



الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی

علی محمد مصدق راد: گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
پریسا رحیمی تبار: دانشجوی دوره دکتری، دانشکده علوم بهداشتی، دانشگاه بیلهفلد، بیلهفلد، آلمان (* نویسنده مسئول). parisa.rahimitabar@uni-bielefeld.de

چکیده

کلیدواژه‌ها

حاکمیت،
نظام سلامت،
ارزشیابی،
مطالعه تطبیقی،
مرور حیطه‌ای

زمینه و هدف: حاکمیت (حکمرانی) نظام سلامت تأثیر قابل توجهی بر عملکرد نظام سلامت و دستیابی به اهداف سلامت پایدار دارد. این پژوهش با هدف مقایسه حاکمیت نظام سلامت کشورهای موفق به منظور ارائه الگوی مناسب برای حاکمیت نظام سلامت ایران انجام شده است.

روش کار: این پژوهش به صورت بررسی تطبیقی با استفاده از مرور حیطه‌ای به مطالعه حاکمیت نظام سلامت ۱۱ کشور منتخب جهان شامل استرالیا، آلمان، آمریکا، انگلستان، ایران، ترکیه، ژاپن، سنگاپور، سوئد، کانادا و کوبا در هفت بعد ساختار سازمانی؛ ارتباطات و همکاری بین بخشی؛ قانونگذاری؛ سیاستگذاری و برنامه‌ریزی؛ تولید؛ نظارت و ارزشیابی؛ و حفاظت از مشتریان پرداخت.

یافته‌ها: الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران چالش‌هایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل الزامات و اهداف، کاهش یا ادغام برخی از معاونت‌ها و اداره‌های وزارت بهداشت، توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می‌شود. برای ارزشیابی حاکمیت نظام سلامت می‌توان از شاخص‌های شفافیت، دموکراسی، قانون‌مداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت‌پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری استفاده کرد.

نتیجه‌گیری: حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است. الگوبرداری و بومی سازی ابعاد حاکمیت نظام سلامت کشورهای موفق، منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت ایران می‌شود که زمینه را برای دستیابی اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می‌کند و در نهایت منجر به افزایش بهره‌وری نظام سلامت کشور می‌شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: دانشگاه علوم پزشکی تهران

شیوه استناد به این مقاله:

Mosadeghrad AM, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi J Med Sci. 2019;26(9):10-28.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Review Article

Health system governance in Iran: A comparative study

Ali Mohammad Mosadeghrad, Associate professor, Health Management and Economics Department, School of Public Health, Health Information Management Research Centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Parisa Rahimitabar, PhD Student in Public Health, Department of Public Health, School of Health Sciences, Bielefeld University, Bielefeld, Germany (* Corresponding author). parisa.rahimitabar@uni-bielefeld.de

Abstract

Background: Governance has a critical impact on health systems' performance and achieving sustainable health goals. This research aimed to compare the health system governance of countries with good health system performance and propose a model for health system governance of Iran.

Methods: This comparative study was conducted using scoping review in 2016. The health sector governance of 11 countries (i.e. Australia, Germany, USA, England, Iran, Turkey, Japan, Singapore, Sweden, Canada and Cuba) was examined in 7 dimensions including structure, communication, regulation, policy making and planning, stewardship, evaluation and accreditation, and customer protection.

Results: The current health system governance produces challenges in achieving health system goals. Developing an integrated health system model comprising health system enablers (building blocks) and results, reducing the number of directorates in ministry of health, developing communications with other external organizations, using evidences in policy making and planning, enhancing leadership, management and stewardship and developing comprehensive standards for evaluation and accreditation of healthcare organizations are recommended to enhance the health system governance of Iran. Indicators such as transparency, democracy, and corruption control, rule of law, ethics, accountability, effectiveness, efficiency, equity, sustainability and resiliency can be used for evaluation of Iran health system governance.

Conclusion: The health system governance of Iran faces numerous challenges. Benchmarking good performing countries' experience help to reduce the challenges and achieve health system goals.

Conflicts of interest: None

Funding: Tehran University of Medical Sciences

Keywords

Governance,
Health system,
Evaluation,
Comparative study,
Scoping review

Received: 23/06/2019

Accepted: 03/11/2019

Cite this article as:

Mosadeghrad AM, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi J Med Sci. 2019;26(9):10-28.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

سازمان، تدوین سیاست‌ها و مقررات، تعیین جهت استراتژیک سازمان، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، مدیریت منابع برای اجرای سیاست‌ها، حصول اطمینان از اجرای قوانین بالادستی و نظارت و کنترل عملکرد سازمان مرتبط است (۴). حاکمیت نظام سلامت وظیفه دولت است که شامل تدوین قوانین، سیاست‌گذاری، تعیین اولویت‌های خدمات سلامت، هماهنگی ارائه خدمات و نظارت و ارزشیابی خدمات ارائه شده می‌باشد. حاکمیت در نظام سلامت شامل هفت بعد ساختار سازمانی، ارتباطات و همکاری بین بخشی؛ قانونگذاری؛ سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی؛ تولید؛ نظارت و ارزشیابی؛ و حفاظت از مشتریان است (۱).

ساختار سازمانی وزارت بهداشت شامل چگونگی چیدمان و هماهنگی معاونت‌ها، دفاتر و ادارات مختلفی است که وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تأمین مالی و هماهنگی ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند. وظایف و مسئولیت‌های سازمان‌ها و گروه‌های مختلف باید در ساختار سازمانی وزارت بهداشت به وضوح مشخص شده باشد. از نظر ساختار سازمانی، نظام سلامت کشورها به دو صورت متمرکز و غیر متمرکز اداره می‌شوند. در نظام سلامت با ساختار سازمانی متمرکز، وزارت بهداشت کشور وظایف حاکمیتی را به طور کامل در اختیار می‌گیرد. در مقابل، در نظام سلامت با ساختار سازمانی غیر متمرکز، این وظایف تا حد زیادی به استان‌ها واگذار می‌شود و وزارت بهداشت کشور هماهنگی‌ها و نظارت کلی را بر عهده دارد. در ساختار سازمانی غیر متمرکز افراد بیشتری در فرایند حل مشکلات سازمانی مشارکت دارند که می‌تواند منجر به بهبود کیفیت تصمیمات سازمانی شود (۱).

سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید به طور دائمی با مدیران سایر بخش‌ها و همین‌طور با نمایندگان مردم و افراد با نفوذ جامعه در تعامل باشند تا موضوعات سلامتی را در سیاست‌های بخش‌های مختلف دولت لحاظ کنند و به بهبود عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در کل جامعه کمک کنند.

نظام سلامت شامل سازمان‌ها، مؤسسات، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاست‌گذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم می‌پردازند (۱). سازمان بهداشت جهانی کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت و سه هدف اصلی نظام سلامت را شامل ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخ‌گویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت بیان کرده است. همچنین، دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت و تاب‌آوری را در زمره اهداف فرعی نظام سلامت بر شمرده است (۲-۳).

حکومت (State) هر کشوری شامل چهار عنصر سرزمین، جمعیت، دولت و حاکمیت است. بنابراین، دولت (Government) یکی از عناصر حکومت است که به عنوان عامل حکومت عمل می‌کند. حاکمیت یا حکمرانی (Governance) مجموعه قوانین و مقرراتی است که توسط دولت وضع شده و باید توسط عوامل دولت اجرا شوند. به عبارتی، حاکمیت قدرت حکمرانی دولت است. حاکمیت ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر یک دولت، سازمان یا گروه اجتماعی است که در برگیرنده مفاهیمی نظیر سیاست، مدیریت، اقتصاد و حقوق است. دولت از طریق حاکمیت و با برنامه‌ریزی، هدایت، نظارت و کنترل صحیح و به موقع به اهداف مربوطه دست یافته و نسبت به مردم پاسخگو و مسئولیت‌پذیر خواهد بود (۱).

وظیفه حاکمیت نظام سلامت، تأثیر قابل توجهی بر سایر وظایف نظام سلامت دارد. سازمان بهداشت جهانی حاکمیت و رهبری را به عنوان یکی از اجزای مهم نظام سلامت در کنار سایر اجزا (نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات و ملزومات، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت) معرفی کرده است (۳). حاکمیت با طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف سازمانی، چگونگی انتخاب و انتصاب افراد در

شوند. همچنین، استراتژی‌های دستیابی به سلامتی بهتر برای مردم جامعه باید تعیین شوند. در نهایت، با توجه به ساختار سازمانی متمرکز یا غیر متمرکز نظام سلامت، برنامه‌های عملیاتی باید تدوین شوند و منابع مورد نیاز برای دستیابی به اهداف نظام سلامت تعریف و بسیج شوند. این برنامه‌ها می‌تواند شامل برنامه‌های ملی کنترل سل، کنترل مالاریا، مبارزه با اچ‌آی‌وی، بهداشت مادر و بهداشت اطفال باشند.

سازمان بهداشت جهانی تولید را مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی جمعیت تعریف کرده است (۲). تولید به معنای کار کردن بدون چشم داشت برای عموم مردم و پاسخگو بودن نسبت به انتظارات آنها است. وزارت بهداشت نقش متولی و خدمتگزار نظام سلامت را ایفا می‌کند و باید منابع مالی تأمین شده را در راستای تأمین منافع عموم مردم و بهبود رفاه آنها در بخش سلامت هزینه کند. به عبارتی، وزارت بهداشت در نقش تولید، اداره، هدایت و راهبری برنامه‌های بهداشتی و درمانی کشور را بر عهده دارد. وزارت بهداشت باید به گونه‌ای اخلاقی، عادلانه، اثربخش و کارآمد نظام سلامت را مدیریت کند تا به نتایج مطلوب سلامتی دست یابد. یک سیستم خوب تولید، منجر به مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی، شفافیت، مشارکت، عدالت و کارایی نظام سلامت می‌شود (۱).

نظارت، ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی از جمله وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت هر کشوری است تا ضمن حصول اطمینان از اجرای درست سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت، بازخوردهای لازم به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی برای بهبود کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی ارائه شود تا در برنامه‌ریزی‌های آینده آنها مورد استفاده قرار گیرد. برای این منظور با استفاده از استانداردهای ساختاری، فرایندی و پیامدی، ارائه‌کنندگان و سازمان‌های بهداشتی و درمانی مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند (۵).

یکی دیگر از وظایف حاکمیتی نظام سلامت هر کشوری حفاظت از مشتریان است. سلامتی حق اساسی مردم است. بنابراین، دولت‌ها باید مکانیزمی را بکار گیرند تا خدمات و مراقبت‌های سلامت عادلانه، با کیفیت، ایمن و اثربخش، بدون دغدغه مالی در اختیار

ارتباطات سازمانی مناسب وزارت بهداشت با سایر سازمان‌های دولتی و خصوصی مرتبط مانند موسسات بیمه سلامت، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، صنایع داروسازی، نمایندگان مردم و رسانه‌های عمومی و حمایت‌طلبی، دستیابی به اهداف پایدار نظام سلامت را تسریع می‌کند. حمایت‌طلبی بین بخشی شامل ترویج سیاست‌های بخش سلامت در سایر بخش‌های دولت و جامعه، به نوعی بر دستیابی اهداف نظام سلامت تأثیر دارند (۱).

تدوین قوانین و مقررات با هدف ارتقای سلامتی مردم و بهبود عملکرد نظام سلامت (دسترسی، کیفیت، عدالت، پاسخگویی و کاهش هزینه‌ها) یکی دیگر از وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت است. از جمله این قوانین و مقررات می‌توان به مقررات توزیع عادلانه سازمان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، اخذ پروانه موسسات بهداشتی و درمانی، محدودیت ورود پزشکان خارجی، کنترل کیفیت دارو و تجهیزات پزشکی، محدودیت استفاده از داروها و تکنولوژی‌های پزشکی فاقد هزینه-اثربخشی و واکسیناسیون اجباری اشاره کرد. این قوانین باید به تصویب مجلس نمایندگان کشور برسند و ضمانت اجرایی پیدا کنند تا با تغییر افراد در وزارت بهداشت کنار گذاشته نشوند.

وزارت بهداشت باید سیاست‌هایی را برای اجرای قوانین و مقررات تدوین کند. سیاست سلامت مجموعه دستورالعمل‌هایی است که توسط سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه‌های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به منظور بازیابی، ارتقاء و حفظ سلامتی مردم جامعه تدوین می‌شود و راهنمای تصمیم‌گیری مدیران سطوح پایین است. این سیاست‌ها شامل مکانیزم‌های تأمین مالی و تخصیص منابع، نحوه مشارکت بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات سلامت، روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی می‌شود. علاوه بر این، وزارت بهداشت وظیفه برنامه‌ریزی‌های کلان را برای اجرای اثربخش سیاست‌های سلامت بر عهده دارد. برای این منظور، دورنما و جهت استراتژیک نظام سلامت کشور باید تعیین شود. سپس، اهداف کلی و اختصاصی باید در راستای دستیابی به دورنمای تعیین شده مشخص

شهروندان قرار گیرد. نارسایی‌های بازار سلامت، تفاوت زیاد دانش بین ارایه‌کننده و گیرنده خدمات سلامت و مداخله بیمه سلامت ایجاب می‌کند که دولت با استفاده از مکانیزم‌هایی به مردم اطمینان دهد که خدمات مناسب با نیاز آنها با کیفیت بالا ارایه خواهد شد. علاوه بر این، مشارکت فعال مردم در برنامه‌ریزی و ارائه خدمات سلامت باید جلب شود.

بانک جهانی مفهوم حکمرانی خوب را در سال ۱۹۸۹ میلادی برای توسعه پایدار کشورها مطرح کرد (۶) و شاخص‌های مسئولیت‌پذیری، ثبات سیاسی، اثربخشی حاکمیت، حاکمیت قانون، کیفیت قانونگذاری و کنترل فساد را برای ارزشیابی کیفیت حاکمیت نظام سلامت یک کشور معرفی کرد (۷). نظام سلامت باید نسبت به نیازهای بالینی و غیربالینی مردم جامعه پاسخگو باشد. خدمات سلامت باید توأم با احترام به شأن افراد و لحاظ نمودن مشارکت آنها و به صورت مشتری مدار ارائه شود. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید نسبت به مردم و وزارت بهداشت پاسخگو باشند و مسئولیت عملکرد خود را بپذیرند. در نهایت، وزارت بهداشت هم باید نسبت به جامعه و مجلس نمایندگان مردم پاسخگو و مسئولیت‌پذیر باشد.

کشورهای در حال توسعه با چالش‌هایی در زمینه حاکمیت نظام سلامت مواجه هستند. برخی از مشکلات و چالش‌های حاکمیتی نظام سلامت کشورهای در حال توسعه عبارتند از ضعف دانش و مهارت در زمینه سیاستگذاری و مدیریت سلامت، عدم مشارکت همه ذینفعان در سیاستگذاری سلامت، عدم توجه به همه عوامل موثر بر سلامتی، رویکرد غیر منسجم در تدوین اصلاحات سلامت، رهبری ضعیف اصلاحات سلامت، صرف تدوین قوانین و مقررات و عدم اجرای کامل قوانین و ارزشیابی دوره‌ای آنها (۸).

حاکمیت نظام سلامت ایران نیز با چالش‌هایی نظیر تداخل وظایف بخش سلامت با سایر دستگاه‌های اجرایی کشور، اجرای ناقص ساختار مصوب وزارت بهداشت، شفاف نبودن مسئولیت‌ها، اختیارات و سطوح پاسخ‌گویی افراد، تعدد سازمان‌های بیمه سلامت، عدم توجه به همه عوامل موثر بر سلامتی، ناکارآمدی سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و ناکارآمدی در نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مواجه است (۹-۱۰). بر

طرف کردن مشکلات و چالش‌های حاکمیت نظام سلامت امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی شیوه‌های حاکمیت نظام سلامت در کشورهای موفق جهان انجام شده است تا بتوان از تجربیات آنها در ارتقای حاکمیت نظام سلامت کشور ایران استفاده کرد. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور به منظور اصلاح ساختار حاکمیت نظام سلامت ایران قرار می‌دهد.

روش کار

این پژوهش به صورت یک مطالعه تطبیقی کلان در سال ۱۳۹۵ انجام شد. در یک مطالعه تطبیقی دو یا چند متغیر یا فرایند همگون با هدف توصیف و تبیین شباهت‌ها و تفاوت‌ها برای شناسایی بهتر پدیدارها بررسی می‌شوند تا بتوان به تفسیرها و تعمیم‌های تازه‌ای دست یافت. یک مطالعه تطبیقی معمولاً شامل سه مرحله توصیف، مقایسه و نتیجه‌گیری است. در یک مطالعه تطبیقی کلان، کشورها، موردهای مورد مقایسه و حقایقی در مورد آنها، متغیرهای مورد بررسی می‌باشند (۱۱).

در این پژوهش، مدل حاکمیت نظام سلامت یازده کشور منتخب جهان شامل استرالیا، آلمان، انگلستان، آمریکا، ترکیه، ژاپن، سنگاپور، سوئد، کانادا، کوبا و ایران مورد بررسی قرار گرفت. حاکمیت نقش قابل ملاحظه‌ای در اثربخشی و کارایی نظام سلامت دارد. بنابراین، انتخاب کشورهای مذکور با توجه به شاخص‌های حاکمیت نظام سلامت کشورها نظیر مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی، ثبات سیاسی، اثربخشی دولت، شفافیت، کیفیت قانونگذاری و کنترل فساد و شاخص‌های عملکردی نظام سلامت آنها مانند پوشش خدمات سلامت، امید زندگی، میزان ابتلا و مرگ و میر و میزان محافظت مالی از بیماران بوده است (جدول ۱). کشورهای انتخاب شده از این لحاظ عملکرد خوبی داشتند و الگوی مناسبی برای توسعه مدل حاکمیت نظام سلامت ایران می‌باشند. همچنین، سعی شد از هر یک از مناطق شش‌گانه تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی، کشوری انتخاب شود. برای انجام این مطالعه از روش مرور

جدول ۱- مقایسه شاخص‌های سلامت در کشور های منتخب در سال ۲۰۱۵ میلادی

| شاخص‌ها | آلمان | انگلیس | استرالیا | آمریکا | کانادا | سوئد | کوبا | ژاپن | سنگاپور | ترکیه | ایران |
|--|-------|--------|----------|--------|--------|-------|-------|--------|---------|-------|-------|
| جمعیت (۱۰۰۰ نفر) | ۸۰۶۸۹ | ۶۴۷۱۶ | ۲۳۹۶۹ | ۳۲۱۷۷۴ | ۳۵۹۴۰ | ۹۷۷۹ | ۱۱۳۹۰ | ۱۲۶۵۷۳ | ۵۶۰۴ | ۷۸۶۶۶ | ۷۹۱۰۹ |
| میانه سن (سال) | ۴۶ | ۴۰ | ۳۷ | ۳۷ | ۴۰ | ۴۱ | ۴۰ | ۴۶ | ۳۸ | ۲۹ | ۲۹ |
| نرخ رشد سالیانه جمعیت (درصد) | -۰/۱ | -۰/۶ | ۱/۶ | ۰/۹ | ۱/۱ | ۰/۷ | ۰ | ۰ | ۲/۴ | ۱/۱ | ۱/۲ |
| امید به زندگی در بدو تولد (سال) | ۸۱ | ۸۱ | ۸۳ | ۷۹ | ۸۲ | ۸۲ | ۷۹ | ۸۴ | ۸۳ | ۷۶ | ۷۵ |
| امید به زندگی سالم در بدو تولد (سال) | ۷۱ | ۷۱ | ۷۱ | ۶۹ | ۷۲ | ۷۲ | ۶۹ | ۷۵ | ۷۴ | ۶۶ | ۶۶ |
| مرگ و میر نوزادان (به ازای هزار تولد) | ۲/۱ | ۲/۴ | ۲/۲ | ۳/۶ | ۳/۲ | ۱/۶ | ۲/۳ | ۰/۹ | ۱ | ۷/۱ | ۹/۵ |
| مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (به ازای هزار تولد) | ۳/۷ | ۴/۲ | ۳/۸ | ۶/۵ | ۴/۹ | ۳ | ۵/۵ | ۲/۷ | ۲/۷ | ۱۳/۵ | ۱۵/۵ |
| مرگ و میر مادران (به ازای ۱۰۰ هزار تولد) | ۶ | ۹ | ۶ | ۱۴ | ۷ | ۴ | ۳۹ | ۵ | ۱۰ | ۱۶ | ۲۵ |
| نیروی متخصص (به ازای ۱۰ هزار نفر) | ۱۷۶ | ۱۱۲ | ۱۵۷ | ۱۱۸ | ۱۱۹ | ۱۶۰ | ۱۵۵ | ۱۳۱ | ۷۶ | ۴۳ | ۳۰ |
| سرانه هزینه سلامت (دلار بین المللی) | ۵۱۸۲ | ۳۳۷۷ | ۴۳۵۷ | ۹۴۰۳ | ۴۶۴۱ | ۵۸۷ | ۲۴۷۵ | ۳۷۲۷ | ۴۰۴۷ | ۱۰۳۶ | ۱۰۸۲ |
| مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد) | ۱۱/۳ | ۹/۱ | ۹/۴ | ۱۷/۱ | ۱۰/۴ | ۹/۲ | ۱۱/۱ | ۱۰/۲ | ۴/۹ | ۵/۴ | ۶/۹ |
| ضریب جینی | ۰/۲۸ | ۰/۳۶ | ۰/۳۴ | ۰/۴۷ | ۰/۳۱ | ۰/۲۷ | ۰/۴۱ | ۰/۳۳ | ۰/۴۶ | ۰/۳۹ | ۰/۳۹ |
| شاخص توسعه انسانی | ۰/۹۲۶ | ۰/۹۰۹ | ۰/۹۳۹ | ۰/۹۲۰ | ۰/۹۲۰ | ۰/۹۱۳ | ۰/۷۷۵ | ۰/۹۰۳ | ۰/۹۲۵ | ۰/۷۶۷ | ۰/۷۷۴ |

و بانک جهانی گردآوری شد. سعی شد در مورد هر کشور به سوالات راهنمای مرور متون در ۷ بعد ساختار سازمانی؛ ارتباطات و همکاری بین بخشی؛ قانونگذاری؛ سیاستگذاری و برنامه‌ریزی؛ تولید؛ نظارت و ارزشیابی؛ و حفاظت از مشتریان پاسخ داده شود. به این منظور از کلید واژه‌های فارسی مرتبط با این هفت بعد حاکمیت نظام سلامت و معادل انگلیسی آنها نظیر Comparative Health system Governance study, Organizational chart, Organizational structure, Policy making, Regulation, Communication, Evaluation, Stewardship, Planning, Accreditation و Consumer protection بر اساس Mesh استفاده شد. مقالات به روز در پایگاه‌های اطلاعاتی Science Direct, Web of science, Scopus, Magiran, Elsevier, Emerald, Springer, PubMed, Iranmedex, Medline و SID و همچنین موتور جستجوهای Google Scholar و Google استفاده شد. در کلیه مراحل انجام این پژوهش، ملاحظات اخلاقی شامل تعهد به تفسیر و تعبیر اطلاعات بدون هیچ گونه جانبداری رعایت شد.

حیطه‌های Scoping review استفاده شد. روش مرور حیطه‌ای با ارائه شواهد مطالعاتی، وسعت و عمق یک حیطه علمی را شناسایی می‌کند. در صورتی که پژوهشگری به دنبال یافتن پاسخ به سوالاتی از قبیل "چه چیزی" و "چرا" در حیطه موضوع خاصی باشد، مرور حیطه‌ای، گزینه مناسبی از بین روش‌های مطالعات مروری است. پژوهش‌های مروری حیطه‌ای بر خلاف پژوهش‌های مروری منظم به دنبال ارزشیابی کیفیت متون، تحلیل آنها و یا افزایش قدرت و قابلیت تعمیم یافته‌ها نیستند. مرور حیطه‌ای با توجه به اینکه به تفسیر تحلیلی مجدد مطالعات قبلی می‌پردازد، متفاوت از مرور روایتی است (۱۲). آرکسی و اومالی یک چارچوب شش مرحله‌ای را برای مرور حیطه‌ای معرفی کردند که شامل تعیین سوال پژوهش، جستجو برای مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، جدول‌بندی یافته‌ها، تلخیص و گزارش یافته‌ها و در نهایت، مشاوره با ذینفعان کلیدی برای معترسازی یافته‌ها است (۱۳). در این پژوهش، ابتدا برخی از اطلاعات اصلی مرتبط با هفت حوزه حاکمیت نظام سلامت با مراجعه به وب سایت‌های سازمان‌های مرتبط با نظام سلامت کشورهای مذکور و همچنین سازمان جهانی بهداشت، سازمان ملل

یافته‌ها

پنج مدل نظام ارائه خدمات سلامت در دنیا عبارتند از نظام سلامت ملی، نظام بیمه سلامت اجتماعی، نظام بیمه سلامت ملی، نظام پرداخت مستقیم از جیب و نظام ترکیبی. جمهوری فدرال آلمان، واقع در مرکز اروپا با مساحت ۳۵۷۱۱۴ کیلومتر مربع (رتبه ۶۲ جهان) و جمعیت حدود ۸۰/۷ میلیون نفر دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی است (۱۴). حدود ۸۵ درصد مردم تحت پوشش حدود ۱۶۰ صندوق بیمه سلامت غیر دولتی و غیر انتفاعی مستقل هستند. ده درصد مردم تحت پوشش بیمه‌های خصوصی و ۴ درصد هم به‌طور مستقیم خدمات سلامت را از دولت دریافت می‌کنند (۱۵). سوئد کشوری در شمال اروپا در شبه جزیره اسکاندیناوی با مساحت ۴۴۷۴۳۵ کیلومتر مربع (سومین کشور بزرگ اروپا) و جمعیت ۹/۸ میلیون نفر دارای نظام سلامت ملی است که پوشش همگانی سلامت را برای مردم فراهم کرده است (۱۴). نظام سلامت سوئد بیشتر توسط مالیات تأمین مالی می‌شود. حدود ۸۰ درصد هزینه‌های سلامت از محل مالیات‌ها تأمین مالی می‌شود (۱۶). کشور انگلستان واقع در شمال غربی قاره اروپا، دارای وسعت ۱۳۰۳۹۵ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۶۴/۷ میلیون نفر است. این کشور از سال ۱۹۴۸ میلادی دارای نظام سلامت ملی بوده و خدمات رایگان پزشکی و بیمارستانی به همه ساکنین کشور ارائه می‌شود (۱۴). مالیات‌های عمومی منبع اصلی تأمین مالی نظام سلامت این کشور است. حدود ۸۳/۵ درصد هزینه‌های سلامت از محل منابع عمومی نظیر مالیات تأمین می‌شود. علاوه بر این، بخشی از حق بیمه ملی، پرداخت‌های مستقیم مردم و بیماران خصوصی، قسمتی از هزینه‌های سلامت را پوشش می‌دهند (۱۷).

ایالات متحده آمریکا، کشوری در آمریکای شمالی با مساحت ۹۵۲۵۰۶۷ کیلومتر مربع (رتبه ۴ جهان) دارای جمعیت حدود ۳۲۱/۷ میلیون نفر است (۱۴). نظام سلامت آمریکا از نوع مختلط (ترکیبی) است و بیمه‌های عمومی و خصوصی در کنار هم در این کشور وجود دارند. برنامه بیمه مدیکر که ابتدا برای افراد سالمند بالای ۶۵ سال در نظر گرفته شد، به مرور زمان معلولین زیر ۶۵ سال، بیماران کلیوی و بیماران آخرین مراحل

زندگی را هم شامل شد. برنامه بیمه مدیکید برای افراد فقیر و معلولین در نظر گرفته شد. برنامه بیمه سلامت برای افراد نظامی (تریکیر) و برنامه بیمه سلامت کودکان در خانواده‌های با درآمد پایین نیز از جمله بیمه‌های عمومی هستند. علاوه بر این، بیش از ۱۲۰۰ سازمان بیمه سلامت خصوصی در آمریکا وجود دارد که ماهیت انتفاعی یا غیر انتفاعی دارند. آمریکا تنها کشور توسعه یافته است که نتوانسته پوشش همگانی سلامت را برای مردم خود فراهم کند. در سال ۲۰۰۹ میلادی حدود ۴۹ میلیون نفر آمریکایی فاقد بیمه بودند (۱۸). کانادا دومین کشور بزرگ جهان از لحاظ وسعت (۹۹۸۴۶۷۰ کیلومتر مربع) با جمعیت حدود ۳۵/۹ میلیون نفر دارای نظام بیمه سلامت ملی است (۱۴). برنامه‌های بیمه سلامت عمومی توسط استان‌ها ارائه می‌شوند. تأمین مالی از طریق مالیات‌های عمومی صورت می‌گیرد. استان‌ها رویکردهای مختلفی را برای برنامه‌های بیمه سلامت خود به کار می‌گیرند. تفاوت‌های بین استان‌ها بر مراقبت‌های پزشکی و نظام سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۹). جمهوری کوبا یک کشور سوسیالیستی در آمریکای جنوبی، به عنوان بزرگترین جزیره دریای کارائیب با مساحت ۱۰۹۸۸۴ کیلومتر مربع و جمعیت ۱۱/۴ میلیون نفر دارای نظام سلامت ملی است. کوبا دارای یکی از اثربخش‌ترین و کارآمدترین نظام‌های سلامت دنیا است (۱۴).

ایران هجدهمین کشور جهان از نظر وسعت با مساحت ۱۶۴۸۱۹۵ کیلومتر مربع و جمعیت ۷۹/۹ میلیون نفر دارای نظام سلامت ترکیبی می‌باشد (۱۴). نظام سلامت ایران در سه سطح کشور، استان و شهرستان سازماندهی شده است. در سطح کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدایت عملیات و نظارت بر کار سازمان‌های بهداشتی و درمانی را عهده‌دار است. توزیع عادلانه امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی کشور، توسعه خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین خدمات درمانی افراد جامعه، صدور یا لغو پروانه کار موسسات بهداشتی و درمانی، تهیه و تدوین استانداردهای بهداشتی و درمانی، تأمین نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی مورد نیاز و نظارت بر انجام اقدامات بهداشتی و درمانی از جمله وظایف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ایران است (۲۰). ترکیه کشوری اوراسیایی با وسعت ۷۸۳۶۵۴ کیلومتر مربع و جمعیت ۷۹/۱ میلیون نفر دارای نظام سلامت ترکیبی است (۱۴). پارلمان مسئولیت قانون گذاری و وزارت بهداشت مسئولیت ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارد (۲۱).

ژاپن مجمع الجزایری در اقیانوس آرام با مساحت ۳۷۷۹۲۳ کیلومتر مربع و جمعیت ۱۲۶/۶ میلیون نفر (هشتمین کشور پر جمعیت جهان) دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی است که پوشش همگانی سلامت را برای مردم فراهم می کند (۱۴). دولت ملی قوانین و مقرراتی را برای بیمه و ارائه کنندگان خدمات سلامت تعیین می کند و ۴۷ منطقه ژاپن با توجه به منابع مالی اختصاص داده شده توسط دولت ملی خدمات سلامت مردم خود را ارائه می کنند (۲۲). جمهوری سنگاپور در آسیای جنوب شرقی با مساحت ۷۱۹/۹ کیلومتر مربع و جمعیت ۵/۶ میلیون نفر دارای نظام سلامت ترکیبی است (۱۴). پوشش همگانی سلامت برای همه مردم در این کشور فراهم است. برای این منظور از سه برنامه بیمه دولتی به نام های ذخیره پزشکی (Medifund)، سپر پزشکی (Medishield) و صندوق پزشکی (Medifund) استفاده می شود. مردم حق بیمه ماهانه را به حساب صندوق ذخیره پزشکی پرداخت می کنند که حدود ۷ تا ۹ درصد حقوق و دستمزد ماهانه آنها است. در مقابل، از این محل هزینه های بیمارستان و جراحی و گاهی اوقات هزینه های خدمات سرپایی آنها پرداخت می شود. برنامه سپر پزشکی برنامه مکمل برنامه ذخیره پزشکی برای پوشش هزینه های سرسام آور پزشکی است. این بیمه اختیاری است و مردم با پرداخت حق بیمه از پوشش خدمات آن بهره مند می شوند. در نهایت، دولت از بودجه صندوق پزشکی برای کمک به افراد بی بضاعتی که برنامه های ذخیره پزشکی و سپر پزشکی پاسخگوی هزینه های پزشکی آنها نیست، استفاده می کند (۲۳). نظام سلامت سنگاپور رتبه ششم را در ارزشیابی سال ۲۰۰۰ میلادی سازمان بهداشت جهانی در بین ۱۹۱ کشور جهان بدست آورد (۲). این کشور یکی از کارآمدترین نظام سلامت را در جهان داراست. استرالیا کشوری در نیم کره جنوبی زمین با وسعت ۷۶۹۲۰۲۴ کیلومتر مربع (رتبه ۶ جهان) و جمعیت حدود ۲۳/۹ میلیون نفر (رتبه ۵۶ جهان) دارای نظام

بعد ساختار سازمانی

به طور کلی نظام سلامت کشورهای مورد بررسی برای ارائه خدمات سلامت به سه سطح ملی، منطقه ای و محلی تقسیم شده است. وزارت بهداشت مسئولیت نهایی نظام سلامت هر کشوری را بر عهده دارد که شامل وظایف تدوین قوانین و مقررات، تعیین اولویت های نظام سلامت، سیاست گذاری ها و برنامه ریزی های کلان برای ارائه خدمات سلامت، تعرفه گذاری خدمات سلامت، تعیین بسته حمایتی خدمات سلامت، تولید نظام سلامت و کنترل هزینه ها است. وزارت بهداشت در سطح ملی کمتر درگیر ارائه خدمات سلامت به طور مستقیم می شود. ادارات منطقه ای بر اساس سیاست ها و مقررات تنظیم شده وزارت بهداشت، وظیفه نیازسنجی خدمات سلامت، سیاست گذاری و برنامه ریزی، ارائه مجوز به سازمان ها و ارائه کنندگان خدمات سلامت، تأمین مالی، تخصیص منابع و کنترل هزینه های موسسات بهداشتی و درمانی منطقه تحت پوشش خود را بر عهده دارند. در نهایت، ادارات محلی برای جامعه تحت پوشش خود خدمات سلامت را برنامه ریزی و به اجرا در می آورند (۲۴).

از میان کشورهای منتخب مورد مطالعه، کشورهای کوبا، ترکیه و ایران دارای یک ساختار متمرکز و سایر کشورها دارای ساختار غیر متمرکز هستند که اختیارات زیادی به سطوح منطقه ای و محلی تفویض شده است. ساختار اداری نظام سلامت ترکیه بسیار متمرکز است. وزارت کشور یک استاندار برای هر استان انتخاب می کند که نماینده رییس جمهور و هر وزیری در استان مربوطه است. هر وزارتخانه یک اداره کل در هر استان دارد که باید به استاندار نسبت به فعالیت های خود پاسخگو باشد. هر تصمیمی از وزارت بهداشت ابتدا به استاندار و سپس برای مدیر کل سلامت استان فرستاده می شود. همین روش از مدیر کل سلامت به وزارت بهداشت طی می شود. چنین سیستمی موجب کاهش

مداوم و جلوگیری از دوباره‌کاری‌ها و اتلاف منابع مطلوب به نظر می‌رسد. در انگلستان شهرداری‌ها برنامه‌های بهداشت عمومی مانند فعالیت‌های مبارزه با استعمال سیگار و ترویج ورزش برای کاهش چاقی را هم بر عهده دارند. در این کشور خدمات سلامت از خدمات اجتماعی تفکیک شده و شهرداری‌ها تولید خدمات اجتماعی را بر عهده دارند که بیشتر از طریق بخش خصوصی ارائه می‌شود (۱۷).

ساختار سازمانی وزارت بهداشت کشورهای در حال توسعه ساده بوده و شامل اداراتی است که وظایف توسعه خدمات سلامت، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، خرید خدمات سلامت، ارزشیابی موسسات بهداشتی و درمانی، ارزیابی فناوری‌های سلامت، تضمین کیفیت و ایمنی خدمات سلامت، ایمنی غذا و دارو، تحلیل اطلاعات سلامت، آموزش و توانمندسازی کارکنان نظام سلامت و پژوهش در حوزه سلامت را بر عهده دارند. در برخی از کشورها مثل انگلستان، اداراتی در ساختار سازمانی وزارت بهداشت در نظر گرفته شده که مردم و نمایندگان آنها می‌توانند عضو شده و نظرات خود را برای بهبود خدمات سلامت ارائه کنند. بنابراین، در کنار ادارات اجرایی وزارت بهداشت، ادارات مشورتی هم وجود دارد. به عنوان مثال، می‌توان به دیده‌بان سلامت (Health watch) اشاره کرد که مشاوره‌های لازم را در زمینه ارتقای خدمات سلامت و اجتماعی به ادارات بهبود نظام سلامت ملی (NHS Improvement) و کمیسیون کیفیت مراقبت (Care quality commission) می‌دهد (۱۷). در بیشتر کشورهای مورد بررسی، در سطح وزارت بهداشت اداره‌ای برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات سلامت در نظر گرفته شده است. به عنوان مثال، می‌توان به کمیسیون ایمنی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی استرالیا اشاره کرد (۲۸). ارتباط بین وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه سلامت در این کشورها بسیار تنگاتنگ است. در کشورهای دارای برنامه‌های بیمه عمومی، در ساختار وزارت بهداشت اداراتی برای مدیریت بهینه برنامه‌های بیمه ایجاد شده است. به عنوان مثال، مرکز خدمات مدیکیر و مدیکید در وزارت بهداشت آمریکا مدیریت برنامه‌های بیمه سلامت عمومی را بر عهده دارد و با

کارایی می‌شود. از سال ۲۰۰۳ میلادی عدم تمرکز سیستم مدیریت عمومی در دستور کار دولت بوده است (۲۵). در کوبا هم که ساختار سازمانی متمرکز داشته و سیاست‌ها در سطح ملی تعیین می‌شدند، اکنون اقداماتی برای عدم تمرکز و دادن اختیار بیشتر به مقامات محلی در سطح استان‌ها و شهرها داده می‌شود (۲۶).

در مقابل، ساختار سازمانی غیر متمرکز در کشورهای توسعه یافته منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت، ناکارایی نظام سلامت و تا حدودی بی‌عدالتی در دسترسی مردم به خدمات سلامت شد. بنابراین، در کشورهای توسعه یافته اروپایی و آمریکای شمالی از سال ۲۰۰۸ میلادی اصلاحاتی در ساختار وزارت بهداشت ایجاد شد. در نتیجه، اداراتی در وزارت بهداشت ایجاد شد که وظیفه برنامه‌ریزی و کنترل متمرکز را برای کل کشور به منظور هماهنگی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی کشور و کاهش بی‌عدالتی، ارتقای عملکرد نظام سلامت و افزایش کارایی و کیفیت خدمات سلامت بر عهده داشتند. این ادارات اهدافی را برای کل نظام سلامت تعیین نموده، شاخص‌هایی مشخص کرده و مدیریت تخصیص منابع را بر عهده دارند. در نتیجه این اصلاحات واحدهای ستادی در سطوح مناطق و استان‌ها کاهش یافتند. به عبارتی، این کشورها سعی در کوچک‌سازی ساختار سازمانی وزارت بهداشت خود دارند. یک شبه بازار سلامت در بسیاری از کشورهای توسعه یافته ایجاد شد که شامل خریداران خدمات سلامت (دولت یا سازمان بیمه سلامت) و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (دولتی و خصوصی) است. به عنوان مثال، در انگلستان از دهه ۱۹۹۰ میلادی خریداران خدمات سلامت (دولت) از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت جدا شدند. با این استراتژی اندازه ساختار سازمانی وزارت بهداشت این کشورها کوچکتر شده است (۲۷).

شهرداری‌ها در برخی از کشورها مثل سوئد، ژاپن و ترکیه در ارائه خدمات سلامت به ویژه خدمات بهداشت عمومی، مراقبت‌های سالمندان و معلولین و روانپزشکی مشارکت زیادی دارند (۲۲، ۱۶ و ۲۵). توجه به ارتباط تنگاتنگ بین خدمات سلامت و خدمات اجتماعی ادغام این دو خدمت برای اطمینان از ارائه خدمات یکپارچه و

برنامه‌ریزی و اصلاحات نظام سلامت وجود دارد (۱۹) و (۲۹).

علاوه‌براین، وزارت بهداشت کشورهای مورد مطالعه با سازمان‌های بین‌المللی همکاری‌های نزدیکی دارند. به عنوان مثال، کشور ژاپن در اموری مانند اندازه‌گیری عفونت‌ها و بار بیماری‌ها و امنیت غذایی با سازمان بهداشت جهانی، در زمینه تضمین استانداردهای نیروی کار با سازمان کار جهانی و در حوزه تحلیل سیاست‌ها با کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه، همکاری دارد (۳۰). مرکز مشارکت با سازمان بهداشت جهانی در کشور استرالیا ایجاد شد که در اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی با سازمان بهداشت جهانی همکاری می‌کند. وظایف این مرکز، گزارش آمارهای بهداشتی و درمانی، پشتیبانی از اجرای برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی و افزایش اعتبار علمی پروژه‌های جهانی است (۲۸).

بعد قانونگذاری

در کشورهای مورد بررسی وزارت بهداشت و مجلس نمایندگان در تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت نقش اصلی را ایفا می‌کنند. در برخی از کشورهای توسعه یافته دارای ساختار غیرمتمرکز نظام سلامت مانند کانادا و استرالیا مناطق نیز در زمینه تنظیم مقررات بهداشتی و درمانی در چارچوب قوانین ملی برای حوزه تحت پوشش خود فعالیت می‌کنند (۱۹) و (۲۸). این کشورها از ظرفیت قانونی کشور برای پیشبرد اهداف نظام سلامت به خوبی استفاده می‌کنند. قوانین متعددی در این کشورها برای ارتقای سلامت مردم جامعه و ارائه خدمات سلامت عادلانه، با کیفیت و ایمن، وضع شده است که زمینه ساز اصلاحات نظام سلامت آنها شده است. کشورهای مورد مطالعه در دهه گذشته قوانینی را برای بهبود ایمنی و کیفیت خدمات سلامت و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی تصویب کردند که زمینه‌ساز اجرای اصلاحاتی در این کشورها شد. از جمله این قوانین می‌توان به قانون مراقبت قابل پرداخت سال ۲۰۱۰ میلادی آمریکا (۱۸) و قانون مراقبت سلامت و اجتماعی سال ۲۰۱۲ میلادی انگلستان (۱۷) اشاره کرد. علاوه‌براین، در برخی از کشورها وزارت بهداشت علاوه

دولت‌های ایالتی در زمینه مدیریت مدیکید و برنامه بیمه سلامت کودکان مذاکره می‌کند (۱۸).

در بسیاری از کشورها بعد از جنگ جهانی دوم افزایش پوشش خدمات سلامت و دستیابی به عدالت در سلامت مورد توجه سیاستگذاران سلامت قرار گرفت. بنابراین، هر کشور با توجه به نظام سلامت خود شروع به توسعه تسهیلات و موسسات بهداشتی و درمانی کرده است. در برخی از کشورها نظیر انگلستان وزارت بهداشت به طور مستقیم افزایش موسسات بهداشتی و درمانی را در برنامه کار خود قرار داد (۱۷). در برخی از کشورها نظیر آلمان سازمان‌های بیمه‌ای توسعه یافتند که محرکی برای افزایش موسسات بهداشتی و درمانی خصوصی شده بود (۲۹). در ترکیه، علاوه بر وزارت بهداشت که سهم زیادی در ارائه خدمات سلامت دارد، بسیاری از وزارتخانه‌ها، سازمان بیمه تأمین اجتماعی، دانشگاه‌ها و سازمان‌های دولتی به طور مستقیم به ارائه خدمات سلامت می‌پرداختند. تعدد سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت مشکلات زیادی را از نظر هماهنگی در ارائه خدمات سلامت ایجاد کرد و در نهایت، منجر به بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات سلامت شد. در سال ۲۰۰۵ بیمارستان‌های متعلق به سایر سازمان‌ها به وزارت بهداشت منتقل شد. ولیکن، هنوز وزارت دفاع و دانشگاه‌ها بیمارستان‌های خود را دارند. سازمان بیمه تأمین اجتماعی ترکیه نیز دارای پنج صندوق مختلف بود که از سال ۲۰۰۸ میلادی به تدریج به یک صندوق واحد تبدیل شدند (۲۵).

بعد ارتباطات و مشارکت

در کشورهای توسعه یافته مکانیزمی برای افزایش مشارکت بین وزارت بهداشت و سایر بخش‌های مهم کلیدی ایجاد شده است. این ارتباط به ویژه بین وزارت بهداشت و وزارت اقتصاد برای تأمین مالی نظام سلامت و سازمان‌های بیمه سلامت اجتماعی و خصوصی وجود دارد. به عنوان مثال، در ژاپن، بین وزارت سلامت، کار و رفاه و وزارت اقتصاد، همکاری اثربخشی در زمینه تأمین منابع مالی کافی برای بخش سلامت وجود دارد (۲۲). در کشورهای دارای نظام سلامت بیمه‌ای (بیمه سلامت ملی یا اجتماعی) ارتباط تنگاتنگی بین وزارت بهداشت و بیمه‌های سلامت در زمینه قانونگذاری، سیاستگذاری،

بر مشارکت در تدوین قوانین و مقررات بخش بهداشت و درمان، سهم قابل توجهی در قانونگذاری در سایر حوزه‌های موثر بر سلامتی مردم دارد. به عنوان مثال، وزارت بهداشت انگلستان در تدوین قوانین و مقررات کشور مشارکت فعالی داشته و ارزشیابی سلامت را در مورد قوانین کشور انجام می‌دهد (تهیه پیوست سلامت). در نتیجه، احتمال اثرات منفی سلامتی ناشی از اجرای قوانین در سایر حوزه‌های کشور کاهش می‌یابد (۱۷).

در قوانینی که مجلس تصویب می‌کند، اصول راهنمای نظام سلامت گنجانده شده است که به عنوان راهنمایی برای سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت عمل می‌کند. از برخی از این اصول می‌توان به مسئولیت فردی و خدمات سلامت قابل پرداخت در سنگاپور (۲۳)، ارائه خدمات سلامت متناسب با نیاز و هزینه-اثربخش و توأم با احترام به شأن انسانی در سوئد (۱۶) و دسترسی همگانی رایگان، یکپارچگی خدمات سلامت و تأکید بر خدمات پیشگیری در کوبا (۳۲) اشاره کرد.

مسئولیت‌پذیری سیاسی نقش قابل ملاحظه‌ای در اثربخشی قوانین و مقررات سلامت کشورها دارد. اقتدار دولت مرکزی و هماهنگی و حمایت مجلس نمایندگان مردم نقش بسزایی در پیشبرد قوانین مرتبط با سلامت دارد. به عنوان مثال، وزارت بهداشت ترکیه سال‌های متوالی به دنبال اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه سلامت اجتماعی بود. در این راستا سیاست‌های متعددی نوشته شد، ولیکن، به خوبی اجرا نشدند. در انتخابات عمومی سال ۲۰۰۲ میلادی یک حزب واحد به قدرت رسید که تعهد زیادی به اصلاحات در زندگی اقتصادی و اجتماعی مردم از جمله بهداشت داشت. دولت جدید پیشنهادهای خود را در بخش سلامت فوری به پارلمان ارائه کرد که مورد تصویب قرار گرفت و زمینه‌ساز اصلاحات سال ۲۰۰۳ میلادی ترکیه شد که منجر به یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت و انتقال بیمارستان‌های سایر وزارتخانه‌ها به وزارت بهداشت شد (۲۵).

بعد سیاستگذاری و برنامه‌ریزی

در کشورهای مورد مطالعه، سیاستگذاری و

برنامه‌ریزی هم به صورت متمرکز و هم به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد. در کشورهای دارای ساختار غیرمتمرکز، اداره‌های بهداشتی و درمانی در سطح منطقه و محلی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی حوزه‌های تحت پوشش خود نقش پر رنگتری دارند. علاوه بر این، در این کشورهای توسعه یافته از ظرفیت سازمان‌های حرفه‌ای تخصصی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و کنترل ارائه‌کنندگان خدمات سلامت استفاده می‌شود. به عنوان مثال، در انگلستان شورای پزشکی عمومی، شورای دندانپزشکی عمومی، شورای چشم پزشکی عمومی، شورای داروسازی عمومی و شورای کارشناسان بهداشت و مراقبت وظایف تدوین مقررات برای متخصصان و کارشناسان حوزه‌های تخصصی خود و نظارت و کنترل آنها را برعهده دارند (۱۷).

در کشورهای توسعه یافته سیاستگذاری‌های مبتنی بر شواهد انجام می‌شود. برای این منظور در ساختار سازمانی وزارت بهداشت اداراتی ایجاد شده است که شواهد علمی مورد نظر را تولید می‌کنند. این ادارات وظیفه تدوین و توسعه راهنماهای بالینی برای تشخیص و درمان بیماری‌ها را بر اساس مطالعات تحلیل هزینه-اثربخشی بر عهده دارند. از جمله این ادارات می‌توان به موسسه ملی برتری سلامت و مراقبت در انگلستان (۱۷)، مؤسسه کیفیت و کارایی در سلامت در آلمان (۲۹)، موسسه دارو و فناوری‌های سلامت کانادا (۱۹)، شورای ارزیابی فناوری سلامت در سوئد (۱۶)، کمیته مشورتی خدمات پزشکی و کمیته مشورتی منافع دارویی در استرالیا (۲۸) و شورای کیفیت بهداشتی و درمان ژاپن (۲۲) اشاره کرد. مداخلات سلامتی، تکنولوژی‌های پزشکی و داروها باید توسط این موسسات از نظر سودمندی و هزینه-اثربخشی تأیید شوند تا در بسته حمایتی دولت یا سازمان بیمه سلامت قرار گیرند. در انگلستان داروهای جدیدی که هزینه آنها از بیست هزار تا سی هزار پوند به ازای هر واحد سال‌های زندگی تعدیل شده با کیفیت QALY تجاوز کند، برای قرار گرفتن در بسته حمایتی دولت پیشنهاد نمی‌شود. همچنین، در این کشور وب سایت شواهد نظام سلامت ملی ایجاد شد که راهنماهای بالینی به روز را در اختیار متخصصان بهداشتی و درمانی و مردم قرار می‌دهد (۱۷). از ظرفیت انجمن‌های تخصصی علمی هم

بعد نظارت و ارزشیابی

کشورهای مورد مطالعه با شیوه‌های متفاوت، نظارت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی را انجام می‌دهند. بسیاری از کشورها در سطح ملی دارای برنامه‌های صدور مجوز، ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات بهداشتی و درمانی هستند. کلیه موسسات بهداشتی و درمانی در ابتدا باید استانداردهای پایه را اجرا کنند تا مجوز شروع فعالیت را اخذ کنند. سپس، به صورت دوره‌ای ارزشیابی یا اعتباربخشی می‌شوند. برخی از کشورها مانند آمریکا، کانادا، استرالیا، انگلستان، ژاپن و ترکیه دارای موسسات دولتی یا خصوصی اعتباربخشی هستند و از استانداردهای ملی برای این منظور استفاده می‌کنند (۱۸، ۱۹، ۲۸، ۱۷، ۲۲، ۲۵). برخی از کشورها مانند سوئد، آلمان، کوبا و سنگاپور هم ترجیح می‌دهند از خدمات موسسات اعتباربخشی بین‌المللی برای این منظور استفاده کنند (۱۶، ۲۹، ۲۳). اعتباربخشی در برخی از کشورها مثل انگلستان، ژاپن و ترکیه توسط یک سازمان دولتی زیر مجموعه وزارت بهداشت انجام می‌شود (۱۷، ۲۲، ۲۵) و در آمریکا، کانادا و استرالیا توسط یک موسسه غیر انتفاعی خصوصی انجام می‌شود (۱۸، ۱۹ و ۲۸). اعتباربخشی در برخی از کشورها مثل انگلستان اجباری (۱۷) و در کشورهایی مثل ژاپن، آمریکا، کانادا و استرالیا اختیاری است (۲۲، ۱۸، ۱۹ و ۲۸). در برخی از کشورها مثل انگلستان نتایج ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات ارائه خدمات سلامت در وب سایت موسسه اعتباربخشی (کمیسیون کیفیت مراقبت) منتشر و به اطلاع عموم رسانده می‌شود. کیفیت بسیار پایین خدمات موسسات پزشکی منجر به تعطیلی آن هم خواهد شد (۱۷).

در این کشورها پزشکان و متخصصان علوم پزشکی باید مجوزهای لازم را برای ارائه خدمات سلامت داشته باشند و عضو سازمان حرفه‌ای تخصصی خود باشند. معمولاً پزشکان باید عضو شورای پزشکی آن کشور بوده و الزامات آموزش مداوم را برآورده سازند. در انگلستان همه پزشکان باید از شورای پزشکی عمومی مجوز طبابت بگیرند. به همین صورت، شورای دندانپزشکی عمومی، شورای داروسازی عمومی، شورای چشم پزشکی عمومی و شورای کارشناسان بهداشت و مراقبت، وظیفه تدوین مقررات و ارائه مجوز به کارکنان

برای تدوین راهنماهای بالینی استفاده می‌شود. به عنوان مثال، فرهنگستان علوم پزشکی در آمریکا (۱۸) و موسسه ملی مطالعات بالینی در استرالیا (۲۸) نقش مشاوره‌ای پررنگی در سیاستگذاری مبتنی بر شواهد دارند.

بعد تولید

در تمامی کشورهای مورد مطالعه وزارت بهداشت تولید نظام سلامت را بر عهده دارد و با استفاده از مکانیزم‌ها و برنامه‌های مختلف در جهت ارتقای شاخص‌های تولیدی مانند پوشش، دسترسی، کیفیت و عدالت تلاش می‌کند. برای این منظور اداراتی در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی تشکیل شده که وظایف ایجاد هماهنگی‌های لازم را برای تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت بر عهده دارند تا ضمن افزایش پوشش خدمات سلامت، نابرابری و ناعدالتی در بخش سلامت را کاهش دهند. به عنوان مثال، در وزارت بهداشت انگلستان سازمان نظام سلامت ملی انگلستان ایجاد شده است که مسئول مدیریت بودجه بخش سلامت، نظارت بر گروه‌های خرید خدمات سلامت و حصول اطمینان از دستیابی به اهداف نظام سلامت است (۱۷).

به خاطر ماهیت غیر متمرکز نظام سلامت کانادا، استان‌ها تولید و اداره نظام سلامت خودشان را بر عهده دارند. دولت استانی تصمیم‌گیرنده اصلی در زمینه خدمات سلامتی در استان‌هاست. بخش‌ها و استان‌های کانادا مسئولیت سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، آموزش و اعتباربخشی و دادن مجوز به ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی را بر عهده دارند. شوراهای منطقه‌ای سلامت مسئول برنامه‌ریزی و تخصیص منابع به سازمان‌های بهداشتی و درمانی است (۱۹). بعد بحران مالی سال ۲۰۰۸ میلادی، دولت‌ها به منظور ایفای بهتر نقش تولید خود، به استفاده بهینه و کارآمد از منابع موجود برای دستیابی به نتایج بهتر به شهروندان خود متعهد شدند (۳۱). تولید کارآمد، در سطح کلان به عنوان تسهیل‌کننده نظام سلامت، علاوه بر ارتقای کیفیت خدمات سلامت و سلامت افراد، باعث پاسخگویی، شفافیت، مشارکت، عدالت و کارایی می‌شود.

عفونت بیمارستانی بالا به میزان یک درصد پرداخت خود را کاهش می‌دهد تا آنها انگیزه برای افزایش کیفیت و ایمنی خدمات خود داشته باشند. این اقدام اثر خوبی داشته و حدود ۱۷ درصد عفونت‌های بیمارستانی را کاهش داده است (۳۳).

سیاستگذاران سلامت کشورهای مورد مطالعه با توجه به بحران مالی سال ۲۰۰۸ میلادی بر اهمیت کارایی نظام سلامت در دهه گذشته تأکید زیادی داشتند. در این راستا اداراتی هم در سطح وزارت بهداشت ایجاد شد. به عنوان مثال، مرکز نوآوری در مدیکس و مدیکس در امریکا ایجاد شد تا روش‌هایی برای ارائه خدمات سلامت و پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به منظور افزایش کیفیت و کارایی طراحی و اجرا کند (۱۸). اقدامات متعددی در این کشورها برای کنترل هزینه‌های نظام سلامت بکار گرفته شد. این اقدامات شامل کنترل بازار سلامت از طریق کنترل عرضه و تقاضا است. اقداماتی به صورت متمرکز در سطح وزارت بهداشت برای قیمت‌گذاری خدمات سلامت به خصوص در کشورهایی که دولت نقش پررنگ‌تری در ارائه خدمات سلامت دارد، انجام می‌شود و سعی در کنترل قیمت دارند. به عنوان مثال، در انگلستان یک بودجه کلی برای مناطق در نظر گرفته می‌شود که آنها نباید از آن عدول کنند. عملکرد مالی مناطق با دقت ارزشیابی می‌شود. در نتیجه، رشد هزینه‌های سلامت در این کشور کاهش چشمگیری داشته است. در حالی که هزینه‌های سلامت در بازه زمانی ۱۹۵۰ و ۲۰۱۰ میلادی هر سال حدود ۴ درصد رشد داشته است، در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ میلادی سالانه رشد ۱/۲ درصدی داشته و انتظار می‌رود به ۱/۱ درصد در بازه زمانی ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۰ کاهش یابد (۱۷).

با توجه به هزینه بالای داروها و تجهیزات پزشکی مذاکرات با شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی برای خرید با حداقل قیمت در سطح ملی صورت می‌گیرد. در ژاپن، قیمت داروها و ملزومات پزشکی هر دو سال یکبار تعیین می‌شود. در برخی از موارد قیمت‌ها حتی کاهش می‌یابد. داروهای با فروش بسیار زیاد یا خیلی سودآور مشمول کاهش قیمت خواهند شد (۲۲). در انگلستان سقف میزان سودی که شرکت‌های داروسازی باید داشته باشند، در خرید داروها از آنها توسط وزارت

در حوزه تخصصی خود را بر عهده دارند (۱۷). همه کشورها مکانیزمی برای ارزشیابی و توسعه مداوم پزشکان دارند. در انگلستان فرایند اعتباربخشی مجدد برای پزشکان هر ۵ سال یکبار وجود دارد (۱۷). در برخی از کشورها پزشکانی که الزامات کیفیتی را رعایت کنند، گواهی اعتباربخشی دریافت می‌کنند. به عنوان مثال، در آمریکا بورد متخصصان پزشکی و بورد پزشکان متخصص داخلی به پزشکانی که استانداردهای کیفیتی را رعایت کنند، گواهی اعتباربخشی می‌دهند (۱۸). در استرالیا نیز کالج سلطنتی پزشکان عمومی استرالیا مسئول اعتباربخشی پزشکان عمومی است (۲۸).

برخی از کشورها نظیر انگلستان و سوئد برای برخی از شاخص‌های عملکردی کلیدی اهداف کمی مشخص می‌کنند و سازمان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت تشویق به دستیابی آنها می‌شوند و برای این منظور پاداش مبتنی بر عملکرد هم در نظر گرفته می‌شود (۲۸ و ۱۵). این شاخص‌ها حوزه‌های بالینی و زمان انتظار برای دریافت خدمات را شامل می‌شود. حتی در برخی از کشورها مثل ژاپن بیمارستان‌ها تشویق می‌شوند تا برخی از شاخص‌های عملکردی را در وب سایت خود گزارش کنند. همچنین، از بیمارستان‌های بزرگ خواسته می‌شود که خطاهای پزشکی را به شورای کیفیت بهداشت و درمان ژاپن به عنوان مسئول اعتباربخشی بیمارستان‌ها گزارش کنند (۲۲). در آلمان کلیه بیمارستان‌ها از سال ۲۰۰۷ میلادی باید نتایج مرتبط با ۲۷ شاخص اداره فدرال تضمین کیفیت را منتشر کنند. مؤسسه کیفیت و کارایی در سلامت این کشور موظف به دریافت این گزارشات و ارائه بازخورد به سازمان‌های بهداشتی و درمانی است (۲۹). وزارت بهداشت و خدمات اجتماعی آمریکا برنامه مقایسه بیمارستان‌ها را اجرا می‌کند که بر اساس آن شاخص‌های فرایندی و نتیجه‌ای و رضایت بیماران را برای بیش از ۴۰۰۰ بیمارستان منتشر می‌کند که نقش به‌سزایی در افزایش شفافیت و کیفیت خدمات بیمارستان‌ها داشته است. در آمریکا از سال ۲۰۱۲ میلادی اقدامات تنبیهی برای کاهش پذیرش مجدد ۳۰ روزه بیمارستانی به کار گرفته شد که منجر به کاهش این شاخص از ۲۱ درصد به ۱۸ درصد شد. همچنین، در این کشور بیمه مدیکس برای بیمارستان‌های با میزان

ایمنی خدمات سلامت ایجاد شده است. سازمان‌ها و سامانه‌هایی هم برای جمع‌آوری، تحلیل و ارائه داده‌ها و اطلاعات خدمات سلامت و مراقبت‌های اجتماعی در سطح ملی تشکیل شده است. به عنوان مثال، سازمان بهبود کیفیت نظام سلامت ملی در وزارت بهداشت انگلستان وظیفه حمایت از برنامه‌های بهبود کیفیت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد (۱۷).

بعد حفاظت از مشتریان

در اکثر کشورها مکانیزمی برای مشارکت بیماران و مردم جامعه در حاکمیت نظام سلامت وجود دارد. معمولاً نمایندگان مردم و بیماران در فرآیند سیاست‌گذاری‌های سلامت مشارکت فعال دارند و نظرات آنها در نهایی‌سازی سیاست‌های سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نظرات در اتخاذ تصمیمات بهتر کمک می‌کند و مشارکت مردم در اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها نیز بیشتر خواهد بود. به عنوان مثال، در ژاپن در هر منطقه یک شورای بهداشتی درمانی تشکیل شده که طبق قانون مراقبت پزشکی، نمایندگان بیماران باید در این شورا حضور داشته باشند و در مورد برنامه خدمات سلامتی منطقه خود نظر دهند (۲۲). در انگلستان به منظور مشارکت بیشتر مردم در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت، دیده‌بان سلامت انگلستان در سطح ملی و دیده‌بان سلامت محلی در سطح محلی تشکیل شد. مردم و نمایندگان آنها با عضویت در این سازمان‌ها نظرات و پیشنهادهای خود را برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت ارائه می‌کنند. دیده‌بان سلامت محلی مسئول پاسخگویی به شکایات مردم و بیماران و ارجاع موارد مهم به دیده‌بان سلامت انگلستان است. دیده‌بان سلامت انگلستان نظرات مردم را به کمیسیون کیفیت منتقل و به آن مشاوره می‌دهد. بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی وظیفه دارند تا با استفاده از تدابیری، مشارکت مردم را در ارائه خدمات سلامت تقویت کنند (۱۷).

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته قانونی در زمینه حقوق بیماران وضع شده است (۱۵). در برخی از کشورها اداراتی در سطح ملی یا منطقه‌ای برای اطمینان از رقابت صحیح بین بیمه‌های سلامت و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ایجاد شده است. به عنوان

بهداشت مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۷). در برخی از کشورها مثل سنگاپور خریدها به صورت کلی و متمرکز صورت می‌گیرد تا تخفیف بیشتری گرفته شود. برای این منظور واحدی به نام ادراه خرید گروهی در سطح وزارت بهداشت تشکیل شده است (۲۳).

از طرف دیگر با روش‌های مختلفی نظیر مشارکت بیماران در پرداخت قسمتی از هزینه‌های سلامت (پرداخت فرنیسز) و اطلاع رسانی به آنها تقاضاهای غیر ضروری بیماران برای خدمات پزشکی، تست‌های آزمایشگاهی و دارو کنترل می‌شود. به عنوان مثال، وزارت بهداشت سنگاپور اطلاعات صورتحساب‌های هزینه بیماری‌ها و درمان‌های متداول را در وب سایت خود قرار می‌دهد. بنابراین، بیماران اطلاعات مربوط به هزینه اعمال جراحی و تست‌های آزمایشگاهی را می‌بینند و بهتر می‌توانند در زمینه استفاده از خدمات سلامت تصمیم بگیرند (۲۳). استفاده بهینه از تکنولوژی‌های پزشکی، درمان‌های اثربخش و داروهای موثر و تشویق کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان‌ها و گذراندن دوران نقاهت در خانه یا مراکز مراقبت‌های پرستاری از جمله تدابیری است که در برخی از کشورها مثل انگلستان و ژاپن برای کاهش هزینه‌های سلامت استفاده می‌شود (۱۷ و ۲۲). از سایر اقدامات کنترل هزینه در این کشورها می‌توان به کنترل عرضه سازمان‌های بهداشتی و درمانی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، عدم افزایش حقوق کارکنان بخش سلامت به هنگام رکود اقتصادی، استفاده از روش بودجه برای تأمین مالی بیمارستان‌ها، استفاده از داروهای ژنریک، مذاکره با ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای کاهش تعرفه خدمات سلامت، ترویج استفاده از مراقبت‌های مدیریت شده و کاهش هزینه‌های اداری اشاره کرد (۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۸).

در برخی از کشورها در سطح وزارت بهداشت رضایت‌سنجی از بیماران انجام می‌شود و نتایج آن در ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات بهداشتی و درمانی استفاده می‌شود. در برخی از کشورها مثل انگلستان (۱۷)، استرالیا (۲۸) و سنگاپور (۲۳) این ارزشیابی‌ها سالانه و در برخی از کشورها مثل ژاپن (۲۲) هر سه سال یکبار انجام می‌شود. در برخی از کشورها در سطح ملی و منطقه‌ای سازمان‌هایی برای بهبود کیفیت و

مثال، در استرالیا کمیسیون مشتری و رقابت استرالیا مسئول اطمینان از رقابت قانونی بین بیمه‌های سلامت خصوصی است (۲۸). در بسیاری از کشورهای مورد مطالعه به ویژه انگلستان و استرالیا شاخص‌های عملکردی کلیدی و استانداردهای ملی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی تدوین شده و عملکرد این سازمان‌ها در این شاخص‌ها به عموم مردم گزارش می‌شود. این اقدامات منجر به تقویت پاسخگویی نظام سلامت این کشورها می‌شود (۱۵).

وب سایت وزارت بهداشت کشورهای مورد بررسی در این پژوهش، اطلاعات مفید بهداشتی و درمانی را در اختیار عموم مردم قرار می‌دهد. به عنوان مثال، در انگلستان وب سایت انتخاب‌ها در نظام سلامت ملی ایجاد شد که اطلاعات مفیدی در زمینه خدمات سلامت، مکان دریافت و کیفیت آنها در اختیار مردم قرار می‌دهد. مردم از طریق این وب سایت می‌توانند برای یک پزشک عمومی ثبت نام کنند، زمان ویزیت پزشک عمومی خود را رزرو کرده، درخواست تجدید نسخه دارویی خود کنند، با پزشک عمومی خود به صورت آنلاین صحبت کنند و پرونده پزشکی خود را ببینند. مردم می‌توانند نظرات و پیشنهادهای خود را هم در این وب سایت منعکس کنند. این وب سایت در سال ۲۰۱۲ میلادی حدود ۲۷ میلیون بازدید داشت (۱۷). همچنین، وزارت بهداشت بسیاری از کشورها یک خط تلفن شبانه‌روزی ایجاد کردند که مردم می‌توانند اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را به دست آورند. در ترکیه مردم با استفاده از همین خط تلفن می‌توانند شکایات خود را از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ثبت و پیگیری کنند (۲۵). در برخی از کشورها مانند انگلستان اطلاعات مرتبط با عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به مردم منعکس می‌شود تا آنها در انتخاب خود تصمیم آگاهانه بگیرند (۱۷).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی حاکمیت نظام سلامت کشورهای موفق و استفاده از تجربیات آنها برای توسعه الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران انجام شد. چارچوب حاکمیت نظام سلامت کشورهای توسعه یافته در چند دهه اخیر تغییرات زیادی کرده است. معماری ساختاری

حاکمیت نظام سلامت که بیانگر ارتباطات بین بازیگران کلیدی نظام سلامت بوده از حالت حاکمیت سلسله مراتبی به حاکمیت بازار محور و سپس به حاکمیت شبکه‌ای تغییر یافت. در حاکمیت سلسله مراتبی، ساختار حاکمیت نظام سلامت به طور متمرکز بوده که قدرت تصمیمگیری‌ها و سیاستگذاری‌ها در سطوح بالای نظام سلامت در وزارت بهداشت متمرکز است. در مدل حاکمیت بازار محور، نظام سلامت به صورت بازار یا شبه بازار فرض می‌شود که شامل خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. در حالت شبکه‌ای یا افقی که حالت دموکراتیک داشته، اختیار تصمیم‌گیری به سطوح محلی تفویض می‌شود (۳۴). با این وجود، بحران مالی سال ۲۰۰۸ میلادی منجر به افزایش تمرکز سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در سطح ملی برای افزایش کارایی و عدالت نظام سلامت شد.

حاکمیت نظام سلامت ایران بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ۱۰ معاونت و تعدادی دفتر و اداره در این معاونت‌ها می‌باشد. وزارت بهداشت در سطح استانی از طریق ۶۲ دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و بیمارستان‌های تابعه به ارائه خدمات درمانی و از طریق شبکه بهداشتی کشور به ارائه خدمات بهداشتی می‌پردازد. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وظیفه برنامه‌ریزی، هدایت و نظارت بر بیمارستان‌ها و شبکه بهداشتی و درمانی ۳۱ استان کشور را برعهده دارند. رئیس دانشگاه علوم پزشکی، قائم مقام وزیر در استان مربوطه تلقی می‌شود. در سطح شهرستان، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی، مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری، مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان‌های عمومی و تخصصی وظیفه ارائه خدمات سلامت را برعهده دارند (۳۵). ساختار سازمانی تأثیر زیادی بر عملکرد سازمانی دارد (۱). بروکراسی و پیچیدگی زیاد ساختار سازمانی وزارت بهداشت، منجر به کاهش بهره‌وری نظام سلامت شده است. ساختار سازمانی وزارت بهداشت ایران باید متناسب با استراتژی‌های انتخابی برای دستیابی به اهداف سلامتی جامعه باشد. ادغام یا حذف برخی از دفاتر معاونت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور ایران برای بهبود بهره‌وری آن ضروری است. بنابراین، اقداماتی باید برای تمرکز زدایی و

دارای یک مدل یکپارچه نظام سلامت باشد که در آن اجزا و اهداف نظام سلامت به خوبی مشخص شده باشد. اهداف نهایی نظام سلامت می‌تواند ارتقای سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی نظام سلامت و محافظت مالی مردم در مقابله هزینه‌های بالای خدمات سلامت و اهداف میانه‌ای آن شامل دسترسی، کیفیت، عدالت، کارایی و تاب‌آوری باشد. برخی از کشورها مثل نروژ، آلمان، انگلیس و تا حدودی استرالیا اهداف واضحی برای نظام سلامت دارند (۱۵، ۱۷، ۲۸ و ۲۹). الزامات نظام سلامت برای دستیابی به این اهداف، شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و داروها، اطلاعات و فرایندهای ارائه خدمات سلامت می‌باشند. بنابراین، وزارت بهداشت در ادامه برنامه تحول نظام سلامت باید برنامه تقویت نظام سلامت را اجرا کند و به تقویت همزمان اجزای نظام سلامت اقدام کند تا منجر به دستیابی پایدار به اهداف میانه‌ای و نهایی نظام سلامت شود. برای این منظور، پیشنهاداتی باید به مجلس ارائه شود تا قوانینی در ضرورت رعایت عدالت، کارایی، کیفیت و ایمنی خدمات سلامت و حمایت از خلاقیت و نوآوری در نظام سلامت تصویب شود. از طرف دیگر اصول راهنمایی باید برای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت کشور تعیین شود. مشارکت مردم و مسئولیت‌پذیری آنها نسبت به سلامتی خودشان و ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش، و قابل پرداخت می‌تواند نمونه‌هایی از این اصول راهنما باشد. این اصول، راهنمای تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی و درمانی کشور به منظور ارائه خدمات سلامت اثربخش و کارآمد خواهد بود. همچنین، با توجه به اینکه نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی است که بخش‌های مختلف دولتی، خصوصی و خیریه در ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند و امکان جابجایی نیروی کار در بخش‌های دولتی و خصوصی سلامت وجود دارد، قوانین مناسبی باید برای کنترل رفتار ارائه‌کنندگان بخش دولتی و خصوصی خدمات سلامت در نظر گرفته شود.

در کشور ایران، سیاستگذاری سلامت در سطح کشوری توسط وزیر بهداشت، و معاونین او و از طریق شورای سیاستگذاری تنظیم شده و برای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی برای اجرا

کوچکسازی ساختار سازمانی وزارت بهداشت به عمل آید.

در حال حاضر در کشور ایران، مشارکت درون بخشی بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌هایی مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی، سازمان غذا و دارو و انستیتو پاستور وجود دارد. در سطح برون بخشی، وزارت بهداشت، با سازمان‌هایی مانند بیمه‌های سلامت، سازمان انتقال خون، سازمان نظام پزشکی و سازمان بهزیستی همکاری دارد. سازمان‌های نظام پزشکی و مراجع قانونی در امور نظارت، رسیدگی به خطا و قصور پزشکی با وزارت بهداشت همکاری می‌کنند. مشارکت و ارتباطات درون بخشی، بین بخشی و فرابخشی در اجرای برنامه‌ها و قوانین نظام سلامت در کشورهای مورد مطالعه به میزان زیادی دیده می‌شود. بنابراین توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور ایران پیشنهاد می‌شود. دولت برای ارتقای سلامت مردم جامعه باید همزمان با توسعه نظام سلامت به توسعه سایر بخش‌های جامعه نظیر آموزش، امنیت، مسکن و محیط زیست اقدام کند. بنابراین، عدالت عمودی و کارایی تخصیصی در تأمین مالی وزارتخانه‌های مختلف کشور باید توجه جدی سیاستمداران کشور قرار گیرد. هر ریال هزینه‌کرد در بخش سلامت، یک فرصت از دست رفته را در سایر بخش‌های عمومی کشور به دنبال دارد. از طرف دیگر، وزارت بهداشت باید اثرات سیاست‌های مختلف خارج از بخش سلامت دولت را بر سلامتی مردم جامعه ارزشیابی کند. قوانین و سیاست‌هایی که تدوین می‌شوند، باید دارای یک پیوستار سلامت باشند.

در کشور ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تعامل با مجلس شورای اسلامی و در راستای اسناد بالادستی مانند سیاست‌های کلی نظام و سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور، به قانونگذاری می‌پردازد. معمولاً دولت (وزارت بهداشت) قوانین را در قالب لایحه برای تصویب به مجلس می‌فرستد. مجلس آنها را با کمک کمیسیون‌های مربوطه تکمیل، نهایی و تصویب می‌کند. قانون توسعه کشور یکی از متداولترین این قوانین است که در آن فصلی به بهداشت و درمان اختصاص داده شده است. وزارت بهداشت ایران باید

ارسال می‌شود. در این راستا، دفاتر و ادارات کل معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه اولیه تدوین سیاست‌ها و استانداردهای تخصصی حوزه خود را بر عهده داشته و برای تصویب به شورای سیاستگذاری ارسال می‌کنند تا پس از اعمال اصلاحات لازم توسط وزیر محترم بهداشت به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ابلاغ شوند. از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری سلامت تا حدودی استفاده می‌شود. روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و معاونین آنها در کمیته‌های تخصصی بر اساس قوانین و مقررات و سیاست‌های ملی به سیاستگذاری در سطح منطقه خود برای اجرای سیاست‌های ابلاغی اقدام می‌کنند. وظیفه ارزشیابی تکنولوژی‌های مراقبت سلامت بر عهده اداره ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تولید نظام سلامت ایران را بر عهده دارد. رهبری، مدیریت و تولید به یکدیگر وابسته و تقویت کننده هم هستند. وزارت بهداشت باید یک بازیگر اصلی در نظام سلامت باشد، ولیکن، نباید به عنوان بازیگر انحصاری در طراحی و اجرای اجزای حاکمیت نظام سلامت عمل کند. برخی از حوزه‌های حاکمیت نظیر قانونگذاری، سیاستگذاری و گزارش‌دهی بهتر است بیشتر در دست دولت مرکزی باشد. سایر قسمت‌ها نظیر تغییر رفتار متخصصان و مسئولیت‌های موسسات نظیر بیمارستان‌ها ممکن است به سطوح استان و شهرستان و حتی موسسات غیر دولتی با توجه به نوع ساختار نظام سلامت واگذار شود. اعمال کنترل خارجی بر کارکنان فنی و متخصص در نهایت، می‌تواند منجر به ایجاد نتایج ناخواسته و برخی مواقع نامناسب شود. بنابراین، دولت (وزارت بهداشت) باید این وظایف را به استان‌ها (دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی) و موسسات غیر انتفاعی واگذار کند. تصمیم‌گیرهای عملیاتی بهتر است به مقامات استانی (مثل سوئد) یا موسسات انتفاعی و غیر انتفاعی خصوصی (مثل هلند) واگذار شود.

در کشور ایران وظیفه ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات بهداشتی و درمانی بر عهده معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. برای

این منظور، دفتر نظارت و اعتباربخشی موسسات پزشکی با اداره‌های صدور مجوز، نظارت و اعتباربخشی ایجاد شده است. برنامه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها در ایران در سال ۱۳۸۹ ابلاغ شد. این برنامه دولتی و اجباری است. تاکنون سه دوره اعتباربخشی بیمارستان‌ها انجام شده است. در حال حاضر هر بیمارستان اقدام به سنجش رضایت بیماران خود می‌کند و وزارت بهداشت به طور متمرکز اقدامی در این زمینه انجام نمی‌دهد (۳۶). میزان موفقیت سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران در حد متوسط ارزشیابی شد (۳۷-۳۹). اجرای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی در ایران با چالش‌های زیادی همراه است. برخی از این چالش‌ها و موانع عبارتند از عدم وجود زیرساخت‌های لازم، افزایش بار کاری کارکنان، مقاومت کارکنان به‌ویژه پزشکان در برابر تغییر، ایجاد استرس در کارکنان به دلیل سختی کار، هزینه بالای اجرای اعتباربخشی، ترویج بروکراسی اداری و زمانبر بودن اجرای استانداردها (۳۷-۴۰). ارتقای سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران، آموزش مدیران و کارکنان در زمینه اجرای استانداردها، تأمین منابع مورد نیاز برای اجرای استانداردها، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی دستیابی به اهداف اعتباربخشی را ممکن می‌سازد. رضایت‌سنجی از بیماران در سطح ملی و استفاده از نتایج آن در اعتباربخشی موسسات پزشکی نیز پیشنهاد می‌شود.

شاخص‌های عملکردی و استانداردهای حداقلی باید در سطح وزارت بهداشت برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی تعیین و به آنها ابلاغ شود. دانشگاه‌های علوم پزشکی باید برنامه‌ریزی‌های لازم را برای دستیابی سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی زیر مجموعه خود به این استانداردها به عمل آورند. ارائه کنندگان خدمات سلامت باید به‌صورت ماهانه این شاخص‌ها را به دانشگاه‌ها و از آن طریق به وزارت بهداشت منتقل کنند. بازخوردهای لازم توسط وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها بر اساس عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی به آنها باید داده شود. پاداش مبتنی بر عملکرد باید به بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی داده شود یا بخشی از بودجه آنها بر اساس دستیابی به اهداف کمی تعیین شده باشد تا انگیزه برای بهبود

استانداردهای کیفیتی جامع برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می شود که منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره وری حاکمیت نظام سلامت می شود. حاکمیت نظام سلامت باید از کیفیت لازم برخوردار باشد. برای ارزشیابی هفت بعد حاکمیت نظام سلامت می توان از شاخص های شفافیت، دموکراسی، قانون مداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "بررسی تطبیقی شیوه های حاکمیت در نظام سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران" است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران انجام شد. همچنین نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می کنند.

References

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran; 2015. [Persian]
2. WHO. The World health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
3. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007:1-56.
4. Davies CAP, Artigas L, Holloway J, McConway K, EA Newman J. Links between governance, incentives and outcomes: a review of the literature. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation; 2005.
5. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. Tehran Univ Med J; 2017. 75(4):288-29.8. [Persian]
6. World Bank. 1989. From Crisis to Sustainable Growth - Sub Saharan Africa: A Long-term Perspective Study. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1989/11/439705/crisis-sustainable-growth-sub-saharan>

عملکرد وجود داشته باشند.

سامانه هایی در سطح ملی توسط وزارت بهداشت ایران ایجاد شده که نظرات و شکایات بیماران را دریافت می کند. مردم مالیات می دهند و در زمره اولین تأمین کنندگان مالی نظام سلامت محسوب می شوند. بنابراین، نظام سلامت باید پاسخگوی نیازهای مردم باشد. وزارت بهداشت باید اداراتی در سطح ملی، منطقه ای و محلی ایجاد کند تا مردم و نمایندگان آنها مشارکت فعال بیشتری در نظام سلامت داشته باشند. وزارت بهداشت با توجه به اختلاف زیاد سطح دانش ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت برای حفاظت از منافع مشتریان باید مکانیزمی برای افزایش شفافیت نظام سلامت ایجاد کند. برای این منظور، از طریق ایجاد یک سامانه می توان اطلاعات مفیدی در زمینه های خدمات سلامت، سازمان های ارائه کننده این خدمات و عملکرد آنها در اختیار مردم قرار داد تا آنها بتوانند تصمیم آگاهانه در انتخاب و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی بگیرند. مردم و نمایندگان قانونی آنها باید در تصمیمات مهم بخش سلامت مشارکت فعال داشته باشند. بنابراین، پیشنهاد می شود یک موسسه غیر انتفاعی به نام دیده بان سلامت تشکیل شود و به دفتر بازرسی عملکرد وزارت بهداشت خدمات مشاوره ای ارائه دهد.

حاکمیت نظام سلامت ایران با چالش های متعددی مواجه است. بومی سازی تجربه کشورهای موفق در این زمینه منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت کشور می شود که زمینه را برای دستیابی اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می کند و در نهایت، منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و بهره وری نظام سلامت کشور می شود. سیاستگذاران نظام سلامت با تقویت حاکمیت نظام سلامت می توانند عملکرد نظام سلامت را بهبود بخشند. با توجه به تجربیات کشورهای موفق، توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل الزامات و اهداف، کاهش یا ادغام برخی از معاونت ها و اداره های وزارت بهداشت، توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین

africa-long-term-perspective-study

7. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance matters. Washington, DC: The World Bank; 1999.

8. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. World Health Organization, 2012.

9. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran*; 2013.27(1):42.

10. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedehe MH, Rostamigooran N, Delavari A, Larijani B. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iran J Public Health*; 2013.42(Supple1):42.

11. Babones SJ. *Methods for Quantitative Macro-Comparative Research*. SAGE Publications, 2013.

12. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*; 2010.5(1):69.

13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Method*; 2005.8(1):19-32.

14. WHO. *World health statistics 2016: Monitoring health for sustainable development goals*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.

15. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Lindahl AK, Westert G, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*, 2012; 106: 37-49.

16. Glengård AH. *International Profiles of Health Care Systems: The Swedish Health Care System*, The Commonwealth Fund. 2017.

17. Thorlby R, Arora S. *International Profiles of Health Care Systems: The English Health Care System*, The Commonwealth Fund. 2017.

18. The Commonwealth Fund. *International Profiles of Health Care Systems: The U.S. Health Care System*, The Commonwealth Fund. 2017.

19. Allin S, Rudoler D. *International Profiles of Health Care Systems: The Canadian Health Care System*, The Commonwealth Fund. 2017.

20. Mosadeghrad AM. Health Transformation Plan in Iran. in J. Braithwaite, W. James, & K. Ludlow (Eds.) *Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 70 Countries*, Taylor & Francis. 2017.

21. Atun R. Transforming Turkey's health system: lessons for universal coverage. *New England J Med*; 2015.373(14):1285-9.

22. Matsuda R. *International Profiles of Health Care Systems: The Japanese Health Care System*, The Commonwealth Fund. 2017.

23. Liu Ch, Haseltine W. *International Profiles of Health Care Systems: The Singaporean Health Care System*, The Commonwealth Fund. 2017.

24. Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D. *International Profiles of Health Care Systems*, The

Commonwealth Fund. 2017.

25. Tatar M, Mollahaliloglu S, Sahin B, Aydin S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. *Health Systems in Transition: Turkey*, Health system review, 2011. European Observatory on Health systems and policies. 2011.

26. Laurell AC. Universal health coverage in Latin America? *Soc Med*; 2016 Jan 1.9(2):54-5.

27. Rhodes M. *Southern European welfare states: Between crisis and reform*. Routledge; 2014 Feb 4.

28. Glover L. *International Profiles of Health Care Systems: The Australian health care system*, The Commonwealth Fund. 2017.

29. Blümel M, Busse R. *International Profiles of Health Care Systems: The German health care system*, The Commonwealth Fund. 2017.

30. Tatar K, Okamoto E. Japan health system review. *Health in Transition (HiT)*. European observatory on health systems and policies. 2009; 11 (5). Available at: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>

31. Veillard JHM, Brown AD, Baris E, Permanand G, Klazinga NS. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*; 2011.103:191-199.

32. Hauge S. Primary care in Cuba. *The Einstein J Bio Med*; 2007.23:37-42.

33. Zuckerman RB, Sheingold SH, Orav EJ. Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. *New Eng J Med*; 2016.374(16):1543-51.

34. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*; 2014.116:1-11.

35. Mosadeghrad AM. *Handbook of hospital professional organisation and management (1)*, Tehran: Dibagran Tehran, Iran, 2004. [in Persian]

36. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Arab M, Ramezani M, Akbari-sari A. An Analysis of Hospital Accreditation Policy in Iran. *Iran J Public Health*; 2017.46(10):1347-1358.

37. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi J Med Sci*; 2017.23 (153):50-61. [Persian]

38. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation implementation in Iran. *Payesh*; 2019.18(1):23-35. [Persian]

39. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of accreditation effects in hospitals. *Tehran Univ Med J*. 2019.76(12):804-812. [Persian]

40. Mosadeghrad A, Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. *JHOSP*; 2017.16 (3):43-56.