



به نام خدا



گزارش کارشناسی

متولیان و ارائه‌دهنده‌های مراقبت‌های
سلامت در ایران و نظام‌های سلامت
برتر دنیا

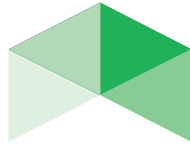


موسسه عالی پژوهش‌های سلامت





موسسه عالی پژوهش‌های سلامت ایران



متولیان و ارائه‌دهنده‌های مراقبت‌های سلامت در ایران و نظام‌های سلامت برتر دنیا

تهیه و تدوین: عبدالواحد خدامرادی
ناظرین علمی: دکتر شهرام غفاری
دکتر رضا تویسرکان منمش

شماره مسلسل: DF: ۱۰ HE (۱۸) ۹۶
تاریخ انتشار گزارش: ۹۷/۶/۱۸

واژه‌های کلیدی:
متولیان سلامت
ساختار نظام سلامت
تأمین مالی سلامت
نوع بیمه سلامت
شیوه پرداخت
ارائه‌دهندگان خدمات سلامت



خواننده گرامسی از طریق
اسکن بارکد، می‌توانید جهت
شرکت در نظرسنجی این
کتاب به لینک مربوط به آن
مراجعه کنید.



فهرست مطالب	
۴	مقدمه
۸	نظام سلامت فرانسه
۱۶	نظام سلامت ایتالیا
۲۶	نظام سلامت سنگاپور
۳۶	نظام سلامت اسپانیا
۴۸	نظام سلامت اتریش
۶۴	نظام سلامت ژاپن
۷۵	نظام سلامت نروژ
۸۷	نظام سلامت ایران
۹۹	ضمیمه



نظام سلامت، دربرگیرنده همه افراد و فعالیت‌هایی است که هدف آنها ارتقای سلامت جامعه انسانی است. امروزه متناسب با تغییر و افزایش نیازهای سلامت، مسئولیت سنگین‌تری از نظام‌های سلامت انتظار می‌رود. به طوری که نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را بر عهده دارند بلکه مسئولیت حفاظت از آنها را در برابر هزینه‌های مالی بیماری و رعایت شأن و جایگاهشان را نیز بر دوش می‌کشند. به طور خلاصه می‌توان گفت نظام‌های سلامت سه هدف بنیادین دارند:

۱- ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش

۲- پاسخ به انتظارات مردم

۳- محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت نامطلوب.

نظام‌های سلامت در قرون گذشته، واحدهایی کوچک، عمدتاً خصوصی یا خیریه و اکثراً غیرمؤثر بودند اما در قرن حاضر، با پیشرفت دانش و تکنولوژی، به نظام‌های کاملاً پیچیده‌ای تبدیل شده‌اند. امروزه این نظام‌ها الگوهایی از یک یا چند طراحی اولیه‌اند که در اواخر قرن نوزدهم شکل گرفتند و به تدریج اصلاح شدند. به طور کلی و از نظر تاریخی، مدل‌های حفاظت مالی سلامت بوریج و بیسمارک را می‌توان مبنای مدل‌های امروزی و نوین نظام سلامت در نظر گرفت. نظام سلامت هر کشور که اساس آن یکی از دو تا مدل فوق است چنان متناسب با شرایط سیاسی و اقتصادی هر کشور تغییر پیدا کرده‌اند که دو تا کشور نمی‌توان یافت که نظام سلامت کاملاً مشابه‌ای داشته باشند. در منابع مختلف هم این نکته مورد تأکید قرار گرفته است که شکل‌گیری، تغییر و توسعه نظام‌های سلامت به صورت تدریجی بوده و تحت تأثیر نظام سیاسی و رفاهی هر کشور قرار گرفته‌اند. در واقع به تعداد کشورهای جهان، نظام‌های سلامت و بیمه‌ای وجود دارد. اگر چه در منابع مختلف، دسته‌بندی‌های مشابهی از مدل‌های نظام سلامت مطرح شده است. در این زمینه کوترین اعتقاد دارد که مدل‌های موجود، ترکیبی از دو مدل اسطوره‌ای هستند و در حال حاضر مدل خاص بوریجی و یا بیسمارکی وجود ندارند. تغییرات اخیر جهانی، باعث گردیده است که مدل‌های کلاسیک به سمت مدل‌های

نوین بیمه تأمین اجتماعی حرکت کنند و مدل‌های جدیدی تحت عنوان، بو-مارک یا بیس-اریج^۱ ایجاد شود.

از آنجایی که نظام سلامت کشورها، به شدت به توسعه‌یافتگی ساختار اداری و شفافیت‌سازی دموکراتیک و رشد اقتصادی، تکنولوژیک و توسعه‌یافتگی و اجتماعی وابسته است معیارهای کلان نظام سلامت در کشورهای مختلف، تفاوت‌های آشکار با همدیگر دارند. همین معیارها که خود بر گرفته از بافتار اجتماعی، سیاسی و اقتصادی هر کشور است وضعیت سلامت هر کشور را رقم زده و توسعه اجتماعی و اقتصادی آن جامعه را تحت تأثیر قرار داده است.

بحث‌های علمی بسیاری بر این موضوع صورت گرفته است که کدام یک از روش‌های سازماندهی نظام سلامت بهتر از دیگری است. اما آنچه درباره ساختار کلی بیشتر اهمیت دارد آن است که در داخل این ساختار چقدر کارکردهای نظام سلامت خوب تعریف شده باشد. تولید در کنار تأمین منابع، تأمین مالی و تدارک خدمات به عنوان یکی از چهار کارکرد اساسی نظام سلامت بوده که به دلیل تأثیر بر سایر کارکردها و عملکردهای نظام سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار است. تولید نه تنها در سایر کارکردها تأثیر می‌گذارد بلکه امکان دستیابی به هر یک از اهداف نظام سلامت را نیز فراهم می‌سازد. فرایند تصمیم‌گیری در مورد نیازهای اولویت‌دار نظام سلامت و اطمینان از برآورده شدن اولویت‌ها در حیطه کار تولید است. بنابراین تولید با تصمیم‌گیری، تعیین نیاز، اولویت‌بندی، تعیین مقررات و استانداردها برای پایش و نظارت و ارزشیابی سروکار دارد. گزارش ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت تولید را «بخشی از کارکرد یک حکومت که مسئول تندرستی و رفاه جامعه بوده و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند اهمیت می‌دهد» تعریف می‌کند.

یکی دیگر از چهار کارکرد نظام سلامت ارائه خدمات سلامت است. همان‌طور که هدف اصلی یک نظام سلامت ارتقای سلامت افراد است کارکرد ارائه خدمت و ساماندهی ارائه خدمات سلامت نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. اگر نارسایی‌هایی در این کارکرد وجود داشته باشد ممکن است علت آن نارسایی در منابع یا تأمین مالی نامطلوب باشد. اما غالباً این امر به دلیل سازماندهی نامناسب و ناکارآمد

1- Beve-mark or Bis-eridge

نظام سلامت است. این امر ممکن است از مهره‌چینی غلط در میان نقش-آفرینان مختلف در امر ارائه خدمات ناشی شده باشد. در سازماندهی خدمات سلامت، هم بوروکراسی‌های سلسله مراتبی و هم بازارهای بدون مقررات و غیریکپارچه (تکه‌تکه) زبان‌های جبران‌ناپذیری به همراه دارند. ادغام و یکپارچه‌سازی انعطاف‌پذیر ارائه‌کنندگان مستقل یا نیمه‌مستقل سلامت می‌تواند در رفع این مشکلات کمک نماید.

تأمین مالی و منابع دو تا کارکرد دیگر نظام سلامت است. نحوه تأمین منابع مالی خدمات سلامت، بر چگونگی توزیع عادلانه و بازپرداخت برای نظام سلامت، مؤثر است. ارائه مراقبت سلامت به گونه‌ای کارآمد، نیازمند آن است که منابع مالی، به گونه‌ای متعادل و متوازن، میان بسیاری از ورودی‌هایی که جهت ارائه خدمات سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند، توزیع شود. بدون تسهیلاتی که به خوبی ساخته، تجهیز و پشتیبانی نشده باشند، تعداد بی‌شماری از پزشکان، پرستاران و سایر کارکنانی که در این راه به فعالیت مشغول‌اند، بدون استفاده خواهند بود. منابع موجود باید هم برای سرمایه‌گذاری در مهارت‌ها، تجهیزات و تسهیلات جدید و هم برای نگهداری و حفظ زیرساختار موجود مورد استفاده قرار گیرند. به علاوه، چنین توازن و تعادل دقیقی باید هم در طی زمان در بین مناطق جغرافیایی مختلف حفظ شود. در عمل، عدم توازن بین سرمایه‌گذاری هزینه‌های جاری از یک سو و میان دستجات و گروه‌های مختلف از سویی دیگر به صورت گسترده‌ای ورودی‌ها شایع است و موانعی را بر سر راه دستیابی به عملکرد رضایتبخش نظام سلامت ایجاد می‌کند.

شناخت ساختار نظام‌های سلامت کشورهای موفق در حوزه سلامت، و شناسایی کارکردها و استخراج دستاوردهای آنها می‌تواند شواهد خوبی در اختیار سیاستگذاران نظام سلامت کشورهای در حال توسعه که مدام به دنبال اصلاحات در ساختار نظام سلامت به دلیل عملکرد ضعیف هستند بگذارد. این شواهد که حاصل کلی تجربه کشورهای پیشرفته است و برای رسیدن به آنها سرمایه‌های زیادی صرف شده است می‌تواند در جهت اصلاحات نظام سلامت کشورهای در حال توسعه از جمله کشور عزیزمان کمک شایانی نماید. یا حداقل در افزایش دانش مدیران و سیاستگذاران نسبت به نظام‌های سلامت کارا و موثر باشد. ما در این مطالعه نظام‌های سلامت

کشورهایی که براساس گزارش ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت بالاترین عملکرد از لحاظ شاخص‌های عملکرد سلامت داشته‌اند و جمعیت بالای ۵ میلیون نفر داشته‌اند را مورد بررسی قرار داده‌ایم (فرانسه، ایتالیا، سنگاپور، اسپانیا، اتریش، ژاپن، نروژ). این گزارش کارکردهای نظام سلامت همراه با عملکرد کلی کشورهای فوق با تمرکز بیشتر بر تولید را دنبال کرده است.

نظام سلامت فرانسه

مشخصات عمومی

جمهوری فرانسه در غرب اروپا بین دریای مانش و دریای مدیترانه قرار گرفته است. این کشور از لحاظ مساحت، بزرگ‌ترین کشور اروپای غربی و اتحادیه اروپا و همچنین سومین کشور بزرگ در قاره اروپا به‌شمار می‌آید. از لحاظ جمعیت هم در رتبه دومین کشور پرجمعیت پس از آلمان در اتحادیه اروپا قرار می‌گیرد و دارای پنجمین اقتصاد بزرگ در جهان است. در زمینه استانداردهای بین‌المللی، فرانسه را می‌توان از کشورهای پیشرو دانست. از لحاظ استانداردهای زندگی، تحصیلات، سلامت، امید به زندگی، آزادی و شاخص توسعه انسانی این کشور از وضعیت خوبی برخوردار است. براساس آمار بانک جهانی، در سال ۲۰۱۶ تولید ناخالص داخلی براساس شاخص قدرت خرید (PPP) ۲۷۶۶ میلیارد دلار بوده است که دهمین اقتصاد بزرگ جهان به حساب می‌آید. سرانه تولید ناخالص داخلی این کشور در همان سال، ۴۱۳۴۳ دلار (PPP) بوده است که رتبه ۳۲ جهان را شامل می‌شود. در حوزه سلامت با توجه به رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ با توجه به پنج شاخص عملکردی، در بین ۱۹۱ کشور عضو، نظام سلامت فرانسه بهترین عملکرد را داشته است. براساس گزارش بانک جهانی امید به زندگی در این کشور در سال ۲۰۱۵، ۸۲،۷ (۸۶ خانم‌ها، ۷۹،۵ آقایان) سال بوده است.

نظام سلامت

شکل نظام سلامت فرانسه از نوع بیمه اجتماعی براساس مدل بیسمارک می‌باشد. با این حال نظام سلامت فرانسه به لحاظ تاریخی به صورت متمرکز در اختیار دولت است. خصوصیت پرداخت‌کننده عمومی واحد و افزایش سهم مالیات مبتنی بر درآمد در تأمین مالی مراقبت سلامت، نظام سلامت فرانسه را به سمت نظام سلامت ملی براساس مدل بورج نزدیک می‌کند. از سال ۱۹۹۰ با افزایش مخارج سلامت و کسری بودجه بیمه قانونی سلامت^۱ (SHI) و وابستگی به مالیات در تأمین مالی، نقش دولت در برنامه‌ریزی و قانون‌گذاری افزایش یافته است. بیمه قانونی سلامت که یکی از برنامه‌های استحقاقی نظام تأمین اجتماعی می‌باشد از طریق طرح‌های مختلف،

1. statutory health insurance

جمعیت مقیم فرانسه را پوشش می‌دهد. نوع طرح به طور اساسی بستگی به محل کار افراد دارد که این طرح‌ها شکل رقابتی ندارند.

متولی / متولیان سلامت

نظام سلامت در کشور فرانسه تحت نظارت کلی دولت قرار دارد و تعیین استراتژی سلامت ملی بر عهده وزارت سلامت می‌باشد.

نهادهای قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری نظام سلامت کشور فرانسه عبارتند از:

○ دولت: مجلس و حکومت، به ویژه وزارت سلامت

○ بیمه قانونی سلامت (SHI) و

○ ارگان‌های محلی به میزان کمتر، به ویژه در سطح منطقه‌ای.

مجلس بر نظام سلامت و منابع آن تأثیر دارد. آن از طریق تصویب مقررات و تعیین سیاست‌های کلی سلامت عمومی، نظام سلامت را کنترل می‌کند.

مسئولیت اجرای سیاست‌های دولت در بخش سلامت عمومی، سازماندهی و تأمین مالی سیستم خدمات درمانی در چهارچوب قانون سلامت عمومی و کنترل هزینه‌های خدمات درمانی تعریف شده توسط مجلس بر عهده وزارت سلامت این کشور می‌باشد. این وزارت‌خانه با مشارکت بیمه‌گر قانونی سلامت، در تعریف بسته مزایا، تنظیم قیمت و تعرفه خدمات ارائه‌کنندگان و کنترل هزینه نقش دارد.

سازمان ایمنی محصولات سلامت فرانسه مرجع تصمیم‌گیری در خصوص ایمنی محصولات از مرحله تولید تا بازاریابی می‌باشد.

روند نظارت و سازماندهی ارزیابی فناوری سلامت بر عهده دولت و بیمه‌گر قانونی سلامت می‌باشد. مهمترین نهاد ارزیابی فناوری سلامت در فرانسه سازمان ملی سلامت است که از اختیارات و تخصص لازم جهت ارزیابی مراکز دانشگاهی و گروه‌های حرفه‌ای برخوردار است.

در سطح منطقه‌ای، اداره امور اجتماعی و سلامت به وسیله آژانس سلامت منطقه‌ای^۱ که

1- Regional health agency

به طور مستقیم تحت نظارت وزارت سلامت نیستند اداره می‌شود. این آژانس، تحت نظارت شورای ملی راهبری که اعضای آن شامل نمایندگان وزارت سلامت، مسول حساب‌های عمومی و تأمین اجتماعی، بیمه قانونی سلامت و صندوق همبستگی ملی^۱ هستند فعالیت می‌کنند. شورای ملی راهبری یک نهاد حاکمیتی در سطح محلی به شمار می‌رود.

ساختار وزارت سلامت

وزارت سلامت در سطح مرکزی اداره امور سلامت و تأمین اجتماعی کشور قرار دارد. این وزارت دارای ۴ بخش اصلی زیر می‌باشد:

۱. اداره کل سلامت، که بر سیاست‌های سلامت نظارت می‌کند.
۲. اداره کل تأمین مراقبت‌های سلامت، که منابع انسانی و سرمایه را در کل نظام سلامت مدیریت می‌کند.
۳. اداره تأمین اجتماعی، که مسئول سیاست‌ها، اداره و تأمین مالی برای نظام تأمین اجتماعی است، از جمله تهیه پیش‌نویس بودجه سالیانه تأمین اجتماعی که توسط مجلس به تصویب می‌رسد؛ و
۴. اداره کل سیاست‌های اجتماعی، که مسئول مراقبت‌های سلامت و اجتماعی برای سالمندان و معلولین یا افراد آسیب‌پذیر می‌باشد.

وزارت سلامت وابسته به دولت وقت ممکن است نام‌های متفاوت داشته باشد یا شامل چهار اداره مذکور یا کمتر باشد و حتی ممکن است بیشتر از یک وزیر داشته باشد به عنوان مثال در سال‌های ۲۰۱۰ الی ۲۰۱۲ دو وزیر مسئولیت وزارت سلامت را بر عهده داشتند. این موارد بستگی به قدرت سیاسی شخص وزیر دارد. از ۲۰۱۴ به بعد وزارت سلامت مسول امور اجتماعی و حقوق زنان را نیز بر عهده دارد.

مسئولیت‌های اصلی این وزارت عبارتند از:

- تخصیص بودجه به بخش‌های مختلف (بیمارستان‌ها، مراقبت‌های ویژه، مراقبت‌های بهداشت روانی، بخش اجتماعی و سلامتی برای معلولین) و

1- National Solidarity Fund for Autonomy

مناطق مختلف

- تصمیم‌گیری در مورد پذیرش تعداد دانشجویان پزشکی در دانشکده‌های پزشکی، تعداد تخت بیمارستان و تجهیزات پزشکی گران قیمت
- تنظیم تعرفه‌ها برای بیمارستان‌های عمومی و خصوصی تحت سیستم T2A (پرداخت مبتنی بر فعالیت)
- تصویب توافق‌نامه‌های امضا شده بین بیمه قانونی سلامت و اتحادیه‌های نمایندگان حرفه‌های سلامت خویش فرما
- تنظیم قیمت‌گذاری دارو و تجهیزات براساس پیشنهادات از اداره ملی سلامت و کمیته‌های ویژه
- ایجاد استانداردهای ایمنی در بیمارستان‌ها و
- مشخص کردن حوزه‌های اولویت‌دار برای برنامه‌های ملی.

وزیر سلامت

وزیر سلامت یک مقام کابینه در دولت فرانسه است. از نمونه وظایف او نظارت بر خدمات عمومی سلامت و بخش بیمه سلامت از نظام تأمین اجتماعی فرانسه است. البته وظایف وزیر ثابت نیست و بستگی به تصمیم نخست وزیر دارد. وزیر گاهی اوقات نیز دارای یک یا چند وظیفه دیگر از جمله کار، حقوق بازنشستگی، خانواده، سالمندان، افراد معلول و حقوق زنان است. وزیر کنونی فرانسه آگنس بویزین^۱ می‌باشد که رشته تخصصی ایشان هماتولوژیست است و استاد تمام دانشگاه می‌باشد که در سال ۲۰۱۷ به عنوان وزیر سلامت انتخاب شدند. وزیر قبلی این وزارت خانم ماریسول تورین^۲ بوده که از سال ۲۰۱۲ الی ۲۰۱۷ این پست را بر عهده داشتند ایشان فارغ‌التحصیل انستیتو مطالعات سیاسی پاریس هستند و در مسائل اقتصادی و اجتماعی تخصص دارند.

1-Agnès Buzyn

2- Marisol Touraine

وزارت استخدام و امور اجتماعی

این وزارت در دوره‌های مختلف اسم‌های مختلف داشته است. این وزارت مسئول سیاست‌گذاری و اجرای سیاست‌های ملی در زمینه کار، اشتغال، آموزش حرفه‌ای و گفتگوی اجتماعی است؛ و در پیشگیری از حوادث و بیماری‌های شغلی نقش دارد. وزیر استخدام و امور اجتماعی، باید مقررات مربوط به شرایط کار، قراردادهای جمعی و حقوق کارگران را تنظیم و اجرا نماید. وزیر کار، همراه با وزیر سلامت، مسئول سیاست‌گذاری و اجرای قانون و مدیریت نهادهای تأمین اجتماعی در زمینه حوادث و بیماری‌های شغلی است.

نظام تأمین اجتماعی در فرانسه

نظام تأمین اجتماعی فرانسه یک نظام چندلایه می‌باشد که پوشش‌های متفاوتی از جمله مزایای بازنشستگی از کارافتادگی، بیکاری، بازمندگان، درمان، بارداری و عائله‌مندی را ارائه می‌نماید.

این طرح به طور کلی توسط شبکه‌ای از نهادهای سازمان یافته محلی، منطقه‌ای و ملی تحت نظارت وزارت‌خانه‌های مختلف (وزارت استخدام و امور اجتماعی، وزارت سلامت و وزارت اقتصاد و مالی) اجرا می‌شود.

نوع بیمه/پرداخت‌کننده

سیستم بیمه اجباری درمان با کلیه بیمه‌گران سلامت اجتماعی تجمیع شده و در یک سیستم ملی پرداخت واحد توسط صندوق قانونی و غیررقابتی بیمه سلامت به مورد اجرا گذاشته می‌شود. بیمه‌های تکمیلی خصوصی هم برای تحت پوشش درآوردن خدمات ارائه‌دهندگان خصوصی و همچنین برای خدماتی که توسط سیستم عمومی تحت پوشش ناقص هستند فعالیت دارند.

تأمین مالی

در سال ۲۰۱۴ سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی، ۱۱٫۵ درصد می‌باشد (سرانه ۴۵۰۸ دلار) که نسبت به میانگین کشورهای اتحادیه اروپا بالاتر می‌باشد.

مخارج عمومی سلامت ۷۸ درصد از کل مخارج سلامت یا ۹ درصد از تولید ناخالص داخلی را شامل می‌شود. که ۶۴ درصد مخارج عمومی نظام سلامت از طریق بیمه قانونی سلامت (حقوق و دستمزد کارفرما و کارگر)، ۱۶ درصد از طریق مالیات بر درآمد ملی، ۱۲ درصد حاصل از مالیات تنباکو، الکل و صنایع دارویی و شرکت‌های بیمه درمانی اختیاری، ۶ درصد انتقال از سایر شاخه‌های تأمین اجتماعی و ۲ درصد یارانه دولت می‌باشد. مخارج مستقیم از جیب (OOP)، تنها ۶٫۳ درصد از کل مخارج نظام سلامت و ۲۹ درصد مخارج بخش خصوصی نظام سلامت را شامل می‌شود.

شیوه پرداخت

شیوه پرداخت بستگی به نوع خدمت ارائه شده دارد. پرداخت به پزشکان برای مراقبت‌های اولیه به صورت پرداخت به ازای خدمت (کارانه) صورت می‌گیرد. به علاوه پزشکان سالیانه مبلغ ۴۰ یورو به ازای هر بیمار مبتلا به بیماری مزمن و مبلغی به عنوان پاداش عملکرد دریافت می‌کنند. برای پزشکانی که خدمات تخصصی سرپایی ارائه می‌دهند اغلب به صورت پرداخت به ازای خدمت است. البته پرداخت به پزشکانی که در بیمارستان‌ها خدمات سرپایی انجام می‌دهند براساس حقوق می‌باشد. ارجاع به پزشک متخصص صرفاً از طریق پزشک عمومی مراقبت‌های اولیه صورت می‌گیرد. هرچند دسترسی مستقیم به پزشک متخصص زنان، چشم پزشک، روانپزشک و دندانپزشک امکان‌پذیر است. تعرفه‌ها توسط بیمه‌گر قانونی سلامت و وزارت بهداشت تنظیم می‌شود.

طبق قوانین تنظیمی وزارت سلامت بازپرداخت هزینه به همه بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها از طریق سیستم پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG) صورت می‌گیرد. حقوق پزشکان نیز تحت این سیستم پرداخت می‌شود. بیمارستان‌های عمومی به میزان ۸۰ درصد از طریق بیمه قانونی سلامت و ۲۰ درصد نیز توسط بیمه‌های خصوصی و پرداخت از جیب تأمین مالی می‌شوند.

افراد تحت پوشش

پوشش بیمه به صورت فراگیر و اجباری بوده و کلیه افراد مقیم کشور فرانسه تحت پوشش صندوق قانونی و غیررقابتی بیمه سلامت قرار می‌گیرند. افراد شاغل یا افراد

بیکار که قبلاً شاغل بوده‌اند (و خانواده‌هایشان) دانش آموزان و بازنشستگان تحت پوشش این صندوق هستند. شهروندان نمی‌توانند از پوشش این صندوق خارج شوند به استثنای شهروندان فرانسوی که در استخدام شرکت‌های خارجی هستند.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت

حدود ۵,۳ درصد از جمعیت فرانسه در بخش سلامت کار می‌کنند که نسبت تعداد دکتر و پرستار به جمعیت در فرانسه نزدیک به میانگین کشورهای اتحادیه اروپا است (۳۱۹ دکتر و ۱۰۰۰ پرستار به صد هزار نفر جمعیت در مقایسه با ۳۴۷ پزشک و ۸۵۰ پرستار اتحادیه اروپا).

مسئولیت آموزش پزشکی

تحصیل پزشکی در فرانسه تحت مقرراتی است که به طور مشترک توسط وزارت آموزش و پژوهش عالی و وزارت سلامت تنظیم شده است. وزارت سلامت نقش آموزش پزشکی را بر عهده ندارد فقط در مورد تعداد افراد پذیرش رشته‌های حوزه پزشکی مورد نیاز تصمیم‌گیری می‌کند. آموزش پزشکی در فرانسه توسط دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌ها انجام می‌شود و جنبه‌های عملی و نظری آموزش پزشکی را پوشش می‌دهد. دانشکده‌های پزشکی نقش مرکزی و اصلی در تعیین برنامه‌های آموزشی پزشکی را انجام می‌دهند. حال، آنها باید با قوانین ملی که به صورت مشترک توسط وزارت سلامت و وزارت آموزش و پژوهش عالی تعیین می‌شود مطابقت داشته باشد. دانشکده‌های پزشکی توسط واحدهای آموزش و پژوهش پزشکی زیر نظر وزارت آموزش و پژوهش عالی اداره می‌شوند.

مالکیت ارائه‌دهنده

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت ترکیبی است از پزشکان خصوصی، بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی و بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی. نکته قابل توجه این است که وزارت سلامت خودش به طور مستقیم ارائه‌دهنده خدمت نمی‌باشد بلکه مسئولیت نظارت و سازماندهی ارائه‌دهندگان را بر عهده دارد. در فرانسه حدود ۲۰۰ هزار پزشک شامل ۹۲ هزار پزشک عمومی و ۱۰۸ هزار

پزشک متخصص به امر طبابت اشتغال دارند. بیشتر پزشکان خویش فرما هستند (۴۶) درصد منحصراً برای خودشان کار می‌کنند و ۱۰ درصد به صورت ترکیبی استخدامی و خصوصی) و بقیه هم استخدامی هستند. تعداد زیادی از پزشکان خویش فرما به صورت گروهی فعالیت می‌کنند.

بیمارستان‌ها تحت نظارت آژانس سلامت منطقه‌ای هستند. در سطح منطقه‌ای، آژانس سلامت منطقه‌ای ارائه مراقبت‌های سرپایی و بیمارستانی را برای جامعه و همچنین سلامت و مراقبت‌های اجتماعی برای سالمندان و معلولان براساس نیازهای جامعه از طریق برنامه استراتژیک منطقه‌ای سازماندهی می‌کند.

نظام سلامت ایتالیا

مشخصات عمومی

کشور ایتالیا یک جمهوری پارلمانی در جنوب اروپا است که در قلب دریای مدیترانه واقع شده است و با کشورهای فرانسه، سوئیس، اتریش، اسلونی، سان مارینو و واتیکان هم‌مرز است. کشور ایتالیا با جمعیت حدود ۶۱ میلیون نفر، چهارمین کشور پرجمعیت عضو اتحادیه اروپا بعد از آلمان، فرانسه و انگلستان و ششمین کشور پرجمعیت اروپا محسوب می‌شود. این کشور از ۲۰ منطقه تشکیل شده است که این مناطق از نظر اندازه، جمعیت و توسعه اقتصادی بسیار متنوع و متفاوت هستند. این مناطق به ناحیه‌های تشکیل شده از شهرداری‌ها تقسیم می‌شوند. ایتالیا حدود ۸۱۰۰ شهرداری دارد که از روستاهای کوچک تا شهرهای بزرگ مانند رم متفاوت است. براساس آمار بانک جهانی، در سال ۲۰۱۶ تولید ناخالص داخلی ایتالیا، ۲۳۲۶ میلیارد دلار (PPP) بوده است که یازدهمین اقتصاد بزرگ جهان به حساب می‌آید. همچنین سرانه تولید ناخالص داخلی در همان سال، ۳۸۳۸۰ دلار (PPP) بوده است که رتبه ۳۵ جهان را شامل می‌شود. اکثریت مردم ایتالیا دارای سطح بالایی از استانداردهای جهانی هستند که نتیجه سیاست‌های صحیح در حوزه سلامت و رفاه است. در طول چهار دهه گذشته، وضعیت سلامت ایتالیایی‌ها با در نظر گرفتن شاخص امید به زندگی در هنگام تولد با افزایش قابل ملاحظه‌ای، بهبود یافته است. در سال ۲۰۱۵ امید به زندگی حین تولد در این کشور ۸۳٫۵ (۸۶ خانم‌ها، ۸۱٫۱ آقایان) سال بوده است. با توجه به رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت ایتالیا رتبه دوم بهترین عملکرد را در بین نظام‌های سلامت جهان داشته است.

نظام سلامت

سیستم مراقبت سلامت ایتالیا به شکل نظام سلامت ملی (بورج) و براستاس مدل NHS کشور انگلستان سازمان یافته است که پوشش همگانی و دسترسی رایگان (حق مشارکت کم) را برای جمعیت مقیم فراهم می‌کند. نظام سلامت ملی ایتالیا (SSN) در سه سطح سازماندهی شده است: ملی، منطقه‌ای و ناحیه‌ای. در سطح ملی اهداف و اصول اساسی نظام سلامت ملی پایه‌ریزی و طراحی می‌شود.

دولت‌های منطقه، از طریق ادارات سلامت منطقه‌ای خود، شبکه‌های جمعیت‌محور؛ سازمان‌های مدیریت سلامت محلی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مسئول تضمین ارائه بسته خدمات سلامت هستند.

هر چند نظام سلامت ملی ایتالیا براساس مدل NHS انگلستان است ولی با این وجود تفاوت‌های مهمی بین NHS و SSN وجود دارد. به عنوان مثال در سال ۱۹۴۸، در انگلستان بیمارستان‌های عمومی و خصوصی وارد سیستم NHS شدند ولی در ایتالیا بیمارستان‌های خصوصی خارج از SSN هستند. علاوه بر این در مناطقی از ایتالیا، بخش‌های سلامت محلی با واحدهای ارائه‌دهنده خدمات که خارج از شبکه SSN هستند قرارداد همکاری منعقد می‌نماید. از این رو در ایتالیا با تعداد زیادی از ارائه‌دهندگان خدمات قرارداد بسته می‌شود بدون آنکه جنبه اجرایی پیدا کند. این موضوع موجب رقابت در بین بیمارستان‌های مختلف شده است. تفاوت دیگر در مدت انتظار بیماران برای دریافت خدمات درمانی است که بیش از ۴ روز طول نمی‌کشد. بیماران به بیمارستان‌های خارج از SSN مانند بیمارستان‌های خصوصی مراجعه می‌کنند و خود سیستم SSN صورت‌حساب‌های بیماران را بازپرداخت می‌کند.

متولی / متولیان سلامت



نظام سلامت ایتالیا به سه بخش وزارت سلامت، ۲۱ بخش منطقه‌ای و بیش از ۶۰۰ بخش محلی تقسیم می‌شود. در سطح ملی، وزارت سلامت (با حمایت چندین سازمان تخصصی) پایه و اساس و اهداف نظام سلامت، بسته اصلی خدمات سلامت تضمین شده در سراسر کشور و تخصیص بودجه ملی به مناطق را تنظیم می‌کند. مناطق مسئول سازماندهی و ارائه مراقبت سلامت هستند. در سطح محلی، واحدهای محلی سلامت، خدمات سلامت عمومی، خدمات بهداشتی اولیه و ثانویه و مراقبت‌های تخصصی به طور مستقیم یا از طریق بیمارستان‌های عمومی یا ارائه‌دهندگان خصوصی معتبر ارائه می‌دهند. ۱۹ منطقه و دو استان مستقل مسئولیت سازماندهی و ارائه خدمات سلامت را از طریق واحدهای سلامت محلی برعهده دارند. مناطق در تعیین ساختار کلان سیستم‌های سلامت خود از استقلال قابل توجهی برخوردارند. واحدهای سلامت محلی تحت مدیریت مدیر کل منصوب‌شده توسط

استاندار منطقه اداره می‌شوند و مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های پزشکی، مراقبت‌های سرپایی، مراقبت‌های سلامت عمومی و مراقبت‌های سلامت مرتبط با مراقبت‌های اجتماعی را ارائه می‌دهند.

دولت ایتالیا، از طریق وزارت سلامت، برنامه‌ریزی بهداشت و درمان، از جمله تعریف بسته خدمات و تنظیم اهداف بلندمدت، تأمین مالی با تخصیص بودجه به سیستم‌های سلامت منطقه‌ای، نظارت و اداره عمومی مؤسسات ملی پژوهشی را انجام می‌دهد. این وزارت در انجام وظایفش توسط چندین آژانس دولتی دائمی پشتیبانی می‌شود مهم‌ترین آنها عبارتند از:

• **مؤسسه ملی سلامت**^۱: این مؤسسه، تحقیقات علمی، نظارت و ارتقاء سلامت عمومی و انتشار دانش را انجام می‌دهد. مؤسسه ملی سلامت در زمینه‌های فوق نقش مشورتی را به وزارت سلامت با دارا بودن درجه‌ای از استقلال از جمله داشتن امکانات و تسهیلات تحقیقاتی ایفا می‌کند.

• **آژانس ملی خدمات سلامت منطقه‌ای**^۲: این آژانس به عنوان رابط بین وزارت سلامت و سازمان‌های منطقه‌ای عمل می‌کند و به آنها در تضمین کیفیت، کارایی و اثربخشی سازمانی در ارائه مراقبت‌های سلامت کمک می‌کند. آن همچنین بر فعالیت‌های این حوزه‌ها نظارت دارد و با وزارت و سیستم‌های مراقبت سلامت منطقه‌ای در زمینه برنامه‌ریزی و اجرای اصلاحات سازمانی همکاری می‌کند.

• **مرکز ملی پیشگیری و کنترل بیماری**^۳: به منظور برقراری ارتباط بین وزارت سلامت و حکومت منطقه‌ای در زمینه‌های نظارت، پیشگیری و واکنش به موضوعات اضطراری سلامت ایجاد شده است. وظایف آن همچنین شامل طراحی استراتژی‌های ملی مبتنی بر شواهد به منظور پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقاء سلامت و عدالت در دسترسی به مراقبت‌های سلامت می‌باشد.

1-The National Institute of Health

2-National Agency for Regional Health Services

3- National Centre for Disease Prevention and Control

• مؤسسات ملی تحقیقات علمی^۱

• سازمان ملی مقررات دارویی^۲

مهمترین نهاد فنی و مشاوره‌ای به وزارت سلامت که نهاد غیر دولتی محسوب می‌شود و از وزارت بهداشت حمایت می‌کند، شورای ملی سلامت^۳ است. این شورا شامل ۵۰ عضو از جمله نمایندگان ملی از آژانس‌های دولتی و همچنین دانشمندان، پزشکان و دیگر کارشناسان شناخته شده می‌باشد. کارکرد این شورا حمایت از برنامه‌ریزی سلامت ملی، بهداشت و سلامت عمومی، داروسازی و اپیدمیولوژی دارویی، آموزش پزشکی برای حرفه‌های مراقبت‌های سلامت و سیستم‌های اطلاعاتی است.

ساختار وزارت سلامت

وزارت در حال حاضر در سه بخش مستقل و تخصصی که هر کدام شامل زیربخش‌های مربوطه می‌باشند سازماندهی شده است:

۱- گروه بهداشت عمومی و نوآوری.

• پیشگیری

• سلامت و تحقیقات پزشکی

• روابط اروپا و بین الملل

• ارتباطات و روابط سازمانی

۲- گروه برنامه‌ریزی و سازماندهی SSN

• برنامه ریزی‌های بهداشتی درمانی

• آمار سلامت و سیستم اطلاعات

• حرفه‌های سلامت و منابع انسانی SSN

• تجهیزات پزشکی، خدمات دارویی و ایمنی مراقبت

1- National Institutes for Scientific Research

2- National Authority for Pharmaceutical Regulation

3- National Health Council

۳. بخش مراقبت دامپزشکی، ایمنی مواد غذایی و واحدهای دانشگاهی حافظ سلامت

- مراقبت‌های دامپزشکی و داروسازی
- ایمنی مواد غذایی و تغذیه
- ارگان‌های دانشگاهی جهت حفاظت از سلامت.

وزیر سلامت

وزیر سلامت ایتالیا یکی از مقامات دولت ایتالیا محسوب می‌شود که توسط نخست‌وزیر انتخاب می‌شود. وزیر فعلی وزارت سلامت ایتالیا، خانم بئاتریس لورنزین است که در آوریل ۲۰۱۳ توسط انریکو لاتلا، نخست‌وزیر دو دوره قبل، منصوب شد. لورنزین در دوره سه نخست‌وزیر اخیر ایتالیا این پست را دارند. تحصیلات ایشان دیپلم است البته بعد از فارغ التحصیلی از دبیرستان در دانشکده حقوق ثبت‌نام کرد، اما تحصیلاتش را کامل نکرد. ایشان تجربه کاری سیاسی در حوزه‌های مختلف بخصوص در زمینه حقوق و قانون اساسی ایتالیا داشته‌اند. وزیر قبلی سلامت ایتالیا آقای رناتو بالدوزی بوده که به مدت دو سال وزیر بوده‌اند. قبل از وزیر شدن ایشان استاد تمام دانشگاه در حوزه قانون اساسی بوده‌اند. لازم به ذکر است مدت زمان فعالیت هر نخست‌وزیر در ایتالیا دو سال است.

وزارت کار و سیاست‌های اجتماعی

وزارت کار و سیاست‌های اجتماعی مسئول تنظیم سیاست‌های نیروی کار، اشتغال، حفاظت از نیروی کار، نظام تأمین اجتماعی و سیاست اجتماعی، با توجه ویژه به پیشگیری و کاهش نگرانی مردم است.

نظام تأمین اجتماعی در ایتالیا

ایتالیا دارای یک نظام گسترده تأمین اجتماعی است که اکثریت قریب به اتفاق جمعیت را تحت پوشش دارد. بیمه‌های اجتماعی حوزه‌های مختلف از جمله بیکاری، بیماری و زایمان، صدمات محل کار و بیماری‌های شغلی، سالمندان، حقوق بازماندگان

و کمک هزینه خانواده را پوشش می‌دهند. این پوشش خدمات سلامت ملی (SSN) که از مالیات‌های عمومی تأمین اعتبار می‌شود را شامل نمی‌شود.

این نظام تأمین اجتماعی توسط تعدادی از سازمان‌های دولتی، که زیر چتر مؤسسه ملی تأمین اجتماعی^۱ هستند اداره می‌شود. مؤسسات تأمین اجتماعی و صندوق‌های بازنشستگی حرفه‌ای مجموعه‌ای از مشارکت و تدارکات مزایای تأمین اجتماعی را برعهده دارند. در سطح ملی امورات تأمین اجتماعی تحت هدایت و نظارت وزارت‌خانه‌های کار و سیاست‌های اجتماعی؛ اقتصاد و دارایی؛ و وزارت سلامت می‌باشند. همه کارمندان و کارکنان خویش فرما، سهم تأمین اجتماعی با چند مورد استثنا را پرداخت می‌کنند. همه کارمندان ایتالیا، به صورت اجباری تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند. مزایای تأمین اجتماعی شامل کارکنان بخش خصوصی، کارکنان خویش فرما از جمله تجار، صنعتگران، کشاورزان و فعالان بخش غیررسمی هم می‌شود که ثبت نام آنها توسط مؤسسه ملی تأمین اجتماعی انجام می‌گیرد. نظام تأمین اجتماعی ایتالیا از طریق سهم مشارکت پرداخت شده توسط کارفرمایان و کارکنان و همچنین از طریق مالیات تأمین اعتبار می‌گردد.

نوع بیمه/پرداخت‌کننده

نوع بیمه سلامت ایتالیا، سیستم سلامت ملی (SSN) می‌باشد که همه شهروندان و ساکنین خارجی قانونی را تحت پوشش قرار می‌دهد. نحوه پوشش اتوماتیک و همگانی می‌باشد. بیمه سلامت همگانی میزان مشخصی از خدمات را ارائه می‌دهد و در دسترس همه جمعیت است. این بیمه مراقبت‌های بیمارستانی را بدون مشارکت بیمار در پرداخت هزینه‌ها را پوشش می‌دهد. بیمه سلامت خصوصی نقش کم‌رنگی در ایتالیا را دارد. حدود ۶ میلیون نفر در ایتالیا عضو بیمه سلامت خصوصی هستند. در ایتالیا دو نوع بیمه درمانی خصوصی وجود دارد: شرکتی، که در این نوع بیمه شرکت‌ها، کارکنان و بعضی وقت‌ها خانواده‌های آنها را پوشش بیمه خصوصی قرار می‌دهند و غیرشرکتی، که در این نوع بیمه، افراد خود یا خانواده‌هایشان را بیمه می‌کنند.

خدمات سلامت ملی به طور اساسی از طریق مالیات ملی و منطقه‌ای تأمین مالی می‌شود. همچنین در کنار آن پرداخت از جیب برای دارو و مراقبت‌های سرپایی وجود دارد. در سال ۲۰۱۴ کل هزینه‌های سلامت ۹,۲ درصد تولید ناخالص داخلی (کمی کمتر از متوسط اتحادیه اروپا = ۹,۶ درصد) را شامل شده است. در همین سال مخارج سرانه سلامت ۳۲۳۹ دلار (براساس شاخص PPP) بوده است. منابع عمومی ۷۵,۶ درصد کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را تأمین می‌کند. بخش خصوصی هم بقیه هزینه‌ها که عمدتاً پرداخت از جیب (۲۱,۲ درصد از کل مخارج سلامت) می‌باشد را شامل می‌شود. این پرداخت‌های OOP عمدتاً برای روش‌های تشخیصی (تست‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری)، دارو، ویزیت متخصص و برای مداخلات غیرموجه (غیرفوری) ارائه شده در اورژانس بیمارستان می‌باشد. تنها حدود یک درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت از طریق بیمه سلامت خصوصی تأمین می‌شود.

شیوه پرداخت

به صورت کلی، پزشکان شاغل در نظام سلامت ایتالیا حقوق بگیر هستند اگرچه، متخصصان دولتی و متخصص اطفال که مستقل هستند پرداخت از طریق ترکیبی از سرانه و مستقیم از جیب برای برخی از مداخلات صورت می‌گیرد.

پرداخت به پزشکانی که مراقبت‌های اولیه ارائه می‌دهند به ازای پرداخت سرانه به ازای تعداد افراد تحت نظر آنها پرداخت می‌شود. پرداخت سرانه براساس سن تعدیل شده است و حدود ۷۰ درصد از پرداخت‌ها از این طریق است. در کنار آن پرداخت مبتنی بر عملکرد برای بعضی ارائه مراقبت‌های ویژه در جهت رسیدن به اهداف تعیین شده (به عنوان مثال، برای هزینه اثربخش بودن تجویز دارو، آزمایشات و اقدامات درمانی) وجود دارد. پرداخت از جیب برای درمان‌های خاص، از جمله جراحی‌های کوچک، مراقبت از خانه، فعالیت‌های پیشگیرانه، و مراقبت‌های ویژه بیماران مزمن وجود دارد.

پرداخت به متخصصان ارائه‌دهنده خدمات سرپایی تخصصی براساس دستمزدها ساعتی است که به صورت ملی بین دولت و اتحادیه‌های کارگری تعیین می‌شود. پرداخت

از جیب بیمار برای ویزیت‌های متخصصان سرپایی و تست‌های تشخیصی وجود دارد درحالی‌که مراقبت‌های اولیه رایگان ارائه می‌شود. پرداخت از جیب معمولاً قبل از ویزیت یا تست به وسیله بیمار پرداخت می‌شود.

بسته به منطقه، بودجه عمومی توسط واحدهای سلامت محلی به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی اختصاص داده می‌شود. یک سیستم پرداخت آینده‌نگر براساس پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG) در سراسر کشور برای اکثر بیمارستان‌ها رایج است اما این برای بیمارستان‌هایی که به طور مستقیم توسط واحدهای سلامت محلی اداره می‌شوند کاربرد ندارد. در این بیمارستان‌ها بودجه سالیانه رایج است. بیمارستان‌های آموزشی مبلغ اضافی (به طور معمول ۸ الی ۱۰ درصد از درآمد کلی) برای پوشش هزینه‌های اضافی مربوط به آموزش دریافت می‌کنند.

نرخ‌های پرداخت برای بیمارستان و مراقبت‌های سرپایی توسط هر ناحیه به شکل جداگانه با توجه به نرخ‌های ملی (تعیین شده توسط وزارت سلامت) به عنوان یک مرجع تعیین می‌شود.

افراد تحت پوشش

همه شهروندان و اتباع خارجی مقیم به صورت اتوماتیک و همگانی تحت پوشش SSN قرار می‌گیرند. بیمه سلامت همگانی میزان مشخصی از خدمات را ارائه می‌دهد و در دسترس همه جمعیت است. از سال ۱۹۹۸، مهاجران غیرقانونی دسترسی به خدمات فوری و ضروری را دارند. بازدید کنندگان موقت، با پرداخت پول برای هزینه‌های درمان، می‌توانند خدمات سلامت را دریافت کنند.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت

در سال ۲۰۱۰ حدود ۶۵۰ هزار پرسنل مراقبت سلامت در بخش SSN مشغول به فعالیت بوده‌اند. که ۷۰ درصد آنها حرفه‌های سلامت، ۱۸ درصد نیروهای فنی و ۱۲ درصد آنها نیروهای اداری بوده‌اند. در بین حرفه‌های سلامت ۲۴ درصد پزشک و دندانپزشک، ۵۸ درصد پرستار و ۱۸ درصد بقیه حرفه‌های سلامت از جمله داروساز، فیزیوتراپ و غیره می‌باشد. به ازای هر هزار نفر جمعیت ۳٫۴ تخت بیمارستانی، ۳٫۷ پزشک و ۶٫۳ پرستار وجود دارد.

آموزش عالی حرفه‌های پزشکی در ایتالیا توسط دانشگاه‌ها و زیر نظر وزارت آموزش، دانشگاه و تحقیقات^۱ انجام می‌گیرد. این وزارت‌خانه چارچوب قانونی نظام آموزش عالی ایتالیا را سازماندهی می‌کند که توسط برخی از مؤسسات مشورتی مانند شورای ملی دانشگاه، کمیته ملی ارزیابی سیستم دانشگاهی (اخیراً آژانس ملی ارزیابی)، کنگره ریاست دانشگاه ایتالیا و شورای ملی دانشجویی دانشگاه حمایت می‌شود. با توجه به قانون اساسی ایتالیا، دانشگاه‌ها از استقلال لازم در انجام آموزش عالی در چارچوب قانونی تعریف شده ملی، برخوردار هستند. دانشگاه‌های دولتی نهادی عمومی هستند که دارای استقلال علمی، آموزشی، مدیریتی، مالی و حسابداری هستند. از سال ۱۹۹۹، ورود به آموزش پزشکی در ایتالیا توسط وزارت آموزش، دانشگاه و تحقیقات، با انتخاب بر اساس آزمون ورودی رقابتی انجام می‌گیرد. وزارت سلامت ایتالیا در مورد تعداد افراد مورد نیاز رشته‌های پزشکی نقش مشورتی را با وزارت آموزش، دانشگاه و تحقیقات ایفا می‌کند. ولی در نهایت کنترل تعداد دانشجویان پذیرفته شده در دانشکده‌های پزشکی توسط وزارت آموزش، دانشگاه و تحقیقات انجام می‌گیرد.

مراقبت‌های سلامت عمدتاً توسط ارائه‌دهنده‌های دولتی ارائه می‌شود هر چند نهادهای خصوصی یا خصوصی - دولتی هم ارائه خدمت می‌کنند. مراقبت‌های اولیه توسط پزشکان خویش‌فرما و مستقل، پزشکان عمومی و متخصصین اطفال ارائه می‌شود. مراقبت‌های تخصصی سرپایی به طور عمومی توسط واحدهای سلامت محلی یا به وسیله بیمارستان‌های معتبر دولتی و خصوصی تحت قرارداد با این واحدهای سلامت ارائه می‌شود. از لحاظ ارجاع، بیماران حق انتخاب بیمارستان دولتی یا خصوصی دارند اما حق انتخاب متخصص را ندارند. ویزیت تخصصی سرپایی به طور کلی توسط متخصصان خویش‌فرما که تحت قرارداد با بیمه سلامت ملی هستند ارائه می‌شود. متخصصان خویش‌فرما می‌توانند بدون هیچ‌گونه محدودیتی بیماران خصوصی را ویزیت کنند در حالی که متخصصان استخدام شده توسط واحد سلامت محلی و بیمارستان‌های دولتی این اختیار را ندارند. گروه‌های چندتخصصی در مناطق

شمالی این کشور رایج است.

در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۸۷ هزار تخت در بیمارستان‌های دولتی و ۴۵ هزار تخت در بیمارستان معتبر خصوصی وجود داشته است. بیمارستان‌های دولتی به صورت مستقیم توسط واحدهای سلامت محلی یا شرکت‌های دولتی نیمه مستقل اداره می‌شوند.

نظام سلامت سنگاپور

مشخصات عمومی

کشور سنگاپور در جنوب شرقی آسیا و در جنوب شبه جزیره مالایا واقع شده است و کوچکترین کشور جنوب شرقی آسیا به حساب می‌آید. پایتخت این کشور شهر سنگاپور است و از شمال با مالزی و از جنوب با اندونزی همسایه است. سنگاپور از قرن نوزدهم مستعمره انگلیس شد و طی جنگ جهانی دوم از سال ۱۹۴۲ تا سال ۱۹۴۵ به دست ژاپن افتاد. پس از آن جزئی از مالزی شد و سرانجام در ۱۹۶۵ اعلام استقلال کرد. در سنگاپور رئیس حکومت، رئیس جمهور است که با رای مردم برای دوره‌ای شش ساله انتخاب می‌شود. نخست وزیر، رئیس دولت است که معمولاً رئیس حزب اکثریت است. مجلس این کشور ۸۴ کرسی دارد که نمایندگان آن با رای مردم برای دوره‌ای پنج ساله انتخاب می‌شوند. این کشور در زمینه‌های آموزش، مراقبت‌های سلامت، امید به زندگی، کیفیت زندگی، امنیت شخصی و مسکن از وضعیت ایده‌آلی برخوردار است. جمعیت این کشور در سال ۲۰۱۵ حدود ۵.۵ میلیون نفر بوده است؛ بیشتر جمعیت این کشور در منطقه شهر سنگاپور متمرکز می‌باشند. از لحاظ اقتصادی، کشور سنگاپور با تولید ناخالص داخلی ۴۹۲ میلیارد دلار (PPP) در سال ۲۰۱۶ رتبه سی و هشتم اقتصاد بزرگ جهان را داشته است. البته از لحاظ سرانه تولید ناخالص داخلی با ۸۷۸۳۲ دلار (PPP) رتبه چهارم جهان را دارا است. در حوزه سلامت، نظام سلامت این کشور به عنوان یک نظام کارآمد در جهان شناخته شده است. آن در رتبه بندی سازمان جهانی بهداشت، رتبه ششم در جهان را در سال ۲۰۰۰ داشته است. همچنین بلومبرگ^۱ نظام سلامت سنگاپور را در سال ۲۰۱۴ به عنوان کارآمدترین نظام سلامت در دنیا معرفی کرده است. در سال ۲۰۱۵ امید به زندگی حین تولد در این کشور ۸۲٫۶ (۸۴٫۹ خانم ها، ۸۰٫۴ آقایان) سال بوده است.

نظام سلامت

نظام سلامت سنگاپور نوع خاصی از بیمه‌های اجتماعی است که براساس حساب

پس‌انداز پزشکی^۱ پایه‌ریزی شده است. این حساب مخصوص خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد که ماهانه از درآمد فرد به این حساب واریز می‌شود و فرد حق برداشت از آن به‌جز برای پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را ندارد. فلسفه این نوع سیستم بر طب پیشگیری و آموزش‌های بهداشتی برای یک زندگی سالم و شاداب استوار شده و براساس مسئولیت شخصی جهت حفظ سلامتی و مراقبت از خود بنا نهاده شده است. دولت هم یارانه زیادی را برای حفظ و ارتقای سلامت می‌پردازد و مردم در زمان اشتغال موظف به پرداخت بخشی از هزینه‌های خدمات هستند و چون مسئولیت سلامت شخصی به عهده اشخاص است در صورت مراقب نبودن و یا استفاده از خدمات گرانتر، موظف به پرداخت بیشتری هستند.

متولی / متولیان سلامت

سه نهاد تنظیم‌کننده اصلی در نظام سلامت سنگاپور وجود دارد. وزارت سلامت، صندوق ذخیره مرکزی و مؤسسه مالی سنگاپور.

متولی اصلی نظام سلامت سنگاپور، وزارت سلامت می‌باشد. وزارت سلامت، نظارت بر ارائه و تنظیم خدمات بهداشتی و درمان را برعهده دارد. به‌طور ویژه، آن مسئول ترویج آموزش بهداشتی، نظارت بر دسترسی و کیفیت خدمات سلامت، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، تخصیص منابع و متخصصان، و صدور مجوزهای مورد نیاز برای مؤسسات مراقبت‌های سلامت را برعهده دارد. مسئولیت‌های آن همچنین شامل ارزیابی نیازها، برنامه‌ریزی خدمات، برنامه‌ریزی نیروی انسانی، اداره و تأمین مالی سیستم، تنظیم دستمزد ارائه‌دهنده، کنترل هزینه و فن‌آوری اطلاعات سلامت با هدف کلی از حصول اطمینان از کیفیت مراقبت‌ها و پاسخگویی به نیازهای بهداشتی و درمانی سنگاپور می‌باشد. در مجموع در این کشور وزارت سلامت مسئول پیشگیری، درمان و توان بخشی است و تدوین سیاست‌های سلامتی را به‌عهده دارد. برنامه‌ریزی بخش‌های خصوصی و تنظیم استانداردها نیز به‌عهده این وزارت‌خانه است.

سازمان‌های حرفه‌ای فعال زیر نظر وزارت سلامت در بخش سلامت شامل سازمان نظام پزشکی سنگاپور، شورای دندانپزشکی سنگاپور، بورد پرستاری سنگاپور و بورد داروسازی سنگاپور که از طریق راهنماهای عملی و کدهای اخلاق، الزامات حرفه‌های

1- Medical Savings Accounts

بخش سلامت را تنظیم می‌کنند.

صندوق ذخیره مرکزی^۱ (CPF) یک برنامه پس انداز تأمین اجتماعی اجباری و گسترده است. این صندوق کار در سنگاپور و حمایت از ساکنان با اقامت دائم در سن پیری را حمایت می‌کند. CPF اهداف خود را بر رفع نیازهای مردم در بازنشستگی، مسکن، حمایت از خانواده، افزایش دارایی و مراقبت‌های سلامت متمرکز نموده است. کارگران و کارفرمایان ملزم به پرداخت سهم ماهانه در سه حساب، معمولی، ویژه و حساب پس انداز درمانی می‌باشند.

مؤسسه مالی سنگاپور^۲ (MAS)، به عنوان بانک مرکزی سنگاپور، جنبه مالی بخش بیمه را تنظیم می‌کند. این مؤسسه مسیر و چهارچوب فعالیت‌های بیمه را تنظیم می‌کند. آن همچنین، قانون بیمه، که از منافع بیمه‌گذاران محافظت می‌کند را هدایت می‌کند و تنظیم فعالیت‌های شرکت‌های بیمه، از جمله ثبت نام و صدور مجوز را اداره می‌کند.

ساختار وزارت سلامت

نظام سلامت سنگاپور توسط وزارت سلامت اداره می‌شود این وزارت مسئولیت ارزیابی نیازهای سلامت، برنامه‌ریزی و ارائه خدمات را از طریق شبکه‌های سلامت و تسهیلات بیمارستانی، مراکز نگهداری روزانه و خانه‌های پرستاری، و نظارت بر کیفیت خدمات بهداشتی ارائه شده به شهروندان و توریست‌های جمهوری سنگاپور را بر عهده دارد. همچنین وزارت سلامت سنگاپور مدیریت، برنامه ریزی و حفظ کارکنان درمانی در کل نظام سلامت را عهده‌دار است و مسئول سیاست‌های تأمین مالی و اداره نظام مراقبت‌های سلامت عمومی است. وزارت سلامت همچنین مجوز و اعتباربخشی تمامی ارائه‌دهندگان و مراکز بهداشتی و درمانی مانند بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان، آزمایشگاه‌های بالینی، کلینیک‌های پزشکی و دندانپزشکی را صادر می‌کند.

وزارت سلامت این کشور ساختار پیچیده‌ای ندارد شامل ۵۰۶ نفر پرسنل در ستاد می‌باشد. در مجموع شامل دو تا زیر مجموعه است اول انجمن‌های قانونی و تخصصی مانند شورای پزشکی سنگاپور، شورای دندانپزشکی سنگاپور، شورای

1-Central Provident Fund

2- Monetary Authority of Singapore

داروسازی سنگاپور، انجمن پرستاری سنگاپور، انجمن پزشکان طب سنتی چینی، انجمن چشم‌پزشکی و بینایی‌سنجی سنگاپور و انجمن مشاغل بهداشتی و دوم بخش نظارت و سازماندهی مؤسسات ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت (بیمارستان‌های عمومی، ارائه‌دهندگان و مراکز خصوصی) است.

وزیر سلامت

وزیر سلامت سنگاپور، به عنوان یک تنظیم‌کننده، مسئول تضمین ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سنگاپور مطابق با استانداردها و کیفیت معقول است. وزیر سلامت کنونی سنگاپور آقای گان کیم یونگ^۱ است که از سال ۲۰۱۱ این مسئولیت را برعهده دارند. ایشان قبلاً در سال ۲۰۰۸ الی ۲۰۱۱ وزیر نیروی انسانی بوده‌اند. همچنین از سال ۲۰۰۱ عضو پارلمان بوده است. گان مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد مهندسی برق از دانشگاه کمبریج را اخذ کرده است. وزیر قبلی این وزارت در فاصله سال‌های ۲۰۰۴ الی ۲۰۱۱، آقای کاو بوون وان^۲ بوده است. ایشان فارغ‌التحصیل مهندسی صنایع از دانشگاه نیوکاسل استرالیا می‌باشند.

وزارت توسعه اجتماعی و خانواده

وزارت توسعه اجتماعی و خانواده، یک وزارت‌خانه دولتی سنگاپور است که بر پرورش افراد، تقویت خانواده و مراقبت از جامعه در سنگاپور تمرکز دارد. تقویت شبکه امنیت اجتماعی برای کمک به افراد نیازمند، به ویژه افرادی که در معرض خطر قرار دارند، از اولویت‌های اصلی این وزارت است. یکی دیگر از اولویت‌های فوری این وزارت، بازنگری سیاست‌های عمومی برای کمک به سنگاپوری‌ها برای ازدواج و اینکه اولین فرزند خود را زودتر به دنیا بیاورند.

در سال ۲۰۱۲، وزارت توسعه اجتماعی، جوانان و ورزش بازنگری شد و به وزارت توسعه اجتماعی و خانواده تبدیل شد. چندین پرتفوی دیگر مانند توسعه جوانان و ورزش به یک وزارت جدید دیگر - وزارت فرهنگ، جامعه و جوانان منتقل شد.

وزارت دیگر در زمینه رفاه، وزارت نیروی انسانی سنگاپور است که مسئول تشکیل

1-Gan Kim Yong

2- Khaw Boon Wan

و اجرای سیاست‌های کار در رابطه با نیروی کار در سنگاپور است. صندوق ذخیره مرکزی که امور تأمین اجتماعی را اداره می‌کند یک نهاد قانونی تحت نظارت وزارت نیروی انسانی است.

نظام تأمین اجتماعی در سنگاپور

نظام تأمین اجتماعی سنگاپور تحت عنوان صندوق ذخیره مرکزی (CPF) شناخته شده است. این صندوق تمام جوانب تأمین اجتماعی را اداره می‌کند. صندوق ذخیره مرکزی یک طرح پس انداز جامع اجباری برای ساکنان دائمی سنگاپور است که عمدتاً بازنشستگی، مراقبت‌های سلامت و نیازهای مسکن را پوشش می‌دهد. این صندوق توسط هیئت مدیره صندوق ذخیره مرکزی تحت نظارت وزارت نیروی انسانی اداره می‌شود.

مشارکت کارکنان از ۵ تا ۲۰ درصد حقوق ماهانه و مشارکت کارفرما از ۶ تا ۱۵٫۵ درصد حقوق کارمند می‌باشد. تمام پرداخت‌ها و برداشت‌ها بدون مالیات است. هر عضو CPF سه حساب دارد: حساب معمولی، حساب ویژه و حساب مدیسو (پس‌انداز درمانی). بودجه در حساب معمولی می‌تواند برای خرید خانه و بیمه، پرداخت هزینه برای تحصیلات و غیره استفاده شود. از سوی دیگر، حساب ویژه صرفاً برای پس‌انداز بازنشستگی است. حساب مدیسو هم بیمه پایه پزشکی سنگاپور است.

نوع بیمه/پرداخت کننده

سازوکارهای بیمه اجتماعی سلامت در سنگاپور متشکل از طرح‌های 3m (مخفف مدیسو^۱، مدیشیلد^۲ و مدیفاند^۳) است.

اولین جزء برنامه مدیسو است که این طرح شکلی از پس‌انداز اجباری در حساب‌های فردی است و به حقوق فرد وابسته است و صرفاً حق برداشت برای پرداخت هزینه‌های سلامت فرد و اعضای خانواده تحت تکلف می‌باشد. حساب‌های پس‌انداز

1- Medisave

2- MediShield

3- Medifund

پزشکی ترکیبی از پیش‌پرداخت و پرداخت از جیب است. هر چند پول به حساب پس انداز (پیش‌پرداخت شده) داده می‌شود، ولی این حساب‌ها شخصی هستند و هیچ تلفیقی از انباشت ریسک وجود ندارد.

ایدئولوژی که منجر به طراحی نظام پس‌اندازهای فردی یا خانوادگی شد به طور عمده مبتنی بر دیدگاه فرهنگی پس‌انداز برای ضروریات پیش‌بینی نشده می‌باشد که بر اتکا به خود و بر حفظ وابستگی‌های قوی خانوادگی استوار است که با هدف تشویق افراد به حفظ سلامتی و کاهش استفاده از خدمات پزشکی غیر ضروری طراحی شد. علاوه بر این افراد هنگام دریافت خدمات و مراقبت‌های سلامت مبلغی فرانشیز به منظور جلوگیری از مصرف بیش از حد و غیر لازم نیز پرداخت می‌کنند.

با توجه به اینکه مدیسو جواگویی خدمات پرهزینه نبود طرحی دیگر به نام مدیشیلد معرفی شد که با حق بیمه‌های کسر شده از مدیسو تأمین مالی می‌شود و هدف از آن پوشش هزینه‌های کمرشکن سلامت می‌باشد. طرح بیمه‌ای سوم مدیفاند است که از طریق صندوق‌های وقفی دولت در سال ۱۹۹۳ تشکیل شد تا خدمات سلامت را برای فقرا پوشش دهد.

صنعت بیمه در سنگاپور به وسیله مؤسسه مالی سنگاپور^۱ به عنوان بخشی از نقش تنظیم مالی آن تنظیم می‌شود. برنامه‌ریزی، نظارت و هر گونه تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های سلامت با وزارت بهداشت است ولی سازماندهی بیمه سلامت را خود مردم انجام می‌دهند. به این معنی که هر کس با پس‌انداز درصدی از درآمد خود در حساب شخصی، به اسم حساب پس‌انداز پزشکی در زمان نیاز از آن برداشت می‌کند. 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. به عبارت واضح‌تر در این کشور صندوق‌های بیمه به صورت پس‌انداز فردی عمل می‌کند.

تأمین مالی

تأمین مالی سیستم سلامت سنگاپور ترکیبی از بودجه دولت و پس‌اندازهای فردی خصوصی می‌باشد. بودجه دولت از درآمد عمومی تأمین می‌شود و این بودجه از طریق وزارت بهداشت به ترویج شیوه‌های خوب سلامت، توسعه و آموزش نیروی

1-Monetary Authority of Singapore

انسانی و هزینه‌های زیرساخت اختصاص می‌یابد. منبع تأمین مالی دوم، پس‌اندازهای شخصی (طرح‌های تری‌ام) می‌باشد که به عنوان بیمه سلامت شهروندان این کشور عمل می‌کند که نقش مهمی در حفظ سلامت و رفاه سنگاپور، بازی می‌کنند. به صورت کلی ترکیبی از مالیات، درصدی از حقوق کارکنان و پرداخت مستقیم از جیب منابع مالی نظام سلامت را تأمین می‌کند.

در سال ۲۰۱۴ سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی، ۴٫۹ درصد می‌باشد، که نسبت به میانگین کشورهای شرق آسیا (۶٫۹ درصد) به نسبت سهم کمتری از تولید ناخالص داخلی صرف سلامت شده است. ۴۲ درصد منابع مالی سلامت را دولت و ۵۸ درصد بخش خصوصی تأمین می‌کند که بخش عمده بخش خصوصی (۹۴ درصد) از حساب پس‌انداز افراد و پرداخت مستقیم از جیب می‌باشد.

شیوه پرداخت



پرداخت به پزشکان ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه به صورت پرداخت به ازای خدمت (کارانه) انجام می‌گیرد. متخصصانی که در مراکز تخصصی دولتی کار می‌کنند، حقوق می‌گیرند. پرداخت به بیمارستان‌های دولتی به صورت بودجه و به پزشکان شاغل در بیمارستان به صورت حقوق انجام می‌گیرد. پرداخت برای خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های بخش خصوصی هم در قالب نظام پرداخت کارانه است.

افراد تحت پوشش



همه شهروندان مقیم سنگاپور تحت پوشش مراقبت سلامت همگانی قرار می‌گیرند. به جز اعمال زیبایی سایر خدمات به صورت کامل در فهرست خدمات تحت پوشش بیمه است. سه نوع طرح بیمه هر کدام خدمات خاصی را تحت پوشش قرار می‌دهند. یارانه‌های دولت هم شامل برخی از خدمات می‌شود.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت



یکی از کشورهای که کم‌ترین آمار بیکاری در جهان را دارد کشور سنگاپور است که

۲,۲ درصد نیروی کار آن بیکار هستند. در سال ۲۰۱۶ آمار پزشکان شاغل در حوزه سلامت حدود ۱۳ هزار نفر، دندانپزشکان ۲ هزار نفر، داروسازان ۳ هزار و پرستاران ۳۱ هزار نفر بوده است. نسبت تخت بیمارستان به ازای هزار نفر جمعیت ۲,۵، پزشک به ازای هر هزار نفر جمعیت ۲,۳، پرستار و ماما به ازای هر هزار نفر جمعیت ۵,۵ می‌باشد.

مسئولیت آموزش پزشکی

آموزش پزشکی در سنگاپور عمدتاً توسط سه دانشکده پزشکی انجام می‌گیرد که در سطح بین‌المللی هم معتبر هستند. دانشکده‌های پزشکی در آموزش از استقلال لازم برخوردارند هر چند باید مطابق اصول و چهارچوب تعیین شده کمیته ملی آموزش عمل کنند. دانشکده‌های پزشکی زیر نظر دانشگاه‌های عمومی هستند و دانشگاه مختص علوم پزشکی وجود ندارد و این دانشگاه‌ها زیر نظر وزارت آموزش فعالیت دارند. بیمارستان‌های آموزشی هم برای تربیت دانشجویان پزشکی وجود دارد که دولتی هستند و زیر نظر وزارت سلامت فعالیت دارند و برای آموزش و تربیت دانشجویان پزشکی به آنها بودجه اضافی تعلق می‌گیرد.

شورای نظام پزشکی سنگاپور و وزارت سلامت، کمیته ملی برنامه درسی پزشکی^۱ را ایجاد کرده‌اند تا نقشه ملی و حداقل استانداردهای برنامه درسی دانشجویان کارشناسی را تدوین کند. این کمیته چشم‌انداز آموزش پزشکی در سنگاپور، استانداردها و خروجی آموزشی، اصول و ویژگی‌های کلیدی چارچوب آموزش بالینی براساس نیازهای درازمدت سلامت سنگاپور را تعیین می‌کند.

مالکیت ارائه‌دهنده

ارائه خدمات سلامت در سنگاپور با نظام دوگانه عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد بخش عمومی را دولت انجام می‌دهد و بخش خصوصی را پزشکان عمومی و مراکز خصوصی به عهده دارند. ارائه مراقبت‌های اولیه را ۸۰ درصد بخش خصوصی و ۲۰ درصد بخش دولتی ارائه می‌دهند ولی خدمات بستری به صورت عکس ۸۰ درصد

را دولت و ۲۰ درصد را بخش خصوصی به عهده دارند.


مراقبت‌های اولیه عمدتاً توسط ارائه‌دهندگان خصوصی (۸۰ درصد)، با ۱۴۰۰ کلینیک خصوصی ارائه مراقبت‌های اولیه انجام می‌شود. ۱۸ پلی کلینیک دولتی بزرگ (کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه چندگانه) هم وجود دارد که مراقبت‌های سریایی، واکسیناسیون، غربالگری، خدمات دارویی، و گاهی اوقات مراقبت‌های دندانپزشکی را ارائه می‌دهند. بخش عمده مراقبت‌های اولیه توسط پزشکان عمومی موجود در کلینیک‌های خصوصی انجام می‌گیرد. بیماران می‌توانند پزشک اولیه مراقبت خود را انتخاب کنند و برای این کار ثبت نام لازم نیست. پزشکان مراقبت‌های خصوصی می‌توانند بیماران را ارجاع دهند اما نقش گیت کیپر را ندارند.

علاوه بر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، مراکز مراقبت تخصصی متعددی وجود دارد از جمله مراکز سرطان، مراقبت از دهان، بیماری قلبی عروقی، بیماری‌های عصبی و بیماری‌های پوستی. برای مثال، مرکز ملی قلب طیف گسترده‌ای از درمان، پیشگیری و توانبخشی را انجام می‌دهد؛ این مرکز ارجاع ملی و منطقه‌ای برای هر گونه عوارض قلبی عروقی در سنگاپور را انجام می‌دهد. تحقیق، آموزش و تربیت نیز در این مراکز انجام می‌گیرد.

دولت مستقیماً به بعضی مؤسسات ارائه‌دهنده (خدمات ارائه شده در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های دولتی؛ مراقبت‌های اورژانس در بیمارستان‌های دولتی؛ مراقبت‌های متوسط و بلندمدت در مراکز تحت مدیریت سازمان‌های رفاه داوطلبانه؛ و مراقبت‌های ارائه شده در خانه‌های پرستاری خصوصی) یارانه پرداخت می‌کند و بخشی از هزینه‌های درمان آنها را بازپرداخت می‌کند. بیماران با درآمد پایین و متوسط می‌توانند در صورت مراجعه به ارائه‌دهنده خصوصی مراقبت‌های اولیه در شرایط حاد یا مزمن و همچنین برخی از اقدامات دندانپزشکی، بخشی از هزینه‌های پرداخت شده را در قالب یارانه از دولت دریافت کنند.

پرداخت به بیمارستان‌های عمومی بودجه است. بخشی از بودجه براساس سیستم طبقه‌بندی بر اساس شدت بیماری^۱ است که شرایط پزشکی را براساس گروه‌های تشخیصی مرتبط طبقه‌بندی می‌کند. بیمارستان‌ها می‌توانند صرفه‌جویی‌های بودجه را به دیگر جنبه‌های خدمات سلامت منتقل کنند. بودجه دولتی اضافی برای آموزش و

پژوهش پرسنل هم در نظر گرفته می‌شود. بعضی بیمارستان‌های دولتی هم آموزشی هستند که برای آموزش بودجه‌ای خاص به آنها تعلق می‌گیرد. بیمارستان‌های خصوصی به طور کلی خدمات و امکانات بیشتری را ارائه می‌دهند و در گردشگری سلامت نقش پررنگ‌تری دارند. مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت (از جمله بیمارستان‌ها و کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه) در بخش دولتی، توسط ۶ نهاد مدیریت می‌شوند:

- ۱ سیستم سلامت الکساندرا^۱
 - ۲ خدمات سلامت جورونگ^۲
 - ۳ گروه مراقبت سلامت ملی^۳
 - ۴ سیستم سلامت دانشگاه ملی^۴
 - ۵ خدمات سلامت سنگاپور^۵
 - ۶ اتحادیه سلامت شرقی^۶
- 

-
- 1-Alexandra Health Pte Ltd
 - 2- Jurong Health Services
 - 3- National Healthcare Group
 - 4- National University Health System
 - 5- Singapore Health Services
 - 6- Eastern Health Alliance

نظام سلامت اسپانیا

مشخصات عمومی

کشور اسپانیا عضوی از اتحادیه اروپا است که با جمعیت حدود ۴۶ میلیون نفر، هفتمین کشور بزرگ در کل اروپا است که ۵,۵ درصد از جمعیت اروپا را شامل می‌شود. اسپانیا از شمال و شمال شرق با فرانسه، آندورا و خلیج بیسکای و از جنوب و شرق با دریای مدیترانه و جبل‌الطارق، و از غرب و شمال غرب با پرتغال و اقیانوس اطلس هم‌مرز است. اسپانیا کشوری دموکراتیک و دارای حکومتی پارلمانی تحت قانون اساسی پادشاهی است. رئیس حکومت شاه است و رئیس دولت نخست‌وزیر می‌باشد که توسط پارلمان آن کشور انتخاب می‌شود. این کشور شامل ۱۷ منطقه می‌باشد. اسپانیا یک کشور توسعه‌یافته و دارای سطح بالای استاندارد زندگی است. براساس آمار بانک جهانی، در سال ۲۰۱۶ تولید ناخالص داخلی این کشور، ۱۶۸۷ میلیارد دلار (PPP) بوده است که شانزدهمین اقتصاد بزرگ جهان به حساب می‌آید. همچنین سرانه تولید ناخالص داخلی در همان سال، ۳۶۳۰۵ دلار (PPP) بوده است که رتبه ۴۰ جهان را شامل می‌شود. در حوزه سلامت با توجه به رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت اسپانیا رتبه هفتم بهترین عملکرد را در بین نظام‌های سلامت جهان را داشته است. در سال ۲۰۱۵ امید به زندگی حین تولد در این کشور ۸۲,۸ (۸۵,۷ خانم‌ها، ۸۰,۱ آقایان) سال بوده است.

نظام سلامت

نظام سلامت اسپانیا، به شکل طب ملی یا نظام سلامت ملی است. نظام سلامت ملی اسپانیا^۱ (SNS) براساس پوشش همگانی و تقریباً به طور کامل از طریق مالیات تأمین مالی می‌شود و عمدتاً در بخش دولتی شکل گرفته است. دریافت خدمات و مراقبت‌های سلامت به شکل رایگان است به استثنای داروهای تجویز شده برای افراد زیر ۶۵ سال که شامل فرانشیز ۴۰ درصد قیمت فروش می‌باشد. در راس نظام سلامت این کشور وزارت سلامت، خدمات اجتماعی و برابری^۲ قرار دارد که نظارت بر مناطق ۱۷ گانه را بر عهده دارد. اداره و ارائه خدمات سلامت توسط

1-Spanish National Health System

2-Ministry of Health, Social Services and Equality

پس از گذشت ۲۵ سال از یک مدل متمرکز قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی ارائه خدمات سلامت، بسیاری از اختیارات از پایان سال ۲۰۰۲ به سطح منطقه‌ای (AC) واگذار شد؛ این توزیع قدرت منجر به ۱۷ وزارت یا اداره سلامت منطقه‌ای با داشتن اختیارات قانونی در زمینه سازماندهی و فراهم آوردن خدمات سلامت در قلمرو خود شد. بنابراین مخارج سلامت عمدتاً توسط ادارات منطقه‌ای تعیین می‌شود. وزارت سلامت، خدمات اجتماعی و برابری، اختیارات محدودی در زمینه سلامت دارد. اختیارات آن بیشتر در زمینه قوانین مربوط به داروها و تضمین عملکرد مناسب خدمات سلامت در سراسر کشور است. اگرچه تصمیم‌گیری‌های سلامت با وزارت سلامت است ولی قدرت نظارتی و ارائه خدمات با دولت منطقه‌ای می‌باشد. البته هیچ سلسله‌مراتبی بین دولت مرکزی و دولت منطقه‌ای وجود ندارد. سیاست‌های منسجم در سراسر مناطق خود مختار باید با رضایت طرفین انجام گیرد.

اساساً، نقش اصلی وزارت سلامت، اداره SNS از طریق ۱۷ سیستم بهداشتی منطقه‌ای است که این سیستم‌ها تنها در مقابل پارلمان‌های منطقه‌ای پاسخگو هستند و از لحاظ سلسله‌مراتب با سطح ملی ارتباط ندارند. بیشتر مذاکره‌ها، مباحث سلامت و هماهنگی‌ها بین مناطق در شورای بین منطقه‌ای سیستم سلامت ملی^۱ صورت می‌گیرد. این شورا به عنوان بالاترین مرجع هماهنگی در نظر گرفته شده است و شامل ۱۷ وزیر سلامت منطقه‌ای است که توسط وزیر سلامت ملی اداره می‌شود. وزارت سلامت ملی، به عنوان هماهنگ‌کننده SNS، نقش دبیرخانه، تشریح پیشنهادات و اجرای موافقت‌نامه‌های حاصل از شورا را برعهده دارد.

علاوه بر این، اخیراً وزارت سلامت ملی، مسئولیت خدمات اجتماعی (که قبلاً با وزارت کار و وزارت آموزش و پرورش بود) را برعهده دارد. این پیگیری بسیار جدید است. این مسئولیت‌های اجتماعی هم توسط دولت‌های منطقه‌ای توزیع و اداره می‌شود. از این رو نقش دولت ملی در خدمات اجتماعی شبیه آن چیزی است که در ارتباط با خدمات سلامت انجام می‌شود؛ به همین ترتیب چندین نهاد و وزارت درون

1- Inter-territorial Council of the national health system

دولت مرکزی نقش مهمی را در SNS بازی می‌کنند. دولت مرکزی مسئولیت برخی از زمینه‌های استراتژیک حوزه سلامت را شامل می‌شود:

- هماهنگی و قانون گذاری حوزه سلامت
- هماهنگی و قانون گذاری حوزه اجتماعی
- تأمین مالی نظام
- تعریف حداقل بسته مزایای تضمین شده توسط SNS و SAAD¹
- سلامت بین‌المللی
- سیاست های دارویی
- مقررات آموزش و تربیت پزشکی
- تحقیق و نوآوری



سایر ذینفعان مانند وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم و فناوری، و نیز شهرداری‌ها، نقش کلیدی در ساختار کلی SNS دارند. وزارت‌خانه‌هایی که درگیر فعالیت‌های حوزه سلامت هستند عبارتند از:

وزارت علوم و فناوری: از سال ۲۰۰۸، وزارت علوم و فناوری، مسئولیت تحقیق و نوآوری در سلامت (قبلاً تحت حوزه وزارت سلامت) را بر عهده دارد.

وزارت آموزش و پرورش: مسئول تنظیم قوانین آموزش کارکنان حرفه‌ای سلامت، همچنین تربیت فارغ‌التحصیلان و برنامه‌ریزی منابع انسانی با همکاری وزارت سلامت است. چندین کمیسیون مشترک و تعدادی از نهادهای تخصصی این فعالیت را پشتیبانی می‌کنند.

وزارت اقتصاد و خزانه‌داری: مسئول تهیه پیش‌نویس لایحه بودجه سلامت و سیاست اجتماعی برای اداره مرکزی، انتقال وجوه عمومی به آژانس‌ها و تنظیم بیمه خصوصی است.

1- National System for Autonomy and Assistance for Situations of Dependency

وزارت محیط زیست: که با هماهنگی وزارت سلامت، مسائل سلامت مربوط به زیست محیطی را بررسی می‌کند.

وزارت‌های دفاع، عدالت و سیاست‌های ارضی: هر یک از آنها یک طرح بیمه‌ای حفاظتی به کارمندان خود ارائه می‌دهند. علاوه بر این، وزارت دفاع هنوز هم مسئول شبکه‌های بیمارستان، مراکز بهداشتی و درمانی و داروخانه‌های نظامی است.

وزارت امور داخله: این وزارت از طریق اداره کل زندان‌ها، مسئولیت سلامتی زندان‌ها را بر عهده دارد.

ساختار وزارت سلامت

وزارت سلامت اسپانیا حق موثر همه ساکنان اسپانیا را برای برخورداری از زندگی سالم تضمین می‌کند. در این وزارت سیاست‌گذاری سلامت و نیازمندی‌های شکل‌گیری قانون اساسی انجام می‌گیرد. همانطور که در بالا هم ذکر شد، اخیراً مسئولیت خدمات اجتماعی به این وزارت واگذار شده است. وظایف آن عمدتاً در زمینه سیاست‌گذاری بر انسجام اجتماعی، حمایت از خانواده و کودک است (صلاحیت مدیریت و ارائه این خدمات به مناطق و گاهی اوقات محلات واگذار می‌شود). آن همچنین مسئولیت هماهنگی SAAD را بر عهده دارد. نهادهای ذکر شده زیر در ساختار وزارت سلامت قرار دارند.

۱- معاونت سلامت و خدمات اجتماعی (معادل معاون وزیر) علاوه بر هماهنگی شورای بین منطقه‌ای سیستم سلامت ملی به طور مستقیم نهادهای زیر را نظارت می‌کند.

• **اداره تولیدات دارویی و پزشکی اسپانیا:** این آژانس مسئول اطمینان از اینکه محصولات دارویی ثبت شده در اسپانیا مطابق با معیارهای کیفیت، ایمنی و اثربخشی بالینی باشد.

• **اداره کل منابع انسانی، اقتصادی و بودجه:** این نهاد وظیفه مستقیم مدیریت کارکنان وزارت را بر عهده دارد. علاوه بر این، مسئولیت مدیریت مالی، اقتصادی و فناوری اطلاعات را نیز دارد.

• **برنامه ملی ایدز:** این نهاد مسئولیت هماهنگی پژوهش، اطلاعات، پیشگیری و درمان ایدز است.

۲- **دبیر کل بهداشت و درمان:** دبیر کل امور بهداشت و درمان، مسئولیت همکاری بین المللی در حوزه سلامت را برعهده دارد و همچنین به طور مستقیم فعالیت‌های نهادهای زیر را نظارت می‌کند.

• **اداره کل محصولات درمانی و دارویی:** مسئولیت تعیین داروها و محصولات درمانی که باید با بودجه عمومی حمایت شوند با این اداره کل است. آن همچنین قیمت گذاری داروها را هم برعهده دارد.

• **اداره کل سلامت عمومی و بین‌المللی:** این اداره مسئول هماهنگی و تنظیم اطلاعات ملی اپیدمیولوژیک، ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری، سلامت شغلی و سلامت محیطی است.

• **آژانس ملی پیوند اعضا:** مسئول هماهنگی استخراج، حمل و نقل اعضای بدن، انتخاب بیماران دریافت‌کننده و پیوند آن در سطح ملی است.

• آژانس ملی کیفیت SNS

۳- **دبیر کل خدمات اجتماعی و مصرف‌کنندگان:** این دبیر کل، فعالیت‌های نهادهای زیر را نظارت و سازماندهی می‌کند.

• مؤسسه ملی سالمندان و خدمات اجتماعی

• اداره کل برنامه ملی اعتیاد به مواد مخدر

• مؤسسه ملی مصرف‌کنندگان

• اداره ایمنی غذایی و تغذیه اسپانیا

وزیر سلامت



وزیر سلامت اسپانیا یکی از مقامات دولت این کشور محسوب می‌شود که توسط نخست‌وزیر انتخاب می‌شود. وزیر کنونی وزارت سلامت، خانم دولورس مونتسرات^۱

1-Dolors Montserrat Montserrat

است که از نوامبر ۲۰۱۶ این مسئولیت را بر عهده دارند. ایشان یک وکیل و سیاست مدار اسپانیایی و عضو حزب مردمی است که در حال حاضر وزیر سلامت، خدمات اجتماعی و برابری اسپانیا است. مدرک تحصیلی ایشان در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد حقوق بوده است. و تحصیلات تکمیلی ایشان در زمینه‌های برنامه‌ریزی توسعه شهری، قانون املاک و مستغلات و قانون خانواده بوده است.

وزیر قبلی سلامت ایتالیا آقای آلفونسو آلونسو آرانگوی (بوده که به مدت دو سال از سال ۲۰۱۴ الی ۲۰۱۶ این پست را بر عهده داشته‌اند. ایشان فردی شناخته شده از حزب مردمی است که مسئولیت‌های مختلف سیاسی را از جمله وزیر سلامت را بر عهده داشته است. تحصیلات ایشان در زمینه فلسفه و حقوق است.

وزارت توسعه اجتماعی و خانواده

وزارت کار و تأمین اجتماعی در سال ۲۰۱۱ به منظور توسعه سیاست‌های حکومتی در زمینه اشتغال، تأمین اجتماعی و مهاجرت ایجاد شده است. وزارت کار از سال ۱۹۲۰ در اسپانیا وجود داشته است که بعد از تغییرات ساختاری زیاد و صلاحیت مسئولیت‌های مختلف در طول ادوار، در سال ۲۰۱۱ این وزارت به نام مذکور تغییر یافت. از سال ۱۹۲۰ تا حالا ۱۳ اسم عوض کرده است که در هر سری وظایف و مسئولیت‌های مختلفی به آن واگذار شده است حتی در چند دوره، سلامت هم از مسئولیت‌های این وزارت بوده است.

این وزارت‌خانه شامل ۴ بدنه اصلی است:

معاونت امور تأمین اجتماعی

معاونت امور استخدامی

اداره امور تأمین اجتماعی و اشتغال

معاونت مهاجرت به داخل و خارج از کشور



سیستم تأمین اجتماعی در اسپانیا بر مبنای حمایت اجتماعی بنا نهاده شده است. مفهوم تأمین اجتماعی ابتدا در سال ۱۸۸۳ در اسپانیا در کمیته اصلاحات اجتماعی ظاهر شد و در قرن بیست چندین بار گسترش یافت و در نهایت در سال ۱۹۷۸ در قانون اساسی اسپانیا تصویب شد که ارگان‌های دولتی بایستی یک سیستم عمومی تأمین اجتماعی برای همه شهروندان ارائه بدهند. مراقبت‌های سلامت و تأمین اجتماعی در اسپانیا در بسیاری از جنبه‌ها اهداف مشترک دارند و به نوعی ادغام یافته هستند. تأمین مراقبت‌های سلامت و تأمین اجتماعی بر عهده AC ها است که بر اساس قانون اساسی از آزادی لازم برای انجام این کار برخوردار هستند هرچند در زمینه تأمین اجتماعی محدودیت‌های اجرایی دارند. از سال ۱۹۴۲ تا ۱۹۷۷، خدمات تأمین اجتماعی از جمله مراقبت‌های سلامت تحت نظارت وزارت کار و تأمین اجتماعی و از طریق مؤسسه ملی بیمه اجتماعی^۱ ارائه می‌شد. در این بازه زمانی، جمعیت تحت پوشش تأمین اجتماعی از ۲۰ درصد به بالای ۸۰ درصد افزایش یافت. در سال ۱۹۷۷ تأمین اجتماعی از وزارت کار جدا شد و به وزارت خانه جدید بنام وزارت سلامت و تأمین اجتماعی انتقال پیدا کرد. در سال ۱۹۸۱ وزارت سلامت و کار ادغام شد و در سال بعد از هم جدا شدند، که امور حوزه سلامت و بعضی مسائل اجتماعی به وزارت سلامت و حمایت‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی به وزارت کار واگذار شد. از سال ۲۰۱۱ وزارت کار و تأمین اجتماعی دوباره شکل گرفت که تا حالا نظام تأمین اجتماعی زیر نظر این وزارت است البته مسائل حوزه سلامت و بعضی خدمات اجتماعی زیر نظر وزارت سلامت، خدمات اجتماعی و برابری ارائه می‌گردد.

بعضی از نهادها که حمایت‌های اجتماعی را ارائه می‌دهند در ذیل به آنها اشاره می‌شود:

- **مؤسسه ملی تأمین اجتماعی:** این مؤسسه مسئولیت اعطا و محاسبه حقوق بازنشستگی، کمک‌های مالی و خدمات اجتماعی، مدیریت مزایای نقدی (مقرری سالمندی، از کارافتادگی، زایمان و سایر مقرری‌ها) را بر عهده دارد. همچنین این مؤسسه مسئول تشخیص و کنترل حق مزایای مالی، حق دریافت

خدمات پزشکی و مزایای دارویی تضمین شده در سیستم تأمین اجتماعی است. آن همچنین حقوق معلولیت دائمی، بیوه، یتیمان، مزایای مالی مخصوص حوادث کاری و بیماری‌های حرفه‌ای، و همچنین یارانه‌های مربوط به معلولیت موقت، زایمان، خطر حاملگی و خطر در هنگام تغذیه با شیر مادر و مراقبت از افراد زیر سن قانونی و افراد مبتلا به سرطان یا سایر بیماری‌های جدی را اداره می‌کند.

• **دفتر بهداشت ملی:** این دفتر ارائه مزایا را به افرادی که بیمه شده صندوق‌های بیمه بیماری هستند و همچنین دیگر افراد که تحت پوشش هیچ صندوق بیمه‌ای نیستند را بر عهده دارد. این سیستم ۹۸ درصد از جمعیت را تحت پوشش قرار داده است.

• **دفتر ملی استخدام:** این دفتر مدیریت ارائه مزایا به بیکاران را بر عهده دارد.

• **دفتر خدمات اجتماعی و مهاجرت:** این مؤسسه متصدی همکاری با مهاجران داخلی، گسترش حمایت‌های اجتماعی مهاجران، همکاری با پناهندگان و همبستگی اجتماعی با پناهندگان است. این نهاد همچنین مسئولیت تعیین خدمات اجتماعی و همزمان با آن ارائه مزایای مساعدت‌های اجتماعی را نیز به عهده دارد.

• **دفتر درآمدهای دولتی تأمین اجتماعی:** این تنها صندوقی است که مسئول جمع‌آوری حقوق مشارکت است.

نوع بیمه/پرداخت‌کننده

نوع بیمه سلامت اسپانیا، طب ملی یا سیستم سلامت ملی (NHS) همراه با بیمه درمان خصوصی است. بیش از ۹۹ درصد جمعیت اسپانیا از طریق نظام بیمه درمان اجباری تحت پوشش قرار گرفته‌اند. علاوه بر این بیش از ۱۵ درصد جمعیت دارای بیمه خصوصی نیز می‌باشند. فقط بعضی اقشار یا کارمندان امکان انتخاب بین بیمه خصوصی و اجباری را دارند. نظام بیمه درمان اجباری هر دو نوع مراقبت‌های طبی اولیه و خدمات پزشکی بیمارستانی و تخصصی را تحت پوشش قرار می‌دهد. تنها هزینه دندانپزشکی (جز کشیدن دندان) مستثنی شده است. هزینه‌های دارویی هم

شامل فرانسیز است. البته برخی از داروها برای بازنشستگان به طور رایگان ارائه می شود. حوادث صنعتی و بیماری‌های شغلی توسط نظام تأمین اجتماعی پوشش داده می‌شوند.

تأمین مالی

نظام سلامت اسپانیا (SNS) دارای دو ویژگی اصلی است: دسترسی همگانی تمام شهروندان اسپانیایی به مراقبت‌های سلامت و واگذاری مراقبت‌های سلامت به مناطق.

خدمات سلامت به طور اساسی از طریق مالیات تأمین مالی می‌شود. همچنین تأمین مالی از طریق بیمه خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب سرپایی وجود دارد. در سال ۲۰۱۵ کل هزینه‌های سلامت ۹,۲ درصد تولید ناخالص داخلی (کمتر از متوسط اتحادیه اروپا = ۹,۶ درصد) را شامل شده است. ۷۱ درصد کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت از طریق مالیات و به شکل عمومی تأمین می‌شود بیمه خصوصی ۵ درصد مخارج نظام سلامت را شامل می‌شود و بقیه (۶,۶ درصد) از طریق پرداخت مستقیم از جیب بیماران تأمین اعتبار می‌شود. البته یک درصد ناچیزی (کمتر از یک درصد) هم از طریق سازمان‌های غیرانتفاعی خصوصی تأمین مالی می‌شود.

شیوه پرداخت

در اسپانیا روش‌های پرداخت به مراکز خدمات سلامت با روش پرداخت به ارائه‌دهنده مراقبت سلامت متمایز است. بیمارستان‌ها از طریق بودجه ثابت تأمین مالی می‌شوند. به طور سنتی، مخارج بیمارستان به شکل روتین و گذشته نگر، بدون مذاکره قبلی پرداخت‌کننده با ارائه‌دهندگان بازپرداخت می‌شود. از طرف دیگر همه حرفه‌های سلامت در SNS کارمندان حقوق‌بگیر هستند و نسبت بالایی از این کارکنان، به صورت استخدام رسمی فعالیت می‌کنند. اگرچه این نسبت، روند روبه‌کاهشی دارد به طوری که بیشتر از قراردادهای جدید، از انعطاف بیشتر برخوردار هستند. هیچ پرداخت اضافی به پرسنل درمانی جهت افزایش درآمد در داخل بخش عمومی اجازه داده نمی‌شود.

رایج‌ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده (GPS) شامل حقوق و دستمزد به اضافه یک جزئی از سرانه (حدود ۱۵ درصد از کل) است. که پرداخت براساس بعضی از ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی جمعیت ثبت‌نام شده از جمله جمعیت بالای ۶۵ سال تعدیل می‌شود. پرداخت به پزشکان شاغل در بیمارستان و متخصصان مراکز دولتی هم براساس حقوق است که توسط دولت ملی تنظیم می‌شود، اگر چه مناطق هم اختیار تعدیل حقوق را دارند. سایر پرداخت به پزشکان در بیمارستان‌های خصوصی مطابق با قانون کار خصوصی و براساس بازار آزاد شکل می‌گیرد. حقوق سالانه برای همه حرفه‌ها حدود ۴ الی ۶ درصد سالانه افزایش می‌یابد.

به صورت کلی پرداخت به مراکز مراقبت‌های اولیه و بیمارستان‌های دولتی از طریق ادارات سلامت مناطق به شکل بودجه عمومی صورت می‌گیرد و پرداخت مستقیم از جیب بیمار صفر است. پرداخت به داروخانه‌ها از طریق ادارات سلامت مناطق و براساس قیمت است البته بیماران هم پرداخت ثابت (copayment) و پرداخت مستقیم از جیب برای دارو دارند. پرداخت به بیمارستان‌های خصوصی هم از طریق خدمات سلامت منطقه‌ای به شکل مذاکره و قرارداد صورت می‌گیرد البته بخشی از هزینه‌ها باید بیمار پرداخت کند. در صورت داشتن بیمه خصوصی، پرداخت به شکل روز بستری به بیمارستان از طریق بیمه‌گر خصوصی صورت می‌گیرد. پرداخت به متخصصان خصوصی به شکل کارانه (Fee for service) از طریق ادارات سلامت مناطق (با در نظر گرفتن پرداخت قسمتی از هزینه‌ها توسط بیمار) و یا بیمه‌های خصوصی بازپرداخت می‌شود.

افراد تحت پوشش

حدود ۹۹ درصد از جمعیت اسپانیا توسط نظام بیمه اجباری پوشش داده شده‌اند. البته بیش از ۱۵ درصد جمعیت هم تحت پوشش بیمه خصوصی هستند. کارمندان شهری، پرسنل نیروهای مسلح و پرسنل دستگاه قضایی که حدود ۵,۶ درصد از جمعیت را تشکیل می‌دهند، امکان انتخاب بیمه خصوصی را دارند. افرادی که دارای بیمه خصوصی درمان هستند بایستی دو نوع پرداخت داشته باشند: آنها باید مبلغی برای نظام بیمه درمان خصوصی پرداخت کنند، علاوه بر این آنها باید حق بیمه نظام اجباری را بپردازند. طبق قانون، نظام بیمه درمان اجباری هر دو نوع مراقبت طبی

اولیه و خدمات بستری و تخصصی را تحت پوشش قرار می‌دهد. البته دارو تحت پوشش کامل نیست و بیماران باید پرداخت ثابت پرداخت کنند و همچنین خدمات دندانپزشکی به جز کشیدن دندان را پوشش نمی‌دهد. بیمه‌های خصوصی هم خدمات بیمارستان‌ها و ارائه دهندگان خصوصی را تحت پوشش قرار می‌دهد.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت

همانطور که در بالا هم اشاره شد، AC ها از قدرت مدیریتی و سیاست‌گذاری در زمینه سلامت منطقه خود برخوردار هستند. بنابراین، ۱۷ نهاد مستقل وجود دارد که هر کدام مسئول تصمیم‌گیری در زمینه برنامه‌ریزی منابع در مناطق خود هستند. طبق کاتالوگ ملی بیمارستان‌ها، در ابتدای سال ۲۰۰۸، ۸۰۴ بیمارستان در اسپانیا وجود داشته است که تقریباً ۴۰ درصد آنها متعلق به SNS بوده و بقیه هم متعلق به بخش خصوصی بوده است. به طور کلی، حدود ۴۰ درصد تخت‌ها در بیمارستان‌های بزرگ با بیش از ۵۰۰ تخت (عمدتاً عمومی) متمرکز هستند. هر AC دارای حداقل یکی از این مراکز است. تعداد نیروی انسانی فعال در بخش سلامت در سال‌های اخیر روندی رو به رشد داشته است. در سال ۲۰۱۵ به ازای هر هزار نفر جمعیت ۳٫۱ تخت بیمارستانی، ۳٫۸ پزشک و ۵٫۶ پرستار و ماما وجود داشته است.

مسئولیت آموزش پزشکی

در اسپانیا، مانند هر کشور دیگر اتحادیه اروپا، تمام مدارک تحصیلی پایه و حرفه‌ای به طور عمومی تنظیم می‌شود. با این حال، با توجه به اهمیت ویژه رشته‌های تخصصی پزشکی و با توجه به تأثیر مستقیم آنها در مراقبت از بیمار، دانشگاه در تنظیم مقررات خاص این رشته‌ها به طور رسمی خودمختار هستند. از دهه ۱۹۹۰، دانشگاه‌ها مسئولیت تحصیلات تکمیلی آموزش و تربیت منجر به اخذ درجه پزشکی را بر عهده دارند. مسئول هماهنگی و سازماندهی دوره‌های مختلف رشته‌های پزشکی در دانشکده‌های علوم سلامت و پزشکی بر عهده وزارت آموزش است. در حال حاضر ۲۸ دانشکده پزشکی در اسپانیا وجود دارد. از این تعداد، ۲۶ دانشکده از طریق بودجه دولتی و دو دانشکده هم با بودجه خصوصی حمایت مالی می‌شوند.



شبکه مراقبت‌های اولیه کاملاً دولتی است و اکثر ارائه‌دهندگان آن حقوق دریافت می‌کنند. متخصصان ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه به جز چند استثناء در چند ایالت بقیه در مراکز دولتی فعالیت می‌کنند. در این مراکز خدمات توسط تیم‌های چند رشته‌ای متشکل از پزشکان، متخصصان اطفال، پرستاران و حرفه‌های پیراپزشکی دیگر ارائه می‌شود.

در بخش بستری از لحاظ تعدادی، حدود ۴۰ درصد بیمارستان‌ها دولتی هستند و بقیه توسط بخش خصوصی اداره می‌شوند البته بیمارستان‌های دولتی اکثراً از ظرفیت بزرگتری برخوردار هستند به طوری که حدود ۷۱ درصد تخت‌ها مربوط به بخش دولتی است. ارائه و مدیریت خدمات مراکز دولتی بر عهده ادارات سلامت منطقه‌ای است که نظارت بخش خصوصی را هم بر عهده دارند.

نظام سلامت اتریش

مشخصات عمومی

اتریش یکی از کشورهای اروپای مرکزی است که پایتخت آن وین است. این کشور از شمال با آلمان و جمهوری چک، از غرب با سوئیس و لیختنشتاین، از جنوب با ایتالیا و اسلونی و از شرق با اسلوواکی و مجارستان، هم‌مرز است. در سال ۲۰۱۶ جمعیت این کشور ۸,۷ میلیون بوده که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به بالای ۹ میلیون نفر برسد. نوع حکومت اتریش به شکل جمهوری فدرال است که صدراعظم و رئیس‌جمهور آن توسط مردم انتخاب می‌شوند. جمهوری اتریش شامل ۹ استان است که هر استان خودش از ناحیه‌های تشکیل شده که هر ناحیه هم به حکومت‌های محلی تقسیم می‌شود. در بین کشورهای اتحادیه اروپا اتریش وضعیت بسیار مناسبی دارد و از نظر شاخص‌های اقتصادی و وضعیت رفاهی در سطح بالایی قرار دارد. براساس آمار بانک جهانی، در سال ۲۰۱۶ تولید ناخالص داخلی این کشور ۴۴۱ میلیارد دلار (PPP) بوده است که رتبه ۴۲ را در بین اقتصادهای بزرگ جهان داشته است. همچنین سرانه تولید ناخالص داخلی در همان سال ۵۰۵۵۲ دلار (PPP) بوده است که رتبه ۱۷ جهان را شامل می‌شود. گزارش‌های بین‌المللی حاکی از آن است که عملکرد سیستم سلامت این کشور هم وضعیت مناسبی دارد به طوری که براساس رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ بین ۱۹۱ کشور عضو، نظام سلامت اتریش رتبه ۹ را از لحاظ کارایی عملکرد داشته است. در سال ۲۰۱۵ امید به زندگی در این کشور ۸۱,۸ سال (۸۴,۲ سال خانمها و ۷۹,۶ سال آقایان) بوده است.

نظام سلامت

نظام سلامت اتریش در بسیاری از جهات شبیه نظام سلامت آلمان و مدل بیسمارک است. این نظام به شدت غیرمتمرکز است و وظایف بخوبی بین فدرال و استان تقسیم شده است. سلامت بر مبنای قانون بیمه اجتماعی مصوب سال ۱۹۵۶ تعریف شده است که براساس آن نظام سلامت باید طیف وسیعی از مزایا و مراقبت‌های باکیفیت بالا را برای کل جمعیت فراهم کند.

گستره خدمات تحت پوشش بیمه درمان بسیار جامع است. یکی از ویژگی‌های نظام سلامت اتریش، انتخاب آزاد ارائه‌دهندگان و دسترسی نامحدود بیماران به تمام سطوح مراقبت (پزشکان عمومی، پزشکان متخصص و بیمارستان‌ها) می‌باشد. نکته قابل توجه درباره نظام سلامت این کشور رضایت نسبتاً بالای مردم می‌باشد که نسبت به میانگین اتحادیه اروپا خیلی بالاتر است. تقریباً تمام بخش‌های نظام سلامت کشور اتریش به جز مراقبت‌های بستری تحت مسئولیت فدرال، توسط وزارت سلامت فدرال نظارت و توسط طیف وسیعی از مؤسسات ملی ارائه می‌گردد. در عمل، ساختار این نظام بسیار غیر متمرکز و بازیگران مختلفی در آن نقش دارند. نظام سلامت اتریش مشابه فدرالیسم ایالات متحده غیر متمرکز سازماندهی شده است. ساختار فعلی نظام سلامت اتریش تا حدود خیلی زیاد برگرفته از اصلاحات ۱۹۹۰ و همچنین اصلاحات سلامت سال ۲۰۰۵ است که این اصلاحات منجر به تغییرات ساختاری نظام سلامت اتریش شد. مسئولیت بیشتر امور مربوط به تنظیم قوانین سیستم سلامت با فدرال است. پیش‌نویس قانون معمولاً توسط وزارت سلامت فدرال تهیه می‌گردد. اداره سیستم مراقبت سلامت عمدتاً توسط ایالت‌ها به عنوان بخشی از سیستم اداره غیر مستقیم فدرال و یا توسط مؤسسات تأمین اجتماعی بعنوان ادارات مستقل اداره می‌شود.

متولی / متولیان سلامت



در نظام سلامت اتریش بازیگران زیادی نقش دارند که مسئولیت‌های هر کدام به وسیله قانون تنظیم شده است. در مورد قانون و اجرای آن، دولت فدرال نقش مرکزی ایفا می‌کند. قانون اساسی فدرال مسئولیت تنظیم مقررات مرتبط با اکثر حوزه‌های نظام مراقبت سلامت را به حکومت فدرال واگذار کرده است. با این حال، مهمترین استثناء این قانون، بخش بیمارستانی است که تنها نیازهای اساسی در سطح فدرال تعریف شده است. در حالی که استان‌ها مسئول تنظیم جزئیات قانون و پیاده‌سازی آن هستند. در واقع مسئول فراهم آوردن ظرفیت‌های بیمارستانی جهت ارائه مراقبت‌های بستری بر عهده حکومت‌های استانی است. متولیان اصلی در حوزه سلامت در سطح فدرال اتریش عبارتند از: پارلمان (که شامل شورای ملی و شورای فدرال است)، وزارت سلامت فدرال، وزارت کار، امور اجتماعی و حمایت از مصرف‌کنندگان فدرال،

مؤسسات تأمین اجتماعی و گروه‌های حامی (نمایندگان کارفرمایان و کارکنان و انجمن‌های حرفه‌ای).

به دلیل نقش سطوح متفاوت حاکمیتی و نهادهای مختلف در حوزه سلامت اتریش، جهت شناسایی بیشتر بازیگران این حوزه در ۵ سطح ذیل قابل بررسی است:

۱- سطح فدرال:

• **وزارت سلامت:** وزارت سلامت فدرال بالاترین ارگان فدرال نظام سلامت اتریش است و از دسامبر ۲۰۰۸ به این نام شناخته شده است. آن بر سازمان‌های حرفه‌ای و بیمه‌های سلامت اجتماعی نظارت می‌کند و تنظیم قوانین را پایه‌ریزی می‌کند و نظارت بر قوانین حوزه سلامت بر عهده دارد. وزارت سلامت فدرال تعدادی از انجمن‌های مشاوره و کمیسیون‌ها را در اختیار دارد (به عنوان مثال انجمن داروسازی، انجمن روان‌پزشکی، انجمن سالمندی، انجمن طب سنتی آسیایی، کمیسیون بررسی نسخه، کمیسیون فارماکوپیه، کمیسیون داروهای مستقل، کمیسیون تغذیه ملی، کمیسیون کدگذاری). وظایف این وزارت در بخش وزارت سلامت ذکر شده است.

• **انجمن عالی سلامت:** انجمن عالی سلامت یک کمیته علمی پزشکی است که توصیه‌های پزشکی را به وزارت سلامت توصیه می‌کند. انجمن از متخصصان و کارشناسان داوطلب (۳۲ نفر در سال ۲۰۱۱) با یک تنوعی از حوزه‌های مختلف از جمله پزشکی، دانشگاهی، اتاق‌های پزشکان و هیئت‌های داروسازی، حرفه‌های پرستاری، تأمین اجتماعی و خدمات سلامت عمومی تشکیل شده است. انجمن عالی سلامت نظرهای تخصصی خود را در مورد تمام مسائل پزشکی پایه به وزارت سلامت توصیه می‌کند و گزارش‌ها را براساس پیشرفت‌های علم پزشکی روز تهیه و به وزارت ارائه می‌دهد. توصیه‌های این انجمن وزارت را مجبور به اتخاذ تصمیمات خاص در مورد سیاست‌های سلامت نمی‌کند.

• **مؤسسه ملی تحقیق و برنامه‌ریزی سلامت اتریش:** این مؤسسه در سطح ملی مسئولیت پژوهش در حوزه سلامت و ترویج ارتقاء سلامت را بر عهده دارد. اساس این مؤسسه توسط قانون فدرال در ۲۰۰۶ طراحی شده است. دولت فدرال تنها سهامدار آن است که تحت نظر وزیر فدرال سلامت فعالیت

می‌کند.

• **آژانس ایمنی سلامت و مواد غذایی اتریش:** این آژانس در سطح ملی تمرکز دارد تا طیف وسیعی از وظایف در زمینه ایمنی مواد غذایی را انجام دهد. بیش از ۱۴۰۰ کارشناس متخصص بین رشته‌ای در این آژانس در ۵ حوزه استراتژیک (امنیت غذایی، بهداشت مواد غذایی، سلامت حیوانات، سلامت عمومی، نظارت بر بازار داروها) در سه شاخه کلی (اطلاعات، آمار و ارزیابی ریسک؛ محافظت از اشعه؛ و انتقال دانش و تحقیقات کاربردی) فعالیت دارند. وزارت سلامت فدرال و وزارت کشاورزی، جنگلداری، محیط زیست و آب فدرال، مسئولان ناظر بر این آژانس هستند.

• **آژانس سلامت فدرال:** این آژانس یک نهاد عمومی و مستقل قانونی در سطح فدرال است. آژانس سلامت فدرال تسهیل‌کننده مرکزی فرماندهی‌های و منطقه‌ای برنامه‌ریزی، اداره و تأمین مالی مراقبت‌های سلامت است که در سال ۲۰۰۵ راه‌اندازی شده و زیر نظر وزارت تأمین اجتماعی فعالیت می‌کند. منابع فدرال به وسیله آژانس سلامت فدرال بین ۹ صندوق سلامت منطقه‌ای مطابق با برنامه از پیش تعیین شده اختصاص می‌یابد.

• **کمیسیون مستقل داروها:** این کمیسیون تصمیمات اخذ شده مؤسسات تأمین اجتماعی فدرال اتریش برای تحت پوشش درآوردن بیمه‌ای یا خارج از کد کس بازرپرداخت بررسی می‌کنند. کمیسیون مستقل دارو توسط وزارت سلامت فدرال تأسیس شده است و متشکل از یک قاضی از دادگاه عالی فدرال یا دادگاه عالی یکی از ایالت‌ها و هفت ارزیاب است.

• **وزارت کار، امور اجتماعی و حمایت از مصرف‌کننده:** این وزارت مسئول امور مرتبط با تأمین اجتماعی به استثنای امور سلامت و بیمه سلامت شغلی است. آن همچنین حقوق بازنشستگی، بیمه بیکاری و نظارت بر فدراسیون مؤسسات تأمین اجتماعی اتریش را پوشش می‌دهد. علاوه بر این وزارت مذکور، مراقبت‌های درازمدت و نیز تسهیلات معلولین و مراقبت‌های اجتماعی را فراهم می‌آورد. وزارت کار، امور اجتماعی و حمایت از مصرف‌کننده مسئول امور اجتماعی فدرال است که در هر ۹ استان دفتر دارد.

• **وزارت علوم و تحقیقات فدرال:** مسئول آموزش دانشگاهی پزشکان است و دانشگاه‌های ارائه‌دهنده آموزش و تربیت پزشکان زیر نظر این وزارت فعالیت و اداره می‌شوند. هزینه‌ها و تسهیلات کلینیک، برنامه‌های توسعه و ساختمان‌سازی، توسعه دانشگاه‌های آموزش پزشکی نیز تحت مدیریت وزارت علوم و تحقیقات فدرال هستند.

• **وزارت امور اقتصادی، خانوادگی و جوانان:** این وزارت مراکز مشاوره خانواده را ترویج و حمایت می‌کند تا در شرایط بحرانی مشاوره‌های لازم را در جهت تقویت بنیاد خانواده و رفع مشکلات خانوادگی ارائه و کمک‌های لازم را در این زمینه اعمال کنند. این مراکز همچنین به ارائه اطلاعات و انجام آموزش‌های پیشگیرانه می‌پردازند. اکثر مراکز دارای تیم‌های ویژه مشتمل از پزشکان، کارگران اجتماعی، مشاوران حقوقی، متخصصین آموزشی، مشاوران ازدواج و خانواده و روانشناسان است.

• **وزارت مالی فدرال:** وزارت مالی اتریش مسئول مالیات و بودجه‌بندی بازارهای مالی و برقراری عدالت مالی بین مردم است. همراه با وزارت سلامت فدرال، وزارت مالی فدرال صندوق‌های بیمه سلامت را از طریق مؤسسات بیمه سلامت منطقه‌ای سازماندهی می‌کنند.

• **وزارت کشاورزی، جنگل‌داری، محیط زیست و مدیریت آب:** مهندسی ژنتیک، حفاظت از محیط زیست، مقررات بازاریابی مواد غذایی و قوانین مرتبط با مواد غذایی توسط وزارت کشاورزی، جنگل‌داری، محیط زیست و مدیریت آب فدرال مدیریت و نظارت می‌شود. که در بسیاری از حوزه‌ها همپوشانی فعالیت با وزارت سلامت فدرال وجود دارد.

• **وزارت دادگستری فدرال و وزارت دفاع فدرال:** این وزارت دارای مراکز درمانی و بیمارستان‌های مخصوص خود (مانند بیمارستان‌های ارتش) هستند.

۲- مؤسسات استانی و محلی:

مؤسسات محلی در ایجاد، پیاده‌سازی و نظارت بر امور مختلف نظام سلامت نقش کلیدی دارند. مهمترین نقش ایالت‌ها مربوط به مراقبت‌های بیمارستانی است که آنها مطابق قانون مجاز هستند ظرفیت بیمارستانی کافی را در استان خود فراهم

آورند. علاوه بر این، استان‌ها مسئولیت خدمات سلامت عمومی، اداره خدمات اجتماعی و ارائه خدمات پیشگیرانه جامع را بر عهده دارند. استاندار در هر استان بالاترین مقام در نظام مراقبت‌های سلامت در سطح منطقه‌ای است. اداره حکومت منطقه‌ای و انجمن سلامت منطقه‌ای، استاندار را در امور قانونی مرتبط با نظام مراقبت سلامت حمایت می‌کنند. استان‌ها اداراتی برای مبارزه با بیماری‌های عفونی و مراکز مختلف مشاوره (به عنوان مثال، برای ایمن‌سازی، ارتقاء سلامت، مشاوره خانواده و آمار سلامت) اختصاص داده‌اند. استان‌ها همچنین پرسنل مراکز مراقبت سلامت عمومی و نیازهای تربیت نیروی انسانی درمانی غیرپزشک را مدیریت می‌کنند.

از سوی دیگر، ادارات سلامت ناحیه‌ها مسئول مدیریت ارائه مراقبت‌های سلامت هستند. البته مسئولیت بعضی از امور مربوط به سلامت مانند بازرسی‌ها با حکومت‌های محلی است. علاوه بر این، برخی از نهادهای محلی متصدی حقوقی بیمارستان هستند. همچنین در هر استان، صندوق سلامت منطقه‌ای وجود دارد که مسئول برنامه‌ریزی، مدیریت تأمین مالی مراقبت‌های سلامت در منطقه است. در هر استان این صندوق سلامت منطقه‌ای مسئول دریافت اعتبارات مالی از ارگان‌های فدرال، استان و مؤسسات تأمین اجتماعی است. این صندوق‌های سلامت منطقه‌ای مسئول اجرای دستورالعمل‌های فدرال و تأمین مالی مراقبت‌های بستری هستند. همراه با این هر استان دارای پلت فرم سلامت منطقه‌ای مخصوص خود است که براساس آن صندوق سلامت آن منطقه اداره می‌شود.

۳- نهادهای خودگردان:

به جز خدمات بیمارستانی، خدمات دیگر از طریق مذاکرات بین مؤسسات تأمین اجتماعی یا فدراسیون مؤسسات تأمین اجتماعی که از لحاظ مدیریتی، خودگردان هستند با اتاق‌های پزشکان و انجمن داروسازی (که قانوناً به عنوان شرکت‌های قانونی سازماندهی شده‌اند)، نمایندگان حقوقی ماماها و انجمن‌های حرفه‌ای سایر پرسنل سلامت سازماندهی و ارائه می‌شوند.

۴- انجمن‌های حرفه‌ای داوطلب:

به جز پزشکان، داروسازان و ماماها بقیه حرفه‌های سلامت در انجمن‌های حرفه‌ای

که عضویت در آن داوطلبانه است سازماندهی می‌شوند. نمونه‌هایی از این حرفه‌ها عبارتند از انجمن کارکنان فنی پزشکی عالی اتریش، اتحادیه مراقبت سلامت و پرستاری اتریش، انجمن روانشناسان اتریش و انجمن فیزیوتراپی اتریش. تعدادی از شاخه‌های تخصصی نظیر متخصصین داخلی، جراحان، متخصصین زنان و متخصصان توابخشی در داخل این انجمن‌ها سازماندهی شده‌اند.

۵- ذینفعان دیگر:

سایر گروه‌های ذینفع فعال در حوزه سلامت که می‌توان به آنها اشاره کرد عبارتند از: مؤسسه ارزیابی فناوری‌های پزشکی لودویگ بولتزمن^۱، سازمان‌های رفاه، سازمان‌های خیریه، دفاتر امداد‌گر بیمار، شبکه ایمنی بیماران اتریش، لیگ سلامت کودکان جوانان اتریش، شبکه ارتقاء سلامت محل کار اتریش، شبکه ارتقاء سلامت بیمارستان‌های اتریش و انجمن شرکت‌های بیمه اتریش.

ساختار وزارت سلامت

وزارت سلامت فدرال قوانین بخش سلامت را آماده می‌کند و مسئولیت سلامت عمومی و همچنین سیاست کلی سلامت را بر عهده دارد و به عنوان تسهیل‌کننده بین بازیگران مختلف فعال در نظام مراقبت‌های سلامت و همچنین به عنوان سیاستگذار و ناظر عمل می‌کند. نقش وزارت سلامت اتریش محدود به فرموله کردن و تعریف چهارچوب سیستم، سیاست‌ها و ارایه خدمت است و بسیاری از مسئولیت‌ها به استان‌ها و یا مؤسسات تأمین اجتماعی واگذار شده است. استان‌ها وظیفه مدیریت و ارائه مراقبت‌های درمانی را به عهده دارند.

قانون وزارتی فدرال، وظایف وزارت سلامت را در سه بخش تنظیم کرده است:

فعالیت‌های بخش ۱ (هماهنگی مرکزی سیستم مراقبت سلامت): شامل هماهنگی بین‌المللی سیاست‌های مراقبت‌های سلامت، هماهنگی و همکاری اداری با سازمان جهانی بهداشت و پارلمان اروپا است. این سطح همچنین شامل فعالیت‌های دیگر از جمله مدیریت اطلاعات و مسائل مربوط به سلامت الکترونیکی و مراقبت‌های سلامت از راه دور می‌شود. تأمین مالی بیمارستان، برنامه‌ریزی سیاست‌های ساختاری، مستندات، جنبه‌های قانونی از سیاست ساختاری، مدیریت کیفیت و تحقیقات مرتبط با

مراقبت سلامت به عنوان بخشی از فعالیت‌های دیگر وزارت سلامت می‌باشد. اقتصاد سلامت و دارو نیز در بخش اول گنجانده شده است. در کنار این، بخش مربوط به مدیریت آژانس سلامت فدرال و دستورالعمل‌های توسعه مربوط به تخصیص منابع برای پیاده‌سازی پروژه‌ها هم شامل می‌شود.

بخش دوم (امور مقررات و حفاظت از سلامت مصرف‌کنندگان): فعالیت‌های مندرج در این بخش با بسیاری از زمینه‌های مختلف در ارتباط است. قانون مراقبت سلامت عمومی، حرفه‌های مراقبت‌های سلامت و مسائل حقوقی مربوط به پزشکان، روانشناسان بالینی، روانپزشکان، درمان‌گران موسیقی، دارو، داروسازان، بیمارستان‌ها، بیماری‌های عفونی، مواد مخدر، مواد اعتیادآور و مواد روانگردان جدید همه در بخش دوم قرار می‌گیرند. همچنین فعالیت‌های حقوقی نظیر حسابرسی و حسابداری مراقبت‌های سلامت و بیمه حوادث در این بخش از وظایف وزارت قرار می‌گیرد. قوانین دامپزشکی؛ سلامت حیوانات؛ حفاظت از حیوانات؛ ایمنی مواد غذایی تولیدات گوشتی؛ ایمنی مواد غذایی؛ کیفیت و قانون؛ محصولات خاص؛ امور مربوط به زنجیره غذایی بین‌المللی و مهندسی ژنتیک نیز مسئولیت‌های وزارت سلامت هستند که در بخش دوم قرار می‌گیرند.

بخش سوم (خدمات سلامت عمومی و مسائل پزشکی): وظایف این بخش شامل خدمات سلامت عمومی، بیماری‌های عفونی و غیرعفونی، پیشگیری از بیماری همه‌گیر، مقاومت به آنتی‌بیوتیک / بهداشت بیمارستان، مدیریت بحران، سلامت ذهنی، پزشک سالمندان، دارو و محصولات پزشکی است. همچنین استراتژی مربوط به خون، بافت و پیوند و همچنین حفاظت از اشعات پزشکی، ارتقاء سلامت، پیشگیری، برنامه‌های واکسیناسیون، اچ آی وی / ایدز، سل و بهداشت زنان، سلامت کودکان و نوجوانان در این بخش قرار دارند.

وزیر سلامت

حکومت جمهوری اتریش در چارچوب پارلمان فدرال با یک صدراعظم به عنوان رئیس حکومت و یک رئیس جمهور فدرال به عنوان رئیس دولت اداره می‌شود. در کنار دولت فدرال، دولت‌های محلی قدرت اجرایی دارند. وزراء از جمله وزیر سلامت توسط رئیس‌جمهور انتخاب می‌شوند. وزیر سلامت یک مقام کابینه در دولت اتریش

است. وزیر کنونی اتریش خانم پاملا رندی وگنر^۱ یک سیاستمدار اتریشی است که از تاریخ ۸ مارس ۲۰۱۷ وزیر سلامت و زنان فدرال^۲ است. تحصیلات ایشان در زمینه بهداشت و عفونت بوده است و سال‌ها در حوزه پیشگیری و پزشکی گرمسیری، اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی فعالیت داشته است. قبل از انتخاب به عنوان وزیر هم عضو کمیسیون سلامت فدرال و رئیس اداره ایمنی سلامت (بهداشت و درمان) بوده است. همچنین در بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۷ او به عنوان استاد مهمان در مرکز بهداشت عمومی دانشگاه پزشکی وین مشغول به کار بوده است. ایشان از سال ۲۰۱۲ عضو حزب سوسیال دمکرات هم بوده است. وزیر قبلی این وزارت خانم سابین اوبرهاوزر^۳ بوده که از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۷ تا لحظه مرگ، مسئولیت این وزارت را بر عهده داشته است. ایشان به دلیل بیماری سرطان شکم در سن ۵۳ سالگی در ماه فوریه سال ۲۰۱۷ فوت می‌کنند. اوبرهاوزر تحصیلات دانشگاهی پزشکی را داشته‌اند، که بعد از فارغ‌التحصیلی کارآموزی خود را به عنوان مدیر بیمارستان دانشگاهی به اتمام رسانده‌اند. ایشان هم عضو حزب سوسیال دمکرات بوده و پست‌های سیاسی مهمی از جمله معاون رئیس جمهور را بر عهده داشته است.

وزارت کار، امور اجتماعی و حمایت از مصرف‌کننده

وزارت کار، امور اجتماعی و حمایت از مصرف‌کننده فدرال^۴، مسئول امور اجتماعی فدرال است که در ۹ استان ادارات مربوطه دارد. این وزارت وظایف ذیل را بر عهده دارد: سیاست بازار کار، قانون کار، ابتکارات برای افراد معلول، حمایت از مصرف‌کننده، حمایت و مراقبت پرستاری، سیاست شهروندان ارشد، سیاست اجتماعی و بیمه اجتماعی.

وزارت کار، امور اجتماعی و حمایت از مصرف‌کننده بدنه نظارتی سیستم بیمه درمان و پایش صندوق‌های تأمین اجتماعی از جمله صندوق‌های بیماری را بر عهده دارد.

1- Pamela Rendi-Wagner

2-Federal Minister for Health and Women

3- Sabine Oberhauser

4- Federal Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection



نظام تأمین اجتماعی اتریش یکی از شناخته شده ترین نظام های اجتماعی در جهان است که مجموعه زیادی از خدمات اجتماعی و رفاهی (پیشگیری، بیماری، خانواده، معلولیت، زایمان، بیکاری، بازنشستگی، مراقبت پرستاری، مراقبت های دراز مدت و نیازهای اجتماعی) را برای ساکنین اتریش فراهم می آورد. حدود ۲۸ الی ۳۱ درصد از تولید ناخالص داخلی به امور تأمین اجتماعی و حمایت های اجتماعی اختصاص می گیرد.

بیمه اجتماعی در اتریش بر اساس اصول بیمه اجباری، همبستگی و استقلال است. این در درجه اول توسط مشارکت کارفرمایان و کارکنان و براساس حقوق دریافتی کارکنان تأمین مالی می شود. به صورت کلی بیمه اجتماعی در سیستم اتریش شامل چهار طرح است:

- بیمه بازنشستگی
- بیمه درمانی
- بیمه حوادث کار
- بیمه بیکاری

اجرای بیمه اجتماعی توسط ۲۲ صندوق یا مؤسسات تأمین اجتماعی انجام می گیرد، که این مؤسسات از لحاظ مدیریتی خودگردان هستند. برخی از صندوق ها چند شاخه (بیماری، بازنشستگی، تصادف، بیکاری) را پوشش می دهند. در مجموع ۲۲ صندوق تأمین اجتماعی در اتریش وجود دارد که ۱۹ مورد از آنها بیمه سلامت یا بیماری، ۵ صندوق مستمری بازنشستگی و ۴ صندوق بیمه تصادف را ارائه می دهند. همه این صندوق ها عضو فدراسیون مؤسسات تأمین اجتماعی اتریش هستند. وزارت کار، امور اجتماعی و حمایت از مصرف کننده فدرال به همراه وزارت سلامت فدرال مسئولیت سرپرستی و نظارت فدراسیون مؤسسات تأمین اجتماعی اتریش را بر عهده دارند.

بیمه سلامت اتریش، براساس قانون و ساختار بیمه اجتماعی شکل گرفته است. این قانون بیماری را به عنوان حالت نامنظم بدن و ذهن تعریف می کند که نیاز به درمان پزشکی دارد. با این حال، هر فردی که احساس بیماری می کند بدون نیاز به وجود یک نشانه قابل مشاهده از بیماری، می تواند به کمک پزشکی دست پیدا کند. حدود ۹۹٫۹ درصد جمعیت اتریش تحت پوشش ۱۹ صندوق بیمه سلامت هستند. این صندوق ها به صورت خودگردان و مستقل اداره می شوند که در سطح کلان کشور عضو فدراسیون مؤسسات تأمین اجتماعی اتریش هستند. پوشش بیمه براساس پرداخت حق بیمه است که فرد بیمه شده می تواند افراد تحت پوشش خود را، به ویژه کودکان زیر سن قانونی خاص، و همسران و والدینش را تحت پوشش بیمه قرار دهد. نرخ مشارکت بیمه در مؤسسه بیمه اجتماعی برای کارمندان دولت بیشتر است. بین افرادی که تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی عمومی (ASVG) هستند و افرادی که تحت بیمه های خاص (GSVG, BSVG, B-KUVG) هستند می توان تمایز قائل شد. ASVG شامل ۹ صندوق بیمه سلامت منطقه ای و ۶ صندوق بیمه سلامت شرکتی است که حدود ۶٫۷ میلیون نفر تحت پوشش صندوق های سلامت منطقه ای و حدود ۵۳ هزار نفر تحت پوشش صندوق های بیمه سلامت شرکتی هستند. کارمندان، فارغ التحصیلان، کارآموزان، افراد دریافت کننده مزایا (کمک هزینه بیکاری، مزایای مراقبت بچه) و یا حقوق بگیران بازنشستگی تحت ASVG هستند. که تقریباً ۸۰ درصد جمعیت اتریش را شامل می شود. ۴ تا صندوق بیمه سلامت خاص شامل مؤسسه بیمه راه آهن و معدن، شرکت بیمه کارمندان دولت، مؤسسه بیمه اجتماعی خویش فرما (هنرمندان، متخصصان و روزنامه نگاران) و مؤسسه بیمه اجتماعی کشاورزان هم وجود دارد.

در کشور اتریش سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۴، ۱۱٫۲ درصد بوده است که نسبت به میانگین کشورهای اتحادیه اروپا (۹٫۵ درصد) بالاتر است. سهم مخارج عمومی سلامت (مشارکت بیمه های اجتماعی و مالیات) حدود

۷۷٫۸ درصد و سهم بخش خصوصی ۲۲٫۲ درصد بوده است. بیشترین منابع مالی سلامت از طریق مشارکت بیمه‌های تأمین اجتماعی بوده است که حدود ۵۲ درصد مخارج سلامت را پوشش می‌دهد. حکومت‌های استانی و محلی (مالیات) هم حدود ۲۵ درصد مخارج را پوشش می‌دهند. ۱۶٫۱ درصد از مخارج سلامت هم از طریق پرداخت مستقیم از جیب که حدود ۷۳ درصد مخارج بخش خصوصی را شامل می‌شود پوشش داده می‌شود. حدود ۵ الی ۶ درصد مخارج سلامت هم از طریق بیمه‌های خصوص تأمین مالی می‌شود. بیمه خصوصی در اتریش شکل بیمه تکمیلی را دارد و برای سهولت بیشتر و دسترسی سریع‌تر به بیمارستان‌ها و خدمات لوکس‌تر استفاده می‌شود. اکثر صندوق‌های بیمه خصوصی به بیماران اجازه می‌دهند پزشکان خود را در بیمارستان‌ها انتخاب کنند. حتی بیماران می‌توانند جهت دریافت درمان از یک پزشک بدون قرارداد بیمه (پزشکان غیر قراردادی) خدمت دریافت کنند.

شیوه پرداخت

شیوه بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات بسته به نوع صندوق و پرداخت‌کننده با هم متفاوت است البته بین استان‌ها هم تفاوت وجود دارد ولی آنچه که رایج است به صورت خلاصه شامل موارد ذیل است. پرداخت‌کننده‌ها شامل: حکومت‌های فدرال یا استانی، فدراسیون تأمین اجتماعی، صندوق‌های ASVG، صندوق‌های کوچک (خاص)، بیمه تکمیلی خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب مردم.

پزشکان عمومی و سایر حرفه‌های سلامت که در مراکز تحت اداره حکومت منطقه‌ای فعالیت می‌کنند حقوق و دستمزد دریافت می‌کنند. هزینه‌های خدمات پیشگیری و خدمات سلامت عمومی که حدود ۱٫۷ درصد مخارج سلامت را به خود اختصاص می‌دهد توسط حکومت‌های فدرال، استان و محلی (۴۵ درصد) و صندوق‌های بیمه اجتماعی (۴۰ درصد) از جمله صندوق‌های تصادف و صندوق‌های پیشگیری سطح سوم (بازتوانی) و پرداخت مستقیم از جیب (۱۵ درصد) پرداخت می‌شود.

مخارج دارویی حدود ۱۷ درصد مخارج سلامت را تشکیل می‌دهد که حدود ۶۱ درصد آن از طریق صندوق‌های بیمه پرداخت می‌شود که بازپرداخت آنها براساس مشتری و قیمت دارو متفاوت است. حدود ۳۶ درصد هم از طریق مخارج خانوار و بقیه هم از طریق بیمه‌های خصوصی (برخی از داروهای خاص) و منابع عمومی دیگر

(یارانه) پرداخت می‌شود.

خدمات یا مراقبت‌های طولانی‌مدت در خانه حدود ۷ درصد از مخارج سلامت را شامل می‌شود که به طور مستقیم توسط حکومت‌ها یا صندوق‌ها پرداخت نمی‌شود بلکه به کسی که واجد شرایط برای این نوع مراقبت است به ازای هر شخص بودجه (پرداخت ثابت به ازای هر فرد) تعلق می‌گیرد. خود فرد صاحب اختیار است که خدمات مورد نیاز خود را از ارائه‌دهندگان حرفه‌ای یا حتی افراد غیر حرفه‌ای دیگر خرید کند یا اعضای خانوار این نوع مراقبت‌های خانگی را برای ایشان انجام دهند.

پرداخت به مؤسسات ارائه‌دهنده مراقبت‌های طولانی مدت براساس پرداخت به ازای هر روز^۱ که از چندین منبع تأمین مالی می‌شود صورت می‌گیرد. بیشتر این تأمین مالی توسط حکومت‌های محلی و مخارج خصوصی خانوار تأمین می‌شود. حدود ۷ درصد مخارج سلامت مربوط به این مراقبت‌ها می‌باشد.

پرداخت بازتوانی یا توانبخشی از طریق صندوق‌های بیمه‌ای (پرداخت به ازای هر روز) یا پرداخت ثابتی از هزینه روزانه توسط افراد بیمار صورت می‌گیرد. پرداخت به پزشکان عمومی توسط صندوق‌های بیمه‌ای اگر صندوق عمومی باشد از طریق پرداخت ثابت به ازای هر مورد^۲ (CFR) و پرداخت به ازای خدمت (FFS) بازپرداخت می‌شود. صندوق‌های بیمه‌ای خاص بیشتر از طریق پرداخت به ازای خدمت به پزشکان عمومی بازپرداخت می‌کنند (۹۰ درصد FFS و ۱۰ درصد CFR). بیمه‌های خصوصی هم از طریق پرداخت به ازای خدمت بازپرداخت می‌کنند.

پرداخت به متخصصان هم شبیه پزشکان عمومی توسط صندوق‌های بیمه‌ای شامل صندوق‌های عمومی (۷۰ درصد FFS و ۳۰ درصد CFR) و خاص (۹۰ درصد FFS و ۱۰ درصد CFR) و بیمه‌های خصوصی (FFS) انجام می‌گیرد.

پرداخت به کلینیک‌های خدمات سرپایی مستقل توسط صندوق‌های بیمه‌ای به شکل پرداخت به ازای خدمت و در صورتی که کلینیک متعلق به صندوق باشد پرداخت به شکل حقوق صورت می‌گیرد. بیمه‌های خصوصی هم از طریق پرداخت به ازای خدمت پرداخت می‌کنند. پرداخت به کلینیک‌های سرپایی بیمارستانی متفاوت است و توسط حکومت‌های محلی و صندوق‌های بیمه‌ای به شکل بودجه انجام می‌گیرد.

1-Per diem

2-Per-case flat rate

پرداخت به بیمارستان‌های عمومی توسط حکومت‌های فدرال یا ایالتی و صندوق‌های بیمه به شکل بودجه بر مبنای DRG و کمک‌های اختصاصی حکومت‌های استانی و پرداخت به ازای هر روز توسط بیمه‌های خصوصی صورت می‌گیرد. البته بیماران هم فرانشیز یا پرداخت ثابتی پرداخت می‌کنند.

پرداخت به بیمارستان‌های خصوصی توسط صندوق‌های بیمه‌ای عمومی به شکل پرداخت به ازای خدمت و توسط بیمه‌های خصوصی به شکل پرداخت به ازای خدمت یا پرداخت به ازای روز صورت می‌گیرد. در تمام موارد بالا در صورتی که خدمتی جزو بسته خدمت نباشد پرداخت هزینه آن بر عهده بیمار می‌باشد.

افراد تحت پوشش



همچنان‌که در بالا هم ذکر شد نزدیک به ۱۰۰ درصد جمعیت اتریش (۹۹,۹) تحت پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی سلامت هستند. ۱۹ صندوق بیمه سلامت وجود دارد که هر کدام بسته به نوع صندوق افراد واجد شرایط خود را تحت پوشش می‌دهند. انتخاب صندوق بیمه‌ای به صورت اجباری و با توجه به شغل افراد صورت می‌گیرد. افراد با توجه به معیارهای تقسیم‌بندی قلمرو و نوع صندوق‌ها، تحت پوشش صندوق‌ها قرار می‌گیرند. بعضی از صندوق‌های بیمه سلامت علاوه بر امور بیمه سلامت، خدمات اجتماعی دیگر را هم ارائه می‌دهند.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت



تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت کارکنان اتریش در بخش سلامت و مراقبت‌های اجتماعی فعالیت می‌کنند. نسبت تعداد پزشکان به جمعیت در اتریش در بین کشورهای اتحادیه اروپا بالاترین مقدار و نسبت به میانگین اتحادیه اروپا خیلی بالاتر است. در مقابل تعداد پرستار و سایر حرفه‌های سلامت به ازای جمعیت پایین‌تر از میانگین اتحادیه اروپا است. در سال ۲۰۱۴ به ازای هزار نفر جمعیت ۵,۱ پزشک، ۸,۱ پرستار و ۷,۶ تخت بیمارستانی وجود داشته است. حدود ۱۲ درصد از تمام کارکنان مراقبت‌های سلامت پزشکان بوده‌اند، که ۳۰ درصد پزشکان عمومی، ۴۴ درصد پزشکان متخصص، ۱۶ درصد تحت آموزش و ۱۱ درصد دندانپزشک بوده‌اند.

در اتریش، آموزش حرفه‌های مراقبت‌های سلامت توسط قانون فدرال تنظیم شده است. بسیاری از موارد قانونی مانند دستورالعمل مربوط به صلاحیت‌های حرفه‌ای مطابق با قوانین اتحادیه اروپا می‌باشد. آموزش و تربیت غیر آکادمیک نیروی سلامت توسط وزارت سلامت فدرال تنظیم می‌شود. اما مسئولیت تحصیلات عالی بر عهده وزارت علم و تحقیقات فدرال است. البته همکاری‌های لازم در زمینه تهیه گایدلاین‌های آموزشی حرفه‌های سلامت برای مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌های پزشکی، با وزارت سلامت انجام می‌گیرد.

خدمات سلامت عمومی (کنترل عفونت و بیماری‌های اپیدمی، واکسیناسیون، پیشگیری و ارتقاء سلامت) به طور کلی در سطح فدرال هماهنگ و نظارت می‌شود اما اجرا و ارائه این نوع خدمات معمولاً توسط حکومت‌های استانی و محلی و مؤسسات تأمین اجتماعی انجام می‌گیرد.

در سال ۲۰۰۹ حدود ۱۹ هزار پزشک در اتریش وجود داشته که تقریباً نیمی از آنها به صورت مستقل فعالیت داشته‌اند. نصف دیگر هم با یک یا چند صندوق بیمه درمانی قرارداد داشتند. دسترسی بیماران به پزشکان قراردادی (پزشکان عمومی و متخصصین) بدون پرداخت هزینه و بدون نیاز به ارجاع امکان‌پذیر است. ارجاع فقط برای دریافت معاینه رادیولوژی یا تشخیص آزمایشگاه مورد نیاز است.

مراقبت‌های بستری در اتریش عمدتاً به شکل عمومی و یا به شکل غیرانتفاعی خصوصی سازماندهی شده‌اند. بیمارستان‌هایی که به شکل عمومی فعالیت دارد، مجبور به پذیرش و ارائه خدمات به همه بیماران هستند. در حالی که بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی اختیار پذیرش یا رد بیماران را دارند. حدود ۳۵ درصد بیمارستان‌ها و ۵۵ درصد تخت‌های بیمارستانی متعلق به حکومت‌های استانی و شرکت‌های تحت مدیریت استانی هستند که اکثریت آنها به صورت عمومی ارائه خدمت می‌کنند. بعد از آن بیشترین مالکیت بیمارستان‌ها از لحاظ تعدادی وابسته به افراد و شرکت‌های خصوصی است که به جز چندتا از آنها به شکل خصوصی غیرانتفاعی ارائه خدمت

می‌کنند. ۲۳ درصد از بیمارستان‌ها از لحاظ تعداد چنین ساختاری دارند که ۱۰ درصد کل تخت‌های بستری کل کشور را شامل می‌شود. حدود ۱۵ درصد بیمارستان‌ها و ۱۷ درصد تخت‌ها توسط گروه‌های مذهبی اداره می‌شوند که تقریباً نیمی از آنها عمومی هستند. مؤسسات بیمه تصادف و بازنشستگی هم ۱۲ درصد بقیه بیمارستان‌ها را اداره می‌کنند. بقیه بیمارستان‌ها، وابسته به مؤسسات تأمین اجتماعی، گروه‌ها و ارگان‌های خیریه، دولت‌های محلی و کنفدراسیون مؤسسات تأمین اجتماعی هستند.

کشور ژاپن در شرق آسیا قرار گرفته است که از طریق اقیانوس آرام با کشورهای چین، کره جنوبی، کره شمالی و روسیه همسایه است. جمعیت این کشور در سال ۲۰۱۶، حدود ۱۲۷ میلیون نفر بوده است که دهمین کشور پرجمعیت جهان به حساب می‌آید. این کشور از لحاظ تولید ناخالص داخلی چهارمین اقتصاد بزرگ جهان محسوب می‌شود. براساس آمار بانک جهانی، در سال ۲۰۱۶ تولید ناخالص داخلی این کشور، ۵۳۶۹ میلیارد دلار (PPP) بوده است. همچنین سرانه تولید ناخالص داخلی در همان سال، ۴۲۲۸۱ دلار بوده است که رتبه ۴۰ جهان را شامل می‌شود. ژاپن دارای یک حکومت امپراتوری است که امپراتور نماد کشور و وحدت ملی است و در رابطه با امور حکومتی قدرتی ندارد. تمامی کارهای امپراتور در رابطه با امور کشوری براساس قوانین مجلس و تصویب کابینه صورت می‌گیرد. دولت ژاپن بصورت سیستم پارلمانی، مشابه با بریتانیا اداره می‌شود. رئیس دولت نخست‌وزیر است که توسط پارلمان انتخاب می‌شود. امورات کشور توسط پارلمان پایه‌ریزی می‌گردد در حالی که سیاست‌های دقیق توسط وزارت‌خانه‌ها مورد تصمیم‌گیری قرار می‌گیرد. این کشور متشکل از ۴۷ اداره و ۱۸۴۴ شهرداری به عنوان حکومت‌های محلی است. فرمانداران، شهرداران و کنسول‌های ولایتی و شهرداری همه توسط ساکنین ژاپن انتخاب می‌گردد. نظام حکومت‌های محلی در ژاپن دارای دو سطح است: اداره (واحد محلی حکومت)، و شهرداری‌ها (واحدهای دولتی در سطح محلی) که به طور غیرمتمرکز سازماندهی شده و با برنامه متمرکز حکومت مرکزی اداره می‌شود. حکومت ژاپن طبق قانون اساسی، دارای احزاب سیاسی زیادی است و تشکیل احزاب و گروه‌های سیاسی در آنجا آزاد است. نظام سلامت کشور ژاپن در سطح جهان شناخته شده است و در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت رتبه دهم بهترین نظام سلامت از لحاظ عملکردی داشته است. از لحاظ شاخص‌های سلامتی هم در سطح بالایی قرار دارد به طوری که با ۸۳٫۸ (خانم‌ها ۸۷ و آقایان ۸۰٫۸) سال بالاترین امید به زندگی را در بین کشورهای جهان را دارد. میزان مرگ‌ومیر نوزادان در این کشور (دو مورد به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت) نیز یکی از پایین‌ترین موارد در جهان محسوب می‌شود.

نظام سلامت ژاپن براساس مدل بیمه سلامت اجتماعی (مدل بیسمارک) شکل گرفته است. بیمه سلامت اجتماعی ژاپن براساس مدل بیسمارک از سال ۱۸۸۳ مطرح و پایه‌گذاری شده است. نظام بیمه سلامت برای افراد شاغل از سال ۱۹۲۲ و نظام سلامت برای جمعیت خویش فرما از سال ۱۹۳۸ تاسیس شده است. پوشش همگانی براساس بیمه اجتماعی اجباری از سال ۱۹۶۱ اجرایی شده است. از لحاظ مدیریتی نظام سلامت ژاپن کاملاً غیرمتمرکز و متنوع است و توسط مجموعه‌ای از اداره‌های مرکزی و محلی اداره می‌شود.

مراقبت‌های درمانی و خدمات پیشگیرانه به طور موثر از لحاظ نوع ارائه‌دهنده و تأمین مالی در ژاپن از یکدیگر قابل تفکیک هستند. مراقبت‌های درمان توسط مراکز بخش خصوصی و پزشکان عمومی انجام می‌گیرد و از طریق بیمه سلامت تأمین مالی می‌شود. اما خدمات پیشگیری به طور عمده توسط حکومت‌های محلی (شهرداری‌ها و مراکز مراقبت سلامت شهری) ارائه می‌گردد و از طریق مالیات عمومی تأمین اعتبار می‌گردد.

دولت‌های محلی با سیستم سلامت عمومی ژاپن ارتباط نزدیکی دارند. اکثر خدمات سلامت عمومی، به جز قرنطینه، توسط دولت‌های محلی (ادارات مرکزی و شهرداری) اداره می‌شوند و از طریق مراکز سلامت عمومی در سطح ۴۷ اداره و مراکز بهداشت شهری در سطح ۱۸۴۴ شهرداری موجود در ژاپن ارائه می‌گردد.

دولت ژاپن تقریباً تمام جنبه‌های سیستم بیمه سلامت عمومی همگانی را تنظیم می‌کند. دولت مرکزی و دولت‌های محلی قانوناً موظف هستند یک سیستم مناسب که به طور موثر خدمات سلامت و مراقبت‌های پزشکی باکیفیت را به مردم ارائه دهد را فراهم آورند. دولت مرکزی مجموعه‌ای از حمایت‌ها و یارانه‌ها را به دولت‌های محلی، شرکت‌های بیمه و ارائه‌دهندگان ارائه می‌دهد. همچنین مقررات دقیق برای شرکت‌های بیمه و ارائه‌دهندگان وضع و اجرایی می‌کند.

در سطح ملی وزارت سلامت، کار و رفاه^۱ مسئول تدوین سیاست‌ها و طراحی ساختار ملی نظام ارائه مراقبت‌های سلامت و نظارت در سطح ملی است. در بدنه این وزارت نهاد‌های مختلف با وظایف متفاوت وجود دارد که در ذیل به سه نهاد مهم اشاره می‌شود. یکی از ارگان‌های مهم در بدنه این وزارت‌خانه، انجمن تأمین اجتماعی^۲ می‌باشد. این انجمن یک نهاد قانونی در وزارت سلامت، کار و رفاه می‌باشد، که مسئول توسعه استراتژی‌های ملی در زمینه‌های کیفیت، ایمنی، کنترل هزینه و تدوین مجموعه دستورالعمل‌ها برای تعیین دستمزدهای ارائه‌دهنده می‌باشد. واحد مهم دیگر انجمن علوم سلامت^۳ می‌باشد که مسئولیت سیاست‌گذاری سلامت عمومی را بر عهده دارد. همچنین در داخل این وزارت، انجمن پزشکی بیمه اجتماعی مرکزی^۴ وجود دارد که بسته خدمات و دستمزدها را تعریف و مشخص می‌کنند. بعضی وظایف در سطح وزارت سلامت مشترک با دولت‌های محلی می‌باشد که هماهنگ و در راستای هم انجام می‌گیرد. به عنوان مثال دولت مرکزی و حکومت‌های محلی پروژه‌های کنترل هزینه در بخش سلامت را طراحی می‌کنند.

تعدادی نهاد خارج از بدنه وزارت سلامت، کار و رفاه وجود دارند که در بخش سلامت فعالیت دارند که به چند مورد از آنها و مسئولیت‌های محوله اشاره می‌شود. انجمن مراقبت‌های سلامت با کیفیت^۵، به عنوان یک سازمان غیرانتفاعی، در جهت بهبود کیفیت در کل نظام سلامت و توسعه دستورالعمل‌های بالینی فعالیت می‌کند. البته در کنار این انجمن، جوامع تخصص‌های پزشکی نیز دستورالعمل‌های بالینی طراحی می‌کنند. نهاد مهم فعال دیگر در حوزه سلامت، آژانس دارو و تجهیزات پزشکی^۶ است که مسئولیت ارزیابی تکنولوژی‌های دارویی و تجهیزات پزشکی را بر عهده دارد. این آژانس یک سازمان نظارتی دولتی می‌باشد. همچنین این نهاد، لیست قیمت داروهای تحت پوشش بیمه سلامت عمومی همگانی (لیست داروها همراه با قیمت آنها) را تهیه و به اجرا در می‌آورد. معیار به پوشش در آوردن داروها جنبه اثربخشی بالینی می‌باشد نه جنبه اقتصادی. البته از سال ۲۰۱۲ این آژانس بر روی ارزیابی هزینه

1-Ministry of Health, Labour and Welfare

2-Social Security Council

3-Health Science Council

4-Central Social Insurance Medical Council

5-Japan Council for Quality Health Care

6- Pharmaceutical and Medical Devices Agency

اثر بخشی داروها برای تأثیر در ملاک تصمیم‌گیری تلاش می‌کند. همچنین کمیسیون تجارت عادلانه ژاپن^۱، به عنوان یک کمیسیون اداری دولتی مستقل، رقابت عادلانه در مراقبت‌های سلامت و همچنین بخش‌های دیگر را ترویج و ارتقاء می‌دهد.

در سطح ملی علاوه بر وزارت سلامت و نهادهای مختلف فعال در حوزه سلامت که به بعضی از آنها در بالا اشاره شد وزارت مالی^۲ با تخصیص بودجه سالانه به سلامت عمومی و بیمه سلامت نقش مهمی در سیاست‌گذاری سلامت ایفا می‌کند. علاوه بر این، نهادهای دولتی مرکزی دیگر مانند انجمن سیاست‌گذاری اقتصاد و مالی^۳، قدرت قابل توجهی در تعیین سیاست‌های بخش سلامت دارند. در سطح محلی هم دولت‌ها شامل ۴۷ اداره و ۱۸۴۴ شهرداری، مسئول تنظیم ارائه خدمات سلامت به جمعیت تحت پوشش خود هستند.

ساختار وزارت سلامت



در سال ۲۰۰۱ وزارت سلامت و رفاه با وزارت کار ادغام شده و به وزارت سلامت، کار و رفاه تبدیل شده است. این وزارت شامل دفاتر، مؤسسات وابسته و انجمن‌ها است. دفاتر که در بدنه خود وزارت قرار دارند وظایف متنوعی اعم از برنامه‌ریزی و نظارت بر امور سلامت، رفاهی و کار را بر عهده دارند. دفاتر اصلی که در این وزارت قرار دارند عبارتند از: سیاست سلامت، خدمات سلامت، داروسازی و ایمنی مواد غذایی، استانداردهای کار، کمک‌های اجتماعی و رفاه مصدومان جنگی، تأمین شغل، سلامت و رفاه برای سالمندان، بیمه سلامت و بازنشستگی.

دفتر سیاست سلامت مسئولیت مدیریت استراتژیک سیستم مراقبت‌های سلامت، از جمله اقتصاد سلامت، توسعه تحقیقات و اطلاعات را بر عهده دارد.

دفتر خدمات سلامت، امور مربوط به پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با شیوه زندگی، سرطان و بیماری‌های عفونی را برنامه‌ریزی و نظارت می‌کند. این دفتر همچنین امور مرتبط با پیوند اعضا و ارتقاء سلامت محیطی را کنترل و تنظیم می‌کند.

دفتر داروسازی و ایمنی مواد غذایی، ایمنی محصولات دارویی، مواد غذایی، مواد

1- The Japan Fair Trade Commission

2-Ministry of Finance

3-Council on Economic and Fiscal Policy

شیمیایی و تجهیزات پزشکی، تهیه تولیدات خون ایمن و مبارزه با مواد مخدر را هدایت می‌کند.

دفتر استانداردهای کار مسئولیت ایمنی و بهداشت کارخانه‌ها، جبران آسیب‌های مرتبط با کار و زندگی کارکنان را بر عهده دارد.

دفتر کمک‌های اجتماعی و رفاه مصدومان جنگی، مسئول خدمات رفاهی به افراد فقیر، رفاه اجتماعی، رفاه برای افراد معلول و کمک به مصدومان جنگی می‌باشد.

دفتر سلامت و رفاه سالمندان، بیمه مراقبت بلندمدت، و امور مربوط به زوال عقل به دلیل سالخوردگی و سلامت سالمندان را تنظیم و نظارت می‌کند.

دفتر بیمه سلامت، امور مربوط به بیمه سلامت را تنظیم و نظارت می‌کند. در نهایت دفتر بازنشستگی مسئول تنظیم ضوابط مربوط به بازنشستگی است.

از انجمن‌های تابعه وزارت سلامت، کار و رفاه می‌توان به انجمن بیمه تأمین اجتماعی، انجمن علوم سلامت و انجمن بهداشت غذا و امور دارویی و بعضی از مؤسسات وابسته مانند مؤسسات تحقیقاتی و کنترل بیماری اشاره کرد.

وزیر سلامت

وزیر سلامت، کار و رفاه یک عضو کابینه دولت ژاپن است که توسط نخست‌وزیر به طور معمول از میان اعضای قوه مقننه^۱ انتخاب می‌شود. وزیر فعلی وزارت سلامت، کار و رفاه آقای کاتسونبو کاتو^۲ می‌باشد که در سال ۲۰۱۷ این پست را دریافت کرده‌اند. قبل از این پست هم ایشان مسئولیت چند وزارت‌خانه و تعداد زیادی از پست‌های مهم دیگر را بر عهده داشته‌اند. ایشان یکی از سیاستمداران ژاپن و عضو حزب لیبرال دمکرات است. آقای کاتو فارغ‌التحصیل لیسانس اقتصاد از دانشگاه توکیو است که برای ۵ سری به عنوان نماینده مجلس انتخاب شده‌اند. در کنار وزیر دو تا معاون ارشد و دو تا معاون پارلمانی وجود دارند که بیشتر امور مرتبط را زیر نظر وزیر انجام می‌دهند. وزیر قبلی سلامت کشور ژاپن آقای یاسوهیسا شیوزاکی^۳ بوده است که

1- National Diet

2- Katsunobu KATO

3- Yasuhisa SHIOZAKI

مدرک لیسانس خود را در دانشکده علوم و هنر توکیو و ارشد رشته مدیریت را در دانشگاه هاروارد دریافت کرده است.

وزارت کار

در ژاپن وزارت مستقل کار و رفاه وجود ندارد و این امور ادغام با سلامت زیر نظر وزارت سلامت، کار و رفاه ارائه می‌گردد. همچنان که در بالا هم اشاره شد مسئولیت این وزارت بیشتر از افراد تحصیل کرده غیر پزشکی انتخاب می‌شود.

نظام تأمین اجتماعی در ژاپن

نظام تأمین اجتماعی ژاپن نظامی است که مجری برنامه‌های رفاه اجتماعی است تا جبران‌کننده مخاطرات گوناگون مردم در طول حیات زندگی‌شان باشد این نظام شامل پنج بخش نظام بیمه‌های اجتماعی، نظام خدمات رفاهی، نظام تعاون عمومی، نظام سلامت عمومی و نظام مستمری است که از محل مالیات‌ها و کسور بیمه اجتماعی تأمین اعتبار می‌گردد. تأمین اجتماعی ژاپن شامل سامانه‌هایی برای بیمه درمانی، سلامت عمومی، خدمات رفاه اجتماعی، حفظ درآمد و اقدامات مربوط به اشتغال است که این سامانه‌ها خدماتی از جمله، مراقبت‌های سلامتی سالمندان، مراقبت‌های بلندمدت، مزایای بازنشستگی، بیمه بیکاری، بیمه جبران حوادث صنعتی، تأمین رفاه کودکان و مادران مجرد و بیوه‌ها، و نیز خدمات سلامت را شامل می‌شود. نظام تأمین اجتماعی ژاپن در ساختار وزارت سلامت، کار و رفاه سازماندهی شده است.

نوع بیمه/پرداخت‌کننده

بیمه اجتماعی ژاپن از نوع نظام پرداخت‌کننده چندگانه غیر رقابتی است که شامل سه طرح اصلی می‌باشد:

- ۱- صندوق‌های مراقبت‌های درمانی، مستمری، کمک‌های عائله‌مندی، بیمه اشتغال، غرامت و حوادث شغلی
- ۲- طرح‌های مستمری

۳- طرح بیمه مستخدمین و بیمه حوادث کارگران.

نظام بیمه سلامت ژاپن به طور عمده شامل سه طرح ۱- SMHI برای کارکنان شاغل در شرکت‌های متوسط و بزرگ و کارمندان دولت (شامل ۱۵۸۴ صندوق بیمه)، ۲- GMHI برای کارکنان شرکت‌های کوچک (شامل ۱ صندوق)، و ۳- NHI برای افراد خویش‌فرما (شامل ۲۰۷۷ صندوق) است.

بیمه‌گرهای سلامت شامل دولت، انجمن‌های بیمه سلامت، شهرداری و دیگر مراکز دولتی است که همه آنها تحت نظارت وزارت سلامت، کار و رفاه فعالیت می‌کنند و گستردگی آنها بسیار محدود است. به شرکت‌های خصوصی اجازه فعالیت به عنوان نظام‌های بیمه عمومی داده نشده است. البته بیمه‌های خصوصی توسط بخش انتفاعی برای پوشش هزینه‌های خدمات مؤسسات و مراکز خصوصی وجود دارد. نکته جالب توجه این است که بیمه اجتماعی، هزینه بیماران را در صورت دریافت خدمات از مؤسسات خصوصی پوشش نمی‌دهد. در واقع بیماران مجبور به انتخاب بین ۲ تا گزینه هستند یا باید از خدمات و مؤسسات تحت پوشش بیمه اجتماعی استفاده کنند و در صورت استفاده از خدمات مؤسسات خصوصی کل مبلغ را پرداخت نمایند و یا اینکه از بیمه سلامت خصوصی استفاده کنند.

تقریباً تمام مزایای مربوط به خدمات بستری، سربایی، دارویی و دندانپزشکی تحت پوشش طرح بیمه سلامت قرار دارند. بیمه‌شدگان با پرداخت فرانشیز به طور عمومی ۳۰ درصد (برای افراد زیر ۳ سال و افراد بالای ۷۵ سال ۱۰ درصد) می‌توانند خدمات و مراقبت‌های سلامت عمومی را دریافت کنند. البته در این زمینه استثناهایی نیز وجود دارد.

تأمین مالی

در سال ۲۰۱۴ سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی ۱۰,۲ درصد بوده است، که نسبت به میانگین کشورهای شرق آسیا (۶,۹ درصد) به مراتب بالاتر است. ۸۴ درصد (۸,۵ درصد GDP) مخارج سلامت از طریق سیستم دولتی و ۱۶ درصد (۱,۷ درصد GDP) از طریق بخش خصوصی تأمین مالی می‌شود. پرداخت مستقیم از جیب یا مخارج خانوار ۸۵ درصد هزینه‌های بخش خصوصی یعنی حدود ۱۴

درصد کل مخارج سلامت را شامل می‌شود. به روایت دیگر، ۵۰ درصد مخارج سلامت از طریق حق بیمه، ۳۶ درصد مالیات و ۱۴ درصد از طریق مخارج خانوار تأمین اعتبار می‌گردد. از کل مخارج سلامت عمومی، حدود ۳۷ درصد آن مربوط به خدمات بستری، ۳۹ درصد مراقبت‌های سرپایی، ۱۴ درصد دارو و ۸ درصد خدمات دندانپزشکی است.

شیوه پرداخت

تقریباً یک سوم پزشکانی که در کلینیک‌ها کار می‌کنند حقوق بگير هستند و بقیه هم به شکل خویش‌فرما فعالیت می‌کنند. پرداخت بیمه به پزشکان خویش‌فرما بیشتر به شکل کارانه است که مشوق‌های مالی برای مراقبت بهتر از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و مراقبت‌های خانگی در آن لحاظ شده است. پرداخت به ازای هر مورد در موارد انتخابی، مانند پرداخت روزانه برای مراقبت از اطفال و پرداخت ماهانه برای درمان بیماران مبتلا به دیابت هم وجود دارد. در بخش سرپایی بیمارستان‌ها، متخصصان معمولاً حقوق دریافت می‌کنند، البته پرداخت‌های اضافی مانند کمک هزینه‌های شبانه هم پرداخت می‌شود. کسانی که در بیمارستان‌های دولتی کار می‌کنند می‌توانند در سایر مؤسسات مراقبت‌های سلامت و بخش خصوصی با تأیید کارفرمایان خود فعالیت داشته باشند. اما در چنین مواردی معمولاً خدماتی را که تحت پوشش سیستم عمومی هستند ارائه می‌دهند. سیستم ارجاع و ثبت نام پزشکان وجود ندارد گرچه دولت بیماران را تشویق می‌کند که پزشکان مورد نظر خود را انتخاب کنند، و محدودیت‌هایی برای بیماران خود ارجاع، از جمله هزینه‌های اضافی در بیمارستان‌های بزرگ که تعداد زیادی متخصص دارند در نظر گرفته شده است.

اشخاص حقوقی که کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها را اداره می‌کنند، اسناد پرداختی بیمه، را بیشتر به صورت آنلاین، به سازمان‌های بیمه‌گر ارسال می‌کنند، که بیمه‌ها بخش مهمی از هزینه‌ها را به طور مستقیم به آنها پرداخت می‌کنند. البته هیچ‌گونه پرداخت مستقیمی از طرف بیمه (SHIS) به پزشکان حقوق‌بگیر وجود ندارد. بیماران هم در حین دریافت خدمت، مبلغ ثابتی پرداخت می‌کنند.

در سال ۲۰۱۴، ۱۵ درصد از بیمارستان‌ها (۲۰ درصد تخت‌ها) متعلق به دولت ملی یا دولت‌های محلی و مؤسسات مرتبط با آنها بوده است. بقیه بیمارستان‌ها به

شکل غیرانتفاعی اداره می‌شوند، که بیشتر آنها به عنوان مؤسسات پزشکی عمومی فعالیت دارند. بعضی از آنها به دلیل اینکه به عنوان بخش عمومی فعالیت دارند یارانه دریافت می‌کنند. بخش خصوصی مجاز به مدیریت بیمارستان نیست، مگر در مورد بیمارستان‌های وابسته به شرکت‌های سودآور (مانند تویوتا) که برای کارکنان خود تأسیس شده‌اند. پرداخت‌ها به بیمارستان‌های SHIS شامل حقوق پزشکان و پرسنل آنها است. پرداخت به بیشتر بیمارستان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های حاد از طریق فرایند تشخیص ترکیبی^۱ (DPC)، که یک روش Case-mix و شبیه به گروه‌های تشخیصی مرتبط است انجام می‌گیرد. پرداخت به بقیه براساس روش پرداخت کارانه (FFS) است. بیمارستان‌ها انتخاب تصمیم دارند که پرداخت‌های DPC یا FFS را دریافت کنند.

افراد تحت پوشش

پوشش بیمه سلامت در ژاپن به صورت فراگیر و اجباری بوده و کلیه افراد مقیم ژاپن را پوشش می‌دهد. افراد شاغل و همچنین افراد با مشاغل خویش فرما (و خانواده‌هایشان) بسته به نوع شغل تحت پوشش یکی از صندوق‌های بیمه هستند. پوشش همگانی در این کشور از سال ۱۹۶۱ اجرا شده است. نظام بیمه ژاپن از طرح‌های گوناگونی تشکیل شده که می‌توان آن را در دو گروه اصلی قرار داد. اول نظام بیمه سلامت مستخدمین که عمدتاً توسط دولت، انجمن‌ها یا شهرداری‌ها مدیریت می‌شوند و برای افراد شاغل دولتی و صنایع می‌باشد. دوم نظام بیمه سلامت ملی که افراد خویش فرما و بازنشستگان را پوشش می‌دهد. همه صندوق‌های بیمه بسته مزایا مشابه که توسط حکومت مرکزی (انجمن پزشکی بیمه اجتماعی مرکزی) تعیین می‌شود را پوشش می‌دهند. بسته مزایا شامل مراقبت‌های بیمارستان، مراقبت‌های اولیه و تخصصی، مراقبت‌های سلامت روان، داروهای مصوب شده، خدمات مراقبت در خانه، فیزیوتراپی و بسیاری از مراقبت‌های دندانپزشکی است. همچنین خدمات پیشگیرانه، از جمله غربالگری، آموزش بهداشت و مشاوره توسط برنامه‌های بیمه درمانی پوشش داده می‌شوند.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت

تعداد پزشکان در ژاپن در سال‌های گذشته به دلیل کمبودهایی که موجود بوده است رشد زیادی داشته است. به ازای هر هزار نفر جمعیت حدود ۲,۳ پزشک وجود دارد که حدود ۶۰ درصد آنها در بیمارستان، ۳۴ درصد در مراکز سلامت عمومی، ۱,۵ درصد در خانه مراقبت‌های سلامت سالمندان، ۲ درصد در مؤسسات آموزشی و پژوهشی و بقیه در سایر مراکز فعالیت دارند. حدود یک سوم پزشکان به صورت مستقل به ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه می‌پردازند. همچنین به ازای هر یک هزار نفر جمعیت ۱۰,۷ پرستار و ماما و ۱۳ تخت بستری وجود دارد، که بالاترین نرخ تخت به ازای جمعیت را در بین کشورهای OECD دارد.

مسئولیت آموزش پزشکی

۷۹ دانشکده پزشکی در ژاپن وجود دارد که ۴۲ مورد از آنها ملی، ۸ تا استانی (تأمین مالی توسط دولت محلی) و ۲۹ مورد خصوصی هستند. که تقریباً هر مورد دانشکده، ۱,۶ میلیون نفر از جمعیت را پوشش می‌دهد. مسئولیت نظارت بر تمام دانشکده‌های پزشکی، بر عهده وزارت آموزش، فرهنگ، ورزش، علم و فناوری^۱ است.

مالکیت ارائه‌دهنده

مراقبت‌های اولیه و تخصصی سرپایی در کلینیک‌ها و بخش‌های سرپایی بیمارستان ارائه می‌شود. مراقبت‌های اولیه بیشتر در کلینیک‌ها و مراقبت‌های تخصصی سرپایی بیشتر در بخش‌های سرپایی بیمارستان ارائه می‌شود. کلینیک‌ها اغلب متعلق به پزشکان و یا شرکت‌های پزشکی (اشخاص حقوقی ویژه برای مدیریت مراقبت‌های سلامت، معمولاً توسط پزشکان) هستند اما بعضی از آنها وابسته به دولت‌های محلی و یا سازمان‌های دولتی هستند. بیمارستان‌ها هم همین‌طور، بیشتر وابسته به شرکت‌های پزشکی غیرانتفاعی هستند با این تفاوت که بخش خصوصی نقش کم‌رنگ‌تری دارد. حدود ۶۲ درصد بیمارستان‌ها متعلق به شرکت‌های پزشکی غیرانتفاعی، ۱۸ درصد سازمان‌های دولتی و آژانس‌های ملی، ۸ درصد سازمان‌های خصوصی و بقیه هم متعلق به گروه بیمه اجتماعی و سایر ارگانها هستند. در سال ۲۰۰۴ حدود ۹ هزار

1- Ministry of Education, Culture, Sports, Science, and Technology

بیمارستان (۱,۶۳ میلیون تخت) وجود داشته است که نسبت به سال ۱۹۹۰ حدود یک هزار تعداد بیمارستان کاهش یافته است. کاهش در تعداد بیمارستان‌ها بیشتر در بخش خصوصی شکل گرفته است.

در سال ۲۰۰۴ حدود ۹۷ هزار کلینیک موجود بوده است که ۱۵ درصد آنها شامل تخت و ۸۵ درصد بدون تخت بوده‌اند. همچنین حدود ۶۷ هزار کلینیک دندانپزشکی هم وجود داشته است که تعداد هر دو نوع کلینیک‌ها نسبت به سال ۱۹۹۰ به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. ۵۳ درصد کلینیک‌های عمومی و ۸۷ درصد کلینیک‌های دندانپزشکی متعلق به بخش خصوصی، ۳۰ درصد کلینیک‌های عمومی و ۱۲ درصد کلینیک‌های دندانپزشکی متعلق به شرکت‌های غیرانتفاعی هستند. تعداد درمانگاه‌های متعلق به بخش دولتی اندک هستند و بقیه درمانگاه‌ها متعلق به سایر نهادها از جمله گروه بیمه اجتماعی هستند.

کشور نروژ در شمال اروپا و غرب شبه‌جزیره اسکاندیناوی واقع شده است. کشور نروژ، از شمال به دریای بارنتس^۱، از شمال شرقی به کشور فنلاند و روسیه، از شرق به کشور سوئد، از جنوب به تنگه اسکاژراک^۲ و به وسیلهٔ این تنگه با کشور دانمارک ارتباط دارد و از مغرب به دریای شمال و دریای نروژ منتهی می‌شود. جمعیت این کشور در سال ۲۰۱۵، حدود ۵٫۲ میلیون نفر جمعیت داشته است که از لحاظ جغرافیایی به ۱۹ ایالت تقسیم شده است. نروژ یکی از توسعه‌یافته‌ترین حکومت‌های دموکراتیک و مبتنی بر قانون در جهان را دارد به طوری که در سال ۲۰۱۰، بر اساس شاخص مردم‌سالاری، دموکرات‌ترین حکومت جهان را داشته است. نروژ دارای حکومت متمرکز پادشاهی مشروطه با نظام پارلمانی است که در آن شاه نروژ رئیس کشور و نخست‌وزیر رئیس حکومت تلقی می‌شود. بر اساس قانون اساسی که عالی‌ترین سند قانونی در این کشور است قدرت بین قوای مقننه، مجریه و قضائیه تقسیم شده است. با وجود اینکه پادشاه نروژ به صورت قانونی قدرت اجرایی را در دست دارد اما با این حال وظایف پادشاه کاملاً تشریفاتی است و در عمل نخست‌وزیر نروژ قدرت اجرایی را در دست دارد.

کشور نروژ یکی از ثروتمندترین کشورهای جهان به حساب می‌آید که از بالاترین استانداردهای زندگی برخوردار است. میزان تحصیلات، درآمد ماهانه، امید به زندگی، سلامت و تغذیه در این کشور، منطبق بر استانداردهای سازمان ملل می‌باشد. براساس آمار بانک جهانی، در سال ۲۰۱۶ تولید ناخالص داخلی این کشور ۳۰۸ میلیارد دلار (PPP) با سرانه تولید ناخالص داخلی ۵۸۷۹۰ دلار (PPP) بوده است که از این لحاظ رتبه ۱۱ جهان را داشته است. سیستم سلامت نروژ از عملکرد خوبی برخوردار است به طوری که براساس رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ بین ۱۹۱ کشور عضو، رتبه ۱۱ را از لحاظ کارایی عملکرد داشته است. در سال ۲۰۱۵ امید به زندگی در این کشور ۸۲٫۲ سال (۸۴٫۲ سال خانم‌ها و ۸۰٫۱ سال آقایان) بوده است.

1-Barents

2- Skagerrak



نظام سلامت نروژ مشابه با نظام مدل بورجیج است که براساس بیمه سلامت ملی و تأمین مالی مالیاتی سازماندهی شده است. سیستم مراقبت سلامت نروژ حالت نیمه‌متمرکز دارد. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در سه سطح اصلی ملی / مناطق سلامت (متعلق به وزارت سلامت)، شهرداری‌ها و محله‌ها مدیریت می‌شود. این سیستم براساس تعدادی از بندهای قانونی تنظیم شده است. قوانین موجود در این حوزه، به طور گسترده‌ای از ماهیت غیرمتمرکز سیستم مراقبت‌های سلامت حمایت می‌کند. به طوری که براساس قانون، مراقبت‌های تخصصی از جمله خدمات بیمارستانی در سطح ۴ نهاد سلامت منطقه‌ای، مراقبت‌های اولیه در سطح شهرداری‌ها و مراقبت دندانپزشکی در سطح محله‌ها سازماندهی شده است.



در سطح ملی، مجلس به عنوان بدنه اصلی تصمیم‌گیری مسائل کشور، تصمیم‌گیری در مورد امور کلان حوزه سلامت را بر عهده دارد. تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌های حوزه سلامت و تخصیص بودجه در سطح ملی بر عهده مجلس است. در خود مجلس دپارتمان مجزایی مخصوص خدمات سلامت در نظر گرفته شده است. کمیته سلامت مجلس مسئول امور مربوط به خدمات و مراقبت‌های سلامت و امور مربوط به مواد مخدر، الکل و دارو است.

مسئولیت اصلی نظام سلامت در سطح ملی، با وزارت سلامت و خدمات مراقبتی^۱ است. این وزارت سیاست‌های سلامت ملی را تنظیم می‌کند. همچنین الزامات قوانین حوزه سلامت، تخصیص بودجه در داخل بخش سلامت و سیاست‌های سلامت ملی را با کمک چندین نهاد مرتبط دیگر تهیه و نظارت می‌کند. در سطح ملی علاوه بر وزارت سلامت، وزارت کار به صورت غیرمستقیم، عمدتاً از طریق اداره امور مرتبط با کار و رفاه از جمله طرح‌های مختلف سیستم بیمه ملی (NIS) در نظام سلامت نقش دارد. از سال ۲۰۰۹ به بعد وزارت سلامت مسئول بودجه‌ریزی بخش مراقبت‌های سلامت سیستم بیمه ملی است که این بخش

توسط اداره اقتصاد سلامت نروژ^۱ اداره می‌شود.

چهار نهاد منطقه‌ای سلامت (RHA) زیر نظر وزارت سلامت نروژ وجود دارند که براساس مناطق جغرافیایی سازماندهی شده‌اند: شمال نروژ، نروژ مرکزی، غرب نروژ و جنوب غربی نروژ که بزرگ‌ترین نهاد سلامت (پوشش ۵۵ درصد جمعیت) نروژ است. RHAها مسئول ارائه مراقبت‌های تخصصی شامل خدمات سلامت جسمی و روانی و نیز سایر خدمات تخصصی پزشکی مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و خدمات اورژانس و مراقبت ویژه افراد مبتلا به مواد مخدر و مشروبات الکلی است. RHA خود هم دارای تراست یا شرکت‌های سلامت^۲ هستند. در حال حاضر ۲۷ تراست سلامت وجود دارد که ۲۱ مورد آنها تراست بیمارستانی، چهار تراست داروخانه، یک تراست خدمات پیش بیمارستانی و یک تراست تکنولوژی اطلاعات هستند.

محل‌ها^۳ در حوزه مراقبت‌های سلامت، عمدتاً مسئول ارائه مراقبت‌های دندانپزشکی هستند. آنها همچنین مسئولیت بعضی از امور مرتبط به سلامت عمومی را نیز بر عهده دارند. ولی در کل نقش آنها در ارائه خدمات سلامت محدود است.

شهرداری‌ها مسئول ارائه و تأمین مالی مراقبت‌های اولیه شامل توانبخشی، فیزیوتراپی و پرستاری هستند. آنها همچنین مسئولیت طیف وسیعی از سلامت عمومی و اقدامات پیشگیرانه را بر عهده دارند. هیچ خط مستقیم و کنترلی از مقامات مرکزی برای شهرداری‌ها وجود ندارد و این باعث شده است آنها در زمینه سازماندهی خدمات مراقبت‌های اولیه دارای آزادی زیادی باشند. با این حال، برخی از مسئولیت‌ها که عمدتاً برای حفظ دسترسی برابر به خدمات عمومی است در سطح مرکزی تعیین می‌شوند. به عنوان مثال، تمام تصمیمات مربوط به بودجه پزشکان عمومی توسط دولت مرکزی تعیین می‌شود. از لحاظ سلسله مراتبی، محل‌ها و شهرداری‌ها زیر نظر وزارت سلامت فعالیت نمی‌کنند بلکه به دلیل ماموریت‌های مشترک به طور قانونی با هم در ارتباط و هماهنگ هستند.

در کنار نهادهای دولتی، بازیگرهای خصوصی هم در نظام سلامت نروژ نقش دارند. مشارکت آنها در سطح مراقبت‌های اولیه قابل توجه است به طوری که اکثر پزشکان

1-Norwegian Health Economics Administration

2- health trusts

3- Counties

عمومی خویش فرما هستند اگرچه اغلب اوقات آنها در سیستم عمومی از طریق قرارداد با شهرداری‌ها فعالیت دارند. از سوی دیگر، ارائه‌دهندگان خدمات خصوصی انتفاعی هر چند کم (حدود ۲ درصد تخت‌های بیمارستانی) در ارائه خدمات تخصصی نقش دارند. همچنین مؤسسات خصوصی انتفاعی در ارائه خدمات پرستاری بلند مدت (۱۰ درصد مراقبت‌های خانگی) و ارائه خدمات دیگر مانند رادیولوژی و خدمات آزمایشگاهی فعالیت دارند.

ساختار وزارت سلامت

وزارت سلامت و خدمات مراقبتی تنظیم سیاست‌های سلامت ملی، اصلاحات عمده و پیشنهادهای قانونی، اجرا و نظارت بر قوانین و تصمیم‌گیری‌های حوزه سلامت را بر عهده دارد. این وزارت علاوه بر مسئول نهادهای سلامت منطقه‌ای، که به نوبه خود مسئولیت بیمارستان‌ها را به عهده دارند، مسئول مستقیم ارائه مراقبت‌های تخصصی هم می‌باشد. آن همچنین مسئول نظارت و هماهنگی ارائه سایر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. ۴ نهاد سلامت منطقه‌ای و سیستم بیمه ملی، به طور مشترک زیر وزارت سلامت و وزارت کار فعالیت می‌کنند. تعدادی از ادارات وابسته به وزارت سلامت نروژ با اهم وظایف آنها عبارتند از:

۱- اداره سلامت^۱:

- اجرای سیاست‌های سلامت ملی از طریق فعالیت‌های یکپارچه و هدفمند برای همه خدمات، بخش‌ها و سطوح مدیریتی
- توصیه سیاست‌ها به ارگان‌های مرکزی، شهرداری‌ها و RHA ها
- پرداخت مستقیم به ارائه‌دهندگان مختلف خدمات سلامت (به عنوان مثال از طریق سیستم تأمین مالی مبتنی بر فعالیت)
- تهیه و تدوین دستورالعمل‌ها و گایدلاین‌های ملی
- بازرسی فعالیت‌های سلامت و خدمات اجتماعی

۲- شورای ملی نظارت بر سلامت^۱

- نظارت کلی بر خدمات اجتماعی و مراقبت‌های سلامت در سطوح ملی و محلی (از طریق نهادهای حکومتی شهرستان‌ها)
- دیده بانی نیازهای جمعیت در زمینه خدمات اجتماعی و سلامت

۳- مؤسسه ملی سلامت عمومی^۲

- نظارت و تحقیق در زمینه اپیدمیولوژی، کنترل بیماری‌های عفونی، محیط زیست، سم شناسی و سوء مصرف دارو

۴- آژانس پزشکی نروژ^۳

- نظارت بر داروهای موجود و جدید و زنجیره تأمین دارو، از جمله تولید، تست و بازاریابی
- دادن گواهی / لغو مجوزهای بازار
- نظارت و تضمین هزینه کارایی، اثربخشی و مستندات استفاده از دارو
- تنظیم قیمت‌ها و شرایط تجاری برای داروخانه‌ها
- ارائه مشاوره در مورد بازپرداخت داروهای خارج از مراقبت تخصصی

۵- سازمان حفاظت از اشعه نروژ^۴

- نظارت استفاده از مواد رادیواکتیو
- هماهنگی برنامه‌های احتمالی در برابر حوادث هسته‌ای و عواقب رادیواکتیو
- نظارت بر تشعشعات طبیعی و مصنوعی در محیط زیست و محل کار
- منتشر کردن اطلاعات مربوط به وقوع، خطر و اثرات تشعشعات
- کمک به همه وزارت‌خانه‌ها در زمینه مسائل مربوط به اشعه، حفاظت در

1-National Board of Health Supervision

2- National Institute of Public Health

3- Norwegian Medicines Agency

4-Norwegian Radiation Protection Authority

مقابل اشعه و ایمنی هسته ای

۶- هیئت مشاورین بیوتکنولوژی نروژ^۱

- عواقب اجتماعی و اخلاقی بیوتکنولوژی مدرن را ارزیابی می کند و فعالیت های که باعث توسعه پایدار می شود را حمایت می کند.

۷- سیستم جبران خسارت بیمار نروژ^۲

- نظارت و رسیدگی به درخواست های جبران خسارت بیماران آسیب دیده در حین دریافت مراقبت های سلامت
- جمع آوری اطلاعات مصدومین ناشی از دریافت خدمات سلامت با هدف ارائه یک منبع آماری برای بهبود کیفیت و پیشگیری از آسیب
- اطلاع رسانی به مردم، بیماران و کارکنان سلامت در مورد طرح جبران خسارت بیمار

۸- مؤسسه ثبت نام پرسنل سلامت نروژ^۳

- ارائه مجوز کار برای ۲۹ گروه پرسنل مراقبت سلامت

۹- مرکز دانش خدمات سلامت نروژ^۴

- فراهم آوردن شواهد علمی در رابطه با تأثیرات مداخلات سلامت
- ترویج و نظارت بر ایمنی بیمار و کیفیت خدمات

وزیر سلامت

وزیر سلامت نروژ، به عنوان یک عضو کابینه دولت، مسئولیت وزارت سلامت نروژ را به عهده دارد. از ۱۶ اکتبر ۲۰۱۳، این مسئولیت بر عهده آقای بنت هوی^۵ از حزب محافظه کار است. تحصیلات دانشگاهی ایشان، رشته حقوق از دانشگاه برگن

1-Norwegian Biotechnical Advisory Board

2- Norwegian System for Patient Injury Compensation

3-Norwegian Registration Authority for Health Personnel

4-Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

5-Bent Høie

است. همچنین در مدرسه مدیریت هتل نروژ، تحصیل داشته است. وی از سال ۱۹۹۰، پست‌های سیاسی از جمله رئیس شهرداری، عضو پارلمان، رئیس کمیته دائمی خدمات بهداشتی و درمانی را بر عهده داشته است.

وزیر قبلی این وزارت، جوناس گهر^۱ بوده است ایشان یک سیاستمدار نروژی و در حال حاضر رهبر حزب کارگر در این کشور است. او به عنوان وزیر امور خارجه در سال‌های ۲۰۰۵ الی ۲۰۱۲ و به عنوان وزیر سلامت در سال‌های ۲۰۱۲ الی ۲۰۱۳ مسئولیت دو تا وزارت را بر عهده داشته است. همچنین به عنوان مدیر اجرایی در سازمان جهانی بهداشت و دبیر کل صلیب سرخ نروژ فعالیت داشته است. ایشان فارغ‌التحصیل علوم سیاسی در مؤسسه علوم سیاسی پاریس است.

وزارت کار و امور اجتماعی

وزارت کار و امور اجتماعی نروژ^۲، مسئول سیاست‌های بازار کار، محیط کار، حقوق بازنشستگی و امور رفاهی است. از سال ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۲، امور مربوط به سلامت در داخل این وزارتخانه تعریف شده بود که از سال ۲۰۰۲ وزارت سلامت تشکیل و حوزه سلامت به این وزارت واگذار شد. در حال حاضر اگرچه وزارت سلامت مسئولیت اصلی و مستقیم امور مربوط به سلامت را بر عهده دارد وزارت‌های دیگر به طور غیرمستقیم در مسائل مربوط به سیستم بهداشت و درمان مشارکت دارند. به عنوان مثال، وزارت کار از طریق فعالیت‌های سیستم بیمه ملی و فعالیت‌های بهداشت حرفه‌ای در بخش سلامت نقش دارد. از طرف دیگر بعضی از نهادها همزمان زیر نظر هدایت وزارت کار و وزارت سلامت فعالیت می‌کنند. از جمله شهرداری‌ها و محله‌ها توسط تعدادی از وزارتخانه‌های مختلف مانند وزارت بهداشت، وزارت کار و وزارت دولت محلی و توسعه منطقه‌ای اداره می‌شود.

نظام تأمین اجتماعی در نروژ

طرح‌های کلی تأمین اجتماعی در نروژ عبارتند از: طرح بیمه ملی، طرح کمک هزینه خانواده و طرح کمک‌های نقدی به خانواده‌های با کودکان کوچک که شامل همه افراد

1-Jonas Gahr

2- Ministry of Labour and Social Affairs

ساکن در نروژ می‌شود. در سطح ملی، وزارت کار مسئول اصلی بسیاری از شاخه‌های تأمین اجتماعی است. البته ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر عهده وزارت سلامت و امور مربوط به برابری اجتماعی، مزایای مربوط به بارداری، مراقبت از کودکان و پرداخت‌های پشتیبانی کودکان بر عهده وزارت کودکان، برابری و شمول اجتماعی^۱ است. در سطح منطقه ای ۱۹ اداره کار و رفاه نروژ و در سطح محلی، ۴۵۷ اداره، انواع خدمات انسجام‌یافته تأمین اجتماعی و کمک‌های مالی اجتماعی را ارائه می‌دهند. البته ارائه خدمات سلامت به جز بستری توسط شهرداری‌ها و محله‌ها اداره می‌شود.

نوع بیمه/پرداخت‌کننده

همه افراد مقیم نروژ به صورت اجباری تحت پوشش بیمه ملی هستند. طرح بیمه ملی تمام هزینه‌ها یا قسمتی از مخارج مرتبط با مراقبت سلامت را بازپرداخت می‌کند این بیمه از طریق مالیات و مشارکت‌های اجتماعی تأمین مالی می‌گردد. بازپرداخت هم توسط نهادهای مختلف از جمله چهار نهاد منطقه‌ای سلامت، اداره اقتصاد سلامت نروژ و شهرداری‌ها انجام می‌گیرد.

تأمین مالی

در کشور نروژ، سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۴، ۹٫۷ درصد بوده است که به ازای هر فرد ۶۳۴۷ دلار (PPP) هزینه کرده است. مخارج عمومی سلامت حدود ۸۵٫۵ درصد و سهم بخش خصوصی ۱۴٫۵ درصد از کل مخارج بخش سلامت بوده است. از مخارج خصوصی، ۹۳ درصد آن مخارج خانوار است که عمدتاً برای دارو و خدمات دندانپزشکی است که ۱۳٫۶ درصد مخارج کل سلامت را شامل می‌شود. منبع اصلی تأمین مالی عمومی از طریق مالیات و مخارج خانوار است. یک بخش مالیات‌ها در سطوح ملی و منطقه‌ای و محلی براساس درصدی از درآمد جمع‌آوری می‌شوند که ۷۳ درصد مخارج عمومی را شامل می‌شود یک بخش هم از طریق مشارکت‌های بیمه ملی که حدود ۱۲ درصد مخارج عمومی را شامل می‌شود.

1- Ministry of Children, Equality and Social Inclusion



پرسنل مراقبت‌های سلامت نروژ به جز مواردی استثناء مانند پزشکان عمومی و متخصص خویشتن فرما، بقیه عمدتاً حقوق بگیر هستند. پرداخت به پزشکان ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه از سه منبع تأمین مالی می‌شود: شهرداری، اداره اقتصاد سلامت و بیماران. از طرف شهرداری به پزشکان قراردادی پرداخت به صورت سرانه است البته اگر پزشک استخدام شهرداری باشد حقوق می‌گیرد و شهرداری هم از اداره اقتصاد سلامت نروژ به صورت کارانه، یارانه دریافت می‌کند. پرداخت به پزشکان خویشتن فرما از طرف اداره اقتصاد سلامت نروژ به صورت کارانه است. از طرف بیماران هم به پزشکان مراقبت‌های اولیه پرداخت ثابت انجام می‌گیرد. شیوه تأمین مالی و پرداخت به پزشکان عمومی در سطح ملی به وسیله مذاکره بین وزارت سلامت و انجمن پزشکی نروژ تعیین می‌شود.

مراقبت‌های دندانپزشکی برای بچه‌ها و افراد جوان از طریق گرانت‌های دولت تأمین اعتبار می‌شود اما مراقبت‌های دندانپزشکی بزرگسالان از طریق خود بیماران پرداخت می‌شود البته در بعضی شرایط یارانه‌هایی به شکل کارانه از طرف اداره اقتصاد سلامت نروژ تعلق می‌گیرد.

متخصصان ارائه‌دهنده مراقبت‌های تخصصی سرپایی و بستری در بیمارستان حقوق‌بگیر هستند. به متخصصان خویشتن فرما (خصوصی) قرارداد شده با RHA از طریق ترکیبی از روش‌ها پرداخت صورت می‌گیرد. مجموع مبلغ پرداختی و سهم بیماران سالانه توسط حکومت تعیین می‌شود. پرداخت کارانه هم از طریق مذاکره بین حکومت (وزارت بهداشت) و انجمن پزشکی نروژ تعیین می‌شود.

پزشکان استخدامی بیمارستان نمی‌توانند بیماران خصوصی را در بیمارستان پذیرش کنند اما می‌توانند خارج از ساعات تعهد خود در بیرون به طبابت بپردازند.

قبل از سال ۱۹۸۰، تأمین مالی بیمارستان از طریق بازپرداخت به ازای روز انجام می‌گرفت. از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۷ هم از طریق بودجه منطقه‌ای^۱ انجام گرفته است. از سال ۱۹۹۷ به شکل ترکیبی از بودجه منطقه‌ای و بودجه مبتنی بر فعالیت (DRG) انجام می‌گیرد (در حال حاضر ۶۰ درصد بودجه منطقه‌ای و ۴۰ درصد مبتنی بر فعالیت).

طرح همگانی بیمه ملی نروژ به صورت اجباری همه افراد مقیم کشور را تحت پوشش قرار می‌دهد. از طریق موافقتنامه‌های مشترک، ساکنین اتحادیه اروپا دسترسی به خدمات سلامت نروژ همانند کشور خود را دارند. مهاجران بزرگسال غیرقانونی فقط به مراقبت‌های اورژانسی دسترسی دارند، در حالی که کودکان غیرقانونی دسترسی مشابه شهروندان نروژ را دارند.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت

تعداد تخت‌های بیمارستان در نروژ از اواخر دهه ۱۹۸۰ برای هر دو مراقبت‌های جسمی و روانی کاهش پیدا کرده است. متوسط مدت اقامت در بیمارستان نیز اغلب به دلیل معرفی جایگزین‌های درمانی سرپایی و مراقبت‌های روزانه و روش‌های جدید کاهش یافته است. تعداد پزشکان برعکس تعداد تخت‌های بیمارستانی در سال‌های اخیر رشد زیادی داشته است به طوری که بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۹، ۸۴ درصد افزایش داشته است. در سال ۲۰۱۴، به ازای هر هزار نفر تعداد ۴٫۴ پزشک وجود داشته است. که نسبت به کشورهای شمال اروپا و همچنین در مقایسه با اتحادیه اروپا (۳٫۵) بالاتر است. تعداد پرستاران به ازای هر هزار نفر جمعیت ۱۷٫۴ است که به مراتب بالاتر از میانگین اتحادیه اروپا (۸٫۷) است.

مسئولیت آموزش پزشکی

در نروژ، آموزش پزشکی توسط چهار دانشگاه عمومی با ظرفیت حدود ۶۰۰ نفر دانشجوی پزشکی، انجام می‌گیرد. به طور سنتی فارغ‌التحصیلان پزشکی بعد از دوره تحصیلی ۶ سال دانشگاهی، پس از دوره کارآموزی ۱/۵ ساله، به آن‌ها مجوز قانونی برای طبابت داده می‌شود. به دلیل این که نروژ بخشی از انجمن تجارت آزاد اروپا است، همه پزشک‌هایی که می‌تواند در هر بخشی از اتحادیه اروپا / انجمن تجارت آزاد اروپا طبابت کنند، قادر هستند در نروژ طبابت کنند.

دو شکل از پرستار در نروژ وجود دارد پرستاران مجوز داده شده (دارای تحصیلات دانشگاهی) و پرستاران عملی. در نروژ ۲۷ مؤسسه آموزشی به طور عمده آموزش

دانشگاهی پرستاران را انجام می‌دهند. وزارت آموزش و پژوهش^۱ مسئول آموزش در کلیه سطوح از جمله تحصیلات مدرسه، آموزش عالی و رشته‌های پزشکی را بر عهده دارد.

مالکیت ارائه‌دهنده

اکثریت خدمات سلامت عمومی در سطح شهرداری ارائه می‌شود. خدمات سلامت عمومی برای کودکان پیش‌دبستانی و مدرسه‌ای در مکان‌های ویژه (مراکز سلامت شهرداری، مراکز سلامت مدارس)، به طور عمده توسط پرستاران آموزش دیده ویژه که حقوق بگیر هستند ارائه می‌شود. علاوه بر این، پزشکان قراردادی هم باید حداکثر ۷،۵ ساعت در هفته به ارائه خدمات سلامت عمومی شهرداری بپردازند.

مطابق قانون، شهرداری‌ها مراقبت‌های اولیه را به وسیله اداره‌های سلامت ارائه می‌دهند. بعضی از خدمات مراقبت‌های اولیه از جمله مراقبت‌های اولیه اورژانسی توسط پزشکان ارائه می‌شود. بیشتر پزشکان عمومی خویش فرما هستند و تنها ۵ درصد حقوق‌بگیر شهرداری هستند. سایر خدمات مراقبت‌های اولیه نیز توسط ماماها و رشته‌های توانبخشی ارائه می‌شود.

چهار RHA، که شرکت‌های دولتی هستند و زیر نظر وزارت سلامت فعالیت دارند مسئول نظارت بر مراقبت تخصصی و خدمات بستری و همچنین درمان سوء استفاده الکل و مواد مخدر هستند. این وزارتخانه بودجه RHA ها را تأمین می‌کند. مراقبت‌های تخصصی سرپایی در بیمارستان‌ها و یا توسط متخصصان خویش فرما ارائه می‌شود.

کنار بیمارستان‌های دولتی، بیمارستان خصوصی هم وجود دارند که یا توسط سازمان‌های غیرانتفاعی انسان‌دوستانه اداره می‌شوند که این بیمارستان‌ها به عنوان بخشی از برنامه‌های RHA، مراقبت‌های حاد عمومی را ارائه می‌کنند یا به شکل انتفاعی اداره می‌شوند که سهم کمی از بیمارستان‌ها را به خود اختصاص می‌دهند.

به صورت کلی RHA، خدمات بیمارستان عمومی، بیمارستان‌های خصوصی و متخصصان خصوصی را زیر نظر دارد و مسئول مستقیم بازپرداخت به آنها است. نهاد دیگر دولت‌های محلی یا شهرداری‌ها هستند که با پزشکان عمومی، خانه‌های پرستاری و

1-Ministry of Education and Research

مراقبت‌های طولانی‌مدت و خدمات دندانپزشکی برای کودکان و گروه‌های تعریف شده در ارتباط هستند و بازپرداخت برای این موارد از طریق شهرداری انجام می‌گیرد. اداره اقتصاد سلامت نروژ هم با ارائه‌دهندگان متخصص خصوصی و پزشکان عمومی در ارتباط است و قسمتی از هزینه‌های آنها را بازپرداخت می‌کند.

ایران در منطقه خاورمیانه و در جنوب غربی آسیا واقع است که از شمال با جمهوری آذربایجان، ترکمنستان و ارمنستان، از شرق با افغانستان و پاکستان و از غرب با ترکیه و عراق همسایه است. همچنین از شمال با دریای خزر و از جنوب با خلیج فارس و دریای عمان مجاور است. در سال ۲۰۱۶ جمعیت کشور ایران ۸۰٫۳ میلیون نفر جمعیت دارد که رتبه ۱۰ آسیا و ۱۸ جهان را از لحاظ جمعیت دارد. حکومت ایران جمهوری اسلامی است که از لحاظ ساختار سیاسی رهبر در راس آن قرار دارد که از سوی مجلس خبرگان رهبری تعیین می‌شود. پس از رهبر، قوه مقننه (مجلس شورای اسلامی و شورای نگهبان)، مجریه (ریاست جمهوری) و قضائیه در راس حکومت هستند. بعد از مقام رهبری، رئیس‌جمهور عالی‌ترین مقام رسمی کشور است. کشور ایران شامل ۳۱ استان است که مسئولیت هر کدام بر عهده استاندار است که رئیس‌جمهور آنها را منصوب می‌کند. هر استان شامل تعدادی شهرستان است که مسئول آن فرماندار است و توسط استاندار منصوب می‌شود. هر شهر دارای شهرداری است که زیر نظر شهردار (انتخاب شده توسط شورای شهر) اداره می‌شود. شهرداری یک نهاد عمومی غیردولتی محسوب می‌شود و وظیفه آن، پاکیزه نگه‌داشتن شهر، جمع‌آوری و حمل زباله شهری، صدور مجوزهای ساخت و ساز شهری و دریافت عوارض شهری از شهروندان است.

ایران از لحاظ اقتصادی با تولید ناخالص داخلی ۱۶۰۱ میلیارد دلار (PPP) در سال ۲۰۱۶، رتبه هیجدهم اقتصاد برتر دنیا را دارد. البته تولید ناخالص داخلی سرانه، ۱۹۹۴۹ دلار بوده است که از این لحاظ رتبه ۷۳ را دارد. گزارش‌های بین‌المللی حاکی از آن است که عملکرد سیستم سلامت کشور ایران وضعیت مناسبی ندارد به طوری که براساس رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ بین ۱۹۱ کشور عضو، رتبه ۹۳ را از لحاظ کارایی عملکرد داشته است. براساس رتبه‌بندی مؤسسه لگاتوم هم در سال ۲۰۱۶ عملکرد نظام سلامت ایران رتبه ۹۵ را داشته است. در همان سال امید به زندگی ایرانیان ۷۵٫۹ (خانم‌ها ۷۷٫۱، آقایان ۷۴٫۸) سال بوده است.

نظام سلامت ایران به طور سنتی دارای نظام تأمین اجتماعی و مبتنی بر نظام بیمه اجتماعی یا نظام بیسمارکی است. از طرف دیگر برخی از سیاست‌های اخیر نظام سلامت از جمله تخصیص مالیات به سلامت، گرایش به نظام سلامت بورچ دارد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح ملی، مسئول اصلی طراحی و اجرای سیاست‌های سلامت است. در سطح هر استان دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسئولیت تأمین خدمات سلامت و آموزش پزشکی را بر عهده دارند. بیمارستان‌های آموزشی، شبکه بهداشت منطقه و دانشکده‌های مرتبط با سلامت زیر نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی فعالیت دارند. شبکه بهداشت منطقه در سطح شهرستان فعالیت دارند و بیمارستان‌های عمومی و مرکز بهداشت منطقه زیر نظر آن فعالیت می‌کنند. مرکز سلامت منطقه هم مرکز سلامت روستایی که خودش خانه بهداشت را زیر نظر دارد و مرکز سلامت شهری را هدایت می‌کند.

نظام سلامت ایران دارای ساختار پیچیده‌ای است که در نوع خود منحصر بفرد است. در سطح ملی قانون‌گذاری‌های مرتبط با بهداشت و درمان توسط مجلس شورای اسلامی تنظیم می‌شود. تولید نظام سلامت کشور ایران شامل سیاست‌گذاری اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت، آموزش پزشکی، پژوهش، بخش عمده ارائه خدمت و حتی خرید خدمت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز است. در هر استان یک یا چند دانشگاه علوم پزشکی زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند که متولی بهداشت و درمان در سطح استان هستند. دانشگاه‌های علوم پزشکی مالک بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی هستند که به فعالیت درمانی و آموزشی می‌پردازند. تمام دانشکده‌های پزشکی و رشته‌های دیگر مرتبط با بهداشت و درمان زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی فعالیت دارند که براساس برنامه مدون شده وزارت بهداشت به آموزش پزشکی مشغول هستند. خدمات بهداشتی و پیشگیری هم توسط مراکز متعلق به دانشگاه علوم پزشکی که مراکز

دولتی به حساب می‌آیند ارائه می‌شوند. سایر مراکز درمانی (خصوصی، نظامی، تأمین اجتماعی و ...) هم توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی نظارت و ارزشیابی می‌شوند. نقش شهرداری بیشتر بهداشت شهری است و در ارائه خدمات سلامت نقش کم‌رنگی دارد. البته شهرداری‌ها به صورت محدود دارای مراکز سلامت هستند که به ارائه خدمات تشخیصی درمانی می‌پردازند.

وظیفه خرید خدمات سلامت هم بین ارگان‌های مختلف تقسیم شده است. بیمه سلامت ایرانیان زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت می‌کند. بیمه تأمین اجتماعی زیر نظر وزارت رفاه فعالیت دارد که علاوه بر خرید خدمات درمانی از ارائه دهندگان دولتی و خصوصی، از طریق بیمارستان و مراکز سرپایی ملکی به ارائه خدمات درمانی می‌پردازد. نهادهای دیگر مانند وزارت دفاع و وزارت نفت هم علاوه بر داشتن بیمه درمانی مخصوص پرسنل خود دارای مراکز ارائه خدمات درمانی هستند...

ساختار وزارت سلامت

ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بسیار گسترده است و وظایف متنوع و مختلفی بر عهده دارد. این وزارت دارای ۹ معاونت شامل معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاونت آموزشی، معاونت پژوهش و فناوری، معاونت پرستاری، معاونت امور دانشجویی و فرهنگی، معاونت حقوقی و امور مجلس، معاونت توسعه مدیریت و منابع و معاونت طب سنتی اسلامی ایرانی است. این وزارت همچنین شامل ۴۷ دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد که در هر استان حداقل یک دانشگاه وجود دارد و مسئولیت تولید سلامت در هر استان بر عهده آنها است. وزارت سلامت همچنین دارای مؤسسات و نهادهای فعال دیگر در حوزه سلامت مانند سازمان غذا و دارو، سازمان انتقال خون، انستیتو پاستور و ... می‌باشد. همچنین بیمه سلامت ایرانیان که بالای نصف جمعیت را تحت پوشش دارد زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت دارد.

بخشی از وظایف این وزارت خانه عبارت است از:

۱- تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پژوهشی، خدمات بهداشتی-درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی

۲- 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

۳- ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان

۴- 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

۵- 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 هماهنگ ساختن برنامه‌های مؤسسات تحقیقات پزشکی

۶- 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

۷- فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری 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

۸- تأمین منابع مالی با بهره‌گیری از اعتبارات مردمی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمک‌ها و مشارکت مردمی

۹- 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 بی‌سرپرست نیازمند و تشویق و ترغیب افراد خیر و مؤسسات خصوصی جهت ارائه خدمات مذکور

۱۰- تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به :

الف- خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی، داروئی

ب- مواد داروئی، 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

۱۱- تعیین مبانی محاسبه هزینه خدمات تشخیصی و درمانی، داروئی، بهزیستی و تعیین تعرفه‌های مربوط در بخش دولتی و غیردولتی و تعیین شهریه آموزش‌های غیررسمی و آزاد در زمینه‌های مختلف علوم پزشکی

۱۲- 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

۱۳- تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی و آزمایشگاهی و فرآورده‌های داروئی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و ارزشیابی، نظارت و کنترل ضوابط مذکور

۱۴- انجام پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص داروئی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه‌های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی

وزیر سلامت 

وزیر سلامت یک مقام کابینه در دولت ایران است که توسط رئیس‌جمهور انتخاب و توسط مجلس شورای اسلامی صلاحیت آن بررسی و تایید می‌شود. وزیر کنونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر حسن قاضی‌زاده هاشمی است. ایشان دارای تحصیلات تخصصی چشم‌پزشکی و فوق تخصص قرینه است و از تابستان سال ۱۳۹۲ این پست را برعهده دارند. یکی از اصلاحات بزرگ نظام سلامت کشور به نام طرح تحول سلامت در زمان ایشان با هدف محافظت مالی مردم در قبال

هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات درمانی و ایجاد عدالت در دسترسی افراد به خدمات سلامت از اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۳ آغاز و در نیمه دوم همان سال در قالب ۸ بسته اجرایی پیاده‌سازی شد، که به دلایل زیادی از جمله هزینه‌زا بودن همه اجزای آن، عدم توجه به مدیریت هزینه و عدم پایداری منابع با مشکل جدی مواجه شده است و در رسیدن به اهداف اصلی خود نتوانسته است موفق عمل کند. وزیر قبلی این وزارت آقای دکتر محمد حسن طریقت منفرد بوده است که مدت ۷ ماه این پست را بر عهده داشتند که در اواخر دولت جناب آقای احمدی نژاد به عنوان وزیر معرفی شد. تخصص ایشان هم چشم پزشکی بود. قبل از ایشان هم خانم دکتر مرضیه وحید دستجردی این پست را به مدت ۳ سال و ۴ ماه بر عهده داشتند که متخصص زنان و زایمان بودند.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ماموریت اصلی این وزارت، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، اعمال نظارت و انجام اقدامات قانونی به منظور تنظیم روابط کار، حل و فصل مسائل و مشکلات جامعه کارگری، حفظ و صیانت از نیروی کار، افزایش سهم بخش تعاونی در اقتصاد کشور و حمایت از توسعه اشتغال و نیز برقراری نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در چهارچوب سیاست‌های کلی نظام و قوانین و مقررات ذیربط می‌باشد. سازمان تأمین اجتماعی که حدود نصف جمعیت کشور را تحت پوشش بیمه دارد و خریدار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت است زیر نظر این وزارت فعالیت می‌کند. صندوق‌های بیمه‌ای فعال دیگر در حوزه سلامت وابسته به ارگان‌ها و نهادهای دیگر می‌باشند. جنبه دیگری که این وزارت‌خانه در زمینه سلامت نقش دارد مرتبط با بهداشت محیط کار می‌باشد. در مجموع حوزه سلامت در کشور ایران جدا از حوزه رفاهی است و سیاست‌گذاری آنها در محیط‌های متفاوت و توسط وزارت‌خانه‌های متفاوت به صورت متمایز اتخاذ می‌گردد.

نظام تأمین اجتماعی در ایران

نظام رفاه و تأمین اجتماعی در ایران سه دسته امور امدادی، حمایتی و بیمه‌ای را دربرمی‌گیرد و مجموعه‌ای از سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی در زمینه پیشبرد اهداف و مأموریت‌های ذیل هر امور فعالیت دارند. این نظام خدماتی از جمله

بازنشستگی، بیمه درمان، امداد، توانبخشی معلولین، حمایت و پرداخت مستمری به نیازمندان، حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست و سالمندان، و حمایت از دانش آموزان و دانش جویان را شامل می‌شود. سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یک بیمه‌گر اجتماعی مهمترین نهاد فعال در این حوزه می‌باشد که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد و حقوق‌بگیر (به‌صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به‌صورت اختیاری) است. جمعیت تحت پوشش این سازمان، شامل حدود ۱۳ میلیون نفر بیمه‌شده و حدود ۳ میلیون نفر مستمری‌بگیر است که با در نظر گرفتن افراد خانواده بیمه‌شدگان، جمعیت تحت پوشش این سازمان برای خدمات درمانی به بیش از ۴۱ میلیون نفر می‌رسد. براساس قانون، سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان عمومی غیردولتی است که حدود ۹۰ درصد منابع مالی آن از محل حق بیمه‌ها (با مشارکت بیمه‌شده و کارفرما) تأمین می‌شود و متکی به منابع دولتی نیست. به همین دلیل، دارایی‌ها و سرمایه‌های آن متعلق به اقشار تحت پوشش در نسل‌های متوالی است و نمی‌تواند قابل ادغام با هیچ‌یک از سازمان‌ها و مؤسسات دولتی یا غیردولتی باشد. تکیه‌گاه اصلی این سازمان مشارکت سه‌جانبه کارفرمایان، بیمه‌شدگان و دولت در عرصه‌های مختلف سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری‌های کلان و تأمین منابع مالی است.

به طور کلی تعهدات سازمان به بیمه شدگان به دو نوع مختلف تقسیم می شود :

الف: تعهدات کوتاه مدت

۱. حمایت های درمانی در موارد بیماری، بارداری، حوادث و...
۲. غرامت دستمزد ایام بیماری
۳. غرامت دستمزد ایام بارداری
۴. هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه
۵. پروتز و اورتز (تأمین هزینه وسایل کمک پزشکی)
۶. غرامت نقص عضو مقطوع
۷. کمک هزینه ازدواج

۸. هزینه کفن و دفن

۹. مقرری بیمه بیکاری

ب- تعهدات بلندمدت

۱. مستمری بازنشستگی

۲. مستمری از کارافتادگی کلی

۳. مستمری از کارافتادگی جزئی

۴. مستمری بازماندگان

نوع بیمه/پرداخت کننده

بیمه سلامت ایران بر اساس ساختار بیمه اجتماعی شکل گرفته است و چندین صندوق زیر نظر ارگان های متفاوت که تمام یا بخشی از فعالیت آنان را بیمه درمانی تشکیل می دهد برای بازپرداخت هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد. چهار سازمان اصلی با تحت پوشش قرار دادن اقشار مختلف جامعه در زمینه بیمه درمان پایه عبارتند از:

۱- سازمان تأمین اجتماعی (مسئول بیمه درمان کارگران، مشاغل آزاد و مستخدمین وزارت خانه‌ها و مؤسسات و شرکت‌های دولتی و مستخدمین مؤسسات وابسته به دولت) زیر نظر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۲- سازمان بیمه سلامت ایران: مسئول بیمه درمان کارکنان دولت، روستاییان و سایر اقشار (شامل ایثارگران، خانواده شهدا و نهادها) زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳- سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح زیر نظر وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح

۴- کمیته امداد امام خمینی (ره): مسئول اجرای بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر زیر نظر مقام معظم رهبری

علاوه بر موارد فوق بیش از ۱۰ صندوق بیمه دیگر نیز در سطح پایه در زمینه بیمه درمان ارائه خدمت می‌کنند.

تأمین مالی

در کشور ایران در سال ۲۰۱۴ سهم مخارج سلامت، ۷,۱ درصد تولید ناخالص داخلی بوده که به ازای هر فرد ۱۲۲۳ دلار (PPP) هزینه کرده است. در همین سال سهم مخارج دولت در بخش سلامت حدود ۵۰,۴ درصد و سهم بخش خصوصی ۴۹,۶ درصد بوده است. بیشترین سهم مربوط به مخارج بخش خصوصی، پرداخت مستقیم از جیب بیماران را تشکیل می‌دهد به طوری که ۸۵ درصد مخارج بخش خصوصی (۴۲,۲ درصد مخارج کل سلامت) را به خود اختصاص می‌دهد.

شیوه پرداخت

نظام پرداخت هزینه‌های سلامت در ایران به علت تنوع سازمان‌های تأمین‌کننده منابع مالی بسیار متعدد و متنوع است. عمده‌ترین این سازمان‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه هستند که بالای ۴۰ درصد گردش مالی نظام سلامت توسط آنها انجام می‌شود. حقوق و مزایای ماهیانه، پرداخت به ازای هر خدمت، پرداخت به ازای هر بیماری، و پاداش شیوه‌های مختلفی هستند

که در نظام سلامت ایران استفاده می‌شوند.

سطح یک خدمات نظام سلامت کشور، شامل خدمات پیشگیری و تشخیصی - درمانی است. خدمات پیشگیری توسط مراکز دولتی تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی درمانی وزارت بهداشت، به صورت رایگان به مردم ارائه می‌شود و منابع مالی آن از طریق ردیف‌های بودجه مندرج در قانون بودجه هر سال در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گیرد. اکثر پزشکان، بهداشت کاران، ماماها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات پیشگیری، استخدامی دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند و نظام پرداخت غالب آنها به شکل حقوق و دستمزد است. خدمات تشخیصی و درمانی سطح یک توسط پزشکان عمومی در مطب‌ها و مراکز بهداشتی - درمانی ارائه می‌شود که نوع پرداخت آنها بسته به نوع مالکیت مراکز و نوع بیمه متفاوت است. روستاییان و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که فاقد پوشش بیمه درمانی هستند به موجب قانون، تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی قرار دارند و در اکثر موارد خدمات سطح یک را از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی مستقر در روستا و شهر با رعایت نظام ارجاع دریافت می‌کنند. پرداخت هزینه این افراد توسط سازمان بیمه خدمات درمانی به روش سرانه در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌گیرد. پرداخت دانشگاه‌ها به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان دیگر با توجه به اینکه استخدامی دانشگاه هستند به شکل حقوق و دستمزد و کارانه پرداخت می‌شود و رایگان به مردم ارائه می‌شود. البته بعضی از خدمات مانند دارو و خدمات پاراکلینیک شامل فرانشیز می‌شود. در صورتی که این روستاییان به واسطه‌ی نوع اشتغال خود تحت پوشش سایر صندوق‌های بیمه‌ای قرار داشته باشند (اعم از تأمین اجتماعی، کارکنان دولت، نیروهای مسلح و ...) نظام پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به روش کارانه (FFS) انجام می‌گیرد. برای ساکنان شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر نظام پرداخت تمامی سازمان‌های بیمه‌گر بابت خدمات ارائه شده در مطب و درمانگاه‌ها به صورت کارانه است.

خدمات سطح دو شامل خدمات تشخیصی - درمانی ارائه شده از سوی پزشکان متخصص می‌باشد. نظام پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به این گروه از پزشکان کارانه است، لیکن در صورتی که این پزشکان در درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، فرهنگیان و ... به صورت رسمی اشتغال داشته باشند علاوه بر کارانه، حقوق و دستمزد نیز دریافت می‌کنند این خدمات بستگی به

نوع مالکیت ارائه‌دهندگان شامل فرانشیز می‌شود.

خدمات سطح سوم شامل خدمات سرپایی فوق تخصصی و خدمات بستری می‌شود. نظام پرداخت برای ارائه‌دهندگان این نوع خدمات مشابه سطح دو است، با این تفاوت علاوه بر کارانه برای برخی اعمال جراحی پرداخت گلوبال هم موجود است.

مشارکت مردم در هزینه‌های درمانی در کشور ایران که سهم بالایی از مخارج نظام سلامت را شامل می‌شود را می‌توان به سه دسته‌ی عمده تقسیم کرد:

الف- پرداخت حق بیمه‌های پایه

ب- پرداخت حق بیمه‌های تکمیلی

ج- پرداخت مستقیم از جیب به ارائه‌دهندگان خدمت که بسته به نوع خدمت و مالکیت ارائه‌دهنده متفاوت است.

افراد تحت پوشش



براساس اطلاعات مرکز آمار ایران در سال ۹۴، حدود ۹۰ درصد مردم ایران حداقل دارای یک نوع بیمه سلامت و ۱۰ درصد آن فاقد هرگونه نوع بیمه بوده‌اند. صندوق‌های متعددی در حوزه بیمه درمان وجود دارند که هر کدام گروه‌های خاص خود را تحت پوشش قرار می‌دهند که در بالا (نوع بیمه) به آنها اشاره شد.

نیروی انسانی فعال در بخش سلامت



براساس آمار وزارت بهداشت در سال ۲۰۱۴، حدود ۶۵۸ هزار نفر در بخش بهداشت و درمان فعالیت داشته‌اند که حدود ۱۲۴ هزار نفر آن کادر پزشکی (۱۶ درصد نیروی کار بخش سلامت) را تشکیل می‌دهند که ۴۱ درصد آن پزشک عمومی، ۲۵ درصد متخصص، ۲۰ درصد دندانپزشک و ۱۲ درصد داروساز بوده‌اند. در همان سال تعداد پرستار و ماما حدود ۱۴۸ هزار نفر بوده است که ۲۲ درصد نیروی کار سلامت را شامل می‌شود. به صورت کلی در سال ۲۰۱۴ به ازای هزار نفر جمعیت ۱٫۶ پزشک (عمومی)، متخصص و داروساز، ۱٫۹ پرستار و ۱٫۵ تخت بیمارستانی وجود داشته است.

مسئولیت آموزش پزشکی



در ایران، آموزش دانشگاهی رشته‌های پزشکی و بهداشتی - درمانی تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام می‌گیرد. مسئولیت آموزش آکادمیک سایر رشته‌ها به صورت جداگانه و بر عهده وزارت علوم تحقیقات و فناوری است.

مالکیت ارائه‌دهنده



مالکیت ارائه‌دهنده‌های خدمات سلامت در کشور ایران عمدتاً دولتی است که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، در این زمینه نسبت به سایر ارگان‌های دولتی از سهم بیشتر برخوردار است. بیش از ۷۰ درصد از مؤسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی است، که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند. از طرف دیگر ۱۸ درصد از کل مؤسسات درمانی در اختیار بخش خصوصی است. همچنین حدود ۵۹ درصد پزشکان عمومی، ۴۸ درصد متخصصین، ۸۲ درصد دندانپزشکان و ۷۴ درصد داروسازان در بخش خصوصی فعالیت دارند. سایر رشته‌های دیگر از جمله پرستاری و مامایی عمدتاً در مراکز درمانی دولتی فعالیت می‌کنند. نهادهای دیگر از جمله سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت نفت، سازمان‌های خیریه، بنیاد شهید، بنیاد جانبازان و مستضعفان در بازار ارائه خدمات سرپایی و بستری فعالیت دارند.

ایران	نروژ	ژاپن	اتریش	اسپانیا	سنگاپور	ایتالیا	فرانسه	متولی تأمین اجتماعی
وزارت کار و امور اجتماعی (مسئول اصلی) - وزارت کار و امور رفاه اجتماعی - سازمان تأمین اجتماعی	وزارت سلامت، کار و رفاه - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت سلامت، کار و رفاه	فدراسیون مؤسسات تأمین اجتماعی اتریش - وزارت کار و امور اجتماعی و حمایت از مصرف کننده فدرال - وزارت سلامت فدرال	وزارت کار و تأمین اجتماعی	هیئت مدیره صندوق ذخیره مرکزی تحت نظارت وزارت نیروی انسانی	مؤسسه ملی تأمین اجتماعی (متولی اصلی) تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارتخانه های مختلف (وزارت اسلخام و امور اجتماعی، وزارت سلامت و وزارت اقتصاد و مالی)	
دو وزیر قبلی (پزشکی) وزیر قبلی (علوم سیاسی) وزیر قبلی (حقوق و مدیریت)	وزیر قبلی (مدیریت) وزیر قبلی (اقتصاد) وزیر قبلی (مدیریت)	وزیر قبلی (مدیریت) وزیر قبلی (اقتصاد)	وزیر قبلی (پزشکی) وزیر قبلی (بهداشت و پیشگیری)	وزیر قبلی (حقوق)	وزیر قبلی (مهندسی صنایع) وزیر قبلی (مهندسی برق)	وزیر قبلی (حقوق و قانون اساسی) وزیر قبلی (حوزه فعالیت در زمینه قانون اساسی)	وزیر قبلی (علوم سیاسی، اقتصاد و علوم اجتماعی) وزیر قبلی (هماهنگی و سلامت)	تخصص وزیر سلامت
مؤسسات درمانی کشور: ۷۰ درصد بهداشت، ۱۸ درصد بخش سرطان، بقیه مرتبط با سایر نهادهای دیگر از جمله سازمان تأمین اجتماعی، ارگان های نظامی، سازمان بهر سستی وزارت نفت و ...	خدمات سلامت عمومی و مراقبت های اولیه، توسط شهر داری ها بیمارستان و مراکز تخصصی اکثریت دولتی زیر نظر ۴ نهاد سلامت منطقه ای سازمان های غیر انتفاعی	کلینیک ها شامل مراقبت های اولیه و سرپایی، خصوصی (بیشتر)، شرکت های غیر انتفاعی، نهادهای دولتی (کم)، بیمارستان، شرکت های غیر انتفاعی (بیشتر)، نهادهای دولتی، خصوصی	خدمات سلامت عمومی، دولتی توسط حکومتی استانی و محلی بیمارستانها، دولتی و یا به شکل غیر انتفاعی خصوصی	مراقبت اولیه، کلینیک دولتی بیمارستانها، دولتی و خصوصی (بالای ۷۰ درصد تخصصها دولتی)	مراقبت های اولیه، دولتی و خصوصی (بیشتر خصوصی) بیمارستان دولتی و خصوصی (بیشتر دولتی)	مراقبت های اولیه، خصوصی و دولتی سرپایی و بیمارستان، خصوصی (۶۸ درصد تخصصها دولتی و بقیه خصوصی)	مراقبت های اولیه، خصوصی بیمارستان، عمومی (بیشتر)، خصوصی - غیر انتفاعی و انتقالی.	مالکیت ارائه دهنده

Δ ساختار نظام سلامت و متولیان سلامت در کشورهای منتخب

ایران	نروژ	ژاپن	اتریش	اسپانیا	سنگاپور	ایتالیا	فرانسه	جمعیت (میلیون) ۲۰۱۵
۷۹,۴	۵,۲	۱۲۷,۱	۸,۶	۴۶,۴	۵,۵	۶۰,۷	۶۶,۶	
۷,۱	۹,۷	۱۰,۲	۱۱,۲	۹,۲	۴,۹	۹,۲	۱۱,۵	سهم سلامت از GDP ۲۰۱۵/۲۰۱۴
۱۲۲۳	۶۳۴۵	۳۷۲۶	۵۰۳۹	۳۱۸۲	۴۰۴۷	۳۳۳۹	۴۵۰۸	مخارج سرانه سلامت (دلار PPP) ۲۰۱۵/۲۰۱۴
۴۲,۲	۱۳,۶	۱۴	۱۶,۱	۲۴,۶	۵۴,۸	۲۱,۲	۶,۳	درصد OOP از مخارج سلامت
۵۰	۸۵,۵	۸۴	۷۸	۷۱	۴۲	۱۶	۷۸	درصد هزینه های دولت از مخارج سلامت
۵۰	۱۴,۵	۱۶	۲۲	۲۹	۵۸	۲۴	۲۲	درصد هزینه بخش خصوصی از مخارج سلامت
۷۵,۹	۸۲,۲	۸۳,۸	۸۱,۸	۸۲,۸	۸۲,۶	۸۳,۵	۸۲,۷	امید به زندگی ۲۰۱۵
۱,۵	۳,۳	۱۳	۷,۶	۳,۱	۲,۵	۳,۴	۶,۴	نسبت تخت بیمارستانی به هزار نفر
۱,۶	۴,۴	۲,۳	۵,۱	۳,۸	۲,۳	۳,۷	۳,۲	نسبت پزشک به هزار نفر
۱,۹	۱۷,۴	۱۰,۷	۸,۱	۵,۶	۵,۵	۶,۳	۱۰	نسبت پرستار به هزار نفر
۹۵	۱۱	۱۰	۹	۷	۶	۲	۱	رتبه بندی نظام سلامت (براساس گزارش ۲۰۰۰ WHO)

△ شاخص های مرتبط با سلامت در کشورهای منتخب (جمعیتی، هزینه، نیروی انسانی)