورت مجزا عمل می‌کنند.

در سال‌های اخیر به علت افزایش تقاضا برای پوشش بهتر و کاهش در نسبت هزینه‌های بازپرداخت شده توسط نظام بیمه سلامت ملی، پوشش بیمه اختیاری رشد زیادی یافته است. در سال ۲۰۰۰ بیمه اختیاری ۱۲.۴ درصد کل هزینه‌های بخش سلامت و ۸۵ درصد از کل جمعیت را تحت پوشش قرار داده بود. در فرانسه بیمه اختیاری توسط سه نوع سازمان ارایه می‌گردد:

۱- شرکت‌های تعاونی

۲- صندوق‌های قرض الحسنه

۳- شرکت‌های بازرگانی خصوصی

خدمات طولانی مدت در بازارهای بیمه درمان خصوصی توسعه یافته‌اند این موضوع در آلمان، فرانسه، ایتالیا و ایالات متحده و همچنین دانمارک، انگلستان و بلژیک منجر به ارایه قوانین خاصی شده که به بخش خصوصی اجازه پوشش این ریسک را می‌دهد.

مزایای بیمه درمان:

نظام بیمه سلامت نوع خدمات درمانی که می‌بایست هزینه آنها بازپرداخت شود را تعیین می‌کند. در اوایل، مزایا استفاده از بیمه بر روی مراقبت‌های درمانی مؤثر و شفاف‌بخش متمرکز شده بود اما اخیراً سایر مراقبت‌ها را نیز در بر گرفته است. برخی از خدمات ویژه از قبیل جراحی زیبایی و مراقبت‌های که اثربخشی آن به اثبات نرسیده تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد.

برای اغلب خدمات ارایه شده به بیمار، بیمار ابتدا بصورت مستقیم کل هزینه را پرداخت و بعد از مدتی سهم مورد تعهد سازمان بیمه، به بیمار بازپرداخت می‌شود. بعلاوه افزایش هزینه‌ها در بخش

1- Organization for economic cooperation and development

فصل دوازدهم: نظام سلامت در فرانسه ۲۸۳

بستری، میزان پوشش در این قسمت توسط بیمه سلامت کاهش یافته و نقش بیشتری برای بیمه‌های مکمل باقی گذاشته است. در جدول زیر تعهدات بیمه در حیطه‌های مختلف آورده شده است.

جدول ۳-۱۲. تعهدات بیمه‌های درمانی در کشور فرانسه

تعهدات	حیطه
سهم افراد بیمه شده: ۳۵ تا ۶۵ درصد برای داروهایی که عمدتاً برای موارد مصیبت بار و بیماری‌های به کار می‌روند و بدون توجه به میزان مصرف این داروها. برای داروهای ساده سهم مشارکت ۱۰۰ درصد می‌باشد. برای بیماران طولی‌المدت (به جز بیماری‌های متمرکز) سهم مشارکتی در نظر گرفته نشده است.	محصولات دارویی
صندوق‌های بیماری مصوبه‌ای را در این مورد دارند و آن عبارت است از بازپرداخت موارد مشخص شده به میزان ۶۵ درصد و برای وسایل و تجهیزات بزرگ به میزان ۱۰۰ درصد.	پروتز، عینک و سمک
مراقبت‌های پیشگیرانه و درمان‌های نگهدارنده، کشیدن دندان و مراقبت‌های ارتودنسی که توسط پزشکان مورد تأیید صورت گیرد، تحت پوشش می‌باشند. در خصوص پروتزهای دندانپزشکی تحت پوشش مطابق قرارداد، مبلغ ثابتی بازپرداخت خواهد شد. سهم بیمه شده معادل ۳۰٪ خواهد بود.	دندان پزشکی
کمک‌های پزشکی حمل و نقل برای خدمات بستری مزایای پیشگیری و غیره. مزایای مکمل و مزایای کمکی در جایی که به وسیله صندوق بیمه بیماری برای درمان‌های پزشکی و اجتماعی مورد حمایت قرار می‌گیرند.	سایر موارد

وابستگان واجد شرایط استفاده از مزایای بیمه

همسران و فرزندان بیمه شدگان (برخی موارد خاص)، وابستگی نسبی (اجداد و نوادگان در بعضی موارد خاص)، والدینی که با بیمه شده زندگی کرده و از نظر اقتصادی به وی وابسته هستند، هر فردی که برای حداقل ۱۲ ماه متوالی و اشخاص وابسته به وی که با بیمه شده زندگی می‌کنند.

۲-۴. تأمین مالی

در فرانسه بیمه سلامت بخشی از سیستم تأمین اجتماعی است و از طریق حقوق کارکنان (۶۰ درصد پول صندوق)، مالیات‌های غیرمستقیم روی الکل و سیگار و با مشارکت مستقیم تأمین مالی می‌شود.

۲۸۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

سهام کارگر، سهام کارفرما و سهام مشارکت عمومی (مالیات بر درآمد کل) ۸۷۸ درصد از درآمد بیمه سلامت را شامل می‌شود که به این سوبسیدهای دولت و مالیات‌های خاص اضافه می‌شود. مسئولیت مالی برای مراقبت از سلامت در فرانسه که به طور عمده توسط بیمه اجباری سلامت (SHI)^۱ انجام می‌شود. با این حال، صندوق SHI تنها در حدود سه چهارم از هزینه‌های سلامت را دارد، محدوده قابل توجهی از هزینه‌ها توسط بیمه‌های تکمیلی تأمین می‌شود. از سال ۱۹۹۶ دولت هر ساله قانونی را به پارلمان به منظور تأمین مالی سیستم تأمین اجتماعی ارایه کرده است. این سند بودجه برای هزینه‌های ملی سال بعد و نیز اهداف سیستم مراقبت سلامتی در سال بعد را مشخص می‌کند. این بودجه بر اساس درآمد سالانه کسب شده از طریق مالیات تنظیم می‌شود و شامل این هزینه‌ها می‌شود:

- حقوق پزشکان عمومی
- حقوق پزشکان متخصص
- نسخه‌های پزشکی
- بیمارستان‌های عمومی
- کلینیک‌های خصوصی
- حرفه‌های پرستاری و...

پس از تخصیص بودجه هر ایالت از طریق خدمات مرکزی، منطقه‌ای و محلی به مسئولیت اش عمل می‌کند.

در خصوص حق بیمه پرداختی برای بیمه اختیاری^۲ قانون کلی مشخصی برای محاسبه حق بیمه وجود ندارد و میزان آن وابسته به نوع سازمان بیمه‌گر (صندوق آزاد، صندوق تعاونی، صندوق قرض الحسنه) و نوع بیمه‌نامه (گروهی - فردی) می‌باشد.

1- statutory health insurance
2- voluntary health insurance

پرداخت‌های نقدی (پرداخت از جیب)^۱

به علت عدم پوشش بیمه‌ای برخی خدمات و تفاوت بین مقدار مبلغ پرداختی بیماران با مبلغ بازپرداختی به بیماران، پرداخت‌های نقدی ایجاد می‌گردد. در سال ۲۰۰۱ پرداخت‌های مستقیم ۱۱.۱ درصد از هزینه‌های بخش سلامت را تشکیل داد. به طور مثال برای لتهای اصلاح دید و وسایل ارتوپدی (۲۵.۷ درصد)، اقدامات مربوط به دندانسازی (۲۸.۷۵ درصد) و داروها (۱۷.۹ درصد)

در سه حالت شهروندان از پرداخت فرانشیز درمان معاف می‌شوند:

۱. شرایط پزشکی خاص (بیماری‌هایی از قبیل ایدز، سرطان‌ها و دیابت)
۲. ماهیت خدمات ارائه شده و درمان مورد نیاز (بر اساس لیست از قبل مشخص شده)
۳. مسائل مالی یا شرایط خاص (بازماندگان جنگ، از کار افتادگان، معلولان ذهنی و جسمی و ...)

۴- پوشش خدمات

در کشور فرانسه، بیمه درمان کلیه افراد کشور را پوشش داده است. از زمان معرفی بیمه سلامت همگانی در سال ۲۰۰۰، بیمه درمان برای افراد با درآمد پایین رایگان است و این کشور به پوشش ۱۰۰ درصد بیمه رسیده است. بیمه‌های اختیاری سلامت حدود ۸۵ درصد جمعیت در سال ۲۰۰۰ و هم‌اکنون بیش از ۹۵ درصد را پوشش داده است.

اگر هر ساکن اروپایی، بیمار شود و شرایط بالا را نداشته باشد، و برای کمتر از ۳ ماه در فرانسه ساکن باشد، این شخص حق استفاده از طرح مراقبت اورژانسی را دارد. اگر فرد برای بیش از ۳ ماه در آنجا ساکن باشد، حق استفاده از کمک پزشکی ایالت را دارد. ساکنین اروپایی غیرشاغل، اگر ساکنین قانونی ثابت باشند، می‌توانند پوشش سلامت جامع را دریافت کنند.

فصل سیزدهم: نظام سلامت در فنلاند

۱- کلیات

جمهوری فنلاند یکی از کشورهای شمال اروپاست. این کشور از نظر مساحت ششمین کشور اروپاست. تراکم جمعیت در آن پایین است و در هر کیلومتر مربع آن تنها ۱۶ نفر زندگی می‌کنند. فنلاند با کشورهای روسیه، نروژ و سوئد همسایه است و از طریق خلیج فنلاند به استونی وصل می‌شود. این کشور یکی از اعضای اتحادیه اروپا است.

در حال حاضر بیشتر جمعیت فنلاند در مناطق جنوبی آن ساکن هستند. زبان مادری فنلاندی‌ها فینی است که تنها زبان رایج در قاره اروپاست که ریشه آن هند و اروپایی نیست. زبان سوئدی دومین زبان این کشور است که ۵/۵ درصد از مردم به آن تکلم می‌کنند.

جمعیت این کشور حدود ۵ میلیون نفر است که ۹۳ درصد از جمعیت آن فینی هستند، ۵/۷ درصد سوئدی و ۰/۴ درصد روسی. بقیه از تبارهای استونیایی، کولی‌های اروپا و سامی هستند. ۸۴/۲ درصد از جمعیت آن مسیحی و پیرو کلیسای لوتری فنلاند هستند.

فنلاند کشور دریاچه و جنگل است. ۱۰ درصد خاک آن را دریاچه پوشانده و ۷۳ درصد آن را جنگل. رشته کوه‌های آن اغلب در نیمه شمالی واقع شده‌اند. قرار داشتن یک سوم از خاک فنلاند در بالای مدار قطب شمالی، این کشور را پس از ایسلند، به شمالی‌ترین کشور جهان مبدل ساخته است.

۲۸۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

نظام سیاسی فنلاند جمهوری است که بر اساس مجلس اداره می‌شود. رئیس‌جمهور مسئول معرفی نخست‌وزیر است و کابینه را نخست‌وزیر اداره می‌کند. نخست‌وزیر و کابینه‌اش باید بتوانند رای اعتماد از مجلس بگیرند. مجلس این کشور ۲۰۰ کرسی دارد که نمایندگان آن برای دوره‌ای چهار ساله انتخاب می‌شوند. رئیس‌جمهور که مسئولیت اصلیش هدایت سیاست‌های خارجی است، هر شش سال یکبار توسط انجمن انتخاباتی، برگزیده می‌شود.

تولید ناخالص داخلی فنلاند ۱۸۵/۹ میلیارد دلار است که ۲/۵ درصد آن در بخش کشاورزی، ۳۱/۷ درصد آن در بخش صنعت و ۶۵/۹ درصد آن در بخش خدمات تولید می‌شود. دو میلیون و ۶۸ هزار نیروی کار در این کشور وجود دارد و نرخ بیکاری در آن ۶/۶ درصد است. نرخ تورم فنلاند در سال ۲۰۰۷ میلادی ۲/۷ درصد بود.

صادرات این کشور شامل ماشین‌آلات و تجهیزات، مواد شیمیایی، آهن‌آلات، الوار، کاغذ و خمیر کاغذ است.

واردات این کشور شامل مواد غذایی، نفت و فرآورده‌های آن، مواد شیمیایی، تجهیزات حمل و نقل، آهن و فولاد، ماشین‌آلات، منسوجات و الیاف پارچه و پشم است.

جدول ۱-۱۳. شاخص‌های کلان سلامت فنلاند

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۱	۷۸	۸۴	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۲	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۳	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۴			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۲۹/۱			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۱۳. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۱	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۸۵۵۲۹	دلار	۲۰۱۱
۲	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۲۰۱۹	دلار	۲۰۱۱
۳	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۹	درصد	۲۰۱۰
۴	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۷۴/۵	درصد	۲۰۱۰
۵	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۲۵/۵	درصد	۲۰۱۰
۶	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۱۲	درصد	۲۰۱۰
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۹۵۵	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۲۵۲	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۲۹۴۷	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲۴۲۳	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

به‌طور کلی در فنلاند سه سیستم مراقبت بهداشتی وجود دارد که بودجه آنها از صندوق ملی تأمین اعتبار می‌شود:

۱. سیستم مراقبت بهداشتی شهرداری: بودجه خود را از طریق دریافت مالیات تأمین می‌کند.
۲. سیستم مراقبت بهداشتی بخش خصوصی: بودجه آن توسط بیمه سلامت ملی NHI^۱ تأمین می‌شود.
۳. سیستم مراقبت‌های بهداشت حرفه‌ای: بودجه آن توسط NHI تأمین می‌شود.

1- National Health Insurance

دولت نقش نظارتی خود را بر سیستم بهداشتی از طریق قانونگذاری و بودجه‌بندی اعمال می‌کند. قوانین بخش خصوصی به صورت هفتگی توسط ایالت‌ها تنظیم می‌شوند.

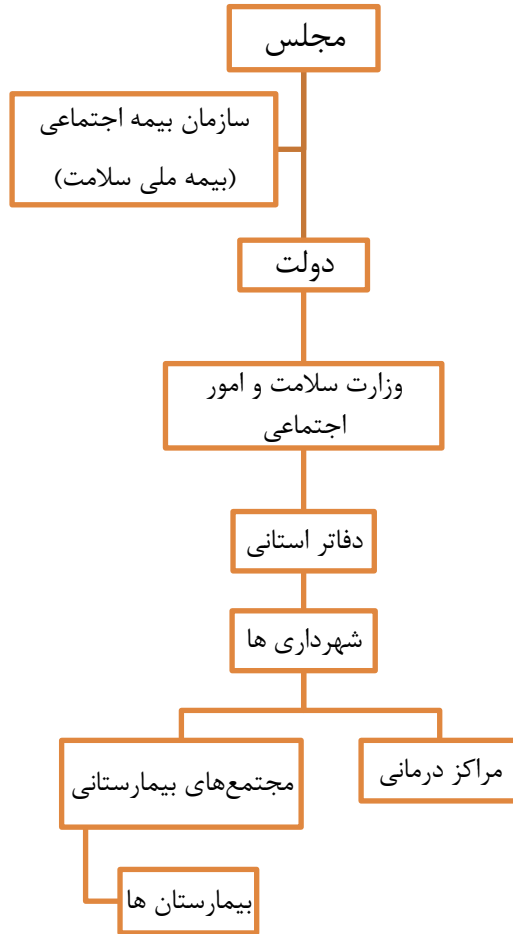
از سال ۱۸۷۰ شهرداری‌ها پاسخگوی اصلی برای ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی و آموزشی (به جز آموزش دانشگاهی) در فنلاند هستند. و در حال حاضر مراقبت بهداشتی در آن بر پایه سیستم خدمات بهداشت ملی است. این خدمات از طریق بخش خصوصی تکمیل می‌شود.

در حال حاضر حدود ۴۱۵ شهرداری مسئولیت اصلی سازماندهی سیستم مراقبت بهداشتی را برعهده دارند. آنها می‌توانند خدمات را در مؤسسات وابسته به خود ارائه دهند یا به شکل شرکتی با هیأت مدیره شهرداری‌ها برای ارائه خدمات بهداشتی یا خرید خدمات از بخش خصوصی همکاری کنند.

خدمات بهداشت ملی در مراکز بهداشت محلی که به صورت منسجم مراقبت بهداشتی اولیه را ارائه می‌دهد، سازمان یافته است. خدمات این مرکز شامل آزمایشات، خدمات درمانی و بازتوانی است، بیشتر مراکز بهداشتی حداقل چهار پزشک عمومی دارند. مراکز کمی، دارای متخصص هستند. به علاوه بسیاری از مراکز در بیمارستان‌های کوچک یا بخش‌های کوچک مستقرند و پرستاری در منزل را ارائه می‌دهند. سایر خدمات شامل مراقبت بهداشتی مادر و کودک، خدمات بهداشتی مدارس و مراقبت دندان‌های اختیاری برای کودکان است.

درمان‌های تخصصی در بیمارستان‌ها ارائه می‌شود، برای این منظور کشور در ۲۰ حوزه بیمارستانی که همه توسط سازمان‌های درون شهری اداره می‌شود و هر بیمارستانی با بیمارستان مرکزی، بیمارستان روانی و سایر انواع بیمارستان‌ها در ارتباط است، تقسیم‌بندی شده است. خدمات بهداشتی ملی برای همه افراد ساکن در خارج از حوزه مقرر در دسترس است.

شکل ۱-۱۳. ساختار نظام سلامت در فنلاند



وزارت سلامت و امور اجتماعی فنلاند عهده دار وظایف سلامت در این کشور است. وزارت سلامت و امور اجتماعی فنلاند توسط دو وزیر رهبری می شود: وزیر سلامت و امور اجتماعی و وزیر سلامت و خدمات اجتماعی. فعالیت های این دو وزیر توسط معاون دائمی وزارتی بعنوان عالی ترین مستخدمین کشوری حمایت می شوند.

۲۹۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

شش بخش مهم این وزارتخانه عهده دار وظائف اصلی در زمینه رفاه اجتماعی، مراقبت‌های سلامت، حفاظت اجتماعی و بهداشت و ایمنی حرفه‌ای می‌باشد. این شش بخش عبارتند از:

۱. بخش مدیریت اجرایی
۲. بخش بیمه
۳. بخش خانواده و امور اجتماعی
۴. بخش سلامت
۵. بخش برنامه‌ریزی و مالی
۶. بخش بهداشت و ایمنی حرفه‌ای

بخش ویژه عبارتند از:

۱. واحد امور بین‌المللی
۲. واحد ارتباطات و اطلاعات
۳. دفتر امور کودکان
۴. دفتر امور سالمندان
۵. واحد عدالت جنبی
۶. واحد تدارکات

بخش اجرایی:

- بخش اجرایی مسئول مدیریت کلی و سیاست‌های پرسنلی وزارتخانه است.
- هماهنگی دفاتر ایالتی بخش سلامت و امور اجتماعی نیز از جمله نیز از جمله وظایف این بخش است.
 - نظارت بر عملیات انجمن‌های مربوط و توزیع تجهیزات مورد نیاز این انجمن‌ها نیز بر عهده این بخش است.
 - واحد تدارکات نیز جزء این بخش است.

بخش بیمه:

هدایت و تدوین سیاست‌های بیمه‌ای و توسعه قوانین مربوط به بیمه‌های اجتماعی و سایر بیمه‌ها را بر عهده دارد.

انجمن‌های تحت سرپرستی این بخش:

- انجمن‌های بیمه اجتماعی و بیمه بازنشستگان
- انجمن تأمین بیمه‌های بازنشستگی مرکزی،
- انجمن صندوق‌های بیمه، مرکز بیمه گران اتومبیل،
- مرکز بیمه بیماران فنلاند
- صندوق بیمه بیکاری
- صندوق حمایت گر
- صندوق اصلاح و تربیت از جمله صندوق‌های تحت بررسی این بخش می‌باشند.

بخش خانواده و امور اجتماعی:

بخش خانواده و امور اجتماعی عهده دار خدمات اجتماعی، ارتقاء سلامت اجتماعی، سایت‌های خانواده، سیاست‌های الکل و مواد مخدر و دیگر سیاست‌های اجتماعی است. دیگر موارد مربوط به برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی و مراقبت‌های سلامت و وضع قوانین دولت مرکزی به این بخش مربوط می‌شود.

بخش سلامت:

این بخش عهده دار توسعه و مدیریت مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه، خدمات مراقبت سلامت، خدمات بهداشت حرفه‌ای و محیط بر طبق قوانین و مقررات وضع شده در دو منطقه می‌باشد.

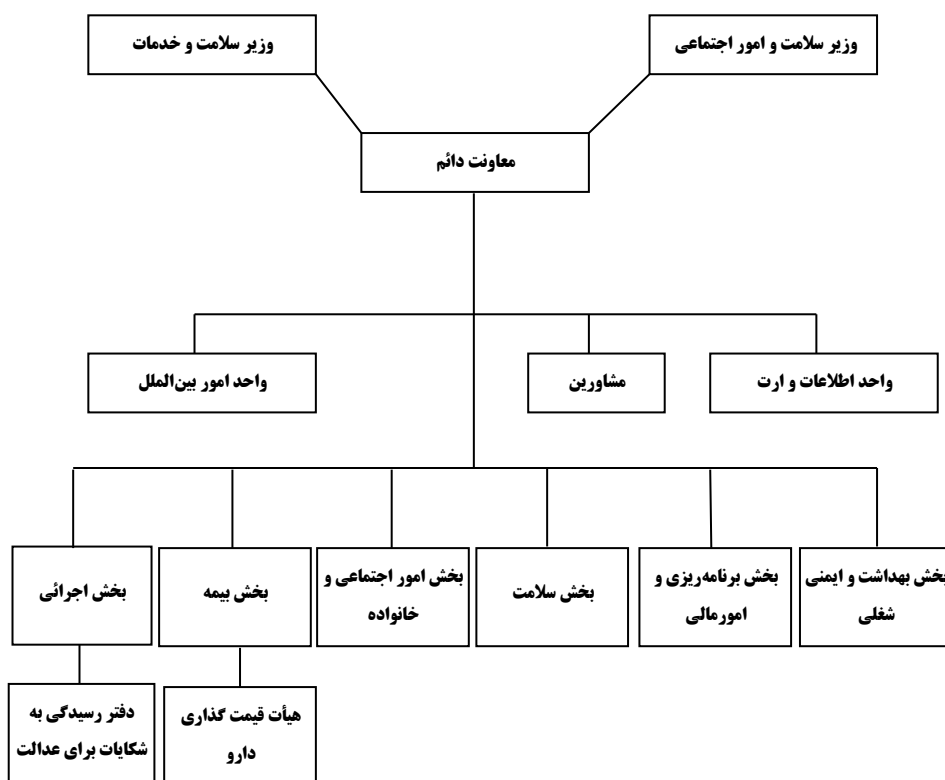
بخش برنامه‌ریزی و مالی:

این بخش عهده دار تنظیم امور مربوط به هماهنگی استراتژی‌های حفاظت اجتماعی است. هماهنگی فعالیت‌ها در سطوح عملکردی و تنظیم و اجرای بودجه‌بندی طبق برنامه عملیاتی بخش مدیریت اجرایی وزارتخانه از جمله وظایف این بخش است.

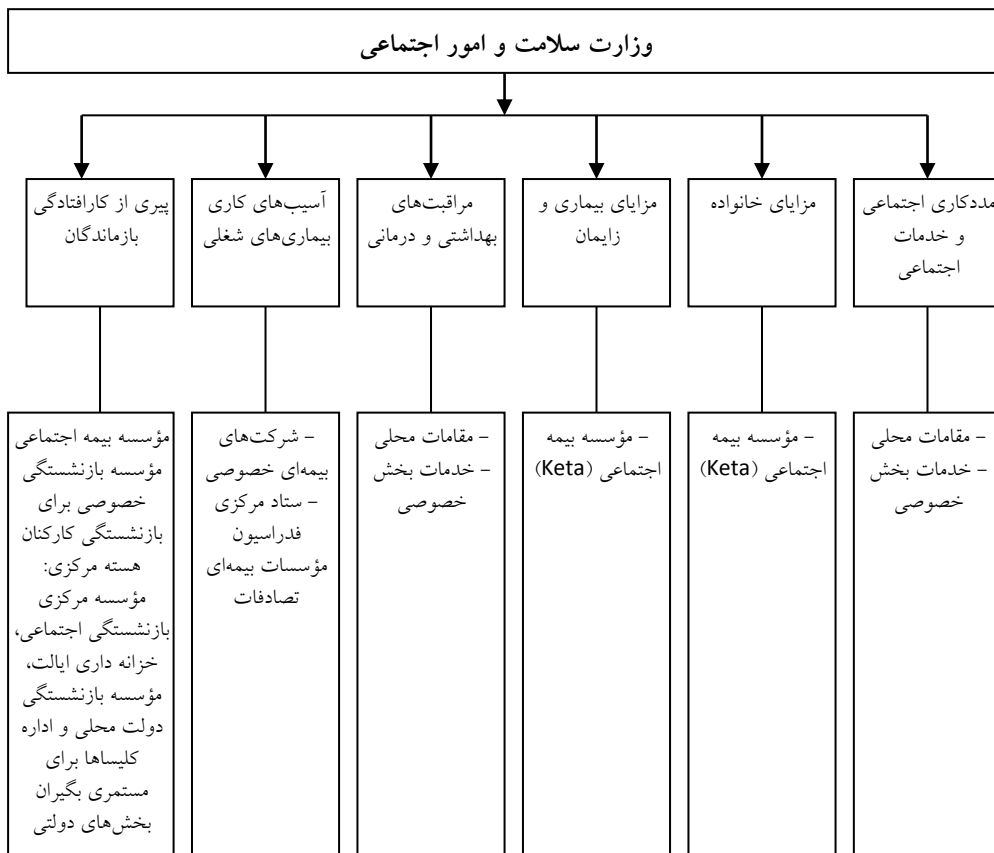
بخش بهداشت و ایمنی حرفه‌ای:

این بخش عهده دار تنظیم و توسعه قوانین و مقررات مربوط به بهداشت و ایمنی شغلی است. هماهنگی و انجام پژوهش‌های مرتبط با این بخش نیز از جمله وظایف این بخش است. اصول راهنمای بهداشت و ایمنی حرفه‌ای مفاهیم یک محیط کاری مناسب می‌باشد که در آن کار با ایمنی و سلامت انجام می‌شود. که در این صورت شرایط روحی و روانی کار آنان نیز در وضعیت‌ها و ایده آلی قرار خواهد گرفت. موارد خاص موکد بر بهداشت و ایمنی حرفه‌ای، پیشگیری از عیوب وارد بر سیستم اسکلتی و عضلانی و سلامت روانی کارکنان از وظایف این بخش است.

شکل ۲-۱۳. نمودار سازمانی وزارت سلامت و امور اجتماعی فنلاند



شکل ۳-۱۳. شمای وظایف سازمانی وزارت سلامت و امور اجتماعی فنلاند و مؤسسات مرتبط



۳- نظام ارایه خدمات

مراقبت بهداشتی در فنلاند بر پایه سیستم خدمات بهداشت ملی است نظام مراقبت سلامت فنلاند بسیار غیرمتمرکز است. به طور مثال شهرداری‌ها مسئول تنظیم قانون و مدیریت سلامت هستند از جمله ارایه خدمات کلینیکی می‌باشد.

این سیستم پاسخگوی ارایه خدمات بهداشتی و اجتماعی است که بر عهده شهرداری‌ها است. خدمات بهداشت ملی از طریق بخش خصوصی تکمیل می‌شود. شهرداریها مسئولیت اصلی سازماندهی سیستم مراقبت بهداشتی را بر عهده دارند. آنها می‌توانند خدمات را در مؤسسات وابسته به خود ارایه دهند یا به عنوان پیشنهاد می‌توانند به شکل شرکتی با هیأت مدیره شهرداری‌ها برای ارایه خدمات بهداشتی یا خرید خدمات از بخش خصوصی همکاری کنند.

کشور فنلاند از نظر منطقه‌بندی بیمارستانی به ۲۰ منطقه تقسیم شده است. هر شهرداری به یک بیمارستان محلی و یک بیمارستان مرکزی ارتباط دارد.

علاوه بر این واجد ۲۵۰ مرکز سلامت می‌باشد. مراکز خدمات سلامت در عرصه PHC توسط شهرداری‌ها اداره می‌شود همچنین ممکن است برخی خدمات که توسط شهرداری‌ها تعهد گردیده است با واسطه شهرداری توسط بخش خصوصی تأمین شود که آن هم بسیار مختصر می‌باشد.

هر مرکز سلامتی از بخش‌ها و واحدهای مختلفی تشکیل شده‌اند:

۱. درمانگاه قبل از تولد

۲. درمانگاه اطفال

۳. مراقبت‌های سلامتی مدرسه

۴. بهداشت دهان و دندان

خدمات بهداشت ملی در مراکز بهداشت محلی که به صورت منسجم مراقبت بهداشتی اولیه را ارائه می‌دهد، سازمان یافته است. خدمات این مرکز شامل آزمایشات، خدمات درمانی و بازتوانی است، بیشتر مراکز بهداشتی حداقل چهار پزشک عمومی دارند. مراکز کمی، دارای متخصص هستند همچنین از خدمات مشاوران هم می‌توانند استفاده کنند. به علاوه بسیاری از مراکز در بیمارستان‌های کوچک یا بخش‌های کوچک مستقرند و پرستاری در منزل را ارائه می‌دهند. سایر خدمات شامل مراقبت بهداشتی مادر و کودک، خدمات بهداشتی مدارس و مراقبت دندان‌های اختیاری برای کودکان است. درمان‌های تخصصی در بیمارستان‌ها ارائه میشود، برای این منظور کشور در حوزه بیمارستانی که همه توسط سازمان‌های درون شهری اداره میشود و هر بیمارستانی با بیمارستان مرکزی، بیمارستان روانی و سایر انواع بیمارستان‌ها در ارتباط است، تقسیم‌بندی شده است. خدمات بهداشت ملی برای همه افراد ساکن در خارج از حوزه مقرر در دسترس است.

خدمات سلامت عمومی از طریق بخش خصوصی کامل می‌شود. بیمه‌های بیماری بخشی از صورت حساب‌های پزشکان و بخشی از هزینه‌های آزمایشات و درمان‌هایی که به وسیله بخش خصوصی ارائه می‌شود را می‌پردازند. بیمه‌های بیماری بخشی از هزینه‌های پزشکی و مخارج مربوط به مسافرت‌هایی که در بخش دولتی و خصوصی به وسیله فرد پرداخت شده است را به بیمه شده به صورت بازپرداخت می‌پردازد.

کشور فنلاند بعنوان یک کشور پیشرو در قلمرو الکترونیک و مخابرات از یک سیستم وسیع و بهم پیوسته در بخش بهداشت و درمان بهره می برد. سرمایه گذاری اصلی را در زمینه دیجیتالی کردن سیستم وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی متقبل شده است. تمام مراکز اعم از بیمارستانها و مراکز سلامت به سیستم ثبت اطلاعات بیماران مجهز می باشند. در این سیستم ثبت مستندات مربوط به بیمار و بیماری و توضیحات پیرامون وضعیت افراد و سیستم های ارجاع وجود دارد و در سطح ملی یک آرشیو از کلیه اطلاعات ذخیره می شود تا در مراجعه فرد به هر جا در سطح فنلاند این اطلاعات قابل استفاده باشد. قوانین نیز طوری در حال تغییر است که حمایت های لازم را از سمت کاغذی شدن بسمت دیجیتال شدن حمایت می کند.

زیر ساخت های سخت افزاری مناسب و توسعه یافتگی قابل قبول کشور فنلاند در عرصه مخابرات و ارتباطات موجب گردیده است تا در عرصه نرم افزار نیز رشد قابل توجهی در مقوله سلامت ایجاد شود بنحوی که پوشش در دسترسی به امکانات لازم جهت بهره برداری از شبکه در مراکز ارایه دهنده خدمات سلامتی اعم از دولتی و غیر دولتی تقریباً ۱۰۰٪ است.

نظام الکترونیک سلامت در فنلاند عمدتاً بر بستر اینترنتی متمرکز بوده و با توجه به سرعت بالای موجود در انتقال اطلاعات، براحتی امور جاری مراکز و ثبت الکترونیک اطلاعات بر بستر نرم افزارهای تحت وب صورت می گیرد.

برای کلیه افراد تحت پوشش در کشور فنلاند پرونده الکترونیک سلامت تشکیل شده است و ثبت نام توسط شهرداری ها صورت می گیرد. با توجه به اینکه جمعیت تحت پوشش هر پزشک بعنوان سرپرست تیم سلامت در حدود ۱۸۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر تعیین گردیده است، کنترل اطلاعات پایه و بروز نگهداری اطلاعات آماری بعلاوه ثبت خدمات براحتی امکان پذیر خواهد بود.

در بحث ارایه خدمات، در صورت مراجعه فرد به یکی از مراکز ارایه دهنده خدمت، اطلاعات شناسنامه ای فرد با ورود کد اختصاصی قابل رویت است. ضمناً اطلاعات پزشکی فرد اعم از مراجعات قبلی و نتایج پاراکلینیکی بهمراه تشخیص های قبلی قابل دسترسی می باشد.

۴- نظام بیمه ای و تأمین مالی

۴-۱. تأمین مالی:

نظام مراقبت سلامت فنلاند اساساً برپایه مالیات، تأمین مالی می شود هم ایالت و هم شهرداری ها حق وصول مالیات دارند. در سال های اخیر حدود نیمی از شهرداری ها درآمدشان از درآمدهای

مالیاتی افزایش یافت و درصد بیشتری از بودجه مراقبت سلامت را پرداخت کردند.

دو منبع برای تأمین مالی خدمات بهداشتی وجود دارد:

- **شهرداری:** قسمت اعظم منابع مالی خود را از طریق مالیات تأمین می‌نماید همچنین از یارانه‌های دولت نیز استفاده می‌کند.
- **NHI:** بر اساس هزینه بیمه اجباری می‌باشد.

۴-۲. نظام بیمه‌ای

همانطور که پیشتر گفته شد مسئولیت اصلی ارائه خدمات سلامتی به عهده شهرداری‌هاست. همه شهروندان واجد شرایط استفاده از خدمات سلامتی هستند.

بخش اعظم خدمات بهداشتی شهری توسط مؤسسات وابسته به شهرداری و بیمارستان‌های مناطق ارائه می‌شود یا از بخش خصوصی خرید خدمت می‌کنند. در واقع خدمات سلامت عمومی از طریق بخش خصوصی کامل می‌شود.

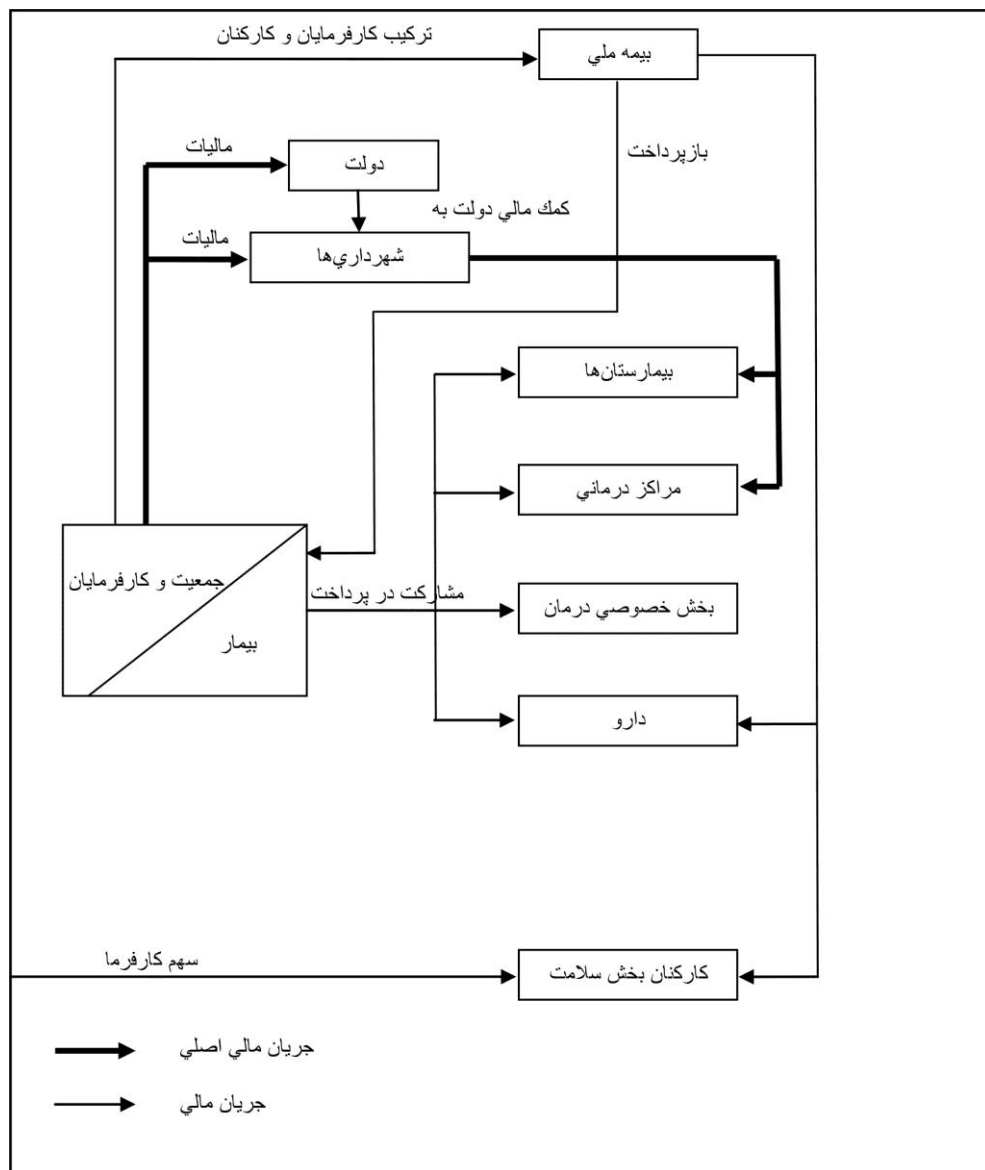
NHI به دو بخش تقسیم می‌شود:

- **بیمه بیماری:** توسط کارمندان و دولت تأمین مالی می‌شود و باز پرداخت هزینه‌های داروهای بیماران سرپایی، هزینه‌های پزشکی ارائه شده توسط بخش خصوصی، خدمات توانبخشی و هزینه‌های نقل و انتقال به مراکز بهداشتی (آمبولانس) را پوشش می‌دهد.
- **بیمه درآمد:** توسط کارمندان و کارفرمایان تأمین مالی می‌شود و کمک هزینه‌های بیماری، مرخصی زایمان، توانبخشی و باز پرداخت خدمات مراقبت بهداشت حرفه‌ای کارمندان را تأمین می‌کند.

بیمه‌های بیماری بخشی از صورت حساب‌های پزشکان و بخشی از هزینه‌های آزمایشات و درمان‌هایی که به وسیله بخش خصوصی ارائه می‌شود را می‌پردازند. صندوق شهرداری، هزینه‌های خدمات بهداشتی شهرداری را به جز داروهای بیماران سرپایی و هزینه‌های حمل و نقل پرداخت می‌کند. بیمه‌های بیماری بخشی از هزینه‌های پزشکی و مخارج مربوط به مسافرت‌هایی که در بخش دولتی و خصوصی به وسیله فرد پرداخت شده است را به بیمه شده به صورت بازپرداخت می‌پردازد. NHI هزینه‌های خدمات بهداشتی خصوصی، مراقبت‌های بهداشت حرفه‌ای، داروهای سرپایی، هزینه‌های نقل و انتقال و کمک هزینه‌های بیماری را پرداخت می‌نماید.

علاوه بر این بیمه‌های بیماری مزایای مربوط به بیماری‌ها و زایمان را تحت پوشش خود دارد. بیمه بیماری به وسیله مؤسسه بیمه اجتماعی مدیریت می‌شود.

شکل ۴-۱۳. نمودار تأمین منابع مالی نظام سلامت فنلاند



۵- پوشش خدمات

در فنلاند همه شهروندان تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار دارند، که مزایای مربوط به مستمری‌های پایه (مستمری ملی)، مزایای دوران بیماری و زایمان و همچنین مزایای خانوار را ارائه می‌دهد. علاوه بر این همه کارکنان واجد شرایط دریافت مزایای کارکنان شامل مستمری‌ها و مزایای مربوط به تصادفات می‌باشند. همه شهروندان به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و خدمات اجتماعی دسترسی دارند. وزارت امور اجتماعی و سلامت مسئولیت سیستم تأمین اجتماعی فنلاند را بر عهده دارد.

فصل چهاردهم: نظام سلامت در کره جنوبی

۱- کلیات

کره جنوبی که با نام رسمی جمهوری کره نیز شناخته می‌شود، کشوری است در بخش جنوبی شبه جزیره کره در شرق آسیا، پایتخت آن شهر سئول است.

کره جنوبی با ۹۸۴۸۴ کیلومتر مربع وسعت (صد و سومین کشور جهان) در شرق نیمکره شمالی در مشرق قاره آسیا در کنار دریای زرد و در همسایگی کشور کره شمالی در شمال واقع شده است. کره جنوبی کشوری نیمه کوهستانی بوده و ارتفاعات آن عمدتاً در نواحی مرکزی و شمال شرقی واقع شده‌اند.

کره جنوبی در سال ۱۹۴۵ مستقل شده است. حکومت این کشور جمهوری است. قوه مقننه از یک مجلس ملی با ۲۳۱ عضو (برای یک دوره شش ساله) تشکیل گردیده است. قانون اساسی موجود در سال ۱۹۴۸ تدوین شده و در سال ۱۹۷۲ اصلاحاتی بر آن افزوده گردیده است. جمعیت این کشور در سال ۲۰۱۲ حدود ۴۸۸۶۰۰۰۰ نفر بود که ۸۳ درصد آن شهری است.

کره جنوبی دومین رشد سریع اقتصادی دنیا در ۴ دهه اخیر را دارا می‌باشد. این پیشرفت قابل توجه که کره جنوبی را در کمتر از نیم قرن بدل به کشوری پیشرفته و ثروتمند نمود. امروزه اقتصاد موفق کره جنوبی الگویی برای بسیاری از کشورهای در حال توسعه است. کره جنوبی اکنون دارای اقتصاد توسعه یافته چندین هزار میلیارد دلاری است و یکی از اعضای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) می‌باشد و توسط بانک جهانی جزء اقتصادهای با درآمد بالا و از

دیدگاه صندوق بین‌المللی پول به عنوان یکی اقتصادهای پیشرفته طبقه‌بندی شده‌است و در همین راستا سئول، پایتخت این کشور یکی از ده شهر برجسته اقتصادی و مالی جهان است. اقتصاد کره جنوبی، چهارمین اقتصاد بزرگ آسیا و سیزدهمین در دنیاست. همانند آلمان غربی و ژاپن، صنعتی سازی سریع از دهه ۱۹۶۰ کره جنوبی را به یکی از بزرگترین کشورهای صادر کننده در جهان تبدیل نمود. کره جنوبی دومین میزان ذخایر را در میان کشورهای توسعه یافته داراست و همچنین ششمین ذخایر ارزهای خارجی را در جهان داراست. با وجود دارا بودن وضعیت توسعه یافته، کره جنوبی حرکت خود را به سوی رشد اقتصادی سریع همراه با بالاترین میزان تولید ناخالص ملی، صادرات و تولیدات صنعتی در جهان توسعه یافته را ادامه می‌دهد.

در سال ۱۹۹۶ کره جنوبی یکی از اعضای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه پیمانی برای رشد اقتصادی بیشتر گشت. کره جنوبی همانند بسیاری دیگر از همسایه‌های آسیایی خود، متحمل بحران اقتصادی سال ۱۹۹۷ آسیا شد. اما این کشور قادر گشت که دوباره برخیزد و پس از یک ترمیم سریع به رشد خود به سوی یکی از قدرتهای عمده اقتصادی ادامه دهد.

کره در طول سه دهه گذشته تغییر سریع و متنوعی را در مسائل اقتصادی - اجتماعی تجربه نموده است. با اجرای اولین برنامه توسعه پنج ساله، وضع اقتصادی به سرعت بهبود یافته و کیفیت زندگی نیز ارتقاء یافته است. با توجه به سرعت توسعه شهرنشینی، صنعتی شدن و غیره، مسائل مربوط به خدمات اجتماعی بروز نموده است و انتظارات مردم در این زمینه افزایش یافته است.

به این منظور دولت نیز تلاش خود را در توسعه خدمات سلامتی و نیز خدمات رفاه اجتماعی گسترش داده است. لذا برنامه‌های نظام دار جهت اجرا توسط دولت در این زمینه‌ها لازم است، تا بتوان ضمن ارتقاء مراقبت‌های سلامتی، سیاست‌های رفاه اجتماعی موزون با توسعه اقتصادی به لحاظ پاسخ گوئی به انتظارات مردم را برآورده نمود.

سیاستمداران کره جنوبی و سیاستگذاران بخش سلامت در آن کشور بصورت ریشه‌ای به تغییر بینش و نگرش وحتى نگاه فلسفی به زیستن انسان‌ها با یک تغییر بنیادین نظام سلامت خود را مورد بررسی و اصلاحات قرار داده‌اند.

فصل چهاردهم: نظام سلامت در کره جنوبی ۳۰۳

جدول ۱-۱۴. شاخص‌های کلان سلامت کره جنوبی

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۱	۷۷	۸۴	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۵	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۵			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۲۰/۲			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۱۴. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۱۳۷۰۹۸۰	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۲۷۵۴۱	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۷/۱	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۵۸/۲	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۴۱/۸	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۱۳/۷	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶
۲۰۱۰	دلار	۱۴۵۲	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷
۲۰۱۰	دلار	۲۰۳۵	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۸
۲۰۱۰	دلار	۸۴۵	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۹
۲۰۱۰	دلار	۱۱۵۸	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

در کشور کره جنوبی همهٔ امور مربوط به سلامت، و تأمین و رفاه اجتماعی در قالب وزارت سلامت و رفاه^۱ و تحت امر وزیر مربوط به انجام دادن وظیفه مشغول‌اند.

دولت یک نظام کامل برای تأمین و حفظ سلامتی برای تمام عمر مردم طراحی نموده است در این راستا وزارت سلامت و رفاه اجتماعی تمام تلاش و برنامه‌های خود را برای هدایت و توسعه برنامه‌های خدمات سلامت عمومی به کار بسته است و برای دستیابی به اهداف خود به نظام بازار آزاد تأمین خدمات سلامتی و اجرای نظام بیمه ملی سلامت، متمرکز گشته است.

از جمله نقش‌های این وزارتخانه بهبود کیفیت زندگی مردم در کشور کره از طریق بهبود و توسعه بهداشت و خدمات رفاهی است. ارتقای بهداشت از طریق توسعه و معالجه بیماری، پیش‌بینی غذای سالم از نظر داروها و بهبود خدمات بهداشتی با کیفیت بالا از دیگر وظایف این وزارتخانه است. کوچک‌سازی یا جلوگیری از درگیری‌های اجتماعی به‌منظور دستیابی به هماهنگی اجتماعی، توسط برآوردن نیازهای رفاهی مردم محروم شامل، افراد با دستمزد پایین، افراد، سالمند معلول و کودکان وظیفه این وزارت در حوزه رفاه محسوب می‌شود.

نسبت بودجه سلامت و رفاه در دولت در سال‌های اخیر به سرعت افزایش یافته و دلیل آن اجرای برنامه‌های گوناگون تأمین اجتماعی همچون بیمه درمان، برنامه، غرامت ملی و ... است. بودجه سلامت و رفاه حدود ۷/۵ درصد کل بودجه بوده است.

ساختار وزارت سلامت و رفاه کره چندین بار دستخوش تغییر شده است که این تغییرات در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۳-۱۴. تغییرات وزارت مسئول سلامت در کره در ۶ دهه اخیر

نام وزارت	سال
وزارت امور اجتماعی (Ministry Of Social Affairs)	۱۹۴۸
وزارت سلامت (Ministry Of Health)	۱۹۵۵-۱۹۴۹
وزارت سلامت و امور اجتماعی (Ministry Of Health And Social Affairs)	۱۹۹۴-۱۹۵۵
وزارت سلامت و رفاه (Ministry Of Health And Welfare)	۲۰۰۸-۱۹۹۴
وزارت سلامت، رفاه و امور خانواده (Ministry Of Health, Welfare And Family Affairs)	۲۰۱۰-۲۰۰۸
وزارت سلامت و رفاه (Ministry Of Health And Welfare)	۲۰۱۰ تا کنون

۲-۱. سیاست‌ها

وزارت سلامت و رفاه تلاش‌های مستمری را در زمینه سلامت عمومی و رفاه اجتماعی به انجام رسانده است. برای بهبود بخشیدن به سطح مراقبت‌های سلامت ملی، دولت سیاست‌های زیر را به مرحله اجرا درآورده است.

۱. حفظ و ارتقاء سلامت
 ۲. کنترل بیماری‌های عفونی و بیماری‌های مزمن
 ۳. برنامه‌های بهداشت روان و بهداشت دهان و دندان
 ۴. مدیریت منابع امور سلامتی
 ۵. ارتقاء مشارکت ملی در صنعت سلامتی
- بعلاوه برای بهبود بخشیدن به خدمات رفاه اجتماعی، وزارت سلامت و رفاه، سیاست‌های زیر را دنبال می‌کند:

۱. برنامه حمایت عمومی^۱
۲. خدمات رفاه اجتماعی برای افراد نیازمند از قبیل سالمندان، فقرا، زنان و کودکان و معلولین
۳. طرح مستمری ملی^۲
۴. نظام بیمه سلامت ملی و امداد پزشکی^۳

فلسفه نوین رفاه مشارکتی دولت عبارتند از:

۱. توجه به تمامی افراد کشور بعنوان اهداف خدمات
۲. ارایه منافع رفاهی قابل قبول بعنوان مسئولیت ملی
۳. ایجاد امکانات لازم در زمینه مشارکت مردم در تأسیس و اجرای سیاست‌های مربوطه برای به فعلیت رسیدن رفاه مشارکتی.

1- Public Assistance program

2- National Pension Scheme (NPS).

3- National Health Insurance System and medical Aid (NHIS)

دو جنبه مختلف رفاه مشارکتی عبارتست از:

۱. **عمومی سازی خدمات رفاهی:** فلسفه اهداف ایجاد منفعت نه برای افراد فقیر بلکه برای تمام مردم جامعه و تمرکز بر خدمات رفاهی عمومی بجای توجه به درآمدهای تضمینی صرف برای تأمین نیازهای اساسی زندگی.

۲. **مسئولیت پذیری دولت:** دولت موظف است زیر ساخت‌های اجتماعی را به عنوان اساس خدمات عمومی ایجاد نماید. برای مثال تدوین بلند مدت گسترش شبکه‌های مراقبتی بهداشت عمومی بمنظور ایجاد زیرساخت لازم برای خدمات مراقبتی سلامت و تمرکز بر اقدامات پیشگیرانه سلامت.

بصورت خلاصه باید گفت اهداف کلان نظام سلامت در کره عبارتست از:

- تقویت طبقه متوسط جامعه
 - اطمینان از زندگی راحت و سالم
 - یکپارچه سازی جامع
- همچنین این کشور سیاست‌های زیر را در خصوص گروه‌های هدف ذکر شده در پیش گرفته است:
- در رابطه با کودکان: ایجاد محیط اجتماعی برای پرورش کودکان بدون نگرانی
 - در رابطه با جوانان و میانسالان: ایجاد اقتصاد خلاق از طریق ایجاد شغل
 - در رابطه با سالمندان: ساخت سیستم پشتیبانی ملی برای یک زندگی بازنشستگی خوب
 - در رابطه با جمعیت آسیب پذیر: از بین بردن نقاط کور از طریق تسهیلات رفاهی مناسب
 - در رابطه با مراقبت سلامت: اصلاح سیستم مراقبت بهداشتی برای اطمینان از زندگی سالم

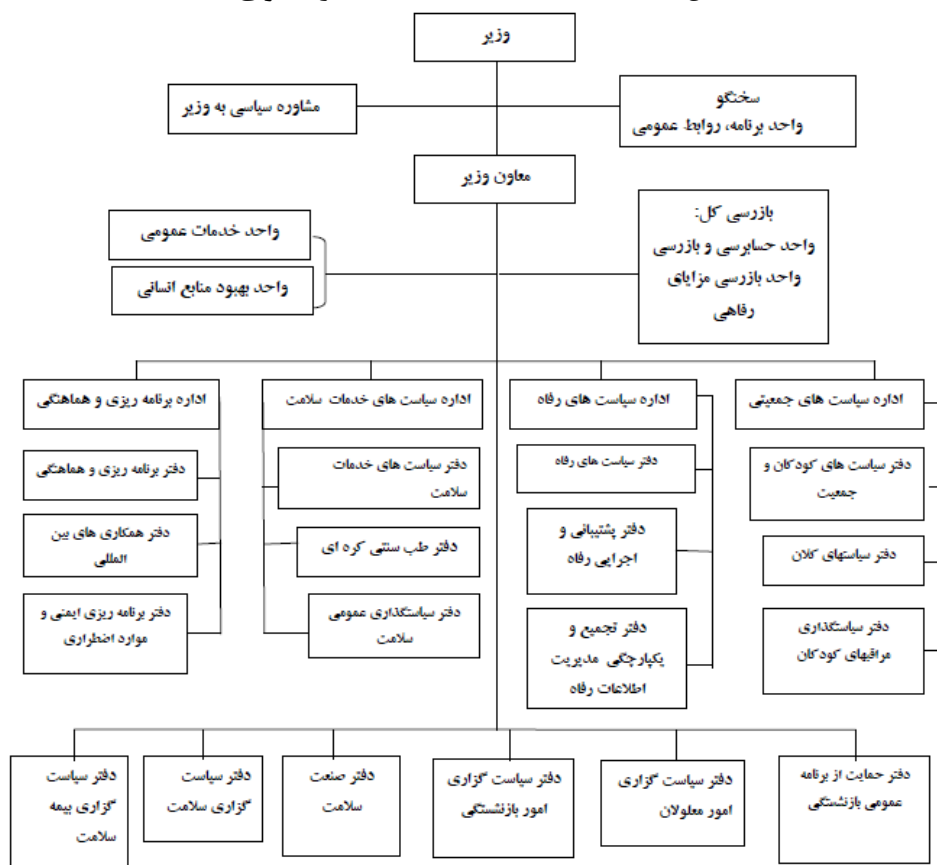
۲-۲. وظایف بخش‌های مختلف وزارت سلامت و رفاه

همانطور که پیشتر گفته شد در کشور کره جنوبی کلیه امور مربوط به سلامت و تأمین و رفاه اجتماعی در قالب سازمانی وزارت سلامت و رفاه و تحت امر وزیر مربوط انجام وظیفه می‌نماید. این وزارتخانه مسئول حفظ و ارتقاء سلامت ملی است و همچنین مسئولیت رفاه اجتماعی را به عهده دارد. لذا به دو بخش اصلی تقسیم شده است و هر قسمت تحت امر معاون وزیر فعالیت می‌نماید.

فصل چهاردهم: نظام سلامت در کره جنوبی ۳۰۷

یک معاون وزیر مسئول اجرای سیاست‌های رفاه اجتماعی و دیگری مسئول طراحی، مدیریت و مراقبت‌های سلامت عمومی است.

شکل ۱-۱۴. ساختار وزارت سلامت و رفاه کره جنوبی



۳- نظام ارایه خدمات

فعالیت‌های سلامتی در سه سطح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه با نظام ارجاع ارایه می‌گردد. شرکت بیمه ملی سلامت هم تنها مؤسسه بیمه‌ای است که مدیریت بیمه سلامت، را به عهده دارد. ارایه خدمات به صورت غیرمستقیم از طریق خرید خدمات و اغلب از بخش خصوصی است. بیش از ۹۰٪ خدمات مراقبت‌های سلامتی توسط بخش خصوصی عرضه می‌شود.

۳۰۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

آژانس بازبینی بیمه سلامت مسئول بررسی و بازبینی قیمت‌های مراقبت‌های سلامتی، ارزیابی نحوه ارائه مراقبت‌های سلامتی می‌باشد.

تمام مؤسسات خصوصی که بطور قانونی فعالیت می‌نمایند، می‌توانند نظام بیمه ملی سلامت را پوشش دهند و در خدمت بیمه شدگان این نظام باشند.

بیمه شده می‌تواند شخصاً مؤسسه یا پزشک مورد نظر خود را انتخاب نماید، ولی برای رجوع به بیمارستان و سطح دوم و سوم خدمات، بیمار نیاز به معرفی‌نامه از سوی پزشک اولیه در سطح اول دارد. در این زمینه استثناهایی وجود دارد که در خصوص اورژانس‌ها و خدمات دندانپزشکی، زایمان و توانبخشی و بیماران خاص محدودیتی وجود ندارد. بیمه شده می‌تواند به صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد از خدمات بهره‌مند شود یا هزینه‌ها را شخصاً پردازد و سپس برای دریافت نقدی به شرکت بیمه سلامت مراجعه کند.

در واقع جایگاه بیمه سلامت در سیستم مراقبت‌های سلامت، فقط تأمین منابع مالی است. در کره خدمات بهداشت عمومی توسط دولت‌های مرکزی و محلی برای بهبود سلامت مردم فراهم شده است. بهداشت عمومی بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و دیگر اشکال مداخله درمانی برای بهبود وضعیت سلامت کل جمعیت تمرکز کرده است. پوشش این نوع از خدمات برای تمامی جمعیت می‌باشد.

خدمات مراقبت از دندان تحت سیستم بیمه ملی پوشش داده شده، اما پرداخت‌های از جیب با توجه به تعداد زیادی از خدمات در بسته‌های مزایای بیمه پایه نیستند نسبتاً بالا است. دولت اعلام کرده است یک طرح توسعه سودمند مراقبت از دندان که شامل موارد بیشتری شود، مانند دندان مصنوعی؛ در نظر دارد.

ارایه خدمات سلامت در کره جنوبی توسط مراکز زیر صورت می‌گیرد:

- ۱- بیمارستان‌های عمومی
- ۲- بیمارستان‌های شرقی (شیوه‌های پزشکی سنتی)
- ۳- بیمارستان‌های خصوصی
- ۴- مراکز بهداشتی و درمانی

و این خدمات به سه سطح تقسیم می‌شوند:

سطح ۱: بیمارستان‌های خصوصی و مراکز بهداشتی و درمانی: دارای خدمات پیشگیری و درمان
علائم اولیه هستند.

سطح ۲: ارائه خدمات سرپایی و بستری - بیمارستان‌های دارای بیش از ۴ تخصص و بین ۳۰۰ تا
۵۰۰ تخت

سطح ۳: بیمارستان‌های عمومی یا بیمارستان‌های وابسته به دانشکده‌های پزشکی با بیش از ۵۰۰
تخت - درمان بیماران اورژانسی و همچنین بیماران ارجاعی از سطوح ۱ و ۲

بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی ۶/۹۲٪ از کل مراکز را تشکیل می‌دهند که از نظر
تخت‌ها ۴/۸۷٪ از کل تخت‌ها را دارا می‌باشند.

بخشی مهم از خدمات درمانی در کره جنوبی که در حال افزایش نیز می‌باشد، درمان‌های
پزشکی شرقی، از جمله طب سوزنی و داروی گیاهی، این خدمات در بسته‌های مزایای بیمه پایه
سلامت گنجانده شده است.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. تأمین منابع مالی

منابع مالی صندوق بیمه از طریق جمع‌آوری حق بیمه‌های بیمه‌شدگان تأمین می‌شود. حق بیمه در
حدود ۸ درصد حقوق و درآمد ماهیانه است که ۵۰ درصد آن را بیمه‌شده و ۵۰ درصد آن را
کارفرما (اعم از دولتی یا خصوصی) پرداخت می‌کند. در مورد خویش‌فرمایان دولت ۲۰ درصد
یارانه می‌دهد. برای کره‌ای‌هایی که خانواده‌شان در کره هستند ولی خودشان در کشورهای
خارجی کار می‌کنند و نیز در جزایر ساکن هستند ۵۰ درصد تخفیف در نظر گرفته شده است.
افراد بالای ۶۵ سال و افراد ناتوان مبلغ کمتری را به عنوان حق بیمه پرداخت می‌کنند.

هرچند که پرداخت فرانشیز در زمان دریافت خدمات هم بخشی از منابع مالی است.

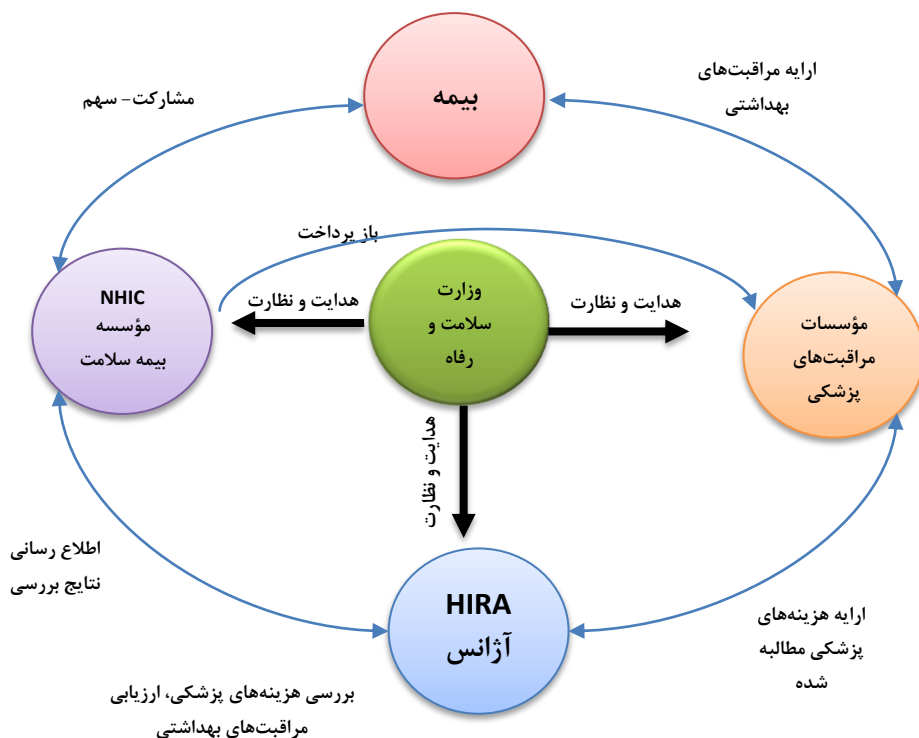
نظام‌های بیمه‌های اجتماعی سلامت در جمهوری کره نمونه بارزی از موازنه بین حمایت‌های
اجتماعی برای همه و گسترش مزایای مراقبت‌های سلامتی است و به منظور پایین نگه‌داشتن
هزینه‌های بازار کار، میزان مشارکت برای کارگران حقوق‌بگیر در حدود ۳/۵ درصد حقوق تنظیم

۳۱۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

شده است که در سال ۲۰۰۳ به ۳/۹ درصد افزایش یافت. این میزان مشارکت پایین ممکن نیست همه خدمات را در قالب کارانه تأمین مالی کند. به‌ویژه در مواردی که نرخ بهره‌مندی بالاتر است این موضوع بیشتر نمایان است.

تعادل مالی از طریق وضع فرانشیزهای مناسب برای اکثر خدمات امکان‌پذیر است، به‌عبارتی، افراد مجبور هستند ۵۰ درصد از هزینه‌ها را در زمان بیماری از جیب پرداخت کنند. به همین دلیل، بسیاری از انواع خدمات تشخیصی پرهزینه نظیر MRI در بسته‌های مزایای بیمه‌ای قرار نگرفته‌اند. فرانشیز فقط برای افراد تحت پوشش نظام حمایت‌های اجتماعی دریافت نمی‌شود. به صورت شماتیک نظام سلامت و تأمین مالی آن در کره در شکل ۲-۱۴ آورده شده است.

شکل ۲-۱۴- نمای ارایه خدمات سلامت و تأمین مالی آن در کره



۲-۴. نظام بیمه‌ای

۱-۲-۴. تاریخچه

در کره جنوبی نظام تأمین اجتماعی از سه جزء اصلی تشکیل شده است:

۱. بیمه اجتماعی مشتمل بر: بیمه سلامت، بیمه مستمری، اشتغال، بیمه خسارت حوادث صنعتی
۲. حمایت عمومی مشتمل بر: پوشش و حمایت تمام عمر، امداد پزشکی، کمک به معلولین، کمک به سربازان، کمک به صدمه دیدگان از بلاها.

۳. خدمات رفاه اجتماعی شامل: خدمات سالمندان، کودکان، زنان، معلولین و خانواده

کره تغییرات اجتماعی سریعی را پشت سر گذاشته است که این تغییرات ناشی از سرعت صنعتی شدن، مدرن شدن و توسعه شهری است. این توسعه از سال ۱۹۶۰ شروع گردیده است. این توسعه و تغییرات اجتماعی باعث بروز مسائل اجتماعی گردیده و نیاز به طرح تأمین اجتماعی مورد نیاز باعث شد که از سال ۱۹۶۰ به فکر تأسیس نظام تأمین اجتماعی مؤثر باشد.

اولین قانون تأمین اجتماعی قانون مستمری کارکنان دولت بوده که در سال ۱۹۶۰ تصویب شد. جمهوری کره نظام بیمه اجتماعی سلامت خود را با تصویب قانون بیمه سلامت در سال ۱۹۶۳ آغاز کرد. بیمه اجباری سلامت، ابتدا، کارکنان مؤسسات بخش رسمی را (با بیش از ۵۰۰ کارگر) تحت پوشش قرار داد. در دهه ۱۹۸۰، نظام برای پوشش همه کارکنان دولت، معلمان و شرکت‌هایی با کمتر از ۳۰۰ کارمند گسترش یافت.

این امر به شرکت‌های کوچک با کمتر از ۱۶ کارمند و سپس، به مشاغل آزاد در تمامی نواحی شهرنشین و روستانشین گسترش یافت. این قوانین به طور جدی از سال ۱۹۷۰ به مرحله اجرا در آمدند.

از سال ۱۹۷۶ قانون بیمه سلامتی برای کارکنان مؤسسات بزرگ اجباری شد و به مرور دامنه آن به کارگاه‌های تا پنج نفر ادامه یافت. از سال ۱۹۷۹ کارکنان دولت را هم پوشش داده بعلاوه یک برنامه پایلوت به منظور گسترش به خویش فرمایان در شهرها و روستاها در سال ۱۹۸۲ اجرا شد بر پایه نتایج حاصل از این مطالعه میدانی بیمه خویش فرمایان شروع شد و دوازده سال از آغاز برنامه دولت تا اجرای پوشش کامل شهروندان طول کشید.

۳۱۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

برنامه کمک‌های پزشکی برای خانواده‌های کم درآمد در سال ۱۹۷۹ پس از اعلام قانون کمک‌های پزشکی در سال ۱۹۷۷ تأسیس شده است. بر اساس این برنامه، دولت تمام هزینه‌های درمانی را برای بیمارانی که قادر به پرداخت نیستند، می‌پردازد.

پوشش همگانی تا سال ۱۹۸۹ حاصل شده بود، در این سال تقریباً ۹۶ درصد از ۴۷ میلیون نفر جمعیت کشور تحت نظام بیمه اجتماعی سلامت اجباری پوشش داده شدند. ۴ درصد مابقی جمعیت را برنامه حمایت‌های اجتماعی برای فقرا پوشش داده بودند، که از طریق درآمدهای ناشی از مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شد.

پس از سال ۲۰۰۴، برنامه کمک‌های پزشکی برای پوشش دادن بیماران مبتلا به بیماری‌های نادر، مقاوم و مزمن و همچنین کودکان زیر سن ۱۸ سال گسترش یافت. حدود ۳۰۷٪ از کل جمعیت تحت پوشش برنامه کمک پزشکی هستند.

هزینه‌های خدمات سلامتی از طرف صندوق‌های بیمه‌ای و پرداخت از جیب بیماران در سال‌های بعد افزایش یافت به نحویکه در سال ۱۹۹۷ با تصویب قانون بیمه ملی سلامت، کلیه انجمن‌های بیمه‌ای مربوط به سلامت و بیمه کارکنان بخش خصوصی در هم ادغام گردیدند و شرکت بیمه سلامت ملی^۱ به وجود آمد. به مرور تا سال ۲۰۰۰ بالغ بر ۳۵۰ مؤسسه بیمه سلامت سازوکارهای مختلف بودجه‌بندی را به کار می‌بردند و مزایا در یک «صندوق جداگانه» ادغام گردید. کلیه صندوق‌های بیمه خویش فرمایان و کارکنان و غیره در این شرکت ادغام و نظام واحد بیمه سلامت در کل کشور بوجود آمد. در حال حاضر این بیمه تنها نهاد بیمه‌ای درمان در کره است که توسط وزارت بهداشت و رفاه اجرا می‌شود. از این طریق سطح سرمایه‌گذاری به حداکثر مقدار رسانده شد، این امر موفقیت عظیمی در سیستم بیمه سلامت کره ایجاد کرد.

۲-۴. بیمه سلامت

برنامه بیمه سلامت کشور کره بر سه اصل استوار است.

اصل اول، پوشش اجباری است. پوشش همگانی بیمه سلامت از طریق یک سری از قوانینی که مستلزم پوشش همگانی تدریجی است.

1- National Health insurance Corporation (NHIC)

فصل چهاردهم: نظام سلامت در کره جنوبی ۳۱۳

اصل دوم اینست که سهم مشارکت باید براساس درآمد فردی باشد. این پرداخت درصد ثابتی از درآمد فرد است. بنابراین افراد با درآمد بالاتر باید مبلغ بیشتری را برای بیمه سلامت پردازند.

اصل سوم سطح انتفاع است که از سهم پرداختی مجزا می‌باشد.

دولت برای جمع‌آوری درآمدها، تعیین منافع و جمع‌آوری اندوخته‌ها به یک سری از کمیته‌های بیمه پزشکی خود شامل تکیه کرد، که این کمیته‌های برای ادامه کار باید همواره هزینه‌شان را در سطحی پایین‌تری از درآمد حفظ کنند. برخی از کمیته‌ها در طول سالها اندوخته چشمگیری را جمع‌آوری کردند.

وظیفه اصلی «شرکت بیمه سلامت ملی کره» (NHIC) به‌عنوان سازمان هماهنگ‌کننده، علاوه بر جمع‌آوری حق بیمه‌ها، وظیفه کنترل خدمات نیز هست. علاوه بر این، سازمان چانه‌زنی در مورد دستمزدهای ارائه‌دهندگان خدمت را نیز انجام می‌دهد.

سازمان بیمه سلامت ملی کره جنوبی زیر نظر وزارت بهداشت و رفاه کره فعالیت می‌کند در این رابطه وزارت بهداشت و رفاه نقش نظارتی و صدور دستورالعمل کلی برای اجرای بیمه بهداشتی و تصویب بودجه سالانه آن را بر عهده دارد.

این سازمان ساختار مدیریت بسیار ساده و یکپارچه دارد. دفتر مرکزی آن در سئول وظایف خود از طریق ۶ مرکز فرماندهی منطقه‌ای واقع در شهرهای بزرگ و ۱۷۸ شعبه در سراسر کشور انجام می‌دهد.

در حال حاضر بیمه سلامت ملی با نام NHI ارائه می‌شود این بیمه برای تمامی افراد کره اجباری است و از طریق پرداخت‌های فردی و دولت تأمین مالی می‌شود حق بیمه با توجه به سطح درآمد افراد تعیین می‌شود. افراد بالای ۶۵ سال و افراد ناتوان مبلغ کمتری را به‌عنوان حق بیمه پرداخت می‌کنند. این بیمه پوشش جامعی از خدمات مانند آزمایش، موارد تشخیصی، جراحی، درمان، مراقبت‌های پیشگیرانه، بستری در بیمارستان، توان بخشی، حمل و نقل و... را داراست.

اتباع بیگانه نیز می‌توانند از این بیمه استفاده نمایند. هر فرد تابع دارای کارت بیمه بهداشت و درمان ملی است این کارت توسط سازمان NHIC صادر می‌شود. این کارت را بایستی به بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و داروخانه‌ها ارائه نمایند. برای دریافت این کارت بایستی فرد دارای کارت اتباع خارجی، گواهی اقامت و گواهی احراز هویت باشد.

به تازگی بانک‌های اطلاعاتی گسترده، معرفی برخی از نوآوری‌هایی را برای ارتقای سلامت در قالب مزایای بیمه سلامت را میسر ساخته‌اند. اطلاعات در مورد نحوه بهره‌مندی از خدمات سلامتی امکان ایجاد برنامه «پیشگیری و ارتقای سلامت» را فراهم ساخته است. بانک‌های اطلاعاتی منطقه ای ضمن معرفی جمعیت‌های آسیب‌پذیر هشدارهای لازم را برای ارایه و تدوین برنامه کنترل بیماری‌ها ارایه می‌دهند. این اطلاعات به بیمه‌شدگان کمک می‌کند تا در مورد دستورالعمل‌های اقتصادی درست عمل کنند. گام دیگری که بیمه اجتماعی سلامت در جمهوری کره آغاز کرده است ارتقای خدمات اورژانسی است. با آنکه ممکن است این امر به‌طور تنگاتنگی به‌عنوان ارتقای سلامت در نظر گرفته نشود، نقش ارتقای سلامت در کاهش عوارض و معلولیت‌های باقی‌مانده ناشی از نیاز به خدمات حاد، آسیب‌ها و در نهایت، کاستن از هزینه‌های خدماتی تولید شده از طریق صندوق‌های بیمه سلامت چشمگیر بوده است.

جدول ۴-۱۴- سهم فرانشیز افراد با توجه به نوع خدمت ارایه شده

فرانشیز	نوع خدمت
٪۲۰	مراقبت‌های بیمارستانی- بستری
٪۵۰-۳۰	مراقبت‌های سرپایی
٪۴۰-۳۵	دارو

* لازم به ذکر است بسیاری از افراد کره دارای بیمه‌های خصوصی نیز هستند و پوشش جامع‌تر از هزینه‌ها را دارا می‌باشند.

در نمودار (۲-۱۴) چارت سازمان بیمه پزشکی کره جنوبی ترسیم شده است.

بیمه ملی سلامت به دو دسته تقسیم می‌شود:

- ۱- بیمه درمانی کارکنان (بیمه محل کار): در این حالت فرد شاغل توسط کارفرما بیمه شده و حق بیمه با توجه به میزان درآمد فرد مشخص می‌گردد که نیمی از حق بیمه توسط فرد و نیمی دیگر توسط کارفرما پرداخت می‌شود.
- ۲- بیمه درمانی اختیاری (توسط خود فرد): افرادی که دارای کارفرما نمی‌باشند مشمول این بند هستند و حق بیمه هر فرد بر اساس درآمد خانواده محاسبه می‌شود که در این محاسبه عواملی چون میزان درآمد، حساب بانکی، املاک، وسایل نقلیه متعلق به فرد، جنس و سن تاثیرگذار است.

فصل چهاردهم: نظام سلامت در کره جنوبی ۳۱۵

بسیاری از افراد در کره ترجیح می‌دهند علاوه بر بیمه سلامت ملی دارای بیمه‌های خصوصی نیز باشند تا پوشش جامع‌تر از هزینه‌ها را دارا شوند.

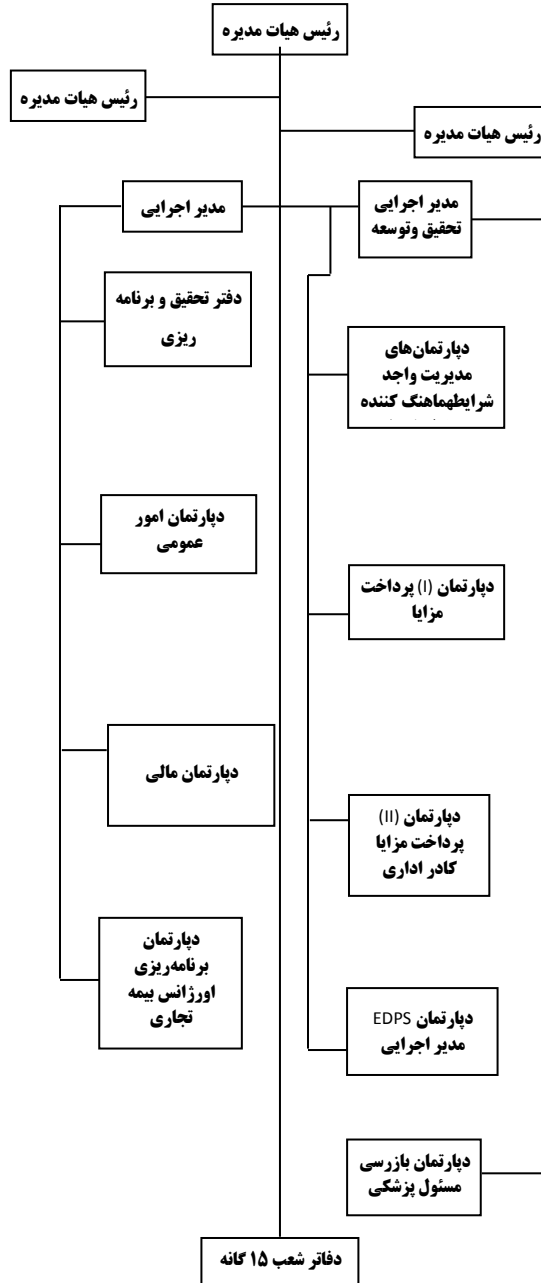
بصورت خلاصه بیمه خصوصی و عمومی درمان در کره را می‌توان در جدول زیر خلاصه کرد:

بیمه عمومی	بیمه خصوصی	
اجباری	اختیاری	روش انتخاب
متفاوت و با توجه به سطح درآمد افراد	متفاوت و با توجه به میزان ریسک و سطح درآمد افراد	مشارکت
بر اساس قرارداد اجباری توسط قوانین موجود	بر اساس یک قرارداد خصوصی	مشارکت جامعه

افزایش امید به زندگی در کره جنوبی بار مسئولیت سنگینی را بر عهده خانواده‌ها برای نگهداری افراد سالمند گذاشته است. برای حل این مشکل سیستم بهداشت و رفاه برای افراد مسن با ناتوانی‌های مرتبط با سن، به طور قابل ملاحظه‌ای از زمان راه‌اندازی طرح بیمه مراقبت‌های بلند مدت در سال ۲۰۰۸ فعالیت‌های گسترده‌ای را انجام داده است. افراد ذینفع طرح مراقبت‌های طولانی مدت حق دسترسی به مراقبت در منزل و مراقبت مؤسسات را دارند. این یک سیستم بیمه اجتماعی است و در حال حاضر ۳۸ درصد از سالمندان کره‌ای را پوشش می‌دهد. کاربران خدمات ۱۵ درصد برای (خدمات در منزل) و ۲۰ درصد برای (خدمات مؤسسه‌ها) از هزینه‌ها خدمات مراقبت پرداخت می‌کنند.

جدا از برنامه‌های فوق برنامه کمک پزشکی نیز در کره ارائه می‌شود. برنامه کمک‌های پزشکی برای خانواده‌های کم درآمد در سال ۱۹۷۹ پس از اعلام قانون کمک‌های پزشکی در سال ۱۹۷۷ تأسیس شده است. بر اساس این برنامه، دولت تمام هزینه‌های درمانی را برای بیماران که قادر به پرداخت نیستند، می‌پردازد. پس از سال ۲۰۰۴، برنامه کمک‌های پزشکی برای پوشش دادن بیماران مبتلا به بیماری‌های نادر، مقاوم و مزمن و همچنین کودکان زیر سن ۱۸ سال گسترش یافت. حدود ۳۷٪ از کل جمعیت تحت پوشش برنامه کمک پزشکی هستند.

نمودار ۲-۱۴. سازمان بیمه پزشکی کره جنوبی



۵- پوشش خدمات

همه ساکنان کره جنوبی براساس شغل طبقه‌بندی شده‌اند و از طریق بیمه سلامت پوشش داده می‌شوند. بیمه‌شده اصلی و خانواده او به‌عنوان بستگان یا بیمه‌شده تبعی پوشش داده می‌شوند. بنابراین، مبنای پوشش ملیت و اشتغال و پرداخت حق بیمه است که در مورد نیازمندان و اقشار آسیب‌پذیر از منابع مالی دولتی یارانه تخصیص می‌یابد.

فصل پانزدهم: نظام سلامت در مالزی

۱- کلیات

مالزی تقریباً در قلب ناحیه شرق آسیا قرار دارد. و از دو بخش مالزی شرقی و غربی تشکیل شده است. دو بخش متمایز مالزی از طریق دریای چین جنوبی از یکدیگر جدا شده‌اند، که هر دو بخش غربی شبه جزیره مالزی و شرق مالزی، دارای منظره بسیار مشابهی از دشت‌های مرتفع ساحلی هستند که اغلب از تپه‌ها و کوهستان‌های جنگلی انبوه پوشیده شده است. ناحیه غربی شامل ۱۱ استان بوده و پایتخت (کوالالامپور) نیز در این ناحیه قرار دارد. ناحیه شرقی شامل ۲ استان بوده و بصورت جزیره می‌باشد. بخش غربی از شمال با تایلند و از جنوب با سنگاپور مرز مشترک دارد و چهار پنجم ساکنان این کشور را در خود جای داده است. مساحت کلی مالزی ۳۲۸۵۵۰ کیلومتر مربع می‌باشد.

آب و هوای گرم نواحی استوایی با دمای حدود ۲۱ تا ۳۲ درجه سانتیگراد دارد و شدیداً تحت تاثیر بادهای موسمی شمال شرقی و جنوب غربی است .

مالزی بالغ بر ۲۹ میلیون نفر جمعیت دارد که از قومیت‌های مختلف تشکیل شده است. ۶۰٪ از نژاد مالایی. ۳۰٪ چینی ۸٪ هندی و مابقی از نژادهای دیگر می‌باشند. تعدد نژادها و فرهنگ‌ها در مالزی به یکی از جاذبه‌های این کشور تبدیل شده است.

زبان رسمی این کشور مالایی می‌باشد اما زبان انگلیسی به صورت گسترده در محاورات استفاده می‌گردد. سایر زبان‌ها مانند مانداریان - تامل و پنجابی نیز متداول می‌باشد.

مذهب رسمی این کشور اسلام است و اسلام در مالزی بیشترین پیروان را دارد. با این وجود، افراد با ادیان مختلف از آزادی کامل برخوردار هستند و وفور معابد مذهبی گوناگون خود بیانگر این واقعیت است.

۳۲۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

مالزی در اکثر نواحی خود، از منابع طبیعی خوبی همچون کشاورزی، جنگلداری و نیز مواد معدنی برخوردار است.

با وجود اینکه مالزی بزرگترین تولید کننده کائوچو، روغن پالم، الوار و قلع دنیا است، اما صنایع تولیدی و خدماتی مثل صنعت توریسم به اقتصاد مالزی کمک فراوانی می‌کنند. صادرات محصولات الکترونیکی یکی از بزرگترین حامیان اقتصادی و از عوامل رشد و توسعه مالزی به شمار می‌رود.

از فوریه سال ۱۹۹۱، توسعه کشور مالزی بر پایه دیدگاهی هدایت می‌شود که از سوی نخست وزیر وقت این کشور، ماهاتیر محمد، چشم انداز ۲۰۲۰ نامیده شده است. این دورنما به طور کلی با عبارات ذیل بیان می‌شود:

"در سال ۲۰۲۰ میلادی مالزی می‌تواند ملتی متحد و دارای جامعه‌ای مطمئن و آکنده از ارزش‌های والای اخلاقی و اصول رفتاری مطلوب، مشغول زندگی در جامعه‌ای دمکراتیک، آزاد، برابر از بعد اقتصادی، موفق و در حال پیشرفت، و با اقتصادی رقابتی، پویا، قوی و در حال رشد باشد".

مالزی کشوری است که در عرض ۵ دهه توانسته است خود را از زمره کشورهای عقب مانده اقتصادی خارج نموده و مسیر توسعه اقتصادی - اجتماعی را به سرعت طی نماید.

جدول ۱-۱۵- شاخص‌های کلان سلامت مالزی

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۷۴	۷۲	۷۶	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۶	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۷	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۱۱-۲۰۰۱	۱/۹			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۱۱-۲۰۰۵	۹۳			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۱۱-۲۰۰۵	۱۲			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

فصل پانزدهم: نظام سلامت در مالزی ۳۲۱

جدول ۲-۱۵- شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۱	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۴۰۹۰۴۹	دلار	۲۰۱۱
۲	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۴۱۷۴	دلار	۲۰۱۱
۳	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۴/۴	درصد	۲۰۱۰
۴	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵۵/۵	درصد	۲۰۱۰
۵	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴۴/۵	درصد	۲۰۱۰
۶	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۹/۲	درصد	۲۰۱۰
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۳۶۸	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۶۴۵	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۲۰۴	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۳۵۸	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

دولت مالزی برای گسترش و توسعه بهداشت اهمیت بسیاری قائل است. ۵ درصد بودجه توسعه بخش اجتماعی دولت به بهداشت عمومی اختصاص داده شده است. با افزایش و بالا رفتن سن جمعیت، دولت در بسیاری از حوزه‌ها از جمله نوسازی بیمارستان‌های موجود، ایجاد ساختمان و تجهیزات جدید پزشکی، گسترش تعداد پلی کلینیک‌ها (درمانگاه‌ها) و ارتقاء آموزش و توسعه ترویج از راه دور بهداشت اصلاحاتی انجام داده است. در طی چند سال گذشته، دولت مالزی تلاش‌های خود را برای بازسازی سیستم‌ها و جذب بیشتر سرمایه گذاری خارجی افزایش داده است.

نظام سلامت این کشور از بخش‌های مختلف نظیر وزارت بهداشت، دولت محلی، جامعه دانشگاهی و سازمان‌های تخصصی و بخش خصوصی و ... تشکیل شده است.

در حال حاضر وزارت بهداشت بیش از ۱۴۰۰۰۰ پست با ۱۴۹ برنامه خدمتی دارد و سومین مرکز دولتی بزرگ مالزی محسوب می‌شود. اگر چه تعداد زیادی از این پست‌ها خالی است اما سالانه به طور متوسط ۲/۳ درصد از این پست‌ها اشغال می‌شود.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط سازمان بهداشت جهانی در طول ۶۳ سال نشان می‌دهد که عملکرد کلی سیستم مراقبت سلامت مالزی به طور قابل ملاحظه‌ای در شاخص امید به زندگی توأم با سلامت در بدو تولد^۱ در مقایسه با کشورهای صنعتی بهبود یافته است.

این دستاورد به این علت قابل ملاحظه است که مالزی در سال‌های اخیر بطور متوسط فقط ۳ تا ۴ درصد از GDP را صرف بخش سلامت می‌کند در حالیکه که اکثر کشورهای صنعتی در حدود ۶ درصد و ایالت متحده آمریکا بیش از ۱۶ درصد از GDP را صرف بخش سلامت می‌کنند. دیگر شاخص‌های سلامت همین موضوع را نیز آشکار می‌کنند مثلاً نرخ مرگ و میر مادران در مالزی در طول سه دهه گذشته کمتر از ۱۰ در صد هزار شده است.

از این حیث مالزی در گروهی قرار می‌گیرد که کشورهایی مانند کانادا و ایالات متحده آمریکا با بودجه‌ی ۵ برابر مالزی قرار دارند.

چشم انداز نظام سلامت مالزی، ایجاد ملتی متشکل از افراد و خانواده‌ها و جوامعی سالم که با نظام خدمات سلامت مناسب، کارا و منصف همراه با تکنولوژی مناسب و متناسب با محیط مشتری حمایت می‌شود است. این نظام همچنین مساوات، نوآوری، ارتقاء سلامت را در ارتباط با شأن انسانی فراهم می‌کند و مشارکت افراد و جامعه را در جهت بهبود کیفیت زندگی ارتقاء می‌دهد.

اصلاحات و برنامه‌ریزی سلامت در جامعه به وسیله تحلیل وضعیت موجود سلامت، اثرات اقتصادی و اجتماعی محلی و بین‌المللی، سیاست‌های دولت، چشم انداز ۲۰۲۰، سیاست‌گذاری‌های چشم انداز ملی، برنامه بازتوانی اقتصاد ملی، چشم انداز سلامت و دروندادهایی هدایت می‌شود که از طریق مشارکت هوشمند و درگیر کردن ذینفعان مختلف در سلامت است.

اهداف اصلاحات سلامت در راستای چشم انداز مالزی ۲۰۲۰ عبارتند از:

- تمرکز بر سلامتی: تأمین سلامت در سرتاسر زندگی از طریق خدمات و مدیریت سلامت مبتنی بر شبکه
 - تمرکز بر فرد: فراهم آوردن خدمات مجازی مساعد برای مشتری در هر زمان و مکانی که نیاز است.
 - افراد آگاه: فراهم کردن اطلاعات صحیح و به موقع و توسعه دانش از طریق اطلاعات فردی و خدمات آموزشی از طریق شبکه مولتی مدیا
 - خودیاری: افزایش توانایی افراد برای مدیریت سلامت از طریق تبادل دانش و ابزار مدیریت سلامت مبتنی بر شبکه
 - خدمات سلامت تأمین شده در منزل یا نزدیک منزل: تأمین شبکه مولتی مدیای گسترده برای ارایه خدمات مجازی به خانه‌های روستاها و شهرها، سازمان‌های سلامت و مراکز جامعه
 - مراقبت سلامت یکپارچه، مداوم و هماهنگ: سلامت فردی ادغام شده با اطلاعات پزشکی به صورت بازه‌های خدمات در سرتاسر زندگی از طریق برنامه‌های سلامت و اطلاعات ثبت شده کامپیوتری
 - خدمات طراحی شده برای نیاز مردم: خدمات و اطلاعات سازگار و ادغام شده بر اساس نیازهای فردی و گروهی
 - خدمات اثر بخش، کارا و قابل پرداخت: فراهم کننده دسترسی گسترده، به همراه ادغام در سطوح خدمات و ارایه به موقع خدمات با کیفیت بالا با هزینه مناسب
- از سوی دیگر، چالش‌های کلیدی نظام سلامت در راستای برنامه‌های اصلاحات در مالزی به شرح ذیل مطرح شده است:

- تغییرات دموگرافیک و تغییر در الگوی بیماری‌ها
- تداوم حضور مهاجرین غیرقانونی
- صنعتی شدن رو به افزایش
- عدالت و قابل دسترسی بودن
- نقصان و توزیع نامناسب منابع انسانی
- کیفیت خدمات
- منابع مالی محدود
- عدم کفایت پژوهش

۳۲۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- تکنولوژی‌های سلامت
- همکاری‌های بین بخشی
- جهانی شدن و لیبرالیزه شدن

۱-۲. برنامه‌های مهم وزارت سلامت

الف. کیفیت مراقبت سلامت

وزارت بهداشت برنامه تضمین کیفیت (QAP) را در سال ۱۹۸۵ رسمی کرد که دو دیدگاه تحت این برنامه اتخاذ شده است:

دیدگاه شاخص ملی (NIA)

دیدگاه ویژه ناحیه / بیمارستان (HAS/DSA)

برنامه‌های تضمین کیفیت در خدماتی نظیر مراقبت بیمار، بهداشت عمومی، سلامت غذا و دارو، آزمایشگاه و مهندسی خدمات نظیر برنامه‌های بازآموزی در سراسر نظام سلامت ایجاد شده است. این دو دیدگاه از طریق ابتکارات بهبود کیفیت نظیر ایزو ۹۰۰۰ و ۲۰۰۰ و منشور حقوق ارباب رجوع و شاخص‌های کلیدی عملکرد و به بهبود کیفیت می‌پردازد.

ب. ایمنی بیمار

شورای ملی ایمنی بیمار با رایزنی وزارت بهداشت در نواحی اولویت دار و با استراتژی‌های ملی ایمنی بیمار در مراقبت سلامت ایجاد شده است.

دستورالعمل ایمنی بیمار به همراه سایر برنامه‌های تضمین کیفیت نظیر کنترل کیفیت بیمارستانی و دستورالعمل‌های بالینی و بازنگری مرگ و میر و مدیریت خطر و بررسی رضایتمندی ارباب رجوع در تمام بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انجام می‌شود.

ج. اعتبار بخشی

بیمارستان‌های عمومی و خصوصی نیز در برنامه اعتبار بخشی که با جامعه کیفیت سلامت مالزی مدیریت می‌شود تصدیق و تأیید می‌شوند.

۲-۲. ساختار بهداشت و درمان در کشور مالزی:

بعد از منشور آلماتا در سال ۱۹۷۸ که برخورداری از سلامت و بهداشت را حق همه افراد اعلام کرد، دولت مالزی ارایه خدمات سلامتی به افراد فقیر و روستایی را در اهداف خود قرار داد. در منشور سلامت مالزی منشور آمده است که سلامتی حق همگانی است و هر فردی استحقاق داشتن یک زندگی سالم را دارد.

همچنین آمده، سلامتی یک مقوله حاکمیتی است و دولت به عنوان یک مسئول اجتماعی حامی و طرفدار حوزه سلامت است. در این منشور ذکر شده سلامتی خدمتی عمومی است که می‌بایستی با در نظر گرفتن برابری سطح دسترسی محقق یابد.

در کشور مالزی، وزارت بهداشت مکلف به ارایه برنامه، سازماندهی و تولید کننده خدمات است.

رسالت وزارت سلامت مالزی به سمت تشریک مساعی در مقوله‌های زیر هدایت می‌شود:

- کمک و حمایت مردم در جهت:
- دستیابی کامل به پتانسیل مردم در سلامت
- سلامت مطلوب به عنوان دارایی با ارزش
- داشتن مسئولیت فردی و نقش مثبت در سلامتی خود

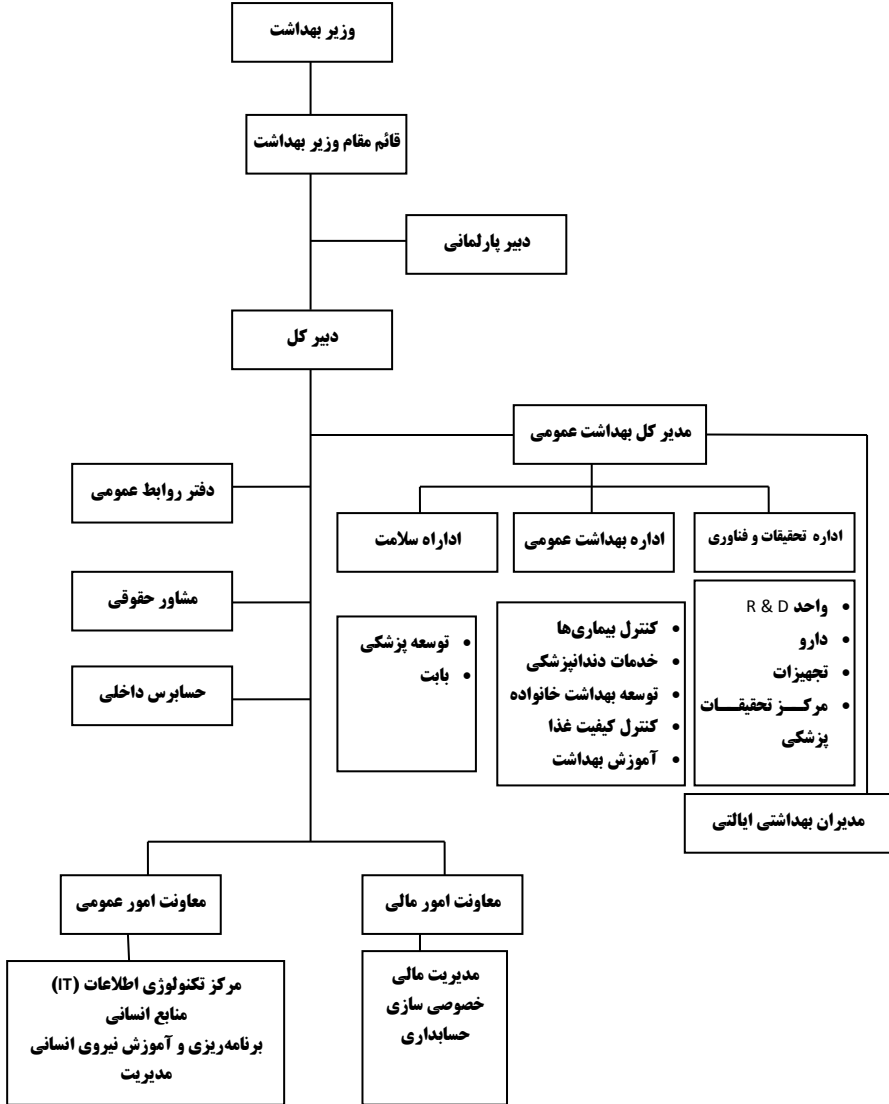
- تضمین نظام سلامت با کیفیت بالا که:

- مشتری مدار است.
- قابل تهیه شدن است.
- متناسب با تکنولوژیست.
- نوآور است.
- مساوات در آن رعایت می‌شود.
- کارا است.
- با محیط سازگاری دارد.

- و با تاکید بر:

- تخصص گرایی، ارزش کار گروهی و ارایه خدمت
- مرتبط با شأن و مقام انسانی
- مشارکت جامعه

شکل ۱-۱۵- ساختار وزارت سلامت در مالزی



۳- نظام ارائه خدمات

دولت نقش مهمی در تأمین خدمات بهداشت عمومی از طریق شبکه ملی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر خدمات مرتبط دارد. (ساختار نظام سلامت مالزی در نمودار ۱-۱۵ آورده شده است) این اقدام به منظور اطمینان از دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی ضروری، محقق شده است.

وزارت سلامت مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و اولیه را به مراقبت‌های بیمارستانی سطح سوم ترجیح می‌دهد. کلینیک پزشکان و بیمارستان‌ها، عمدتاً در مناطق شهری است. استفاده مؤثر از منابع محدود، از طریق سیستم یکپارچه ملی مراقبت‌های بهداشتی که خدمات پیشگیری و درمان را شامل می‌شود، صورت گرفته است. به همین دلیل است که مالزی توانسته است هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در عین دستیابی به نتایج رضایت بخش در حوزه سلامت، پایین نگه دارد. دولت محلی، وزارت بهداشت را در ارائه خدمات بهداشتی عمومی در مراکز شهری بزرگ یاری کند.

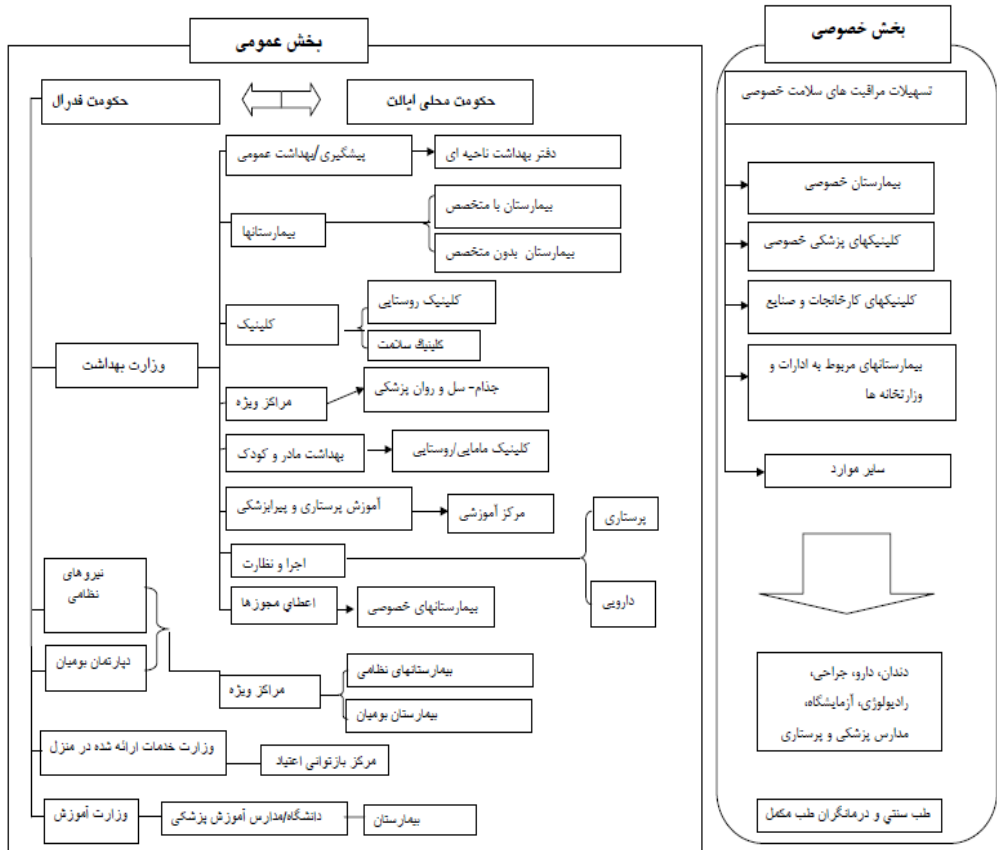
سیستم مراقبت مالزی در حال حاضر دارای دو بخش دولتی و خصوصی است که ۸۰ درصد خدمات توسط بخش دولتی ارائه می‌شود. تأکید بخش دولتی بر ارتقاء مراقبت‌ها و پاسخ‌گویی در همه سطوح ارائه خدمت و بهترین سیستم ارائه خدمات در سطح منطقه است. حجم عمده خدمات در بخش‌های دولتی و عمومی و زیر نظر وزارت بهداشت و درمان و در سه سطح اول، دوم و سوم ارائه می‌گردد.

۱-۳. سطح اول خدمات

این سطح، نقش مرکزی در ارائه خدمات سلامتی در مالزی دارد. هنگامی که فردی بیمار می‌شود ابتدا باید به پزشک عمومی مراجعه کند، بنابراین تعداد مراجعه‌کنندگان به پزشک عمومی بسیار زیاد است و همین مسئله به مرور زمان باعث بالا رفتن تجربه و مهارت پزشکان عمومی شده است. بنابراین مشکلی با نام بیکاری پزشکان عمومی در آن کشور بسیار کم است و در حقیقت سطح اول درمان به عهده پزشک عمومی است. علاوه بر این به پزشکان عمومی این اجازه داده شده است که در مطب خود داروهای ساده و ضروری همانند مسکن‌ها، آنتی‌بیوتیک‌ها و ... را به بیمار بفروشند و با این راهکار نه تنها در وقت بیمار صرفه‌جویی می‌شود بلکه منبع درآمدی برای پزشکان عمومی مهیا می‌شود.

در مطب پزشکان عمومی، ۲ کاردان پرستاری به عنوان دستیار در انجام مواردی چون تزریقات، پانسمان، پیچیدن نسخه و همچنین انجام تست سریع ادرار به پزشکان کمک می‌کند.

نمودار ۱-۱۵- ساختار نظام سلامت مالزی



۲-۳. سطح دوم خدمات

اگر پزشک عمومی تشخیص دهد که فرد نیاز به درمان تخصصی تر دارد، او را به پزشک متخصص ارجاع می‌دهد. در واقع، بیمه هزینه فردی را که بخواهد به طور مستقیم به پزشک متخصص مراجعه کند، پرداخت نمی‌کند.

مطب پزشکان متخصص در مالزی، تنها در بیمارستان‌ها است و آنها مطب خصوصی ندارند. زمانی که بیماران از جانب پزشک عمومی به پزشکان متخصص ارجاع داده می‌شوند؛ آنها بیماران را مورد معاینه قرار می‌دهند و اگر انجام هرگونه آزمایش، عکس برداری، سونوگرافی، سی تی اسکن و... لازم باشد، این موارد در همان مرکز درمانی و در اولین زمان مناسب برای بیمار انجام می‌شود.

فصل پانزدهم: نظام سلامت در مالزی ۳۲۹

در نهایت، پس از مدت زمان کوتاهی، نتیجه عکس برداری و آزمایش (به جز موارد نیاز به کشت) مشخص شده و به پزشک متخصص تحویل داده می شود و پزشک پس از بررسی آن، اگر نیاز به درمان های پیشرفته تر یا بستری شدن باشد، در همان مکان این خدمات را ارائه می دهد و تمام داروهای لازم نیز به بیمار داده می شود؛ بنابراین در وقت و هزینه فرد صرفه جویی می شود زیرا هر آنچه برای تشخیص، بررسی، پیگیری، درمان و... لازم باشد تا حد امکان در یک زمان و در یک محل برای او انجام می شود.

سه نوع بیمارستان دولتی وجود دارد:

- بیمارستان های جنرال یا عمومی
- بیمارستان های محلی
- بیمارستان های تخصصی

بخش دولتی ۳۸۰۰۰ تخت در کشور دارد. ۱۲۳ بیمارستان عمومی با بیش از ۶ مرکز پزشکی تخصصی از جمله روان پزشکی و مرکز ملی قلب. بیمارستان های عمومی بعلاوه تعداد تخت زیاد (حدود ۵۰۰ تا ۷۰۰) و سطح وسیعی از خدمات بیشتر مورد استقبالند. بیمارستان های محلی خیلی کوچکتر و حدود ۲۵۰ تا ۴۰۰ تخت دارند و بیشتر خدمات تشخیصی و درمانی ارائه می کنند.

بخش خصوصی

بخش خصوصی ۱۰۰۰۰ تخت در کشور دارد. اخیراً بیش از ۲۱۰ بیمارستان خصوصی وجود دارد. با وجود اینکه حدود ۲۰٪ بیمارستان های کشور را شامل می شود ولی ۴۵٪ از ۱۸۳۰۰ پزشک کشور را استخدام کرده اند. همچنین تعداد کل پرستاران RN در کشور ۶۸۳۴۹ نفر است. بیمارستان ها در مالزی بوسیله پرسنل ماهر و باکفایت پرستاری و پیراپزشکی حمایت می شوند. متخصصین پزشکی چند تخصصی در استرالیا، اروپا و امریکا آموزش دیده اند. به دلیل پیشرفت امکانات مالزی فعالانه در جهت ترویج بهداشت گردشگری تلاش می کند و به تدریج در پی کسب شهرتی است که نشان دهنده کیفیت تجهیزات پزشکی موجود در مالزی

می‌باشد. رقابتی فعال در این زمینه در کشورهای همسایه مانند تایلند و سنگاپور که در جهت ترویج بهداشت گردشگری است مدت طولانی است که مشاهده می‌شود اما مالزی نسبت به آنها در این زمینه برتری دارد.

تمامی بیمارستان‌های خصوصی در مالزی مورد تأیید وزارت بهداشت می‌باشند. بسیاری از مراکز پزشکی خصوصی توانسته‌اند مدارک بین‌المللی کیفیت استاندارد مانند MS ISO 9002 را بدست آورند. بسیاری از آنها نیز از سوی انجمن کیفیت بهداشت مالزی (MSQH) اعتبارنامه دریافت نموده‌اند. بسیاری از مردم همچنین فقط به خاطر انجام عمل‌های جراحی مانند جراحی پلاستیک مالزی را انتخاب می‌کنند. مردم اروپایی دریافته‌اند که هزینه‌های درمان در طول مسافرت ارزان‌تر از هزینه‌هایی است که در کشور خود پرداخت می‌کنند.

بیمارستان‌های خصوصی بیشتر در جهت ارایه محیط و امکانات عالی در تلاش هستند. یک بیمارستان خصوصی بیشتر به یک طبقه لوکس از یک هتل شباهت دارد تا یک بیمارستان و شامل اتاق نشیمن، اتاق غذاخوری، اتاق جلسات و همچنین یک اتاق انتظار می‌باشد. این سوئیت‌ها دارای امکاناتی چون یخچال، مایکروفر، دستگاه فکس و حتی پلی استیشن می‌باشد.

مراکز دندانپزشکی همچنین در دسترس می‌باشد که شامل جراحی‌های زیبایی دندان و کاشت دندان می‌باشند. شیوه جدیدی از خدمات پزشکی نظیر طب سوزنی، طب انعطاف‌پذیری^۱ و ماساژ درمانی^۲ نیز از دلایلی هستند که اتباع خارجی را به کشور مالزی جذب می‌کنند.

استفاده گسترده از زبان انگلیسی در میان کارکنان پزشکی تحصیل کرده باعث می‌شود که بسیاری از اتباع خارجی انگلیسی زبان بتوانند آسان‌تر در مورد مشکلات پزشکی شان صحبت کنند و معالجات بهتری را دریافت کنند.

در مالزی نیز همانند بسیاری از کشورهای دیگر، امکانات سخت‌افزاری بیمارستان‌های دولتی بهتر از بیمارستان‌های خصوصی است ولی در عوض بیمارستان‌های دولتی شلوغ و پر ازدحام هستند.

۳-۳. سطح سوم خدمات

در این سطح، رسیدگی به بیماران ارجاعی از سطح اول و دوم انجام می‌گیرد و درمان‌های ویژه برای جراحی‌های خاص و بیماران اورژانسی توسط پزشکان این سطح ارایه می‌شود.

این بخش شامل: پزشکان فوق تخصص قلب، نوروسرجری، بیماری‌های سرطان و بیماری‌های عفونی خدمات اورژانس قوی، اورژانس‌های هوایی پیشرفته است.

۴-۳. بخش خصوصی

این بخش بیشتر در قالب کلینیک‌های تخصصی و به صورت تیمی انجام می‌شود و بیشتر متقاضیان خدمات لوکس به این بخش‌ها مراجعه می‌کنند.

بخش پزشکی خصوصی، پزشکی سنتی و طب مکمل نیز نقش مهمی در تأمین خدمات بهداشتی و مراقبتی درمانی دارند. دانشگاه‌ها و سازمان‌های غیردولتی هم در میان بازیکنان اصلی هرم نظام سلامت هستند.

وزارت بهداشت جهت تقویت اولویت خود در ارابه سلامت، همکاری نزدیکی با این بخش‌ها دارد. برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی بر اساس نیازسنجی و هزینه اثربخشی (تخصیص بر اساس بهره‌وری) به منظور رسیدن به سطح مناسب توزیع و عادلانه منابع کمیاب است. همچنین برنامه‌ریزی با هدف بهبود ترکیب و کیفیت خدمات و افزایش کارایی و اثربخشی صورت می‌گیرد. به منظور اطمینان از توسعه متجانس با نیازهای جامعه، رویکرد برنامه‌ریزی پایین به بالا دنبال می‌شود.

هر کدام از برنامه‌های ۵ ساله مالزی و برنامه‌های قبلی مالزی شامل سیاست‌ها و سرمایه‌گذاری در جهت بهبود کیفیت و پوشش خدمات پزشکی از جمله استقرار نظام اطلاع‌رسانی داروخانه‌ها، درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها به منظور پشتیبانی و تکمیل خدمات بهداشتی اولیه در جوامع شهری و روستایی می‌باشد. حدود ۱۱۷ بیمارستان دولتی اصلی و بیمارستان منطقه‌ای در سراسر کشور وجود دارد. این بیمارستان‌ها حدود ۸۶۴ پلی کلینیک جامعه می‌کنند. (سابقاً به عنوان کلینیک‌های درمانی شناخته می‌شدند)، ۹۵ مرکز مراقبت از کودک و مادر، ۱۶۸ کلینیک سیار، ۱۶۷۶ درمانگاه بهداشت جامعه روستایی را پشتیبانی می‌کنند.

در سیستم بهداشتی مالزی پزشکان یک دوره ۳ ساله اجباری خدمت را در بیمارستان‌های عمومی بگذرانند تا همواره نیروی کار این بیمارستان‌ها حفظ شود. اخیراً، پزشکان خارجی نیز در این کشور برای اشتغال مورد تشویق قرار گرفته‌اند. اما هنوز، یک کمبود پیچیده از نیروی کار پزشکی به خصوص در سطوح متخصصین مجرب وجود دارد که موجب می‌شود خدمات درمانی و بهداشتی پزشکی خاص تنها در شهرهای بزرگ در دسترس قرار گیرد.

۳۳۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

در سال ۲۰۱۳ در بخش دولتی حدود ۲۸۱۶۳ تخت وجود داشت. علاوه بر آن مؤسسات تخصصی درمانی (از جمله مؤسسات روانشناسی) با ظرفیت ۶۲۹۲ تخت وجود دارد. همچنین درمورد بیمارستان‌های خصوصی، ۲۲۵ واحد درمانی (از جمله زایشگاه و شیرخوارگاه) در مالزی وجود دارد و آنها ظرفیت ۹۴۹۸ تخت را فراهم می‌سازند. اکثر آنها در نواحی شهری قرار دارند. بسیاری از بیمارستان‌های عمومی مجهز به جدیدترین تجهیزات تشخیصی و عکسبرداری (رادیولوژی) هستند. سرمایه‌گذاری در بخش خصوصی ایده‌آل نیست و اغلب بیمارستان‌های خصوصی ظرف ۱۰ سال پیش از آن که شرکت‌ها از آن سودی حاصل کنند، به کار خود خاتمه می‌دهند. البته در حال حاضر وضعیت تغییر کرده و شرکت‌ها به دنبال ورود مجدد به این حوزه هستند، به خصوص از این لحاظ که خارجی‌ها علاقه فراوانی دارند که برای مراقبت درمانی به مالزی سفر کنند.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. نظام بیمه‌ای

نظام تأمین اجتماعی در مالزی برای نخستین بار در سال ۱۹۵۱ و در دوران استعمار انگلیس تحت عنوان "صندوق احتیاط" پا گرفت و مقررات آن تا سال ۱۹۶۹ و ۶ سال پس از استقلال مالزی، هنوز در این کشور اجرا می‌شد. در سال ۱۹۷۱ بمنظور اجرای قانون تأمین اجتماعی مستخدمین مصوب سال ۱۹۶۹ و تأمین اجتماعی مستخدمین (مقررات عمومی) مصوب سال ۱۹۷۰ مالزی، سازمان تأمین اجتماعی^۱ تأسیس گردید. حمایت‌های ارایه شده توسط سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، مزایای نقدی و پروتز و توان بخشی را پوشش می‌دهد.

سازمان تأمین اجتماعی مالزی پوشش همگانی مستخدمین را بر مبنای اصول همکاری با مستخدمین و کارفرمایان تضمین نموده است. صندوق احتیاط فاقد ویژگی‌های یک سیستم تأمین اجتماعی پیشرفته بود و به همین سبب در ۱۹۶۹ تغییراتی در آن به وجود آمد و بار دیگر در سال‌های ۱۹۹۱ و ۲۰۰۲ در قوانین صندوق احتیاط تغییرات و اصلاحاتی صورت گرفت. این تغییرات بیش از هر چیز با هدف تطبیق سامانه تأمین اجتماعی مالزی با شرایط جدید و پیشرفت‌های سریع و چشم‌گیر اقتصادی که نصیب این کشور شده، صورت گرفته است.

صندوق احتیاط و بازنشستگی:

بر اساس قوانین بازنشستگی مالزی مبالغی که بابت حق بیمه از دریافتی کارکنان کسر می‌شود به سه حساب مجزا واریز شده و کارکنان بیمه شده تحت شرایط خاصی می‌توانند از ذخایر موجود در این حساب‌ها استفاده کنند.

ساختار صندوق احتیاط مبتنی بر دو پوشش اجباری و اختیاری است؛ پوششی اجباری برای کارکنانی که واجد شرایط لازم برای دریافت مستمری نیستند، اعم از کارکنان بخش خصوصی یا دولتی، در نظر گرفته شده و پوشش اختیاری برای مستخدمان خانگی، خویش فرمایان و کارکنان بخش دولتی که واجد دریافت مستمری هستند، پیش‌بینی شده است.

حساب شماره ۱: ۶۰ درصد از حق بیمه‌های ماهانه به این حساب واریز می‌شوند و کارکنان بیمه شده بطور معمول در سن ۵۵ سالگی از حق برداشت از حساب شماره ۱ برخوردار می‌شوند اما در مواردی استثنایی برداشت از این حساب پیش از رسیدن به مرز ۵۵ سالگی برای کارکنان امکان پذیر می‌شود. برداشت از حساب شماره ۱ در صورتی که برای سرمایه‌گذاری در طرح‌های گوناگون باشد با موافقت بیمه شدگان امکان پذیر خواهد بود و میزان برداشت از این حساب به میزان ذخایر صندوق و حق بیمه‌هایی که در آن واریز شده است، بستگی دارد و میزان برداشت نیز از این حساب سقف معینی دارد و در شرایط خاصی بیمه شده به صورت شخصی نیز می‌تواند از این حساب برداشت کند.

حساب شماره ۲: ۳۰ درصد از مبلغ حق بیمه ماهانه به حساب شماره ۲ واریز می‌شود که می‌توان از این حساب در ۵۰ سالگی و پیش از بازنشستگی برداشت کرد. برداشت از حساب شماره ۲ برای بیمه شدگان در هر سنی امکان پذیر است و افراد می‌توانند با اخذ مجوز برای تأمین هزینه خرید مسکن، اجاره خانه، تأمین هزینه ادامه تحصیل فرد بیمه شده و فرزندانش و خرید مایحتاجی مانند رایانه و... از این حساب برداشت کنند.

حساب شماره ۳: به منظور معالجه و درمان بیماری‌های حاد و صعب‌العلاج ۱۰ درصد از حق بیمه ماهیانه به این حساب واریز می‌گردد. لیست بیماری‌های صعب‌العلاج توسط هیات مدیره صندوق احتیاط تهیه شده است.

۳۳۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

بیمه سلامت در سطح ملی در مالزی وجود ندارد. (برخلاف سایر کشورهای نظیر تایلند و فیلیپین در منطقه ASEAN که از نظر توسعه یافتگی پایین‌تر از مالزی می‌باشند.)

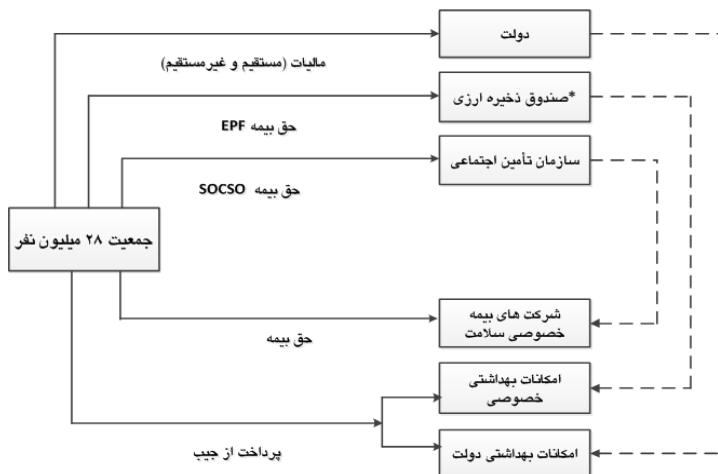
۲-۴. نظام تأمین مالی

به طور کلی ۶ منبع درآمدی برای تأمین مالی نظام بهداشتی مالزی وجود دارد:

- (۱) مالیات عمومی - مالیاتی که از مردم جمع‌آوری می‌شود.
- (۲) پرداخت از جیب مردم
- (۳) سازمان تأمین اجتماعی^۱: سازمان تأمین اجتماعی صرفاً کارکنان شاغل با درآمد حداقل ۲۰۰۰ رینگیت بخش خصوصی را تحت پوشش دارد (۳ رینگیت = ۱ دلار آمریکا).
- (۴) صندوق احتیاط کارکنان
- (۵) بیمه درمانی بخش خصوصی
- (۶) طرح‌های جبران خدمات پزشکی (برخی شرکت‌های بزرگ چنین طرح‌هایی را اجرا می‌نمایند؛ مثلاً پتروپارس، تله کام و ...).

شکل ۲-۱۵ نظام تأمین مالی مالزی را به صورت شماتیک نشان می‌دهد.

شکل ۲-۱۵ نظام تأمین مالی مالزی



* این صندوق تقریباً معادل ۶ میلیون نفر عضو فعال دارد که عمدتاً از کارکنان شاغل در بخش دولتی می‌باشند.

فصل پانزدهم: نظام سلامت در مالزی ۳۳۵

نظام تأمین مالی بخش سلامت مالزی عمدتاً از طریق مالیات تأمین مالی می‌شود. آمار هزینه‌های ملی حاکی از این است ۵۸/۲ درصد از طریق یارانه دولت تأمین مالی می‌شود. ۴۱/۸ نیز توسط بخش خصوصی و مقدار بسیار ناچیزی نیز (معادل ۰/۸) درصد از حق بیمه‌های تأمین اجتماعی. از هزینه‌های بخش خصوصی ۷۳/۸ درصد پرداخت از جیب و ۱۳/۷ درصد نیز توسط بیمه‌های خصوصی تشکیل شده است.

نسبت مخارج و هزینه‌های بهداشتی به GDP در چند سال اخیر (از ۲۰۰۷ تاکنون) در حدود ۵ درصد می‌باشد. پرداخت از جیب تقریباً در طی سال‌های اخیر زیر ۴۰ درصد بوده است. این رقم برای سال ۲۰۰۸ حدود ۳۰/۷ درصد بوده است.

حدود ۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش طرح‌ها تجمیع ریسک^۱ و پرداخت از قبل^۲ می‌باشد. جدول ۳-۱۵ تفکیک پرداخت از جیب خدمات درمانی را در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد.

جدول ۳-۱۵- تفکیک پرداخت از جیب خدمات درمانی در سال ۲۰۰۸

تأمین کننده	درصد
بیمارستان	۳۱/۴
ویزیت پزشکان	۱۷/۷
دندانپزشکی	۱/۹
وسایل پزشکی	۶/۹
سایر تأمین کننده‌های پزشکی	۳۱/۳
سایر	-

مأخذ: حساب‌های ملی سلامت قانونی، گزارش هزینه‌های بهداشتی (۲۰۰۸-۲۰۰۷)

به دنبال سنگاپور، مالزی حسابی را به نام حساب III معرفی نمود که مشابه Medisave سنگاپور بود. این حساب فقط محدود به اعضای صندوق احتیاط می‌باشد و از این تعداد فقط ۱۰ درصد به عضویت صندوق درآمدند. این حساب به درمان بیماری‌های جدی و خطرناک اختصاص یافته است.

socso^۳ که تقریباً معادل سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد در سال ۱۹۶۹ به وجود آمد در این سازمان حق بیمه حوادث و سوانح که معادل ۱/۲۵ درصد حقوق و دستمزد می‌باشد و توسط

۳۳۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

کارفرما پرداخت می‌شود تأمین مالی حوادث و سوانح را برای اعضای این صندوق تحت پوشش قرار می‌دهد.

جدول ۴-۱۵. سهم مخارج دولت بر اساس بخش در طی سال‌های برنامه اول تا هشتم مالزی (ارقام به درصد)

اداری	خدمات اجتماعی	بهداشت	اقتصاد	بخش دفاع و امنیت	شرح
					هزینه کل
۸/۸	۲۶/۷	۶/۸	۲۵/۸	۲۰/۷	۱۹۶۳-۱۹۶۵
۸/۸	۲۸/۱	۶/۷	۲۲/۱	۲۱/۹	برنامه اول ۱۹۶۶-۱۹۷۰
۸/۴	۲۹/۶	۶/۱	۲۳/۷	۲۲/۳	برنامه دوم ۱۹۷۱-۱۹۷۵
۷/۵	۲۸/۱	۴/۷	۲۶/۲	۲۰/۴	برنامه سوم ۱۹۷۶-۱۹۸۰
۶/۳	۲۶/۷	۳/۸	۲۷/۳	۱۷/۵	برنامه چهارم ۱۹۸۱-۱۹۸۵
۸/۶	۲۷	۴/۶	۲۱/۹	۱۳/۷	برنامه پنجم ۱۹۸۶-۱۹۹۰
۱۰	۲۹/۸	۵/۶	۲۰	۱۶/۷	برنامه ششم ۱۹۹۱-۱۹۹۵
۱۱/۸	۳۳/۳	۴/۵	۲۱	۱۳/۱	برنامه هفتم ۱۹۹۶-۲۰۰۰
۹/۷	۳۷/۵	۷/۲	۱۷/۷	۱۳	برنامه هشتم ۲۰۰۱-۲۰۰۵

جدول ۵-۱۵. سهم بخش خصوصی و دولتی بر اساس درصدی از GDP

سال	بخش عمومی	بخش خصوصی	جمع
۱۹۹۷	۱/۴۵	۱/۴۶	۲/۹۱
۱۹۹۸	۱/۶۲	۱/۵۵	۳/۱۷
۱۹۹۹	۱/۶۷	۱/۵۷	۳/۲۴
۲۰۰۰	۱/۷۷	۱/۵۹	۳/۳۶
۲۰۰۱	۲/۱	۱/۶۴	۳/۳۷
۲۰۰۲	۲/۱۹	۱/۶۸	۴/۵۸
۲۰۰۳	۲/۴۹	۲/۰۸	۴/۵۷
۲۰۰۴	۲/۲۴	۲/۲۷	۴/۵۱
۲۰۰۵	۱/۸۶	۲/۳۶	۴/۲۲
۲۰۰۶	۱/۹۳	۲/۴۰	۴/۳۳
۲۰۰۷	۲/۱۱	۲/۶۷	۴/۷۸
۲۰۰۸	۲/۱۹	۲/۵۵	۴/۷۵

۵- پوشش خدمات

بخش دولتی خدمات بهداشتی و درمانی کل جمعیت این کشور را تحت پوشش دارد. اگر چه به علت نیروی انسانی کم و طولانی بودن لیست انتظار بسیاری از مردم ترجیح می دهند از خدمات بخش خصوصی استفاده کنند. به ویژه اینکه طرح های بیمه درمانی خصوصی ویزیت پزشک مشاوره و داروها را تحت پوشش قرار می دهد. طبیعی است در این حالت گروه های کم درآمد بیشتر از خدمات دولتی استفاده می کنند.

در نظام ارجاع، بیماران ابتدا توسط امدادگران که در کلینیک های سلامت هستند ویزیت می شوند و در صورت نیاز به ملاحظات بیشتر پزشکی پرونده بیمار به پزشکانی که در کلینیک های سلامت یا بیمارستان های منطقه ای هستند ارجاع می شود. متخصصین نیز در بیمارستان های اصلی و برخی بیمارستان های منطقه ای حضور دارند.

به گزارش مرکز ملی مطالعات مرگ و میر بهداشتی^۱ ۹۲ درصد شهرنشینان و ۶۹ درصد جامعه روستایی با اولین مرکز درمانی ۳ کیلومتر فاصله دارند. ضمناً طبق همین گزارش تنها ۶۷ درصد جمعیت روستایی در ایالت صباح و ۵۰٪ ایالت ساراداک با اولین مرکز درمانی ۵ کیلومتر فاصله دارد.

خدمات بهداشت عمومی ارایه شده شامل: کنترل بیماری ها، مراقبت های اولیه، بهداشت خانواده، کنترل کیفیت مواد غذایی، آموزش بهداشت و خدمات دندانپزشکی است.

فصل شانزدهم: نظام سلامت در هلند

۱- کلیات

هلند یکی از کشورهای اروپای غربی است که به کشور آسیاب‌های بادی، دوچرخه، پنیر و گل لاله مشهور است. هلند بخش اصلی و اروپایی پادشاهی هلند است که جزایری را در آمریکای مرکزی نیز شامل می‌شود. این کشور با کشورهای آلمان و بلژیک همسایه است. هلند کشور هنرمندان هم هست. بسیاری از هنرمندان مشهور جهان از رامبراند گرفته تا ون‌گوگ، نقاشان معروف، در این کشور زندگی می‌کردند.

تقریباً ۲۰ درصد از مساحت هلند را آب تشکیل می‌دهد. در عین حال پایین بودن ارتفاع مناطق خشکی آن نسبت به سطح دریا باعث شده هلندی‌ها سدهای زیادی احداث کنند. ۲۵ درصد مساحت این کشور، از عقب نشینی و خشک شدن آب دریا، تشکیل شده است. هلند کوه ندارد و ارتفاع بلندترین تپه در جنوب این کشور ۳۲۲ متر است. هلند عضو اتحادیه اروپا و پیمان آتلانتیک شمالی (ناتو) است. با وجود اینکه آمستردام پایتخت رسمی کشور هلند است برای تمرکززدایی، بسیاری از وزارتخانه‌های این کشور در شهر لاهه یا اطراف آن مستقر شده‌اند.

حکومت هلند پادشاهی مشروطه است که در آن شاه یا ملکه به عنوان رئیس حکومت، نقش چندانی در سیاست ندارد. دو مجلس نمایندگان در این کشور وجود دارد و نخست‌وزیری که حزب حائز اکثریت در کشور معرفی می‌کند دولت را تشکیل می‌دهد. نخست‌وزیر در هلند رئیس دولت محسوب می‌شود و مهم‌ترین مقام سیاسی کشور است.

این کشور از بزرگترین تولیدکنندگان لبنیات در جهان بوده و علاوه بر آن، مقادیر زیادی گندم، جو و سیب‌زمینی از مزارع این کشور به دست می‌آید.

۳۴۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

اکثر صنایع هلند، در شهر بندری روتردام در جنوب غربی هلند متمرکز شده‌اند. بندر روتردام دومین شهر بزرگ هلند است و از نظر مساحت و تعداد اسکله‌هایی که دارد، بزرگ‌ترین بندر اروپا نیز به شمار می‌رود.

صادرات هلند شامل ماشین آلات و تجهیزات، مواد شیمیایی، سوخت و مواد خوراکی است. محصولات وارداتی به این کشور شامل ماشین آلات و تجهیزات حمل و نقل، مواد شیمیایی، سوخت، مواد خوراکی و پوشاک است.

جمعیت هلند حدود ۱۷ میلیون نفر بود. زبان رسمی هلند، هلندی است. این زبان شاخه‌ای از زبان‌های ژرمن محسوب است و به آلمانی شباهت‌هایی دارد.

جدول ۱-۱۶. شاخص‌های کلان سلامت هلند

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۸۱	۷۹	۸۳	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۳	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۴	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۰/۴			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			درصد	نرخ باسوادی بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	---			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۱۶. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	۶۱۹۶۱۵	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	۳۷۱۱۸	تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲

فصل شانزدهم: نظام سلامت در هلند ۳۴۱

ردیف	شاخص	میزان	واحد	سال محاسبه شاخص
۳	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۱۲/۱	درصد	۲۰۱۰
۴	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۸۴/۸	درصد	۲۰۱۰
۵	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۱۴/۲	درصد	۲۰۱۰
۶	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۲۰/۱	درصد	۲۰۱۰
۷	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۵۶۸۳	دلار	۲۰۱۰
۸	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۵۱۱۲	دلار	۲۰۱۰
۹	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۴۸۲۰	دلار	۲۰۱۰
۱۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۴۳۳۵	دلار	۲۰۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

نظام بهداشت و درمان هلند در بسیاری از موارد متفاوت از سایر کشورهای اروپایی است. این نظام تاحد زیادی از تلاش سازمان‌های داوطلب، پا گرفته است به این علت همه بیمارستان‌ها و مؤسسات بهداشتی درمانی خصوصی و غیر انتفاعی هستند. از خصوصیات دیگر این نظام سابقه طولانی و موفق کاربرد نظام مشاوره‌ای است.

اولویت نظام سلامت هلند، دسترسی تضمین شده به خدمات مراقبت‌های بهداشتی مطابق (با اصول منسجم و برابر) در قانون اساسی هلند است.

تا قبل از سال ۱۹۵۱ وزارت کار و امور اجتماعی در هلند وجود داشت. در سال ۱۹۶۵ مسئولیت فرهنگی و تفریحی نیز به این وزارتخانه داده شد و نام آن به وزارت فرهنگ، تفریح کار و امور اجتماعی تغییر یافت. بین سال‌های ۱۹۵۱ و ۱۹۷۳ وزارت بهداشت عمومی و امور اجتماعی

۳۴۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

وجود داشته است. در سال ۱۹۷۳ وزارت بهداشت و درمان و محیط زیست بصورت مجزا شکل گرفت. در سال ۱۹۸۲ وزارتخانه سلامت، رفاه و فرهنگ تشکیل شد و سایر وظایف به وزارتخانه‌های دیگر منتقل شد. اما این وزارتخانه عمر چندان طولانی نداشت و در سال ۱۹۹۴ وزارت سلامت، رفاه و ورزش در هلند تأسیس شد که مسئول سلامت شهروندان است.

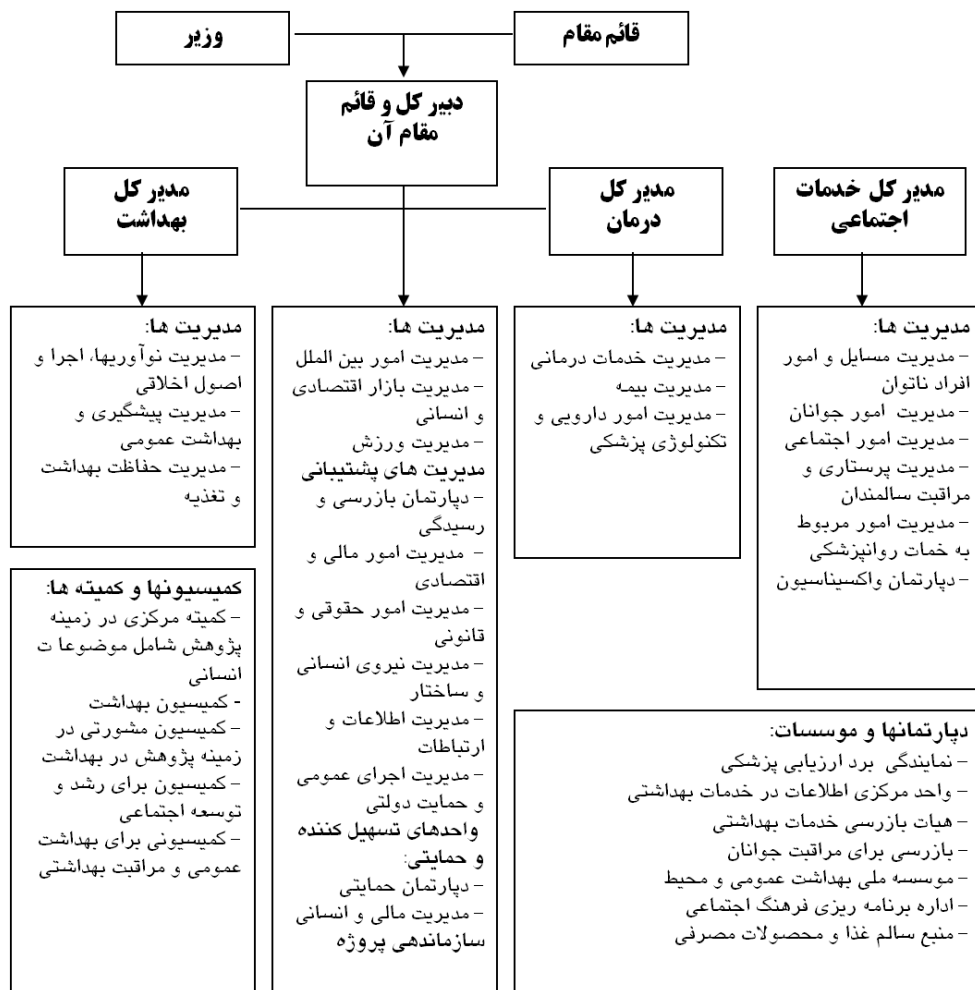
شعار وزارت سلامت، رفاه و ورزش هلند **ایجاد اجتماعی سالم برای مردم** می‌باشد. اجتماع سالم شامل تمام افراد پیر و جوان و حتی دارای ناتوانی‌های جسمی و روانی است. این وزارتخانه خدمات سلامت، حمایت‌های اجتماعی و امور ورزش را ارائه می‌دهند.

وزارت خانه مردم را تشویق به زندگی سالم، ورزش بیشتر، دخانیات کمتر، کاهش استفاده از مشروبات و روابط جنسی معین و یک رژیم غذایی سالم می‌نماید. افراد با مشکل سلامتی باید قادر باشند تا در هر کجا که بخواهند با پزشک عمومی، بیمارستان و یا دیگر ارائه کننده خدمات درمانی مشاوره نمایند. مراقبت‌های سلامت حق مسلم آنان است. با همکاری بیمه‌گران درمانی، ارائه کنندگان خدمات و سازمان‌های مرتبط با امور بیماران، وزارت مذکور اطمینان می‌یابد که خدمات کافی، در دسترس افراد قرار می‌گیرد و مردم دارای فرصت‌های کافی و مناسب برای انتخاب خدمات خود می‌باشند.

اگر چه هلند کشور مرفه‌ای بحساب می‌آید، اما برخی از اهالی (محلّه‌ها) از رفاه کمی برخوردارند. افرادی که دارای استقلال مالی نمی‌باشند نمی‌توانند بطور کامل در برنامه‌های اجتماعی مشارکت داشته باشند. به همین جهت برای بهبود موقعیت افراد وزارت خانه مذکور با همکاری وزارت خانه‌های اقتصاد، آموزش و خانواده به تقویت زیر ساختارهای اجتماعی مبادرت می‌ورزد. مناطق عمده خط مشی‌های اجتماعی در رابطه با فعالیت‌های داوطلبانه، مراقبت‌های جوانان و کودکان است.

ورزش برای سلامتی، زندگی اجتماعی و بهبود فردی بسیار مفید است. وزارتخانه خدمات مناسبی برای توانا ساختن افراد و تشویق آنها به ورزش ارائه می‌دهد. حمایت‌های مالی به ورزش‌های سطح اول و افزایش توان رقابتی بین‌المللی افراد در زمینه ورزش نیز از جمله خدمات وزارت مذکور است.

شکل ۱-۱۶. نمودار سازمانی وزارت سلامت، رفاه و ورزش هلند

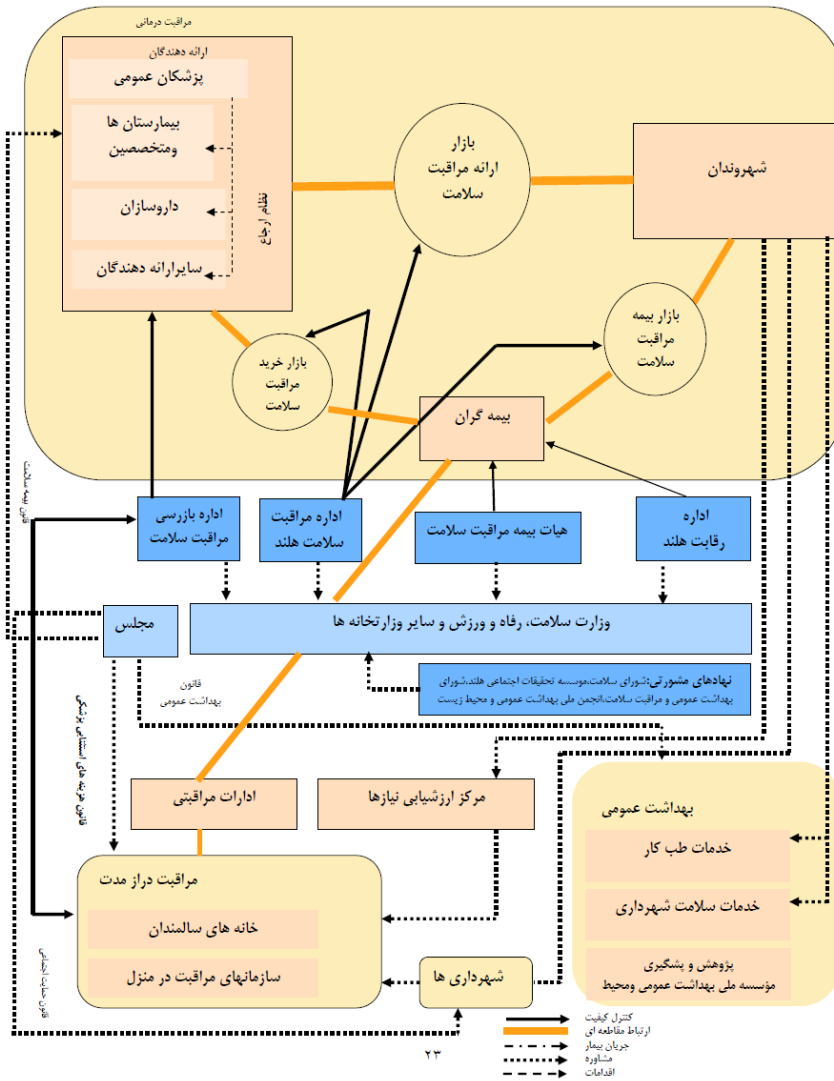


وزارت سلامت، رفاه و ورزش برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نظام سلامت را به عهده دارد. بیمه‌های اجتماعی نیز باید به وزارت پاسخگو باشند. وزارت مربوط سطح حق بیمه را بر مبنای درآمد با توجه به پیشنهادات شورای عالی صندوق‌های بیماری مشخص می‌کند. وزیر در مورد نوع تکنولوژی مورد استفاده در بیمارستان و اجرای آنها نظارت می‌کند و نظارت عالی بر روند پرداخت صورت‌حساب‌ها به پزشکان و بیمارستان‌ها را به عهده دارد. تمامی تصمیمات هزینه‌های سوانح باید در پارلمان تصویب شود. هیات ملی نظارت بهداشت عمومی، شورای عالی بیمارستان‌ها

۳۴۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

و سلامت به موازات هم پیشنهادتی را در مورد تعرفه‌ها اعلام می‌نماید. میزان رضایت از سیستم سلامت در هلند نسبت به کشورهای اتحادیه اروپا در وضعیت بهتری قرار دارد. از دیگر نقاط قوت سیستم سلامت هلند ارایه خدمات جامع برای مراقبت‌های اورژانسی و ارایه خدمات پرستاری بلند مدت به افراد مسن است. ساختار نظام سلامت در کشور هلند بصورت شماتیک در شکل ۲-۱۶ آورده شده است.

شکل ۲-۱۶. ساختار نظام سلامت در هلند



انجمن‌ها و سازمان‌های ناظر

کمیسیون بیمه مراقبت سلامت (CVZ) به منظور اطمینان از نحوه کارکرد بیمه‌های (AWBZ و ZFW) و توجه به توصیه‌های دولت در مورد موضوع‌های مربوط به بیمه سلامت تشکیل شد و روزانه اجرای قوانین بیمه‌ای توسط این بیمه‌ها را کنترل می‌کند. این کمیسیون دارای ۹ عضو مستقل است که از جانب وزیر بهداشت منصوب می‌گردند.

شورای سلامت یک واحد قانونی با ۱۶۰ عضو مستقل، مشاور دولت در زمینه‌های علمی پزشکی، دارویی، مراقبت بهداشتی، بهداشت عمومی و محیط است.

علاوه بر این شوراها کمیسیون‌های زیر نیز در هلند فعال هستند.

۱. **کمیسیون مراقبت بهداشتی و بهداشت عمومی** که یک واحد مستقل دولتی با ۹ عضو است که توسط ملکه و به منظور ارائه مسائل استرژیک مراقبت بهداشتی و سیاست‌ها و خط‌مشی‌های رفاهی منصوب شده‌اند.

۲. **کمیسیون تعرفه‌های خدمات بهداشتی** که یک واحد مستقل دولتی است و مسئولیت تدوین سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها، تعیین چارچوبی برای تنظیم و انتقال تعرفه‌ها، تعیین و تصویب تعرفه‌های خیلی بالا، بازبینی نتایج حاصل از کاربرد تعرفه‌ها در راستای توسعه نتایج بدست آمده را بر عهده دارد.

۳. **کمیسیون ارزیابی فرایندهای دارویی** که مسئول تنظیم امور دارویی است.

۴. **کمیسیون مراکز بیمارستانی** که سیاست‌ها و خط‌مشی‌های بیمارستان و بهبود و توسعه ساختار آن را بر عهده دارد.

۵. **مرکز ملی بهداشت عمومی و بهداشت محیط** که درگیر مجموعه‌ای از اطلاعات اساسی و مهم در زمینه بهداشت و بهبود و توسعه آزمایشات بالینی و ارزیابی واکسیناسیون بیماری‌ها است. به جز موارد ذکر شده، تعداد زیادی از مراکز و مؤسسات خصوصی نیز درگیر خدمات بهداشتی درمانی هستند از قبیل:

۱. مرکز پزشکی رویال که نماینده پزشکان است.

۲. اتحادیه بیماران و مصرف‌کنندگان که نماینده بیماران و مصرف‌کنندگان و سازماندهی و توزیع اطلاعات در زمینه مسائل بهداشتی به عموم مردم است.

۳. مرکز بهبود مراقبت‌های بهداشتی که بر کیفیت خدمات بیمه و بهبود کیفیت مراقبت از بیماران متمرکز است.

۳- نظام رایه خدمات

در کشور هلند دولت مسئول رایه مراقبت‌های سلامت نیست. تأمین کنندگان خصوصی سلامت و بهداشت مسوولیت آماده سازی این خدمات را بر عهده دارند و دولت مسوول تأمین دسترسی و نظارت بر کیفیت این خدمات می‌باشد.

در نظام مراقبت سلامت هلند، رایه دهندگان مراقبت سلامت خصوصی در درجه اول مسئول رایه خدمات می‌باشند. مراقبت‌های سلامت به مراقبت‌های پیشگیرانه، مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های ثانویه طولانی مدت تقسیم شود. مراقبت پیشگیرانه به طور عمده از طریق خدمات بهداشتی عمومی رایه می‌شود. پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقاء سلامت و حمایت از سلامت تحت مسوولیت شهرداری‌ها قرار دارند. ۲۹ خدمات سلامت وابسته به شهرداری وجود دارد که این وظایف را برای کل ۴۴۳ شهرداری انجام می‌دهند.

در هلند مراقبت بهداشتی اولیه (PHC) به طور کامل توسعه یافته و اساساً توسط پزشک خانواده رایه می‌شود. در این سیستم هر بیمار در لیست بیماران یک پزشک عمومی قرار می‌گیرد و باید از طریق آن پزشک به پزشکان متخصص یا بیمارستان‌های تخصصی ارجاع داده شود. از آنجا که مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۲/۳ کلیه تماس‌های مراجعان را شامل می‌شود لذا رایه این خدمات توسط پزشکان خانواده باعث کاهش میزان ارجاعات بیماران می‌گردد.

مراقبت‌های اولیه طیف گسترده‌ای از رایه دهندگان مثل پزشکان عمومی، فیزیوتراپ‌ها، داروسازان و روانشناسان و ماماها را شامل می‌شود. عملکرد پزشکان عمومی بعنوان دروازه بانان به این معناست که مراقبت‌های بیمارستانی و تخصصی (به جز مراقبت‌های اورژانس) تنها از طریق ارجاع توسط پزشکان عمومی قابل دسترسی است. تنها ۴٪ از موارد مراجعات به پزشک عمومی به ارجاع به مراقبت‌های ثانویه منجر می‌گردد. دندانپزشکان و ماماها همواره مستقیماً قابل دسترسی می‌باشند. فیزیوتراپ‌ها از سال ۲۰۰۶ به طور مستقیم قابل دسترسی شدند گرچه اکثریت بیماران هنوز توسط پزشکان عمومی به آنها ارجاع داده می‌شوند. بعد از ارجاع، بیماران می‌توانند بیمارستانی را که مایلند در آن درمان شوند را انتخاب نمایند.

فصل شانزدهم: نظام سلامت در هلند ۳۴۷

از آنجا که پزشکان خانواده زمان بیشتری را با بیماران صرف می‌کنند بنابراین آموزش مهارت‌های ارتباطی به عنوان مسأله‌ای مهم در آموزش پزشکان خانواده مطرح می‌باشد و باعث کاهش میزان تجویزها می‌گردد.

در نظام سلامت هلند پزشکان عمومی دارای نقش کلیدی هستند هر فرد باید نزد یک پزشک عمومی ثبت نام کند. این پزشک عمومی مانند هم‌تای خود در NHS به صورت هدایت‌گر و دروازه‌بان در مراقبت‌های تخصصی برای جلوگیری از درمان‌های غیر ضروری عمل می‌کند. پرستاران شاغل هم برای انجام معاینه‌ها در مورد بیماری‌های طولانی مدت استخدام می‌شوند.

بسیاری از پزشکان عمومی بصورت انفرادی کار می‌کنند. اما از طریق همکاری برای ارزیابی مراقبت‌های فوری یکدیگر را حمایت می‌کنند که معمولاً در یکی از ۱۵۰ مرکز توزیع شده به صورت منطقه‌ای می‌باشد اگر چه بعضی از بیمه‌گرها مانند Menzis مراکز مراقبت‌های اولیه خودشان را برای پایین آوردن هزینه‌های بیماران افتتاح کرده‌اند.

پزشکان عمومی قراردادهای مستقل دارند و به صورت پاره وقت در مراکز بهداشتی فعالیت می‌کنند (تا ۴۰ درصد ساعات کاری) تقریباً اکثر پزشکان متخصص خویش فرما هستند و معمولاً به وسیله بیمارستان‌ها سازماندهی می‌شوند.

مراقبت‌های ثانویه شامل آن شکل از مراقبت‌هایی است که تنها با ارجاع از طریق ارزیابی دهندگان مراقبت‌های اولیه قابل دسترسی است و اساساً توسط بیمارستان‌ها و ارزیابی دهندگان خدمات سلامت روان عرضه می‌گردد. بیمارستان‌ها هر دو بخش بستری و سرپایی را همانند بخش‌های اورژانس ۲۴ ساعته دارا هستند. بیماران با شرایطی که زندگی‌شان در معرض تهدید جدی نمی‌باشد به پزشکان عمومی خاصی برای دریافت خدمات خارج از ساعت مراجعه می‌کنند. همچنین بخش‌های سرپایی بیمارستان‌ها برای تشخیص قبل و یا بعد از بستری فعال هستند. در چنین بیمارستان‌هایی اکثر متخصصین (۷۵٪) مشارکت می‌نمایند.

خدمات بیمارستانی در هلند معمولاً از طریق بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی ارائه می‌شود. بیش از ۹۰٪ بیمارستان‌های هلند (بالای ۸۰ درصد از تخت‌های حاد بیمارستانی در این کشور) متعلق به بخش خصوصی هستند و به صورت خصوصی توسط پزشکان مدیریت می‌شوند. اگر چه دولت به طور سنتی بودجه‌های بیمارستان و حق‌الزحمه پزشکان را تنظیم می‌کند و توسط شارژهای

ثابت شده‌ای تنظیم می‌شوند که بیمه‌گرها می‌توانند به بیمارستان‌ها بپردازند که بر اساس تعداد تخت‌ها، متخصص‌ها و حجم بیماران می‌باشد. بیمه‌گرها با تمام ارایه‌دهندگان قرارداد می‌بندند و نمی‌توانند بر روی قیمت مذاکره کنند، مشوق‌هایی برای بیمارستان‌ها وجود دارند که بسیار کارآمد هستند زمانی که آنها در نوعی مراقبت خاص پولشان را از دست می‌دهند به آسانی در لیست‌های بلند انتظار سهمیه‌بندی می‌شوند. اصلاحات اخیر تغییراتی را در نظام‌های پرداخت ایجاد کرده است. سیستم جدید پرداخت، پرداخت برای محصولات خاص^۱ نام دارد. این سیستم ترکیبی از درمان، تشخیص - مرحله‌ای است که در آن قیمت‌ها با هزینه‌های واقعی مرتبط شدند و به طور فزاینده‌ای این اجازه را می‌دهد که بیمه‌گرها در موقعیت ارایه خدمات بیمارستان‌ها مذاکره کنند به طور معمول این فقط در ۱۰٪ خدمات به کار برده می‌شود اما در آینده، انتظار می‌رود که بیشتر مراقبت‌های با استفاده از این سیستم بازپرداخت شوند. بیمه‌گرها در حال حاضر در قرارداد بستن با بیمارستان‌ها، آزاد نیستند، بیمارستان‌هایی که مراقبت‌هایی با استانداردهای ضعیف ارایه می‌دهند شامل این قراردادها نمی‌شوند بیمه‌گرها به طور مستقیم تعداد زیادی از بیماران را به بهترین ارایه‌دهندگان معرفی می‌کنند. آزمایشات هم «برای پرداخت - برای عملکرد - برای کیفیت» رخ می‌دهند که به بیمه‌گرها ابزارهای بیشتری ارایه می‌دهند که در آن عملکرد بیمارستان با بررسی و کیفیت مناسب نتایج مشخص می‌شود.

توزیع فرآورده‌های دارویی به طور انحصاری برای داروسازان مستقل و پزشکان عمومی توزیع کننده (در بعضی مناطق روستایی) محفوظ است. داروهای OTC برای خود درمانی هم در داروخانه‌ها و هم نزد داروسازها قابل دسترسی است. مراقبت‌های طولانی مدت اساساً توسط خانه‌های سالمندان، منازل مسکونی و سازمان‌های مراقبت در منزل ارایه می‌شود. در سال ۲۰۰۷، تقریباً ۱/۷ میلیون نفر (۶۱٪ زنان) از مراقبت‌های غیررسمی (حمایت‌های عاطفی، امور خانه داری و همراهی بیماران طی بازدید از اعضاء خانواده) تا افراد بیمار یا ناتوان اکثراً از والدین (۴۲٪) یا زن وشوهرها (۲۰٪) بهره‌مند شده‌اند. اکثر مراقبت‌های تسکین دهنده با نظام رایج مراقبت سلامت ادغام یافته است. مراقبت‌های تسکین دهنده توسط پزشکان عمومی، مراقبت در منزل، خانه‌های

1- payment for specific products

سالمندان، متخصصان و کارکنان داوطلب ارایه می‌شود. بعلاوه شمار واحدهای تسکین دهنده و آسایشگاهها (بعنوان مثال خانه‌های سالمندان) روبه رشد است.

مراقبت‌های اولیه مربوط به دندان توسط دندانپزشکان و بهداشت کاران دهان و دندان فراهم شده است. با عنایت به فعالیت مناسب بیمه‌های درمان مکمل در هلند خدمات درمانی تحت پوشش بیمه درمان پایه برای مراقبت‌های دندانپزشکی در سطح پیشگیری ارایه نمی‌شود، لیکن هزینه‌های تحمیل شده به بیمار در ازای اقدامات دندانپزشکی از ۰ تا ۱۰۰ درصد هزینه‌های بازسازی دندان‌ها پرداخت می‌شود.

اکثر شهروندان توسط یک دندانپزشک ثبت نام شده‌اند. تقریباً ۸۰۰۰ دندانپزشک فعال در هلند وجود دارد. طیف وسیعی از درمان‌های جایگزین در هلند وجود دارد.

نمونه‌هایی از درمان‌های جایگزین هموپاتی، طب سوزنی، طب معمولی و آسیب شناسی استخوان‌ها و عضلات می‌باشد. در سال ۲۰۰۷، ۱۰/۵٪ از جمعیت با ارایه دهندگان مراقبت‌های جایگزین شامل پزشکان عمومی ارایه دهنده درمان‌های جایگزین مشورت کرده‌اند.

مراقبت‌های اجتماعی

مهمترین خدمات اجتماعی شامل پرستاری در منزل و خانه‌های سالمندان است. هلند بالاترین میزان مراکز مراقبت سالمندان را در اروپا دارد.

سازمان بیمه مراقبت‌های خاص (AWBZ) هزینه‌های این مراکز را به عهده می‌گیرد و فرد ساکن در این مراکز تنها بخش خیلی کمی از هزینه‌ها را پرداخت می‌نماید. درآمدهای مرتبط صرف هزینه‌ها می‌شود. هر فرد ساکن در این مراکز، یک پزشک عمومی دارد که مسئول مراقبت‌های پزشکی اوست.

انتظار می‌رود هزینه‌های مراقبت از سالمندان توسط بیمه اجتماعی و مالیات‌ها (که رو به افزایش هستند) تأمین شود. اما هزینه‌های تحمیلی سالمندان به میزان بیشتری رشد خواهد کرد.

همچنین در هلند حیطه وسیعی از ارایه خدمات بهداشتی درمانی روانی وجود دارد. از کلینیک‌های سرپایی تا مراکز مراقبت‌های بلند مدت بیماران روانی، از دپارتمان‌های روانپزشکی سالمندان تا کمیته‌ها و انجمن‌های درمانی. به طور کلی در هلند ۶۶ دپارتمان روانپزشکی

بیمارستان‌های عمومی و دانشگاهی وجود دارد که خیلی بزرگ نیستند و متوسط اقامت در این مراکز نسبتاً کوتاه است.

۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. نظام تأمین مالی

نظام سلامت در کشور هلند عمدتاً از طریق بیمه‌های درمان خصوصی و اجتماعی تأمین مالی می‌شود. بیمه‌های اجتماعی ۶۲ درصد و بیمه‌های خصوصی ۳۱ درصد از افراد را تحت پوشش دارند. طرح ملی بیمه ریسک‌های کمرشکن، بیماری‌های مزمن، مراقبت‌های مربوط به ناتوانی و روان درمانی را پوشش می‌دهد. بخش‌های غیرانتفاعی و مشاغل خویش فرما نقش کلیدی را در ارائه خدمات درمانی ایفا می‌کنند. شکل ۴-۱۶ فلوجارت تأمین منابع مالی نظام سلامت هلند، رانشان می‌دهد.

استانداری‌ها و شهرداری‌ها مدیریت نظام مالیاتی کشور را عهده دار می‌باشند. مالیات‌های جمع‌آوری شده عمدتاً به منظور تأمین هزینه‌های تحقیق در سلامت و بهداشت همگانی بکار می‌روند.

مالیات‌ها از افراد جمع‌آوری شده و در اختیار صندوق بیماری قرار می‌گیرد، که پرداخت‌هایی را برای ارائه دهندگان خدمات سلامت صورت می‌دهند. مالیات‌های عمومی پرداخت شده توسط مردم در بودجه دولت لحاظ شده که از آن منبع پرداخت‌هایی برای ارائه خدمات سلامت همگانی، صورت می‌گیرد.

نظام قانون بیمه سلامت (ZVW) بوسیله ترکیبی از مشارکت‌های وابسته به درآمد و حق بیمه‌های پرداختی توسط بیمه‌گزاران تأمین مالی می‌گردد. حق بیمه‌ها به صورت درصدی و نرخ ثابت از افراد دریافت می‌گردند. حق بیمه‌ها به درآمد افراد بیمه شده وابسته می‌باشند و قسمتی از حق بیمه توسط کارفرما پرداخت می‌گردد.

حق بیمه با نرخ ثابت به صندوق‌های بیماری پرداخت می‌گردد میزان مشارکت حاصل از درآمد در ۶/۵ درصد از اولین درآمد مالیات پذیر سالانه از ۳۰/۱۰۰۰ یورو (۴۳۱۳۰ دلار) تعیین شده است.

کارفرمایان می‌باید بابت این مشارکت به کارمندان خود بازپرداخت نموده و کارمندان از این بازپرداخت مالیات بپردازند. برای آنهایی که کارفرما ندارند و هیچگونه مزایای بی‌کاری دریافت نمی‌کنند، میزان مشارکت حاصل از درآمد را ۴/۴٪ تعیین کرده‌اند. سهم حاصل از درآمد ۶/۵٪ از اولین درآمد ۳۰۰۰۰ یورویی (۴۳۱۳۰ دلار) درآمد مالیات پذیر سالیانه تعیین گردیده است. کارفرمایان باید بابت سهم کارکنان خود به آنها بازپرداختی داشته باشند و کارکنان نیز باید از این بازپرداختی مالیات بپردازند.

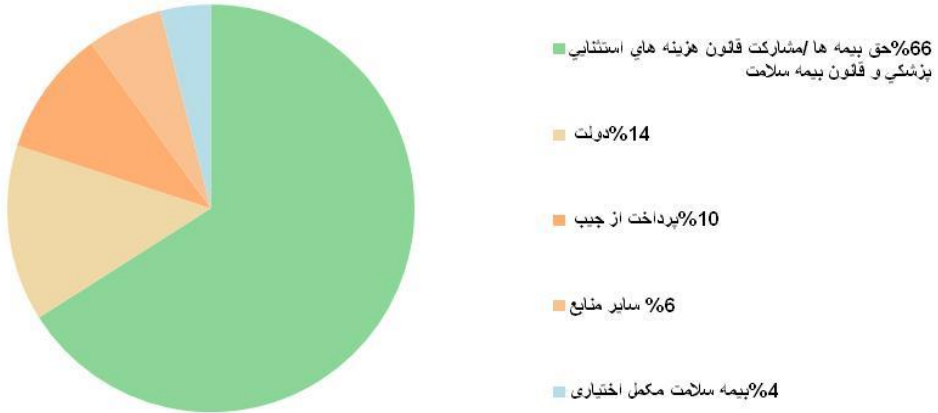
برای آنهایی که کارفرما ندارند و از مزایای بیکاری استفاده نمی‌نمایند سهم وابسته به درآمد ۴/۴ درصدی در نظر گرفته شده است.

میزان مشارکت افراد دارای شغل آزاد منحصراً توسط اداره مالیات تخمین زده می‌شود. مشارکت‌ها به طور مرکزی جمع‌آوری در بین کارفرمایان بر اساس فرمول سرانه تعدیل خطر توزیع می‌گردد. در سال ۲۰۰۶ میانگین سالیانه حق بیمه‌ها ۱/۰۵۰ یورو (۱۵۱۳ دلار) بوده است. دولت حق بیمه‌های کودکان تا سن ۱۸ سالگی پرداخت می‌نماید. در شکل ۴ بصورت ساده شمای جریان مالی تحت قانون بیمه سلامت (ZvW) ترسیم شده است. در سال ۲۰۰۵ منابع دولتی ۶۵/۷٪ از کل هزینه مراقبت سلامت را تأمین مالی نموده‌اند (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۷) در سال ۲۰۰۶ این نسبت به حدود ۷۸٪ افزایش یافت. پرداخت حق بیمه که از کانال صندوقهای بیماری و تأمین منابع ارایه خدمات همگانی سلامت پرداخت می‌گردد و بودجه برای مؤسسات و بیمارستان‌های روانی، خدمات بیمارستانی روانی، خدمات سلامت در منزل، خانه‌های سالمندی و پرستاری در منزل تخصیص می‌یابد. سهم هزینه مراقبت سلامت و منابع تأمین مالی در ازای نوع مراقبت در سال ۲۰۰۷ در شکل ۷-۱۶ آورده شده است.

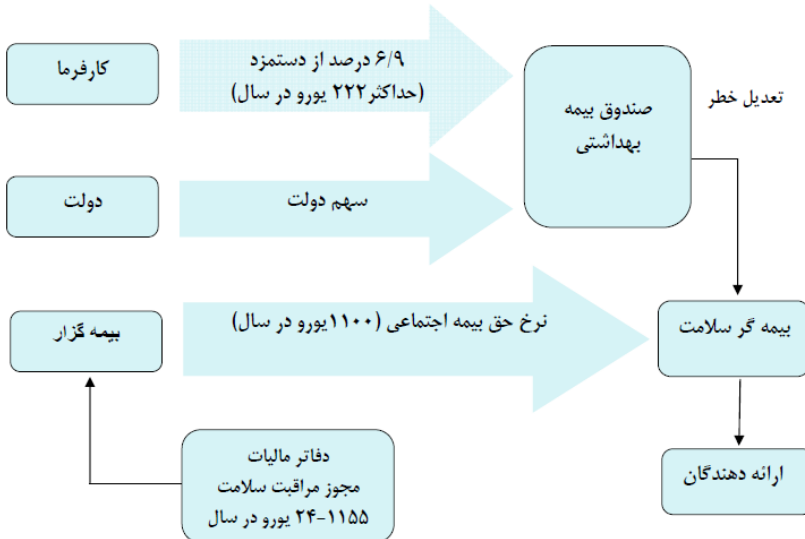
مشارکت و توزیع درآمدها بین صندوق‌ها به صورت سرانه و با لحاظ کردن ضریب ریسک صندوق می‌باشد. علاوه بر این اعضای هر صندوق بسته به کل مخارج صندوق در سال باید مبلغ ثابتی را به صندوق پرداخت کنند. بیمه شدگان قادر به انتخاب صندوق بیمه‌ای هستند.

۳۵۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

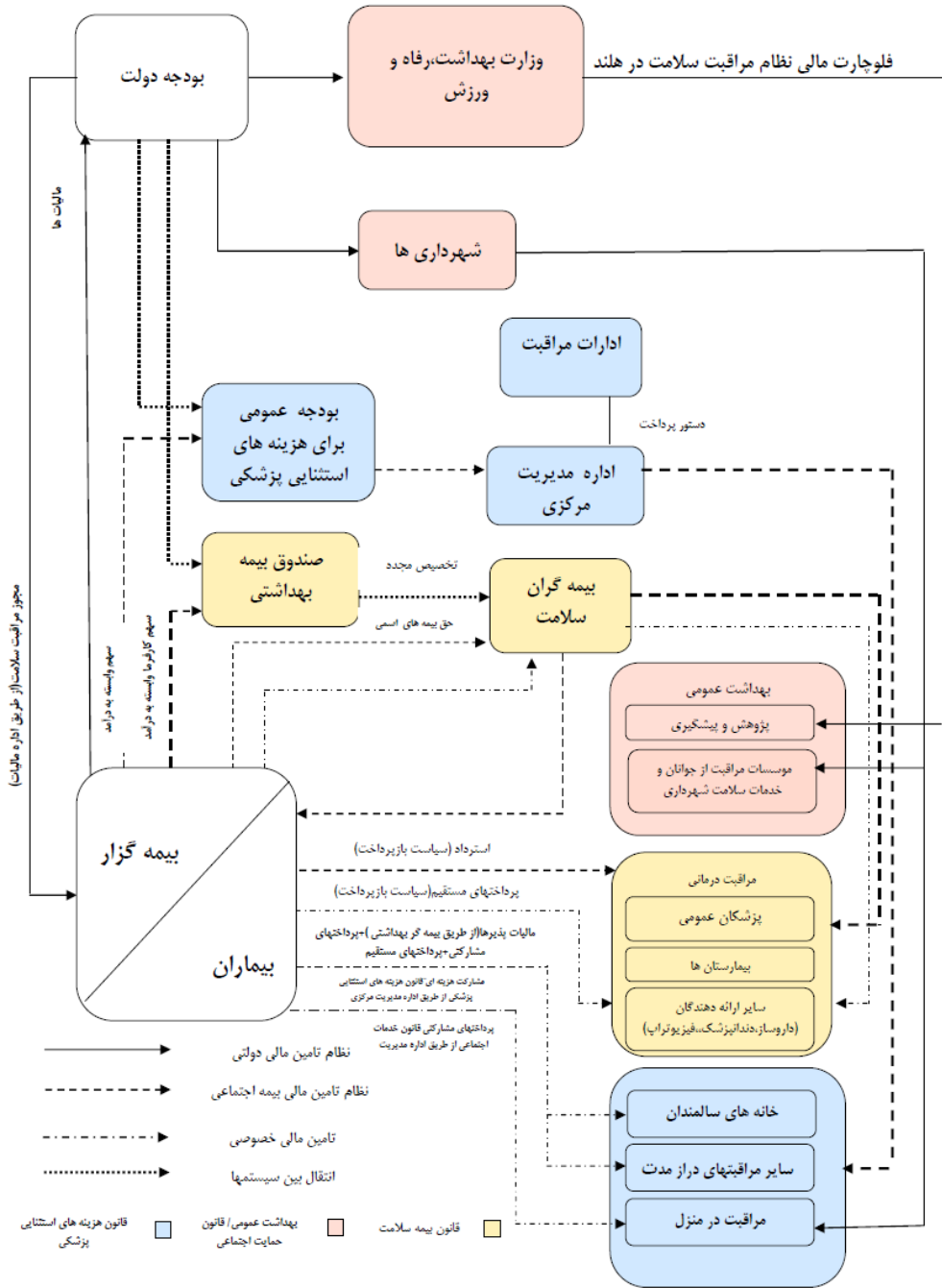
شکل ۵-۱۶- درصد مشارکت مالی در تأمین منابع سلامت هلند در سال ۲۰۰۸



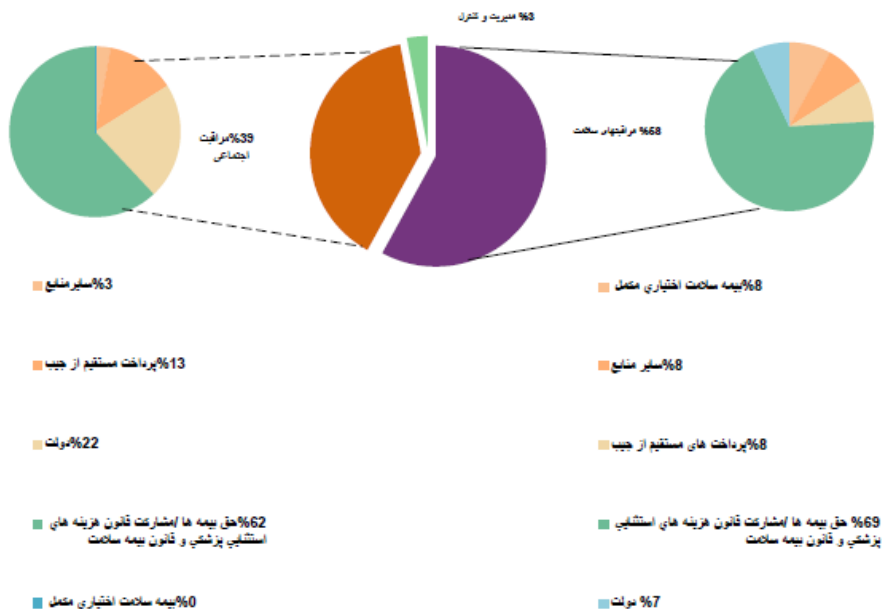
شکل ۳-۱۶. نمودار جریان مالی تحت قانون بیمه سلامت (Zvw)



شکل ۴-۱۶. فلوجارت تأمین منابع مالی نظام سلامت هلند



شکل ۶-۱۶. سهم هزینه مراقبت سلامت و منابع تأمین مالی در ازای نوع مراقبت در سال ۲۰۰۷



۲-۴. بیمه سلامت در هلند

در این کشور فعالیت‌های بیمه در سه شکل مختلف ارائه می‌شود که هر یک توسط اهرم‌های مختلفی کنترل می‌گردد.

۱. یک بیمه سلامت ملی برای موارد پزشکی خاص و استثنایی
۲. بیمه اجباری برای اشخاص با درآمد پایین‌تر از یک حد معین، بیمه خصوصی و اختیاری
۳. بیمه‌های مکمل اختیاری

در سال ۲۰۰۷، ۸/۹٪ از تولید ناخالص داخلی هلند صرف مراقبت‌های سلامت شد. بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۷ هزینه‌ها (در ثبات قیمت‌ها) در شرایط واقعی حدود ۳۸٪ افزایش یافت.

نظام بیمه‌ای سلامت هلند در اصطلاح به سه بخش تقسیم می‌شود. بخش اول شامل طرح بیمه سلامت اجتماعی اجباری (SHI) برای درمان بلند مدت است. این طرح برای افرادی با شرایط مزمن نیازمند به مراقبت‌های مستمر است که شامل عواقب مالی قابل توجهی می‌شود و بر طبق

قانون هزینه‌های استثنایی پزشکی تنظیم شده است. قانون هزینه‌های استثنایی پزشکی اساساً از طریق مشارکت‌های وابسته به درآمد تأمین مالی می‌گردد. نظام پیچیده به اشتراک گذاری هزینه برای افرادی که مشمول قانون هزینه‌های استثنایی پزشکی می‌گردند بکار گرفته می‌شود. این مراقبت‌ها بعد از ارزشیابی نیازها و تدارک مراقبت توسط ادارات مراقبتی سازماندهی می‌گردند.

ادارات مراقبتی به طور کاملاً مستقل اما در ارتباط تنگاتنگ و وابسته با بیمه‌گران سلامت فعالیت می‌کنند. همچنین بخش دوم متشکل از یک سیستم بیمه سلامت اجتماعی اجباری است که کل جمعیت را برای بیمه سلامت پایه تحت پوشش قرار می‌دهد. بیمه سلامت پایه، مراقبت‌های درمانی ضروری را تحت پوشش دارد و در برابر معیار فایده آشکارا، هزینه-اثر بخشی و نیاز به تأمین مالی همگانی آزمایش شده است. این طرح توسط قانون بیمه سلامت تنظیم می‌گردد. تمام شهروندان هلندی در این طرح به دوروش مشارکت دارند. در روش اول، آنها نرخ حق بیمه ثابت را که اصطلاحاً به آن حق بیمه اسمی گفته می‌شود مستقیماً به بیمه‌گر سلامت منتخب خود پردازند.

در روش دوم، سهم کارفرما وابسته به درآمد که حقوق و دستمزد آنها کسر و به صندوق بیمه سلامت انتقال داده می‌شود. سپس منابع از این صندوق به بیمه‌گران سلامت بر طبق نظام تعدیل ریسک اختصاص داده می‌شود. مجوز مراقبت سلامت باید تا اندازه‌ای جبران درآمدهای پایین‌تر را برای هزینه‌های بیمه سلامت بنماید. سومین بخش شامل بیمه سلامت اختیاری مکمل (VHI) است که خدمات سلامتی را که تحت پوشش طرح‌های قانون هزینه‌های استثنایی پزشکی و قانون بیمه سلامت نمی‌باشد، تحت پوشش قرار می‌دهد. پیشگیری و حمایت اجتماعی (شامل خدمات مراقبت در منزل) بخشی از سیستم بیمه سلامت اجتماعی اجباری و بیمه سلامت اختیاری مکمل نمی‌باشند اما به طور عمده از طریق مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌گردند.

از زمان معرفی اصلاحات ۲۰۰۶، پرداخت به ارایه دهندگان مراقبت‌های سلامت به طور چشمگیری تغییر یافته است. در حال حاضر به پزشکان عمومی به شکل ترکیبی هزینه سرانه و کارانه پرداخت صورت می‌گیرد. برای بیمارستان‌ها و مراقبت‌های روانی بر طبق نظام گروه‌های تشخیصی (DRG) که اصطلاحاً ترکیب تشخیص و درمان گفته می‌شود از سال ۲۰۰۵ ایجاد شده است. به ارایه دهندگان مراقبت‌های بلند مدت بر طبق ارزشیابی از شدت نیاز به مراقبت بر حسب هر

بیمار پرداخت می‌شود. پرداخت بیمارستان‌ها و پرداخت درمان مراقبت‌های بلند مدت، هر دو از این اصل پیروی می‌کند که بیماری به دنبال خود هزینه می‌آورد.

از اول ژانویه ۲۰۰۶ سیستم بیمه بهداشتی درمانی جدیدی در هلند بوجود آمد. کسانی که در هلند زندگی می‌کنند یا مالیات بر درآمد پرداخت می‌کنند ملزم به خرید بیمه خدمات بهداشتی درمانی از یک کمپانی بیمه هلندی می‌باشید، در گذشته تفاوت بین بیمه درمانی دولتی (عمومی) و خصوصی در هلند وجود داشت. اما به هر حال امروزه تغییر کرده و همه ملزم به خرید بیمه بهداشتی درمانی اولیه و پایه هستند.

بر اساس قانون خدمات سلامت^۱ سال ۲۰۰۶ بیمه بین SHI^۲ و PHI^۳ تقسیم‌بندی شده است و یک بازار رقابتی یکپارچه شده از بیمه سلامت را به وجود آورده است که هدفش کنترل کردن مزایای رقابتی و در عین حال حفظ اصول منسجم و مسئولیت‌های می‌باشد در حال حاضر تمام افراد بایستی «مجموعه اصلی» بیمه سلامت را خریداری کنند و خرید بیمه تکمیلی برای مراقبت‌هایی که تحت پوشش این مجموعه نیستند یک انتخاب اختیاری می‌باشد. انتخاب بیمه‌گر و طرح بیمه در حال حاضر برای همه آزاد است، این امید وجود دارد که مردم با همکاری خود نوآوری، کیفیت و اثربخشی هزینه‌ها را بدون مشکلی به وجود بیاورند.

دولت بسته اولیه بیمه را طوری قرار داده که پوشش آن همانند نظام‌های قبلی است. کمپانی‌های بیمه بهداشتی درمانی هم از نظر قانونی موظف به ارائه حداقل این بسته پایه و اولیه هستند و نمی‌توانند هیچکس از متقاضیان این بسته پایه را رد کنند. با بسته پایه فرد در موارد زیر پوشش قرار خواهید گرفت:

- مراقبت‌های پزشکی، مشاغل خدمات توسط پزشکان عمومی، بیمارستان‌ها، متخصصان پزشکی و متخصصان زنان و زایمان
- اقامت بیمارستانی

1- Dutch Health Care Act
2- Statutory health insurance
3- Private health insurance

فصل شانزدهم: نظام سلامت در هلند ۳۵۷

- مراقبت‌های دندانپزشکی (تا سن ۱۸ سالگی، در زمان ۱۸ سالگی یا بزرگتر شما فقط تحت پوشش مراقبت‌های تخصصی دندانپزشکی و دندان غیرطبیعی هستید).
- لوازم مختلف پزشکی
- داروهای مختلف
- مراقبت‌های قبل از تولد
- حمل و نقل بیمار (مثلاً آمبولانس)
- مراقبت‌های پیرا پزشکی

در عین حال افراد می‌توانند بیمه اضافی خرید کنند. به هر حال در این شرایط کمپانی‌های بیمه می‌توانند درخواست فرد را رد کنند و این حق را دارند که قیمت تعیین کنند. هزینه بسته بیمه درمانی پایه معمولاً سالانه معین می‌شود.

اگر چه در هلند درجه بالایی از انتخاب بیمه‌گر وجود دارد افراد در انتخاب بین تقریباً پنجاه بیمه‌گر خدمات بهداشتی هلندی در سطح کشور آزاد هستند.

قبل از سال ۲۰۰۶، افراد با درآمد تقریباً بیش از ۳۰/۰۰۰ یورو (۴۳۱۳۰ دلار) در سال و تبعه آنها (حدود ۳۵٪ از جمعیت) از پوشش قانونی ارایه شده توسط صندوق‌های بیماری دولتی مستثنی بودند و می‌توانستند توسط بیمه‌گران خصوصی سلامت تحت پوشش قرار گیرند. این شکل از جانشینی بیمه سلامت خصوصی توسط دولت وضع گردیده بود تا افراد مسن و افراد در سطح سلامت نامناسب بتوانند دسترسی کافی به مراقبت سلامت داشته و دولت بتواند طرح بیمه سلامت که توسط بخش دولتی تأمین مالی می‌گردد برای تعداد نامتناسب از افراد پرخطر جبران نماید. اما بیمه سلامت خصوصی جانشین در سال ۲۰۰۶ منسوخ گردید. اکثریت جمعیت ترکیبی از بیمه سلامت خصوصی مکمل و تکمیلی را از همان بیمه‌گران سلامت که پوشش قانونی را فراهم می‌کردند، دریافت می‌نمایند.

این امر، نگرانی‌هایی را در باب احتمال انتخاب ریسک افزایش داده است بدلیل آنکه همانند حق بیمه‌ها و خدمات داوطلبانه تحت پوشش تنظیم نشده است. در سال ۲۰۰۵، بیمه سلامت خصوصی ۲۰/۱ درصد از کل هزینه سلامت را داشته است. در سال ۲۰۰۶ این نسبت به حدود ۷٪ کاهش یافت.

۵- پوشش خدمات

در هلند عملاً بیمه‌ها تمامی جمعیت را برای هزینه‌های پزشکی مربوط به مراقبت‌های بلندمدت و درمان‌های با هزینه بالا جمعیت تحت پوشش قرار می‌دهند از اول ژانویه سال ۲۰۰۶، کلیه ساکنین یا افرادی که در کشور هلند مالیات بر درآمد می‌پردازند ملزم به خرید پوشش بیمه سلامت می‌باشند. این پوشش قانونی و تحت قانون بیمه سلامت می‌باشد (ZVW) اما بیمه سلامت توسط بیمه‌گران خصوصی سلامت ارائه شده و تحت قانون خصوصی تعدیل گردیده است. نسبت افراد بدون پوشش بیمه‌ای تا ۱/۵ درصد تخمین زده شده است، رقمی که احتمالاً بعدها افزایش می‌یابد. پناهندگان توسط دولت تحت پوشش قرار می‌گیرند و مکانسیم‌های متعددی برای بازپرداخت هزینه‌های مراقبت سلامت به مهاجرین غیرقانونی که توانایی پرداخت مراقبت‌ها را ندارند قرار داده شده است.

مراقبت‌های پزشکی ضروری و معمولی را پوشش می‌دهد. هزینه‌های این قسمت، عمدتاً توسط صندوق بیمه بیماری، بیمه پزشکی خصوصی یا برنامه‌های بیمه سلامت برای بخش‌های عمومی، تأمین می‌گردد. که پوششی بالای ۹۰ درصد را دربرمی‌گیرد. خدمات با ضرورت کمتر را عمدتاً توسط بیمه پزشکی خصوصی، تأمین منابع می‌گردد.

فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران

۱- کلیات

ایران با نام رسمی جمهوری اسلامی ایران کشوری در جنوب غربی آسیا و در منطقه خاورمیانه با ۱،۶۴۸،۱۹۵ کیلومتر مربع وسعت و بر پایه سرشماری سال ۱۳۹۰ دارای حدود ۷۵ میلیون نفر جمعیت است. پایتخت، بزرگ‌ترین شهر و مرکز فرهنگی، صنعتی و سیاسی این کشور تهران است.

ایران از شمال با جمهوری آذربایجان، ارمنستان و ترکمنستان، از شرق با افغانستان و پاکستان و از غرب با ترکیه و عراق مرز زمینی دارد و همچنین از شمال با دریای خزر و از جنوب با خلیج فارس و دریای عمان همسایه است، که دو منطقه نخست از مناطق مهم استخراج نفت و گاز در جهان هستند.

نظام سیاسی ایران بر پایه قانون اساسی مصوب ۱۳۵۸ (و بازنگری ۱۳۶۸) پایه‌ریزی شده است. اسلام دین رسمی، تشیع مذهب رسمی و فارسی زبان رسمی ایران است. ایران به عنوان یک سرزمین و یک ملت پیشینه‌ای کهن دارد و یکی از تاریخی‌ترین کشورهای جهان به شمار می‌رود. ایران به واسطه قرار گرفتن در منطقه میانی اوراسیا موقعیتی راهبردی دارد. این کشور از اعضای سازمان ملل متحد، جنبش عدم تعهد، سازمان کنفرانس اسلامی، اوپک، سازمان اکو و چندین سازمان بین‌المللی دیگر است. ایران یک قدرت منطقه‌ای در جنوب غربی آسیا است و جایگاه مهمی را در اقتصاد جهانی به دلیل در اختیار داشتن صنعت نفت، صنعت پتروشیمی و گاز طبیعی برای خود بدست آورده است.

۳۶۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

جدول ۱-۱۷. شاخص‌های کلان سلامت

سال محاسبه	مقدار			واحد	شاخص	ردیف
	هر دو	مرد	زن			
۲۰۱۱	۷۳	۷۲	۷۵	سال	امید به زندگی در بدو تولد	۱
۲۰۱۱	۲۱	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر یک سال	۲
۲۰۱۱	۲۵	---	---	در هزار	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	۳
۲۰۰۱-۲۰۱۱	۱/۲			درصد	متوسط رشد سالانه جمعیت	۴
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۸۵			درصد	نرخ باسواد بزرگسالان (افراد بالای ۱۵ سال)	۵
۲۰۰۵-۲۰۱۱	۸/۹			در هر ده هزار نفر	تعداد پزشک به جمعیت	۶

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)

جدول ۲-۱۷. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

سال محاسبه شاخص	واحد	میزان	شاخص	ردیف
۲۰۱۱	دلار	---	تولید ناخالص داخلی (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱
۲۰۱۱	دلار	---	تولید ناخالص سرانه (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۲
۲۰۱۰	درصد	۵/۳	نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی	۳
۲۰۱۰	درصد	۴۰/۲	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۴
۲۰۱۰	درصد	۵۹/۸	نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت	۵
۲۰۱۰	درصد	۱۰/۱	نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی	۶
۲۰۱۰	دلار	۳۰۲	مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۷
۲۰۱۰	دلار	۷۹۷	مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۸
۲۰۱۰	دلار	۱۲۱	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز	۹
۲۰۱۰	دلار	۳۲۰	مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)	۱۰

منبع: سازمان بهداشت جهانی، آمارهای بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، آمارهای بانک جهانی (۲۰۱۳)

۲- ساختار و وظایف نظام سلامت

۲-۱. تاریخچه

مهاجرت قوم آریایی به سرزمین ایران و سکونت در آن در حقیقت ابتدای تاریخ طب کشور ایران است. در ایران باستان دو مکتب وجود داشته است، یکی مکتب مزدیسنا و دیگری مکتب اکباتان. مکتب مزدیسنا تحت رهبری زرتشت ایجاد گردیده است. در این مکتب طریقه درمان و بهبود از طریق مذهب و روحانیت به مردم آموخته شده است. طبق عقاید پیروان زرتشت، اهورا مزدا نیکی را آفریده و رنج و درد و بیماری از وسوسه اهریمن است. بدین جهت مبارزه بین بیماری و بهبود یعنی اهریمن و اهورا مزدا پیوسته برقرار بوده است. مکتب اکباتان قریب صد سال پس از زرتشت توسط یکی از شاگردان وی به نام سنناپور اهوم ستوت ارایه گردید. وی با یکصد نفر شاگرد کار درمان مردم را عهده دار بود.

طبق تعلیمات زرتشت - پیامبر ایران باستان - مقصود از زندگانی مبارزه دائمی با قوای اهریمنی و تلاش در راه آبادی و پیشرفت جهان است و آرزوی نهایی همه افراد بشر برخورداری از بخشش یا تکامل و جاودانی و رسیدن به معبود حقیقی یعنی خداوند یکتاست.

در ایران باستان کار پزشکی عموماً با علمای دینی و موبدان بوده است. با این وجود نقش طلسم، اوراد، اذکار و ادعیه در ایران باستان به مانند سایر اقوام معتبر بوده است. این امر حتی تا دوران ساسانیان رواج داشته است. ایران باستان نیز همانند جمیع ملل و کشورها یک پدر یا رب النوع طب به نام فریدون و یک الهه طب به نام میتره داشتند. طبق نظرات ایرانیان باستان عوامل بیماری متعدد و شامل برودت و حرارت، گرسنگی و تشنگی، عفونت و کثافت، اضطراب و پیری بوده است. علاوه بر این خون را نیز در انتشار بیماری در سراسر بدن سهیم می دانستند.

ایرانیان قدیم چون به آخرت عقیده داشتند، به زندگانی در این دنیا و سلامت خود نیز پای بند بودند. برخلاف پیروان بعضی از ادیان کشورهای همجوار خود که پشت پا به دنیا زده بودند و به زندگانی علاقه نداشتند، ایرانیان معتقد بودند که آدمی برای زندگانی مفید و کارهای اجتماعی خلق شده است، زیرا زندگی را یک مبارزه دائمی بین نیکی و بدی می دانستند و می کوشیدند که دنیا را به میل و دلخواه خود و اراده خداوندی آباد نمایند.

تأمین بهداشت از وظایف فرمانروایان بوده است. فرمانروایان عادل موظف بودند، که در کار بهداشت مردم کوشا باشند. در بهداشت فردی و همگانی طب زرتشت مراحل بسیار عالی پیموده است. در میان ایرانیان قدیم حفظ صحت بدن شرط اول حفظ روح بوده است و در تمام ادعیه و نمازهایشان صحت و نیروی تن را پایه اول صحت روح می‌دانستند.

در ایران باستان چند نوع درمان توسط پزشکان ارایه می‌شد که مهمترین آنها روان درمانی، گیاه درمانی و کارد درمانی (جراحی) بوده است. در مکتب ایسنا جراح نمی‌توانست به کار جراحی دست بزند، مگر آنکه اهلیت و استحقاق آن را داشته باشد. بدین معنی وقتی جراح می‌توانست مزدپرستان را عمل کند که سه نفر از پیروان غیر مزدپرست را عمل کرده و به نتیجه رسیده باشد.

سلاطین و فرمانروایان هخامنشی به واسطه لشکرکشی‌ها و فتوحات خود زمینه ساز توسعه طب در ایران شده‌اند. ایرانیان از اطباء کشورها و ملل همجوار (بابلیان، مصریان، یونانی‌ها و...) اطلاعاتی بدست آورده‌اند. پادشاهان هخامنشی به ویژه جمشید، گرشاسب، کوروش، خشایارشا، داریوش و کمبوجیه در زمینه توسعه طب در ایران خدمات قابل توجهی انجام داده‌اند در سال ۳۳۱ قبل از میلاد مسیح اسکندر مقدونی در کنار رودخانه فرات و پادشاه ایران را شکست داد اسکندر در خرابی و ویرانی و سوزاندن پرس پلیس از هیچ چیز مضایقه نکرد. اسکندر طی لشکرکشی به ایران تمدن ایرانی و آثار زرتشت را از بین برد و جزء ضرر و زیان چیزی در کشور ما بیار نیاورد. پس از اسکندر ممالک مفتوحه وی بین سردارانش تقسیم شد. در این زمان طب ایران بیشتر از طب یونان متأثر بوده است. سلوکیان تحت تأثیر عقاید یونانی بوده‌اند؛ این امر در قسمتی از سرزمین ایران بسیار قوی حکومت می‌کردند، تا آنکه پارت‌ها بر سلوکیان تسلط یافتند و میراث یونانی که در دست سلوکیدها بود، عیناً به پارت‌ها انتقال یافت قوم اشکانی اثر فوق العاده‌ای در تمدن ایرانی به ویژه در طب باقی نگذاشته‌اند.

اردشیر پس از نبرد با اردوان چهارم سلسله ساسانیان را پایه گذاری کرد. طب در دوران ساسانیان نسبتاً درخشان‌تر از دوران قبل بوده است. علاوه بر اطلاعات پیشین، اطلاعات زیادی نیز به آن اضافه گردیده است. پادشاهان ساسانی به ویژه شاپور اول و دوم و خسروانشیروان در زمینه توسعه طب تلاش‌های زیادی نموده‌اند. رابطه بین ایران و چین به ویژه در دوران قباد و پادشاه

فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران ۳۶۳

ساسانی موجب انتقال طب چینی به ایران شده است. بزرگمهر و برزویه طیب از دانشمندان و اطبای معروف ساسانیان بوده‌اند. در دوره ساسانیان جنبش‌های علمی، تأسیس دانشگاه‌ها و مراکز علمی به مراتب بیشتر از دوره‌های پیشین به خصوص هخامنشیان و اشکانیان بود. بیشتر پادشاهان و درباریان خود مشوق پزشکان و دانشمندان بودند. شاپور دوم دانشگاه جندی شاپور را پایه گذاری کرد. در این دانشگاه دانشجویان برای تعلیم، بیماران را معاینه می‌کردند. در این زمان بعد از تأسیس دانشکده پزشکی در جندی‌شاپور، بیمارستانی نیز در آنجا ایجاد شد. در این بیمارستان پزشکان به آموزش پزشکی عملی می‌پرداختند.

در زمان سامانیان باید از شخصی صحبت کرد که بدون شک از بزرگترین نوابغ جهان محسوب می‌شود؛ ابن سینا که "دANTE" در کتاب "بهشت" خود او را هوشمندترین فرد نامیده است، نه تنها یک پزشک عالیقدر بود بلکه یک فیلسوف بی نظیر نیز به حساب می‌آمد. کتاب پزشکی «قانون» وی سال‌های متمادی در اروپا تدریس می‌شد.

در زمان خلافت منصور عباسی شهر بغداد گسترش زیادی یافت و به تدریج دانشمندان و پزشکان را از جندی شاپور به خود جذب کرد. ابوبکر محمد بن ذکریای رازی پزشک معروف ایرانی مدتی در دانشگاه پزشکی بغداد تدریس می‌کرد. یکی از آثار معروف رازی "حاوی" نام دارد. در این کتاب موضوعات مختلف پزشکی از قبیل بهداشت، درمان‌های دارویی و غذایی و بیماری‌های مختلف مورد بحث قرار گرفته است.

در زمان آل بویه به تدریج خدمات بیمارستانی رواج بیشتری یافت. در این دوره خدمات بیمارستانی نه تنها رایگان بوده است، بلکه به افراد بی بضاعت پس از بهبودی پولی داده می‌شد تا بتوانند برای مدتی زندگی کرده و کاری پیدا کنند. پزشکان نیز در ازای کاری که انجام می‌دادند، حقوق دریافت می‌کردند.

در دوره صفویه پزشکی و درمان نسبت به دوره‌های قبل پیشرفت کرد، لیکن افتخارات کمتری بدست آورد. از نشانه‌های بارز این دوره بازگشت به اوهام و خرافات و اهمیت یافتن طالع بینی و نجوم در اذهان و افکار تمام طبقات حتی نجبا و دانشمندان است.

در عصر افشاریه و زندیه علاوه بر اینکه در پزشکی و درمان ایران پیشرفتی حاصل نشد، حکومت ناپایدار افغان‌ها، جنگ‌های نادرشاه افشار، مرگ کریم خان زند و زمامداری کوتاه

جانشینان کریم خان زند و دربدری و قتل ناجوانمردانه لطفعلی خان زند بدست آغا محمد خان قاجار، در مجموع آن را به سوی انحطاط و سقوط سوق دادند. در عوض فعالیت پزشکان اروپایی از جمله انگلیسی و هلندی در ایران آغاز گردید. با آمدن این عده به ایران به انضمام محصلین ایرانی که پس از اتمام تحصیلات از اروپا برگشته بودند، به تدریج پزشکی نوین در ایران انتشار یافت. بیشتر پزشکان خارجی به ویژه معلمان دارالفنون با تدریس و طبابت و تألیف به رشد و شکوفایی پزشکی و درمان و آموزش پزشکی نوین در ایران کمک مؤثر نمودند.

دوران قاجاریه تا مشروطیت را می‌توان به دو دوره تقسیم کرد؛ یکی از زمان حکمرانی عباس میرزا تا اوایل سلطنت ناصرالدین شاه و دیگری دوران سلطنت ناصرالدین شاه و مظفرالدین شاه. در دوره اول همان طبعی بود که رازی و ابن سینا پایه گذاری کرده بودند. در دوره دوم که از صدارت میرزا تقی خان فراهانی - امیر کبیر - شروع می‌شود، اساس طب نوین در ایران پایه گذاری گردید و مدرسه دارالفنون در سال ۱۲۲۹ افتتاح گردید. در اواخر عصر ناصرالدین شاه مسأله بهداشت عمومی مورد توجه قرار گرفت و در هر شهری یک طبیب به عنوان «حافظ الصحه» مأمور رسیدگی به بهداشت عمومی گردید. در واقع سابقه فعالیت‌های درمانی رسمی در ایران به زمان ناصرالدین شاه و تأسیس دارالشفاء برمی‌گردد.

پرتغالی‌ها در سال ۱۰۰۱ در جزیره هرمز و روس‌ها در سال ۱۲۲۷ در جزیره آشوراده یک بیمارستان احداث نمودند. در سال ۱۲۴۷ اولین بیمارستان مدرن تهران گشایش یافت. مسیونرهای مذهبی انگلیسی نیز در سال ۱۲۵۸ بیمارستانی در اصفهان تأسیس کردند. در سال ۱۲۶۹ یک هیأت امریکایی در شهر ارومیه بیمارستان دیگری تأسیس نمود. در سال ۱۲۸۴ اولین سازمان بهداشتی و درمانی به همت دکتر تولوزان پزشک مخصوص دربار با عنوان "مجلس حفظ الصحه" تشکیل گردید که با کمک پزشکان داخلی و خارجی اداره می‌شد. تشکیل این مجلس به مناسبت شیوع بیماری وبا در قبل از جنگ جهانی اول به ویژه شیوع این بیماری در مناطق جنوب صورت گرفت. گروه‌های این سازمان به شهرهای مختلف سفر می‌کردند و بیشتر وقت خود را صرف آبله کوبی می‌نمودند. وجود پزشکان ایرانی و افزایش تعداد آنها که از خارج برگشته بودند و با طب نوین آشنایی داشتند در مجلس حفظ الصحه موجب شد که به مسائل بهداشتی داخلی توجه بیشتری

فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران ۲۶۵

مبذول شود و ایرانی‌ها بتوانند نقش اساسی‌تری در مذاکرات و تصمیمات مجلس مزبور داشته باشند. برای آنکه مجلس صحنه بتواند مؤثر باشد، لازم بود که بودجه‌ای خاص خود داشته باشد. به این منظور پیشنهاد شد برای تأمین بودجه از زایرینی که به عراق می‌روند و همچنین بابت مرده‌هایی که برای دفن به اماکن متبرکه برده می‌شوند، عوارض اخذ شود. به تدریج از این راه مراکز قرنطینه بیشتری در نواحی مرزی ایجاد شد.

اولین قانون در رابطه با بهداشت و درمان در ۱۲۹۰ تحت عنوان «قانون طبابت» به تصویب رسید. بر طبق قانونی که در سال ۱۲۹۰ به تصویب مجلس رسید دفتر مخصوصی برای ثبت نام پزشکان بوجود آمد و نام کسانی که از ده سال قبل به حرفه پزشکی اشتغال داشتند، در آن ثبت گردید و این پزشکان جواز طبابت دریافت می‌نمودند. در سال ۱۲۹۹ با تصویب قانون طبابت در مجلس شورای ملی، علاقمندان به رشته پزشکی و داروسازی می‌بایستی وارد مدرسه طب که رسمیت داشته باشد، شوند و بدون اجازه نامه وزارت معارف حق طبابت نداشتند.

در سال ۱۳۰۰ وزارتخانه جدیدی به نام «وزارت صحنه و فواید عامه» تأسیس گردید ولی با عوض شدن کابینه، این وزارتخانه جدیداً تأسیس در حالیکه ۳ ماه از عمر آن می‌گذشت، منحل گردید. در این زمان بیماری‌های حصبه، تیفوس، مسمشه، بادسرخ، کزاز و اسهال خونی شایع بود و وضع بیمارستان‌ها به علت نبودن بودجه روز به روز خرابتر می‌شد.

در سال ۱۳۰۲ دوباره وزارت صحنه و فواید عامه باز شد و مجلس حفظ الصحنه به این وزارتخانه ملحق گردید و نام آن به شورای عالی صحنه تغییر داده شد سال ۱۳۰۵ را می‌توان بعنوان سال ایجاد تشکیلات قانونی در ارتباط با فعالیت‌های بهداشتی - درمانی معرفی نمود.

در ۱۳ بهمن ۱۳۰۵ بموجب قانون تمرکز مؤسسات صحنه مملکتی در اداره کل صحنه کلیه واحدهای مرتبط با امور بهداشت، درمان و دارو در سطح کشور می‌بایستی در یک اداره کل بنام اداره کل صحنه واقع در وزارت داخله (وزارت کشور) متمرکز می‌گردید و رئیس کل اداره مذکور با رعایت اصول، مسئولیت کلیه امور بهداشتی - درمانی را به عهده گرفته و اختیار تام داشته است تا بودجه تفصیلی صحنه را تهیه و تشکیلات آن را تدوین نماید. رئیس اداره کل مذکور سمت معاونت فنی وزارت کشور را داشته و با این سمت در جلسه هیأت وزیران حق حضور و رای داشته

۳۶۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

است. نکته قابل توجه اینکه براساس قانون نظامنامه تشکیلات و وظائف اداره کل صحیه پس از تصویب کمیسیون داخلی مجلس شورای ملی به اجرا گذارد می‌شد.

در سال ۱۳۱۳ شورای عالی صحیه مملکتی به اداره کل بهداری تغییر نام داد. تا سال ۱۳۱۸ دانشکده‌ها که مدارس عالی نامیده می‌شدند زیر نظر مستقیم وزارت معارف اداره می‌شد. در سال ۱۳۱۸ با تصویب قانون استقلال دانشگاه، بیمارستان‌ها از اداره کل بهداری جدا و تحویل دانشگاه شد. پس از شهریور ۱۳۲۰ و تشکیل کابینه فروغی، اداره کل بهداری از وزارت کشور جدا و بصورت یک وزارتخانه مستقل درآمد. بنابراین در ۳۰ شهریور ۱۳۲۰ وزارت بهداری تشکیل شد. در سال ۱۳۵۵ وزارت بهداری به وزارت بهداری و بهزیستی تغییر عنوان داد. در سال ۱۳۵۹ وزارت مزبور دوباره به وزارت بهداری و در سال ۱۳۶۳ بار دیگر به وزارت بهداری و بهزیستی و در نهایت در سال ۱۳۶۴ به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تغییر عنوان داد. در جدول (۳-۱۷) سیر تحولات نظام بهداشت و درمان در ایران آورده شده است.

جدول ۳-۱۷. سیر تحولات نظام بهداشت و درمان در ایران

سال	اقدام	نتیجه
۱۲۳۰	گشایش اولین دوره آموزش پزشکی در دارالفنون	تربیت کادر پزشکی مورد نیاز کشور در داخل کشور
۱۲۶۰	گشایش اولین مدرسه طب در کشور	توسعه فعالیت آموزش کادر پزشکی در داخل کشور
۱۲۹۰	اولین قانون طبابت تصویب گردید.	ساماندهی امر طبابت
۱۳۰۵	تشکیل اداره کل صحیه در وزارت داخله	رسیدگی به امور سلامت مردم کشور
۱۳۱۳	گشایش اولین دانشکده پزشکی در دانشگاه تهران	ارتقاء سطح آموزش کادر پزشکی به سطح آموزش عالی در مقیاس جهانی
۱۳۱۵	فارغ التحصیلی اولین گروه پزشکان تربیت شده دانشگاه	شروع پزشکی مدرن
۱۳۱۹	گشایش اولین آموزشگاه بهداری در مشهد در قالب طرح تربیت بهدار	تربیت کادر پزشکی جهت خدمت در روستا
۱۳۲۰	تشکیل وزارت بهداری	توسعه سازمان و مدیریت کشور جهت رسیدگی به امور سلامت مردم
۱۳۲۶	تأسیس سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی	کمک به سلامت و فرهنگ مردم محروم کشور بویژه روستاییان

فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران ۳۶۷

سال	اقدام	نتیجه
۱۳۲۸	اجرای طرح خدمت ۲ ساله پزشکان در خارج تهران	تأمین کادر پزشکی روستاها و شهرهای محروم کشور
۱۳۲۹	کوچک سازی سازمان اداری وزارت بهداشت با نظر هیأت تصفیه	ارتقا نظام اداری
۱۳۳۷	قانون، واگذاری امور بهداشتی به مردم تصویب شد	بهبود اجرای امور
۱۳۳۹	تشکیل سازمان نظام پزشکی کشور	شروع بکار نظام صنفی پزشکان
۱۳۴۳	اجرای طرح سپاه بهداشت	جهت تأمین پزشک روستاها
۱۳۴۴	تمرکز و هماهنگی امور درمانی کارمندان دولت مطرح گردید که براساس تبصره ۵۶ قانون بودجه سال ۱۳۴۴ مؤسسات و امور درمانی وزارت بهداشتی به شیر و خورشید ایران واگذار گردید.	
۱۳۴۵	ضرورت سازمان تفصیلی وزارتخانه‌ها و مؤسسات مشمول قانون استخدام کشوری تصویب شد.	ارتقا نظام اداری
۱۳۴۶	نمودار سازمان تفصیلی وزارت بهداشتی تصویب شد	ارتقا نظام اداری
۱۳۴۸	اجرای پایلوت طرح پیاده سازی و ارایه خدمات مراقبت اولیه بهداشتی در آذربایجان غربی با همکاری WHO و تربیت بهورز و بهداشتیار	توزیع عادلانه ارایه خدمات در سطح کشور بویژه مناطق محروم
۱۳۵۱	پیشنهاد تأسیس انستیتوی آموزش پزشکی روستایی در قالب طرح نظام نوین آموزش پزشکی روستایی کشور	مقدمه تأسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
۱۳۵۲	توسعه طرح ارایه خدمات عادلانه مراقبت اولیه بهداشتی در کل کشور	بسط ارایه خدمات بهداشتی اولیه در سراسر کشور بویژه مناطق محروم
۱۳۵۳	نمودار سازمان تفصیلی جدید وزارت بهداشتی تصویب شد.	ارتقا نظام اداری
۱۳۵۵	تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی	مقدمه تأسیس وزارت سلامت و رفاه اجتماعی
۱۳۵۵	تشکیل سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان	اولین سازماندهی رسمی در سطح کشور جهت رسیدگی مستقیم به امور بهداشتی و درمان مردم مناطق مختلف کشور با اختیارات اداری- مالی لازم
۱۳۵۶	استفاده از بهداشت کاران محلی برای ارایه خدمات اولیه مراقبت بهداشتی در کل کشور و ایجاد شبکه عرضه خدمات بهداشتی اولیه	تأمین کادر پزشکی واحدهای بهداشتی- درمانی توسط نیروهای بومی

۳۶۸ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

سال	اقدام	نتیجه
۱۳۵۸	تصویب نمودار سازمان وزارت بهداشتی و حذف عنوان بهزیستی از عنوان وزارتخانه و تشکیل سازمان بهزیستی کشور	تغییر ساختار اداری
۱۳۶۰	ارایه طرح تشکیل نظام شبکه بهداشتی با ادغام نظام ارایه خدمات سلامتی و آموزشی	ارتقاء و توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشتی - درمانی و بسط پزشکی جامعه نگر
۱۳۶۴	تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تفکیک آموزش گروه علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی	<ul style="list-style-type: none"> • ادغام آموزش با حوزه خدمات بهداشت و درمان به منظور توسعه عرضه خدمات • اولویت بهداشت بر درمان • اجرای آموزش مبتنی بر جامعه • اولویت درمان سرپایی بر بستری • اولویت رسیدگی به مناطق محروم
۱۳۶۷	زیر نظر قرار گرفتن سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استان به دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی	همسویی و همراستایی ساختار تشکیلاتی استان‌ها با ستاد وزارتخانه
۱۳۶۷	تشکیل هیأت امناء دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی	بسط اختیارات اداری - مالی دانشگاه‌ها برای توسعه خدمات آموزشی / پژوهشی
۱۳۷۲	انحلال سازمان‌های منطقه‌ای و ادغام در دانشگاه‌های علوم پزشکی و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان	<ul style="list-style-type: none"> • در اختیار قرار گرفتن امکانات آموزشی بیشتر به دانشجویان • دخالت بیشتر دانشگاهیان در خدمات سلامتی و افزایش کیفیت خدمات • کمک به توسعه آموزش پزشکی جامعه نگر • هماهنگی بیشتر ساختار دانشگاه با ستاد وزارتخانه • تسهیل رابطه سه سطح ارایه خدمات • حذف مقاومت کارکنان سازمان منطقه‌ای در همکاری با نظام آموزش • کمک به تمرکززدایی در سطح استان • یکی کردن اعتبارات عرضه خدمات سلامت و آموزش و اداره هیأت امنایی آنها برای سهولت در تصمیم‌گیری و اجرا

۲-۲. ساختار کنونی نظام سلامت

در حال حاضر در ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی عهده دار مسئولیت بخش سلامت است. بر طبق قانون مأموریت این وزارت فراهم آوردن موجبات تأمین بهداشت و درمان کلیه افراد کشور از طریق تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی است.

اهداف این وزارت در سه حوزه بهداشت درمان و آموزش و پژوهش پزشکی به شرح ذیل است:
الف) بهداشت:

۱. ارتقاء سطح خدمات بهداشتی کشور
۲. توسعه اقدامات پیشگیری از بروز معلولیت‌های جسمی و روانی
۳. افزایش خدمات قابل ارایه در نظام شبکه‌های سلامت کشور
۴. توسعه و تشدید کنترل بهداشتی اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع و فروش و نگهداری مواد غذایی
۵. توسعه عملیات بهداشت محیط در روستاها
۶. توسعه فعالیت‌های مربوط به تأمین آب آشامیدنی سالم در روستاها
۷. توسعه خدمات دندانپزشکی در مناطق شهری و روستایی
۸. بهبود تغذیه مادران باردار و زنان شیرده و کنترل رشد کودکان
۹. ارتقاء کیفیت تغذیه‌ای کشور

ب) درمان:

۱. افزایش موجبات دستیابی جامعه به امکانات درمانی
۲. ایجاد تناسب در سطوح خدمات درمان عمومی، تخصصی و فوق تخصصی کشور
۳. جلوگیری از مصرف بی رویه دارو
۴. تأمین موجبات ارتقاء سطح علمی و تخصص پزشکان و بازآموزی جامعه پزشکی
۵. افزایش کارایی مراکز درمان شیری و استفاده بهینه از ظرفیت‌ها و منابع انسانی
۶. تأمین موجبات و مشارکت فعالیت بخش غیردولتی در سرمایه گذاری‌ها

ج) آموزش و پژوهش پزشکی:

۱. تقویت جنبه‌های فرهنگی دانشجویان و تعمیق معرفت دینی و ارزش اسلامی در آنان
۲. افزایش مشارکت مردم در توسعه آموزش و پژوهش
۳. انطباق محتوای برنامه‌های درسی رشته‌های مختلف آموزشی با نیازهای جامعه و مقتضیات ناشی از توسعه علوم و فناوری
۴. بهبود شاخص‌های کیفی و کمی آموزش به ویژه در آموزش‌های کارشناسی ارشد و بالاتر
۵. فراهم نمودن فرصت‌های یکسان برای دسترسی داوطلبان مستعد به آموزش
۶. توسعه وظایف و اختیارات هیأت‌های امناء دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی دولتی
۷. توأم ساختن آموزش با پژوهش در کلیه سطوح آموزشی
۸. بهبود شاخص‌های کیفی و کمی تحقیقات

شرح وظایف این وزارت طبق قانون به شرح زیر است:

- تدوین و ارایه سیاست‌ها، تعیین خط مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پژوهشی، خدمات بهداشتی - درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی
- تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی، خصوصاً در زمینه سلامت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، تغذیه و تنظیم خانواده، سلامت دهان و دندان، آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار، بهداشت مدارس و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذیربط
- ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان
- تعیین رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مورد نیاز کشور جهت تصویب شورای عالی انقلاب فرهنگی و اجرای برنامه‌های تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی در جهت نیل به خودکفائی
- انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در جمیع رشته‌های پزشکی و زمینه‌های بهداشتی و درمانی و نیز ایجاد گسترش مؤسسات و واحدهای پژوهش پزشکی و نظارت بر پژوهش‌ها و هماهنگی ساختن برنامه‌های مؤسسات تحقیقات پزشکی
- برنامه‌ریزی به منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی و درمانی) کشور با تأکید بر اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند

فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران ۳۷۱

- فراهم نمودن تسهیلات لازم برای بر خورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و انواع بیمه‌های درمانی
- تأمین منابع مالی با بهره‌گیری از اعتبارات مردمی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمک‌ها و مشارکت مردمی
- تأمین و ارائه خدمات لازم به معلولین جسمی، ذهنی و اجتماعی و انجام اقدامات حمایتی برای کودکان در سنین قبل از دبستان و سالمندان و خانواده و افراد بی سرپرست نیازمند و تشویق و ترغیب افراد خیر و مؤسسات خصوصی جهت ارائه خدمات مذکور
- تأمین و ارائه خدمات لازم به معلولین جسمی، ذهنی و اجتماعی و انجام اقدامات حمایتی برای کودکان در سنین قبل از دبستان و سالمندان و خانواده و افراد بی سرپرست نیازمند و تشویق و ترغیب افراد خیر و مؤسسات خصوصی جهت ارائه خدمات مذکور
- تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به:
 - الف- خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی، دارویی
 - ب- مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی و آزمایشگاهی، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی
 - ج- بهداشت کلیه مؤسسات و واحدهای خدماتی - تولیدی مربوط به خدمات و مواد مذکور
- تعیین مبانی محاسبه هزینه خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی و تعیین تعرفه‌های مربوط در بخش دولتی و غیردولتی و تعیین شهریه آموزش‌های غیررسمی و آزاد در زمینه‌های مختلف علوم پزشکی
- تعیین ضوابط مربوط به ارزیابی، نظارت و کنترل برنامه‌ها و خدمات واحدها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی، بهداشتی، درمانی و بهزیستی و انجام این امور براساس استانداردهای مربوطه
- تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی و آزمایشگاهی و فرآورده‌های

۳۷۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

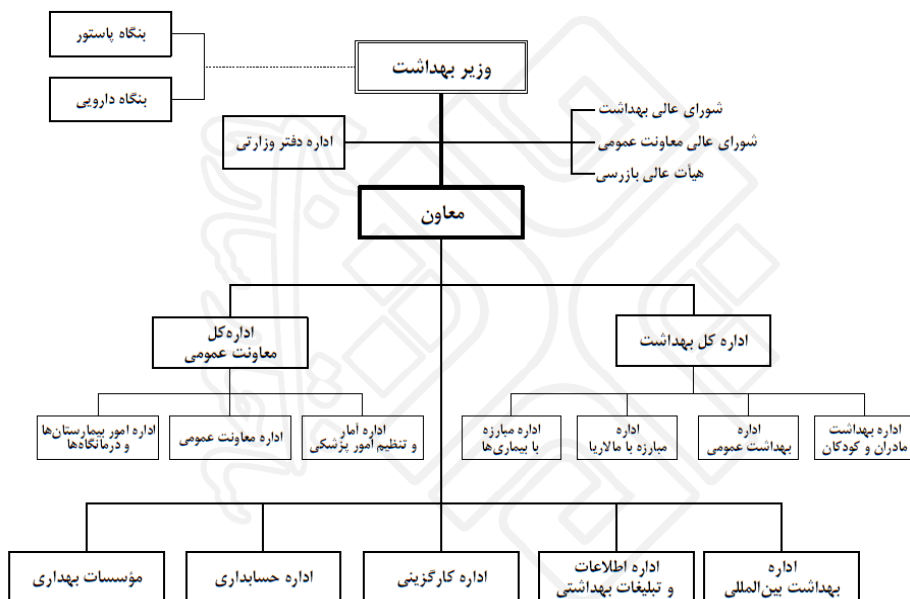
دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و ارزشیابی، نظارت و کنترل ضوابط مذکور

- انجام پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص دارویی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه‌های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی

۲-۳. ساختار سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

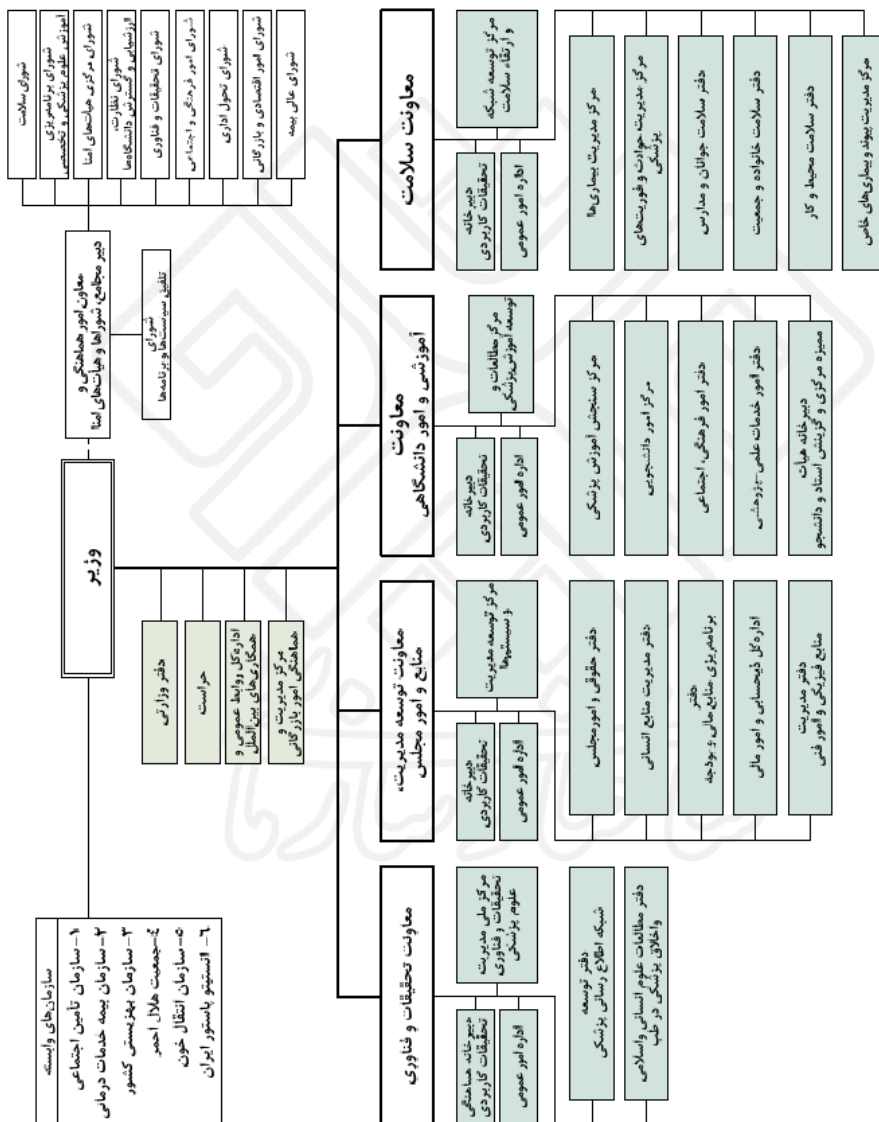
ساختار سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی از بدو تأسیس تاکنون با تغییرات متعددی همراه بوده است.

در ذیل نمودار سازمانی وزارت بهداشت در سالیان گذشته آورده شده است.



فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران ۳۷۷

نمودار سازمانی وزارتخانه (از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۲)



معاونت آموزشی وزارت بهداشت در ساختار جدید شامل مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، سنجش و آزمون‌ها، اداره کل اعتباربخشی و ارزیابی دبیرخانه‌های آموزشی و تخصصی، مرکز امور آموزشی دانشجویان و دفتر امور اساتید و نخبگان است.

معاونت پژوهشی و فناوری وزارت بهداشت نیز شامل مرکز توسعه و هماهنگی و تحقیقات، مرکز توسعه و هماهنگی اطلاعات و انتشارات علمی و دفتر توسعه فناوری سلامت است.

معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت بهداشت نیز شامل مرکز بودجه و پایش عملکرد، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، اداره کل منابع انسانی و پشتیبانی، اداره کل امور مالی و ذی‌حسابی و دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی است.

همچنین در نمودار سازمانی جدید ۱۰ حوزه مشاوره شامل: امور هیأت امناء، امور بخش خصوصی، امور حقوقی، امور آموزش مداوم جامعه پزشکی و آموزش عمومی و ارتقاء تعیین‌کننده‌های سلامت، امور دندانپزشکی و بهداشت دهان و دندان، امور فناوری اطلاعات، امور اخلاق، آداب و میراث پزشکی، امور شاهد و ایثارگران، امور پرستاری و امور کارآفرینی می‌شود. در نمودار سازمانی جدید ۴ قائم مقام وزیر در امور مختلف تعریف شده است حوزه‌های امور سیاستگذاری، امور مجلس، امور گسترش شبکه ملی سلامت، امور تجهیزات پزشکی و امور همکاری‌های بین‌المللی در سطح قائم مقامی وزیر دیده شده است.

مرکز توسعه غذا و دارو، مرکز امور دانشجویی و فرهنگی، دفتر ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات، دفتر وزارتی و روابط عمومی، دفتر مرکزی حراست و دبیرخانه هیأت مرکزی گزینش به صورت مستقیم زیر نظر وزیر انجام وظیفه می‌کنند.

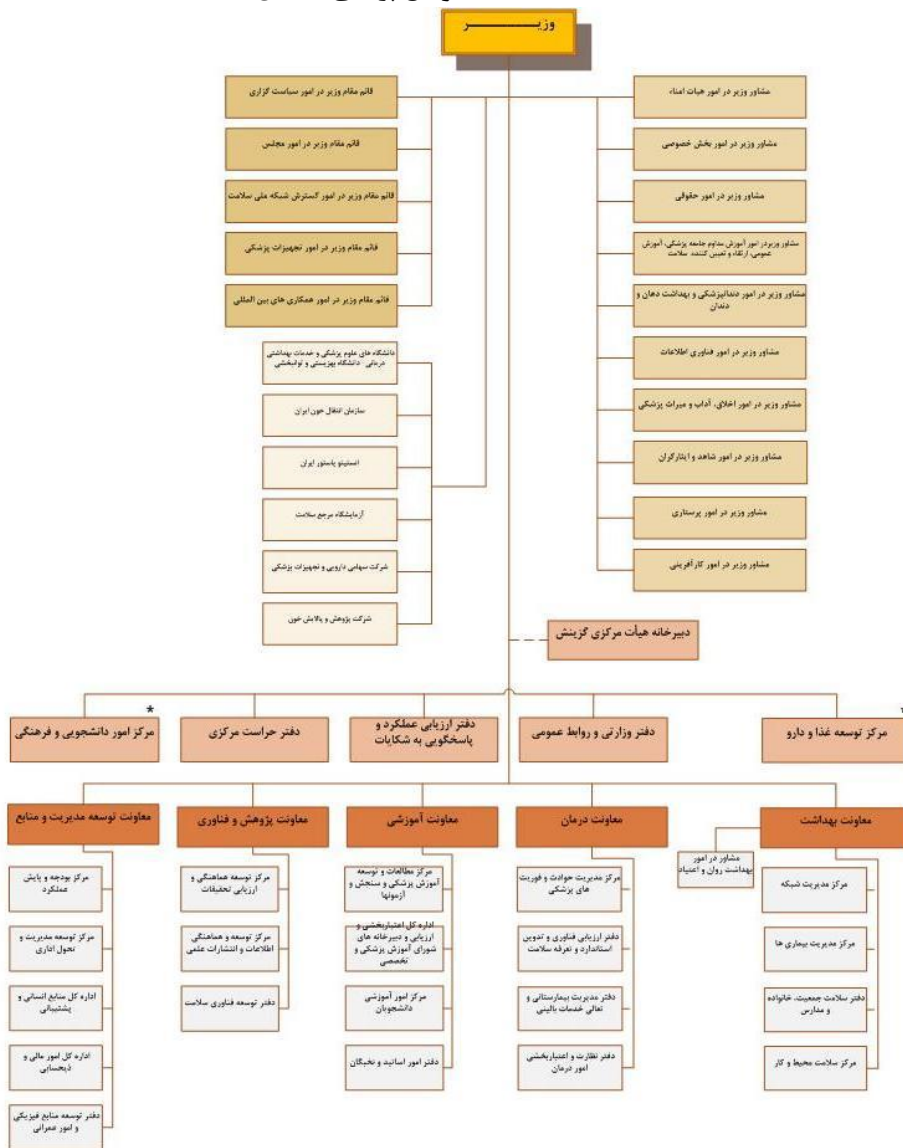
بر اساس مصوبه هیأت وزیران رئیس مرکز امور دانشجویی و رئیس مرکز توسعه امور غذا و دارو^۱ نیز هم‌تراز معاون وزیر محسوب می‌شوند.

در نمودار سازمانی جدید، همچون گذشته دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، انستیتو پاستور ایران، آزمایشگاه مرجع سلامت، صندوق رفاه دانشجویان، شرکت سهامی دارویی و تجهیزات پزشکی و شرکت پژوهش و پالایش خون، به عنوان زیر مجموعه‌های این وزارتخانه تعیین شده‌اند.

۱- در اواخر سال ۱۳۸۹ تشکیل سازمان غذا و دارو در شورای عالی اداری تصویب شد و این سازمان ذیل وزارت بهداشت تشکیل گردید.

فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران ۳۸۱

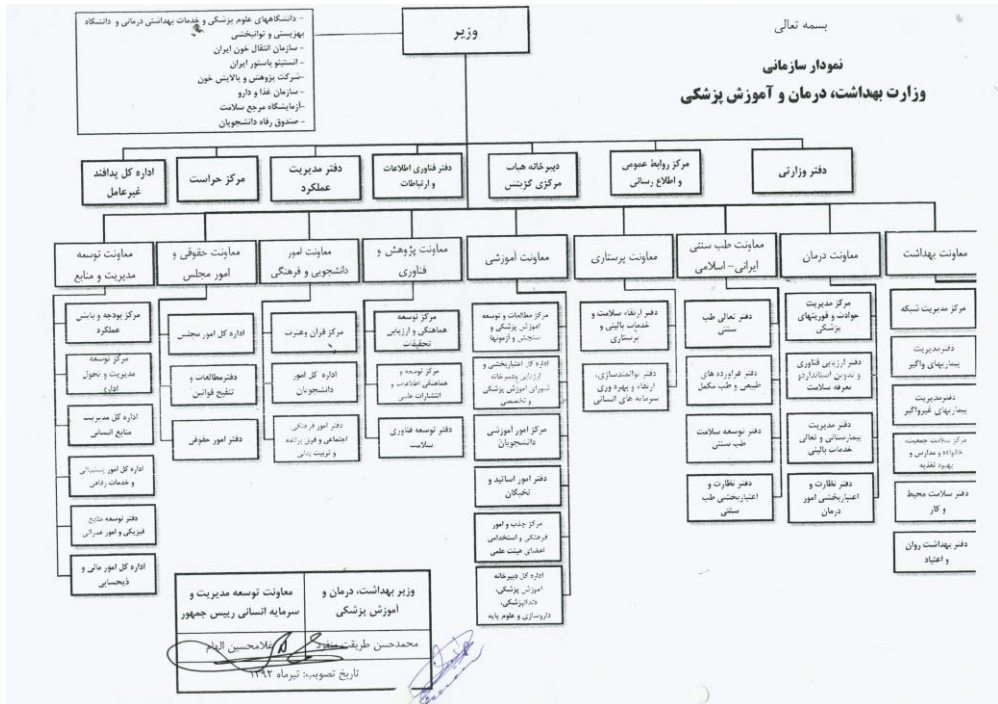
ساختار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۹



ساختار وزارت بهداشت پس از تدوین مطالب این کتاب در فاصله تیر ماه ۱۳۹۱ تا آذر ماه ۱۳۹۲ دوبار دیگر دستخوش تغییر شد و علاوه بر تغییر مشاورین دو معاونت طب سنتی و پرستاری نیز به ساختار اضافه گردید.

۳۸۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

شکل ۳-۱۷. ساختار وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۱



۳- نظام ارایه خدمات

خدمات بهداشتی - درمانی در ایران توسط دو بخش دولتی و خصوصی صورت می‌گیرد. خدمات سرپایی غالباً توسط بخش خصوصی و خدمات بستری بیشتر توسط بخش دولتی انجام می‌شود. خدمات بهداشتی نیز به رایگان توسط بخش دولتی ارایه می‌شود. ارایه خدمات بهداشتی - درمانی در ایران در قالب یک مجموعه‌ای سازمان یافته بنام شبکه بهداشت و درمان صورت می‌گیرد که در آن جایگاه بخش‌های دولتی و غیردولتی تعریف شده‌اند. هرچند که در عمل و در طی چند سال اخیر بدلائیل متعدد دچار دگرگونی و ابهام شده است. به عبارتی در بدو تشکیل شبکه بدلیل ضعف توانایی در بخش غیردولتی عمده عملیات اجرایی ارایه خدمت بر عهده دولت نهاده شده بود. ضمن اینکه فعالیت‌های نظارت و پایش و ارزشیابی نیز توسط دولت انجام می‌گرفت. اما در

۱- لازم به ذکر است ساختار وزارت بهداشت پس از تدوین مطالب این کتاب در فاصله تیر ماه ۱۳۹۱ تا آذر ماه ۱۳۹۲ بار دیگر دستخوش تغییر شد و علاوه بر تغییر مشاورین معاون کل نیز به ساختار اضافه گردید.

سال‌های اخیر بدلیل افزایش توان بالقوه بخش غیردولتی انتظار بر آن بوده که اقدامات اجرایی ارایه خدمت به غیردولت واگذار شود و دولت تنها در امر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی کلان و نظارت و ارزیابی نقش بازی کند.

نظام ارایه خدمات بهداشت و درمان ایران مبتنی بر نظامی آبشاری است که اساس آن را شبکه بهداشت و درمان تشکیل می‌دهد. این شبکه در هر استان زیر نظر مرکز بهداشت همان استان فعالیت می‌کند و ریاست آن را معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان برعهده دارد. مراکز بهداشت هر شهرستان نیز در زیرمجموعه شبکه شهرستان فعالیت می‌نماید و ریاست آن را معاونت بهداشتی شبکه شهرستان برعهده دارد. البته هرچند که ریاست مرکز بهداشت شهرستان توسط مدیر شبکه شهرستان تعیین می‌شود اما از نظر ارتباطات سازمانی معمولاً رئیس مرکز شهرستان با رئیس مرکز استان مراد شده دارد. در ایران ساختار ادغام یافته خدمات بهداشت و درمان را می‌توان در سه سطح زیر ملاحظه کرد:

سطح اول خدمت) خدمات سلامتی عمومی (PHC) - این سطح از خدمات بخوبی طراحی و پیاده سازی شده و طی سه دهه اخیر آثار ارزنده‌ای از خود به جای گذارده است که از آن جمله می‌توان به کنترل جمعیت، کنترل بیماری‌های واگیر و ارتقاء سطح دانش و آگاهی‌های بهداشتی مردم اشاره نمود. واحدهای ارایه دهنده خدمات در این سطح را خانه‌های بهداشت (۱۷۶۴۹)^۱ مراکز بهداشت و درمان روستایی (۲۹۱۴ واحد) و مراکز بهداشت و درمان شهری (۷۸۸۶) در شهرها تشکیل می‌دهند.

خانه بهداشت و پایگاه بهداشت اولین نقطه تماس مردم با نظام بهداشت و درمان جهت برخوردار شدن از مراقبت‌های اولیه سلامتی تعریف شده‌اند. حدود ۶۵۰۰۰ روستا در کشور تحت پوشش خدمات خانه‌های بهداشت هستند. هر خانه بهداشت روستایی جمعیتی حدود ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد. تعداد روستاهایی که توسط یک خانه بهداشت تحت پوشش قرار می‌گیرند بستگی به عواملی همچون جمعیت روستا، وضعیت جغرافیایی و اقلیمی منطقه و امکانات آمد و شد دارد. هر خانه بهداشت علاوه بر پوشش جمعیت روستایی که در آن مستقر می‌باشد،

معمولاً تعدادی روستای مجاور را نیز تحت پوشش دارد که به آنها روستاهای قمر می‌گویند. ارایه دهندگان خدمت در این واحدها، بهورزان هستند که معمولاً از افراد بومی روستاهای تحت پوشش برگزیده می‌شوند. در شهرهای بزرگ واحدهایی وجود دارد بنام پایگاه‌های بهداشت هر کدام جمعیتی حدود ۱۰۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهند و داوطلبین بهداشتی زن در آنها به ارایه خدماتی شبیه به خانه‌های بهداشت روستایی (با اندکی تفاوت) می‌پردازند.

خدمات خانه‌های بهداشت شامل انجام سرشماری سالیانه جمعیت تحت پوشش، آموزش و جلب مشارکت مردم در زمینه‌های سلامت، مبارزه با بیماری‌ها، خدمات سلامت خانواده از جمله مراقبت از مادران و کودکان و تنظیم خانواده، ایمن سازی در برابر بیماری‌های عفونی و واگیردار، بالا بردن سطح بهداشت محیط شغلی و زندگی و بهداشت حرفه‌ای، مراقبت از کودکان سنین مدرسه و خدمات بهداشت مدارس، مراقبت‌های پایه بهداشت دهان و دندان، مراقبت‌های درمانی پایه (شامل ویزیت بیماران، بیماریابی، تشخیص و درمان بیماری‌های شایع براساس دستورالعمل‌ها و با مجوز تجویز ارقام مشخص دارو دارد، تزریقات، پانسمان، انجام کمک‌هایی اولیه در حوادث و سوانح و ارایه خدمات ویژه به افراد معمول، ارجاع موارد لزوم جهت دریافت خدمات درمانی تکمیلی و تخصصی به مرکز بهداشت و درمان روستایی)، جمع‌آوری و ثبت آمار حیاتی، در نهایت تنظیم و ارایه گزارش و آموزش و ارتقاء بهداشت عمومی است. هر چند پایگاه‌های بهداشتی در شهر، مشابه خانه‌های بهداشت روستایی به عنوان اولین سطح ارایه دهنده خدمت به مردم طراحی شده‌اند، اما خدمات آنها تلفیقی از خدمات خانه بهداشت و مراکز بهداشت و درمان گردیده‌اند.

مراکز بهداشت و درمان شهری وظیفه نظارت بر یک یا چند پایگاه بهداشتی و همچنین خانه‌های بهداشت نزدیک به شهرها را برعهده دارند. ضمن آنکه کلیه وظایف مراکز بهداشت-درمان روستایی را نیز انجام می‌دهند. البته در این مراکز بیماران بدون ارجاع از پایگاه‌های شهری، مستقیم به این مراکز مراجعه می‌نمایند. همچنین بدلیل سطح تخصصی بالاتر نسبت به مراکز بهداشت و درمان روستایی، فعالیت‌های درمانی-تشخیصی گسترده‌تری را انجام می‌دهند.

سطح دوم خدمات) خدمات درمان سرپایی تخصصی و بستری-واحدهای ارایه دهنده این سطح از خدمات شامل درمانگاه‌های تخصصی مراکز تشخیصی (تصویربرداری و آزمایشگاه

تشخیص طبی)، واحد فوریت‌های پزشکی و بیمارستان‌های عمومی هستند که دارای تخصص اصلی (داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان و اطفال) و بیهوشی، رادیولوژی، آزمایشگاه و داروخانه می‌باشند. کلیه بیماران پذیرفته شده به این سطح از خدمات یا از طریق مراکز روستایی ارجاع می‌شوند^۱ و یا از طریق واحدهای اورژانس به آنجا منتقل می‌شوند. البته متأسفانه بدلیل ضعف یا عدم استقرار نظام ارجاع بین سطوح مختلف ارائه خدمات، بسیاری از بیماران مستقیماً به درمانگاه‌های تخصصی و بیمارستان عمومی مراجعه می‌کنند که به جهت ضعف در طراحی یا اجرا، منع قانونی برای عدم پذیرش آنها وجود ندارد.

سطح سوم خدمات) خدمات درمان سرپایی فوق تخصصی و بستری تخصصی - واحدهای ارائه دهنده این سطح از خدمات شامل درمانگاه‌های تخصصی و تخت‌های بستری تخصصی فراتر از ۴ تخصص اصلی هستند و کلیه بیماران این واحدها یا از طریق ارجاع از مراکز بهداشت و درمان شهری یا روستایی، یا از بیمارستان‌های عمومی و یا از طریق واحدهای اورژانس پذیرفته می‌شوند که البته همان نقطه ضعف موجود در سطح دوم، نظام ارجاع در سطح سوم را نیز با مشکل روبرو می‌سازد. سیستم ارجاع بخش اورژانس کشور با شروع طرح پوشش فراگیر اورژانس کشور، مراکز ارائه خدمات اورژانس پیش بیمارستانی را به سه نوع تقسیم نموده است:

۱) پایگاه اورژانس شهری.

۲) پایگاه اورژانس جاده‌ای که در جاده‌های اصلی بین شهری مستقر می‌باشند.

این پایگاه‌ها به محض مواجهه با بیمار اورژانس آن را به نزدیکترین واحد درمانی اورژانس مستقر در بیمارستان‌ها منتقل می‌نمایند. در صورت نیاز به اقدامات درمانی تخصصی تر انتقال بیمار بین بیمارستان‌ها توسط واحد اورژانس بیمارستان صورت می‌گیرد.

تمام این سطوح ارائه خدمت تحت نظارت و مدیریت مرکز بهداشت استان تعریف شده است و این مرکز مسئولیت برنامه‌ریزی استانی، پشتیبانی فنی و تدارکاتی، نظارت بر اجرای ضوابط، مقررات و استانداردهای بهداشتی - درمانی در واحدهای ارائه دهنده خدمات و جمع‌آوری و تنظیم گزارش‌های آماری استان را برعهده دارد. (شکل ۴-۱۷)

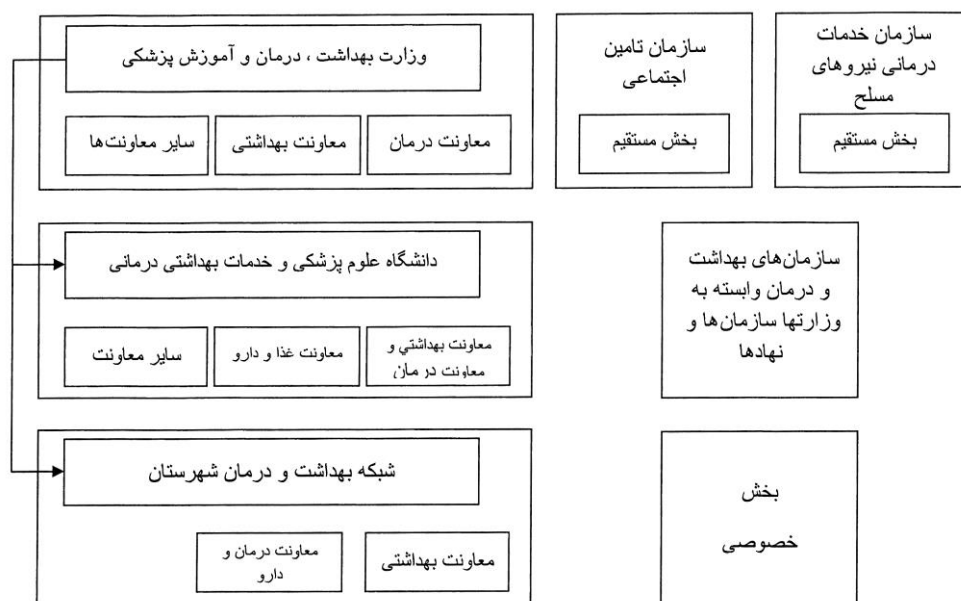
۱- در روستاها فرد توسط پزشک خانواده ارجاع می‌شود. در شهرها صرفاً در قسمتهایی که پزشک خانواده مستقر گردیده نظام ارجاع عملیاتی است.

۳۸۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

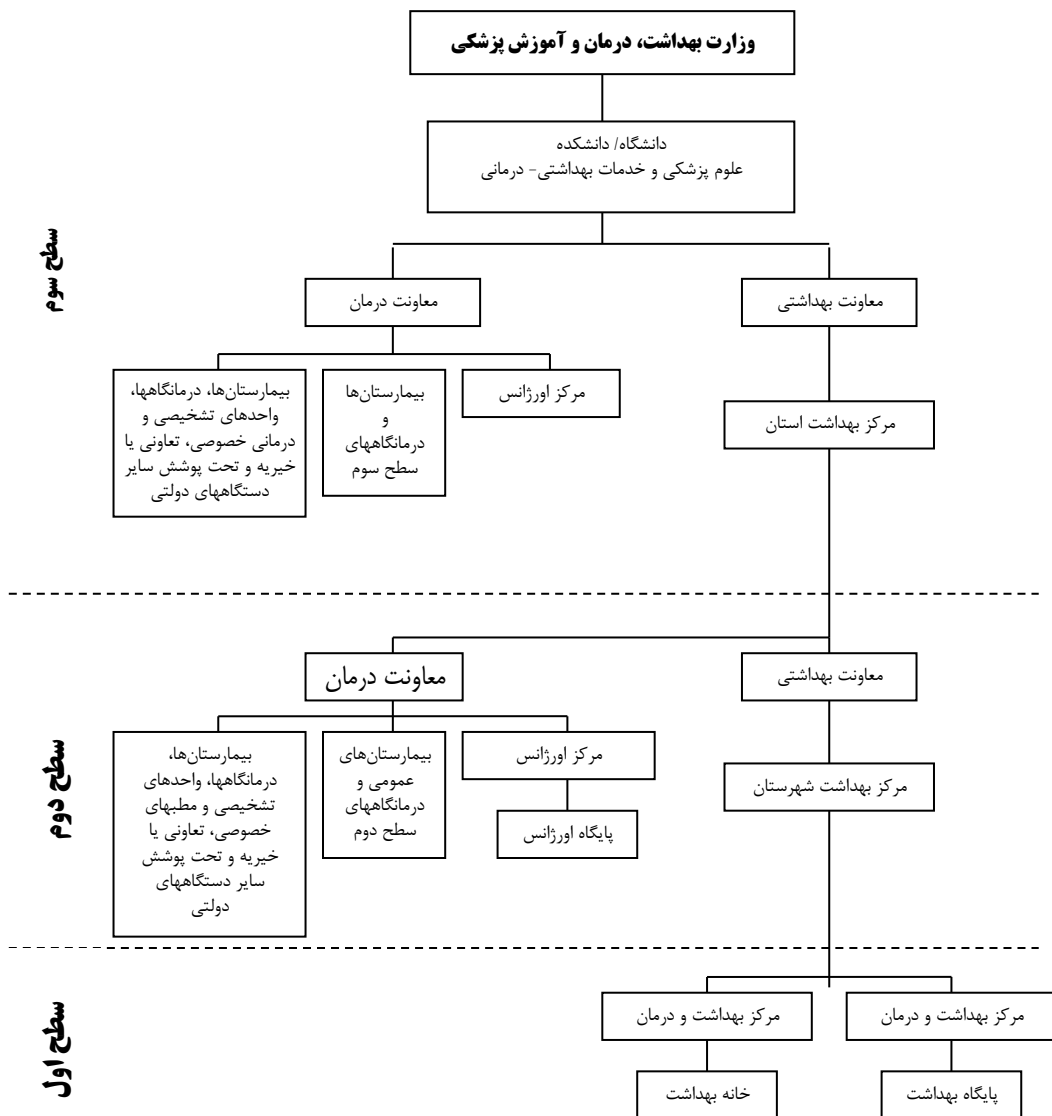
به جزء وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارایه کنندگان دیگری نیز در بخش سرپایی و بستری کشور وجود دارند.

خدمات سرپایی بصورت عمده توسط بخش خصوصی ارایه می‌شود هر چند نهادها و سازمان‌های دیگری نیز (همچون بخش‌های خیریه، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، وزارت نفت، بانک‌ها، صدا و سیما و ...) نیز به ارایه خدمت در این بخش مشغولند. در بخش بستری خدمات بطور عمده توسط دولت ارایه می‌شود البته در این قسمت نیز سازمان‌های فوق‌الذکر بصورت جزئی تر خدمات را ارایه می‌دهند. در شکل (۵-۱۷) نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی ایران آورده شده است.

شکل ۵-۱۷. نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور



شکل ۴-۱۷. ساختار نظام ارایه خدمات بهداشتی - درمانی ایران در وزارت بهداشت



۴- نظام بیمه‌ای و تأمین مالی

۴-۱. تأمین مالی در ایران

در ایران، مجموعه منابع مالی لازم برای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی از طریق بخش عمومی (دولت) سازمان تأمین اجتماعی و بخش خصوصی (خانوارها) تأمین می‌گردد. درصد محدودی از منابع مالی نیز در مراکز وابسته به بخش غیردولتی فراهم می‌شود.

تقسیم‌بندی منابع تأمین مالی در نظام بهداشتی و درمانی کشور در زیر آورده شده است:

الف) درآمدهای دولت از محل منابع عمومی.

ب) بیمه‌های اجتماعی درمانی (به عنوان بخشی از حق بیمه‌های اجتماعی).

ج) منابع شرکت‌ها و مؤسسات دولتی (به عنوان بخشی از جبران خدمت کارکنان).

د) نهادهای خیریه در بخش دولتی از محل کمک‌های خصوصی اعطایی به آنها.

ه) پرداخت‌های مستقیم خانوارها.

و) مؤسسات غیرانتفاعی خصوصی در خدمت خانوارها.

ی) بیمه‌های خصوصی درمانی (از محل پیش‌پرداخت‌های خانوارها).

رشد پرشتاب هزینه‌های بهداشتی و درمانی در کشور به طور عمده ناشی از عوامل مختلفی مانند رشد جمعیت، سالمند شدن جمعیت، تغییر الگوی بیماری‌ها و گسترش بیماری‌های غیر واگیر و مزمن، تغییر سطح انتظارات، گرایش روزافزون به استفاده از تجهیزات و تکنولوژی نوین و گران‌قیمت درمانی می‌باشد. در چنین شرایطی توجه به مکانیسم تأمین منابع مالی در بخش بهداشت و درمان بیش از پیش اهمیت یافته است. تحلیل و ارزیابی منابع مالی بخش از جهات حدود مناسب آن و کارآیی، همواره با تأکید بر مشکلات زیادی همراه بوده است. این مشکلات از محدودیت‌های اصلی در توسعه بخش بهداشت و درمان محسوب می‌گردد. با توجه به روند اعتبارات و تنوع منابع در بخش بهداشت و درمان، براساس آنچه که در چارچوب حساب‌های ملی بهداشت و درمان کشور مشاهده می‌شود، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت و منابع پیش‌پرداخت در بیمه‌های اجتماعی درمانی و بالا بودن سهم هزینه‌های

فصل هفدهم: نظام سلامت در ایران ۳۸۹

خانوارها از مجموع هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان کشور، از عوامل محدود کننده در تأمین مالی هزینه‌های مصرفی در بخش سلامت محسوب می‌شود.

در جمهوری اسلامی ایران براساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت، منابع مالی بخش بهداشت و درمان ۳۰٪ از محل منابع عمومی، ۱۱٪ از محل کارفرمایان و بیش از ۵۰٪ از طریق پرداخت مستقیم خانوار صورت می‌گیرد.

شیوه تأمین مالی سلامت در جمهوری اسلامی ایران به نوعی است که در بیشتر موارد، حق بیمه به نسبت افزایش درآمد افراد یا خانواده‌ها افزایش نمی‌یابد و به سبب نسبت بالای پرداخت‌های مستقیم مردم ناعادلانه می‌نماید.

۲-۴. نظام بیمه‌ای

سازمان بیمه سلامت ایرانیان^۱، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، از سازمان‌های اصلی ارایه دهنده و خریدار خدمات سلامت در کشور می‌باشند.

در سازمان سازمان بیمه سلامت ایرانیان حق بیمه کارمند درصدی از حقوق و دستمزد و البته با اعمال سقف است. در طرح جدید بیمه روستایی نیز که با محوریت پزشک خانواده اجرا می‌شود میان فقیر و غنی فرقی نیست و عدالت در پرداخت‌ها را به زیر سؤال می‌برد.

به جزء کارکنان دولت و روستائیان سایر افراد و گروه‌های تحت پوشش این سازمان عبارتند از:

خانواده معظم شهدا:

مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی پدر، مادر، همسر، خواهر و برادر تحت تکفل و فرزندان شهدا با بهره‌مندی از سهم دولت، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرند.

۱ - از اواسط سال ۱۳۹۱ سازمان بیمه خدمات درمانی به سازمان بیمه سلامت ایرانیان تغییر نام داد. توضیح اینکه بر اساس ابلاغ اساسنامه تشکیل سازمان در تاریخ ۹۱/۵/۲۲ و بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمیع سازمان‌های بیمه گر کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهر ماه سال ۹۱ تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارایه شود. به این ترتیب همه جمعیت ۷۵ میلیونی کشور از یک بیمه پایه‌ای درمان برخوردار شوند و دیگر فردی فاقد پوشش بیمه درمان در کشور نباشد. بر همین اساس از اول مهر ماه ۱۳۹۱ سازمان بیمه سلامت ایران رسماً فعالیت خود را آغاز کرد و ماموریت یافت انجام اقدامات لازم را به منظور تمرکز کلیه امور بیمه سلامت در سازمان از طریق تجمیع سریع بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور با رعایت مفاد ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و اساسنامه سازمان به انجام رساند. البته تا زمان تدوین این کتاب این امر محقق نشده است.

جانبازان و آزادگان^۱

جانبازان ۲۵٪ و بالا و آزادگان، همسر و فرزندان تحت تکفل آنان با بهره‌مندی از سهم دولت در حق بیمه تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرند.

دانشجویان

طبق قرارداد منعقد فی مابین معاون دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سازمان بیمه سلامت ایرانیان، دانشجویانی که تحت پوشش هیچ نوع بیمه درمان نمی‌باشند پس از ثبت نام تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرند و برای آنان از طریق ادارات بیمه خدمات درمانی و یا نمایندگی‌ها دفترچه بیمه دانشجویی صادر خواهد شد و افرادی که بدین صورت از مزایای بیمه خدمات درمانی استفاده می‌کنند با عنوان "سایراقشار" شناخته می‌شوند. پرداخت ۵۰ درصد حق بیمه سهم دانشجویان دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و همسر و فرزندان آنان با رعایت ماده ۱ قانون تنظیم خانواده و جمعیت در زمان تحصیل توسط دولت و ۵۰ درصد باقیمانده برای آن عده از دانشجویانی که توان پرداخت آن را ندارند از طریق صندوق رفاه دانشجویان صورت می‌گیرد. دانشجویان دوره‌های PHD و دکترای تخصصی پرداخت ۵۰ درصد باقیمانده را راساً تقبل می‌کنند.

کمیته امداد امام خمینی(ره)^۲

کمیته امداد امام خمینی(ره) بعنوان نهادی انقلابی و از نوع مؤسسات عام‌المنفعه است که در تاریخ ۱۴ اسفند ۱۳۵۷ برای مدت نامحدود تشکیل شده است. براساس اساسنامه مصوب که به تأیید مقام معظم رهبری نیز رسیده است این کمیته تحت نظر مستقیم مقام معظم رهبری (ولی فقیه) قرار دارد.

۱- در خصوص جانبازان و خانواده شهدا در سالهای مختلف حسب قوانین شرایط متفاوت است.

۲- کمیته امداد یک نهاد حمایتی است که به واسطه قانون بیمه همگانی خدمات درمانی به عنوان یک نهاد بیمه‌ای تلقی شده است (ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی) و به صراحت در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان یک نهاد حمایتی در نظر گرفته شده است.

کمیته امداد امام خمینی (ره) با توجه به هدف و مأموریت‌های خود عمدتاً افراد و خانواده‌های نیازمند را تحت پوشش قرار می‌دهد. هر چند این سازمان نهاد بیمه‌گر محسوب نمی‌شود اما عملاً وظیفه بیمه‌گری بر عهده دارد.

اعتبارات مربوط به کمیته امداد در مورد حق بیمه سرانه بصورت ردیفی مستقل در قانون بودجه، هر ساله منظور و در اختیار کمیته امداد قرار می‌گیرد بنابراین بیمه‌شدگان کمیته امداد هیچ نوع مشارکتی در پرداخت حق بیمه درمان ندارند.

مددجویان و توانخواهان بهزیستی

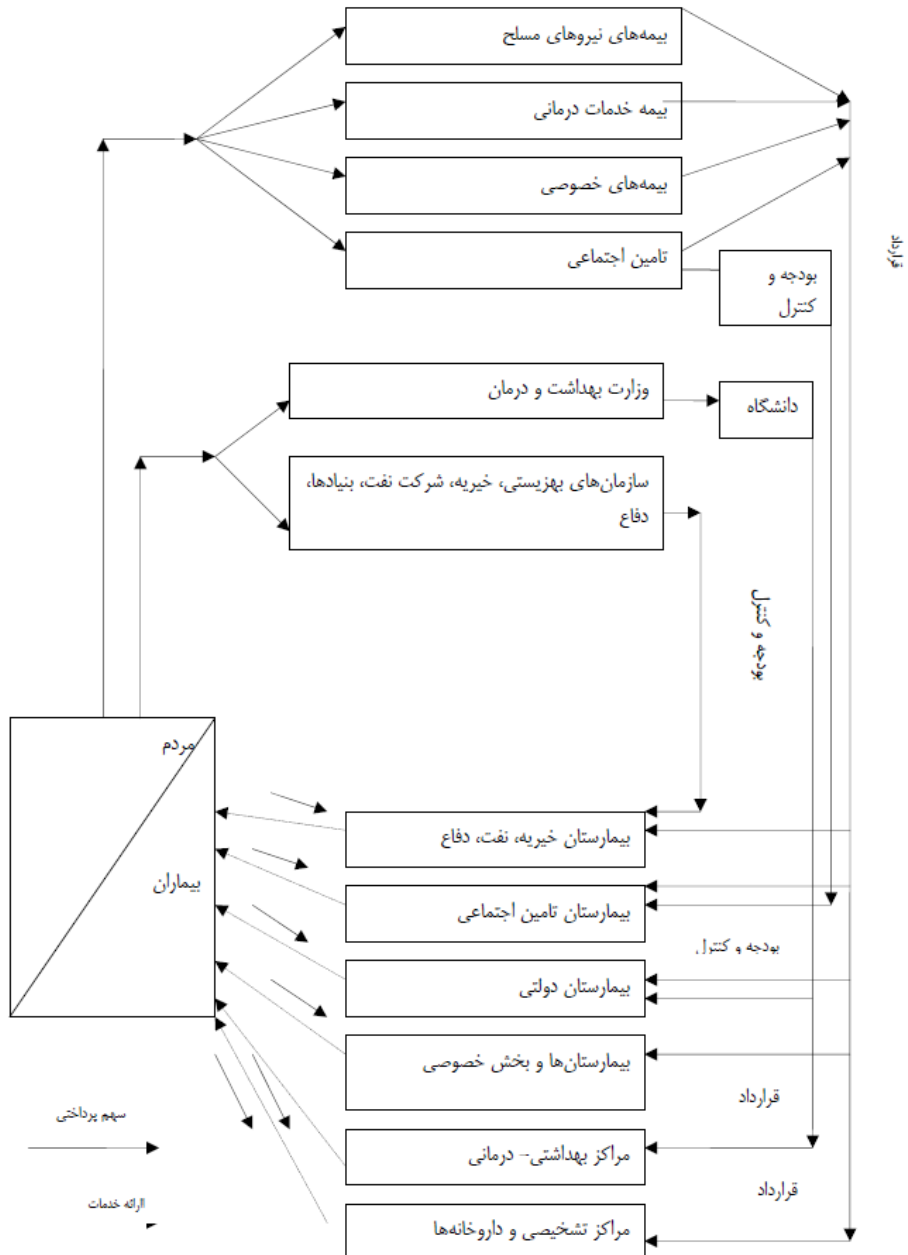
این گروه شامل مددجویان و توانخواهان معرفی شده از سوی سازمان بهزیستی می‌باشند که حق بیمه درمان آنها از طریق سازمان متبوع پرداخت میگردد و در صورت معرفی فرد از سوی مؤسسه بیمه‌گزار و پرداخت حق بیمه دفترچه بیمه صادر و در اختیار بیمه شده قرار می‌گیرد.

روحانیون و طلاب حوزه‌های علمیه

مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور حق بیمه طلاب علوم دینی و روحانیون، همسر و فرزندان تحت تکفل آنها با رعایت ماده ۱ قانون تنظیم خانواده و جمعیت بر عهده دولت می‌باشد و در صورت معرفی فرد از سوی حوزه علمیه قم و پرداخت حق بیمه، دفترچه بیمه صادر می‌گردد. از سال ۱۳۸۸ بیمه جدیدی تحت عنوان بیمه ایرانیان شکل گرفت. در این بخش کلیه افراد ایرانی فاقد پوشش بیمه و همچنین بیماران خاص می‌توانند تحت پوشش بیمه قرار گیرند. در این طرح دولت قسمتی از حق بیمه فرد را پرداخت می‌کند. این پرداخت از ۵۰ تا ۱۰۰ درصد حق بیمه است. حق بیمه قابل پرداخت جهت هر فرد در هر سال بر اساس نرخ مصوب هیأت وزیران تعیین می‌گردد. برای بیمه‌شدگان دفترچه بیمه‌ای با تاریخ اعتبار یکساله صادر می‌شود.

در سال ۱۳۹۳ بیمه جدیدی تحت عنوان بیمه همگانی سلامت راه‌اندازی شد که بر اساس آن کلیه ایرانیان فاقد بیمه بدون پرداخت هیچ وجهی بیمه درمان می‌شوند. هزینه این بیمه توسط دولت پرداخت می‌شود.

شکل ۶-۱۷. فلوجارت انتقال منابع مالی نظام سلامت در ایران



در کنار سه سازمان اصلی بیمه‌های اجتماعی بهداشت و درمان، شرکت‌های دولتی و به طور عمده شرکت ملی نفت ایران و بانک‌های دولتی قرار دارند که خدمات بهداشتی و درمانی کارکنان آنان و خانواده‌هایشان تحت نظام بیمه‌های درمانی اختصاصی با استفاده از تعدادی مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته و یا در بخش خصوصی، از منابع داخلی شرکت‌ها فراهم می‌گردد. بنیاد شهید و امور ایثارگران نیز خدمات و حمایت‌هایی شبیه به بیمه‌های درمانی به جانبازان و ایثارگران جنگ تحمیلی فراهم می‌نماید. به این ترتیب ملاحظه می‌شود که دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی دولتی و حمایت‌های بیمه‌های اجتماعی درمانی تقریباً برای کلیه افراد جامعه، ساکن در شهر و روستا فراهم می‌باشد. اما به هر حال هنوز محدودیت‌هایی به خصوص از جهت پیچیدگی‌های مقرراتی و توانایی پرداخت محدود برای گروه‌های کم درآمد یا فاقد درآمد منظم وجود دارد که موجب شده است نظام بیمه‌های درمانی از کارآیی مورد انتظار برای ایجاد پوشش کشوری برخوردار نباشد. به طور کلی نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی کشور هنوز در پاسخ به تعهدات پیش‌بینی شده برای آن و برقراری نظم ساختاری و مالی مورد انتظار، با مشکلاتی مواجه است.

نظام تأمین مالی در صندوق‌های بیمه‌ای کشورمان به جزء در صندوق تأمین اجتماعی که نرخ حق بیمه تا حدودی تناسبی (Proportional) و بر مبنای درصدی از حقوق و دستمزد محاسبه می‌گردد؛ در سایر صندوق‌ها به صورت نزولی یا کاملاً نزولی (Regressive) می‌باشد. به عبارت دیگر با افزایش توان پرداخت، میزان سهم مشارکت افراد کاهش می‌یابد. البته از سال ۱۳۹۰ و بر اساس قانون برنامه پنجم توسعه بیمه کارکنان دولت نیز بر اساس درصدی از حقوق تعیین گردید اما برای آن نیز سقف تعیین شده است.

از آنجایی که دهک‌های پائین‌تر جامعه معمولاً دسترسی کمتری به خدمات سلامت دارند (بر اساس قانون مراقبت‌های معکوس)؛ می‌توان نتیجه گرفت که افراد با توان مالی کمتر، بار مالی ناشی از هزینه‌های سلامت را به دوش می‌کشند و از سوی دیگر به دلیل غیرهدفمند بودن منابع عمومی (یارانه‌های غیرهدفمند) سهم کمتری از فواید را دریافت می‌کنند.

۵- پوشش خدمات

اطلاعات دقیقی از میزان پوشش بیمه‌ای در ایران در دسترس نیست. براساس سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت کل کشور ۷۰/۵ میلیون نفر و افراد فاقد پوشش بیمه حدود ۷ میلیون نفرند. براساس گزارش شورای عالی بیمه در اسفند ۱۳۸۷، جمعیت تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی ۲۷/۷ میلیون نفر، نیروهای مسلح ۴/۶ میلیون نفر، کمیته امداد ۱/۵ میلیون نفر، سایر بیمه‌ها حدود ۱/۸ میلیون نفر و سازمان بیمه خدمات درمانی ۳۷/۲ میلیون نفر است. مشاهده می‌شود کل جمعیت بیمه شده بیش از تعداد جمعیت ایران بود. به همین دلیل برآورد می‌شد حدود ده میلیون مورد هم پوشانی بیمه‌ای وجود دارد.

در سال ۱۳۹۲ نیز برآورد می‌شد حدود ۱۶ درصد مردم از هیچ پوشش بیمه‌ای برخوردار نیستند. با این وجود بر اساس آمار نامه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در پایان سال ۱۳۹۲ تعداد کل بیمه شدگان اصلی و تبعی و مستمری بگیران اصلی و تبعی صندوق تأمین اجتماعی ۳۹۰۹۹۳۸۰ نفر می‌باشند. رقم دقیق بیمه شدگان درمانی این صندوق معادل رقم فوق است. سازمان بیمه سلامت ایران ۳۳۷۶۲۴۶۹ بیمه شده تحت پوشش دارد همچنین کمیته امداد ۱۱۹۷۶۶۶ نفر را تحت پوشش بیمه درمان دارد. لازم به توضیح است که آمارهای دقیق بیمه درمان نیروهای مسلح در دسترس نیست.

در سال ۱۳۹۴ پس از اعلام بیمه رایگان حدود ۹ میلیون نفر در این طرح ثبت نام کرده‌اند. با این وجود هنوز آمار دقیقی از همپوشانی‌ها در دسترس نیست.

فصل هجدهم: بررسی تطبیقه

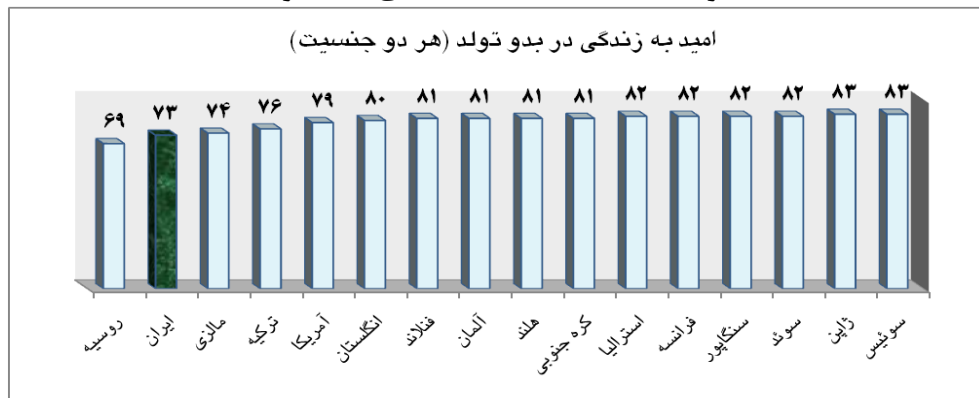
آنچه گذشت بررسی نظام‌های سلامت در ۱۵ کشور دنیا و ایران بود که به طور ویژه به ساختار نظام سلامت، نظام‌های بیمه و تأمین منابع مالی، شیوه تأمین منابع مالی، ارایه خدمات و پوشش خدمات هر یک از نظام‌ها در کشورهای منتخب می‌پرداخت. در این مجموعه سعی شد براساس دسته‌بندی شائو از هر یک از نظام‌های بیمه‌ای حداقل ۲ کشور انتخاب شود و اطلاعات آن ارائه گردد.

منابع بسیاری مورد مطالعه قرار گرفتند تا روزآمدترین اطلاعات در اختیار خوانندگان عزیز قرار گیرد ولی در برخی موارد، اطلاعات بدست آمده ناکافی بود. جهت بررسی بهتر در ابتدا نگاهی به برخی شاخص‌های سلامت در بین کشورهای منتخب و جایگاه کشور ایران در آنها خواهیم داشت.

الف- امید به زندگی در بدو تولد (با احتساب هر دو جنسیت):

در نمودار (۱-۱۸) وضعیت امید به زندگی در بدو تولد (با احتساب هر دو جنسیت مرد و زن) برای چند کشور منتخب در سال ۲۰۱۱، نشان داده شده است.

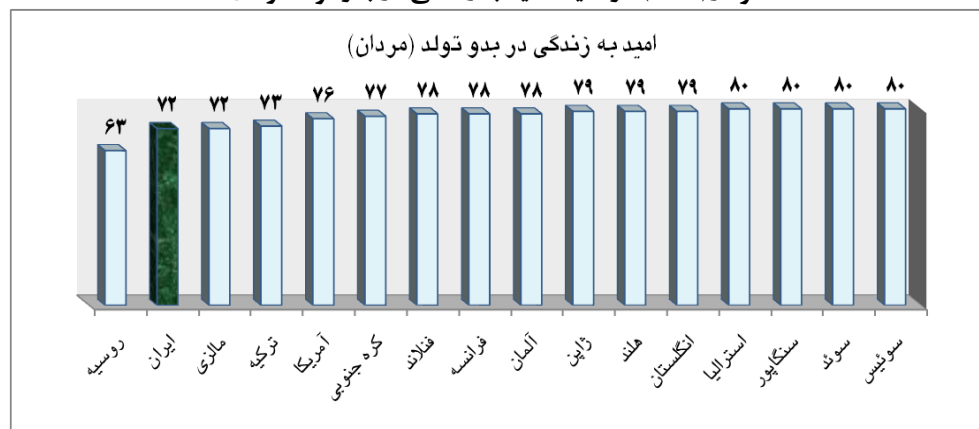
نمودار (۱-۱۸) - وضعیت امید به زندگی در بدو تولد



منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

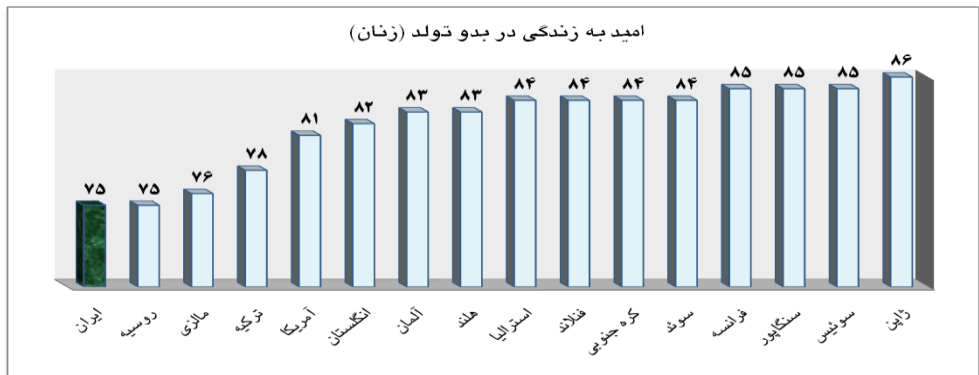
همانطور که مشاهده می‌گردد، بر اساس آخرین آمارهای منتشر شده، در اکثر کشورهای منتخب، امید به زندگی بالای ۸۰ سال بوده و این میزان در کشورهای سوئیس و ژاپن با ۸۳ سال بیشترین است. پایین‌ترین میزان این شاخص در بین کشورهای منتخب متعلق به کشور روسیه بوده و پس از آن ایران با ۷۳ سال امید به زندگی، پایین‌ترین میزان امید به زندگی را در میان این کشورها به خود اختصاص داده است. در نمودار (۲-۱۸) و (۳-۱۸) به ترتیب وضعیت این شاخص به طور جداگانه در میان مردان و زنان نشان داده شده است.

نمودار (۲-۱۸) - وضعیت امید به زندگی در بدو تولد مردان



منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

نمودار(۳-۱۸)- وضعیت امید به زندگی در بدو تولد زنان



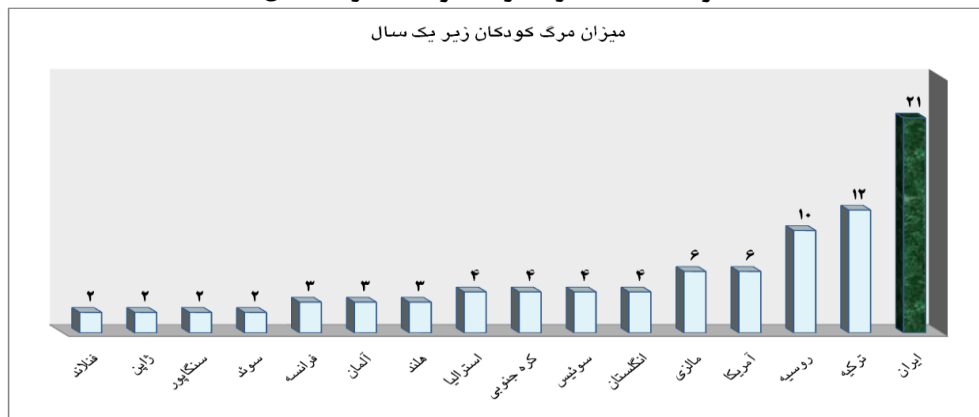
منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

در همه کشورهای مورد بررسی و در سال ۲۰۱۱، امید به زندگی در میان زنان بیش از امید به زندگی در مردان بوده است. در ایران امید به زندگی مردان ۷۲ سال و این رقم برای زنان ۷۵ سال می‌باشد. در میان کشورهای مورد نظر، روسیه و ایران پایین‌ترین میزان سال‌های امید به زندگی را دارا می‌باشند.

ب- میزان مرگ کودکان زیر یک سال

طبق آخرین آمارهای منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۱، ایران بالاترین میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال را در بین کشورهای منتخب داشته است. این رقم برای ایران بیش از دو برابر مرگ و میر در روسیه و تقریباً دو برابر بیش از میزان مرگ و میر در ترکیه است.

نمودار(۴-۱۸)- میزان مرگ کودکان زیر یک سال

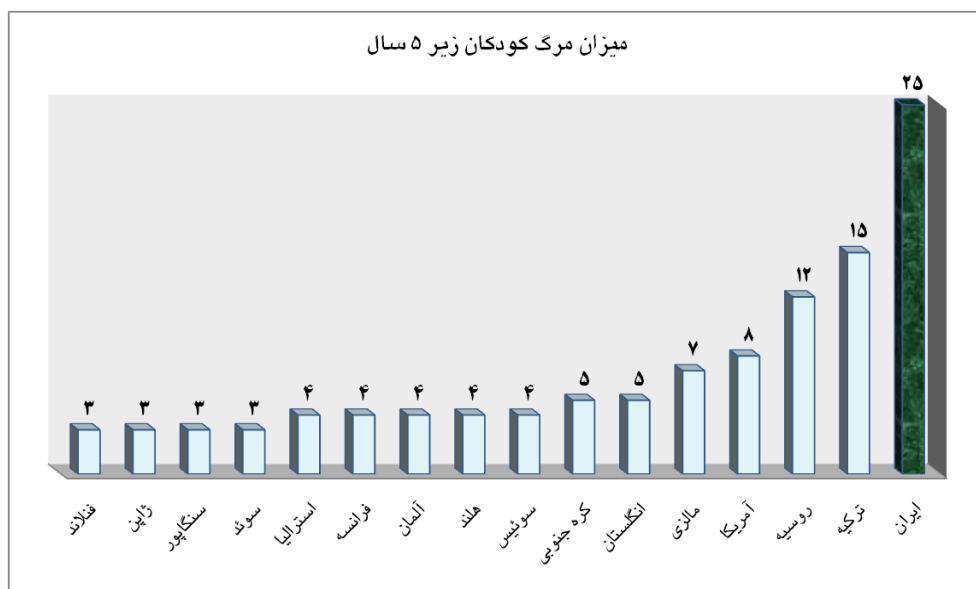


منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

ج- میزان مرگ کودکان زیر پنج سال

مطابق انتظار، با توجه به اینکه قسمت عمده آمار مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به خاطر مرگ و میر کودکان زیر یک سال است، بیشترین میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از بین کشورهای منتخب به ترتیب مربوط به ایران، ترکیه و روسیه می‌باشد.

نمودار (۵-۱۸). میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال



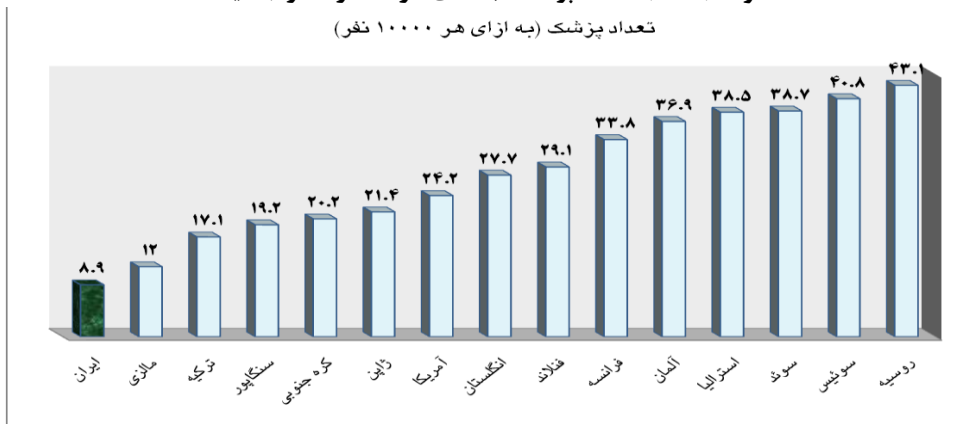
منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

د- تعداد پزشک به ازای هر ده هزار نفر جمعیت

بر اساس آمارهای رسمی سازمان بهداشت جهانی در خصوص تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت، بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ کشور ایران با حدود ۹ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت، کمترین تعداد پزشکان را در بین کشورهای منتخب دارا می‌باشد. این رقم برای کشور مالزی و ترکیه به ترتیب ۱۲ و ۱۷ نفر می‌باشد.

نمودار (۶-۱۸). تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت

(تعداد پزشک (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر)



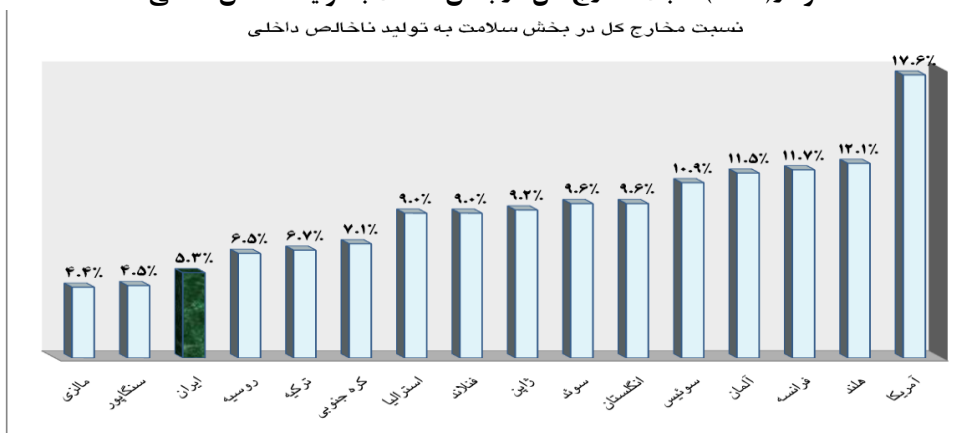
منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

۵ - نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی

کشور ایران با اختصاص ۵/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی خود به بخش سلامت پس از کشورهای مالزی و سنگاپور، کمترین میزان توجه را به بخش سلامت در بین کشورهای منتخب مبذول داشته است. این شاخص آئینه توجه دولت‌ها به بخش سلامت است و این رقم نشان از آن دارد که طی سال‌های گذشته نسبت به سهم سلامت مردم در بودجه ریزی کشور کم توجهی شده است. این در حالی است که بر اساس قانون برنامه پنجم سهمی از تولید ناخالص داخلی که می‌بایست به بخش سلامت اختصاص پیدا کند ۷/۵ درصد تعیین گردیده است.

نمودار (۷-۱۸). نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی

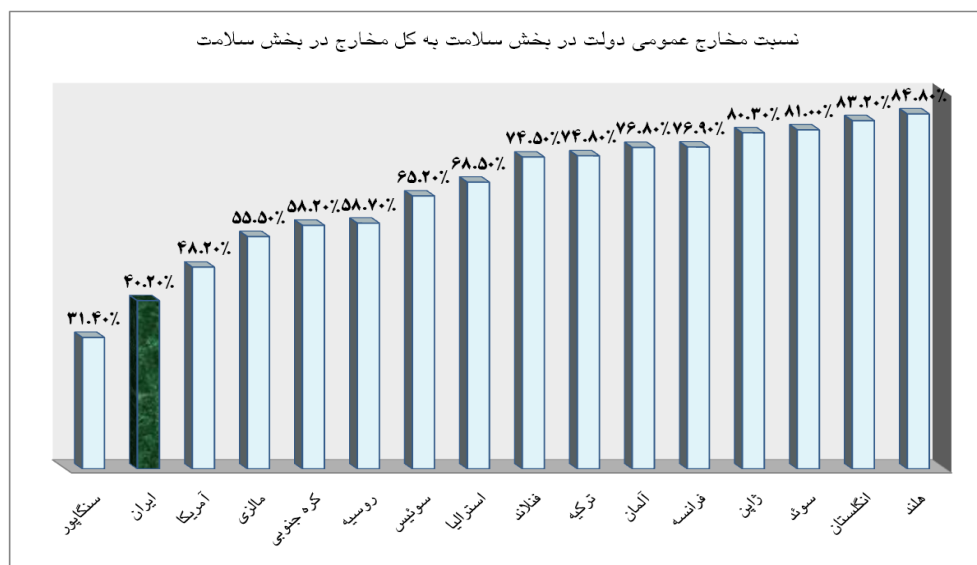
نسبت مخارج کل در بخش سلامت به تولید ناخالص داخلی



منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

و- نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج بخش سلامت از کل مخارج انجام شده در بخش سلامت در سال ۲۰۱۰ در ایران، بر اساس آخرین اطلاعات منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، حدود ۴۰ درصد توسط دولت انجام پذیرفته است. این در حالی است که در کشور ترکیه نزدیک به ۷۵ درصد از مخارج سلامت، توسط دولت انجام می‌شود. در بین کشورهای منتخب بیش‌ترین سهم مخارج سلامت دولتی به کل مخارج سلامت، با ۸۵ درصد، از آن کشور هلند است.

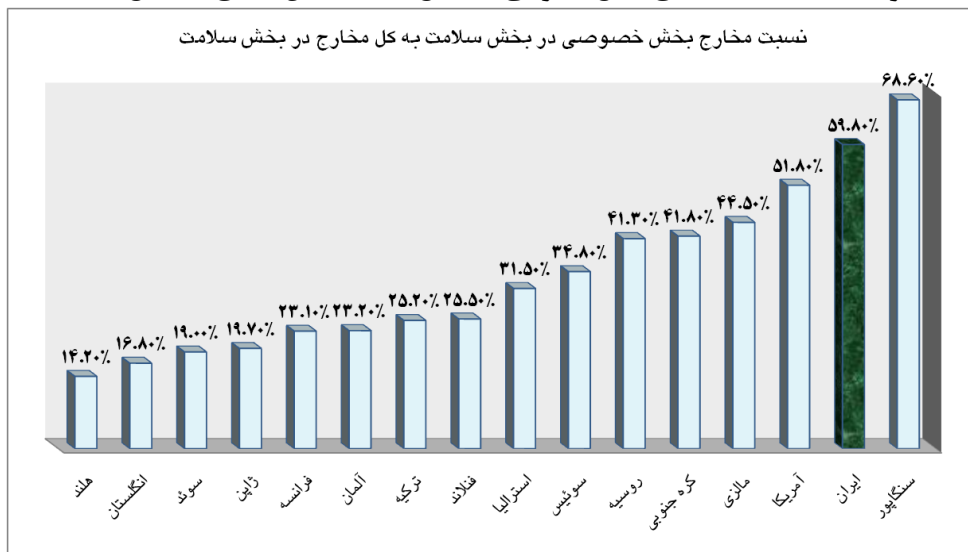
نمودار (۸-۱۸). نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج بخش سلامت



منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

ز- نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت همانطور که در نمودار ۹ نشان داده شده است، قریب به ۶۰ درصد از کل مخارج در بخش سلامت در ایران توسط بخش خصوصی انجام می‌پذیرد. همچنان که مشاهده می‌شود، این میزان، در بین کشورهای منتخب پس از کشور سنگاپور بیشترین مقدار است.

نمودار (۹-۱۸). نسبت مخارج بخش خصوصی در بخش سلامت به کل مخارج در بخش سلامت

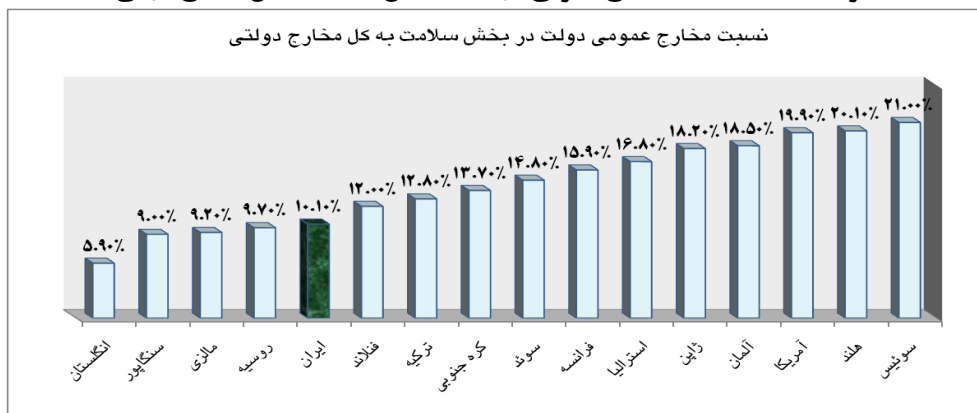


منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

ح - نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی

بر اساس آمارهای منتشر شده، در سال ۲۰۱۰، نزدیک به ۱۰ درصد از کل مخارج دولتی در ایران، به مخارج عمومی بر روی سلامت اختصاص پیدا کرده است. این میزان تقریباً مشابه همین نسبت در کشورهای روسیه و مالزی است.

نمودار (۱۰-۱۸). نسبت مخارج عمومی دولت در بخش سلامت به کل مخارج دولتی

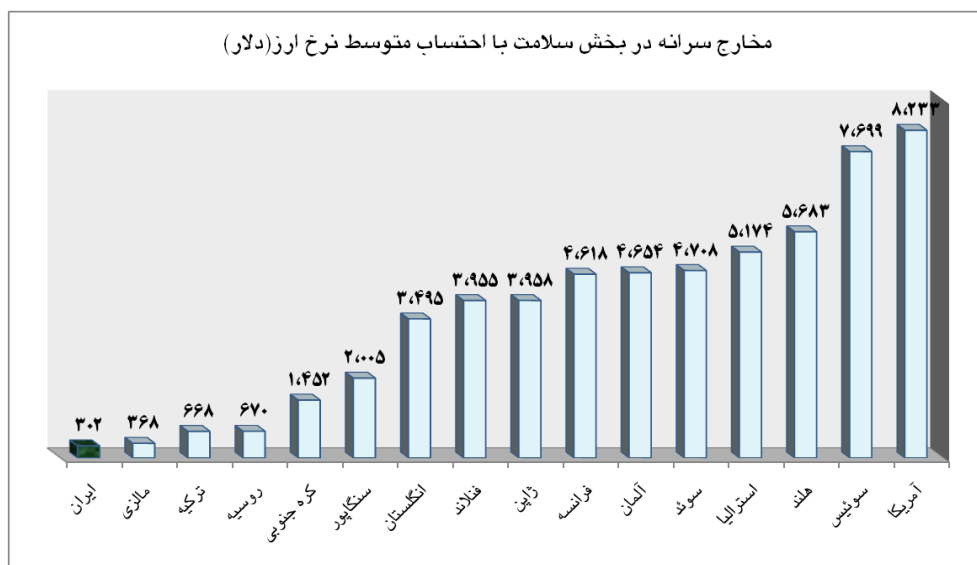


منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

ط- مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز

همانطور که در نمودار ۱۱ مشاهده می‌شود، در بین کشورهای مورد بررسی، با احتساب متوسط نرخ ارز، در سال ۲۰۱۰ ایران پایین‌ترین میزان مخارج سلامت را به صورت سرانه انجام داده است. این میزان تقریباً ۴ درصد مخارج سرانه‌ای است که در کشور آمریکا در بخش سلامت هزینه می‌گردد.

نمودار (۱۱-۱۸). مخارج سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز

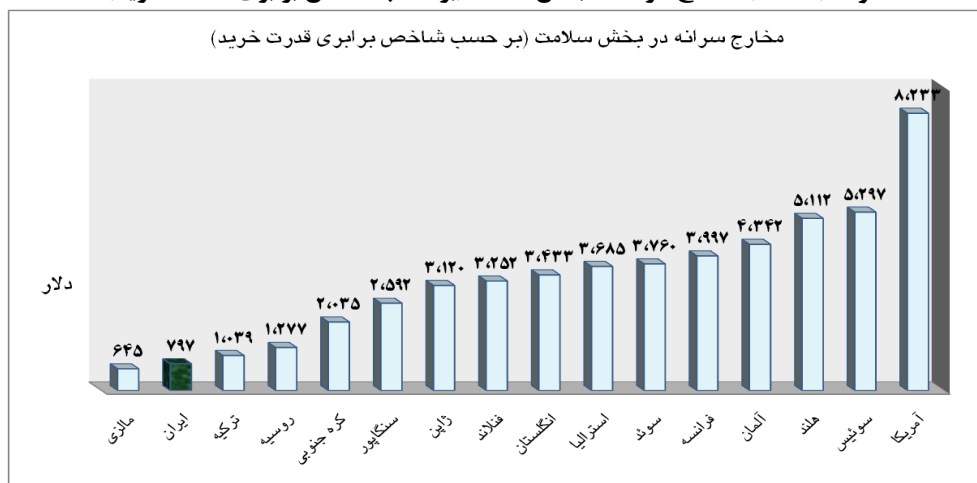


منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

ی- مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)

چنانچه مخارج سرانه در بخش سلامت بر حسب شاخص برابری قدرت خرید مطمح نظر قرار گیرد، همچنان ایران در بین کشورهای منتخب (بعد از مالزی) از پایین‌ترین میزان مخارج سرانه سلامت برخوردار است.

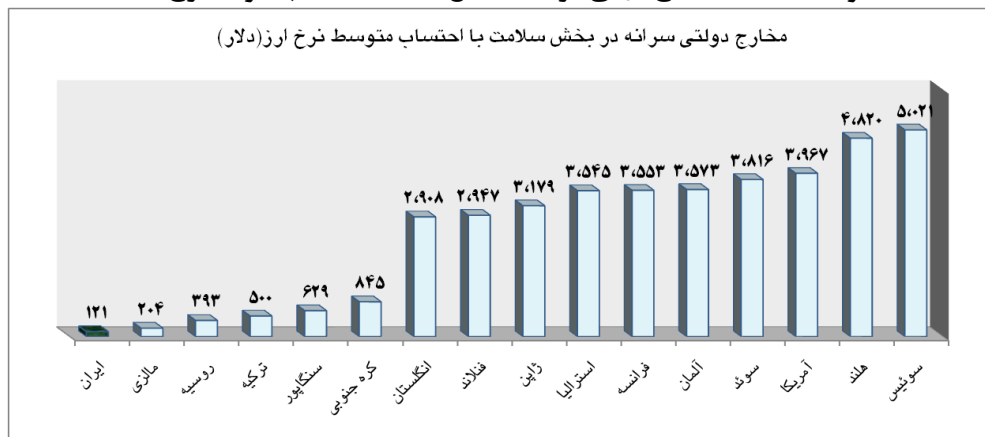
نمودار (۱۲-۱۸). مخارج سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)



منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

ک - مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز در نمودار (۱۳-۱۸) میزان مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ دلار در سال ۲۰۱۰ برای کشورهای منتخب از جمله ایران نشان داده شده است. ایران در این شاخص نیز همانند دیگر شاخص‌های مورد بررسی جایگاه مناسبی در بین این کشورها ندارد.

نمودار (۱۳-۱۸). مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت با احتساب متوسط نرخ ارز (دلار)

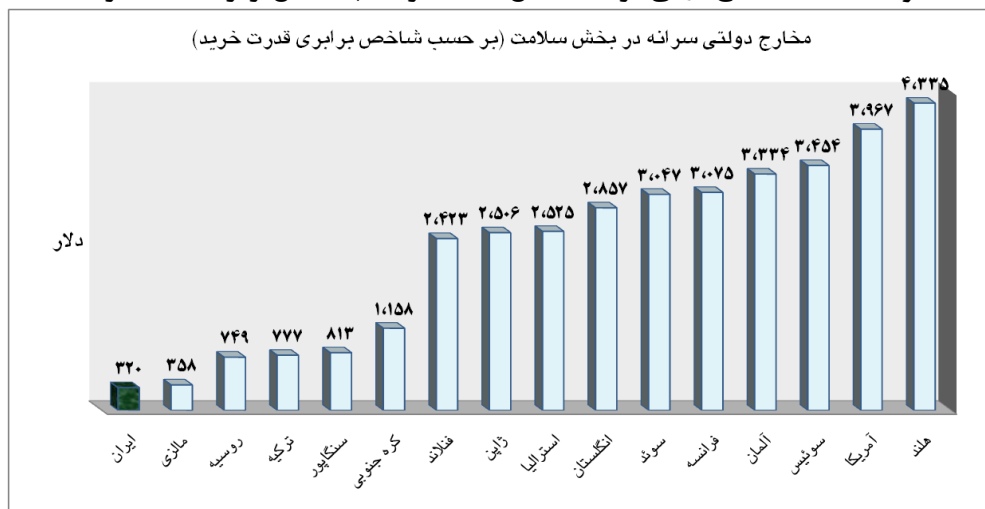


منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

۴۰۴ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

ل - مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید) بر اساس آخرین آمارمنتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی، میزان مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت بر حسب شاخص برابری قدرت خرید در سال ۲۰۱۰ در ایران ۳۲۰ دلار بوده است. همانطور که مشاهده می‌شود، این میزان تفاوت فاحشی با رقم این شاخص در کشورهای پیشرفته دارد.

نمودار (۱۴-۱۸). مخارج دولتی سرانه در بخش سلامت (بر حسب شاخص برابری قدرت خرید)



منبع: آمارهای سلامت، سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳

۲-۱۸. بررسی ساختار نظام سلامت در کشورهای منتخب

صرف نظر از شاخص‌ها که مورد بررسی قرار گرفت کشورها را می‌توان بر اساس ۵ شاخص نحوه تأمین مالی، میزان پوشش خدمات، وجود نظام بیمه، نحوه ارائه خدمات سلامت و سازمان متولی نظام سلامت نیز مورد بررسی قرار داد.

الف-تأمین مالی

تأمین مالی سازوکارهایست که پول از طریق آنها جمع‌آوری، تجمیع و جابجا می‌شود و از طریق آن فعالیت‌های بخش سلامت را تأمین اعتبار می‌نماید.

با توجه به دیدگاه‌های گوناگون در مورد سلامت، تأمین مالی این بخش در کشورهای گوناگون جهان به شیوه‌های متفاوتی انجام می‌گیرد.

به طور عمده ۵ روش گسترده برای جمع آوری منابع مالی مراقبت‌های سلامتی وجود دارد که عبارتند از: مالیات عمومی، بیمه اجتماعی سلامت، بیمه سلامت خصوصی یا اختیاری، پرداخت از جیب و کمک‌های داخلی و خارجی (وام‌های بین‌المللی).

در تأمین مالی از محل درآمد عمومی، بسیاری از انواع مالیات‌ها برای پشتیبانی از کل محدوده فعالیت‌های دولت مورد استفاده قرار می‌گیرند. بنابراین لازم است که نظام سلامت برای کسب اعتبارات خود، با سایر برنامه‌های مبتنی بر تأمین مالی از سوی دولت رقابت کند و منابع خود را از طریق فرآیند منظم بودجه‌ریزی دولتی دریافت نماید.

انواع مختلفی از مالیات‌ها در اختیار دولت قرار دارد از جمله مالیات بر درآمد، مالیات سود شرکت سهامی، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات غیرمستقیم، تعرفه‌های واردات و مالیات بر منابع طبیعی مثل معادن یا تعرفه‌های عبور از کانال. هر یک از این مالیات‌ها بار را بر گروه‌های مختلفی از شهروندان وارد می‌کند. ترکیب مالیات‌های که یک کشور خاص از آن استفاده می‌کند، عموماً وابسته به سطح رشد اقتصادی آن کشور است.

بیمه اجتماعی، اجباری^۱ است، هر یک از افراد گروه مشمول، باید مشارکت کند و سهم حق بیمه خاص خود را پرداخت نماید. سهم مشارکت (حق بیمه) غالباً به صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود. وقتی که فردی، حداقل تعداد حق بیمه‌ها را پرداخت کرد، مشمول مزایای خاص و از پیش تعیین شده می‌شود.

وجه تمایز بیمه خصوصی آن است که مشتریان، به صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی می‌پردازند؛ این فروشندگان حق بیمه‌ها و سهم مشارکتی را مطالبه می‌کنند که منعکس‌کننده خطرات خریدار است به عوض آنکه توان پرداخت‌شان را مدنظر داشته باشد. خریدهای بیمه را می‌توان یا به شکل فردی و یا به شکل گروهی انجام داد.

چهارمین گزینه تأمین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم که مستقیماً و از جیب خودشان به ارایه‌کنندگان پول بپردازند و این هزینه صرف شده از سوی آنها، قابل بازپرداخت از سوی یک نهاد یا شخص ثالث نباشد.

۴۰۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

سازمان جهانی بهداشت، اهداکنندگان بین‌المللی و داخلی را نیز به عنوان پنجمین شیوه تأمین مالی به شمار می‌آورد.

آنچه مهم است اینست که این گروه‌های معمولاً انحصاری نیستند، به عبارت دیگر شیوه تأمین مالی نظام‌های سلامت ترکیبی از عناصر گوناگون می‌باشند و بیشتر نظام‌ها در طیفی بین این دسته‌بندی قرار دارند.

جدول ۱-۱۸. نحوه تأمین مالی در کشورهای منتخب

کشور	نحوه تأمین مالی
آلمان	از طریق نظام بیمه ای
آمریکا	از طریق بیمه‌های عمومی و خصوصی و پرداخت از جیب
استرالیا	مالیات و حق بیمه
انگلیس	۸۵ درصد از طریق مالیات دولتی، ۱۳ درصد از طریق حق سرانه‌های بیمه تأمین اجتماعی و ۲ درصد مابقی از طریق پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران
ترکیه	تأمین مالی مراقبت‌های سلامت توسط دولت (از طریق وزارت دارایی)، مؤسسات تأمین اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی بازرگانان، پیشه‌وران، خود اشتغالان، صندوق بازنشستگان دولتی و پرداخت‌های مستقیم
روسیه	منبع اصلی تأمین منابع مالی دولت محلی است. در مناطقی که مکانیزم‌های بیمه‌ای وجود ندارد تأمین مالی خدمات اولیه از طریق مالیات صورت می‌گیرد.
ژاپن	منبع اصلی بیمه است. مالیات، یارانه دولت و پرداخت‌های مستقیم نیز وجود دارد.
سنگاپور	طرح‌های پس انداز (حساب‌های پس انداز پزشکی) عنصر مهم تأمین مالی است. ولی تنها مکانیسم نیست دسترسی همگانی از طریق یک سیستم یارانه و اعانه دولتی که از منابع مالیاتی تأمین شده و همچنین کمک‌های مدیفانند برای افراد تهیدست تضمین شده است.
سوئد	عمدتاً از طریق دولت پرداخت می‌شود (۷۲ درصد بخش‌ها از وصول مالیات، ۱۳ درصد از کمک هزینه‌های دولت مرکزی، ۳/۴ درصد از حق بیمه بیماران، ۱/۷ درصد از تأمین اجتماعی)
سوئیس	نظام بیمه‌ای، پرداختی‌های افراد و یارانه‌های دولت
فرانسه	غالباً بیمه‌ای دولت در برخی بخش‌ها یارانه می‌دهد قسمتی نیز پرداخت از جیب است
فنلاند	عمدتاً بر پایه مالیات
کره جنوبی	از طریق نظام بیمه ای
مالزی	ترکیبی (مالیات، حق بیمه، پرداخت از جیب)
هلند	عمدتاً از طریق بیمه‌های درمان خصوصی و اجتماعی تأمین مالی می‌شود
ایران	از طریق بودجه دولت، حق بیمه و پرداخت از جیب

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود در کشورهای مورد مطالعه شیوه‌های گوناگون و غالباً ترکیبی برای تأمین مالی در نظر گرفته شده است.

کشورهایی که به دنبال اجرای طرح‌های بیمه‌ای دولتی (اجباری) و جمع‌آوری و یا افزایش حق بیمه‌ها برای نظام سلامت هستند به شرایط کلان اقتصادی و بازار نیروی کار که فاکتورهای محیطی بسیار مهمی هستند توجه لازم را مبذول کرده‌اند. اگر شرایط کلان اقتصادی مطلوب باشد همیشه آزادی عمل زیادی برای اجرای طرح‌ها و برنامه‌های مختلف برای ایجاد سازوکارهای جدید تأمین مالی وجود دارد. اگر اقتصاد در شرایط رکود باشد و سطح و یا میزان رشد اشتغال افراد شاغل در بخش رسمی بازار کار پائین باشد مالیات‌بندی جدید یا افزایش مالیات‌ها برای تأمین مالی طرح‌های بیمه‌های اجتماعی برای نظام سلامت هم بسیار سخت و هم مضر خواهد بود. در این گونه شرایط اتخاذ سیاست‌ها در راستای ترغیب (برای مثال یارانه دهی به) کارفرمایان و افراد برای ورود به طرح‌های اختیاری بیمه‌ای نیز نامناسب خواهد بود. علاوه بر این گره زدن سیاست‌های راهبرد پوشش همگانی (طرح‌های بیمه‌ای دولتی یا اختیاری) برای بیمه کردن افراد با توجه به محل اشتغال می‌تواند با ایجاد اختلال در بازار نیروی کار پیامدهای نامطلوبی برای نظام کلان اقتصادی داشته باشد. مسائل دیگری نیز وجود دارند که دولت‌ها در تلاش‌های خود برای افزایش درآمدها از طریق اجرا یا گسترش طرح‌های بیمه‌ای دولتی یا اختیاری باید مدنظر قرار دهند.

ب- پوشش خدمات

پوشش خدمات سلامت به معنای دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت برای همه افراد یک جامعه بدون وجود محدودیت‌های مالی و فیزیکی می‌باشد. به عبارت دیگر پوشش همگانی تلویحاً بدین معناست که اگر خدمات سلامت گرانقیمت (نسبت به استطاعت و بنیه مالی فرد یا خانوار) مورد نیاز می‌باشد، فرد یا خانوار در مقابل خطرات احتمالی مورد محافظت (حمایت) قرار می‌گیرد؛ یعنی خدمات سلامت با کیفیت از لحاظ فیزیکی در دسترس بوده و هزینه خدمات سلامت مانع عدم استفاده فرد یا خانوار از خدمات مزبور نشده یا در صورت استفاده از خدمات مزبور فرد از هزینه‌های بهره‌مندی از خدمات دچار فقر نشود.

در پوشش خدمات دو بحث اصلی مطرح است.

✓ عمق پوشش^۱ (گستره خدمتی پوشش): به معنای گستره خدمات در دسترس اقشار جامعه می‌باشد بدون اینکه افراد پرداخت‌های مستقیم (پرداخت از جیب) داشته باشند (یعنی سطح و میزان مشارکت در پرداخت هزینه‌ها برای خدمات مختلف)

✓ نفوذ پوشش^۲ (گستره جمعیتی پوشش): به معنای نسبتی از کل جمعیت که به خدمات سلامت دسترسی مناسب داشته و در برابر خطرات مالی مورد محافظت قرار می‌گیرند.

هر چند پوشش کامل جمعیتی (نفوذ پوشش) یک پیروزی بزرگ برای نظام سلامت محسوب می‌شود اما با نگاهی دقیق‌تر به موضوع کاملاً واضح است که سطح خدمات مورد پوشش نیز باید لحاظ شود.

جدول ۲-۱۸. نحوه پوشش خدمات در کشورهای منتخب

کشور	پوشش
آلمان	کامل
آمریکا	کامل نیست
استرالیا	کامل
انگلیس	کامل
ترکیه	کامل
روسیه	علی‌رغم تعهدات دولت پوشش کامل وجود ندارد
ژاپن	کامل
سنگاپور	کامل
سوئد	کامل
سوئیس	۹۹ درصد مردم تحت پوشش بیمه هستند
فرانسه	کامل
فنلاند	کامل
کره جنوبی	کامل
مالزی	کامل
هلند	کامل
ایران	با اصلاح سال ۱۳۹۳ انتظار پوشش کامل می‌رود اما هنوز این امر میسر نشده است

ج- نظام بیمه‌ای

بیمه سلامت، وظیفه تجميع منابع و توزیع ريسک بیماری و هزینه‌ها را برعهده دارد. بیمه اجتماعی سلامت سه ویژگی اصلی دارد: عضویت اجباری، حق بیمه براساس میزان ريسک جامعه و به جای آنکه هدف برآورده ساختن تقاضای شخصی برای مراقبت‌های سلامتی باشد، بر برآوردن نیازهای سلامتی کل جامعه تاکید دارد. در مقابل بیمه سلامت تجاری خصوصی، اختیاری است. حق‌بیمه در حداکثر موارد براساس ريسک‌های فردی است و هدف برآورده ساختن نیازهای فردی است.

برای تبدیل پوشش بیمه‌ای به پوشش «اجتماعی» و «بیمه‌ای»، بیمه اجتماعی سلامت باید ویژگی‌های خاصی داشته باشد. کشورهای که برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت را با مقیاس ملی اجرا می‌کنند معمولاً سیاست‌های تأمین اجتماعی و قوانین گسترده‌ای را در محدوده سیاست‌های اجتماعی پذیرفته شده بر مبنای قانون اساسی می‌پذیرند. در برخی موارد آن با نظر اکثریت جامعه تعیین می‌شود در هر حال ویژگی اصلی این برنامه‌ها عبارتند از:

(۱) عضویت اجباری یا قانونی افراد یا گروهی از افراد و خانواده‌ها و دیگر وابستگان. که در آغاز پوشش کارگزاران داخلی و افرادی که به طور رسمی در مؤسسات دولتی و خصوصی، تجاری، نیمه تجاری، صنعتی و کشاورزی استخدام شده‌اند را مورد توجه قرار می‌دهد و معمولاً این پوشش برای افرادی که به طور غیر رسمی استخدام شده‌اند از جمله افراد بیکار، بازنشستگان و حتی دانش‌آموزان گسترش می‌یابد. وارد کردن جمعیت مورد نظر به پوشش بیمه‌ای ضرورتاً به ساختار اقتصادی وابسته نیست.

(۲) مسئولیت اعضا برای پرداخت سهم مشارکت (حق‌بیمه) منظم و مرتبط با درآمد یا با قیمت ثابت، به اضافه حق‌بیمه پرداختی از سوی کارفرماها و دولت. مشارکت‌ها به عنوان حق بیمه یا به عنوان پیش پرداخت از حقوق ثابت کسر می‌شود و یا مبالغ یا عوارض تنظیم شده‌ای در دوره‌های زمانی منظم از افراد یا گروه‌ها وصول می‌شود.

(۳) مشارکت با توجه به توانایی پرداخت (براساس وضعیت اقتصادی) و غیر مرتبط با نوع بیمه سلامت افراد، خانواده‌ها یا گروه‌های استخدامی صورت می‌گیرد.

(۴) ایجاد روش‌های جمع‌آوری مناسب برای وصول منظم حق بیمه لازم است.

۴۱۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- (۵) انتخاب مراقبت‌های سلامتی با توجه به نیازهای سلامت (بسته‌های مزایای اساسی معمولاً تعریف شده و برنامه‌ها به اعضا اجازه می‌دهند تا پرداخت مشترک داشته باشند و نیز مراقبت‌های سلامتی مکمل را خریداری کنند).
- (۶) همبستگی اجتماعی، توزیع ریسک و یارانه‌های متقاطع در نظر گرفته می‌شود.
- (۷) برنامه‌هایی برای حمایت‌های اجتماعی به منظور پوشش جمعیت آسیب پذیر از جمله جوانان و افراد مسن، معلولین و زنان باردار (حق بیمه این گروه ممکن است به طور بخشی یا کامل توسط دولت از طریق درآمدهای عمومی در قالب یارانه پرداخت شود).
- (۸) پوشش بخش بسیار وسیعی از جمعیت

جدول ۳-۱۸. نظام بیمه‌ای در کشورهای منتخب

کشور	نظام بیمه‌ای
آلمان	بیمه اجباری سلامت
آمریکا	سه سیستم مدیکر مدیکید و سیستم خدمات بهداشتی نظامیان (TRICARE) وجود دارد از سال ۲۰۱۰ بر اساس قانون بهداشت قابل دسترسی همگان مقرر شده تمامی شهروندانی که بیمه ندارند، بیمه شوند؛ خواه به شیوه خویش فرما، یا از طریق کارفرمایشان.
استرالیا	ترکیب طرح‌های بیمه سلامت دولتی (نظام مدیکر) و خصوصی
انگلیس	به شکل عمومی ندارد. بیمه درمان صرفاً خصوصی وجود دارد
ترکیه	بیمه اجتماعی دارد
روسیه	بیمه اجباری سلامت
ژاپن	طرح‌های بیمه متنوع دارد
سنگاپور	چهار طرح Medifund , Eldershield , Medishield , Medisave وجود دارد
سوئد	بیمه اجتماعی دارد. بیمه درمان خصوصی نیز وجود دارد
سوئیس	بیمه اجباری (در بخش‌هایی بیمه را اجباری کرده‌اند و در بعضی بخش‌های دیگر نیز بیمه در مواردی خاص (سالخوردگان، کودکان، کارآموزان و افراد کم‌درآمد) اجباری است)
فرانسه	بیمه اجباری سلامت دارد. بیمه درمان خصوصی (به عنوان مکمل برنامه‌های دولتی) یا به عنوان پرداخت کننده کمکی و جبران کننده فرانشیز پرداختی از طرف بیمه‌شدگان عمل می‌کند
فنلاند	در غالب بیمه بیماری و بیمه درآمد دارد
کره جنوبی	برنامه بیمه سلامت همگانی دارد
مالزی	بیمه سلامت در سطح ملی وجود ندارد. بیمه تأمین اجتماعی و بیمه‌های خصوصی وجود دارند.
هلند	بیمه‌گرهای متعدد دارد. بیمه سلامت ملی برای موارد پزشکی خاص. بیمه اجباری برای اشخاص با درآمد پایین‌تر از یک حد معین، بیمه خصوصی و اختیاری وجود دارد
ایران	طرح‌های متنوع بیمه‌ای دارد.

د- نحوه ارزیابی خدمات سلامت

هدف از ارزیابی خدمات سلامت، حفظ یا ارتقای سلامت است. این که خدمات به چه میزان در این راستا مؤثر باشند، وابسته به آن است که چه خدماتی ارائه می‌شوند و چگونه این خدمات سازماندهی می‌یابند. امروزه نظام‌های سلامت به درجات گوناگون، الگوهای از یک یا چند طراحی اولیه‌اند که در اواخر قرن نوزدهم شکل گرفتند و اصلاح شدند. ارزیابی خدمات نیز متأثر از این الگوها به دو شیوه ارزیابی کننده خصوصی و دولتی صورت می‌گیرد.

برای تحقق اهداف نظام سلامت اهمیتی ندارد که ارزیابی خدمات، دولتی یا خصوصی باشد و این که پرداخت به ارزیابی کنندگان چگونه صورت می‌گیرد. آنچه اهمیت دارد آن است که دولت مطمئن شود که اولویت‌های او رعایت می‌شود، حتی اگر خودش به ارزیابی خدمات نپردازد.

با این وجود نحوه ارزیابی خدمات از یک نظام سلامت تا نظام دیگر متفاوت است. این تفاوت گویای این مطلب است که ارتباط بین سازمان‌ها، قواعد و مداخلات متناسب با ارتباطی است که بین بازیگران، قوانین و ابزارهای یک بازی برقرار است و این خصوصیات در هر فرهنگ و کشوری به یک شکل است. این مسأله موجب پیچیده‌تر شدن فرایند ارزیابی خدمات در نظام سلامت می‌شود.

صرف نظر از نحوه دولتی یا خصوصی، ارزیابی خدمات سلامت به سه شکل کلی ارزیابی می‌شوند:

۱. خدمات به شکل پراکنده،^۱
۲. خدمات به شکل متمرکز،^۲
۳. انواع ترکیبی^۳ (ترکیب اجزای پراکنده و متمرکز).

ترکیبات خدمات پراکنده معمولاً برای فعالیت‌هایی استفاده می‌شود که هزینه‌های واحد در واحدهای بزرگ کم‌تر از واحدهای کوچک نیست (نظیر داروخانه‌ها، مددکاری اجتماعی دندانپزشکی، برنامه‌های بهداشت عمومی و ...).

ترکیبات متمرکز خدمات در واحدهایی که هزینه‌ها در واحدهای بزرگ‌تر کم‌تر است (مانند مراقبت‌های بیمارستانی و آزمایشگاه‌های مرکزی) به کار می‌رود.

۴۱۲ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

انواع ترکیبی از خدمات در جایی بین این دو سر طیف قرار دارند. بسیاری از فعالیت‌هایی که اثرات زیادی بر پیامدها دارند (مانند مبارزه با مالاریا و سل) به این شکل اجرا می‌شود

جدول ۴-۱۸. نحوه ارائه خدمات سلامت در کشورهای منتخب

کشور	ارایه خدمات
آلمان	خدمات سرپایی عمدتاً بوسیله پزشکان عمومی و متخصصین شاغل در بخش خصوصی ارائه می‌گردد. خدمات بستری بوسیله بیمارستان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های مزمن (بیمارستان برای درمان بیماری‌های صعب‌العلاج) که به وسیله ایالت‌ها اداره می‌شوند و نیز مراکز خیریه و خصوصی ارائه می‌شود.
آمریکا	توسط بخش خصوصی صورت می‌گیرد.
استرالیا	غالباً دولتی است. بخش خصوصی در این کشور به دو صورت انتفاعی و غیرانتفاعی ارائه خدمات می‌نماید
انگلیس	مراقبت‌های سلامتی دولتی از طریق سازمان NHS ارائه می‌شود. بخش خصوصی سهم کمی در ارائه خدمات دارد.
ترکیه	توسط دولت، تأمین اجتماعی و بخش خصوصی ارائه می‌شود
روسیه	عمدتاً دولتی است. هر چند که بخش خصوصی وجود دارد اما بسیار کوچک است
ژاپن	توسط بخش خصوصی و دولتی صورت می‌گیرد. اما برتری با بخش خصوصی است
سنگاپور	ارایه خدمات سلامت در سنگاپور توسط دولت و بخش خصوصی توأمان صورت می‌گیرد
سوئد	سیستم خدمات سلامت یکپارچه‌ای در سوئد موجود نمی‌باشد. هر ناحیه مسئول تأمین خدمات بخش خود است پزشکان عمومی و دیگر کارمندان شاغل در مراکز بهداشت عمومی مستقیماً بوسیله شورای محلی استخدام شده و حقوق ماهانه دریافت می‌کنند.
سوئیس	خدمات سلامتی توسط بلوک‌ها ارائه می‌شود. اکثر بلوک‌ها بیمارستان‌های تحت مالکیت خود را اداره می‌کنند و برخی نیز از بیمارستان‌های خصوصی خرید خدمت می‌کنند
فرانسه	خدمات توسط هر دو سیستم دولتی و خصوصی صورت می‌گیرد. در بخش بستری دو سوم تخت‌های بیمارستانی در تملک دولت یا بیمارستان‌های غیرانتفاعی است. بقیه بیمارستان‌ها متعلق به کلینیک‌های انتفاعی شخصی است
فنلاند	خدمات بر پایه سیستم خدمات بهداشت ملی است همچنین نظام مراقبت سلامت بسیار غیر متمرکز است. بخش اعظم خدمات توسط مؤسسات وابسته به شهرداری و بیمارستان‌های مناطق ارائه می‌شود یا از بخش خصوصی خرید خدمت می‌کنند.
کره جنوبی	بیش از ۹۰٪ خدمات مراقبت‌های سلامتی توسط بخش خصوصی عرضه می‌شود
مالزی	دولتی از طریق شبکه ملی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر خدمات مرتبط دارد. بخش خصوصی بیشتر در قالب کلینیک‌های تخصصی و به صورت تیمی انجام می‌شود و بیشتر متقاضیان خدمات لوکس به این بخش‌ها مراجعه می‌کنند
هلند	همه بیمارستان‌ها و مؤسسات بهداشتی درمانی خصوصی و غیر انتفاعی هستند.
ایران	توسط بخش دولتی و خصوصی توأمان ارائه می‌شود. در بخش سرپایی عمدتاً توسط بخش خصوصی و در بخش بستری عمدتاً از طریق بخش دولتی ارائه می‌شود

۵ - سازمان متولی نظام سلامت

بررسی ساختار نظام سلامت در کشورهای مختلف گویای آنست که از نظر درجه تمرکز ساختاری در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که «استان‌ها»، «دولت‌های محلی»، «بخش‌ها» و یا «شهرداری‌ها» نقش مهمی را در اداره خدمات بهداشتی و رفاهی ایفا می‌کنند. در بسیاری از کشورها سطوح مذکور از اختیارات کامل برخوردار هستند. تحت چنین شرایطی از تمرکز غیرضروری در سطوح بالای دولتی کاسته شده و دولت توانایی کنترل و نظارت امور زیربنایی سلامت و رفاه را می‌یابد.

جدا از درجه تفویض اختیار مطالعه تطبیقی نشان از آن دارد که هم‌اکنون در اغلب کشورها وزارتخانه‌ای مسئول نظام سلامت محسوب می‌شود. این وزارتخانه در برخی کشورهای وزات سلامت مستقل است و در برخی کشورها در ترکیب با سایر وزارتخانه‌هاست. در برخی کشورها نیز اساساً وزارتخانه‌ای متولی امر نیست و اداراتی در سطح ملی (فدرال) به این موضوع رسیدگی می‌کنند.

جدول ۵-۱۸. سازمان متولی نظام سلامت در کشورهای منتخب

کشور	ساختار سازمانی
آلمان	وزارت سلامت
آمریکا	وزارت سلامت و منابع انسانی
استرالیا	وزارت سلامت و سالمندی
انگلیس	وزارت بهداشت و درمان
ترکیه	وزارت سلامت
روسیه	وزارت سلامت
ژاپن	وزارت سلامت، کار و رفاه
سنگاپور	وزارت سلامت
سوئد	وزارت سلامت و امور اجتماعی
سوئیس	اداره بیمه‌های اجتماعی مرکزی و اداره سلامت عمومی مرکزی
فرانسه	وزارت امور اجتماعی و سلامت
فنلاند	وزارت سلامت و امور اجتماعی
کره جنوبی	وزارت سلامت و رفاه
مالزی	وزارت بهداشت
هلند	وزارت سلامت، رفاه و ورزش
ایران	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

فصل نوزدهم: جمع‌بندی

در فصل‌های انتهایی کتاب با توجه به مطالب ارائه شده در فصول قبل به اعتقاد نویسندگان مهمترین ویژگی‌های نظام سلامت در کشورهایی که در زمینه رشد شاخص‌های بهداشتی درمانی عملکرد مناسبی داشته‌اند به تفکیک کشورها تقدیم حضور خوانندگان محترم می‌گردد.

آلمان

کشور آلمان پیشگام استقرار نظام بیمه اجتماعی در جهان است. در حال حاضر، بیمه اجتماعی تحت نظارت وزارت سلامت است و بیمه خدمات درمانی از طریق مؤسسه بیمه درمانی فدرال اجرا می‌شود.

نظام آلمان نیمه خصوصی و نیمه دولتی است. عمده فعالیت‌های بهداشتی و درمانی این کشور به نحوی از طریق بیمه و صندوق‌های آن تأمین می‌شود. صندوق‌های بیمه و سازمانهای تابعه آنها از مهم‌ترین سطوح نظام بهداشت و درمان آلمان هستند. آنچه که امروز بعنوان ساختار نظام بهداشتی و درمانی در کشور آلمان مطرح است بسیار نزدیک به ساختار آلمان غربی پیش از یکپارچگی است.

در کشور آلمان ۱۸۰ صندوق بیمه اجتماعی غیردولتی رقابتی وجود دارند که بیشتر مردم تحت پوشش قانونی یکی از این بیمه‌ها هستند (صندوق‌های بیماری). تأمین مالی این سیستم بیمه از سهم کارفرما کارمند است که از سال ۲۰۰۹ در یک صندوق مرکزی جمع‌آوری و دوباره بین صندوق‌های هر سیستم بر اساس فرمول‌های پیچیده تعدیل ریسک توزیع می‌شوند.

هر شهروند آلمانی موظف به داشتن نوعی بیمه است و در حدود ۱۰۰ درصد مردم آلمان تحت پوشش بیمه صندوق‌های بیمه هستند. صندوق‌های بیمه در حقیقت بخشی از بیمه‌های اجتماعی می‌باشند. یکی از ویژگی‌های بنیادی سیستم اقتصادی و به طور ویژه نظام سلامت آلمان، تسهیم قدرت تصمیم‌گیری میان بخش‌ها، دولت فدرال و نهادهای اجتماعی قانون‌گذار است. در نظام سلامت، دولت‌ها به صورت سنتی مسئولیت را در اختیار سازمان‌های ارایه‌کننده و خریدار خدمت که به صورت خودگردان و بر مبنای عضویت فعالیت می‌کنند، قرار داده است. نظام تأمین مالی سلامت در آلمان بر اساس نظام بیمه‌ای شکل گرفته است. و مردم تنها در برخی خدمات فرانشیز پرداخت می‌کنند.

بیمه درمان خصوصی در آلمان طیف وسیعی از خدمات از جمله درمان سرپایی، درمان بستری، مراقبت‌های دندانپزشکی، بستری‌های کوتاه مدت (یک روزه)، کاهش درآمد ناشی از بیماری، مراقبت‌های طولانی مدت، بیمه مسافرت و ... را تحت پوشش دارد.

از ویژگی‌های کلی نظام بهداشتی و درمانی آلمانی توان به مواردی از قبیل وجود بهم پیوستگی و انسجام در کل سیستم، استقلال مالی صندوق‌های بیمه در آلمان، نقش عمده دولت در تصمیم‌گیری، قانونگذاری و توسعه بهداشت و بیمه سلامت، تعیین نهایی حق بیمه‌ها توسط دولت، توجه به بیمه عمومی در سطح کشور، تقویت صندوق‌های بیمه به منظور افزایش رقابت جذب مشتری، افزایش کارایی و کیفیت خدمات و کاهش حق بیمه اشاره کرد.

از سال ۲۰۰۹، بیمه سلامت در طرح بیمه بهداشتی اجتماعی یا خصوصی (بسته به نوع بیمه قبلی و/یا وضعیت شغلی) برای تمام مردم اجباری است.

تقریباً تمام جمعیت آلمان (۹۹/۹۹ درصد مردم) تحت پوشش بیمه می‌باشند. ۸۵ تا ۸۸/۵ درصد مردم آلمان عضو اجباری و کمتر از ۱۵ درصد پوشش بیمه اختیاری دارند.

هلند

نظام بهداشت و درمان هلند در بسیاری از موارد متفاوت از سایر کشورهای اروپایی است. این نظام تا حد زیادی از تلاش سازمان‌های داوطلب، پا گرفته است به این علت همه بیمارستان‌ها و مؤسسات

بهداشتی درمانی خصوصی و غیر انتفاعی هستند. از خصوصیات دیگر این نظام سابقه طولانی و موفق کاربرد نظام مشاوره‌ای است در هلند هزینه‌های دارویی به خوبی کنترل شده است.

وزارت سلامت، رفاه و ورزش مسئول سلامت شهروندان و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری نظام سلامت را در این کشور به عهده دارد و هیات ملی نظارت بهداشت عمومی، شورای عالی بیمارستان‌ها و سلامت به موازات هم پیشنهادتی را در مورد تعرفه‌ها اعلام می‌نمایند.

نظام بیمه‌ای سلامت هلند در اصطلاح به سه بخش تقسیم می‌شود. بخش اول شامل طرح بیمه سلامت اجتماعی اجباری (SHI) برای درمان بلند مدت است. بخش دوم متشکل از یک سیستم بیمه سلامت اجتماعی اجباری است که کل جمعیت را برای بیمه سلامت پایه تحت پوشش قرار می‌دهد و سومین بخش شامل بیمه سلامت اختیاری مکمل (VHI) است که خدمات سلامتی را که تحت پوشش طرح‌های قانون هزینه‌های استثنایی پزشکی و قانون بیمه سلامت نمی‌باشد، تحت پوشش قرار می‌دهد. پیشگیری و حمایت اجتماعی (شامل خدمات مراقبت در منزل) بخشی از سیستم بیمه سلامت اجتماعی اجباری و بیمه سلامت اختیاری مکمل نمی‌باشند اما به طور عمده از طریق مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌گردند.

نظام سلامت در کشور هلند عمدتاً از طریق بیمه‌های درمان خصوصی و اجتماعی تأمین مالی می‌شود. بیمه‌های اجتماعی ۶۲ درصد و بیمه‌های خصوصی ۳۱ درصد از افراد را تحت پوشش دارند. استانداری‌ها و شهرداری‌ها مدیریت نظام مالیاتی کشور را عهده دار می‌باشند. مالیات‌های جمع‌آوری شده عمدتاً به منظور تأمین هزینه‌های تحقیق در سلامت و بهداشت همگانی بکار می‌روند. مالیات‌ها از افراد جمع‌آوری شده و در اختیار صندوق بیماری قرار می‌گیرد، که پرداخت‌هایی را برای ارایه دهندگان خدمات سلامت صورت می‌دهند.

میزان رضایت از سیستم سلامت در هلند نسبت به کشورهای اتحادیه اروپا در وضعیت بهتری قرار دارد. از دیگر نقاط قوت سیستم سلامت هلند ارایه خدمات جامع برای مراقبت‌های اورژانسی و ارایه خدمات پرستاری بلند مدت به افراد مسن است.

در نظام سلامت هلند پزشکان عمومی دارای نقش کلیدی هستند و به عنوان دروازه بانان سیستم عمل می‌کنند. پزشکان عمومی قراردادهای مستقل دارند و به صورت پاره وقت در مراکز

بهداشتی فعالیت می‌کنند (تا ۴۰ درصد ساعات کاری) تقریباً اکثر پزشکان متخصص خویش فرما هستند و معمولاً به وسیله بیمارستان‌ها سازماندهی می‌شوند.

در این کشور عملاً بیمه‌ها تمامی جمعیت را برای هزینه‌های پزشکی مربوط به مراقبت‌های بلندمدت و درمان‌های با هزینه بالا جمعیت تحت پوشش قرار می‌دهند.

مراقبت‌های پزشکی ضروری و معمولی را پوشش می‌دهد. هزینه‌های این قسمت، عمدتاً توسط صندوق بیمه بیماری، بیمه پزشکی خصوصی یا برنامه‌های بیمه سلامت برای بخش‌های عمومی، تأمین می‌گردد. که پوششی بالای ۹۰ درصد را در برمی‌گیرد. خدمات با ضرورت کمتر را عمدتاً توسط بیمه پزشکی خصوصی، تأمین منابع می‌گردد.

سوئد

نظام مراقبت سلامت در سوئد براساس چشم انداز رفاهی شهروندان بنا شده است. این بدین معناست که دولت مسئولیت سلامت شهروندان را بر عهده دارد. قانون خدمات بهداشت و پزشکی از سال ۱۹۸۲ مسئولیت دولت را اینچنین بیان می‌کند: "مراقبت سلامت مناسب با معیارهای عادلانه برای کل جامعه"

در کشور سوئد همگان دسترسی برابری به خدمات مراقبت سلامت دارند. نظام مراقبت سلامت سوئد بر پایه پرداخت مالیات تأمین اعتبار می‌شود.

این نظام از لحاظ پیشرفت در مقایسه با سایر کشورها عملکرد مطلوبی داشته و باتوجه به محدودیت منابع مالی نتایج پزشکی خوبی را به نسبت سرمایه گذاری کسب کرده است.

در سوئد وزیر امور اجتماعی و وزارت سلامت به‌عنوان مسئول عالی این وزارتخانه محسوب می‌شود. دو وزیر دیگر نیز در این وزارتخانه مشغول فعالیت هستند. وزیر بهداشت عمومی و خدمات اجتماعی و وزیر سلامت و مراقبت از سالمندان، که زیر نظر هر وزیر چهار مشاور ایالتی مشغول به فعالیت هستند. وزیران و مشاورین آنها پاسخ‌گوی سیاست‌های مدیریتی وزارتخانه مذکور هستند.

مراقبت بهداشت اولیه به طور عمومی ایجاد شده است. خدمات مراقبت پایه مانند خدمات پیش‌گیری از طریق مراکز مراقبت همگانی ارائه می‌شود.

خدمات بهداشتی در سوئد به عنوان یک امر ضروری که باید با کیفیت عالی در دسترس عموم افراد جامعه قرار گیرد تلقی می‌شود. برخورداری عموم مردم به طور عادلانه و با کیفیت بالا از اهداف عمده این سیستم در سوئد می‌باشد لذا سه اصل مهم وجود دارد.

۱- اصل حقوق انسانی: تمامی افراد از ارزش یکسان و حقوق برابر بدون توجه به ویژگی‌های فردی و موقعیت اجتماعی آنان برخوردار می‌باشند.

۲- اصل نیاز: منابع و خدمات باید به نحوی توزیع شوند که نیازمندترین افراد از بیشترین خدمات برخوردار گردند.

۳- اصل هزینه اثر بخشی: هنگام برنامه‌ریزی و اجرا باید یک ارتباط منطقی بین هزینه و اثر بخشی هر عملکرد برقرار باشد تا با صرف منابع محدود سطح مناسبی از زندگی و رضایت مندی را برای دریافت‌کننده خدمت ایجاد نماید.

بودجه دولتی برای مراقبت‌های سلامت عمدتاً از محل مالیات مرکزی و محلی تأمین می‌شود. شوراهای استان و شهرداری‌ها حق دارند مالیات بر درآمد متناسب از ساکنان خود را دریافت کنند. دولت مرکزی بودجه لازم را برای تهیه داروهای تجویزی یارانه‌ای تأمین می‌کند.

در حدود ۲/۵٪ از جمعیت تحت پوشش درمان تکمیلی در بخش خصوصی قرار دارند که دسترسی سریعتر به مراقبت در بخش خصوصی را فراهم می‌سازد. تأمین اعتبار مالی نظام سلامت سوئد از طریق ترکیبی از مالیات‌های درآمد ایالت، کمک‌های انتقالی دولت مرکزی و حق بیمه بیماران صورت می‌گیرد. تقریباً ۷۲ درصد بخش‌ها از وصول مالیات، ۱۳ درصد از کمک هزینه‌های دولت مرکزی، ۳/۴ درصد از حق بیمه بیماران، ۱/۷ درصد از تأمین اجتماعی و بقیه آن از دستمزدها و انتقالات خدمات به سایر بخش‌ها تأمین می‌گردند.

مبنای پوشش، شهروندی و اسکان در کشور سوئد است و تقریباً صد درصد جمعیت تحت پوشش هستند پوشش جهانی است. تمامی ساکنان علناً حق دریافت مراقبت‌های بهداشتی دارند.

فرانسه

سیستم بهداشت و درمان فرانسه بیش از ۱۰۰ سال قدمت دارد و در طی این سال‌ها پیشرفت‌های زیادی داشته است. در این کشور ۱۰۰٪ کل جمعیت تحت پوشش بیمه قرار دارند.

۴۲۰ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

ساختار نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در فرانسه به این شکل است که قلمرو قدرت بر حسب خط‌مشی‌های و مقررات نظام بهداشت و درمان بین ایالت (مجلس، هیأت دولت و وزارت خانه‌های مختلف) - صندوق‌های بیمه سلامت و در سطح پایین‌تر شوراهای محلی تقسیم می‌شود. در فرانسه بیمه سلامت بخشی از سیستم تأمین اجتماعی است و از طریق حقوق کارکنان (۶۰٪/پول صندوق)، مالیات‌های غیر مستقیم روی الکل و سیگار و با مشارکت مستقیم تأمین مالی می‌شود. در فرانسه وزارت امور اجتماعی و سلامت تولید نظام سلامت را به عهده دارد. سیستم سلامت فرانسه براساس سیستم بیمه اجتماعی ملی است که تأمین مالی آن مبتنی بر مالیات است. وجه تمایز سیستم سلامت فرانسه سطح بالای آزادی پزشکان و انتخاب بسیار زیاد بیماران، گستردگی ارایه خدمات سلامت و دسترسی راحت به مراقبت سلامت برای اکثر افراد (به جز بعضی تخصص‌ها در بعضی قسمت‌های خاص کشور) و عدم وجود لیست انتظار برای درمان می‌باشد.

فنلاند

وزارت سلامت و امور اجتماعی فنلاند عهده دار وظایف سلامت در این کشور است. از سال ۱۸۷۰ شهرداری‌ها پاسخگوی اصلی برای ارایه خدمات بهداشتی و اجتماعی و آموزشی (به جز آموزش دانشگاهی) در فنلاند هستند. و در حال حاضر مراقبت بهداشتی در آن بر پایه سیستم خدمات بهداشت ملی است. این خدمات از طریق بخش خصوصی تکمیل می‌شود. نظام مراقبت سلامت فنلاند اساساً بر پایه مالیات، تأمین مالی می‌شود.

به طور کلی دو منبع برای تأمین مالی خدمات بهداشتی وجود دارد:

شهرداری که قسمت اعظم منابع مالی خود را از طریق مالیات تأمین می‌نماید همچنین از سوبسیدهای دولت نیز استفاده می‌کند و NHI که بر اساس هزینه بیمه اجباری می‌باشد.

در فنلاند همه شهروندان تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار دارند.

کشور فنلاند بعنوان یک کشور پیشرو در قلمرو الکترونیک و مخابرات از یک سیستم وسیع و بهم پیوسته در بخش بهداشت و درمان بهره می‌برد و برای کلیه افراد تحت پوشش در کشور فنلاند پرونده الکترونیک سلامت تشکیل شده است.

کره جنوبی

در کشور کره جنوبی همه امور مربوط به سلامت، تأمین و رفاه اجتماعی در قالب وزارت سلامت و رفاه^۱ و تحت امر ورزی مربوط اداره می‌شود.

فعالیت‌های سلامتی در سه سطح پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه با نظام ارجاع ارابه می‌گردد. شرکت بیمه ملی سلامت هم تنها مؤسسه بیمه‌ای است که مدیریت بیمه سلامت، را به عهده دارد. ارابه خدمات به صورت غیرمستقیم از طریق خرید خدمات و اغلب از بخش خصوصی است. بیش از ۹۰٪ خدمات مراقبت‌های سلامتی توسط بخش خصوصی عرضه می‌شود.

آژانس بازمینی بیمه سلامت مسئول بررسی و بازمینی قیمت‌های مراقبت سلامتی، ارزیابی نحوه ارابه مراقبت‌های سلامتی می‌باشد.

در کره خدمات بهداشت عمومی توسط دولت‌های مرکزی و محلی برای بهبود سلامت مردم فراهم شده است. بهداشت عمومی بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و دیگر اشکال مداخله درمانی برای بهبود وضعیت سلامت کل جمعیت تمرکز کرده است.

منابع مالی صندوق بیمه از طریق جمع‌آوری حق بیمه‌های بیمه‌شدگان تأمین می‌شود. حق بیمه در حدود ۸ درصد حقوق و درآمد ماهیانه است که ۵۰ درصد آن را بیمه‌شده و ۵۰ درصد آن را کارفرما (اعم از دولتی یا خصوصی) پرداخت می‌کند. در مورد خویش‌فرمایان دولت ۲۰ درصد یارانه می‌دهد. برای کره‌ای‌هایی که خانواده‌شان در کره هستند ولی خودشان در کشورهای خارجی کار می‌کنند و نیز در جزایر ساکن هستند ۵۰ درصد تخفیف در نظر گرفته شده است. افراد بالای ۶۵ سال و افراد ناتوان مبلغ کمتری را به عنوان حق بیمه پرداخت می‌کنند و پرداخت فرانشیز در زمان دریافت خدمات هم بخشی از منابع مالی است.

برنامه بیمه سلامت کشور کره بر سه اصل استوار است.

اصل اول، پوشش اجباری است، اصل دوم اینست که سهم مشارکت باید براساس درآمد فردی باشد و اصل سوم سطح انتفاع است که از سهم پرداختی مجزا می‌باشد.

همه ساکنان کره جنوبی براساس شغل طبقه‌بندی شده‌اند و از طریق بیمه سلامت پوشش داده می‌شوند. مبنای پوشش ملیت و اشتغال و پرداخت حق بیمه است که در مورد نیازمندان و اقشار آسیب‌پذیر از منابع مالی دولتی یارانه تخصیص می‌یابد.

سوئیس

کشور سوئیس دارای نظام سلامتی بسیار پیشرفته می‌باشد بطور کلی نظام بهداشتی و درمانی سوئیس را می‌توان از نوع غیرمتمرکز دانست. بطوریکه نقش دولت مرکزی در امور بهداشتی و درمانی تا حد قابل توجهی محدود شده است. حکومت مرکزی عمدتاً در این رابطه نقش حمایتی دارد.

نظام بهداشتی و درمانی سوئیس عمدتاً شامل سه بخش دولت، بیمه‌ها و خصوصی می‌باشد. در سطح دولت وزارتخانه‌ای مستقل به نام وزارت بهداشت درمان وجود ندارد. ادارات مسئول امور بهداشتی و درمانی در سطح دولت مرکزی FSIO و FPHO^۱ هستند که هر دو زیر مجموعه‌ای از وزارت داخله سوئیس می‌باشد.

دو اصل کلی کاهش هزینه‌ها و اعمال برابری در ارائه خدمات، از اهداف اصلی اصلاحات سال ۱۹۹۳ بوده است.

گرچه در این کشور بیمه اجباری وجود ندارد لیکن ۹۹٪ مردم تحت پوشش بیمه هستند ۴ بخش در کشور سوئیس بیمه را اجباری کرده‌اند و در بعضی بخش‌های دیگر نیز بیمه در مواردی خاص (سالخوردگان، کودکان، کارآموزان و افراد کم‌درآمد) اجباری شده است. برخی شهرداری‌ها هم ناحیه تحت حفاظت خود را تحت بیمه اجباری درآورده‌اند. بیمه در کشور سوئیس بصورت انفرادی است و بیمه سرپرست خانواده شامل اعضا آن نمی‌شود.

بطور کلی دو منبع درآمد برای سیستم بهداشت و درمان وجود دارد:

- پرداختی‌های افراد

- پرداختی‌های سازمان‌های بیمه‌ای

بیمه‌ها بطور کلی در آمد خود را از حق بیمه دریافتی از بیمار، یارانه کار فرما و یارانه دولت دریافت می‌کنند. حق بیمه با سن بیمار تناسب دارد و هر چه سن بالاتر باشد میزان آن بیشتر است وضعیت مطلوب بیمه و همچنین وضعیت‌های شاخص‌های مختلف بهداشتی نشان دهنده دسترسی صحیح مردم به مراکز بهداشتی و درمانی بوده است.

دولت سعی می‌کند با پرداخت یارانه‌های مختلف به شرکت‌های بیمه‌ای، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های سرپایی حتی‌الامکان فشار هزینه‌های بیمه‌شدگان را کاهش دهد.

آمریکا

سیستم بهداشت و درمان آمریکا در بین تمام کشورهای صنعتی بالاترین هزینه را دارا می‌باشد این در حالی است که علیرغم آنکه بیش از ۱۷٪ از تولید ناخالص داخلی (GDP) به بخش بهداشت و درمان در آمریکا اختصاص داده می‌شود کمتر از سایر کشورهای صنعتی افراد جامعه را تحت پوشش خود دارد.

وزارت سلامت و منابع انسانی در آمریکا وظیفه حفظ و ارتقاء سلامت کلیه افراد جامعه آمریکا را به عهده دارد.

مدیکیر (جهت افراد بالای ۶۵ سال و افراد ناتوان) و مدیکید (جهت افراد بی بضاعت) دو برنامه بزرگ بیمه‌ای دولت فدرال در حدود سال‌های ۱۹۶۵ گسترش یافت. ارایه خدمات در آمریکا توسط بخش خصوصی صورت می‌گیرد. اکثر پزشکان مطب‌های خصوصی دارند. دستمزد آنها به روش‌های مختلفی پرداخت می‌شود. بیمارستان‌ها در آمریکا شامل بیمارستان‌های انتفاعی، غیرانتفاعی و دولتی است.

برای بسیاری از مردم هزینه‌های مراقبت و درمان از طریق برنامه‌های دولتی و ایالتی تأمین می‌گردد. این برنامه‌های دولتی عبارتند از:

پوشش بیمه‌ای مدیکیر: مدیکیر برنامه بهداشتی آمریکا برای افراد ۶۵ ساله یا بالاتر می‌باشد. پوشش بیمه‌ای مدیکید: مدیکید یک برنامه بهداشتی فدرال - ایالتی می‌باشد و گروه‌ها و افراد فقیر و نیازمند مانند زنان باردار در خانواده‌های فقیر، خانواده‌های دارای فرزندان زیاد و افراد معلول را که فاقد پوشش بیمه‌ای هستند را تحت پوشش قرار می‌دهد.

تعهدی برای پوشش جمعیتی بجز در برنامه مدیکر و مدیکید وجود ندارد. در واقع پوشش جمعیتی بر مبنای پرداخت حق بیمه به وسیله و با مسئولیت شخص انجام می‌گیرد. علاوه بر دو سیستم قبلی سیستم خدمات بهداشتی نظامیان (TRICARE) نیز در آمریکا فعال است.

در سال ۲۰۱۰ براساس قانون Patient's Bill of Rights خدمات پیشگیرانه برای بسیاری از آمریکایی‌ها رایگان شد. مطابق این قانون، صاحبان مشاغل موظفند کارکنان خود را بیمه کنند، و سایر شهروندان هم باید بیمه شوند، و گرنه باید جریمه پردازند. در سال ۲۰۱۳ ثبت نام برای این بیمه آغاز شد. و بر اساس آن همه آمریکایی‌ها به برنامه بیمه سلامت دسترسی پیدا کردند. در این برنامه به افراد با کسب و کارهای کوچک اجازه داده می‌شود به انتخاب برنامه‌های سلامت پردازند.

در این کشور تأمین مالی در بخش عمومی با درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده و حق بیمه‌های بیمه اجتماعی است.

مالیات‌ها و مالیات‌های دستمزد از افراد جامعه، به دولت مرکزی و ایالتی پرداخت می‌شوند که تأمین کننده منابع مالی خدمات مدیکیر و مدیکید و پوشش نظامیان و سایر خدمات سلامت همگانی می‌باشد که خود تأمین کننده منابع مالی خدمات ارایه شده می‌باشد.

حق بیمه‌های پرداختی توسط افراد به کارفرمایان، نیز منبع تأمین منابع مالی برنامه‌های سلامت و مراقبت‌های مدیریت شده و پوشش غرامت می‌باشند که پرداخت به سایر ارایه دهندگان مراقبت‌های سلامت را نیز تأمین مالی می‌نمایند.

ژاپن

مردم ژاپن یکی از پرکارترین مردم دنیا هستند و هیچ کشوری در دنیا به اندازه ژاپن فرهنگ کار و تلاش در زندگی روزانه مردم تثبیت نشده است شاید به طور خلاصه عوامل پیشرفت این کشور را سخت کوشی مردم، صادقانه کار کردن، احترام به مدیر، عدم اسراف و برنامه‌ریزی دقیق دانست. ژاپن دولت فعالیت اجرایی کمی را انجام می‌دهد و عمده فعالیت‌های اجرایی به عهده بخش خصوصی است. بخش خصوصی نیز از مدیران بسیار قوی با سطح تحصیلات بالا و تجربه به فراوان برخوردار است.

شاخص‌های بهداشتی و درمانی کشور ژاپن در زمره بهترین‌ها در دنیاست و وزارت سلامت، کار و رفاه متولی نظام سلامت محسوب می‌شود.

دولت ژاپن نقش نفوذ گذاری در سلامت دارد اگر چه منابع مالی غالباً از کمک کارفرمایان تأمین می‌شود ولی یک برنامه بیمه ملی این منابع را تکمیل کرده و پوشش فراگیر برای کسانی که

اشتغال کامل ندارند تأمین و تضمین می‌نماید. دولت از طریق اعمال محدودیت بر قیمت دارو و نفی خدمات گرانقیمت با مشاوره گروه‌های عمده رایبه کننده انجمن‌های پزشکی - انجمن بیمارستانی و انجمن داروسازان به کنترل هزینه‌ها کمک می‌کند.

نظام رایبه خدمات ژاپن که با برتری بخش خصوصی توأم است، تأکید بر برابری دارد. لذا در این رابطه بهتر است که نظام ژاپن به عنوان یک نظام مبتنی بر بازار تلقی نشود. به رغم این واقعیت که رایبه دهندگان خدمات برای به دست آوردن بیماران رقابت می‌کنند و مصرف کنندگان خدمات آزادی انتخاب دارند. اما به رایبه دهندگان دقیقاً بر اساس نرخ جدول تعرفه پرداخت می‌شود و مصرف کنندگان هم به واقع هیچ گونه اطلاعاتی از سطح کیفیت خدمات ندارند

میزان بیماران سرپایی در ژاپن بالاترین میزان در جهان و سه برابر مشابه در آمریکا است، در مقابل میزان‌های مرتبط به پذیرش بیمارستانی فقط یک سوم میزان‌های مشابه در آمریکا است و این موارد نشان می‌دهد که ژاپن تأکید بر درمان و مراقبت‌های سرپایی دارد. بسیاری از بیمارستان‌ها نقش خانه سالمندان را دارند.

از زمانی که طرح بیمه درمانی همگانی از سال ۱۹۶۱ در ژاپن به مرحله اجرا درآمد، همه افراد این کشور زیر پوشش آن قرار گرفتند. تقریباً تمامی ژاپنی‌ها تحت پوشش بیمه سلامت هستند این بیمه تقریباً تمامی افراد ژاپنی را به روش یکی از صندوق‌های بیمه سلامت پوشش می‌دهد. منبع اصلی درآمد بهداشت و درمان، مالیات‌های بیمه است.

انگلستان

انگلستان یکی از اولین کشورهای دارای نظام طب ملی به صورت همگانی در اروپا است. نظام خدمات بهداشتی و درمانی ملی (NHS) که تأمین مالی آن از منابع عمومی است، خدمات پیشگیری، سرپایی و بستری، مراقبت‌های تخصصی بیمارستانی، خدمات پزشکان عمومی، داروهای بیماران بستری و سرپایی، مراقبت‌های دهان و دندان، مراقبت بهداشت روان، ناتوانی و توانبخشی را پوشش می‌دهد.

مهمترین عنصر تصمیم‌گیری در برنامه‌ریزی در بخش بهداشت و درمان در کشور انگلستان مجلس است. کمیسیون‌های مجلس نیز نقش بارزی در بررسی فعالیت‌های جاری دولت دارند.

در دهه ۱۹۸۰ سه اصلاحات بزرگ در خدمات بهداشتی و درمانی بریتانیا رخ داد که عبارت بود از:

- اصلاحات در حق الزحمه پزشکان عمومی
- اصلاحات در سیستم مالی و سازماندهی
- اصلاحات در مراقبت‌های بهداشتی

در نظام تأمین اجتماعی همه افراد عضویت دارند و بطور اجباری باید حق بیمه بپردازند، اما سهم مشارکت آنان متناسب با وضع شغلی و سطح درآمد متفاوت است. بهر حال پوشش جمعیت در انگلستان همگانی و اجباری است.

پوشش کامل جمعیت در نظام بهداشت و درمان ملی با تکیه بر این اصل که "بهداشت و درمان حقی همگانی است" مهمترین نقطه قوت نظام بهداشت و درمان ملی در انگلیس است. کلیه ساکنین انگلستان تحت پوشش هستند. پوشش جمعیت در نظام سلامت ملی، همگانی و اجباری است مبنای بهره‌مندی افراد نیاز آنان است و پرداخت یا عدم پرداخت حق بیمه، تاثیری در این مورد ندارد. همچنین در زمینه استفاده از خدمات نظام سلامت ملی، تفاوتی بین افراد از نظر وضع شغلی و درآمد وجود ندارد.

استرالیا

سیستم مراقبت‌های بهداشتی استرالیا به صورت همکاری بین دولت‌های فدرال، ایالتی و دولت‌های منطقه فعالیت می‌کند.

سازمان سلامت عمومی نظام استرالیا به شدت از سوی نظام فدرال تحت تاثیر قرار دارد که در آن مسئولیت و کمک‌های مالی برای سلامتی نیز در نظر گرفته شده است. ارایه خدمات نیز توسط هر دو مرجع دولتی و خصوصی انجام می‌گیرد.

در سال ۱۹۸۴ تغییرات بنیادی در سیستم بیمه درمان استرالیا روی داد و به منظور دسترسی هماهنگ به خدمات پزشکی و بیمارستانی نظام بیمه به نام مدیکر توسط دولت فدرال طراحی شد و از طریق دولت‌های ایالتی و محلی اجرا می‌شود. نظام مدیکر یک طرح دولتی است و کلیه افراد

جامعه تحت پوشش این بیمه هستند. منابع مالی مدیکر از طریق حق سرانه پرداخت شده «توسط افراد شاغل و مالیات‌ها» تأمین می‌شود. افرادی که تحت پوشش بیمه مدیکر هستند در صورتی می‌توانند از مزایای آن استفاده کنند که به واحدهای درمان دولتی مراجعه کنند و یا از طریق پزشک خانواده و سیستم ارجاع به پزشک متخصص ارجاع داده شوند. سیستم تأمین مالی تا حد زیادی توسط درآمد ناشی از مالیات تأمین می‌شود مالیات مربوط به درآمد جمع‌آوری شده توسط دولت استرالیایی باشد در حالی که ایالت‌ها و سرزمین‌های یک نقش بزرگتر در ارائه خدمات سلامت در دولت استرالیا دارند.

علاوه بر تأمین مالی بخش سلامت و برنامه‌های دولت ملی سلامت، دولت استرالیا کمک مقدار قابل توجهی از طریق بودجه نیز به خدمات بیمارستان دولتی می‌نماید. از طریق شورای دولت استرالیا (COAG) همه سطوح دولت را متعهد به رویکرد تعاونی نسبت به سلامت از جمله تأمین مالی کارآمدتر کرده است.

چالش‌های سیستم بهداشت و درمان، از جمله دسترسی به خدمات، فشار فزاینده‌ی بیماری‌های مزمن، جمعیت سالخورده، هزینه‌ها و ناکارآمدی‌های مسئولیت بین سطوح مختلف تولید و افزایش هزینه‌های سلامت ناشی از فن‌آوری‌های جدید می‌باشد.

در استرالیا بیمه‌های سلامت دولتی و خصوصی با دسترسی همگانی وجود دارد که تحت پوشش یک سیستم خدمات سلامتی دوجانبه قرار دارند. بیمه دولتی تقریباً ۷۵ درصد از جمعیت و بیمه خصوصی ۲۵ درصد باقی‌مانده را تحت پوشش قرار می‌دهند. در دهه اخیر نظام سلامت استرالیا به گونه‌ای مدیریت شده که کل هزینه‌های سلامت را در سطح ملی همزمان با حفظ هزینه‌های اجرایی در کمترین حد در حداقل سطح رشد نگه داشته است.

ترکیه

نظام کنونی سلامت در ترکیه نتیجه توسعه‌های سال‌های گذشته بوده و محصول یک فرایند برنامه‌ریزی منطقی نمی‌باشد. در نتیجه نهادهای تصمیم‌گیری و اجرایی در شکل، ساختار و اهداف و دستاوردهایشان متفاوتند. مراقبت‌های سلامت توسط سازمان‌های دولتی، نیمه دولتی، خصوصی و بشر دوستانه فراهم می‌شود؛ اما ارتباط میان این سازمان‌ها سازماندهی نشده است.

تامین مالی مراقبت‌های سلامت توسط دولت (از طریق وزارت دارایی)، مؤسسات تأمین اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی، سازمان بیمه اجتماعی بازرگانان، پیشه‌وران، خود اشتغالان، صندوق بازنشستگان دولتی و پرداخت‌های مستقیم مردم صورت می‌گیرد. در این کشور وزارت سلامت متولی نظام سلامت است. خدمات توسط دولت، تأمین اجتماعی و بخش خصوصی ارائه می‌شود.

نظام سلامت در این کشور از سال ۲۰۰۳ تا کنون، دچار تحولات زیادی شده است. بیمه سلامت همگانی، که یکی از مهم‌ترین اجزای تشکیل دهنده برنامه تحول نظام سلامت در این کشور به حساب می‌آید، دسترسی به خدمات مراقبت سلامت را تسهیل نموده و کیفیت خدمات را افزایش داد. همچنین پیشرفت‌های عمده‌ای در سیستم اطلاعاتی سلامت، استفاده عقلایی از دارو و مواد دارویی و تقویت نقش برنامه‌ریزی و نظارتی وزارت بهداشت صورت گرفت. به طور قطع می‌توان گفت، برنامه تحول نظام سلامت در ترکیه، بخش مکمل سیاست ملی این کشور به حساب می‌آید. به لطف اجرای این برنامه، خدمات مراقبت سلامت کشور این قابلیت را بدست آورده است تا به نیازهای آتی و به سرعت در حال تغییر و تحول سلامت مردم در کشور ترکیه پاسخگو باشد.

سه منبع عمده تأمین منابع مالی ترکیه عبارتند از بودجه عمومی دولت، مشارکت‌های تأمین اجتماعی و پرداخت‌های مستقیم از جیب.

از سال ۱۹۸۸ منبع جدیدی به این منابع اضافه شده است که سهم آن ۵ درصد است و بر اساس نرخ مالیات حاصل از سوخت، فروش ماشین‌های جدید و فروش سیگار می‌باشد. در سال ۲۰۱۰ تقریباً تمام جمعیت (۹۸٪) تحت پوشش پوشش تأمین اجتماعی قرار گرفتند.

سنگاپور

در حال حاضر در کشور سنگاپور وزارت سلامت مسئول پیشگیری، درمان و توانبخشی است و تهیه کننده سیاست‌های سلامتی است. همچنین برنامه‌ریزی بخش‌های خصوصی و عمومی و تنظیم استانداردها به عهده این وزارت است.

دولت از طریق وزارت بهداشت، مدیریت نظام بهداشت و درمان عمومی را برای اطمینان از اینکه خدمات درمانی با کیفیت خوب و قیمت پایه ارزان در دسترس تمامی شهروندان قرار گیرد اعمال می‌کند.

برای اطمینان از ارایه خدمات پایه‌ای خوب و مهیا برای همه، وزارت بهداشت سنگاپور خدمات پزشکی را با سوبسید ارایه می‌نماید. برای کمک به سنگاپوری‌ها در تأمین هزینه خدمات بهداشتی و درمانی خود دولت چهارچوب‌هایی شامل برنامه‌های: Medifund , Eldershield , Medishield , Medisave را نیز ایجاد نموده است.

ترکیبی از مالیات و درصدی از حقوق کارکنان منابع مالی بیمه همگانی سلامت را تأمین می‌نماید. در سنگاپور ۷۹ درصد هزینه‌ها توسط بخش خصوصی و ۲۱ درصد توسط بخش دولتی تأمین می‌شود. ارایه خدمات سلامت در سنگاپور توسط دولت و بخش خصوصی توامان صورت می‌گیرد. بخش عمومی که توسط دولت مدیریت می‌شود، ارایه ۸۰٪ از خدمات در بخش مراقبت حاد نظیر خدمات پر هزینه بیمارستانی را بر عهده دارد. و تنها ۲۰٪ خدمات این بخش توسط بخش خصوصی صورت می‌گیرد. در مقابل ۸۰٪ از بازار مراقبت‌های اولیه سلامت توسط ارایه دهندگان بخش خصوصی ارایه و اداره می‌شود.

با استفاده از شیوه‌های فوق عملاً در سنگاپور هیچ فردی به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های پزشکی از دریافت خدمات محروم نیست.

روسیه

پیش از سال ۱۹۹۰ اتحاد جماهیر شوروی روسیه مراقبت‌های بهداشتی در این کشور به صورت یک مدل کاملاً سوسیالیستی متمرکز، یکپارچه با سلسله مراتبی دولتی بود. مراقبت‌های بهداشتی درمانی بصورت رایگان برای همه شهروندان سازماندهی شده بود. همه پرسنل بهداشتی درمانی کارکنان دولت بودند. کنترل بیماری‌های واگیردار اولویت بیشتری از بیماری‌های غیرواگیر داشت. در مجموع، نظام شوروی تمایل به مراقبت‌های اولیه کم بود و تأکید بیش از حد در متخصص و مراقبت بیمارستان قرار می‌گرفت.

شبکه **San¹ - Epid** مسئول هسته خدمات بهداشت عمومی در دوران شوروی بود. وظایف اصلی آن شامل ارایه برنامه‌های ایمن سازی از طریق شاخه‌های محلی خود، کنترل بیماری‌های عفونی، جمع‌آوری اطلاعات اپیدمیولوژیکی، نظارت و تنظیم بهداشت، بهداشت محیط و امداد رسانی بود.

پس از فروپاشی شوروی سابق نظام سلامت روسیه نیز دچار تغییرات متعدد گردید. در روسیه جدید مراقبت‌های بهداشتی به مدل مخلوط از سرمایه‌گذاری خصوصی و تأمین مالی دولتی تغییر کرد. از سال ۲۰۱۲ وزارت سلامت متولی نظام سلامت در این کشور شد. سیستم مراقبت‌های پزشکی روسیه، که هم بیماران سرپایی / درمانگاهی، اورژانسی خودکفا و فقیر و هم خدمات بیماران بستری در بیمارستان‌ها را شامل می‌شود عمدتاً دولتی است. هر چند که بخش خصوصی مشخصی وجود دارد اما بسیار کوچک است و در قالب مؤسسات خصوصی فعالیت می‌کند. قانون اصلاح مراقبت‌های سلامتی که در سال ۱۹۹۳ به تصویب رسید، نظام بیمه اجباری سلامت در روسیه را ایجاد کرد تا مشکل حاد تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی را برطرف کند. فرض این برنامه بر این بود که با ترکیبی از بودجه اخذ شده از کارفرمایان و شهرداری، سرمایه‌گذاری بیمه تأمین شود، هرچند، مشکلات مربوط به بودجه و فساد در همه‌ی سطوح علتی برای شکست این سیستم بود. شهروندان بیکار از آنجا که عایدی سلامتی آنها منحصرأ توسط اعانه شهرداری، پشتیبانی می‌شود، بیشتر از این کمبود رنج می‌برند. صندوق‌های بیمه اجباری سلامت فدرال، عملیات ۸۹ صندوق منطقه‌ای را تنظیم و نظارت می‌کند و مسئولیت‌های کلیدی آن اجرای مکانیزم یکنواخت کردن و تنظیم کل نظام بیمه است. صندوق‌های منطقه‌ای مسئول انباشت مشارکت‌ها و اجرای برنامه‌های دولت هستند. منبع اصلی تأمین منابع مالی دولت محلی است. در مناطقی که مکانیزم‌های بیمه‌ای وجود ندارد تأمین مالی خدمات اولیه از طریق مالیات صورت می‌گیرد. علی‌رغم شبکه‌ی پیشرفته‌ی درمانگاههایی که بیماران سرپایی را تحت درمان قرار می‌دهند، سیستم فعلی در فراهم‌سازی مراقبت‌های پزشکی اولیه، زمانی که با نیازهای جمعیت این کشور و جامعه مدرن امروزی مواجه می‌شود، ناتوان است.

مالزی

چشم انداز نظام سلامت مالزی، ایجاد ملتی متشکل از افراد و خانواده‌ها و جوامعی سالم که با نظام خدمات سلامت مناسب، کارا و منصف همراه با تکنولوژی مناسب و متناسب با محیط مشتری

حمایت می‌شود است. این نظام همچنین مساوات، نوآوری، ارتقاء سلامت را در ارتباط با شأن انسانی فراهم می‌کند و مشارکت افراد و جامعه را در جهت بهبود کیفیت زندگی ارتقاء می‌دهد. هر چند دولت نقش مهمی در تأمین خدمات بهداشت عمومی از طریق شبکه ملی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر خدمات مرتبط دارد اما سیستم خدمات مراقبت بهداشتی در مالزی دو جانبه است. بخش دولتی و صندوق همگانی و بخش خصوصی که در کل مدل دولتی-خصوصی را بوجود آورده است.

به طور کلی ۶ منبع درآمدی برای تأمین مالی نظام بهداشتی مالزی وجود دارد:

- ۱) مالیات عمومی - مالیاتی که از مردم جمع‌آوری می‌شود.
- ۲) پرداخت از جیب مردم
- ۳) سازمان تأمین اجتماعی^۱: سازمان تأمین اجتماعی صرفاً کارکنان شاغل با درآمد حداقل ۲۰۰۰ رینگیت بخش خصوصی را تحت پوشش دارد (۳ رینگیت = ۱ دلار آمریکا).
- ۴) صندوق احتیاط کارکنان
- ۵) بیمه درمانی بخش خصوصی
- ۶) طرح‌های جبران خدمات پزشکی (برخی شرکت‌های بزرگ چنین طرح‌هایی را اجرا می‌نمایند؛ مثلاً پتروپارس، تله کام و ...).
- ۷) نظام تأمین مالی بخش سلامت مالزی عمدتاً از طریق مالیات تأمین مالی می‌شود. آمار هزینه‌های ملی حاکی از این است ۵۸/۲ درصد از طریق یارانه دولت تأمین مالی می‌شود. ۴۱/۸ نیز توسط بخش خصوصی و مقدار بسیار ناچیزی نیز (معادل ۰/۸) درصد از حق بیمه‌های تأمین اجتماعی. از هزینه‌های بخش خصوصی ۷۳/۸ درصد پرداخت از جیب و ۱۳/۷ درصد نیز توسط بیمه‌های خصوصی تشکیل شده است.

بخش دولتی خدمات بهداشتی و درمانی کل جمعیت این کشور را تحت پوشش دارد. استفاده مؤثر از منابع محدود، از طریق سیستم یکپارچه ملی مراقبت‌های بهداشتی که خدمات پیشگیری و درمان را شامل می‌شود، صورت گرفته است. به همین دلیل است که مالزی توانسته

است هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در عین دستیابی به نتایج رضایت بخش در حوزه سلامت، پایین نگه دارد.

ایران

نظام بهداشت و درمان در ایران نظام پیچیده است که متأثر از تغییرات مختلف بوده است. در ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی متولی نظام سلامت است.

سازمان بیمه سلامت ایرانیان، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، سه سازمان اصلی بیمه‌گر و خریدار خدمات سلامت در کشور می‌باشند در کنار سه سازمان اصلی بیمه‌های اجتماعی بهداشت و درمان، شرکت‌های دولتی و به طور عمده شرکت ملی نفت ایران و بانک‌های دولتی قرار دارند که خدمات بهداشتی و درمانی کارکنان آنان و خانواده‌هایشان تحت نظام بیمه‌های درمانی اختصاصی با استفاده از تعدادی مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته و یا در بخش خصوصی، از منابع داخلی شرکت‌ها فراهم می‌گردد.

منابع تأمین مالی در نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران به شرح زیر است:

- الف) درآمدهای دولت از محل منابع عمومی.
- ب) بیمه‌های اجتماعی درمانی (به عنوان بخشی از حق بیمه‌های اجتماعی).
- ج) منابع شرکت‌ها و مؤسسات دولتی (به عنوان بخشی از جبران خدمت کارکنان).
- د) نهادهای خیریه در بخش دولتی از محل کمک‌های خصوصی اعطایی به آنها.
- ه) پرداخت‌های مستقیم خانوارها.
- و) مؤسسات غیرانتفاعی خصوصی در خدمت خانوارها.
- ی) بیمه‌های خصوصی درمانی (از محل پیش‌پرداخت‌های خانوارها).

در خصوص پوشش خدمات آمار دقیقی در دست نیست. در سال ۱۳۹۳ پس از اعلام بیمه رایگان حدود ۹ میلیون نفر در این طرح ثبت نام کرده‌اند. با این وجود هنوز آمار دقیقی از همپوشانی‌ها در دسترس نیست. اما انتظار می‌رود سطح پوشش به ۱۰۰ درصد برسد.

سخن آخر

در مقایسه کشورهای مثل ژاپن، سوئیس، آلمان، استرالیا، انگلستان که شاخص‌های عملکردی آنها در بخش سلامت آنها را در زمره کشورهای موفق قرار می‌دهد، مشاهده می‌شود که نظام سلامت هر یک از آنها کاملاً با یکدیگر متفاوت است و گاهی تشابه‌اندکی وجود دارد. این بیانگر نقش ساختار اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در انتخاب قوانین حاکم بر نظام سلامت است و هر چه این قوانین با ساختار اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی قرابت بیشتری داشته باشد موفق‌تر عمل خواهد کرد. به طور مثال در کشورهای سوئیس و ژاپن بخش خصوصی در ساختار بیمه بسیار بسیار قوی عمل می‌کند، ولی از آنجا که در ژاپن فرهنگ کار و تلاش و داشتن وجدان و صداقت کاری، همچنین برخورداری از مدیران بسیار قوی در بخش خصوصی حاکم است موجب شده است که با وجود اینکه بخش خصوصی نقش پررنگ‌تری در نظام بیمه‌ای دارد، نظام سلامت از عملکرد خوبی برخوردار باشد.

در کشور سوئیس نیز درآمد بالای عمده مردم و در واقع شکاف اقتصادی-اجتماعی بسیار پائین در جامعه باعث شده است که توقع بالای مردم با کیفیت بالای تأمین‌کننده‌ها و درآمد بالای آنها با هزینه بالای خدمات بهداشتی-درمانی سنخیت داشته و نظام سلامت کشور موفق عمل نماید.

ولی آمریکا در سپردن ارابه بخش اعظم خدمات سلامت به بخش خصوصی بدلیل وجود شکاف بین نظام سلامت و ساختار اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی موفق نبوده و هنوز سلامت کشور با چالش‌های بسیاری روبرو است. شاید عواملی از قبیل فرهنگ مصرف بالای مردم، نقص نظام مالی و ضعف دولت در نظارت بر عملکرد بخش خصوصی باعث شده‌اند که سیستم بهداشتی آمریکا علی‌رغم صرف بالاترین هزینه در بین تمام کشورهای صنعتی، کمتر از این کشورها افراد جامعه را تحت پوشش خود دارد.

منابع

- آتکینسون، تونی، ۱۳۷۲. «تأمین اجتماعی در کشورهای توسعه یافته»، (گزارش ۱۴)، تهران، مؤسسه عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه مؤسسه تحقیقات اجتماعی دانمارک، تأمین اجتماعی در اروپا، ترجمه هرمز همایون پور، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی. ۱۳۷۹.
- جعفری آمنه، کاویانی فر محبوبه. چشم انداز ۲۰۲۰ مالزی، مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، بهمن ۱۳۸۷
- آنادیزا، ۱۳۷۹. «نظام پرداخت مستمری در فرانسه»، ترجمه ابوتراب سهراب، فصلنامه تأمین اجتماعی، ش ۴.
- خیاط فراهانی پروانه. معرفی نظامهای سلامت، بیمه‌های سلامت و حمایت‌های اجتماعی. شماره ششم و هفتم: نظام سلامت انگلستان، ترکیه. مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی. آبان ۱۳۸۶
- دبیرخانه شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۹ تهران
- اعرابی، بهلولی و سالاریان زاده. بازنگری و اصلاح ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۲
- رجب پورمجید، مطالعه تطبیقی بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ۱۳۸۲.
- زارع حسین، مسعودی اصل ایروان و اخوان بهبهانی علی بیمه‌های اجتماعی سلامت در جهان و ایران، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ۱۳۸۹
- شعریاف شعار ندا. زارع حسین. مراقبهای سلامتی در فنلاند. فصلنامه تأمین اجتماعی شماره ۲۶-۲۷
- طریقت محمد حسن، اخوان بهبهانی علی و حسن زاده علی. سیاست ملی سلامت در ایران (مطالعه تطبیقی)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ۱۳۸۷
- کامجو باقری، مهدی. (۱۳۹۱) اصلاحات تأمین مالی سیستم بیمه درمانی کشورهای هلند، آلمان و فرانسه.
- کامجو باقری، مهدی. (۱۳۹۱) اصلاحات تأمین مالی سیستم بیمه درمانی کشورهای هلند، آلمان و فرانسه.

۴۳۶ نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی

- ماهر علی، تأمین مالی در نظام تأمین اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی ۱۳۸۷
- مسعودی اصل ایروان، اخوان بهبهانی علی و زارع حسین. نظام رفاه اجتماعی در جهان، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ۱۳۸۸
- مطالعه و تحلیل وضعیت نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران حوزه معاون هماهنگی و دبیر مجامع واحد سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت شهریورماه ۱۳۸۶
- ملکوند و ماهوتیان، ۱۳۷۸. «گزارش سفر و بازدید از سازمان تأمین اجتماعی فرانسه»، سازمان تأمین اجتماعی.
- منظم کامبیز، سیاست سلامت در جهان (۲)، اصلاحات بیمارستانی در سنگاپور، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۶.
- مهدوی مهدی و روانگرد رامین. فرانسه: الگوی موفق بیمه مراقبت‌های بهداشتی. فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۱۹، سال ششم، زمستان ۱۳۸۳
- مؤسسه تحقیقات اجتماعی دانمارک، تأمین اجتماعی در اروپا، ترجمه هرمز همایون‌پور، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی. ۱۳۷۹.
- Abdullah, Nik Rosnah Wan (2007). 'Regulating Malaysia's Private Health Care Sector' in Leng CH and Barraclough S (eds) Health Care in Malaysia: The dynamics of provision, financing and access London and New York: Routledge.
- AKDAĞ .HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM IN TURKEY.Ministry of Health. Publication No: 807.September 2010
- Akdag R.; Ministry of Health; Progress Report, Health Transformation Report in Turkey; Jan.2009.
- Anders Anell,Anna H Glenngård &Sherry Merkur.Sweden Health System Review.Health Systems in Transition.Vol. 14 No.5- 2012
- Association of Private Hospitals of Malaysia (2011) APHM website. <http://www.hospitals-malaysia.org/portal/index.asp> accessed 7 July 2011
- Busse, Reinhard (2002). The British and the German Health Care Systems. Anglo-German Foundation.
- CHALLENGES AND PERSPECTIVES: Pan American Health Organization, World Health Organization, August 2002
- Chang Bae Chun , Soon Yang Kim ,Jun Young Lee & Sang Yi Lee.Health Systems in Transition.Republic of Korea Health System Review.Health Systems in Transition. Vol. 11 No. 7 2009
- Chee Heng Leng, Barraclough, Simon (2007b) 'The Growth of Corporate Health Care in Malaysia' in Chee HL and Barraclough S (eds) Health Care in Malaysia: The Dynamics of Provision, Financing and Access London and New York: Routledge.
- Chevreul, Karine., Durand-Zaleski, Isabelle., Bahrami, Stéphane., Hernández-Quevedo, Cristina., and Mladovsky, Philipa. (2010) *Health Systems in Transition France*.
- Chongsiuvavatwong V et al (2011) 'Health and Health-care Systems in South-East Asia: Diversity and Transitions' Health in South-East Asia 1.The Lancet 377(29 January): 429-437.

- Donald S. Shepard, William Savedoff, Phua Kai Hong, HEALTH CARE REFORM INITIATIVES IN MALAYSIA, Report of a consultation with the Planning and Development Division, Ministry of Health, Malaysia, Schneider Institute for Health Policy, Heller School, MS 035 Brandeis University
- Engelmann, Kurt E., et al. "Russia." Microsoft® Student 2009 [DVD]. Redmond, WA: Microsoft Corporation, 2008
- European Observatory on Health Care System, Health Care System in Transition, Turkey, 2003
- Health Care in Finland, Ministry of Social Affairs & Health, Helsinki, Finland, 2004.
- Health Care Systems in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organisation, in france, finland, uk, russian, malaysia, singapore, Turkey
- Health Care Systems in Transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organisation, in france, finland, uk, russian, malaysia, singapore, Turkey
- Health care systems in Transition: France, 2000, World Health Organisation, www.euro.who.int
- Health care systems in Transition: Germany, 2004, World Health Organisation, www.euro.who.int
- Health care systems in Transition: Russian Federation, 2011, World Health Organisation, www.euro.who.int
- Health care systems in Transition: Turkey, 2002, World Health Organisation, www.euro.who.int
- Health Sector Development Under The 7th Malaysia Plan, Ministry of Health, Malaysia at the APHM's 1996 National HealthCare Conference, "Future Needs, Future Resources" 13 - 14 June 1996, Kuala Lumpur Dr. Shahidah bte Abdul Manaff, Director, Division of Planning and Development.
- Helen Garey and Deborah Lorber "Universal Mandatory Health Insurance in The Netherlands: A Model for the United States?," In the Literature, the Commonwealth Fund, May 13, 2008
- <http://government.ru/en/gov/>
- <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=en>
- <http://www.minvws.nl/en/> Ministry of Health, Welfare and Sport
- <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/default.aspx>
- http://www.stm.fi/en/social_and_health_services
- <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/BECB2D43-06FC-4DAEB0BC3F29EC8E500A/0/Malaysiatotalplan.pdf>
- Implementing Health Financing Reform, Lessons from countries in transition, Edited by Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab, The European Observatory on Health Systems and Policies report. Observatory Studies Series No. 21
- Klazinga, Niek, descriptions of health care systems: germany and the netherlands, The commonwealth fund, FEBRUARY 2008

- Kobayashi, Y 2009, "Five decades of universal health insurance coverage in Japan: lessons and future challenges", *Japanese: Association of Medical Sciences*, vol. 52, no. 4, pp. 263-8.
- Kozo Tataru, Etsuji Okamoto. Health Systems in Transition. Japan Health system review. World Health Organization. Vol. 11 No. 5. 2009
- KWON SOONMAN. Payment system reform for health care providers in Korea. *HEALTH POLICY AND PLANNING*; 18(1): 84–92. 2003
- Lauri Vuorenkoski. Finland **Health System Review**. Health Systems in Transition. Vol. 10 No.4- 2008
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2005). Report on survey of medical institutions. Tokyo, Kasumigaseki Government Publications Service Center.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2006). Report on survey of doctors, dentists, and pharmacists. Tokyo, Kasumigaseki Government Publications Service Center
- Ministry of Health, Malaysia **Malaysia Health System Review**. Health Systems in Transition. Vol. 3 No.1 2013
- Ministry of Health, Welfare and Sport, The new care system in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport 2010
- MINISTRY OF HEALTH. ALLIGMENT STUDIES BY THE MINISTRY OF HEALTH DURING THE NEGOTIATION PROCESS WITH THE EUROPEAN UNION. July, 2011 Ankara
- Ministry of Health; The Progress So Far, Turkey Health Transformation Program; November 2002-June 2007.
- Ministry of Health; The Progress So Far, Turkey Health Transformation Program; November 2002-June 2007.
- National Coalition on Health Care. Health Care in the United Kingdom. Washington, D.C. 2005
- OECD (1993). "OECD health systems: facts and trends 1960-1991", OECD Health Policy Studies, No. 3, Paris.
- OECD (1994), The Reform of health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries, Paris.
- OECD (1992), "The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries. OECD Health Policy Studies, No. 2, Paris.
- OECD Reviews of Health Systems: Russian Federation 2012. OECD Publishing. 2012
- PRIMARY HEALTH CARE IN THE AMERICAS, CONCEPTUAL FRAMEWORK, EXPERIENCES,
- Rosenau, Pauline; Lako, Christiaan (2008). "An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System". *Journal of health politics, policy and law* 33 (6): 1031–1055.
- THE REPUBLIC OF TURKEY MINISTRY OF HEALTH. HEALTH SYSTEM IN TURKEY, ANKARA, 2003
- WHO, Social Health Insurance, Selected Case Story From Asia and Pacific, 2005, pp 12-13.
- Wilkin, David; Gillam, Steve; Smith, Keri (2001). "Tackling organisational change in the new NHS". *British Medical Journal* 322 (7300): 1464–1467.

- World Bank (2013). World Development Indicators 2013 [online database]. Washington, DC World Bank .<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
- World Health Organization (2013). World Health Statistics 2013. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2010). Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations. Geneva, WHO.
- World Health Organization Western Pacific Region (2010). [website] Ninth Malaysia Plan 2006-2010. Manila, World Health Organization.
- World Health Organization Western Pacific Region, Ministry of Health Malaysia (2001). The Structure and Sustainable Delivery of Essential Public Health Functions in the Western Pacific Region. Kuala Lumpur, Ministry of Health Malaysia.
- Wright, D. Brad (2004). Universal Access to Healthcare: Lessons from Sweden for the United States. University of North Carolina School of Public Health.
- Wynand P.M.M. van de Ven and Frederik T. Schut, "Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States?," Health Affairs, Volume 27, Number 3, May/June 2008
- Yardim M. S., Cilingiroglu N., Yardim N.; Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey; Health Policy 94 (2010) 26–33.
- Young Joo SONG. The South Korean Health Care System. JMAJ 52(3): 206–209, 2009