

A Comparative Study of the Policies and Strategies of the Assistance of Treatment of the Social Security Organization of Iran and Selected Countries ¹

Dini M², Tabibi SJ³, Riahi L⁴, Hajinabi K⁵

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to compare the policies and strategies of the Social Security Organization as the second provider of social insurance and treatment in Iran with 5 other countries.

Methodos: This research is a comparative study with a qualitative approach that was conducted in 1401, the sampling was purposeful and the five countries of Japan, Costa Rica, Egypt, Greece and Mexico in the components of policies and strategies, including treatment management and administration, social components, provision Financial and insurance, legal, policy making and strategic plan were compared with Iran. In this study, an authentic database was used and the data were analyzed using the comparative education model in the four stages of description, interpretation, juxtaposition and comparison, and compared in the form of a comparative table.

Results: The results indicate the impact of the components of health and treatment management, financing and insurance, social, legal, policy making and strategic plan on the policies and strategies of the treatment deputy of the Social Security Organization; The social component with an average of 92.8% had the highest frequency observed among the accepted documents and the strategic plan component had the lowest frequency observed among the accepted documents with an average of 65.5%.

Conclusion: Paying attention to the growing elderly population, paying attention to the financial stability of the social security organization, the correct implementation of the insurance and medical policies and the correct and scientific formulation of the strategic plan can lead to an improvement in the provision of medical services and an improvement in the management of expenses and resources of the organization. ; Therefore, it is necessary to review and modify the policies and strategies of the deputy of social security treatment.

Keywords: Social security, Policy, Strategy, Comparative study.

1- **Cite this article:** Dini, Mansurh; Imani, Tabibi, Seyedjamaledin; Riahi, Leila; Hajinabi, Kamran (1402). A Comparative Study of the Policies and Strategies of the Assistance of Treatment of the Social Security Organization of Iran and Selected Countries. *Health Management*, 15(2): 43-65.

2- Phd student of Health and Medical Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Health and Medical Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), E-mail: sjtabibi@yahoo.com

4- Associate Professor, Department of Health and Medical Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

مطالعه تطبیقی سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران و کشورهای منتخب^۱

چکیده

منصوره دینی^۲ / سیدجمال‌الدین طبیبی^۳ / لیلا ریاحی^۴ / کامران حاجی‌نبی^۵

مقدمه: هدف از مطالعه حاضر، بررسی تطبیقی سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان دومین سازمان ارائه‌دهنده بیمه‌های اجتماعی و درمان ایران با ۵ کشور دیگر است.

روش پژوهش: این پژوهش یک مطالعه تطبیقی با رویکرد کیفی است که در سال ۱۴۰۱ انجام شد، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند بوده و پنج کشور ژاپن، کاستاریکا، مصر، یونان و مکزیک در مؤلفه‌های سیاست‌ها و استراتژی‌ها شامل تولید و مدیریت درمان، مؤلفه‌های اجتماعی، تأمین مالی و بیمه‌ای، قانونی، سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک با ایران مقایسه شدند. در این مطالعه از پایگاه اطلاعاتی معتبر استفاده و داده‌ها با استفاده از مدل آموزش تطبیقی در چهار مرحله توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه تجزیه و تحلیل و در قالب جدول تطبیقی مقایسه شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر مؤلفه‌های تولید و مدیریت بهداشت و درمان، تأمین مالی و بیمه‌ای، اجتماعی، قانونی، سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک بر سیاست‌ها و راهبردهای معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی است؛ که مؤلفه اجتماعی با میانگین ۹۲/۸٪ بیشترین فراوانی مشاهده شده در میان اسناد مورد قبول و مؤلفه برنامه استراتژیک با میانگین ۶۵/۵٪ کمترین درصد فراوانی مشاهده شده در میان اسناد مورد قبول را دارا بود.

نتیجه‌گیری: توجه به جمعیت سالمندی رو به رشد، توجه به پایداری مالی سازمان تأمین اجتماعی، اجرای صحیح قوانین و سیاست‌گذاری‌های بیمه‌ای و درمانی و تدوین صحیح و علمی برنامه استراتژیک می‌تواند به بهبود ارائه خدمات درمانی و بهبود در مدیریت مصارف و منابع سازمان منجر شود؛ بنابراین ضروری است که بازنگری و اصلاح در سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان تأمین اجتماعی صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: تأمین اجتماعی، سیاست، استراتژی، مطالعه تطبیقی.

۱- استناد به این مقاله: دینی، منصوره؛ طبیبی، سیدجمال‌الدین؛ ریاحی، لیلا؛ حاجی‌نبی، کامران (۱۴۰۲). مطالعه تطبیقی سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران و کشورهای منتخب. مدیریت بهداشت و درمان، ۱۵(۳): ۴۳-۶۵.
۲- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: sjtabibi@yahoo.com
۴- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۵- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران.

مقدمه

سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان است و هیچ‌یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن بی‌نیاز دانست [۱]. سازمان ملل، سلامت را به‌عنوان حق اساسی بشر مطرح کرده است [۲]. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ میلادی، سلامتی را «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری و معلولیت» تعریف کرد [۳]. نظام سلامت، سیستم اجتماعی بسیار پیچیده سازگار شامل افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی است که سیاست‌گذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخگویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده‌دارد [۴]. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود که منابع کافی برای تشخیص و تأمین نیازهای درمانی و توان‌بخشی و برنامه‌ریزی خدمات ویژه برای افراد آسیب‌پذیر وجود ندارد [۵]. چگونگی ارائه خدمات مراقبت سلامت در هر جامعه، ارتباط مستقیم با وضعیت اجتماعی، اقتصادی و سیاسی آن جامعه دارد.

به‌عنوان مثال در کشورهای در حال توسعه ضعف‌ها و چالش‌های جدی در کارکرد نظام سلامت دیده می‌شود [۶]. برخی از این چالش‌ها عبارت از بی‌عدالتی در دسترسی تمام افراد به خدمات درمانی و توان‌بخشی، نارضایتی از کیفیت خدمات ارائه شده، بالا بودن هزینه‌ها و عدم امکان پرداخت هزینه‌های درمانی و توان‌بخشی برای عموم جامعه، عدم وجود مسئولیت‌پذیری و پاسخگو بودن در بین برخی سیستم‌های درمانی و حمایتی است [۷]. قانون اساسی در اصول متعددی به امر سلامت و تأمین اجتماعی پرداخته است، به‌خصوص اصل ۲۹ به صورتی ویژه بر این امر صراحت دارد «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی» است همگانی که دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و

حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند [۸].

با وجود تأکید قانون اساسی بر مقوله سلامت و تأمین اجتماعی، در عمل با یک نظام کارآمد و مطلوب در زمینه مواجهه نیستیم. مطالعه تجربیات جهانی در این حوزه نیز نشان از آن دارد که در کل نظام سلامت و رفاه اجتماعی در اکثر کشورهای توسعه یافته دارای برنامه‌ریزی متمرکز است، اما در مقام اجرا از یک نظام کاملاً غیرمتمرکز پیروی می‌کنند. گذشته از آن از نظر پیچیدگی ساختار تشکیلات بسیار ساده و کم حجم است [۹].

«اصطلاح تأمین اجتماعی، بیانگر تأمین درآمدی است که به هنگام قطع درآمد به عللی از قبیل بیکاری، بیماری یا حادثه، جایگزین آن می‌شود و هم‌چنین تأمین درآمد برای کسانی که به علت پیری بازنشسته شده‌اند و نیز آنها که به سبب مرگ شخص دیگری از حمایت محروم مانده‌اند و تأمین مخارج استثنایی از قبیل هزینه‌هایی که به مناسبت تولد، ازدواج و یا مرگ پیش می‌آید. اصول تأمین اجتماعی یعنی حداقل درآمد» [۱۰]. در حال حاضر سازمان تأمین اجتماعی ایران به‌عنوان یکی از متولیان امر درمان و دومین تولیدکننده خدمات سلامت در کشور، با دارا بودن ۲۹۴ مرکز درمانی سرپایی و ۶۶ بیمارستان، به حدود ۴۲ میلیون نفر بیمه شده تحت پوشش خود، خدمات درمانی ارائه می‌دهد. نتایج مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی با چالش‌های متعددی نظیر نظام بروکراتیک، فراهم نبودن بستر اصلاحات، ساختار تشکیلاتی نامناسب، عدم تفویض حق تصمیم‌گیری، کمبود نقدینگی و افزایش هزینه‌ها مواجه بوده و اصلاح ساختار و شیوه اداره این بیمارستان‌ها راهکار اصلی ارتقای عملکرد و بهبود شرایط آنها می‌باشد [۱۱].

بر اساس تعریف سازمان بین‌المللی کار، نظام تأمین اجتماعی استقرار نظامی قانونی برای تدارک و تأمین مالی نیازهای سازمان تأمین اجتماعی با پوشش نزدیک به چهل میلیون نفر، که حدود نیمی از جمعیت کشور را

با پیچیده‌تر شدن محیط کسب‌وکار و افزایش عدم اطمینان نسبت به آینده و انتخاب راهبردهایی که سازمان‌ها را به موفقیت برساند، دشوارتر می‌شود زیرا کسب مزیت رقابتی مستلزم تعهد به منابع و توانایی‌هایی است که با شرایط بازار هماهنگ باشد. ثمره این تعهدات در طول زمان به بار می‌نشیند و باید مبتنی بر باورهایی درباره آینده باشد اما آینده تا حد زیادی غیرقابل پیش‌بینی است و این باورها ممکن است به واقعیت تبدیل نشود در نتیجه ممکن است حتی استراتژی‌های بسیار خوب به دلیل عدم تحقق شرایطی که متناسب با آن تعهدات بوده با شکست مواجه شود به عقیده بسیاری از پژوهشگران مانند دولی و همکاران موفقیت هر راهبرد تابع تعهد و احساس مالکیت نسبت به آن است اما روی تاریخ تعهد، امکان تعهد به سیاست‌های اشتباه است [۱۸-۱۷].

بر همین مینا، اکثر سازمان‌ها با این سؤال بزرگ روبرو هستند که چگونه و از طریق کدام ابزار یک سازمان می‌تواند ضمن بررسی مسائل مختلف، همه نقاط قوت و حوزه‌های غیرقابل تحقق را شناسایی کرده و آماده حضور موفق در عرصه رقابت شود. از این‌رو سازمان‌های امروزی باید هوشیار و سازگار با حوادث غیرمترقبه باشند که باعث ایجاد عدم اطمینان در نیروی کار آنان می‌شود و بلافاصله عملکرد و بقای سازمان‌ها را تهدید می‌کند. امروزه، بسیاری از سازمان‌ها به دنبال تعالی هستند اما فقط برخی از آنها به آن می‌رسند و دلیل اصلی این شکست، عدم درک سیاست سازمانی و معیارهای آن، به‌ویژه نادیده گرفتن نقش منابع انسانی در سطح عالی است. برای بهبود عملکرد سازمانی و رساندن آن به سطح پذیرفته شده جهانی، توجه به مدیریت استراتژیک و مدیران استراتژیک یک ضرورت بزرگ است [۱۹].

مدیریت استراتژیک مجموعه کاملی از تعهدات، تصمیمات و اقداماتی است که یک سازمان برای اجرای استراتژی خود برای دستیابی به یک مزیت رقابتی پایدار نیاز دارد [۲۰]. استراتژی یک برنامه نیست، بلکه یک طرز نگرش است که بر اساس تشخیص

دربرمی‌گیرد، بیشترین نقش را در نظام تأمین اجتماعی ایران بر عهده‌دارد. نظام تأمین اجتماعی امروزه با چالش‌ها و ریسک‌های متعددی در زمینه ساختارهای اجتماعی، اقتصادی، قانونی، مدیریتی و سیاسی مواجه است [۱۲]. با توجه به اینکه سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد بگیر (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) است. در سازمان‌های بزرگ نظیر تأمین اجتماعی یکی از نقش‌های بزرگ حاکمیتی، سیاست‌گذاری و تعیین خطمشی برای زیر مجموعه این سازمان است. سیاست‌گذاری که در انجام فرایند تشخیص مسئله، تشخیص راه‌حل‌ها، انتخاب راه‌حل‌ها، بکارگیری راه‌حل و ارزیابی نتایج بایستی مورد توجه قرار گیرد [۱۳].

سازمان تأمین اجتماعی نقش بسیار زیادی در کمک به دولت‌ها برای تحقق عدالت اجتماعی دارد. به همین منظور شناسایی عوامل کلیدی تأثیرگذار در خطمشی‌های آینده‌ی سازمان تأمین اجتماعی، به‌عنوان یک پیش‌نیاز اساسی توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تمامی کشورها مطرح است و یکی از ابزارهای مهم ایجاد عدالت اجتماعی می‌باشد. نظام تأمین اجتماعی ابزار استقرار امنیت، عدالت اجتماعی، رفاه و ثبات اجتماعی است و توسعه‌ی پایدار هر کشور با کمیت و کیفیت خدمات نظام تأمین اجتماعی رابطه‌ای مستقیم دارد [۱۴]. نظام تأمین اجتماعی در ایران شامل دو بخش نظام بیمه‌ای و نظام درمانی و حمایتی می‌باشد [۱۵].

هر سازمانی برای دستیابی به موفقیت و بقا باید به طور مستمر برای پایش محیط خارجی و پاسخ گوئی و تطابق با این محیط تلاش کند. در برخورد با محیط‌های پرتلاطم، شناخت سازمان از عدم اطمینان محیطی تعیین‌کننده شدت تکانه‌هایی است که سازمان بر اثر تغییرات محیط با آن روبرو می‌شود بنابراین سازمان‌ها برای حفظ اثربخشی و بقا باید با استفاده از سازوکار مناسب عوامل محیطی و میزان توان خود بر اثرگذاری بر این عوامل را تعیین کند [۱۶].

اینکه نزدیک به نیم قرن از فعالیت تأمین اجتماعی در ایران می‌گذرد؛ ولی ما همچنان شاهد عدم تحقق اهداف تأمین اجتماعی در دو عرصه بیمه‌ای و درمان هستیم.

با توجه به هدف کلی این مطالعه که مقایسه سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی و چند کشور منتخب که به نحوی در درمان مستقیم دخالت دارند، بوده است، پژوهشگر با پرداختن به مباحث مذکور سعی کرده است اجزای سیستم‌های موردنظر را بررسی کند تا بتواند پاسخگوی نیازهای سیستم بهداشتی و درمانی ایران باشد پاسخ به سؤالات مؤلفه‌های زیر مجموعه سیاست‌ها و استراتژی‌های سازمان از جمله وضعیت تولیت و مدیریت سلامت و نقش معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی در امر درمان، وضعیت تأمین مالی معاونت درمان در سازمان تأمین اجتماعی و تصویب قوانین در نظام درمانی کشور و بررسی جایگاه خدمات درمانی و پزشکی در بستر حقوق سازمان تأمین اجتماعی ایران، تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سیاست‌ها و راهبردهای نظام سلامت جامعه و معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، متخصصان امر درمان را بر آن می‌دارد که به منظور همگام شدن با تحولات و پیشرفت‌های جدید برای ایجاد تغییرات و ایجاد سیستم درمانی مؤثر در نظام سلامت کشور، از طریق شناسایی نوآوری‌ها و روش‌های تازه به جستجو بپردازند.

یکی از شیوه‌های پژوهش در این زمینه، انجام مطالعات تطبیقی است. از اهداف اساسی مطالعات تطبیقی، ارائه نمونه‌های نوآوری و تأمین مأخذ و منبع برای سهولت بخشیدن به مطالعات گسترده‌ای است که هر کشور به سبب کشف نوآوری‌های موردنیاز مناسب بدان دست [۲۷].

به همین منظور در این مطالعه کشورهای ژاپن، کاستاریکا، مصر، یونان، مکزیک، کشورهایی که سازمان تأمین اجتماعی در آنها تا حدودی در درمان و توان بخشی دخالت دارند، انتخاب شدند تا به شناسایی سیاست‌ها و استراتژی‌های درمانی این کشورها و

فرصت‌های اصلی و محقق ساختن منافع نهفته در آن قرار دارد [۲۱]. مدیریت سازمان‌های پیچیده به دلیل ساختارها، سیاست‌ها، قوانین، مقررات یا رویه‌هایی که برای تأثیرگذاری بر رفتار افراد برای دستیابی به سطح مطلوب تعالی سازمانی باید دنبال شود، غالباً کار دشواری است [۲۲]. از آنجائی که یکی از زمینه‌های مطرح در نظام حقوقی تأمین اجتماعی، تأمین خدمات درمانی و پزشکی است از سوی دیگر با افزایش سریع جمعیت پیچیدگی مسائل و افزایش وسعت نیاز به تأمین اجتماعی به‌ویژه در حوزه پزشکی و درمانی، کاملاً احساس می‌شود و بیمارستان‌ها به‌عنوان بخش بزرگی از نظام سلامت، سهم بالایی از منابع بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند و این موضوع به ضرورت توجه بیشتر به اداره آنها جهت بهبود عملکرد و کاهش هزینه‌ها تأکید دارد [۲۳].

تقاضا برای خدمات سلامت روزبه‌روز در حال افزایش است و بیمارستان‌ها به علت محدودیت بودجه تحت فشار هستند. چنین شرایطی سازمان‌های سلامت به‌ویژه بیمارستان‌ها را جهت استفاده از منابع مالی با محدودیت غیرقابل اجتنابی روبرو می‌کند [۲۴]. در این شرایط و با توجه به محدودیت منابع، استراتژی‌های تصمیم‌گیری مدیریتی جهت حداکثر کردن کارایی و بهبود فعالیت‌ها در بخش سلامت برای کاهش هزینه‌ها ضروری می‌باشد [۲۵]. سیاست‌گذاران باید بدانند چگونه عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی خود را بهبود بخشند، مدیران سیستم‌های بهداشتی و درمانی باید درک درستی از نحوه عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی برای اداره مناسب آنها داشته باشند [۲۶].

سؤال اصلی این است که برای همگام شدن با تحولات موجود و رفع نقایص موجود در ساختار درمانی و حمایتی سازمان تأمین اجتماعی، چه گام‌هایی باید برداشته شود. از طرفی پژوهش‌هایی که با موضوع شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها و راهبردهای سازمان تأمین اجتماعی و ارائه راهکار مناسب جهت سازمان تأمین اجتماعی باشد، بسیار محدود است. لذا خلأ تحقیقاتی در این خصوص کاملاً مشخص است. با

اطلاعات حاصل از مراحل قبل به منظور ایجاد چارچوبی برای مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها، طبقه‌بندی‌شده و کنار هم قرار گرفتند و در نهایت در مرحله مقایسه، به جزئیات در زمینه شباهت‌ها و تفاوت‌ها در معیارها و زیرمعیارها پرداخته شد.

برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای مورد مطالعه، واژه‌های کلیدی مدیریت تأمین اجتماعی، مدیریت سلامت، مؤلفه‌های مالی، مؤلفه‌های قانونی، مؤلفه‌های اجتماعی، مؤلفه‌های سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک همراه با نام کشورهای مورد مطالعه جستجو شده و پژوهش‌هایی در ارتباط با درمان تأمین اجتماعی در پایگاه‌های جستجوی داخلی و خارجی مانند مگیران، پایگاه مطالعات علمی جهاد دانشگاهی، ایرانداک، اسکوپوس، گوگل اسکالر، ساینس دایرکت، پابمد، آمارفکت بین سالهای ۲۰۰۰ تا پایان سال ۲۰۲۲ میلادی جمع‌آوری، ترجمه و بررسی شدند. در مسیر انجام و تحلیل پژوهش، ۹۵ مقاله پژوهشی و گزارش از کشورهای مورد مطالعه گردآوری شد. ۴۰ مقاله نیز به علت نامرتب بودن براساس چکیده و متن و یا در دسترس نبودن از مطالعه حذف شدند. در نهایت ۵۵ مقاله و گزارش به‌عنوان مقالات مورد تأیید، تحلیل و مقایسه شدند؛ که مؤلفه اجتماعی با میانگین ۹۲/۸٪ بیشترین فراوانی مشاهده شده در میان اسناد مورد قبول و مؤلفه برنامه استراتژیک با میانگین ۶۵/۵٪ کمترین درصد فراوانی مشاهده شده در میان اسناد مورد قبول را دارا بود.

در این پژوهش، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد. جامعه آماری شامل دو بعد سیاست‌ها و استراتژی‌های ساختار نظام سلامت و معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی کشورهای دنیا بود و نمونه‌های پژوهش کشورهای ایران، ژاپن، کاستاریکا، یونان، مکزیک و مصر بودند که هرکدام براساس منطقه جغرافیایی و به‌عنوان نماینده از قاره‌های آمریکا، اروپا، آسیا و آفریقا انتخاب شدند و از آنجائی که در اکثر کشورهای پیشرفته وزارتخانه‌های مرتبط با تأمین اجتماعی در زمینه بیمه‌های اجتماعی فعالیت دارند و به

مقایسه آنها با ایران پرداخته و پیشنهادهای کاربردی برای بهبود بخشیدن به نظام سلامت ایران و معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی ارائه شود. هدف از انجام این مطالعه تطبیقی، مقایسه سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران با سایر کشورهای منتخب بود که یافته‌های حاصل می‌تواند به‌عنوان راهنمای سیاست‌گذاری توسط دولت و سازمان تأمین اجتماعی جهت تأمین زیرساخت‌های نظام سلامت استفاده شود.

روش پژوهش

این پژوهش کاربردی با شیوه توصیفی تطبیقی انجام شده است و اطلاعات موردنیاز آن برای پاسخگویی به پرسش‌ها و جمع‌آوری داده‌ها، از طریق بانک‌های اطلاعاتی موجود از جمله بررسی کتب، مجلات علمی، مستندات، انتشارات، اسناد و مدارک کتابخانه‌ای، گزارش‌های تحقیقی و همچنین اطلاعات رسمی منتشر شده از طرف کشورهای مورد بررسی و سازمان بهداشت جهانی و جستجو در شبکه جهانی اینترنت گردآوری شده است.

هدف از این پژوهش، مقایسه سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران و کشورهای منتخب می‌باشد. بنابراین از نظر هدف، یک پژوهش کاربردی است، چرا که علاوه بر جنبه آگاهی‌بخشی و علمی، جنبه کاربردی نیز برای سازمان‌های ذی‌ربط خواهد داشت. می‌باشد. این پژوهش کاربردی با شیوه توصیفی تطبیقی انجام شده است. در این مطالعه از الگوی بردی استفاده شد. یکی از الگوهای رایج برای مطالعات تطبیقی الگوی جرج بردی با رویکرد کیفی است [۲۷]. این روش از ۴ مرحله توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه تشکیل شده است. در مرحله توصیف، پدیده‌های پژوهش براساس شواهد، اطلاعات، یادداشت‌برداری و با تدارک یافته‌های کافی برای بررسی در مرحله بعد آماده شدند. در مرحله تفسیر، اطلاعات جمع‌آوری شده و توصیف شده در مرحله اول، واری و تحلیل شدند. در مرحله هم‌جواری

اجتماعی در ایران، سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک سازمانی در نظام سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی و کشورهای منتخب می‌پردازد.

همان‌طور که در جدول ماتریس تطبیقی مشاهده می‌شود (جدول ۱) در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تولید و مسئولیت سلامت و اجرای هدف دست‌یابی همه افراد جامعه به بالاترین سطح از خدمات سلامت را بر عهده دارد البته وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و برخی سازمان‌های دیگر نیز در امر سلامت جامعه یاری‌رسان وزارت بهداشت هستند [۲۸]. در ژاپن مسئولیت مدیریت بهداشت به عهده وزارت بهداشت، کار و رفاه و تحت پوشش سیستم بیمه همگانی است؛ و ادغام و هم‌راستا بودن وزارت بهداشت و کار و رفاه اصلاحات را در این کشور تسهیل کرده است [۲۹].

در کشور کاستاریکا وزارت بهداشت و درمان مسئول ارتقاء بهداشت و درمان و معاونت درمان تأمین اجتماعی مسئول ارائه خدمات عمومی سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و بهداشت محیط است و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و توان‌بخشی کم‌وبیش برای همه امکان‌پذیر است بجز ۳ کلینیک خصوصی مالک و گرداننده تمام بیمارستان‌های کشور به عهده صندوق تأمین اجتماعی است. در کشور مصر وزارت بهداشت مسئولیت مدیریت سلامت را دارد لیکن بخش عمده‌ای از خدمات درمانی و بهداشتی از طریق بیمه‌های اجتماعی ارائه می‌شود. البته ایالت‌ها هم در امر خدمات بهداشتی دخالت دارند لیکن خدمات ارائه شده در بیمه اجتماعی ۶ الی ۷ برابر خدمات ارائه شده در ایالت‌ها می‌باشد [۲۸].

در کشور یونان، تولید زیر نظر وزارت بهداشت است لیکن از نظر مالی و بودجه وابسته به وزارت امور مالی است که این بودجه سالانه تعیین می‌شود و سیستم درمانی ترکیبی و آمیخته دارد. سیستم خدمات درمانی متشکل از خدمات درمانی ملی، بیمه اجتماعی اجباری و سیستم خدمات درمانی خصوصی و اختیاری می‌باشد. در کشور یونان سازمان تأمین اجتماعی سیاست‌گذاری

طور مستقیم ارائه خدمات درمانی انجام نمی‌دهند لذا مطالعه تطبیقی بین کشورهای انجام شد که دارای ساختار درمان مستقیم تقریباً مشابه ایران باشند که شامل کاستاریکا، مکزیک، مصر، یونان و ژاپن بوده است کشورها بر اساس معیارهایی مطلوبیت نسبی شاخص‌های بهداشتی، قابلیت دست‌یابی به اطلاعات موردنیاز، امکان‌الگوپردازی و قابلیت اجرای شیوه‌های جدید، معیارهایی از قبیل دارا بودن الگویی مشخص و قابل تعریف جهت معاونت درمان، قابل دست‌یابی بودن اطلاعات موردنیاز از طریق این کشورها، امکان‌الگوپردازی و قابلیت اجرای آن با توجه به شرایط کنونی ایران، دسترسی به یک سری دستاوردهای جدید در خصوص ساختار درمان در سازمان تأمین اجتماعی، مورد توجه قرار گرفتند. همچنین داده‌های مربوط به تولید، مؤلفه‌های مالی، قانونی، اجتماعی و سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک آنها در دسترس بود. سپس جستجوی اطلاعات و محتوای موردنظر مطابق با اهداف پژوهش صورت گرفت و داده‌های جمع‌آوری شده در قالب ماتریس تطبیقی نهائی، برای هر یک از مؤلفه‌های مرتبط با سیاست‌ها و استراتژی‌ها تنظیم شدند. به این ترتیب با نظم دادن به داده‌ها، شباهت‌ها و تفاوت‌ها بین کشورهای تعیین شده، پیشنهادها و راهکارها جهت بهبود هر یک از مؤلفه‌های مرتبط با سیاست‌ها و استراتژی‌ها در ایران ارائه شد.

یافته‌ها

مؤلفه‌های مربوط به سیاست‌ها و استراتژی‌ها در کشورهای منتخب بررسی شد و نتایج بر اساس اهداف تعیین شده در ادامه بیان شده است.

قبل از بررسی دو مؤلفه مذکور پژوهشگر به مقایسه مؤلفه‌های مشترک زیر مجموعه آنها که بر سیاست‌ها و استراتژی‌های سازمان تأثیرگذار است از جمله: تولید و مدیریت نظام سلامت و نقش سازمان تأمین اجتماعی در آن، تأمین مالی خدمات درمانی و بیمه‌ای، مؤلفه قانونی خدمات درمانی و پزشکی در ایران و در سازمان تأمین اجتماعی تأمین اجتماعی ایران، مؤلفه‌های

برقرار کرده‌اند که سالمندان بالای ۶۵ سال را حمایت می‌کند. در بخش سرپائی افرادی که تحت پوشش بیمه هستند، باید ۳۰ درصد از هزینه‌های درمانی را بپردازند [۳۵]. در مقایسه تأمین مالی در کاستاریکا توسط مالیات عمومی (۳۰ درصد) و پرداخت حق بیمه که بخش عمده‌هایی از حق بیمه به وسیله صندوق تأمین اجتماعی CSSC، بهداشت و درمان یا انسیتوی بیمه ملی که بخشی از نظام بهداشت و درمان کشور را تشکیل می‌دهد، اداره می‌شود حمایت دولت در چالش‌های مالی از صندوق بیمه تأمین اجتماعی مشهود است و تنوع و میزان حق بیمه بالا از ۴/۷ درصد تا ۲۰ درصد از درآمد را شامل می‌شود [۳۶]. تأمین مالی در مصر که نظام خدمات درمانی و توان‌بخشی عمدتاً از طریق مالیات عمومی و پرداخت حق بیمه بر اساس درآمد (نظام بیمه اجتماعی) تأمین می‌شود حمایت دولت از صندوق بیمه تأمین اجتماعی اندک و تنوع و میزان حق بیمه متوسط از ۱۳ درصد تا ۱۷ درصد از درآمدها را شامل می‌شود. پوشش همگانی بهداشتی و درمانی در حال اجرا است به طوری که افراد با کمک ۴ درصد از درآمدها به عضویت بیمه تأمین اجتماعی درآیند و فعالیت بخش خصوصی محدود است [۳۰].

در مقایسه تأمین مالی در یونان بخش عمده از مالیات عمومی (۷۰ درصد) و پرداخت حق بیمه (نظام بیمه اجتماعی) و دولت در پرداخت حق بیمه کارکنان و پرداخت سالانه یارانه مشارکت دارد و تنوع و میزان حق بیمه متوسط و از ۷ درصد تا ۱۳ درصد از درآمد ماهیانه هر فرد را شامل می‌شود. ۸۵ درصد از مردم تحت پوشش بیمه هستند و ۱۵ درصد از مردم تحت پوشش بیمه تکمیلی اختیاری هستند؛ و وزارت امور مالی مسئول تصویب بودجه بهداشت و درمان سالانه می‌باشد [۳۷]. در کشور مکزیک تأمین مالی هزینه‌های سلامت از طریق بیمه عمومی و مشارکت مردم (برحسب شغل و درآمد) و بخش عمده آن از طریق دولت (با کمک بانک‌های جهانی) تأمین می‌شود و دولت از اقشار کم درآمد از طریق بیمه مساعدت اجتماعی حمایت می‌کند. تنوع و میزان حق بیمه کم و

بیمه‌ایی را با هماهنگی و در نظر گرفتن قوانین بالا دستی تدوین و مسئول اجرا و نظارت نیز می‌باشد. و چون ۸۵ درصد از جمعیت آن تحت پوشش نظام بیمه اجتماعی هستند، لذا مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و توان‌بخشی این سازمان قدرتمند هستند. البته مساعدت دولت به جهت تأمین مالی به درمان سازمان تأمین اجتماعی نیز چشمگیر است از جمله سیاست‌های اخیر این کشور گسترش بخش خصوصی است [۳۰].

در کشور مصر وزارت همبستگی اجتماعی و مؤسسات زیر مجموعه بر برنامه‌های بیمه ائی نظارت کلی دارد؛ و نقش و حمایت‌های دولتی در این کشور کم‌رنگ می‌باشد و نظام سلامت این کشور به سرعت به سوی خصوصی شدن گام بر می‌دارد [۳۱]. تولید و مدیریت نظام سلامت در کشور مکزیک بر عهده وزارت بهداشت است و مهم‌ترین هدف این وزارتخانه پوشش همگانی سلامت در کمتر از یک دهه بوده است که از نظر مجامع بین‌المللی الگوی موفق اجرای پوشش همگانی شناخته شد [۳۲].

در مقایسه یافته‌های تأمین مالی، همان‌طور که در ماتریس تطبیقی مشاهده می‌شود، در ایران ۷/۴ درصد از تولید ناخالص داخلی صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌شود [۳۳]. تأمین مالی از طریق مالیات عمومی (بر اساس مشاغل) و پرداخت حق بیمه (نظام بیمه اجتماعی) و کمک دولت به صندوق بیمه تأمین اجتماعی (کمک اندک به سهم بیمه‌شدگان) است. تنوع و میزان حق بیمه بالا از ۷ درصد تا ۲۰ درصد (بر اساس حرف و مشاغل) است که در بخش سرپائی حدود نیمی از آن به صورت پرداخت از جیب توسط افراد پرداخت می‌شود [۳۴]. تأمین مالی در ژاپن ۳۵-۳۰ درصد هزینه‌های مراقبت سلامت توسط مالیات عمومی و مابقی توسط بیمه اجتماعی پرداخت می‌شود و نقش دولت در کسری بودجه صندوق تأمین اجتماعی برجسته است و تنوع حق بیمه کم و حدود ۸ درصد از درآمد می‌باشد. در سیستم‌های تشخیصی_ ترکیبی DPC هزینه‌های هتلینگ و پاراکلینیک توسط بخش دولتی پوشش داده می‌شود و بیمه بلندمدت برای سالمندان

از ۲ درصد تا ۸ درصد از درآمد ماهیانه هر فرد است. سیستم تأمین اجتماعی مکزیکی IMSS که کلیه کارگران و افراد دیگر را تحت پوشش قرار می‌دهد. نظام تأمین مالی دقیقی دارد به طوری که قبل از اجرای هر برنامه بودجه لازم پیش‌بینی می‌گردد [۳۸].

یافته‌های مربوط به مؤلفه‌های اجتماعی، ایران به لحاظ اجتماعی کشوری در حال توسعه با ۸۲ میلیون نفر جمعیت با امید به زندگی ۷۴ سال، دارای فرهنگ‌های متنوع و پذیرای مهاجرین بسیار بالأخص از کشورهای همسایه است. تقریباً نیمی از این جمعیت تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی هستند با وجود اینکه ایران در حال گذار سریع جمعیتی است، نظام سلامت کشور برای رویارویی با جمعیت سالمند و سالمندی آمادگی کامل ندارد [۳۴]. مؤلفه‌های اجتماعی در ژاپن کشور توسعه‌یافته با جمعیت ۱۲۵ میلیون به‌عنوان یازدهمین کشور پرجمعیت جهان و با امید به زندگی ۸۶ سال که افزایش میزان خانواده‌های کوچک و افزایش سالمندان جامعه را در پیش دارد و به دنبال افزایش جمعیت سالمندان، افزایش هزینه‌های خدمات درمانی و به‌ویژه توان‌بخشی و کمبود خدمات درمانی و توان‌بخشی از معضلات اجتماعی این کشور در سالهای اخیر است که برنامه‌ریزی و بودجه برای این جمعیت در نظر گرفته شده است [۳۵].

در این خصوص کشور کاستاریکا کشوری توسعه‌یافته با جمعیت بیش از ۵ میلیون نفر که ۶۰ درصد آن شهری هستند و امید به زندگی ۷۹ سال و دارای جمعیت جوان و مهاجرپذیر (اکثراً اسپانیایی) است. از نظر بهداشت عمومی جزء ۲۰ کشور برتر جهان و رتبه اول در آمریکای لاتین و از نظر فرهنگی به کشور اسپانیا نزدیک است. سازمان تأمین اجتماعی در این کشور در سیاست‌های گسترش بیمه موفق عمل کرده و نقش عمده‌ای دارد [۳۹]. مؤلفه‌های اجتماعی در مصر کشوری در حال توسعه و فقیر با جمعیت بالغ بر ۷۰ میلیون نفر که ۴۰ درصد آن در شهرها سکونت دارند و امید به زندگی ۷۲ سال می‌باشد. این کشور پیشگام استفاده از اینترنت دارنده بیشترین کاربر اینترنتی و

شبکه‌های جهانی در منطقه را دارد ۲۳ در بین کشورهای جهان غرب قوی‌ترین و بزرگ‌ترین حوزه وبلاگ نویسی و نیمی از این افراد را زنان تشکیل می‌دهند؛ و تعهد حرفه‌ای بین پرسنل و کارکنان از دیگر مؤلفه‌ها می‌باشد [۴۰].

مؤلفه‌های اجتماعی در یونان کشور توسعه‌یافته با جمعیت بالغ بر ۱۱ میلیون نفر و امید به زندگی ۸۱ سال و بالاتر از میانگین جهانی و دارا بودن آمار بالاترین ۹۰ ساله‌های جهان و ارائه‌دهنده ارزان‌ترین خدمات بهداشتی و درمانی در اروپا و دارا بودن بیمه تأمین اجتماعی قوی از دیگر مؤلفه‌های اجتماعی یونان است [۴۱]. مکزیکی یکی از کشورهای در حال توسعه آمریکای شمالی و حدود ۱۲۸ میلیون جمعیت دارد و امید به زندگی در آن ۷۵ سال است بزرگ‌ترین اصلاحات در جهت عدالت اجتماعی انجام شده و طی کمتر از یک دهه از وضعیت بد اقتصادی و اجتماعی به کشورهای الگو در منطقه تبدیل شده است [۴۲].

در مقایسه مؤلفه‌های قانونی نظام ارائه خدمات سلامت، همان‌طور که در ماتریس تطبیقی نشان داده شده است، یافته‌ها حاکی از این است که قوانین تأمین اجتماعی در ایران قدمتی ۷۱ ساله دارد و با «قانون بیمه اجتماعی کارگران» آغاز شد و تاکنون قوانین متعددی برای اقبال مختلف وضع شده است. لیکن این قوانین تعارضی با قوانین وزارت بهداشت و درمان ندارد. در همین راستا موضوع قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ حسب ماده «۳» شامل موارد زیر می‌باشد: الف: حوادث و بیماریها ب: بارداری ج: غرامت دستمزد د: از کارافتادگی ه: بازنشستگی و مرگ و مشمولین قانون از کمک‌های ازدواج و عائله‌مندی طبق مقررات مربوط برخوردار می‌شوند. انجام تعهدات ناشی از ماده «۳» قانون حسب قانون الزام سازمان در بند الف و ب به عهده بخش درمان سازمان و تعهدات بندهای ج، د و ه به عهده بخش بیمه‌ای سازمان می‌باشد [۴۳].

در کشور ژاپن، وضع قوانین تأمین اجتماعی قدمت بالایی را در بین کشورهای مورد مطالعه دارد سازمان تأمین اجتماعی در وزارت رفاه ادغام است و قوانین از

وزارتخانه ابلاغ می‌شود و البته دولت‌های محلی در تصویب قوانین و نیز فراهم کردن خدمات اجتماعی و مراقبت سلامت شهری نقش بسزایی دارند. خدمات نیز توسط مراکز سلامت عمومی در سطح استان و مراکز سلامت شهری ارائه می‌شود [۴۴].

در کاستاریکا وضع قوانین بر عهده وزارت بهداشت و ارائه خدمات سلامت و پیشگیری و توان‌بخشی به عهده موسسه تأمین اجتماعی است [۴۵-۴۶]. قانون اساسی جمهوری کاستاریکا حق زندگی را به رسمیت می‌شناسد. نخستین قوانین وضع شده در سازمان تأمین اجتماعی مربوط به بیمه و درمان و در سال ۱۹۷۰ بوده است. قانون عمومی سلامت (۱۹۷۳) سلامت مردم را به‌عنوان یک مزیت عمومی تعریف می‌کند و از طریق نظام سلامت مسئولیت حفظ آن را دارد [۴۷]. سیستم بهداشت ملی شامل: بخش سلامت، خدمات درمانی خصوصی و سازمان‌هایی است که برای حفاظت و بهبود محیط‌زیست کار می‌کنند، سازمان‌های جامعه مرتبط با سلامت شامل دانشگاه‌ها، شهرداری‌ها، شرکت‌های داروسازی، کمیسیون ملی پیشگیری از خطر و مدیریت اضطراری و همکاری بین‌المللی آژانس‌ها می‌باشد. نظام سلامت شامل وزارت بهداشت، صندوق تأمین اجتماعی کاستاریکا (CCSS)، موسسه آب‌رسانی و فاضلاب کاستاریکا و دیگر مؤسسات دولتی مسئول حفاظت و بهبود سلامت مردم است. ارائه خدمات سلامت و پیشگیری و توان‌بخشی به عهده موسسه تأمین اجتماعی و طبق برنامه نظام بیمه اجتماعی می‌باشد [۴۸].

در کشور مصر قوانین در سطح کلان در وزارت بهداشت و درمان وضع می‌شود ولی در سطح سازمان تأمین اجتماعی در وزارت همبستگی اجتماعی و یالت ها وضع می‌شود؛ و نخستین قوانین وضع شده قانون بیمه‌های اجتماعی و درمانی و مستمری‌های عمومی در سال ۱۹۵۰ بود. بر اساس اصل ۱۶ و ۱۷ قانون اساسی دولت موظف به تأمین خدمات بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی به‌ویژه برای روستائیان است تا از این نظر به سطح استاندارد برسند. دولت موظف به تأمین و تضمین

خدمات بیمه درمانی و اجتماعی است. تمام شهروندان طبق قانون حق استفاده از مستمری به هنگام از کارافتادگی، بیکاری و پیری را دارند [۴۰]. در کشور یونان قانون‌گذاری در سطح کلان در وزارت بهداشت انجام می‌شود لیکن در وزارت تأمین اجتماعی قوانین بیمه‌ای و درمانی مربوط به مراکز درمانی تحت پوشش، وضع و توسط موسسه بیمه اجتماعی اجرا می‌گردد. نخستین قوانین وضع شده مربوط به بیمه‌ها و مستمری‌های اجتماعی در سال ۱۹۳۴ بود و جدیدترین قوانین آن مربوط به استراتژی‌های مالی و اصلاحات سلامت است. نظام آمیخته درمانی دارد و طبق قوانین سیستم تأمین اجتماعی در یونان بر دو پایه استوار است: حمایت اولیه و حمایت کمکی [۲۹].

در کشور مکزیک قوانین در سطح دولتی و وزارتخانه مصوب می‌شود در مکزیک نخستین قانون کشور مکزیک در زمینه بیمه‌ها و مستمری‌های عمومی، قانون بیمه اجتماعی است که در سال ۱۹۴۳ به تصویب رسید. در جدیدترین قوانین اصلاحی بهداشت و درمان مصوب سال ۲۰۰۰ و توسعه اجتماعی مصوب ۲۰۰۴ توجه به افراد بی‌بضاعت به چشم می‌خورد و قوانین بهداشت و درمان از سال ۲۰۰۰ به بعد مورد بازنگری جدی قرار گرفت و یکی از قوانین مهم بخش درمان و بیمه پرداخت حق بیمه برحسب تمکن مالی بوده و افراد فقیر هیچ حق بیمه‌ای پرداخت نمی‌کنند [۴۹].

در مقایسه مؤلفه سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت در ایران با کشورهای منتخب، فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت نیازمند بررسی است؛ و برحسب شرایط تغییر در سیاست‌های موجود نظام سلامت ضروری است [۲۷]. به استناد اصل ۲۹ قانون اساسی دولت کنشگر اصلی سیاست سلامت تلقی می‌شود. در این سیاست نظیر سیاست‌های اجتماعی دیگر محصول عملکرد دولت محسوب می‌شود بنابراین درک این موضوع که چه طور دولت نقش مهم خود را برای تأمین سلامت و بهداشت بازی می‌کند، اهمیت دارد [۵۰]. در ایران سیاست‌گذاری و خط‌مشی‌های سلامت به‌صورت کلان از طریق

بالغ بر چهار پنجم هزینه‌های حمل‌ونقل به بیمارستان را تأمین می‌کند. یکی از سیاست‌های وزارت بهداشت و درمان یونان گسترش بخش خصوصی در ارائه خدمات درمانی است [۲۹]. در مقایسه، کشور مکزیک تا سال ۲۰۰۰ میلادی بهداشت و درمان این کشور با چالش مواجه بوده لیکن سیاست اصلاحات نظام سلامت مکزیک با سرعت پیش رفت و هدف از این اصلاحات سیاست افزایش پوشش بیمه همگانی سلامت، کاهش نابرابری در هزینه‌های سلامت و افزایش بودجه حوزه سلامت و افزایش پوشش بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی موسسه تأمین اجتماعی مکزیک (IMSS) بوده است [۵۳].

در مؤلفه استراتژی‌های ایران و کشورهای منتخب همان‌طور که در ماتریس تطبیقی نهائی آمده است. استراتژیها هم وابسته به عوامل تولید و مدیریت بهداشت و درمان، مالی، قانونی، اجتماعی، سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک در سازمان است. سازمان تأمین اجتماعی که همانند دیگر سازمان‌ها تحت تأثیر محیط پویاست، نیاز ضروری به بررسی نقش مدیریت استراتژیک در ایجاد تعالی سازمان دارد تا گام‌های ارزنده‌ای را در راستای ارتقای سلامت جامعه بردارد. پدیده مدیریت در حل مسائل سازمانی به‌صورت علمی، پدیده‌های نو محسوب می‌شود. پیدایش مدیریت استراتژیک از لحاظ تاریخی بعد از ظهور مدیریت علمی و مصادف با میانه دوم سده بیستم است؛ اما تکامل و تدوین آن به‌صورت یک سبک مدیریتی، تکنیکی نسبتاً نوین است [۵۴].

برنامه استراتژیک در سازمان تأمین اجتماعی ایران تدوین می‌گردد لیکن فرایند مدیریت استراتژیک که شامل تدوین استراتژی، اجرای استراتژی و ارزیابی و کنترل آن است به‌درستی انجام نمی‌شود [۵۵]. از اهم استراتژی‌های تدوین شده اصلاح فرآیندها و ساختار نظام اطلاعاتی سازمان، بهبود در مدیریت مصارف و هزینه و منابع انسانی می‌باشد [۵۶].

کشور ژاپن مدیریت استراتژیک و برنامه استراتژیک علمی دارد و با توجه به این مؤلفه اصلاحات خوبی در سیاست‌های درمانی خود از جمله کنترل هزینه‌های

وزارت بهداشت انجام می‌شود و به‌صورت دوره‌ای ابلاغ می‌شود لیکن سازمان تأمین اجتماعی در درون سازمان خود سیاست‌گذاری می‌کنند البته این سیاست‌ها تناقض با سیاست کلان سلامت ندارد. در سال‌های اخیر سیاست‌های معاونت درمان تأمین اجتماعی ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات و پایداری مالی در بیمه و درمان می‌باشد [۵۱].

در کشور ژاپن سیاست‌گذاری‌ها در زمینه سلامت و توان‌بخشی برعهده وزارت بهداشت و وزارت رفاه است. تأمین مالی خدمات مراقبت سلامت نیز توسط بیمه سلامت صورت می‌گیرد. ارتقاء کیفیت خدمات درمانی از جمله سیاست‌های اصلاحی اخیر این کشور است [۳۵]. در کاستاریکا در سیاست‌گذاری کلان ارتقاء سطح سلامت، قرار دادن سلامت به‌عنوان ارزش اجتماعی، سیاست دسترسی افراد به خدمات بهداشتی، سیاست عدم تمرکز در ارزیابی‌ها و خریدهای راهبردی توسط وزارت بهداشت و موسسه تأمین اجتماعی به خوبی اجرا شده است [۵۲]. سیاست‌گذاری بهداشتی و درمانی در کشور مصر مبتنی گسترش فعالیت‌های بهداشتی و درمانی هم‌راستا می‌باشد سیاست گسترش عادلانه امکانات و تسهیلات به دلیل فقر و جنبش‌های اجتماعی متفاوت، توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی و گسترش خدمات بخش خصوصی که تاکنون به خوبی انجام نشده است [۴۰].

در کشور یونان سیاست‌های بیمه‌ای توسط سازمان تأمین اجتماعی تدوین می‌شود و سازمان ادیما کینونیکون اسفالیسون مسئول ارائه خدمات پزشکی و دندان‌پزشکی رایگان و دریافت یارانه‌های حوزه بهداشت و درمان در یونان بوده و همچنین مسئول ایجاد سیاست‌های درمانی در یونان می‌باشد و خدمات این سازمان در اختیار تمام شهروندان، اتباع داخلی و خارجی و سایر وابستگان و مسافرین و ... قرار می‌گیرد. در واقع خدمات تأمین اجتماعی کشور یونان توسط این سازمان ارائه می‌شود. این سازمان هزینه مراقبت و درمان، هزینه پزشکان و متخصصین سلامت و پزشکی و همچنین هزینه‌های بستری، بیمارستانی، آزمایشگاهی، طب سوزنی طبیعی، مراقبت‌های دندانپزشکی، مراقبت از مادران، تأمین وسایل جراحی و

طی دهه‌های اخیر، تغییرات ساختاری در آنها به وجود آورده‌اند حوزه سلامت است. سازمان بهداشت جهانی نیز به هماهنگی بین بخشی و درون بخشی در نظام بهداشتی و سلامت کشورها اشاره دارد و نتایج حاصل از مطالعه کشورهای منتخب و ایران نشان داد که نظام سلامت در همه کشورها مسئولیت سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی، رهبری و تأمین مالی بخش سلامت را به عهده‌دارد و در برابر سلامت همه مردم مسئول می‌باشد [۶۰]. سالیز و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای کیفی بیان کردند که وجود موانع در مؤلفه‌های سازمانی و ساختاری می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل اصلی در پایین بودن سطح عملکرد نظام سلامت، مؤثر باشد [۶۱]. عبدی و همکاران نیز یکی از موانع موجود بر سر راه خدمات درمانی و حمایتی در نظام سلامت را مؤلفه مالی ذکر کردند [۶۲].

براساس یافته‌های مطالعه و با توجه به ماتریس تطبیقی نهائی به لحاظ مؤلفه‌های سازمانی و تولید و حاکمیت بهداشت و درمان در همه کشورهای مورد مطالعه، وزارت بهداشت، مسئولیت مدیریت بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی را برعهده‌دارد. در ایران، وزارت بهداشت تولید بهداشت و درمان و دستیابی همه افراد جامعه به سلامت را برعهده‌دارد و علاوه بر وزارت بهداشت، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، بهزیستی، نیروهای مسلح، بنیاد شهید و امور ایثارگران و وزارت نفت هرکدام جداگانه در مدیریت امور بهداشت و درمان و توان بخشی نقش دارند. و کشور مکزیک و کاستاریکا وزارت جداگانه‌ای با عنوان تأمین اجتماعی ندارند و مؤسسات تأمین اجتماعی مستقیماً تحت نظارت وزارت بهداشت، بیمه اجتماعی این کشورها را اداره می‌کنند؛ و در ژاپن هم این دو وزارتخانه ادغام هستند و به نام وزارت بهداشت، کار و رفاه اجتماعی متولی و ناظر ادارات مرتبط به تأمین اجتماعی هستند؛ و البته در بین کشورهای مورد مطالعه ژاپن نخستین قانون در ارتباط با بیمه‌ها و مستمری‌های عمومی درمان را در سال (۱۹۳۵) و بیمه مستمری کارکنان (۱۹۴۱) وضع کرد و ازاینرو در بین کشورهای مورد مطالعه قدیمی‌ترین نظام بیمه را دارا می‌باشد.

درمانی، اصلاح نظام درمانی و بیمه‌ای برای سالمندان و ادغام بیمه‌گران از سال ۲۰۰۶ در حال انجام و بازنگری می‌باشد [۵۷]. وزارت بهداشت کاستاریکا برنامه استراتژیک دارد و مدیران ارشد هم تعهد به تدوین این برنامه دارند؛ و به موسسه تأمین اجتماعی زیر مجموعه خود ابلاغ می‌کند لیکن با مشکلات تأمین مالی مواجه هستند از اهم استراتژی‌های وزارت بهداشت و معاونت درمان صندوق تأمین اجتماعی این کشور به مدیریت بیماری‌ها و ارتقاء سلامت، نظارت و کنترل عوامل بهداشتی، عدالت در ارائه خدمات است و همه این استراتژی‌ها توسط صندوق تأمین اجتماعی کاستاریکا (CCSS) در سطح اولیه و ثانویه و توان بخشی اجرا می‌شود [۵۸]. برنامه استراتژیک یونان معطوف به اهداف اصلی و سیاست‌های بهداشت و درمان دارد. از استراتژی‌های مهم این کشور استراتژی رشد و اشتغال با هدف اصلی اشتغال، گسترش مشمولین بیمه اجتماعی و کاهش فقر می‌باشد و استراتژی گسترش بیمه و خدمات بخش خصوصی نیز در حال انجام است [۲۹]. برنامه استراتژیک مکزیک الگوی موفق از سوی بهداشت و درمان جهان نام برده شده و در کمترین زمان استراتژی‌های لازم جهت ارتقای سطح بهداشت و درمان جامعه عملی شد [۴۲]. برنامه استراتژیک مصر معطوف به اولویت مسائل و اهداف اصلی سازمان نمی‌باشد یکی از استراتژی‌های سازمان تأمین اجتماعی مصر برون‌سپاری و خصوصی‌سازی بود که به خوبی انجام نشد و با مشکل سرمایه‌مواجه شد و با هدایت دولت به وخیم‌تر شدن وضع اقتصادی انجامید. البته بیمه تأمین اجتماعی بیش‌ترین خدمات را به فقرا ارائه می‌دهد ولی نیاز به اصلاح دارد [۵۹].

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان تأمین اجتماعی در نظام سلامت کشورهای ایران، ژاپن، کاستاریکا، مصر، یونان و مکزیک در سیاست‌ها و استراتژی‌ها و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر آنها شامل تولید و مدیریت سلامت، مؤلفه‌های تأمین مالی، مؤلفه‌های قانونی، مؤلفه‌های اجتماعی، سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک می‌باشد. از جمله حوزه‌هایی که دولت‌ها

است، همگرایی دارد [۶۵]. نظام تأمین اجتماعی امروزه با چالش‌ها و ریسک‌های متعددی در زمینه ساختارهای اجتماعی، اقتصادی، قانونی، مدیریتی و سیاسی مواجه است [۶۶].

در بحث مؤلفه‌های مالی، یافته‌ها حاکی از آن بود که در کشورهای مورد مطالعه نظام بیمه ائی اکثر کشورها «نظام بیمه اجتماعی» می‌باشد اما برای اقشار خاص بیمه‌های ویژه ائی نیز دارند. دولت از طریق مالیات عمومی، پوشش بیمه سلامت عمومی و مؤسسه تأمین اجتماعی سعی در تأمین هزینه‌های مراقبت سلامت برای افراد جامعه و به خصوص ارائه خدمات برای افراد دارای ناتوانی را دارند؛ اما در ایران بخش زیادی از هزینه‌های مراقبت سلامت و توان‌بخشی به طور مستقیم از جیب خانواده‌ها پرداخت می‌شود و موانع مالی، یکی از موانع قابل توجه در دسترسی افراد دارای بیماری و ناتوانی به خدمات درمانی و توان‌بخشی است. همان‌طور که پژوهش‌های پیشین در ایران نیز مؤید این مطلب بود که موانع مالی می‌تواند خانواده‌ها را در ورطه هزینه‌های کمرشکن ناشی از بروز بیماری بیندازد و خانواده‌ها ۴۸ درصد از کل هزینه‌های سلامت بخش سرپائی را از جیب خود پرداخت می‌کنند. پرداخت از جیب خانواده‌ها برای خدمات سلامت یکی از موانع بزرگ در بهره‌مندی از خدمات سلامت است [۶۷].

سلطانی و همکاران، نیز مؤلفه‌های مالی را یکی از موانع مهم در دسترسی افراد به خدمات سلامت در ایران گزارش کرده‌اند مواردی چون بیمه سلامت، توان مالی و درآمد پایین افراد دارای بیماری و ناتوانی و خانواده‌هایشان، عدم حمایت مالی از این افراد و هزینه‌های حمل‌ونقل را جزء موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت به بیماران در ایران برشمردند [۶۸].

پوندز و همکاران در پژوهشی نتیجه می‌گیرند که با توجه به ماهیت بلندمدت حمایت‌های تأمین اجتماعی و احتمال وجود مخاطرات متعدد در طول زمان، انتخاب نظام مالی مناسب در برنامه‌های نظام تأمین اجتماعی کشورها از اهمیت بالایی برخوردار است. چالش‌های مورد اشاره، دولت‌ها و نهادهای درگیر را به اتخاذ

از دیدگاه بانک جهانی، حاکمیت تأمین اجتماعی شامل حاکمیت قانون، نقش‌ها و کنترل‌هاست. همچنین معیارهای کنترل، شامل مکانیسم‌های اجرایی و فرایندهای کسب اطمینان از رسیدن منافع صحیح در زمان صحیح و به شخص صحیح است. باست و همکاران در پژوهشی با مشارکت برنامه توسعه سازمان ملل متحد و صندوق توسعه سرمایه سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۲ که با هدف تحلیل حاکمیت تأمین اجتماعی در برخی از کشورهای آسیایی انجام شد، وضعیت حاکمیتی ارائه حمایت‌های اجتماعی با هدف ارائه نقشه راهی برای توسعه تأمین اجتماعی در مؤسسات دولتی هفت کشور بنگلادش، کامبوج، اندونزی، التوس، مغولستان، نپال و تیمور شرقی بررسی شد درنهایت به سیاست‌های تمرکززدایی در ارائه خدمات، شناسایی دقیق جمعیت هدف، تقویت پایش و اندازه‌گیری، تقویت نظام مالی، تقویت پاسخگویی، ایجاد سازوکارهای رسیدگی به شکایات و توسعه ظرفیت انسانی و توجه به ساختار از جمله توصیه‌های ارائه شده جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی این سازمان برشمرد [۶۳].

به گفته سازمان بهداشت جهانی، کشورهای در حال توسعه به لحاظ سازمانی و مدیریتی از وضعیت مطلوبی در نظام سلامت و توان‌بخشی برخوردار نیستند [۶۴]. موزالم و اورتیز (۲۰۱۱) حاکمیت در نظام تأمین اجتماعی را شامل اصول پاسخگویی، شفافیت، پیش‌بینی پذیر بودن و پویایی معرفی کردند. در این بین پویایی که ذاتاً به تغییر و بهبود در وضعیت موجود با انجام اثربخش‌تر و کارتر فعالیت‌ها، در پاسخ به نیازهای متغیر اعضا و ذینفعان و به تبع آن خلق ارزش جدید اشاره دارد، جنبه مثبت تغییر در حاکمیت است اما افزایش بیکاری و تغییرات جمعیت شناختی، نظام تأمین اجتماعی در کشورهای جهان را با کسری بودجه مواجه کرده است؛ که با نتایج پژوهش که در آن سالمندی جمعیت و عدم سیاست‌گذاری مناسب و نداشتن استراتژی مناسب برای آن، ایجاد چالش برای حوزه درمان و توان‌بخشی سازمان تأمین اجتماعی کرده

به افراد دارای بیماری و ناتوانی وجود دارد؛ و در تمامی کشورهای مورد مطالعه قوانین و مقررات کلان در دولت و در وزارتخانه بهداشت مصوب می‌شود و در ژاپن که تأمین اجتماعی وزارتخانه و وظایف با وزارت بهداشت ادغام است توسط سازمان خدمات مستمری، خدمات بیمه‌ای و درمانی به مراکز تحت پوشش خود ارائه می‌دهند کمترین تصویب قوانین را دارد و پایداری قوانین زیاد است و قوانین و مقررات وضع شده در سطح کلان توسط دولت‌های محلی و شعب و ادارات تابعه اجرا می‌شوند و مکزیک و کاستاریکا هم وزارتخانه‌ای با عنوان رفاه و تأمین اجتماعی ندارند لیکن مؤسسات قوی و موفق بیمه ائی دارند.

در ایران نیز دولت موظف به نهادینه کردن قوانینی درزمینه مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی قلمرو توسعه سلامت و امنیت انسانی است. هم‌چنین یافته‌ها بیانگر این مطلب بودند که در ایران نهادهای مختلفی در تدوین قوانین نقش دارند و نیز عوامل مختلفی به شکل‌گیری نظام سلامت و توان‌بخشی منجر می‌شوند در همین راستا قوانینی جداگانه در سازمان‌هایی که در امر درمان سهیم هستند مثل سازمان تأمین اجتماعی وضع می‌شود که برخی از این قوانین در جهت تعهدات دولت در زمینه اجتماعی می‌باشد؛ و باعث عدم دقت و تحقیق لازم در زمینه آکچوئری بیمه می‌شود که همین امر باعث ایجاد خسارت‌های احتمالی به این سازمان می‌شود.

هم‌چنین پژوهش اولیور و همکارانش نشان داد که در ایران به لحاظ قانونی اقدامات بسیار محدودی برای کنترل کیفیت خدمات سلامت صورت گرفته است و اجرای قوانین وضع شده به خوبی صورت نمی‌گیرد. در صورتی که در برخی از کشورهای مورد بررسی در این زمینه اقدامات متعددی انجام گرفته است هم‌چنین بیان کردند که نهادهای تنظیم‌کننده قوانین و کارکنان مختلف ارائه‌کننده خدمات سلامت، وظایف متنوعی را برعهده‌دارند و وجود ارتباط و هماهنگی مؤثر بین این نهادها لازمه ارائه خدمات درمانی و حمایتی موفقیت‌آمیز است که وجود همکاری مؤثر بین

رویکردهایی برای تضمین ثبات مالی و توانایی پرداخت متعهد می‌کند [۶۹]. یافته‌های این پژوهش نشان داد که تقریباً همه کشورها نظام بیمه اجتماعی را دارند لیکن نحوه محاسبه آکچوئری بیمه در کشورها متفاوت است کشورهایی که پراکندگی بیمه ائی کمتر پرداخت سهم بیمه عادلانه‌تر دارند دارای ثبات مالی هستند و کمتر دچار مخاطرات بیمه ائی می‌شوند و دولت‌هایی هم که در زمان کسری بودجه نقش حمایت‌کننده برای سازمان تأمین اجتماعی دارند، در رسیدن به اهداف و سیاست‌های کلان بهداشتی و درمانی موفق‌تر هستند؛ و با یافته‌های پژوهش فوق همگرایی دارد.

محمدی میرعزیزی و همکاران در پژوهشی با عنوان «الگوی سیاست‌گذاری در بخش درمان تأمین اجتماعی» که از روش کیفی داده بنیاد استفاده کردند به تأثیرگذاری شرایط زمینه ائی بر سیاست معاونت درمان این سازمان اشاره کردند و سه دسته عوامل انسان‌محور، پشتیبانی و عوامل کلان را جزء شرایط تأثیرگذار نام بردند در گروه عوامل کلان محیط قانونی یکی از عوامل شناسایی شد. بابائی و همکاران نیز در پژوهش خود با عنوان «مدل سیاست‌گذاری در سازمان‌های دولتی» به عوامل قانونی اشاره کرده و این عوامل را از دو جنبه تأثیرگذار دانستند، جنبه اول بر بستر قانونی لازم جهت اصلاحات طرح تحول سلامت در حوزه بخش درمان اشاره دارد. با توجه به قوانین بالا دستی کشور که نشان می‌دهد بخش سلامت به صورت پر رنگ در موارد و لوایح قانونی منعکس شده است. جنبه دوم تأثیرگذاری محیط قانونی بر سیاست‌گذاری در بخش درمان است؛ که گزارش‌های تحلیل نظام سلامت حکایت از آن دارد [۷۰]؛ که با پژوهش حاضر که نشان داد کشورهایی که در آن نظام تأمین اجتماعی و به تبع آن درمان آن دارای قوانین پایدارتر و تحت حمایت دولت از نظر بستر قانونی و بودجه اجتماعی قرار داشتند از شاخص امید به زندگی بالاتری برخوردار بودند.

به لحاظ مؤلفه‌های قانونی در اکثر کشورهای مورد بررسی، قوانین و مقررات مشخصی برای ارائه خدمات

در این پژوهش در بین کشورهای مورد مطالعه فارغ از جمعیت تحت پوشش کشورهای توسعه‌یافته (ژاپن، یونان، کاستاریکا) امید به زندگی بالای ۷۹ سال دارند که نشان از وضعیت بهداشتی مطلوب، تغذیه مناسب و کاهش فقر است که با نتایج مطالعات هالیکی اوغلو مطابقت دارد [۷۶].

در بحث مؤلفه سیاست‌گذاری بر اساس قانون سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان عمومی غیر دولتی است که بخش عمده منابع مالی آن از حق بیمه‌ها (با مشارکت بیمه شده و کارفرما) تأمین می‌شود و متکی به منابع دولتی نیست و تکیه‌گاه اصلی این سازمان مشارکت سه‌جانبه کارفرمایان، بیمه‌شدگان و دولت در عرصه‌های کلان و تأمین منابع مالی است. در سازمان‌های بزرگ مانند تأمین اجتماعی یکی از نقش‌های اساسی و حاکمیتی، سیاست‌گذاری برای زیر مجموعه است [۷۷].

نتایج مؤلفه سیاست‌گذاری در کشورهای مورد مطالعه نشان از آن دارد که معاونت‌های درمان تأمین اجتماعی چه در کشورهایی که تأمین اجتماعی زیر مجموعه وزارتخانه منفک از وزارت بهداشت است و چه در کشورهای فاقد وزارتخانه، در سیاست‌گذاری درمان تابع سیاست‌های کلان دولت هستند؛ و در این میان کشورهایی موفق هستند (ژاپن، یونان، مکزیک و کاستاریکا) که از کمک‌های دولت به شکل پرداخت بخشی از سهم بیمه‌شدگان از درآمدهای مالیاتی و یا مساعدت‌های اجتماعی (پرداخت کل سهم بیمه‌شدگان و اقشار آسیب‌پذیر از درآمدهای مالیاتی) برخوردار باشند. در کشور مصر کمک‌های دولت اندک است و عملاً سیاست فقرزدائی در نظام تأمین اجتماعی محسوس نمی‌باشد. در ایران کمک‌های دولت با تنوع زیاد و درصدهای متفاوت جهت اقشار مختلف در سید بیمه تأمین اجتماعی گنجانده شده لیکن بر اساس دومین گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در خصوص لایحه بودجه سال آینده را تحت عنوان «بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور (۲)؛ بودجه به زبان ساده» منتشر کرده است. این مرکز در

سازمان‌های قانون‌گذار و ارائه‌گر خدمات سلامت، نقش مهمی را در ارائه خدمات درمانی و توان‌بخشی موفقیت‌آمیز ایفا می‌کنند [۷۱]. سازمان بهداشت جهانی بر این عقیده استوار است که کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، در سیاست‌گذاری‌ها، بیشتر توجه خود را به تدوین قوانین و مقررات معطوف کرده و به نحوه اجرای این قوانین و مقررات توجه چندانی ندارند [۷۲].

در بحث مؤلفه اجتماعی، حکیمی در پژوهش خود برای نشان دادن وضعیت عمومی سلامت در یک جامعه به معیارهای اجتماعی و اقتصادی و عواملی هم‌چون فقر، بیکاری، اشتغال، آموزش، تورم، هزینه‌های کمرشکن سلامت و پرداخت از جیب را اشاره می‌کند و به موضوع ماهیت و اهمیت نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در بخش سلامت ایران پرداخته است نتایج این مطالعه نشان می‌دهد سلامتی افراد، ارتباط مستقیم و معناداری با فقر و تورم در حوزه بهداشتی دارد [۷۳].

سازمان بهداشت جهانی نابرابری در سلامت را تفاوت در وضعیت سلامت به علت تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی در گروه‌های مختلف تعریف می‌نماید بنابراین بی‌عدالتی در سلامت شامل آن دسته از نابرابری‌هایی است که ناعادلانه بوده و یا به دلیل برخی عدم دسترسی‌ها ایجاد شده است [۷۴].

مکیان و همکاران نتیجه گرفتند که مخارج بهداشتی بخش عمومی در کشورهای با درآمد سرانه بالا اثر مثبت بر امید به زندگی دارد اما این مخارج در کشورهای با درآمد سرانه پائین اثر منفی بر متغیر امید به زندگی داشته که ناشی از کمبود منابع در بخش بهداشت در جهت پیشگیری از بیماری‌ها و یا سوء مدیریت این منابع است [۷۵]. یافته‌ها حاکی از این است که اغلب عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت در کشور نادیده گرفته می‌شوند نادیده گرفتن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و توان‌بخشی، وجود نگرش اجتماعی منفی نسبت به افراد دارای بیماری و ناتوانی و نادیده گرفتن عوامل فرهنگی را از جمله موانع اجتماعی موجود بر سر راه ارائه خدمات سلامت و حمایتی به افراد دارای ناتوانی در سیستم سلامت برشمردند [۶۷].

مورد توجه قرار دهد. اهداف راهبردی که سازمان برای حل آن مسائل تعیین می‌کند. استراتژی‌ها مهم‌ترین راه‌های رسیدن به اهداف راهبردی تعیین شده. طراحی و تدوین برنامه راهبردی در سازمان‌ها، امری است حیاتی و تجارب سازمان‌های مشابه جهانی و بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین دیگر بخش‌های میهن که بدین مهم پرداخته‌اند، حاکی از اهمیت سرشار این برنامه است [۸۰].

در بین کشورهای مورد مطالعه به گزارش اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل صندوق بازنشستگی کشوری، نظام‌های بهداشتی و درمانی در کشورهای مختلف ناشی از شرایط سیاسی و اقتصادی و فرهنگی آنهاست، بنابراین کشورهای با نظام سیاسی و اقتصادی مشابه دارای نظام درمانی مشابهی هستند. با وجودی که نظام بهداشتی درمانی کشور ژاپن از نظام بهداشتی درمانی آلمان الگوبرداری شده است ولی کشور ژاپن موفقیت بیشتری در بخش بهداشت و درمان کسب کرده است کشور ژاپن در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه از سلامتی بالا و امید به زندگی طولانی‌تری برخوردار است. در سالهای اخیر، هزینه‌های بهداشتی درمانی این کشور به دلیل سالمندی جمعیت نسبت به دیگر کشورهای عضو OECD افزایش یافته است. لیکن داشتن برنامه استراتژیک علمی و توجه به محیط داخلی و خارجی و مسائل راهبردی و اهداف راهبردی، سیاست‌های کلان بهداشتی و درمانی و در نتیجه تدوین و اجرای استراتژی‌های مناسب در زمان مناسب جزء کشورهای است که ساختار مناسب درمانی دارد.

بر اساس گزارش سایت آماری statista رتبه‌بندی نظام سلامت از بین کشورهای مورد مطالعه ایران در جایگاه ۶۱ بین ۱۶۷ کشور جهان و ژاپن در جایگاه نخست با امتیاز ۸۶٫۶، کشور کاستاریکا در جایگاه ۳۶، کشور یونان در جایگاه ۴۹، کشور مکزیک در جایگاه ۷۹ و کشور مصر در جایگاه ۱۰۹ قرار دارد. در این بین بقیه کشورهای مورد مطالعه نیز دارای برنامه استراتژیک هستند لیکن میزان موفقیت این

گزارش قبلی و این گزارش یکی از نقایص بزرگ لایحه بودجه را عدم پیش‌بینی بازپرداخت بدهی‌های دولت به سازمان تأمین اجتماعی دانسته است. در گزارش اخیر به زبان ساده و تحت سرفصل «مصارف نانوشته» و در تبیین این مفهوم آمده است «مصارفی که به موجب تکالیف و تعهدات قانونی دولت باید پرداخت شوند اما یا در بودجه دیده نشده‌اند و یا کمتر از مقدار واقعی برآورد شده‌اند» و «تعهدات دولت در قبال صندوق‌های بازنشستگی و سازمان تأمین اجتماعی» به‌عنوان مصادیق مصارف نانوشته لایحه بودجه ۱۴۰۲ قید شده‌اند [۷۸].

البته بایستی توجه داشت که تعهدات دولت در قبال سازمان تأمین اجتماعی از جنس بدهی‌های بیمه‌ای جاری و معوقه بوده و با تعهدات دولت در قبال سایر صندوق‌های بازنشستگی که غالباً از جنس کمک بلاعوض و تأمین کسری می‌باشد، کاملاً متفاوت است. وفق گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تعهدات و تکالیف قانونی و مقرراتی دولت در قبال بیمه‌شدگان، مستمیری‌بگیران و کارفرمایان مشمول قانون تأمین اجتماعی در لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ لحاظ نشده است.

بنابر «اصل تضمین»، دولت ضمانت تمامی تعهدات و تکالیف صندوقها، سازمان‌ها و نهادهای تأمین اجتماعی را عهده‌دار است که در این موارد پرداخت حق بیمه سهم دولت یا کمک خاص دولت باید از محل درآمدهای عمومی و مالیات محقق شود و در بودجه سالانه اعتبار لازم برای آن کنار گذاشته شود؛ و دولت باید در هر حال هزینه نظام تأمین اجتماعی را بپردازد [۷۹].

در بحث استراتژی‌ها که از دل برنامه استراتژیک بیرون می‌آید بر اساس تحلیل دکتر طیبی که در کتاب برنامه‌ریزی راهبردی آمده است، برنامه راهبردی، سه نکته اساسی را برای سازمان‌ها به دقت روشن و تعیین می‌کند. مهم‌ترین مسائل راهبردی که پیش روی سازمان قرار دارد و سازمان مایل است این اولویت مسائل معدود و قابل پرداختن را طی ۴-۵ سال آتی

سیاست و استراتژی مشخص و منسجمی در سطح کلان و وزارت کار و رفاه اجتماعی مشاهده نشد. در تدوین قوانین با وجود قدمت قوانین در معاونت درمان این سازمان، قوانین بیمه ائی و درمانی از عدالت برای مشاغل برخوردار نیست. برنامه استراتژیک در سطح کلان سازمان و واحدهای زیر مجموعه سازمان وجود دارد لیکن برنامه‌های استراتژیک، علمی و معطوف به اهداف اصلی سازمان نمی‌باشد.

بنابراین همان‌طور که ذکر شد، برای ایجاد تغییر در معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی در سیستم سلامت، ضروری است در سیاست‌گذاری و استراتژی توجه به مؤلفه‌های تأثیرگذار بر آنها و اصلاح ساختار و قوانین و مقررات بیمه ائی و درمانی و بخش‌های اجرایی و ائتلاف حمایتی قوی از سوی سازمان تأمین اجتماعی و دولت در چالش‌های مالی در راستای ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات و بهبود مدیریت منابع سازمان صورت گیرد. از نتایج این پژوهش می‌توان در جهت پیشبرد اهداف سازمان تأمین اجتماعی و سایر ارگان‌ها و کمک به بهبود ارائه خدمات به افراد تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و سایر بیمه‌ها استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه دوستانی که به‌نوعی برای انجام مطالعه کمک کردند، تشکر می‌کنند. همچنین از داورانی که راهنمایی آنها به بهبود نگارش این پژوهش کمک کرده است تشکر می‌کنیم.

برنامه‌ها بستگی به شناسایی مسائل راهبردی و اهداف راهبردی دارد. ایران هم همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه در طی سالیان اخیر تحولات بسیاری را به خود دیده است اما به دلایل مختلف نظیر گستردگی کشور، پراکندگی جمعیت، وجود شرایط اقلیمی و دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی متفاوت است؛ و در این بین معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی باید بر اساس سیاست‌های وزارت بهداشت و سیاست‌های سازمانی خود بتواند با سیاست‌گذاری مناسب و تدوین و اجرای برنامه استراتژیک علمی از وقوع و تشدید بحران در سازمان پیشگیری نمایند.

در بررسی تطبیقی مقایسه سیاست‌ها و استراتژی‌های ساختار معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران با سایر کشورهای منتخب مشخص شد که سیاست‌ها و استراتژی‌های سازمان وابسته به مؤلفه‌های تولید و مدیریت بهداشت

و درمان، تأمین مالی و بیمه، مؤلفه‌های قانونی، اجتماعی، سیاست‌گذاری و برنامه استراتژیک می‌باشد. در ایران و اکثر کشورهای مورد مطالعه، دولت و وزارت بهداشت و درمان عهده‌دار تولید و مدیریت بهداشت و درمان است و سیاست‌ها و استراتژی‌های کلان بهداشتی و درمانی را تدوین، ابلاغ، اجرا و نظارت می‌کند. وزارت کار و رفاه اجتماعی که سازمان تأمین اجتماعی و معاونت درمان زیر مجموعه آن می‌باشد، عهده‌دار بخشی از نظام بیمه ائی و درمانی کشور می‌باشد لیکن سیاست‌ها و استراتژی‌های آن تعارضی با سیاست‌ها و استراتژی‌های کلان بهداشتی و درمانی کشور ندارد. در بین کشورهای مورد مطالعه، ایران دارای نظام بیمه ائی و درمانی ترکیبی و آمیخته است که در سطح کلان ایجاد چالش نموده است. وجود نظام بیمه اجتماعی تحت مدیریت سازمان تأمین اجتماعی که وابسته به پرداخت‌هایی با عنوان حق بیمه از سوی بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت است و عدم تعهد مالی به‌موقع دولت باعث ایجاد چالش مالی این معاونت گردیده است. در مؤلفه‌های اجتماعی با وجود شاخص‌های قابل قبول، برای جمعیت رو به سالمندی

جدول ۱ - ماتریس تطبیق نهائی سیاست‌ها و استراتژی‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی

کشورها							زیر مؤلفه‌ها	مؤلفه‌ها	ابعاد اصلی
درصد فراوانی منابع	ایران	مکزیک	مصر	یونان	کاستاریکا	ژاپن			
٪۹۰	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت بهداشت و درمان	وزارت بهداشت و درمان	وزارت بهداشت و درمان، وزارت امور مالی	وزارت بهداشت و درمان	وزارت بهداشت، کار و رفاه	تولید و نظارت	تولیت و مدیریت بهداشت و درمان	سیاست‌ها و استراتژی‌ها
٪۸۶	استقلال دارد	استقلال ندارد	استقلال دارد	استقلال دارد	استقلال ندارد	استقلال ندارد	مدیریت ملی تأمین اجتماعی		
٪۸۴	وزارت کار و رفاه اجتماعی (با توجه به قوانین بالا دستی)	موسسه تأمین اجتماعی	وزارت همبستگی اجتماعی	وزارت کار و تأمین اجتماعی	صندوق تأمین اجتماعی و شعب	ادغام دو وزارتخانه (نظام تأمین اجتماعی بخشی وزارت بهداشت و رفاه است)	نظام درمانی		
٪۸۳	ترکیبی و آمیخته	واحد (موسسه بیمه تأمین اجتماعی)	ترکیبی و آمیخته (فعالیت تأمین اجتماعی شاخص تر است)	ترکیبی و آمیخته	واحد (صندوق بیمه تأمین اجتماعی)	منسجم و واحد	نظام بیمه‌ای		
٪۸۶	ترکیبی و آمیخته	واحد (موسسه بیمه تأمین اجتماعی)	ترکیبی و آمیخته (فعالیت تأمین اجتماعی شاخص تر است)	ترکیبی و آمیخته	واحد (صندوق بیمه تأمین اجتماعی)	واحد	بخش خصوصی		
٪۷۶	متوسط	فعالیت کم	متوسط در حال گسترش	متوسط در حال گسترش	فعالیت کم	فعالیت کم	تأمین ملی و بیمه		
٪۸۱	مالیات عمومی (بر اساس مشاغل)	بیمه عمومی و با مشارکت مردم (برحسب شغل و درآمد)	مالیات عمومی (بخش عمده)	مالیات عمومی (۷۰ درصد)	مالیات عمومی (حدود ۳۰ درصد)	مالیات عمومی (حدود ۳۵ درصد)	مشارکت دولت		
٪۸۱	پرداخت حق بیمه (نظام بیمه اجتماعی)	بخش عمده ائی از آن توسط دولت	پرداخت حق بیمه بر اساس درآمد (نظام بیمه اجتماعی)	پرداخت حق بیمه و نقدی (نظام بیمه اجتماعی)	پرداخت حق بیمه (صندوق تأمین اجتماعی، صندوق بهداشت درمان و انسیتیوی ملی)	پرداخت حق بیمه (نظام بیمه اجتماعی)			
٪۸۶	فقط کمک به سهم بیمه‌شدگان	حمایت اقشار کم درآمد از طریق بیمه مساعدت اجتماعی	خیلی ناچیز (۱ درصد از حق بیمه)	مشارکت در پرداخت حق بیمه کارکنان و پرداخت سالانه پارانه	حمایت دولت در چالش مالی	کمک به جبران کسری حق بیمه			

		سیاست‌ها و استراتژی‌ها					
وضع قوانین در سطح سازمان تأمین اجتماعی	تنوع و میزان حق بیمه	کم (۸ درصد از درآمد هر فرد)	بالا از ۴/۷ درصد تا ۲۰ درصد	متوسط از ۷ درصد تا ۱۳ درصد	متوسط ۱۳ درصد تا ۱۷ درصد	کم ۲ درصد تا ۸ درصد	بالا از ۷ درصد تا ۲۰ درصد
	وضع قوانین در سطح سازمان تأمین اجتماعی	دولت مرکزی، دولت‌های محلی و معاونت تأمین اجتماعی	موسسه تأمین اجتماعی	وزارت کار و تأمین اجتماعی	وزارت همبستگی اجتماعی و ایالت‌ها	موسسه تأمین اجتماعی	وزارت کار و رفاه اجتماعی
	نخستین قانون وضع شده	مستمری‌های عمومی و بیمه‌ها و درمان ۱۹۳۵	قوانین مربوط به بیمه و درمان ۱۹۷۰	بیمه‌ها و مستمری‌های اجتماعی ۱۹۳۴	بیمه‌های اجتماعی و درمانی و مستمری‌های عمومی ۱۹۵۰	قانون بیمه اجتماعی (در زمینه بیمه‌ها و مستمری‌های عمومی ۱۹۴۳)	قانون بیمه کارگران ۱۹۵۲
توسعه جمعیت امید به زندگی فرهنگ شاخصه فرهنگی	توسعه	توسعه یافته	توسعه یافته	توسعه یافته	در حال توسعه	در حال توسعه	در حال توسعه
	جمعیت	۱۲۵ میلیون	بیش از ۵ میلیون	۱۱ میلیون	۷۰ میلیون	۱۲۸ میلیون	۸۰ میلیون
	امید به زندگی	۸۶/۴ سال	۷۹	۸۱/۳	۷۲ سال	۷۵	۷۴
سیاست‌گذاری برنامه استراتژیک	فرهنگ	خانواده‌های تک نفره و سالمند	جامعه جوان و مهاجرپذیر	بالاترین درصد ۹۰ ساله‌ها در جهان	متنوع با رشد جمعیت مثبت	متنوع با رشد جمعیت مثبت	فرهنگ متنوع و مهاجرپذیر
	شاخصه فرهنگی	توجه به سالمندان	جمعیت شهری بالا جز ۲۰ کشور برتر جهان در سیستم بهداشتی	ارزان‌ترین خدمات بهداشتی و درمانی در اروپا	بیشترین کاربرد اینترنتی و شبکه‌های جهانی در منطقه	همکاری با دولت در جهت اصلاحات بهداشت و درمان	جمعیت رو به سالمندی و عدم برنامه‌ریزی
	سیاست‌گذاری سازمانی	ارتقاء کیفیت خدمات درمانی از جمله سیاست‌های اصلاحی اخیر	دسترسی به خدمات بهداشتی، عدم تمرکز و خریدهای راهبردی	گسترش بخش خصوصی در ارائه خدمات درمانی	گسترش فعالیت‌های بهداشتی و توزیع عادلانه تسهیلات بهداشتی و گسترش خدمات بخش خصوصی	افزایش بیمه همگانی سلامت کاهش نابرابری در هزینه‌های سلامت و افزایش بودجه حوزه سلامت	پایداری مالی در درمان، ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات
وضعیت برنامه استراتژیک	وضعیت برنامه استراتژیک	قوی و منسجم	قوی	قوی	ضعیف	قوی	ضعیف
	مهم‌ترین استراتژی‌ها	کنترل هزینه‌های درمانی و رفاه سالمندان	استراتژی خریدهای راهبردی، نظارت و کنترل عوامل بهداشتی و عدالت در ارائه	استراتژی رشد و اشتغال، گسترش مشمولین بیمه اجتماعی و کاهش فقر، گسترش بیمه و خملت بخش خصوصی	پیاده‌سازی UHC، تقویت برنامه‌های پیشگیرانه، گسترش بیمه اجتماعی و کاهش پرداخت از جیب	ارتقاء سطح بهداشت و درمان	اصلاح فرآیندها و ساختار نظام اطلاعاتی سازمان، بهبود در مدیریت و مصارف و هزینه و منابع انسانی

Reference:

- 1- Morgan M. Access to health care. Routledge; 2013 May 13.
- 2- Masoudi Asl I, Nosrati Nejad F, Akhavan Behbahani A, SM. MK. [Proposed model for integrating health and social welfare system in Iran (a comparative study) (Persian)]. Payesh, 2011; 10(1): 115.
- 3- World Health Organization. Constitution of the world health organization. [Accessed 28 June 2021]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution.pdf
- 4- Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. Tehran University Medical Journal, 2019; 77 (8): 537-538. [In Persian]
- 5- Kamali M. An overview of the situation of the disabled in Iran. Advancing the Rights of Persons with Disabilities: A US–Iran Dialogue on Law, Policy, and Advocacy; 2011 Nov:15.
- 6- World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
- 7- Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. Journal of Arak University of Medical Sciences, 2010 Feb 10; 12(4): 92-104.
- 8- Homayoonpour, H. Social security in Iran and the world. Tehran: Social Security Research Institute; 2006.
- 9- International Social Security Association. Social security programs throughout the world; 2017.
- 10- Radnasab B. A look at the role and importance of the social security system. World Economy Newspaper; 2009. [In Persian].
- 11- Barati O, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E. Investigation of hospitals management challenges: A qualitative study in Shiraz hospitals. Sadra Medical Journal, 2016 Jun 21; 4(3): 149-60.
- 12- Rohregger B. Social protection and governance. Discussion Papers on Social Protection. Deutsche Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH German Technical Cooperation; 2010.
- 13- Rosen B, Israeli A, Schoenbaum S. Innovation and the Israel journal of health policy research. Israel Journal of Health Policy Research, 2019 Dec; 8: 1-5.
- 14- DalaviM.R. & et al. Measuring the dimensions of agility capabilities in Kohiluyeh and Boyer-Ahmad Social Security Organization. Summer Social Security Quarterly, 2013; 40(11): 77-99. [In Persian].
- 15- Sabri M, Moradi H, Al-Boye A. "Evaluation of the position of health and medical services in the context of Iran's social security rights" Journal of Medical Law, 2021; 15(56): Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>
- 16- Nadkarni S, Narayanan VK. Strategic schemas, strategic flexibility, and firm performance: The moderating role of industry clockspeed. Strategic management journal, 2007 Mar; 28(3): 243-70.
- 17- Kouropalatis Y, Hughes P, Morgan RE. Pursuing “flexible commitment” as strategic ambidexterity: An empirical justification in high technology firms. European Journal of Marketing, 2012 Sep 14; 46(10): 1389-417.
- 18- Dooley RS, Fryxell GE, Judge WQ. Belaboring the not-so-obvious: Consensus, commitment, and strategy implementation speed and success. Journal of management, 2000 Nov 12; 26(6): 1237-57.
- 19- Hashemy SH, Yousefi M, Soodi S,

- Omidi B. Explaining human resource empowerment pattern and organizational excellence among employees of emergency of Guilan's University hospitals. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 2016 Sep 12; 230: 6-13.
- 20- Ogbechie C. Strategic management practices in Africa. In *Indigenous Management Practices in Africa: A Guide for Educators and Practitioners*; 2018 Aug 10: 167-184. Emerald Publishing Limited.
- 21- Zibafar A, hosseini S, asefzadeh S. Review the progress of the strategic plan, Qazvin University of Medical Sciences in 1387, *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 2010; 4(54): 77-84. [In Persian]
- 22- Ugoani J. Management by emotional intelligence and why it matters in organizational excellence. *American Journal of Marketing Research*, 2019; 5(4): 42-53.
- 23- Ilbeigi A, Kazemi M, Peivandi MT. Relationship between official performance measurement scores and Relative efficiency in general hospitals. *Journal of Hospital*, 2012 Aug 10; 11(2): 31-44.
- 24- Widmer PK, Trottmann M, Zweifel P. Choice of reserve capacity by hospitals: A problem for prospective payment. *The European Journal of Health Economics*, 2018 Jun; 19: 663-73.
- 25- Esmaili F, Mehrolhassani MH, Barooni M, Goudarzi R. Measurement of efficiency of direct medical services affiliated with Iranian social security organization using data envelopment analysis in 2014. *Iranian Journal of Epidemiology*, 2017 Mar 10; 12: 32-9.
- 26- Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC international health and human rights*, 2011 Dec; 11(1): 1-1.
- 27- Iravani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi SJ. A comparative study of the rehabilitation services systems for people with disabilities. *Archives of Rehabilitation*, 2020 Dec 10; 21(4): 544-63.
- 28- WHO, World Health Report 2020. Google Scholar
- 29- Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the world: Asia and the pacific, 2016: Japan. The United States Social Security Administration: [www://https://gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/Asia/japan.pdf](http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/Asia/japan.pdf).
- 30- Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the world: Europe, 2016: Greece. The United States Social Security Administration: [www://https://gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/erope/greece.pdf](http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/erope/greece.pdf).
- 31- Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the world: Africa, 2017: Egypt. The United States Social Security Administration: [www://https://gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/Africa/egypt.pdf](http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/Africa/egypt.pdf).
- 32- Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the world: Americas, 2017: Mexico. The United States Social Security Administration: [www://https://gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/Americas/Mexico.pdf](http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptv/2016-2017/Americas/Mexico.pdf).
- 33- Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *Journal*

- of Arak University of Medical Sciences, 2010 Feb 10; 12(4): 92-104.
- 34- Kamali M. An overview of the situation of the disabled in Iran. *Advancing the Rights of Persons with Disabilities: A US–Iran Dialogue on Law, Policy, and Advocacy*; 2011 Nov:15.
- 35- Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, Kawakami N, Hashimoto H, Kondo N, Abe Krull S, Palmer M. Japan health system review. *Health systems in transition*, 2018; 8(1).
- 36- Costa Rica, Ministerio de Planificaci3n Nacional y Pol3tica Econ3mica. Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 “Mar3a Teresa Obreg3n.” San Jose3: MIDEPLAN; 2010.
- 37- Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Stergachis A, Abraha HN, Alla F, Androudi S, Car M, Chrepa V, Fullman N, F3rst T, Haro JM. The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Public Health*, 2018 Aug 1; 3(8): e395-406.
- 38- Boltvinik J. La ley General de Desarrollo Social. G3nesis, logros, limitaciones y riesgos. *Alternancia, pol3ticas sociales y desarrollo regional en M3xico*; 2006.
- 39- Costa Rica, Ministerio de Planificaci3n Nacional y Pol3tica Econ3mica. Costa Rica: Objetivos de Desarrollo del Milenio, II Informe de pa3s 2010[Internet]. Available at:<http://jhm.srbiau.ac.ir/journal/editorial.board> www.nacionesunidas.or.cr/dmdocument/s/II%20Informe%20CR%20ODM%20-%202010.pdf Accessed on 20 January 2012.
- 40- Etling B, Kelly J, Faris R, Palfrey J. Mapping the Arabic blogosphere: Politics, culture, and dissent. Harvard University: Berkman Center Research Publication, no. 06.2009.
- 41- OECD Health Data 2013, (www.oecd.org/health/healthdata).
- 42- Ord3nez Barba G. La pol3tica social en tiempos de crisis: un an3lisis del comportamiento del gasto social en las 3ltimas tres d3cadas en M3xico (1982-2010). *La necesaria reconfiguraci3n de la pol3tica social en M3xico*. 2011.
- 43- Social Security Organization. Introduction of Social Security Organization, Social Security Organization Website. Available at:www.tamin.ir/News/Item/2352/2/2352.html. 2011. [Persian].
- 44- Homayunpour H. Social Security in Japan. *Social Security Journal*. 2006 Aug 23;8(2):93-104.
- 45- Giedion 3, Villar M, Avila A. Los sistemas de salud en Latinoam3rica y el papel del seguro privado.
- 46- World Health Organization. National health accounts estimates. Global Health Expenditure Database [Internet]. Available at: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?d51> Accessed on 20 January 2012
- 47- United Nations Development Programme. Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development. New York: UNDP; 2009. Available at: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf Accessed on 20 January 2012.
- 48- Costa Rica, Ministerio de Planificaci3n Nacional y Pol3tica Econ3mica. Comportamiento de la cooperaci3n internacional en Costa Rica: 2006–2008[Internet]; 2010. Available at: <http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/07769661-9838-4610-b200-86ad6b4f3c43/Comportamiento-cooperacion-CR-2006-2008-978-9977-73-049-3.pdf> Accessed on 20 January 2012.

- 49- Bensusán G. Diseño legal y desempeño real: México. Diseño legal y desempeño real: instituciones laborales en América Latina; 2006: 313-409.
- 50- Wong SL, Green LA, Bazemore AW, Miller BF. How to write a health policy brief. *Families, Systems, & Health*, 2017 Mar; 35(1): 21.
- 51- Rosen B, Israeli A, Schoenbaum S. Innovation and the Israel journal of health policy research. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2019 Dec; 8: 1-5.
- 52- Rica C. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo "Jorge Manuel Dengo Obregón"; 2007.
- 53- Cecchini S. and Martínez R. Inclusive Social Protection in Latin America: A Comprehensive, Rights-based Approach (LC/G.2488-P), ECLAC Book No. 111, Santiago, Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean. United Nations Publication, 2011; 11(2): 23.
- 54- Abbaszadeh M, Hanifi F, Nouripour D. Obstacles to the use of strategic management in government organizations of Iran: the first annual conference on management, innovation and entrepreneurship, Shiraz; 2011.
- 55- Ershadi M J, & Dehdazzi R E. Investigating the role of strategic thinking in establishing organizational excellence model: A moderating role of organizational forgetting. *The TQM Journal*; 2019: 1-19.
- 56- Bakar A H. A. Tufail M. A. Tufail, M. N. Y. M. A. & Virgiyanti W. Implementation of strategic management practices in the Malaysian construction industry. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences (PJCSS)*, 2011; 5(1): 140-154.
- 57- Yoshihiro Kaneko, Japan's Social Security System, Labour Siruailon in lapan and Analysis, Japan Institute for l- labour Policy and Training, Tokio; 2006.
- 58- Costa Rica, Ministerio de Ciencia y Tecnología. Indicadores nacionales 2009. Ciencia, tecnología e innovación. San Jose': Ministerio de Ciencia y Tecnología; 2011.
- 59- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). The Global Burden of Disease. Country profile: Egypt 2016. Available from: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_egypt.pdf
- 60- Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health policy and planning*, 2014; 29(6): 685-93.
- 61- Salize HJ, Rössler W, Becker T. Mental health care in Germany: current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2007 Mar; 257: 92-103.
- 62- Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *Electronic physician*, 2015 Nov; 7(7): 1476.
- 63- Bassett L, Giannozzi S, Pop L, Ringold D. Rules, roles, and controls: governance in social protection with an application to social assistance; 2012.
- 64- World Health Organization. WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015. [Link]
- 65- nMusalem AR, Ortiz MD. Governance and social security: Moving forward on the ISSA good governance guidelines. *International Social Security Review*, 2011 Oct; 64(4): 9-37.
- 66- Rohregger B. Social protection and governance. Discussion Papers on Social Protection. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH German

- Technical Cooperation; 2010.
- 67- Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *Electronic Physician*, 2015; 7(7): 147685. [DOI:10.19082/1476]
- 68- Soltani S, Takian A, Sari AA, Majdzadeh R, Kamali M. Financial barriers to access to health Services for Adult People with disability in Iran: the challenges for universal health coverage. *Iranian journal of public health*, 2019 Mar; 48(3): 508.
- 69- Ponds E, Severinson C, Yermo J. Funding in public sector pension plans-international evidence. *National Bureau of Economic Research*; 2011 May 26.
- 70- Mohamadi mir Azizi N, Mehrara A, Matani M. Development of a policy model in the treatment sector of the Social Security Organization. *Razi Journal of Medical Sciences*, 2020 Nov 10; 27(9): 64-78.
- 71- Oliver A, Mossialos E. European health systems reforms: looking backward to see forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2005 Feb 1; 30(1-2): 7-28
- 72- Zare H. Basic health insurance: principles, Structure, Coverage and Regulation. Tehran: Medical Services Insurance Organization Publication; 2006: 37-45.
- 73- Hakimi, M. 2015.) Poverty in the field of health. *Journal of Health*, 2015; 1(3): 15 -18
- 74- Islamic Council. World Health Report. Tehran: Research Center of the Islamic Council; 2014.
- 75- Mekian, Nizamuddin. Tahirpour, Efat. Zangiabadi, Parwaneh. Health costs and life expectancy in Islamic countries. *Strategic and Macro Policy Quarterly/ 4th year, 13th issue; spring 2015: 25-40*
- 76- Halicioglu F. Modeling life expectancy in Turkey. *Economic modelling*. 2011 Sep 1; 28(5): 2075-82.
- 77- Wyller VB. Health policy more ideology than rationality? *Tidsskr Nor laegeforen*, 2015: 135(16): 1423.
- 78- Review of the country's 1402 budget bill (2): budget in simple language, serial number 18738 (2022), Research Center of the Islamic Council: <https://www.ilna.ir/fa/tiny/news-1328105>.
- 79- Badini, Hassan; Pushtdar, Hossein (2012) "Social security legal system; transition from the welfare state to the idea of optimal governance", *legal research quarterly*, Shahid Beheshti University Faculty of Law, 2012; 61: 308
- 80- Jamal al-Din Tabibi, Presentation of a strategic planning model for Iran's higher education system, *Higher Education Letter*, third year, ninth issue, spring; 2010: 47-61.