

مطالعه تطبیقی نظام‌های سلامت کشورهای لیبرال، سوسیال و مختلط بر اساس چارچوب تحلیل لایه‌ای علت‌ها

محمدحسین مهرالحسنی^۱، وحید یزدی فیض‌آبادی^۲، نادیا ارومیه‌ای^۳، رستم سیف‌الدینی^۴، سعید میرزائی^۵

^۱ دانشیار، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

^۲ استادیار، دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳ دانشجویی دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

^۴ دانشیار، متخصص مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۵ دانشجویی دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده رابط: سعید میرزایی، نشانی: کرمان بزرگراه هفت باغ، دانشگاه علوم پزشکی کرمان مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت،

تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۴۱۵، پست الکترونیک: Mirzaei.saeid67@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۰؛ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۱

مقدمه و اهداف: بر اساس دو نظریه تفوکراتیک و دموگرافیک به منشأ حاکمیت، حکومت‌ها و ساختارهای مختلفی با دیدگاه متفاوتی نسبت به سلامت شکل گرفته‌اند. هدف مطالعه، مقایسه تناسب عملکرد نظام سلامت با گفتمان کشورهای منتخب می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای تطبیقی است که به‌صورت هدفمند بر روی کشورهای لیبرال (آمریکا، کانادا، فرانسه)، سوسیال (روسیه، چین، کوبا) و مختلط (سوئد، نروژ، انگلیس) انجام شد. داده‌های مطالعه از اسناد منتشرشده بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت و متون منتشر شده در زمینه گفتمان و ساختار کشورها جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از چارچوب تحلیل لایه‌ای علت‌ها مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از حیث شاخص‌های سلامت، کشورهای مختلط نسبت به دو دسته دیگر وضعیت بهتری داشتند. تولید نظام سلامت کشورهای لیبرال، مختلط و سوسیال به ترتیب، غیرمتمرکز، نیمه‌متمرکز و متمرکز بود. گفتمان کشورهای لیبرال، بر پایه اقتصاد سرمایه‌داری با عدم اتکا به منابع طبیعی بود. در کشورهای سوسیال، اقتصاد سوسیالیستی با تأکید بر استفاده از ذخایر طبیعی و دخالت دولت‌ها در ساختارها، حداکثری بود. کشورهای مختلط با پایه ایدئولوژی لیبرالیسم و رویکرد دولت رفاه، دارای حکومت مشروطه سلطنتی بودند.

نتیجه‌گیری: کشورهای مختلط با داشتن شرایط اقتصادی-اجتماعی مناسب، با ایجاد ساختار نیمه‌متمرکز در ارائه خدمات و تأمین مالی سلامت با تأکید بر مدیریت خدمات به‌صورت محلی (پررنگ بودن نقش شهرداری‌ها و سازمان‌های منطقه‌ای) وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایر کشورها از نظر سلامتی دارا هستند. ایدئولوژی کشورها، تشکیل‌دهنده ساختارهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و پیامدهای سلامت است. ایران برای بازطراحی نظام سلامت بایستی لایه‌های گفتمانی و ساختاری را باهم مدنظر قرار دهد.

واژگان کلیدی: نظام سلامت، لیبرال، سوسیال، مختلط، تحلیل لایه‌ای علت‌ها

مقدمه

است و جنبه نزولی دارد. این دیدگاه به حاکمیت، کهن‌ترین اعتقاد در مورد سرچشمه قدرت است. حاکمیت تفوکراتیک به گفتمان‌های مختلفی از جمله ادیان ایران باستان، شرق آسیا و یکتاپرستی تقسیم‌بندی می‌شوند. یکتاپرستی شامل ادیان یهودیت، مسیحیت و اسلام می‌باشد که به ادیان ابراهیمی مشهورند. طبق نظریه دوم، قدرت برآمده از مردم است و جنبه صعودی دارد (۲). در این میان نظرات ترکیبی به صورت مستقل،

حاکمیت، قدرت برتر فرماندهی و اعمال اراده به دیگران است. مفهوم حاکمیت و دولت - کشور، چنان باهم پیوند خورده‌اند که دولت - کشور بدون حاکمیت موجودیت ندارد و برعکس بدون دولت - کشور، حاکمیت مطرح نیست و نفی یکی از آن‌ها نفی دیگری را به دنبال دارد (۱). در باب منشأ حاکمیت در طول تاریخ، دو نظریه تفوکراتیک و دموگرافیک ارائه شده‌اند که طبق نظریه اول، قدرت، ناشی از نیروی ماوراءالطبیعه یا خارج از اراده بشری

شامل هر دو نظریه نیز وجود دارد^(۳).

اعتقاد جامعه به هرکدام از این دکترین‌ها^۲، نوع حاکمیت یک دولت-کشور را تعیین می‌نماید^(۲). در حال حاضر در اکثریت کشورهای دنیا حاکمیت از نوع دموگرافیک غلبه دارد و دو مکتب معروف و رقیب در این نوع حاکمیت مکتب لیبرال و سوسیال است. لیبرالیسم موافق فردیت و آزادی انسان است در حالی که سوسیالیسم مخالف فردیت انسان و موافق انسان به‌منزله عضوی از جمع است. از این رو این دو مکتب، در جهت تأمین نیازها و ابعاد مختلف زندگی انسان، متفاوت عمل می‌کنند. یکی از مهمترین این نیازها، موضوع سلامت است^(۴).

سلامت انسان‌ها بخشی از سرمایه ملی است که دائماً در معرض خطرات محیطی قرار دارد و نفع یا ضرر ناشی از وجود یا فقدان آن متوجه تمامی افراد جامعه می‌باشد. حاکمیت‌ها و مکاتب متفاوت، رویکردهای مختلفی در برابر تأمین سلامت دارند؛ برخی سلامت را از منظر رفاه، برخی دیگر از منظر عدالت، گروهی سلامت را گامی در مسیر تعالی مدنظر قرار می‌دهند و برخی تأمین سلامت را جز وظایف دولت و حق هر انسانی مطرح می‌کند^(۵). به‌عنوان مثال در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تأمین سلامت را حقی همگانی می‌داند و تولید این مهم را بر عهده دولت قرار داده است^(۶). قانون سلامت ملی و اسناد استراتژیک نروژ، بر اصل دسترسی برابر تمامی ساکنین نروژ به خدمات سلامت، صرف‌نظر از شرایط اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی افراد تأکید می‌کند^(۶،۷). در کشوری مانند ایالات‌متحده آمریکا که دولت ژاندارم است و نه رفاه، تأمین سلامت برای آحاد مردم جز وظایف دولت نمی‌باشد^(۸،۹).

بر اساس این رویکردها و با توجه به دیدگاه‌های مختلفی که گفتمان‌های مذکور به مقولاتی مانند قدرت، حاکمیت، رفاه و سلامت دارند، کشورها ساختارهای گوناگونی را ایجاد نموده و بالتبع، پیامدهای متفاوتی در حوزه سلامت بروز می‌گردد^(۱۰). بنابراین در مطالعه حاضر، نظام سلامت سه دسته از کشورهای

توسعه‌یافته با گفتمان‌های لیبرال، سوسیال و مختلط موردبررسی و با موقعیت کشور ایران، مورد مقایسه قرار گرفت. در ادامه ابتدا مروری بر این گفتمان‌ها شده است.

منشأ حاکمیت و مکاتب کشورهای موردبررسی

تقسیم‌بندی پارادایم‌ها به‌طورکلی متشکل از دو پارادایم خدامحوری و اومانیسیم است که هریک از این پارادایم‌ها، گفتمان‌های متفاوتی را شکل می‌دهند. پارادایم کشورهای موردبررسی که بر اساس آن، گفتمان حاکم بر این کشورها شکل گرفته است، اومانیسیم می‌باشد. ریشه این واژه Humanism از واژه لاتین humus به معنی خاک یا زمین است لذا humo به معنی هستی زمینی و humanus به معنی خاکی است. اومانیسیم معتقد است که ماوراءالطبیعه وجود ندارد. بنابراین اصول اومانیسیم، طبیعت‌گرایی، انسان به عنوان منبع ارزش، آزادی انسان و عقل‌گرایی (تجربه‌گرایی) است. لذا، در همه امور، انسان به‌تنهایی حاکم بر خویش است و سعادت خود را به‌وسیله عقل و دانش خویش کسب می‌کند و هیچ نیازی به یک منبع مافوق بشری چون خدا، وحی و انبیاء ندارد. ارزش‌های دینی در حیطه فردی بوده و حاکمیت فقط پاسخگوی نیازهای دوره حیات جسمانی افراد است و دین در اداره جامعه دخالت نمی‌نماید^(۱۱).

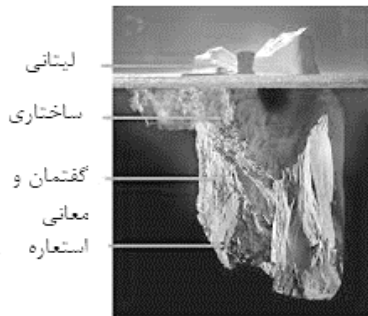
لیبرالیسم، مشتق از واژه لیبرال و به معنای آزادی‌خواهی، منشأ بسیاری از ایده‌ها و تئوری‌های مرتبط با دولت است که آزادی فردی را مهم‌ترین هدف سیاسی عنوان می‌کند^(۱۲). برجسته‌ترین ویژگی لیبرالیسم، فردگرایی، آزادی زندگی و تکلیف ستیزی است. طبق این رویکرد، نقش دولت در لیبرالیسم به دو دسته، دولت کمینه‌گرا و بیشینه‌گرا تقسیم می‌شود. مهم‌ترین کار ویژه دولت کمینه، تأمین نظم داخلی و امنیت خارجی است. کمینه‌گرایان، مداخله دولت در مبارزه با فقر، تأمین رفاه، کاهش نابرابری‌های اجتماعی، بهداشت و آموزش عمومی را ناروا می‌انگارند. پس از جنگ جهانی اول تا نیمه‌های قرن بیستم، نگاه دولت بیشینه یا دولت رفاه، بر بسیاری از کشورهای غربی سایه افکند و در قرن بیست و یکم به یک نظریه پر قدرت لیبرالی تبدیل شد. بر مبنای این نظریه، دولت حق مداخله در برخی از امور فردی را جهت تأمین حقوق، خیر و مصالح همگانی دارد^(۱۳).

اصطلاح سوسیالیسم Socialism یعنی جامعه‌گرایی و جامعه باوری، از واژه فرانسوی سوسیال (Social) به معنای اجتماعی، اخذ شده است. سوسیالیسم از ایدئولوژی‌های شکل‌گرفته پس از جنگ

^۱ بر اساس نظریه‌های منشأ حاکمیت، ولایت فقیه به صورت هیبرید این دو نظریه و شاتل می‌باشد که مشروعیت الهی از بالا به پایین و اراده پذیرش مورد در خصوص حکم و قدرت و ولایت الهی از پایین به بالاست که این مساله در قانون اساسی جمهوری اسلامی دیده می‌شود، البته نحوه ترکیب این دو فرآیند در جمهوری اسلامی مساله دقیقی است که نظریه‌های مختلف ولایت فقیه را ایجاد می‌کند و اگر کسی این مدل سوم را درک نکند و بر دو تئوری قبل موجود اکتفا کند برداشت خواهد کرد که در متن قانون اساسی ایران تناقض وجود دارد.

^۲ فلسفه اداره حکومت

پشتیبان دعاوی معرفتی مرتبط با گذشته و آینده است و به این دعاوی مشروعیت می‌بخشد و نهایتاً لایه چهارم ناظر بر فهم معانی و استعاره‌هایی است که به شیوه‌ای ناخودآگاه، به شکل‌گیری جهان‌بینی و گفتمان کمک می‌کنند. در این لایه عمیق‌ترین روایت‌ها، طرح‌واره‌ها و تصاویر ذهنی مورد کنکاش قرار می‌گیرند (۱۷).



شکل شماره ۱- مدل تحلیل لایه‌ای علت‌ها

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تطبیقی و جامعه پژوهش شامل کلیه کشورهای لیبرال، سوسیال و مختلط بود. کشورهای آمریکا، کانادا و فرانسه به‌عنوان کشورهای لیبرال، کشورهای انگلستان، سوئد و نروژ به‌عنوان کشورهای مختلط و کشورهای روسیه، چین و کوبا به‌عنوان کشورهای سوسیال به‌صورت هدفمند انتخاب گردید. جهت جانمایی موقعیت کشور ایران، نظام و شرایط این کشور نیز مورد مقایسه قرار گرفت.

برای بررسی سطح لیتانی، داده‌های ۱۶ شاخص متعلق به ۴ دسته اطلاعات دموگرافیک، وضعیت اقتصادی، شاخص‌های تأمین مالی و شاخص‌های پیامدی سلامت مدنظر قرار گرفت. داده‌های مربوط به لایه ساختار سیاسی و نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه از جدیدترین اسناد منتشرشده بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت در خصوص رصد وضعیت سلامت و سیاست کشورها^۱، جمع‌آوری گردید. یافته‌های لایه گفتمان و استعاره از بررسی متون منتشرشده در حوزه گفتمان و پارادایم شناسی این کشورها به دست آمد. تحلیل داده‌ها، به روش تحلیل چارچوبی^۲ و با استفاده از تحلیل لایه‌ای علت‌ها (CLA)^۳ انجام شد. ارتباط میان لایه‌های مختلف با چندین بحث گروهی متمرکز توسط تیم

جهانی اول بر اساس کمونیت بود. سوسیالیسم، نظامی سیاسی - اقتصادی است که در آن دولت از راه برنامه‌ریزی یا به شکلی مستقیم‌تر ابزارهای اساسی تولید را کنترل می‌کند یا مالک قانونی آن است. هدف از اعمال چنین کنترلی بر دارایی‌های صنعتی و گاه کشاورزی، تولید کالاها و خدمات موردنیاز جامعه است، نه تولید آن چیزی که سودآور باشد و شامل اصول، جامعه‌گرایی، برابری و فراملیتی می‌باشد. پس از جنگ جهانی دوم، بسیاری از کشورهای دنیا به سمت لیبرالیسم، برخی به سمت سوسیالیسم و تعدادی نیز ترکیبی از دو گفتمان فوق را به‌عنوان گفتمان حاکم انتخاب کرده‌اند (۱۴).

بعد از فروپاشی شوروی دو جریان لیبرالیسم و سوسیالیسم تعدیل شد و در راستای برطرف کردن معایب خود جریان‌های نئولیبرالیسم و نئوسوسیالیسم شکل گرفت. طرفداران نئولیبرالیسم چون اقتصاد لیبرالیستی خالص را شکست‌خورده می‌دانند لذا یک لیبرالیسم نورماتیو^۱ و اقتصاد رقابتی تنظیم‌شده را پیشنهاد کردند. قواعد اساسی نئولیبرالیسم شامل بازارهای آزاد، ثبات ارزش پول، تضمین مالکیت فردی، مسئولیت‌پذیری کامل هر عامل اقتصادی در برابر نتایج اعمال خود، آزادی قرارداد (به جز قراردادهایی که سبب ایجاد انحصار می‌گردند) و تضمین رقابت توسط دولت از طریق ایجاد فضای قانونی می‌باشد. نئوسوسیالیسم، نام یک جریان سیاسی سوسیالیسم در فرانسه و بلژیک طی ۱۹۳۰ بود. وجه اشتراک سوسیالیسم و نئوسوسیالیسم تأکید بر عدالت اجتماعی بود؛ با این تفاوت که عدالت اجتماعی را با دین قابل جمع می‌دانستند و بر آزادی فردی در راستای عدالت اجتماعی اعتقاد داشتند (۱۵، ۱۶).

روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها (CLA)

روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها برای نخستین بار توسط سهیل عنایت‌الله در سال ۱۹۹۸ با رویکرد انتقادی مطرح گردید. این روش برای شناخت واقعیت از چارچوب‌های معرفت‌شناختی و روش‌شناختی مختلف در قالب چهار لایه و سطح استفاده می‌کند (شکل ۱). لایه اول، لایه مسئله عینی که ناظر بر آشکارترین سطح است و فهم آن نیاز به مهارت‌های تحلیلی خاصی ندارد و معروف به لایه لیتانی می‌باشد. لایه دوم، لایه علت‌ها و ساختارهای اجتماعی که ناظر بر عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و تاریخی است. لایه سوم، ناظر بر فهم جهان‌بینی و گفتمانی است که

^۱ The Observatory on Health Systems and Policies

^۲ Framework analysis

^۳ Causal Layered Analysis

^۱ Normative

پژوهش مورد بحث قرار گرفت.

یافته‌ها

در ابتدا، یافته‌های لایه لیتانی و شمای کلی وضعیت سلامت کشورها ارائه شده است. سپس لایه ساختاری، ساختار کلان سیاسی و نظام سلامت کشورها بحث می‌گردد. نهایتاً در دو لایه نهایی، گفتمان و جهان‌بینی حاکم بر هر گروه از کشورها بررسی شده است.

لایه لیتانی

بر طبق یافته‌های مطالعه، پرجمعیت‌ترین کشورها به ترتیب چین، آمریکا، روسیه و ایران می‌باشند. با وجود اینکه آمریکا بعد از چین دومین کشور پرجمعیت در میان کشورهای مورد بررسی می‌باشد، نرخ رشد جمعیت بالاتری نسبت به چین و سایر کشورهای سوسیال دارد. به‌گونه‌ای که کشور آمریکا هم‌رده با کشور فرانسه بالاترین نرخ باروری را داراست. این در حالیست که کشور روسیه به عنوان سومین کشور پرجمعیت مورد بررسی، پایین‌ترین نرخ رشد جمعیت و بالاترین میزان مرگ و میر خام را داراست. بدترین وضعیت توزیع درآمد بر طبق شاخص ضریب جینی، متعلق به کشور چین و سپس آمریکاست. روسیه پس از ایران در رتبه چهارم قرار دارد. بالاترین نرخ رشد سالیانه جمعیت متعلق به کشور فرانسه و سپس ایران است.

نروژ به عنوان کم جمعیت‌ترین کشور در میان کشورهای مورد مطالعه، بیشترین سرانه تولید ناخالص داخلی را بر اساس ارزش پولی برابری قدرت خرید داراست. این کشور بهترین وضعیت توزیع درآمد بر طبق شاخص ضریب جینی را داراست.

بیشترین سهم سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی، متعلق به کشورهای لیبرال و بیشترین سرانه هزینه سلامت با ارزش پولی برابری قدرت خرید متعلق به آمریکاست. با این حال، کمترین سهم بخش عمومی از سلامت پس از ایران، متعلق به این کشور است.

با وجود آنکه بالاترین سهم بخش عمومی از سلامت متعلق به کشور کوبا است و نرخ رشد جمعیت در این کشور صفر می‌باشد، کوبا، بالاترین میزان مرگ و میر مادران را داراست. چین پس از کوبا در رتبه دوم قرار دارد. بالاترین مرگ و میر نوزادان متعلق به کشور چین و سپس ایران است. در مجموع، بیشترین میزان مرگ و میر مادران و نوزادان به ترتیب متعلق به کشورهای سوسیال، ایران، لیبرال و سپس کشورهای مختلط است.

بیشترین میزان شاخص توسعه انسانی و امید به زندگی به ترتیب متعلق به کشورهای مختلط، کشورهای لیبرال و سپس کشورهای سوسیال و ایران است (جدول شماره ۱).

لایه ساختاری

در بررسی لایه ساختاری، در ابتدا به وضعیت اقتصادی، ساختار سیاسی و حکومتی کشورهای مورد مطالعه پرداخته شده است و سپس ساختار سلامت کشورها با تأکید بر کارکردهای تولید، ارائه خدمت، تأمین مالی و نظام‌های پرداخت، بررسی شده است (جدول شماره ۲).

مقایسه کشورها در حیطه اقتصادی نشان داد که کشورهای لیبرال دارای نظام اقتصادی مبتنی بر بازار بوده و غلبه با مالکیت خصوصی است. نقش دولت، سیاستگذاری و هدایت بازار است و مبنای عمده اقتصاد این کشورها بر پایه منابع طبیعی نمی‌باشد. این در حالیست که کشورهای مختلط، رویکرد اقتصاد مختلط رقابتی با ویژگی دولت رفاه را برای خود برگزیده اند. منظور از اقتصاد ترکیبی، اقتصاد بازار سرمایه‌داری همراه با شفافیت عملکرد دولت و سهم زیاد مالکیت دولتی در امور زیربنایی مانند مسکن و آموزش و سلامت می‌باشد. در کشورهای سوسیال، با توجه به استفاده از ذخایر زیرزمینی، اقتصاد آنها اغلب سوسیالیستی با دخالت حداکثری دولت است. اقتصاد کشور ایران یک اقتصاد ترکیبی، در حال گذار بر پایه منابع طبیعی (به طور ویژه نفت) می‌باشد که حدود ۶۰ درصد آن به شیوه متمرکز و دستوری اداره می‌شود (۱۸).

مقایسه کشورها در بُعد سیاسی نشان داد که نوع حکومت کشورهای آمریکا، کانادا و فرانسه به ترتیب جمهوری ریاستی، مشروطه سلطنتی و جمهوری پارلمانی-ریاستی است. در آمریکا تفکیک کامل قوا صورت گرفته است. در کشور کانادا و فرانسه پارلمان، قدرت بیشتری نسبت به رئیس جمهور در اختیار دارد. نوع حکومت کشورهای مختلط، مشروطه سلطنتی و قدرت در اختیار پارلمان است. نوع حکومت در کشورهای سوسیال و ایران، جمهوری است. این درحالیست که در کشور روسیه و کوبا، قدرت در اختیار قوه مجریه است اما در کشورهای چین، پارلمان قدرت بیشتری را در اختیار دارد. نظام حکومتی ایران، جمهوری اسلامی بر اساس ولایت فقیه است که مطابق قانون اساسی این کشور بر پایه جمهوریت و اسلامیت بنا نهاده شده است و زیربنای حکومت، مردم‌سالاری دینی می‌باشد. (۳).

در قانون اساسی کشورهای لیبرال، سلامت به عنوان یک حق

تأمین نمایند. علاوه بر مالیات، منابع مالی خدمات سلامت توسط دولت و استفاده‌کنندگان از خدمات تکمیل می‌گردد. در کشور نروژ، دو منبع اصلی درآمدهای نظام سلامت شامل سیستم مالیات و پرداخت از جیب خانوارها می‌باشد. بخشی از مالیات‌های عمومی، سهم بیمه سلامت ملی است. برخلاف سوئد در نروژ نقش بیمه‌های خصوصی در تأمین مالی، کم رنگ‌تر و قابل اغماض است. نظام سلامت کشور انگلستان به وسیله مالیات عمومی تأمین مالی می‌شود و ارائه خدمت توسط بیمارستان‌های دولتی برای اغلب خدمات، بدون پرداخت در زمان استفاده می‌باشد. برای برخی از خدمات (مانند دندان‌پزشکی و داروها)، مشارکت در هزینه و یا پرداخت‌های مستقیم وجود دارد. بیمه‌های خصوصی به عنوان بیمه‌های مکمل استفاده می‌شوند. مسئولیت جمع‌آوری منابع به صورت متمرکز با مقامات انگلستان است اما در هزینه‌کرد منابع، تمرکززدایی شده است. نظام پرداخت در کشور سوئد، برای خدمات سرپایی و پزشکان، کارانه، سرانه و پرداخت بر اساس عملکرد و برای خدمات بستری به صورت بودجه کلی و پرداخت بر اساس عملکرد می‌باشد. نظام پرداخت در کشور نروژ برای خدمات سرپایی و پزشکان، حقوق، کارانه و سرانه و برای خدمات بستری روزانه، گرنت و پرداخت بر اساس عملکرد می‌باشد. انگلستان از سیستم‌های پرداختی که منجر به افزایش انگیزه برای بهبود کیفیت و کارایی می‌گردد مانند سیستم پرداخت مبتنی بر نتایج، برای خدمات بستری (انواع گروه‌های مرتبط تشخیصی^۲ تا پرداخت بر اساس متوسط هزینه‌های ملی) و یا سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد که بخشی از درآمد ارائه‌کنندگان مرتبط با دستیابی به اهداف خاص باشد، در هر دو خدمات سرپایی و بستری استفاده می‌نماید (۲۰۲۱، ۲۲).

در قانون اساسی کشورهای سوسیال نیز، سلامت به عنوان یک حق محسوب می‌شود. ساختار تولید این کشورها متمرکز است. سازماندهی ارائه خدمات سلامت در کشور روسیه منطقه‌ای و شهری، در کشور چین استانی و شهرستانی و در کوبا شهری است. نقش اصلی در ارائه خدمات سلامت در این کشورها با بازیگران دولتی است. اگرچه در کشورهای روسیه و چین، بازیگران خصوصی به عنوان مکمل بخش دولتی ایفای نقش می‌نمایند، زیرساخت‌های نظام سلامت روسیه داشتن یک سیستم بسیار متمرکز برای دسترسی همگانی به مراقبت‌های پایه‌ای است. در کشور چین ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، بر یک سیستم

مطرح نشده است. تولید نظام سلامت در کشورهای آمریکا و کانادا غیرمتمرکز و سازماندهی ارائه خدمات سلامت به ترتیب ایالتی و استانی است؛ در حالی‌که ساختار تولیدی در کشور فرانسه نسبتاً متمرکز و سازماندهی ارائه خدمات سلامت، منطقه‌ای است. نظام سلامت کشورهای لیبرال متشکل از هردو گروه بازیگران دولتی و خصوصی است. نقش بازیگران خصوصی در این کشورها در مقایسه با سایر کشورها، پررنگ و قابل توجه است. جهت تأمین خدمات سلامت در کشور آمریکا، افراد باید خود را بر اساس بیمه‌های پیشنهادی در محل کار خود و یا به صورت خویش‌فرما بیمه کرده و یا مستقیماً هزینه‌های سلامت خود را پرداخت نمایند. دولت تنها بیمه‌های دولتی مدیکر و بیمه مدیکید را ارائه می‌دهد. نظام پرداخت سلامت در آمریکا به نوع خدمت و نوع ارائه دهنده، بستگی دارد. پرداخت به خدمات بستری بیمارستانی در مدیکر به صورت گروه‌های مرتبط تشخیصی، مدیکید به صورت روزانه و گروه‌های مرتبط تشخیصی و در بیمه‌ها و برنامه‌های سلامت خصوصی به صورت کارانه و روزانه، می‌باشد. پرداخت‌های گروه‌های بیمه شده توسط طرح‌های بیمه‌ای مختلف علاوه بر حق بیمه، به صورت بیمه اتکایی^۱ و فرانشیز^۲ می‌باشد. در کانادا خدمات در لحظه دریافت خدمت، رایگان است. پرداخت به پزشکان بر اساس کارانه و یا به صورت قرارداد دوره‌ای در سطح استانی به پزشکان صورت می‌گیرد. در فرانسه پرداخت برای خدمات سرپایی و پزشکان کارانه و بودجه آینده‌نگر و برای خدمات بستری گروه‌های مرتبط تشخیصی و پرداخت بر اساس عملکرد است (۲۰۱۹، ۱۱، ۸).

در قانون اساسی کشورهای مختلط، سلامت به عنوان یک حق محسوب می‌شود. ساختار تولیدی سوئد، غیرمتمرکز و سازماندهی خدمات سلامت بر پایه شوراهای شهری و شهرداری‌هاست. ساختار تولیدی در نروژ، اغلب متمرکز و بر پایه شهرداری‌ها و محلات است. در انگلستان ساختار تولیدی ترکیبی و خدمات سلامت بر پایه مناطق سازماندهی شده است. بازیگران دولتی در نظام سلامت این کشورها نقش پررنگی را ایفا می‌نمایند و بازیگران خصوصی نقش ناچیزی عهده‌دار هستند. مسئولیت تضمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خوب برای همه ساکنین این کشورها بر عهده دولت است. نظام سلامت کشور سوئد بر پایه وضع مالیات بنا شده است. سطوح محلی و شهرداری‌ها می‌توانند درآمد بخش‌های سلامت خود را از طریق دریافت مالیات از مردم

^۱ Co-insurance

^۲ Co-payment

^۳ Diagnosis-related groups

محل منابع عمومی توسط دولت انجام می‌گردد، در بیمارستان‌ها بخشی از منابع مالی توسط دولت از محل منابع عمومی و بقیه به صورت فروش خدمات به سازمان‌های بیمه‌گر و افراد، تأمین می‌گردد. نظام پرداخت در ایران در سطح خدمات سرپایی به صورت پرداخت حقوق، دستمزد و کارانه و در سطح خدمات درمانی بستری، به صورت کارانه، گلوبال و حقوق و دستمزد است و نظام پرداخت به پزشکان خانواده نیز به صورت سرانه می‌باشد (۳۵-۲۹).

لایه گفتمان و معانی

در جدول شماره ۳، کشورهای مورد بررسی در لایه گفتمانی تطبیق داده شده‌اند. ایالات متحده آمریکا، کانادا و فرانسه کشورهایی با پارادایم اومانیزم، گفتمان لیبرال، اعتقاد به آزادی‌طلبی و اصالت با فرد می‌باشند. لذا دخالت دولت حداقل، مالکیت خصوصی و اقتصاد، بازار آزاد و سرمایه‌داری است که بیشترین آزادی اقتصادی را ایالات متحده با رویکرد کاپیتالیست و سرمایه‌داری انحصاری دارد. کشورهای انگلیس، سوئد و نروژ، پارادایم اومانیزم و گفتمان مختلط از نفولبرالیسم و سوسیالیسم، همراه با دخالت متوسط دولت و مالکیت ترکیبی دارند. روسیه، چین و کوبا، پارادایم اومانیزم، گفتمان سوسیال و اعتقاد به برابری و اصالت با جمع است. لذا مالکیت، اغلب عمومی و دخالت دولت زیاد است (۳۷، ۳۶، ۱۴، ۱۳). ایران کشوری با ایدئولوژی اسلامی و اعتقاد به حاکمیت قوانین الهی است. مالکیت اغلب عمومی، دخالت دولت حداکثر و اقتصاد تک‌پایه نفتی دارد. ولایت فقیه پایه نظام سیاسی جمهوری اسلامی ایران را تشکیل می‌دهد و مشروعیت الهی از بالا به پایین و اراده مردم مرجع پذیرش قدرت و ولایت الهی از پایین به بالا است. البته نحوه ترکیب این دو فرآیند در جمهوری اسلامی مسئله دقیقی است که نظریه‌های مختلف ولایت فقیه را ایجاد می‌کند (۳).

بیمارستانی عمدتاً دولتی و دیگر تسهیلات عمومی مراقبت‌های بهداشتی از جمله طب مکمل متکی است. نظام سلامت کوبا در سراسر جهان به دلیل برتری و کارایی آن شناخته شده است. با وجود منابع بسیار محدود و تأثیر چشمگیر ناشی از تحریم‌های اقتصادی برای بیش از نیم قرن، کوبا موفق به تضمین دسترسی به مراقبت برای جمعیت و به دست آوردن نتایج مشابه توسعه یافته‌ترین کشورها گردیده است. در جامعه کوبا، سیستم مراقبت‌های بهداشتی یک برنامه عمومی ملی است. هیچ بیمارستان یا درمانگاه خصوصی در کوبا وجود ندارد و ارائه تمامی خدمات بهداشتی توسط دولت و بصورت رایگان انجام می‌گیرد. تأمین مالی در نظام سلامت این کشور از طریق سیستم بودجه و توسط مقامات بهداشتی فدرال، منطقه‌ای و محلی مدیریت می‌شود. تأمین مالی سلامت در چین، از هر دو منابع دولتی و منابع بخش خصوصی است. منابع ورودی دولت، شامل کمک مالی مستقیم و صندوق‌های اجتماعی و بیمه‌ها می‌باشد. رشد بخش خصوصی به عنوان مکمل تأمین مالی و سیستم‌های ارائه خدمت عمومی افزایش یافته است. تأمین مالی نظام سلامت در کشور کوبا از طریق مالیات عمومی است. در روسیه به مجموعه بستری، بودجه خطی که عمدتاً بر اساس تعداد تخت و نرخ اشغال است، پرداخت می‌گردد. سیستم پرداخت برای خدمات بستری در چین، بودجه کلی و ورودی و برای خدمات سرپایی، اغلب کارانه و سرانه است. نظام پرداخت در سیستم سلامت جمهوری کوبا به صورت دولتی و بر پایه پرداخت حقوق می‌باشد (۲۸-۲۲).

در قانون اساسی ایران سلامت به عنوان حق محسوب شده است. ساختار تولیدی نظام سلامت ایران، اغلب متمرکز و سازماندهی ارائه خدمات سلامت، استانی و شهرستانی است. بازیگران دولتی نقش اصلی را در ارائه خدمات بازی می‌کنند و بخش خصوصی به عنوان مکمل بخش دولتی ایفای نقش می‌نماید. تأمین منابع مالی در حوزه مراقبت‌های اولیه بهداشتی از

جدول شماره ۱- مقایسه کشورها در لایه لیتانی بر اساس شاخص‌های جمعیتی، اقتصادی و پیامدی سلامت

معیارها و شاخص‌ها	لیبرال			مختلط			سوسیال		
	ایران	کانادا	فرانسه	چین	روسیه	آنگلیس	روسیه	ایران	کوبا
جمعیت (میلیون) (۲۰۱۵)	۳۲۱/۷	۳۵/۹	۶۴/۳	۹/۷	۵/۲	۶۴/۷	۱۴۳/۴	۱۴۰۰	۱۱/۳
نرخ باروری	۲	۱/۷	۲	۱/۹	۱/۹	۱/۹	۱/۵	۱/۷	۱/۴
نرخ رشد سالیانه جمعیت (۲۰۱۳-۲۰۰۳)	۰/۹	۱/۱	۲	۰/۷	۱	۰/۶	-۰/۱	۰/۶	۰

سال	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	توضیحات
سرانه GDP (PPP) (۲۰۱۶)	۵۷۴۶۶	۴۴۰۲۵	۴۱۴۶۶	۴۹۱۷۴	۵۹۳۰۱	۴۲۶۰۸	۲۳۱۶۲	۱۵۵۳۴	۱۷۳۰۳	
ضریب جینی (۲۰۱۵)	۰/۳۹	۰/۳۱	۰/۲۹	۰/۲۷	۰/۲۵	۰/۳۶	۰/۳۷	۰/۴۲	۰/۳۸	
درصد جمعیت فقیر بر اساس ۱ دلار	<۲%	<۲	<۲	<۲	<۲	<۲	<۲	۶/۳	۰/۰۸	
سهم سلامت درصدی از GDP (۲۰۱۴)	۱۷/۱	۱۰/۴	۱۱/۵	۱۱/۹	۹/۷	۹/۱	۷/۱	۵/۵	۶/۹	
سرانه هزینه سلامت (PPP) (۲۰۱۳)	۹۱۴۶	۴۷۵۹	۴۵۰۸	۴۲۲۴	۶۳۰۸	۳۳۱۱	۱۵۸۷	۶۴۶	۱۲۱۸	
سهم بخش عمومی از سلامت (۲۰۱۳)	۴۷/۱	۶۹/۸	۷۷/۴	۸۱/۵	۸۵/۵	۸۳/۵	۴۸/۱	۵۵/۸	۴۰/۴**	
سهم پرداخت مستقیم از جیب به عنوان درصدی از هزینه بخش خصوصی (۲۰۱۳)	۲۲/۳	۵۰/۱	۳۲/۹	۸۸/۱	۹۵/۹	۵۶/۴	۹۲/۴	۷۶/۷	۸۸	
شاخص توسعه انسانی	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۸۸	۰/۹	۰/۹۴	۰/۹	۰/۷۹	۰/۷۲	۰/۷۶	
شاخص صلح جهانی (GSI)	۲/۲۳	۱/۳۷	۱/۸۳	۱/۵۱	۱/۴۸	۱/۷۸	۳/۰۴	۲/۲۴	۲/۳۶	
امید زندگی (مردان/زنان) (۲۰۱۵)	۸۲/۷۷	۸۴/۸۰	۸۵/۷۹	۸۴/۸۱	۸۴/۸۰	۸۳/۷۹	۷۶/۶۵	۷۸/۷۵	۷۷/۷۴	
مرگ و میر خام (۲۰۱۳)	۸/۴	۷/۲	۸/۷	۹/۶	۸/۱	۸/۹	۱۴/۸	۷/۲	۵/۱	
مرگ و میر مادران در هر صد هزار نفر (۲۰۱۵)	۱۴	۷	۸	۴	۵	۹	۲۵	۲۷	۲۳	
مرگ و میر نوزادان در هر هزار تولد زنده (۲۰۱۳)	۵/۹	۴/۶	۳/۵	۲/۴	۲/۳	۳/۹	۸/۶	۱۰/۹	۱۰/۳	

* کمتر از ۲ درصد

** پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت به حدود ۵۰ درصد رسیده است

جدول شماره ۲- مقایسه کشورها در لایه ساختاری بر اساس نوع حکومت، نظام سیاسی، اقتصادی و سلامت

معیار و شاخص ها	ایران	کانادا	فرانسه	آلمان	ژاپن	انگلیند	روسیه	ژاپن	ایران	ایران
نوع حکومت	جمهوری ریاستی	مشروطه سلطنتی	جمهوری پارلمانی- ریاستی	مشروطه سلطنتی	مشروطه سلطنتی	مشروطه سلطنتی	جمهوری	جمهوری	جمهوری اسلامی	جمهوری اسلامی
ساختار اقتصادی	سرمایه گذاری آزاد	عمدتاً مبتنی بر بازار آزاد/ نقش دولت در خدمات ضروری	ترکیبی با رقابتی با دولت رفاه	ترکیبی (اقتصاد بازار آزاد با شفافیت عملکرد دولت)	ترکیبی (برنامه ریزی مرکزی همراه با راهکارهای تولید و توزیع بازار)	ترکیبی با مالکیت اغلب دولتی در مناطق استراتژیک اقتصادی	بازار سوسیالیستی	بازار سوسیالیستی	ترکیبی شامل یک بخش عمومی بزرگ	سوسیالیستی
ساختار سیاسی حکومت	ایالتی	استانی	منطقه ای	ناحیه ای	منطقه ای	منطقه ای	استانی	استانی	استانی	استانی
نقش ارایه دهندگان دولتی خصوصی بخش سلامت	اغلب خصوصی، دولتی بسیار اندک	دولتی و خصوصی	اغلب دولتی، خصوصی اندک	اغلب دولتی، خصوصی اندک	اغلب دولتی، خصوصی اندک	اغلب دولتی، خصوصی اندک	دولتی، خصوصی (مکمل بخش دولتی)	دولتی، خصوصی (مکمل بخش دولتی)	دولتی، خصوصی (مکمل بخش دولتی)	دولتی، خصوصی (مکمل بخش دولتی)
ساختار تولیدی	غیر متمرکز	غیر متمرکز	نسبتاً متمرکز	غیر متمرکز	اغلب متمرکز	ترکیبی	متمرکز	متمرکز	متمرکز	اغلب متمرکز
سازماندهی ارائه خدمات سلامت	ایالتی	استانی	منطقه ای	شوراهای شهری و شهرداری	شهرداری و محلات	منطقه ای	منطقه ای و شهری	استانی و شهرستانی	شهری	استانی و شهرستانی

منبع: گزارش توسعه انسانی، بانک جهانی، گزارش صلح جهانی، گزارش امید زندگی، گزارش مرگ و میر خام، گزارش مرگ و میر مادران، گزارش مرگ و میر نوزادان، گزارش شاخص توسعه انسانی، گزارش شاخص صلح جهانی، گزارش امید زندگی، گزارش مرگ و میر خام، گزارش مرگ و میر مادران، گزارش مرگ و میر نوزادان

نظام پرداختن	مدیکیر	DRG 1	مدیکید روزانه و DRG	قرارداد دوره‌ای	DRG و P4P2	بودجه کلی، موردی، P4P	روزانه، گرت، P4P	پرداخت مبتنی بر نتایج DRG	بودجه خطی	بودجه کلی و موردی	حقوق	کارانه و بودجه، حقوق و دستمزد
	بستری و بیمارستانی	مدیکیر کارانه، مدیکید کارانه و سرانه	کارانه	کارانه و بودجه آینده نگر	کارانه، سرانه، P4P	حقوق، کارانه، سرانه	P4P	حقوق	اغلب کارانه، سرانه	حقوق	کارانه، حقوق و دستمزد، پزشکان خانواده سرانه	

۱ Diagnostic Related Groups

۲ Payment for Performance

جدول شماره ۳- مقایسه کشورها در لایه گفتمانی

معیارها و شاخص‌ها	آمریکا	کانادا	فرانسه	سوئد	نروژ	انگلیس	روسیه	چین	کوبا	ایران
ویژگی‌های اقتصادی	کاپیتالیستی، سرمایه داری انحصاری	بازار آزاد و سرمایه داری	سرمایه داری و بازار آزاد	مختلط	مختلط	سرمایه داری و بازار آزاد	دوراهی اقتصاد سوسیالیستی و سرمایه داری	سرمایه داری ایدئولوژیک	ضد سرمایه داری	اقتصاد دولتی غلبه دارد/ اقتصاد تک پایه مبتنی بر نفت
دخالت دولت	حداقل	حداقل	حداقل	متوسط	متوسط	متوسط	زیاد	زیاد	حداکثر	زیاد
مالکیت	خصوصی	خصوصی	اغلب خصوصی	ترکیبی	ترکیبی	ترکیبی	اغلب عمومی	اغلب عمومی	عمومی	اغلب عمومی
اعتقاد به	آزادی طلبی	آزادی طلبی	آزادی طلبی	فرد با	فرد با	فرد بدون اعتقاد به برابری	برابری	برابری	برابری	حاکمیت قوانین الهی
اصالت با	فرد، بدون اعتقاد به برابری	فرد، بدون اعتقاد به برابری	فرد، بدون اعتقاد به برابری	فرد با اعتقاد به برابری	فرد با اعتقاد به برابری	فرد بدون اعتقاد به برابری	جامعه	جامعه	جامعه	نظریه ترکیبی
نام گفتمان در پارادایم اومانیت و سرمایه داری	لیبرالیسم	لیبرالیسم	لیبرالیسم	مختلط	مختلط	نئو لیبرالیسم	سوسیالیستی	سوسیالیستی	کمونستی	اسلامی شیعی

بحث

یافته‌های مطالعه در لایه لیتانی نشان داد که کشورهای با نظام مختلط نسبت به دیگر کشورها در وضعیت بهتری از حیث شاخص‌های سلامت قرار دارند و کشورهای سوسیال نسبت به بقیه وضعیت مطلوبی ندارند. بر طبق رتبه‌بندی نظام‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت، کشورهای نروژ، سوئد و انگلستان در مقایسه با کشورهای روسیه، کوبا و چین، عملکرد بهتری داشته و در رتبه بالاتری قرار گرفته‌اند (۳۸). ایالات متحده آمریکا بیشترین هزینه کرد برای نظام سلامت را

دارد و طبق گزارش صندوق کشورهای مشترک المنافع، گران‌ترین نظام سلامت در جهان دارد اما در مقایسه با سایر کشورها در بیشتر ابعاد، عملکردی ضعیفی دارد (۳۹). طبقه بندی ساختار سیاسی کشورهای لیبرال در سطح ایالتی و منطقه ای است هرچند که چگونگی توزیع اختیار در این کشورها متفاوت است (۴۰). تولید نظام سلامت در این کشورها، غیرمتمرکز و سازماندهی ارائه خدمات سلامت، منطبق بر ساختار سیاسی است. بازیگران خصوصی نقش پررنگی در ارائه خدمات سلامت این کشورها ایفا می‌کنند. (۴۱). سوئد، نروژ و انگلیس به عنوان سه کشور توسعه یافته مورد

همانند ایران که دارای منابع طبیعی فراوانی بوده‌اند، ساختار خود را اغلب به صورت عمومی و متمرکز طراحی کرده‌اند. از منظر گفتمان و استعاره، کشورهای لیبرال، بر فردگرایی و دخالت حداقلی دولت در ساختارها تأکید دارند و تمامی این ویژگی‌ها در نظام سلامت این کشورها متبلور شده است. به عنوان مثال کشور آمریکا با توجه به رویکرد دولت ژاندارم و دخالت حداقلی دولت و توجه به آزادی فرد، نظام سلامت خود را با توجه ویژه به درمان و بر پایه اغلب بخش خصوصی برگزیده است. کشورهای سوسیال و کمونیست، بر ایدئولوژی جمع‌گرایی و دخالت حداکثری دولت در ساختارها تأکید دارند. به عنوان مثال سیستم مراقبت‌های بهداشتی در کشور کوبا، یک برنامه عمومی ملی است، ساختار کلی و مؤلفه‌های این سیستم بر اساس اصول قانون بهداشت عمومی ۱۹۸۳ شامل پزشکی به عنوان یک مسئولیت اجتماعی دولت، دسترسی همگانی و تأکید بر پیشگیری و مشارکت عمومی می‌باشد. سگال^۱ در مطالعه خود با عنوان «در مفهوم سیستم سلامت سوسیالیستی: یک سؤال از معرفت‌شناسی مارکسیست» اشاره می‌کند که سیستم سلامت سوسیالیست در حقیقت به عنوان یک جنبه از تئوری سوسیالیست بوده و عوامل اجتماعی در علیت بیماری و ظرفیت مردم برای سلامت مهم می‌باشد (۴۵).

کشورهای مختلط که بر پایه ایدئولوژی لیبرالیسم شکل گرفته اما رویکرد دولت رفاه را برای خود برگزیده اند، از مزایای هر دو رویکرد لیبرال و سوسیال، جهت ایجاد رفاه استفاده کرده اند و دولت در بخش سلامت خود نقش پررنگی دارد. به عنوان مثال کشور انگلستان با ساختار اقتصادی و سیاسی شبیه به کشورهای لیبرال، نظام سلامت طب ملی و شبیه به کشورهای سوسیال، عملکرد مناسبی در حوزه سلامت داشته است. یافته‌های مطالعه دواکس^۲ نشان داد که میزان نابرابری در ویزیت پزشک^۳ در در مقایسه با ۱۸ کشور عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، بسیار نزدیک به صفر بوده است (۴۶). کشورهای مختلط در حقیقت تناسبی را میان فردگرایی، جمع‌گرایی و میزان دخالت دولت در ساختارهای خود ایجاد کرده‌اند (۴۷). به عنوان مثال در کشور سوئد، ترکیبی از تسهیلات سلامت عمومی و خصوصی وجود دارد اما آنها به طور کلی از طریق بودجه دولتی تأمین اعتبار می‌شوند (۲۲).

بررسی از گروه کشورهای مختلط، ساختار اقتصادی ترکیبی با تمایل بیشتر به سمت بازار آزاد و شفافیت عملکرد دولت دارند. طبقه‌بندی ساختار سیاسی در این کشورها ناحیه‌ای و منطقه‌ای است. تولید نظام سلامت، غیرمتمرکز و ترکیبی و ارائه خدمات سلامت در سطوح منطقه‌ای، شهرداری و محلات سازماندهی شده‌اند. نقش ارائه‌دهندگان دولتی در این کشورها پررنگ‌تر از بخش خصوصی است. تامسون^۱ و همکاران در مطالعه خود به ساختار سلامت اغلب دولتی و غیرمتمرکز کشورهای نروژ، سوئد و انگلستان اشاره کرده‌اند (۴۲). یافته‌های مطالعه "تعیین‌کننده‌های کارایی نظام سلامت: شواهد از کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی"^۲

نشان داد که بر اساس شاخص کارایی نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت، کشورهای نروژ، سوئد و انگلستان، به ترتیب در رتبه‌های هشتم، دهم و یازدهم، در مقایسه با سایر کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی قرار دارند، این درحالیست که کانادا در رتبه هجدهم قرار دارد (۴۳).

کشورهای سوسیال از گروه کشورهای درحال توسعه، دارای ساختار اقتصادی با غلبه بیشتر بخش دولتی و طبقه‌بندی ساختار سیاسی استانی هستند. تولید نظام سلامت در این کشورها متمرکز است و سازماندهی ارائه خدمات سلامت در سطوح منطقه‌ای، استانی و شهری، صورت گرفته است. بازیگران دولتی نقش بسیار پررنگی در ارائه خدمات سلامت این کشورها ایفا می‌نمایند. کشور کوبا نیز، اگرچه شرایط اقتصادی مطلوبی همانند کشورهای مختلط ندارد، اما همانند کشورهای مختلط، رویکرد ارائه خدمات در سطح شهرها را برگزیده و توانسته خدمات مناسب با هزینه‌کرد کمتر را ارائه دهد و جمعیت تحت پوشش را افزایش دهد. بروتو گوتایرز^۳ و همکاران در مطالعه خود کوبا را کشوری با وضعیت اقتصادی نامناسب اما نظام سلامت عمومی، همگانی و رایگان همراه با تأمین مالی دولتی معرفی کرده است و این ویژگی‌های نظام سلامت را ناشی از تمایلات سیاسی دولت قلمداد کرده است که سلامت و رفاه را برای کل جمعیت حتی در شرایط اقتصادی نامطلوب تضمین نماید (۴۴).

ساختار اقتصادی ایران به عنوان یک کشور درحال توسعه، ترکیبی و طبقه بندی ساختار سیاسی در این کشور استانی است. تولید نظام سلامت اغلب متمرکز و خدمات سلامت در سطوح استان و شهرستان، سازماندهی شده اند. ساختار کشور ایران نزدیکی بیشتری به کشورهای سوسیال دارد. در واقع کشوری

^۱ Segall^۲ Devaux^۳ Inequities in need-adjusted doctor visits^۱ Thomson^۲ Organisation for Economic Co-operation and Development^۳ Borroto Gutiérrez

و عملکرد بهتر، هر کشوری لازم است که به گفتمان خود در تشکیل ساختارها توجه نماید. لذا پیشنهاد می‌شود که ایران نیز برای بازطراحی و تحول در نظام سلامت خود، لایه‌های مختلف معانی، گفتمانی و ساختاری را مدنظر قرار دهد.

لیبرالیسم و سوسیالیسم سال‌ها رقیب یکدیگر بوده‌اند. لیبرالیسم که بر پایه اقتصاد بازار آزاد و مصرف‌گرایی استوار است، تمام تلاش خود را کرده تا تمامی کشورهای جهان را به بازار خود از هر نوعی حتی سلامت، تبدیل کند. لئونارد^۱ در مطالعه خود با عنوان «سوسیالیست در مقابل لیبرالیست» راه‌یابی اقتصاد مصرف‌گرایی به بازارهای سایر کشورها را دلیل گسترش لیبرالیسم دانسته است (۱۳). کوبورن^۲ در مطالعه «نابرابری‌های درآمد، انسجام اجتماعی و وضعیت سلامت جمعیت‌ها: نقش نئولیبرالیسم» اشاره می‌کند که یک وابستگی میان رویکرد به بازار، دکترین لیبرالیسم، نابرابری درآمد و کاهش انسجام اجتماعی وجود دارد به گونه‌ای که این امر تأثیرات ناخوشایندی بر سلامت کشورها داشته است (۴۸). ناوارو^۳ و همکاران در مطالعه «امور سیاسی و پیامدهای سلامت» ایدئولوژی امور سیاسی بر پیامدهای سلامت تأثیرگذار دانستند (۴۹).

کشور ایران با گفتمان اسلامی و ساختارهای خاص خود، در حقیقت نوع منحصر به فردی از کشورهای اسلامی است. اما نتوانسته است ساختارهای خود را آن‌گونه که شایسته است، متناسب با گفتمان خود ایجاد کند (۱۳، ۵۰). لذا تناسب میان ساختارهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی مانند سلامت، کاهش یافته و این امر در سطوح مختلف قابل مشاهده است که نظام سلامت یک تعاونی چندگانه با ساختاری تکه‌ای و گسسته تبدیل کرده است.

نتیجه‌گیری

کشورهای مختلط با داشتن شرایط اقتصادی و حمایت‌های اجتماعی مناسب، با ایجاد ساختار نیمه متمرکز در ارائه خدمات و تأمین مالی سلامت با تأکید بر مدیریت خدمات به صورت محلی (پررنگ بودن نقش شهرداری‌ها و سازمان‌های منطقه‌ای) وضعیت مطلوب‌تری نسبت به سایر کشورها از نظر سلامتی دارا هستند. همچنین کشورهای مختلط به واسطه ترکیب نقاط قوت گفتمان‌های لیبرال و سوسیال توانسته‌اند خدمات سلامت را برای کلیه آحاد جوامع خود به همراه کیفیتی مناسب ایجاد نمایند و شاخص‌های سلامتی مناسبی داشته باشند. در بیشتر کشورها، نظام سلامت و سایر ساختارهای حکومتی آن‌ها متناسب با لایه گفتمانی آن‌ها می‌باشد. جهت کاهش تضادها

^۱ Leonard

^۲ Coburn

^۳ Navarro

منابع

1. Bodin J. Bodin: On Sovereignty. 7th ed. Julian H, Franklin P, editors. Cambridge University Press; 1992.
2. Ghazi A. Fundamental rights of political Institutions. Tehran University Press; 1991.
3. JavadiAmoli A. Velayat-e Faqih. 17th ed. Islamic Information and Documentation Center; 2014.
4. Heywood A. Political ideologies: An introduction. 5th ed. Palgrave Macmillan; 2017.
5. Gostin LO, Wiley LF. Public health law: power, duty, restraint. University of California Press; 2016.
6. Algar H. translation of the Constitution of the Islamic Republic of Iran (1989 Edition). International Society for Iranian Studies; 2014. 159-200.
7. Ringard Å, Sagan A, Sperre SI, Lindahl AK. Norway: health system review. *Health Syst Transit*. 2013; 15: 1–162.
8. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: health system review. *Health Syst Transit*. 2013;15: 1–431.
9. Maruthappu M, Ologunde R, Gunarajasingam A. Is health care a right? Health reforms in the USA and their impact upon the concept of care. *Ann Med Surg*. 2013; 2: 15–7.
10. Porter D. Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times. Psychology Press; 1999.
11. Combs AW, Richards AC, Richards F. Perceptual psychology: A humanistic approach to the study of persons. University Press of America; 1976.
12. Sandel MJ. Liberalism and its Critics. NYU Press; 1984.
13. Leonard JE. Socialism versus liberalism: globalization's impact on the social and business systems in France. *Pennsylvania in Partial Fulfillment*; 2000.
14. Human C, Change N. Approaching socialism. *Mon Rev Indep Social Mag*. 2005; 57: 19–61.
15. Smith A, Rochovská A. Domesticating neo-liberalism: Everyday lives and the geographies of post-socialist transformations. *Geoforum [Internet]*. 2007; 38: 1163–78. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016718507000449>
16. Bockman J. The origins of neoliberalism between Soviet socialism and Western capitalism: "A galaxy without borders." *Theory Soc*. 2007; 36: 343–71.
17. Inayatullah S. Causal Layered Analysis — Deepening the future. *Quest Futur methods tools Organ Soc Transform*. 2005; 1–22.
18. Waterbury J. Iran's political economy since the revolution. *Foreign Aff*. 2016; 95: 56.
19. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. *Health Syst Transit*. 2015; 17: 1–218.
20. Marchildon GP. Canada Health system review. *Health Syst Transit*. 2013; 15: 1–179.
21. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neil C, Steel D. United Kingdom: Health system review. *Health Syst Transit*. 2015; 17: 1–125.
22. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Health Systems in Transition - Sweden Health system review. *Health Syst Transit*. 2012; 14: 187.
23. World Health Organization. People's Republic of China health system review. *Health Syst Transit*. 2015; 5.
24. Stusser RJ. Demystifying the Cuban Health System: An Insider's View. *Cuba Transit*. 2011; 293–6.
25. Hauge S. Primary Care in Cuba. *Einstein J Biol Med*. 2007; 23: 37–42.
26. Cooper RS, Kennelly JF, Ordunez-Garcia P. Health in Cuba. *Int J Epidemiol*. 2006; 35: 817–24.
27. Ochoa FR, Visbal LA. Civil society and health system in Cuba [internet]. 2007. Available from: http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_media/civil_soc_health_cuba_2007_en.pdf
28. Spiegel J, Alegret M, Clair V, Pagliccia N, Martinez B, Bonet M, et al. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *Int J Public Health [Internet]*. 2012; 57: 15–23. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0279-z>
29. Behbahani AA, Tariqat MH, Hasanzadeh A. Principles of National Health Policy of Iran based on comparative studies [Internet]. 2005. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/book_pub/show/837135
30. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Heal Sys Res*. 2006; 9: 1–18.
31. Tabibi M D. The Economic Analysis of National Health Accounts in Iran during the period of 2002-2011. *Econ J*. 2015; 15.
32. Rasouli E. The Inter-subjective Foundations of Identity in the Islamic Republic of Iran. *Res Inst Strateg Stud*. 2011; 14: 85–114.
33. Country executive Family physician and referral system. The "Family physician and Referral System" Program Guide in Urban Areas Version 02. 2012.
34. Country Executive of Family physician and referral system. Executive order of Family physician program and rural insurance Applicable in 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://vch.iums.ac.ir/uploads/instruction_15-ej-1393_03-29.pdf
35. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A DA. How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way Forward. *Hakim Heal Sys Res*. 2015; 18: 94–104.
36. Frieden JA. Global capitalism. New York and London: WW Norton. 2006.
37. Schapiro JS. Liberalism: Its meaning and history. Princeton, NJ; Toronto: D. Van Nostrand; 1958.
38. World Health Organization. World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems [Internet]. 2000. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwifz9CmoLLYAhXCa5oKHQBhDFMQFgg6MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhealthinfo%2Fpaper30.pdf&usq=AOvVaw0g5NYTFueYMYfe_fcYtVsW
39. Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall How the performance of the US Health care system compares internationally. New York; 2014.
40. Watts R. Comparing federal systems. 3rd ed. Gagnon A-G, Soeren K, editors. Kingston: McGill-Queen's University Press for the Institute of Intergovernmental Relations; 2008.
41. Tuohy CH. Single payers, multiple systems: the scope and limits of subnational variation under a federal health policy framework. *J Health Polit Policy Law*. 2009; 34: 453–96.
42. Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ. International profiles of health care systems 2011: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. New York: Commonwealth Fund; 2011.
43. de Cos PH, Moral-Benito E. Determinants of health-system efficiency: evidence from OECD countries. *Int J Health Care Finance Econ [Internet]*. 2014; 14: 69–93. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10754-013-9140-7>

44. Gutiérrez SMB, Mizota T, Rakue Y. Comparison of four health systems: Cuba, China, Japan and the USA, an approach to reality. *southeast asian j trop med public Heal*. 2003;
45. Segall M. On the concept of a socialist health system: a question of marxist epistemology. *Int J Heal Serv*. 1983; 13: 221-5.
46. Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *Eur J Heal Econ [Internet]*. 2015; 16: 21-33. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
47. Knutsen O. Social class, sector employment, and gender as party cleavages in the Scandinavian countries: A comparative longitudinal study, 1970-95. *Scan Polit Stud*. 2001; 24: 311-50.
48. Coburn D. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: teh role of neo-liberalism. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 135-46.
49. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med [Internet]*. 2001; 52: 481-91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330781>
50. Doyle MW. *Ways of war and peace realism, liberalism, and socialism*. Norton; 1998.

Comparative Study of Health Systems of Liberal, Social, and Mixed Countries Based on CLA Framework

Mehrolhasani MH¹, Yazdi Feyzabadi V², Oroomiei N³, Seyfaddini R⁴, Mirzaei S⁵

1- Associate Professor, PhD in Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor, PhD in Health Policy, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- PhD Student in Health Policy, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Associate Professor, Neurologist, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5- PhD Student in Health Policy, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Mirzaei S, Mirzaei.saeid67@gmail.com

(Received 11 March 2018; Accepted 10 May 2018)

Background and Objectives: Different governance approaches have various definitions and systems about health. The purpose of this study was to compare the appropriateness of the health system performance with the ideology of the selected countries.

Methods: In this comparative study, liberal countries (America, Canada, France), social countries (Russia, China, Cuba) and mixed countries (Sweden, Norway, England) were selected purposefully. Data were obtained from World Bank and WHO's published documents and discourse literature studies. Causal layered analysis framework was used for data analysis.

Results: Comparison of health indicators showed that mixed countries were in a better position than the other two groups. The health system's stewardship of the liberal, mixed, and social countries were decentralized, semi-centralized, and centralized, respectively. Discourses of the liberal states were based on the capitalist economy, with lack of reliance on natural resources. Socialist countries, a socialist economy system emphasizes the use of natural resources. In these countries governmental involvement is maximum. Mixed countries have a constitutional monarchy government and benefit from both of these approaches to create welfare based on the ideology of liberalism and the welfare state approach.

Conclusion: Mixed countries with appropriate economic- social conditions, semi-centralized structure of service delivery, suitable financing system, and regional and local management of services (highlighting the role of municipalities), have better health status than other countries. The ideology of the countries forms the social, economic, and political structures as well health. Iran should consider various layers of metaphor, discourse, casual structures, and litany for redesigning the health system.

Keywords: Health system, Liberal, Social, Mixed, Causal layered analysis