

## نگاهی به حسن جریان امور در نظام سلامت ایران بر اساس طبقه‌بندی نظام‌های رایج سلامت

دکتر رامین شیردل<sup>۱</sup>

دکتر محمد سعید نوربخش<sup>۲</sup>

دکتر علی‌اکبر صداقت<sup>۳</sup>

### چکیده

این مقاله برای حل مشکلات اساسی نظام سلامت، به بررسی نظام‌های سلامت ممکن، پرداخته و بر اساس آن پیشنهادهایی استخراج شده است که می‌تواند از طریق سازمان بازرسی کل کشور به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه و همچنین سایر نهادهای تصمیم‌گیر ارایه شده و در سیاست‌گذاری کلان نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد تا شاهد بهبود متغیر حسن جریان امور در کشور باشیم. در شرایط فعلی، وضعیت ساختاری نظام سلامت ایران از مدل ترکیبی مبتنی بر دولت تبعیت می‌کند. در این حالت، دولت سیاست‌گذار و ارایه‌دهنده خدمات است و بخش عمومی (صندوق‌های بیمه‌ای مبتنی بر حق بیمه‌ها) متقاضی خدمات می‌باشد. ساختار فعلی ایران، از فرضیه سلسله‌مراتبی تبعیت نمی‌کند لذا پیشنهاد می‌شود نظام سلامت ایران، تغییر کند که چهار حالت متصور است: ۱- اگر بخش ارایه خدمات سلامت خصوصی‌سازی شود، به گروه بیمه سلامت اجتماعی سوسیالیستی ملحق خواهد شد که بیشترین کشورهای اوای‌سی‌دی در این گروه قرار دارند و کثرت کشورهای پیشرفته در این گروه، تأییدی بر برتر بودن این مدل است. ۲- اگر بخش ارایه خدمات به بخش عمومی مانند شهرداری‌ها واگذار شود نیز مورد تأیید فرضیه سلسله‌مراتبی قدرت خواهد بود. ۳- اگر تجمیع بیمه‌ها اتفاق افتاده و به وزارت بهداشت ملحق شوند، مدلی شبیه به انگلستان و برخی کشورهای دیگر خواهد بود. ۴- اگر تجمیع بیمه‌ها اتفاق افتد و در وزارت رفاه قرار گیرند، از نظر مبنای نظری رتگ‌انگ و همکاران (۲۰۰۵) شبیه به مدل انگلستان خواهد بود با این تفاوت که در نظام سلامت ایران، وزارت رفاه قدرت کمتری نسبت به وزارت بهداشت دارد و بیمارستان‌ها که زیرمجموعه‌ی وزارت بهداشت هستند از وزارت رفاه قدرتمندتر خواهند بود. در واقع، فرضیه سلسله‌مراتبی قدرت، اعمال نشده است. لذا برای خروج از این حالت غیرمنطقی، بهتر است هم‌زمان با تجمیع بیمه‌ها در وزارت رفاه، بیمارستان‌ها نیز خصوصی‌سازی شوند یا به بخش عمومی واگذار شوند.

**واژگان کلیدی: تسهیلات بانکی، وصول مطالبات، بانک سپه، استان خوزستان**

۱- دکتری اقتصاد سلامت از دانشگاه تربیت مدرس- رایانامه: [ramin.shirdel@yahoo.com](mailto:ramin.shirdel@yahoo.com)

۲- معاون بازرسی کل امور بهداشت و درمان سازمان بازرسی کل کشور

۳- سربازرس امور بهداشت و درمان سازمان بازرسی کل کشور

## مقدمه

مطالعه‌ی متون نظری نشان می‌دهد طبقه‌بندی اصلی نظام‌های سلامت به چهار صورت کلی است (بوویل، ۲۰۱۱):

- ۱- نظام سلامت ملی؛
- ۲- نظام سلامت اجتماعی؛
- ۳- نظام سلامت خصوصی؛
- ۴- نظام سلامت مبتنی بر پرداخت از جیب.

تقسیم‌بندی این نظام‌های سلامت عمدتاً از جنبه‌ی محل تأمین منابع مالی می‌باشد. تأمین مالی نظام‌های فوق به ترتیب، مالیات‌ها، حق بیمه‌های اجتماعی، حق بیمه‌های بخش خصوصی و پرداخت از جیب است. مذموم‌ترین نظام سلامت، نوع آخر (شماره ۴) می‌باشد. نظام سلامت خصوصی (شماره ۳) نیز فقط در آمریکا وجود دارد که مشاهدات، از عدم کارایی آن خبر می‌دهند. در نظام سلامت ملی که مهد آن انگلستان می‌باشد عرضه‌کننده و متقاضی خدمات درمانی، خود وزارت بهداشت است و ناظرین بر آن نیز مجلس و نخست‌وزیر می‌باشند. مهد نظام سلامت اجتماعی هم آلمان می‌باشد که وزارت بهداشت ناظر و متولی است، بیمه‌ها متقاضی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی نیز عرضه‌کننده‌ی خدمات درمانی می‌باشند.

به شرحی که گذشت، تقسیم‌بندی فوق، از منظر محل تأمین منابع مالی است. در این تقسیم‌بندی، با توجه به این که ایران حدود ۸۰ میلیون نفر جمعیت دارد، تنها ۱۰ میلیون نفر عضو بیمه سلامت ایرانیان هستند که محل تأمین منابع مالی آن‌ها نیز بودجه عمومی (مالیات) می‌باشد؛ ۷۰ میلیون نفر باقیمانده، عضو صندوق‌های بیمه‌ای هستند. در واقع نظام سلامت ایران، نظامی ترکیبی است ولی تمایل زیادی به سمت نظام سلامت اجتماعی دارد. تقسیم‌بندی مذکور، صرفاً از بُعد تقاضاکننده‌ی خدمات درمانی می‌باشد، در حالی که سه عامل اصلی در هر نظام سلامتی وجود دارد که عبارت‌اند از قانون‌گذار (متولی و ناظر)، عرضه‌کننده و تقاضاکننده‌ی خدمات درمانی. اگر تقسیم‌بندی را براساس هر سه عامل فوق، انجام دهیم حالت‌های زیادی پیش می‌آید که هر کدام می‌تواند نشان‌دهنده‌ی یک نظام سلامت باشند. رتگ‌انگ و همکاران (۲۰۰۵) تقسیم‌بندی فوق را انجام داده‌اند. در ادامه، بوهم و همکاران (۲۰۱۳) فرض سلسله‌مراتب قدرت را بر مدل مذکور اعمال کرده و کشورهای OECD را براساس آن، گروه‌بندی کرده‌اند. تحقیق حاضر، به دنبال پاسخ به این سؤال است که ایران جزء کدام یک از گروه‌ها می‌باشد و برای دستیابی به پاسخ، در بخش بعد، مبانی نظری به عنوان مقدمه‌ای برای طرح استدلال، ارائه شده است. در بخش سوم، گروه‌بندی کشورهای OECD و در بخش چهارم گروه‌بندی ایران مورد بررسی قرار گرفته و نهایتاً در بخش آخر، نتیجه‌گیری ارائه شده است.

## مبانی نظری

طبقه‌بندی‌های انجام شده درباره‌ی نظام‌های سلامت، عمدتاً مبتنی بر استنتاج از شواهد موجود

۱ - سازمان همکاری و توسعه‌ی اقتصادی (Organisation for Economic Co-operation and Development یا OECD) سازمانی است بین‌المللی، دارای ۳۴ عضو، که اعضای آن متعهد به اصول دموکراسی و اقتصاد آزاد هستند. این سازمان به تعبیری عمده‌ترین سازمان بین‌المللی تصمیم‌گیرنده‌ی اقتصادی است. مقر اصلی این سازمان در شهر پاریس است.

بوده است. به عبارتی با نگاه به نظام سلامت موجود در کشورهای مختلف، آن را طبقه‌بندی می‌کردند. اگر بتوانیم طبقه‌بندی را با قیاس از کل به جزء انجام دهیم؛ یعنی از علم به شواهد برسیم، نتایج قابل‌اعتمادتری به دست خواهد آمد (ونت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). این خلأ گونه‌شناسی را رتگانگ و همکاران (۲۰۰۵) با توسعه مبانی نظام‌های سلامت، به‌دقت توضیح داده‌اند. این گونه‌شناسی، سه بُعد را که نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد: تأمین مالی، ارابه خدمات و تنظیم نظام. هریک از این بُعدها می‌توانند توسط بخش دولتی، اجتماعی یا خصوصی انجام شوند؛ که از نظر تکنیکی ۲۷ حالت ممکن را مطابق جدول ۱ به دست می‌دهند.

جدول ۱- حالت‌های ممکن نظام‌های سلامت

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم‌کننده نظام	تأمین‌کننده مالی	ارابه‌کننده خدمات
۱	خدمات سلامت ملی	دولتی	دولتی	دولتی
۲	نظام سلامت ملی غیرانتفاعی	دولتی	دولتی	اجتماعی
۳	بیمه سلامت ملی	دولتی	دولتی	خصوصی
۴	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	اجتماعی	دولتی
۵	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	خصوصی	دولتی
۶	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	اجتماعی	دولتی	دولتی
۷	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	خصوصی	دولتی	دولتی
۸	نظام سلامت اجتماعی سوسیالیستی	دولتی	اجتماعی	اجتماعی
۹	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	دولتی	اجتماعی
۱۰	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	دولتی
۱۱	نظام سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی
۱۲	بیمه سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	خصوصی
۱۳	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	خصوصی	اجتماعی
۱۴	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	خصوصی	اجتماعی	اجتماعی
۱۵	نظام سلامت خصوصی سوسیالیستی	دولتی	خصوصی	خصوصی
۱۶	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	دولتی	خصوصی
۱۷	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی
۱۸	نظام سلامت خصوصی صنف‌گرایانه	اجتماعی	خصوصی	خصوصی
۱۹	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	اجتماعی	خصوصی
۲۰	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	اجتماعی
۲۱	نظام سلامت خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی
۲۲	مدل کاملاً ترکیبی	دولتی	خصوصی	اجتماعی
۲۳	بیمه سلامت اجتماعی سوسیالیستی	خصوصی	اجتماعی	دولتی
۲۴	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	دولتی	اجتماعی
۲۵	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	اجتماعی	دولتی
۲۶	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	دولتی	خصوصی
۲۷	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	خصوصی	دولتی

مأخذ: رتگانگ و همکاران (۲۰۰۵)

بوهم و همکاران (۲۰۰۹) ثابت می‌کنند که از این ۲۷ مدل سلامت، منطقی‌اً انتظار می‌رود ۱۰ نوع، در دنیای واقعی اتفاق بیفتد. بحث آن‌ها مبتنی بر وجود «سلسله‌مراتب قدرت» میان سه بُعد نظام سلامت به صورت زیر می‌باشد: ۱- تنظیم نظام، ۲- تأمین مالی و ۳- ارائه خدمات. به عبارت دیگر، تنظیم نظام (قانون‌گذاری) بر دو بُعد دیگر ترجیح دارد و تأمین مالی نیز بر ارائه خدمات، به همان ترتیب در میان عوامل نظام نیز، سلسله‌مراتب زیر وجود دارد: ۱- دولت، ۲- اجتماع (بخش عمومی) و ۳- بخش خصوصی. آن‌ها فرض می‌کنند بازیگر غالب که از نظر سلسله‌مراتبی، بالاترین نقش را دارد دامنه‌ی فعالیت بقیه (که مغلوب هستند) را تعیین و حتی محدود می‌کند. براساس تقسیم سلسله‌مراتبی قدرت، هیچ‌گاه جامعه (بخش عمومی) و بخش خصوصی نمی‌توانند برای دولت قانون‌گذاری (تنظیم نظام) انجام دهند و بخش خصوصی نیز برای بخش عمومی نمی‌تواند این کار را انجام دهد. لذا تمام حالت‌هایی که این اصل سلسله‌مراتبی را نقض می‌کنند از لیست حالات ممکن، خارج می‌شوند و در نهایت ۱۰ حالت باقی می‌ماند که در دنیای واقعی می‌توانند اتفاق بیفتند. نمودار زیر، ۱۰ حالت ممکن برای نظام‌های سلامت را نشان می‌دهد:



(مأخذ: بوهم و همکاران، ۲۰۱۳)

برای روشن شدن ادعای سلسله‌مراتبی، در آنچه از پی می‌آید، نگاهی دقیق‌تر به عوامل و ابعاد نظام سلامت خواهیم داشت: بُعد تنظیم نظام، می‌تواند تعاملات میان آرژانس‌های تأمین مالی، عرضه‌کنندگان خدمت و حتی ذی‌نفعان دیگر را تعیین کند (رتگانگ و همکاران، ۲۰۰۵). با این دسته‌بندی بازیگران، ۶ هدف تنظیمی به دست می‌آید که در شکل ۱ نمایش داده شده است. پوشش، نظام تأمین مالی، حق‌الزحمه‌ی عرضه‌کنندگان خدمات، دسترسی عرضه‌کنندگان به بازارها، دسترسی بیماران به عرضه‌کنندگان و بسته‌منافع (بوهم و همکاران، ۲۰۱۳). سؤال مربوط به طبقه‌بندی بُعد تنظیم نظام که به وجود می‌آید عبارت است از: چه کسی این روابط را تنظیم و بدان نظارت می‌کند؟

براساس مفاهیم فوق، دولت ممکن است با استفاده از ابزارهایی که دارد برای تنظیم نظام، هزینه کند و بازیگران بخش عمومی ممکن است آن هدف را با قراردادهایی که می‌بندند دنبال کنند و یا این که سازوکارهای بازار به‌خوبی کار کنند. با در نظر گرفتن این مفاهیم ایده‌آل مربوط به تنظیم توسط دولت، نهادهای اجتماعی و بازار، ارزش‌گذاری نظام سلامت درباره شش سؤال مذکور، به دست می‌آید (بوهم و همکاران، ۲۰۱۳).

طبقه‌بندی نظام‌های سلامت را در بُعد تأمین مالی پی می‌گیریم. مالیات عمومی، نشان‌دهنده‌ی تأمین مالی توسط دولت می‌باشد. یکی از نتایج اصلی تأمین مالی با مالیات عمومی این است که حقوق مستقیم برای کسی ایجاد نمی‌کند (بوهم و همکاران، ۲۰۱۳). در طیف دیگر، مشارکت بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های از جیب توسط بخش خصوصی اتفاق می‌افتد. مخارج بخش خصوصی، کاملاً مربوط به ریسک‌های سلامت شخصی است. در بیمه‌ی خصوصی، موردی با عنوان بازپرداختی وجود دارد و به دنبال سود است. بیمه‌ها سعی می‌کنند اشخاص را براساس ریسک‌هایشان طبقه‌بندی کرده و افراد با ریسک کم را بیمه کنند. در مشارکت‌های بیمه‌ی اجتماعی نیز، حق بیمه‌ها با هدفی بالاتر از سود، به تأمین مالی نظام سلامت، تجهیز می‌شوند. برخلاف تأمین مالی دولتی، مشارکت در بیمه‌ی اجتماعی و خصوصی، «حق استفاده» ایجاد می‌کند.

دست‌آخر، طبقه‌بندی بعد ارایه خدمات، به این صورت است که می‌تواند توسط بخش دولتی، نهادهای اجتماعی و یا بخش خصوصی ارایه شود. لازم به ذکر است که گاهی از اوقات، بخش خصوصی ارایه‌کننده خدمات، به دنبال حداکثرسازی منافع خود نیست و دنبال اهداف خیریه و انسان دوستانه می‌باشد.

تعاملات میان ذی‌نفعان یا ذی‌نفعان بالقوه و آژانس‌های تأمین کننده مالی	
۱	پوشش: همه یا بخشی از جمعیت در نظام‌های سلامت عمومی یا خصوصی
۲	نظام تأمین مالی: بخش خصوصی، عمومی یا دولتی
تعاملات میان آژانس‌های تأمین کننده مالی و ارایه‌دهندگان خدمات	
۳	حق‌الزحمه ارایه‌دهندگان خدمات: نظام خاصی که ارایه‌دهندگان خدمات را جبران می‌کند
۴	دسترسی ارایه‌دهندگان خدمات بالفعل و بالقوه به بازار مراقبت‌های بهداشتی: دسترسی به آژانس‌های تأمین کننده مالی
تعاملات میان ارایه‌کنندگان خدمات و ذی‌نفعان بالفعل و بالقوه	
۵	دسترسی بیماران به ارایه‌دهندگان خدمات: نحوه تحویل خدمات به بیماران
۶	بسته منافع: شامل بسته خدمات پیشنهادی به بیماران است (تکنولوژی درمان، بسته خدمات پایه و غیره)

مأخذ: بوهم و همکاران (۲۰۱۳)

جدول (۲) تأییدی بر تأثیر مشهود قانون‌گذار (سیاست‌گذار نظام سلامت) بر تأمین مالی و ارایه خدمات سلامت است. به عبارت دیگر، قانون‌گذار از نظر سلسله‌مراتبی در سطحی بالاتر از دو بازیگر دیگر قرار دارد. تأمین کننده مالی نیز از نظر سلسله‌مراتبی در سطحی بالاتر از ارایه‌کننده خدمات قرار دارد؛ چون می‌تواند در محدوده تعیین شده قانون‌گذار، تنظیمات دیگری اعمال نموده و بر فعالیت ارایه‌کننده خدمات تأثیر گذارد.

### گروه‌بندی کشورهای OECD

بوهم و همکاران (۲۰۱۳) مطالعه‌ی جامعی بر روی گروه‌بندی نظام‌های سلامت کشورهای عضو OECD، انجام دادند. نهایتاً مشخص شد نظام سلامت تمامی کشورهای مورد بررسی، در ۶ گروه جای گرفته‌اند که به جز اسلونی، بقیه ۲۹ کشور در میان ۱۰ گروه مورد بررسی قرار دارند. همان‌طور که ذکر شد این ۱۰ گروه براساس منطق سلسله‌مراتبی شناسایی شده‌اند. به عبارت دیگر، ۲۹ کشور OECD نظریه سلسله‌مراتبی را تأیید می‌کنند و فقط اسلونی آن را رد می‌کند. جدول زیر توزیع کشورها را از نظر نظام سلامت، در میان گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳- طبقه‌بندی نظام سلامت OECD کشورهای براساس گونه‌شناسی رنگانگ و همکاران (۲۰۰۵)

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم‌کننده نظام	تأمین‌کننده مالی	ارایه‌کننده خدمات	موارد
۱	خدمات سلامت ملی	دولتی	دولتی	دولتی	دانمارک، فنلاند، ایسلند، نروژ، سوئد، پرتغال، اسپانیا، بریتانیا
۲	نظام سلامت ملی غیرانتفاعی	دولتی	دولتی	اجتماعی	
۳	بیمه سلامت ملی	دولتی	دولتی	خصوصی	استرالیا، کانادا، ایرلند، زلاندنو، ایتالیا
۴	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	اجتماعی	دولتی	
۵	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	خصوصی	دولتی	
۶	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	اجتماعی	دولتی	دولتی	
۷	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	خصوصی	دولتی	دولتی	
۸	نظام سلامت اجتماعی سوسیالیستی	دولتی	اجتماعی	اجتماعی	
۹	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	دولتی	اجتماعی	
۱۰	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	دولتی	اسلونی
۱۱	نظام سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	
۱۲	بیمه سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	خصوصی	اتریش، آلمان، لوگزامبورگ، سوئیس
۱۳	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	خصوصی	اجتماعی	
۱۴	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	خصوصی	اجتماعی	اجتماعی	
۱۵	نظام سلامت خصوصی سوسیالیستی	دولتی	خصوصی	خصوصی	
۱۶	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	دولتی	خصوصی	
۱۷	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی	
۱۸	نظام سلامت خصوصی صنف‌گرایانه	اجتماعی	خصوصی	خصوصی	
۱۹	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	اجتماعی	خصوصی	
۲۰	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	اجتماعی	
۲۱	نظام سلامت خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	آمریکا
۲۲	مدل کاملاً ترکیبی	دولتی	خصوصی	اجتماعی	
۲۳	بیمه سلامت اجتماعی سوسیالیستی	خصوصی	اجتماعی	دولتی	بلژیک، استونی، فرانسه، جمهوری چک، مجارستان، هلند، لهستان، اسلواکی، اسرائیل، ژاپن، کره
۲۴	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	دولتی	اجتماعی	
۲۵	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	اجتماعی	دولتی	
۲۶	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	دولتی	خصوصی	
۲۷	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	خصوصی	دولتی	

مأخذ: بوهم و همکاران (۲۰۱۳)

### گروه‌بندی نظام سلامت ایران

در ایران، تنظیم نظام بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است به عبارت دیگر آنچه وجود دارد یک تنظیم دولتی است. از جمعیت ۸۰ میلیون نفری کشور، تنها حدود ۱۰ میلیون نفر تحت پوشش بیمه‌ی سلامت ایرانیان قرار دارند که به وسیله‌ی مالیات تأمین مالی می‌شود و ۷۰ میلیون نفر باقیمانده تحت پوشش یکی از بیمه‌های اجتماعی است یعنی تأمین مالی عمدتاً توسط نهادهای اجتماعی (بخش عمومی) انجام می‌گیرد. در رابطه با ارائه خدمات نیز، هر سه بخش دولتی، خصوصی و اجتماعی، فعالیت می‌کنند ولی سهم دانشگاه‌های وزارت بهداشت (دولت) بیشتر از بقیه است. به عبارت دیگر با توجه به جداول ۱ و ۳، ایران در گروه ۴ قرار می‌گیرد که مدل ترکیبی مبتنی بر دولت است. به عبارت دیگر نظام سلامت ایران هم گروه با هیچ‌یک از کشورهای OECD نیست. همچنین فرضیه‌ی سلسله‌مراتبی در اینجا نقض می‌شود زیرا بیمارستان‌ها، دولتی هستند و طبق ساختار رتگ‌نگ و همکاران، تحت نظر بیمه‌های اجتماعی هستند که قدرت کمتری نسبت به بیمارستان‌ها دارد. این تضاد باعث ایجاد مشکلاتی در نظام سلامت ایران شده است که بخشی از آن اخیراً قابل مشاهده بود؛ وزارت بهداشت در تأخیر به وجود آمده در پرداخت بیمه‌ها به بیمارستان‌ها، به صورت یک طرفه از بیمارستان‌ها حمایت می‌کرد. گر چه ممکن است بیمه‌ها تا حدودی مقصر باشند ولی لازم است سیاست‌گذار، بی‌طرفی خود را حفظ نموده و تلاش کند مسایل نظام سلامت حل شود نه مسایل بیمارستان‌ها. البته رفتارهای فوق، از نظر ساختاری قابل پیش‌بینی است چون بیمارستان‌ها زیرمجموعه‌ی وزارت بهداشت هستند و وزارت بهداشت با قید وجود بیمارستان‌های تابعه، نمی‌تواند کاملاً به اعتلای نظام سلامت کشور بیانداشود.

### نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهاد

نتایج حاصل از بخش ۴ نشان می‌دهد نظام سلامت ایران از فرضیه‌ی سلسله‌مراتبی تبعیت نمی‌کند. با توجه به این که استدلال بوهوم و همکاران منطقی به نظر می‌رسد و همچنین ۲۹ کشور از ۳۰ کشور OECD دارای نظام سلامت تأییدکننده فرضیه‌ی سلسله‌مراتبی هستند، پیشنهاد می‌شود نظام سلامت ایران تغییر پیدا کرده و به یکی از حالت‌های تأییدکننده فرضیه سلسله‌مراتبی تبدیل شود. با فرض اینکه وزارت بهداشت، قانون‌گذار باقی بماند، برای حل این مشکل ۴ روش وجود دارد:

۱- اگر بخش ارائه خدمات سلامت خصوصی‌سازی شود، نظام سلامت ایران، به گروه بیمه‌ی سلامت اجتماعی سوسیالیستی ملحق خواهد شد که بیشترین کشورهای OECD در این گروه قرار دارند (۱۱ کشور از جمله ژاپن) و کثرت کشورهای پیشرفته‌ی موجود در این گروه، تأییدی بر برتر بودن این مدل است. لذا از نظر سنجه‌ای یا بنچمارکی، این تغییر در نظام سلامت می‌تواند بیشترین کارایی را برای نظام سلامت ایران ایجاد کند. ۲- همچنین اگر بخش ارائه خدمات به بخش عمومی (اجتماعی) مانند شهرداری‌ها واگذار شود مورد تأیید فرضیه سلسله‌مراتبی قدرت خواهد بود. البته لازم به ذکر است هیچ‌یک از کشورهای OECD در این گروه قرار ندارند و از این نظر تأیید

نمی‌شود. ۳- اگر تجمیع بیمه‌ها اتفاق افتاده و به وزارت بهداشت ملحق شوند، مدلی شبیه به انگلستان و برخی کشورهای دیگر خواهد بود. نظام سلامت ۸ کشور او ای سی در این گروه قرار دارند. ۴- اگر تجمیع بیمه‌ها اتفاق افتد و در وزارت رفاه قرار گیرند، از نظر مبنای نظری رتگنگ و همکاران (۲۰۰۵) شبیه به مدل انگلستان خواهد بود با این تفاوت که در نظام سلامت ایران، وزارت رفاه قدرت کمتری نسبت به وزارت بهداشت دارد و بیمارستان‌ها که زیرمجموعه‌ی وزارت بهداشت هستند از وزارت رفاه قدرتمندتر خواهند بود. در واقع، فرضیه سلسله‌مراتبی قدرت، اعمال نشده است. لذا برای خروج از این حالت غیرمنطقی، بهتر است هم‌زمان با تجمیع بیمه‌ها در وزارت رفاه، بیمارستان‌ها نیز خصوصی‌سازی شوند (۵ کشور OECD در این گروه قرار دارد) یا به بخش اجتماعی (هیچ کدام از کشورهای OECD در این گروه قرار ندارند) واگذار شوند.

### فهرست منابع:

- ۱- سازمان بازرسی کل کشور، «خلاصه گزارش آسیب‌شناسی اجرای طرح تحول سلامت در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴»، تابستان ۱۳۹۵.
- 2- Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*. (2009);43(1):70-90.
- 3- Böhm, Katharina; Schmid, Achim; Götze, Ralf; Landwehr, Claudia and Rothgang, Heinz: Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy* 113. (2013); 258-269
- 4- Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Classifying OECD Healthcare Systems: a Deductive Approach, in *Trans-State Working Paper 165*. Bremen: CRC 597 Transformations of the State; (2012).
- 5- Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review; *Health Systems in Transition*, (2011); 13(1):1-486.
- 6- Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S, Wendt C. The changing role of the State in Healthcare systems. *European Review*. (2005);13(S1):187-212.
- 7- Freeman R, Frisina L. Healthcare systems and the problem of classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. (2010);12(1/2):163-78.

8- Schmid A, Cacace M, Götze R, Rothgang H. Explaining Health-care System Change: problem pressure and the emergence of 'Hybrid' Healthcare Systems. *Journal*

9- Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational Restructuring in European Health Systems: the role of primary care. *Social Policy & Administration*. (2003);37(6):592–608.