

نقش و مسئولیت دولت در برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان

منیره سادات سعادت‌تمند هاشمی^۱

عباس اکبریان^۲

چکیده:

سلامتی یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسانهاست که هیچ یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن بی‌نیاز دانست. برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت حقی است همگانی که مسئولیت و تولیت آن بر عهده دولت‌ها است.

افزایش سریع هزینه‌ها، افزایش انتظارات مردم، ورود فناوری‌های جدید و بعضاً استفاده نابجا از آنها مشکلاتی است که همه کشورها در نظام بهداشت و درمان خود با آن روبه‌رو هستند. تقاضای نامحدود جوامع برای استفاده از این منابع محدود نقش و مسئولیت دولت‌ها در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان کشورها را بیش از پیش افزایش داده است. همچنین موفقیت برنامه‌ریزی در گرو نقش و مسئولیتی است که ارکان برنامه‌ریزی برعهده دارند. این مطالعه به منظور شناسایی نقش دولت در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان و با تکیه بر مطالعات تطبیقی، طراحی شده است.

براساس طبقه‌بندی نظام‌های بهداشت و درمان که نظام بهداشت و درمان کشورها را در چهار گروه بازار آزاد، بیمه اجتماعی، بیمه ملی و طب ملی طبقه‌بندی می‌کند، کشورهای آمریکا از نظام مبتنی بر بازار آزاد، آلمان از نظام مبتنی بر بیمه اجتماعی، فرانسه از نظام مبتنی بر بیمه ملی و انگلستان از نظام مبتنی بر طب ملی به عنوان جامعه مورد مطالعه به همراه ایران انتخاب شدند.

نتایج حاصل نشان می‌دهد که دولت در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان کشورها نقش مؤثری دارد؛ هرچند که شدت آن بستگی به نوع تمرکز یا عدم تمرکز نظام بهداشت و درمان کشور مورد مطالعه متفاوت است. در کشور آمریکا با نظام بهداشت و درمان مبتنی بر بازار آزاد هرچند نقش دولت کم‌رنگ است ولی مسئولیت اصلی همچنان با دولت است، در کشوری مانند

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و کارشناس ارشد اقتصاد درمان و ارزیابی عملکرد واحدها (اداره کل درمان تأمین اجتماعی تهران) (نویسنده مسئول) msshahemi@yahoo.com

۲. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

فرانسه با نظام بهداشت و درمان مبتنی بر بیمه ملی نقش دولت کاملاً مشهود و مؤثر است به نحوی که برنامه‌های استراتژیک و برنامه‌های میان مدت نیز توسط نهادهای وابسته به دولت طراحی و تنظیم می‌گردند. یکی از نکات مهم و اساسی در زمینه برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان تعریف درست نقش و کارکرد ذینفعان در برنامه‌ریزی این بخش و تمرکز بر این موضوع که مسئولیت اصلی بر عهده دولت است.

کلمات کلیدی: برنامه‌ریزی، بهداشت و درمان، دولت، تمرکز، عدم تمرکز

مقدمه:

برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و با کیفیت توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسئولیت و تولید آن بر عهده دولتهاست و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است (شورای سیاستگذاری، آبان ۱۳۸۸، ص ۱۹). برای تحقق این امر فراهم‌سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در کلیه مراحل زندگی و زنجیره حیات که از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسان‌ها به شمار می‌رود در مکتب اسلام و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تأکید قرار گرفته است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۳، ۲۹، ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران). در کشورهای در حال توسعه معمولاً به دلیل فراهم نبودن زمینه اطلاعات، مهارت و تخصص در زمینه برنامه‌ریزی بهداشتی و درمانی، اغلب منابع به صورت نامتوازن تخصیص می‌یابند. افزایش سریع هزینه خدمات درمانی، ورود فناوری‌های جدید و گرانی قیمت و بعضاً استفاده نابجا از آنها مشکلاتی است که همه کشورهای جهان با آن روبه‌رو هستند. کشورهای مختلف دنیا با توجه به نگرش‌ها و گرایش‌های سیاسی و فرهنگی خود در زمینه بهداشت و درمان برای تأمین و توزیع هزینه‌های بهداشت و درمان از شیوه‌های متنوعی استفاده می‌کنند (قاضی جهانی، ۱۳۷۸).

به هر حال آنچه در بخش بهداشت و درمان در تمامی کشورها دارای وجوه تشابه است عبارتند از:

۱. منابع نه تنها در کشور ما که در کشورهای توسعه یافته نیز محدود است.

۲. تقاضای جامعه برای این منابع محدود، نامحدود است.
 ۳. افراد جامعه درباره نحوه مصرف منابع در سطح تولید، توزیع و مصرف خدمات از حق انتخاب برخوردارند.
 ۴. هرگونه انتخاب یا هر نوع تصمیمی که گرفته می‌شود هزینه‌هایی را به منابع محدود تحمیل می‌کند، هزینه‌هایی که در اغلب موارد یکبار مصرف هستند و پس از مصرف دوباره قابل استفاده نیستند (اکبری‌ان، ۱۳۸۰).
- بر همین اساس توجه به نقش برنامه‌ریزی در نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیش از پیش در دهه اخیر افزایش پیدا کرده است. این توجه بیشتر ناشی از افزایش تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی و افزایش اجتناب ناپذیر هزینه‌ها بوده است. در نتیجه، نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در حال تلاش برای سازماندهی مجدد فرایندهایشان هستند تا نظام کارآمدتر و مؤثرتری داشته باشند (قاضی جهانی، ۱۳۷۸).
- اگرچه کشور جمهوری اسلامی ایران حدود ۶ درصد تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌کند ولی مطالعه هزینه‌های خانوار بیانگر تأمین حدود ۵۴ درصد از هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت مستقیم از جیب و قرار گرفتن حدود ۳ درصد از خانوارها در ورطه هزینه‌های کمرشکن ناشی از بروز بیماری است (حسن زاده و همکاران، ۱۳۸۷، ص ۵).
- از آنجا که برنامه‌ریزی یکی از اصول اصلی مدیریت و یکی از وظایف مهم مدیران است، مطالعه نقش و مسئولیت ارکان برنامه‌ریزی در نظام بهداشت و درمان کشورهای صنعتی و پیشرفته می‌تواند کمک بسیار زیادی به توسعه و بهبود نظام برنامه‌ریزی در بخش بهداشت و درمان کشور باشد و برای سازمان تأمین اجتماعی که نخستین خریدار خدمات درمانی بوده و دومین تولیدکننده درمان بعد از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است این موضوع می‌تواند به عنوان یک مستند قابل قبول در معرفی سازمان به عنوان یکی از ارکان مهم نظام برنامه‌ریزی در بخش بهداشت و درمان کشور محسوب گردد.

روش پژوهش:

این مقاله از نوع مطالعات مروری، تطبیقی و کتابخانه‌ای است که به منظور بررسی نقش و مسئولیت دولت در برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان کشور با بهره‌گیری از تجربه کشورهای صنعتی و موفق در این زمینه طراحی شده است.

به همین منظور و بر اساس طبقه‌بندی نظام‌های بهداشت و درمان که کشورهای دنیا را به چهار گروه نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد، نظام مبتنی بر طب ملی، نظام مبتنی بر بیمه ملی

و نظام مبتنی بر بیمه اجتماعی تقسیم‌بندی می‌کند، کشور آمریکا از گروه نظام مبتنی بر بازار آزاد، کشور انگلستان از گروه مبتنی بر طب ملی، کشور فرانسه از نظام مبتنی بر بیمه ملی و کشور آلمان از گروه مبتنی بر بیمه اجتماعی به همراه ایران به عنوان کشورهای منتخب جهت مطالعه مسئولیت دولت در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان انتخاب شدند.

یافته‌های پژوهش:

برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی درمانی در کشور آمریکا

برنامه‌ریزی در بخش بهداشت و درمان در کشور آمریکا به مفهومی که در کشورهای اروپای غربی وجود دارد، مشاهده نمی‌شود که آنهم به دلیل گسترش بیمه‌های خصوصی است که در نتیجه نقش دولت بسیار کمرنگ شده است (آلسنس لتر و همکاران، ۱۹۹۷، ص ۱۵).

مجلس نمایندگان و مجلس سنا نقش برجسته‌ای در برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان دارند به نحوی که هر دو باید قوانین مرتبط و قوانین مالی را تصویب کرده و آن را حمایت نمایند. سیستم قضایی نیز در تصویب بسیاری از قوانینی که مربوط به بخش بهداشت و درمان است نقش مهمی دارد و در واقع سهم زیادی در برنامه‌ریزی این بخش دارد. با آن که کمیته‌ای در کنگره آمریکا وجود دارد که پیش نویس قوانین را قبلاً بررسی می‌کند همه لوایحی که تصویب می‌شود بایستی توسط رئیس جمهور امضا شود. ریاست جمهوری مشاورینی متشکل از کارشناسان ارشد خیره دارد که آنها نیز در این برنامه‌ریزی مشارکت دارند. در صورتی که اختلافی بین هر یک از اعضای نامبرده به وجود بیاید دستگاه قضایی فدرال آمریکا به همراه دیوان عالی آمریکا حکمیت نهایی را برعهده خواهند داشت (رایس و همکاران، ۲۰۱۳)

نقش دولت مرکزی در برنامه‌ریزی بهداشت و درمان:

- سیاستگذاری کلی همراه با همکاری کنگره آمریکا، بخش بهداشت و درمان قوه مجریه سیستم قضایی
- کمک‌های مالی (یارانه‌ها) به سیستم بهداشت و درمان عمومی (آلسنس لتر و همکاران، ۱۹۹۷، ص ۱۷).

نقش وزارت بهداشت و درمان در سطح فدرال:

- تدوین قوانین بهداشت و درمان عمومی، برنامه‌ها، نحوه اجرا، حفاظت محیط زیست

- تحقیق و توسعه در مؤسسات ملی بهداشت و درمان و بهداشت روانی
 - برنامه مدیکیر برای افراد کم درآمد و مدیکید برای سالمندان
 - برنامه بیمه بهداشت برای نیروهای مسلح، ارتشی‌ها، کارمندان دولت مرکزی و اعضای کنگره
 - حمایت از آموزش و تحقیق نیروهای حرفه‌ای بهداشت و درمان
 - حمایت از درمانگاه‌های عمومی در نقاط کم درآمد شهری و روستایی با استفاده از توزیع نیروی انسانی و نظارت بر برنامه‌ریزی محیط زیست
- وظایف ذکر شده همراه با وظایف مستقیم حدود ۱۸/۴ درصد بودجه کل را شامل می‌شود (همان منبع، ص ۱۹).

نقش ایالت‌ها در برنامه‌ریزی بهداشت و درمان:

- مسئولیت توسعه و اجرای سیاست‌های بهداشتی درمانی
 - مسئولیت تأمین منابع مالی خدمات برای نیازمندان از طریق برنامه مدیکید
 - برنامه‌ریزی برای بهداشت و درمان افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند
 - تضمین کیفیت برنامه‌های بهداشتی
 - برنامه‌ریزی و تنظیم برنامه‌های بهداشت صنعتی
 - مسئولیت اصلاحات جامع بهداشتی (رایس و همکاران، ۲۰۱۳).
- لازم به ذکر است خیلی از ایالت‌ها مستقیماً و مستقلاً اصلاحاتی در بخش بهداشت و درمان به عمل می‌آورند. به عنوان مثال درهاوایی برنامه‌های بیمه اجباری به اجرا گذاشته شده که این سیستم بیمه خیلی جالب قلمداد شده و تمام افراد کم درآمد را تحت پوشش درآورده است که این کار با گسترش مدیکیر انجام شده است (همان منبع).

نقش دولت محلی:

- تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش
- تأمین منابع مالی طرح بهداشتی برای شهر یا منطقه
- مذاکره با تأمین‌کنندگان در سطح محلی
- تأمین منابع مالی آموزش پزشکی در سطح منطقه یا محلی
- توسعه خدمات بهداشت عمومی منطقه
- پرداخت‌های مدیکیر برای خدمات بهداشتی و درمانی اولیه

- پرداخت حقوق به پزشکانی که در بیمارستان از طریق طرح مدیکیر به کار گماشته شده‌اند (همان منبع).

برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی، درمانی در کشور آلمان

در کشور آلمان دولت نقش پررنگی در سطح برنامه‌ریزی بهداشت و درمان ایفا می‌کند. دولت مسئولیت قانونگذاری، توسعه بهداشت و بیمه سلامت عمومی را به‌عهده دارد. میزان نهایی حق بیمه نیز نهایتاً توسط دولت تعیین می‌شود. اصول سیاستگذاری بر پایه تقویت صندوق‌های بیمه یا به عبارت دیگر تقویت بیمه عمومی در سطح کشور است.

اعتقاد کلی بر این است که تقویت صندوق‌ها از طریق برقراری شرایطی که میزان رقابت را جذب افراد افزایش دهد، منتهی به افزایش کارایی، بهبود کیفیت خدمات و کاهش حق بیمه می‌شود. دولت مرکزی و دو وزارت تابعه آن به عنوان مهمترین اعضا و ارکان اصلی تصمیم‌گیری در بخش بهداشت و درمان هستند.

تا قبل از سال ۱۹۹۱ وزارت کار و امور اجتماعی مسئولیت تصمیم‌گیری در بهداشت و درمان را عهده دار بوده ولی در حال حاضر وزارت مستقلی به نام وزارت بهداشت و درمان وجود دارد.

نهادهای مختلفی در سطح کلی، وظیفه سیاستگذاری و تصمیم‌گیری را برعهده دارند که عبارتند از:

دولت مرکزی سه وظیفه اساسی به شرح زیر به عهده دارد:

- تعیین چارچوب کلی قانونی در امور بهداشت و درمان
 - تفویض اختیار و مسئولیت به صندوق‌ها، انجمن‌ها و سایر گروه‌ها
 - تقسیم وظایف در سطح دولت مرکزی، بخش‌ها، ایالت‌ها و دولت‌های محلی.
- خود حکومتی مهمترین اصلی است که در نظام بهداشت و درمان آلمان به آن توجه می‌شود. دولت مسئولیت‌های خود را به سازمان‌های ذیربط تفویض می‌کند که این سازمان‌ها از استقلال کامل برخوردارند در حالی که قوانین خود را از دولت دریافت می‌کنند.

دولت در سطح بخش‌ها:

- سه وظیفه اصلی به این سطح مربوط می‌شود که عبارتند از:
- نظارت بر کار انجمن پزشکان صندوق و انجمن صندوق‌ها

- مدیریت و برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها در سطح بخش
- تنظیم قوانین مربوط به استانداردهای آموزش پزشکی و نحوه آموزش دانشجویان گروه پزشکی (باس و رایزبرگ، ۲۰۰۴).

دولت محلی:

- نظارت بر نحوه مراقبت‌های بهداشتی درمانی
 - مدیریت بیمارستان‌های محلی
 - سرمایه‌گذاری در بیمارستان‌های محلی (همان منبع).
- کمیته مشورتی برای اقدام‌های توافقی یکی از مهمترین سطوح تصمیم‌گیر در سطح این کشور است که ۶۰ نفر عضو دارد، ریاست این کمیته به‌عهده وزیر بهداشت و درمان است (قبل از به وجود آمدن وزارت بهداشت و درمان ریاست کمیته به‌عهده وزیر کار و امور اجتماعی بود). نمایندگان این کمیته از مؤسسات ارائه خدمات، صندوق‌های بیمه، عاملان بیمه‌های عمومی و خصوصی، اتحادیه‌های کارگری و اعضای دولت تشکیل شده است. هدف اولیه این کمیته، ارائه پیشنهادات مناسب به دولت برای توسعه کارایی نظام و همچنین راهنمایی صندوق‌های بیمه و ارائه دهندگان خدمات در رابطه با نحوه بازپرداخت‌ها و قراردادهای آنها است. از سال ۱۹۸۶ کمیته فرعی این نهاد متغیرهای مختلف پزشکی و اقتصادی را تهیه کرد که از آنها نهایتاً برای ارائه گزارش به دولت استفاده می‌شود. همچنین از سال ۱۹۹۴ این کمیته بیشتر نقش تحقیقاتی پیدا کرده و کمتر در زمینه‌های اجرایی فعالیت می‌کند

انجمن ملی پزشکان صندوق

انجمن مذکور از اجزای اصلی تصمیم‌گیر در امور بهداشتی و درمانی طی ۴۰ سال گذشته بوده است. این انجمن که انجمن‌های پزشکان صندوق را زیر نظر دارد با دولت و سایر کمیته‌ها به مذاکره می‌نشیند و در تصمیم‌گیری‌های نهایی نقش اساسی دارد.

انجمن ملی صندوق‌های بیمه بیماری

این انجمن که در حقیقت نماینده صندوق‌های بیمه چه از نوع محلی و چه از نوع جایگزینی است در جلسات تبادل نظر شرکت کرده و نظرات خود را ارائه می‌دهد. سایر کمیته‌ها و انجمن‌ها از قبیل انجمن پزشکان صندوق، انجمن دندانپزشکان، انجمن بیمارستان‌ها، صندوق‌های محلی و...

برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی، درمانی در کشور انگلستان

مهمترین عضو تصمیم‌گیری در برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان کشور انگلستان، مجلس است. کمیسیون‌های مجلس نقش بارزی در بررسی فعالیت‌های جاری دولت دارند، قبل از تفکیک وزارت درمان از خدمات اجتماعی (یکی از کارهایی که در دوران نخست وزیری خانم «تاچر» انجام شد، تفکیک وزارتخانه‌های بهداشت و خدمات اجتماعی بود)، گزارش‌ها و تحقیقات متعددی که در این باره توسط کمیسیون‌ها انجام می‌شد در شکل‌گیری سیاست‌ها نقش اساسی داشت (لیسی و همکاران، ۱۹۹۷)

پس از مجلس نقش نخست وزیر بسیار برجسته است، نخست وزیر به عنوان رئیس حزب و رئیس همه کارمندان و کارگزاران نقش حیاتی در شکل‌گیری تصمیمات دارد (باگوت، ۱۹۹۴).

پس از نخست وزیر داخل هر وزارتخانه شخص وزیر مسئول اغلب تصمیمات است. ادارات تابعه هر وزارتخانه هم نقش اساسی در سیاستگذاری این کشور ایفا می‌کنند. نقش این ادارات هنگامی که مقدمات تهیه بودجه آغاز می‌شود بارزتر می‌شود. غیر از موارد فوق گروه‌های فشار خارج از وزارتخانه نیز مهم تلقی می‌گردند، به نحوی که اغلب یک‌نوع مثلث مذاکره بین دولت، کارفرمایان و اتحادیه‌های کارگری و کارمندان تشکیل می‌شود (همان منبع)

همچنین هیچ گروه فشاری فاقد نقش تصمیم‌گیری نیست و در عین حال هیچ گروهی هم نقش یگانه ندارد.

سازمان‌ها و اداراتی که بیشترین نقش سیاستگذاری و تصمیم‌گیری را دارند عبارتند از:

وزارت بهداشت و درمان:

وزیر بهداشت و درمان مسئولیت کل اداره امور بهداشتی و درمانی وزارتخانه خود را به عهده دارد. پس از او دبیر دائم مسئولیت بیشتری داشته که با سرمسئول پزشکی و سرپرست کل اداری همکاری نزدیکی دارد.

سرپرست کل اداری مسئول ارائه گزارش‌ها بوده و غالباً برای ادای توضیحات به مجلس فراخوانده می‌شود. وی همچنین می‌کوشد تا اهداف طب ملی را با اولویت‌های تعیین شده از سوی وزیر و معاونین وزیر همسو سازد.

وزیر بهداشت و درمان مسئولیت خود را از طریق ادارات تابعه وزارتخانه شامل ادارات منطقه‌ای، ناحیه‌ای و... اعمال می‌کند. همه این ادارات از استقلال نسبی برخوردارند (سی آن بویل، ۲۰۱۱).

مهمترین وظایف وزارت بهداشت و درمان

- تعیین سیاست‌های عمومی و قانونگذاری در بخش بهداشت و درمان
- تخصیص بودجه به ادارات منطقه ای
- مذاکره در مورد حقوق و مزایای کارکنان بخش بهداشت و درمان
- مذاکره در مورد قیمت داروها براساس طرح تنظیم قیمت دارو
- تصویب تصمیمات مربوط به درآمدها و هزینه‌ها (همان منبع)

ادارات منطقه‌ای

در انگلستان ۸ منطقه وجود دارد که هر کدام بین ۲ تا ۵ میلیون نفر از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهد.

هر یک از ادارات شامل یک رئیس، ۵ نفر مسئول سیاستگذاری و ۵ نفر مسئول اجرایی است. از مهمترین وظایف این ادارات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- برنامه‌ریزی استراتژیک در بخش بهداشت و درمان
- نظارت بر فعالیت واحدهای درمانی
- تخصیص بودجه به ادارات ناحیه‌ای
- مدیریت برخی مراکز بهداشتی درمانی
- عقد قرارداد با برخی پزشکان
- تصمیم‌گیری در رابطه با میزان هزینه‌ها و درآمدها (همان منبع)

ادارات ناحیه‌ای

۱۴۵ ناحیه در انگلستان فعالیت می‌کنند که هر کدام جمعیتی بین ۱۰۰ هزار تا ۸۰۰ هزار نفر از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهند.

هر ناحیه یک رئیس (که توسط وزیر انتخاب می‌شود)، ۵ عضو اجرایی و ۵ عضو غیراجرایی دارد. مهمترین وظایف این ادارات عبارتند از:

- بررسی نیازهای شهروندان
- مذاکره مستقیم با ارائه دهندگان خدمت
- همکاری نزدیک با ادارات محلی
- مدیریت برخی مراکز درمانی
- مسئولیت اجرای خط مشی‌های ملی و منطقه‌ای (همان منبع)

ادارات خدمات خانواده

این ادارات در نوع جدید آن پس از اصلاحات سال ۱۹۸۹ پدید آمد و مسئولیت پرداخت و اداره چهار حرفه پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و چشم پزشکی را به عهده گرفت اعضای چهار حرفه فوق با سازمان خدمات بهداشتی خانواده به صورت قراردادی فعالیت می کنند. این اداره ۵ عضو اجرایی و ۵ عضو غیراجرایی دارد که همگی توسط ادارات منطقه ای انتخاب می شوند.

مهمترین وظایف این اداره عبارت است از:

- عقد قرارداد با کلیه پزشکان (غیر از پزشکان متخصص بیمارستان) و پرداخت به آنها
- توزیع متناسب پزشکان عمومی در سطح کشور
- اطلاع رسانی به مردم جهت اطلاع و آگاهی آنان از نوع خدمات پزشکان (پس از اصلاحات ۱۹۸۹)
- نظارت بر استانداردهای حرفه پزشکی
- بررسی نیازهای جامعه (همان منبع)

برنامه ریزی خدمات بهداشتی، درمانی در فرانسه

سیستم کنترل مرکزی و مدیریت محلی از ویژگی های نظام برنامه ریزی در فرانسه است. بوروکراسی دولت ملی و کنترل مرکزی قوی به این معناست که اکثر تصمیمات عمده از مرکز کشور یعنی پاریس صادر می شود (لیسی و همکاران، ۱۹۹۶).

سیستم بهداشت و درمان به علت وجود رقبا بسیار و همچنین درگیر شدن تأمین اجتماعی، بیمه بهداشت و درمان و سیستم های ارائه دهنده خدمات دارای یک نوع طرح شکننده است زیرا عوامل بسیاری درگیر هستند (همان منبع).

گروه های ذینفع در سطح سیاست گذاری دخالت می کنند و اغلب کمیسیون هایی تشکیل می شود که کارها و تصمیمات را بررسی می کنند (همان منبع).

بیشترین تأکید برنامه ریزی نظام بهداشت و درمان در کشور فرانسه تأکید روی حق انتخاب و آزادی است که این آزادی هم شامل بیمار است هم شامل پزشک و با توجه به این که کنترل قوی در سیستم وجود دارد این آزادی نمی تواند برای سیستم تهدید کننده بوده یا خطری ایجاد کند (چوروتل و همکاران، ۲۰۱۰).

در نظام بهداشت و درمان فرانسه با توجه به این که بیمه و پوشش خدمات درمانی برای همه مردم نهادینه شده است بنابراین سیاست های بهداشتی درمانی دستخوش نیروهای سیاسی نمی گردند.

به‌طور مثال می‌توان اشاره کرد در زمان نخست وزیری میتران با این که وی سوسیالیست بود ولی آمدن وی باعث نشد بهداشت و درمان سوسیالیستی شود همچنان که این روند در حال حاضر نیز ادامه دارد.

برنامه‌ریزی بهداشت و درمان در ۳ سطح انجام می‌گیرد:

- دولت مرکزی
- سطح استان‌ها
- سطح شهرداری‌ها

در سطح دولت مرکزی دو وزارتخانه نقش اساسی ایفا می‌کنند که عبارتند از وزارت بهداشت و وزارت تأمین اجتماعی (همان منبع)

نقش وزارت بهداشت

- تنظیم طرح بهداشتی کلی مملکت (نقشه بهداشتی)
- توزیع تخت‌های بیمارستانی
- تدوین استانداردها و نظارت بر کیفیت مراقبت‌ها

نقش وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

شایان ذکر است در فرانسه بیمه‌های درمانی و سازمان تأمین اجتماعی یک کاسه هستند. بزرگترین صندوق بیمه توسط یک هیأت ملی اداره می‌شود که رئیس آن را شورای وزیران تعیین می‌کند.

اعضای آن‌هم عبارتند از نماینده کارگران، نماینده مدیریت، نماینده بیمه‌ها، نماینده وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سایر گروه‌ها

این هیأت مسئولیت سیاستگذاری توزیع منابع و توازن بودجه را برعهده دارد. همچنین هیأت، میزان پرداخت مالیات را برای صندوق‌های بیمه برعهده دارد (لیسی و همکاران، ۱۹۹۶).

برنامه‌ریزی در سطح استان

در سطح استان، استاندار بالاترین مقام بوده و مسئولیت برنامه‌ریزی برعهده وی است. همچنین استاندار منابع مالی بیمارستان‌ها را از طریق حواله اعتبارات دریافتی به بیمارستان انجام می‌دهد.

برنامه‌ریزی در سطح شهر

در سطح شهر، شهرداری یا برزن (واحد خودمختار اداری است و شهردار منتخب مردم دارای اختیارات وسیع منطقه شهری حوزه انتخابی خود است)، نقش مهمی در برنامه‌ریزی بهداشت و درمان ناحیه خود دارد و با توجه به این که در هیأت مدیره بیمارستان نیز نقش دارد بنابراین برنامه‌ریزی در سطح محلات می‌تواند منطبق بر نیازهای جامعه تحت پوشش باشد.

در سطح محله سایر گروه‌هایی که در برنامه‌ریزی نقش اصلی دارند عبارتند از:

- سیاستمدارانی که در هیأت مدیره بیمارستان هستند
- پزشکانی که خدمات را ارائه می‌دهند
- مدیران بیمارستان‌ها
- کارکنان
- هیأت‌های محلی تأمین اجتماعی

البته سیاستمداران بیشترین تأثیر را دارند و باعث می‌شوند منابع مالی بیشتری به بیمارستان منتقل شود. پزشکان مسئول کنترل واحد خود بوده و اغلب به خاطر نوع خدمات که بایستی ارائه شود نقش مهمی دارند (وروئل و همکاران، ۲۰۱۰).

مدیران در قبال وزارت امور اجتماعی بیشتر مسئول هستند تا نسبت به مقامات محلی. همچنین مدیران با هیأت مدیره در ارتباط بوده و هماهنگ‌کننده اصلی هستند. کارکنان بخش بهداشت و درمان بخاطر این که مسئول استفاده صحیح از منابع تخصیص داده شده هستند نقش مهمی در برنامه‌ریزی دارند.

هیأت‌های محلی تأمین اجتماعی بخاطر این که پرداخت‌کنندگان خدمات بیمارستانی برای بیمه‌شدگان هستند و همچنین در اطمینان از این که خدمات به‌درستی ارائه شده است نقش بارزی دارند.

برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی و درمانی در جمهوری اسلامی ایران

در نظام برنامه‌ریزی بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران ارکان اصلی عبارتند از رهبری جمهوری اسلامی ایران، مجمع تشخیص مصلحت نظام، مجلس شورای اسلامی و هیأت دولت. این برنامه‌ریزی معمولاً در دو سطح فرابخشی و بخشی انجام می‌گیرد که در سطح فرابخشی عناصر اصلی رهبری، مجمع تشخیص مصلحت نظام، مجلس شورای اسلامی و هیأت دولت هستند. در سطح بخشی ارکان نظام برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی بوده که مسئولیت راهبری نظام سلامت و بیمه‌های سلامت را برعهده دارند.

نقش رهبری در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان

بر اساس اصل یکصد و دهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تعیین سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران از وظایف و اختیارات رهبری می‌باشد. سیاست‌های کلی، جهت‌گیری‌های کلان و عمده‌ای است که از بین گزینه‌های زیادی که مطرح می‌شوند انتخاب می‌شود تا بتوان در بلندمدت به چشم‌انداز ابلاغ شده برای نظام سلامت کشور رسید (قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، اصل ۱۱۰).

در تدوین سیاست‌های کلی و سیاست‌های تدوین برنامه‌های پنج ساله توسعه مجمع تشخیص مصلحت نظام بازوی مشورتی رهبری بوده و نقش اصلی در تدوین و تصویب سیاست‌های کلان دارد.

پس از سیاست‌های کلی و سیاست‌های تدوین برنامه‌های توسعه، برنامه‌های پنج ساله توسعه مهمترین سطح برنامه‌ریزی نظام سلامت در بخش امور اجتماعی این برنامه‌ها است. یکی از مهمترین اسناد بالادست در تدوین برنامه‌های توسعه، سیاست‌های کلی ابلاغ شده از سوی مقام معظم رهبری است که در تدوین برنامه‌های توسعه مهمترین نقش بر عهده هیأت دولت از طریق تدوین و ارسال لایحه برنامه و مجلس شورای اسلامی از طریق تصویب برنامه است.

پس از سطح فرابخشی برنامه‌ریزی نظام سلامت، معمولاً برنامه‌ریزی بخشی توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای عمل به رسالت خود در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت تمامی شهروندان، موظف است براساس قوانین مرتبط با اتخاذ سیاست‌های مناسب خدمات هزینه‌اثر بخشی را فراهم نماید که مردم بتوانند به‌طور عادلانه با هزینه‌ای قابل پرداخت و با حفظ کرامت انسانی خود از آن بهره‌مند شوند.

نگاه اجمالی و دقیق‌تر به تاریخچه نظام برنامه‌ریزی سلامت بعد از انقلاب اسلامی نشان می‌دهد که عناصر نظام برنامه‌ریزی سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی متشکل از موارد زیر هستند:

۱. شوراها و دبیرخانه‌های بین بخشی سلامت
۲. شوراها و دبیرخانه‌های بخشی سلامت (همهانگ‌کننده سیاست‌ها در درون وزارت بهداشت)
۳. شوراها و دبیرخانه‌های استانی سلامت
۴. مراکز تولیدکننده شواهد، آمار و اطلاعات برای سیاست‌های سلامت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹ ص ۶۳۶)

شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

این شورا به تنهایی در سه دهه گذشته اصلی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری‌های مهم سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی، نظارت و ارزیابی بوده که با حضور وزیر، معاونین و رؤسای سازمان‌های تابعه، مشاورین حسب مورد با حق رأی و مدعوین حسب مورد به عنوان ناظر مرتباً تشکیل جلسه داده است. مصوبات این شورا صرفاً به دلیل حضور وزیر بهداشت، جنبه قانونی پیدا می‌کند (همان منبع، ص ۶۳۶).

کانون‌های تصمیم‌گیری در معاونت‌های تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در حال حاضر بیش از ۱۰۰ کمیته، شورا و کمیسیون در وزارت بهداشت وجود دارد. مهمترین کانون‌های تصمیم‌گیری مرجع که مصوبات آنها لازم‌الاجرا برای واحدهای تابعه است به شرح زیر است:

۱. شورای گسترش و نظارت و ارزشیابی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
۲. شورای آموزش پزشکی و تخصصی
۳. شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی
۴. شورای تحول اداری
۵. شورای پژوهشی وزارتخانه
۶. کمیسیون انجمن‌های علمی - تخصصی علوم پزشکی (همان منبع، ص ۶۳۷).

شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت نخستین بار در اواسط دهه هفتاد مستقیماً زیر نظر شخص وزیر بهداشت شکل گرفت و به مدت دو سال فعال بود. برنامه سوم توسعه بخش سلامت مهمترین محصول کار این دوره شورا است. از سال ۱۳۸۴ شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از دوره‌ای توقف مجدداً با نظر وزیر بهداشت وقت و با هدف گفت‌وگو و مشارکت نخبگان در سیاست‌سازی تشکیل شد و بیشتر جنبه مشورتی را دارا بود. با توجه به حجم و اهمیت جلسات، رئیس این شورا با نظر وزیر بهداشت منتصب شد. این شورا در حیطه‌های مختلفی نظرات مشورتی خود را در قالبی مدون به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه و پس از تأیید ایشان ابلاغ می‌کند.

همچنین دبیرخانه شورای سیاستگذاری در حوزه معاون هماهنگی و دبیرمجامع قرار دارد. در سال ۱۳۸۴ به پیشنهاد کارشناسان دفتر منطقه‌ای و مدیران شرعی سازمان جهانی

بهداشت، قرار شد واحد کوچکی برای هماهنگی تولید شواهد و نگارش اسناد سیاست سلامت طراحی و راه‌اندازی شود. به دنبال این پیشنهاد طراحی واحد سیاستگذاری سلامت در وزارت بهداشت با مشارکت سازمان جهانی بهداشت در برنامه دو سالانه مشترک ۲۰۰۶-۲۰۰۷ آغاز شد. محصولات این طرح شامل موارد زیر است:

۱. تعریف سطوح سیاستگذاری سلامت در سطح کشور
۲. آئین‌نامه شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. تدوین نظام نامه دبیرخانه شورای سیاستگذاری سلامت
۴. چارچوب و دستورالعمل نگارش یک سند سیاست در حوزه سلامت
۵. تعریف دبیرخانه سیاستگذاری سلامت در استان‌ها (همان منبع، ص ۶۳۸)

شورای عالی بهداشت کشور

شورای عالی بهداشت کشور در دهه هفتاد در زیرمجموعه کمیسیون امور اجتماعی هیأت دولت قرار داشت و با تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی این شورا نیز منحل و در آن ادغام شد (همان منبع، ص ۶۳۸).

شورای بهداشت استان

تا قبل از تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی استان، شورای بهداشت استان مسئولیت جلب همکاری بین بخشی را در مسائل بهداشت و درمان بر عهده داشته است (همان منبع، ص ۶۳۸).

شورای غذا و تغذیه کشور

تشکیل این شورا در برنامه توسعه پنج ساله سوم پیشنهاد شد و مصوبات متعددی در زمینه امنیت غذایی در کشور داشت که البته تاکنون ارزیابی از دستاوردها و عملکرد این شورا منتشر نشده است. این شورا در برنامه چهارم توسعه کشور با ادغام در شورای عالی بهداشت به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور تغییر نام داد (همان منبع، ص ۶۳۸).

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور

آیین‌نامه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور براساس بند الف ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور در آذر ماه ۱۳۸۵ به تصویب هیأت وزیران رسید و ابلاغ شد. رئیس این شورا رئیس جمهور و دبیری آن بر عهده وزیر بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی است. ابتدا دبیرخانه این شورا در معاونت سلامت تشکیل شد و سپس به حوزه معاون هماهنگی و دبیر مجامع که مسئول سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کلان وزارت بهداشت است منتقل شد. این شورا به منظور حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم، اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست‌ها و راهبردهای کلان در جهت رسیدن به این هدف و همچنین نهادینه کردن مدیریت، سیاستگذاری، ارزشیابی و هماهنگی در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه و برای گسترش هماهنگی و همکاری‌های بین بخشی در موارد یاد شده تشکیل شده است و مصوبات آن پس از تأیید هیأت وزیران لازم الاجراء است (همان منبع، ص ۶۳۸).

وظایف شورای عالی عبارت است از:

۱. توانمندسازی هماهنگی در سیاست‌ها در تمام موارد مرتبط با سلامت همگانی و امنیت اجتماعی و تغذیه
۲. ساماندهی تصویب پیشنهادهای برنامه‌های راهبردی ارائه شده توسط واحدهای تخصصی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های اجرایی ذیربط در خصوص خدمات سلامتی و امنیت غذایی
۳. بررسی و تصویب آئین‌نامه‌های اجرایی در زمینه گسترش همکاری‌های بخشی و بین بخشی در امر سلامت، امنیت غذا و تغذیه
۴. پیگیری اجرای سیاست‌های اعلام شده و آئین‌نامه‌های مصوب و ارائه گزارش تحلیلی سالیانه
۵. از رؤسای سه کمیسیون مجلس شامل بهداشت و درمان، تحقیقات و آموزش و امور اجتماعی برای شرکت در جلسات دعوت به عمل می‌آید. در حال حاضر کمیسیون دائمی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی متشکل از نمایندگان اعضاء در دبیرخانه آن در حوزه معاون هماهنگی و دبیر مجامع با آئین‌نامه مصوب هر دو ماه یکبار تشکیل جلسه می‌دهد. موارد پیشنهادی در چارچوب سند سیاست در کمیسیون بررسی و تصویب و سپس برای طرح موضوع، تأیید و ابلاغ، به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال می‌گردند.

شورای سلامت و امنیت غذایی استان‌ها

این شورا متناظر با شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در هر یک از استان‌ها است که رئیس آن استاندار و دبیر آن رئیس دانشگاه علوم پزشکی است. از سال ۱۳۸۵ این شوراها با مصوبه ابلاغی وزارت بهداشت و همچنین وزارت کشور در استانداری‌ها تشکیل شده است. دبیرخانه

این شورا در حوزه ریاست دانشگاه علوم پزشکی قرار دارد. از شهریور ۱۳۸۷ با طرح ساماندهی شوراهای کشوری، این شورا به کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان تغییر نام داد و به عنوان یکی از ۱۰ کارگروه تخصصی، زیر نظر شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان قرار دارد (همان منبع، ص ۶۳۹).

پس از تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، برنامه‌ریزی و سیاستگذاری بخش بیمه از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی منتزع و زیرمجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی قرار گرفت.

مهمترین بخش برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در این حوزه شورای عالی بیمه خدمات درمانی است.

مهمترین وظایف شورای عالی بیمه خدمات درمانی توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرایی هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی است.

در حال حاضر دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تشکیل جلسه می‌دهد و مصوبات آن پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی و هیأت دولت جهت اجرا به سازمان‌های بیمه‌گر ابلاغ می‌شود.

دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی دارای گروه‌هایی است که کار کارشناسی وظایف محوله شورا را بر عهده دارند که می‌توان به گروه تدوین تعهدات دارویی، گروه بررسی تعرفه‌های تشخیصی تصویری اشاره کرد.

اعضای شورای عالی بیمه خدمات درمانی:

- وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی به عنوان رئیس شورا
- معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
- وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- وزیر امور اقتصادی و دارایی
- رئیس کل سازمان نظام پزشکی
- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی
- مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی
- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
- رئیس کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)

در حال حاضر معاون رفاه اجتماعی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان دبیر شورا و بدون حق رأی در جلسات شرکت می‌کند.

جدول (۱) مقایسه نقش دولت در برنامه‌ریزی در نظام بهداشت و درمان کشورهای منتخب

کشور	نقش دولت در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان برنامه‌ریزی
آمریکا	در برنامه‌ریزی کلی مجلس نمایندگان، مجلس سنا، سیستم قضایی و رئیس جمهور نقش عمده دارند. نقش دولت مرکزی سیاستگذاری کلی، تعیین قوانین در سطح مملکتی، کمک به سیستم بهداشت و درمان عمومی و در سطح ایالتی مسئولیت تأمین منابع، برنامه‌ریزی برای افرادی که بیمه نیستند و انجام اصلاحات بهداشتی و در سطح شهری برنامه‌ریزی عملیاتی
آلمان	نقش دولت مرکزی در زمینه تدوین قوانین کلی، در سطح بخش‌ها نظارت بر کار انجمن‌ها، برنامه‌ریزی برای بیمارستان‌ها، در سطح محلی نظارت بر نحوه مراقبت‌ها و مدیریت بیمارستان‌های محلی
انگلستان	مجلس نقش اصلی و بعد از آن نخست وزیر نقش برجسته‌ای در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان دارد، وزارت بهداشت تعیین سیاست‌های عمومی و تخصیص بودجه، برنامه‌ریزی استراتژیک، نظارت بر فعالیت واحدهای درمانی و مدیریت برخی مراکز، بررسی نیازهای شهروندان، اجرای خط مشی‌های ملی و منطقه‌ای
فرانسه	دولت مرکزی تنظیم نقشه بهداشتی و تدوین استانداردها، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مسئولیت بیمه کردن شهروندان، استاندار مسئولیت ایجاد هماهنگی و شرکت در شوراهای اداری که این مسئولیت در سطح محله بر عهده شهردار است
ایران	در سطح راهبردی تعیین سیاست‌های کلان و سیاست‌های تدوین برنامه‌های پنج ساله توسط رهبری با مشورت مجمع تشخیص مصلحت نظام، مجلس تصویب‌کننده قوانین مرتبط و بخصوص تصویب برنامه‌های پنج ساله و در سطح بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان نماینده دولت در تنظیم نقشه بهداشت و درمان و تدوین استانداردها و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مسئولیت بیمه‌های درمان را بر عهده دارد.

بحث و نتیجه گیری:

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد برنامه‌ریزی یکی از اجزای مهم نظام‌های بهداشتی درمانی در کشورهای منتخب است و برای تحقق این امر سلسله مراتب برنامه‌ریزی در کشورهای منتخب به‌درستی تعریف و نقش و جایگاه هر ذینفع با شفافیت کامل تعریف شده است.

در تمامی کشورها منتخب برنامه‌ریزی اصلی و تنظیم طرح (نقشه) بهداشتی درمانی کلی کشور جزو وظایف و مسئولیت‌های دولت است. پوشش گروه‌های آسیب‌پذیر به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام بهداشت و درمان است که توسط دولت مسئولیت آن پذیرفته شده است. در جمهوری اسلامی ایران نگاهی به روند برنامه‌ریزی در نظام بهداشت و درمان نشان می‌دهد که نظام بهداشت و درمان کشور حرکت با ثباتی را در برنامه‌ریزی تجربه نکرده است، چنانچه در سه دهه گذشته شوراهای دبیرخانه‌های متعددی مسئولیت برنامه‌ریزی را بر عهده گرفته و هرازچند گاهی این شوراهای یا کمیته‌ها در همدیگر ادغام یا از همدیگر منتزع شده‌اند (همان منبع، ص ۶۴۶). قضاوت در مورد عملکرد این شوراهای یا کمیته‌ها بر اساس شواهد و تحقیقات موجود در دسترس نیست اما مروری بر تشکیل، حذف یا ادغام کانون‌های برنامه‌ریزی بهداشت و درمان در سه دهه گذشته نشان می‌دهد تغییرات بسیار بزرگی در این حوزه اتفاق افتاده است که از آن جمله می‌توان به ادغام نظام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی وقت در سال ۱۳۶۴ و تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی یا انتزاع مسئولیت بیمه‌های درمان از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تولید آن توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با تشکیل وزارتخانه مذکور در سال ۱۳۸۳ اشاره کرد.

شواهد فوق نشان دهنده آن است که کانون‌های برنامه‌ریزی در نظام بهداشت و درمان کشور دارای انسجام نبوده و حتی در خود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وجود نزدیک به یکصد شورا، کمیته و کمیسیون مرتبط با برنامه‌ریزی مانع بزرگی بر سر راه برنامه‌ریزی مؤثر و مطلوب در این حوزه است (همان منبع، ص ۶۴۰).

حضور کم‌رنگ ذینفعان کلیدی در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز باعث پرننگ شدن عدم جلب مشارکت و تعهد ناکافی ذینفعان برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های تدوین شده است (همان منبع، ص ۶۴۸).

ابهام در ساختار کلان برنامه‌ریزی و تعارض منافع ناشی از آن، نظام متمرکز برنامه‌ریزی و ضعف نظام مشارکت مردمی در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌های کلان به عنوان ضعف‌های اساسی در برنامه‌ریزی نظام بهداشت و درمان کشور خودنمایی می‌کند که ضرورت بازنگری در ساختار و فرایندهای برنامه‌ریزی را دوچندان کرده است.

منابع:

- استونر، جمیز، ادوارد: فریمن، (۱۳۷۵). «مدیریت» اعرابی، سیدمحمد، پارسائیان، علی، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی، تهران.
- اکبریان، عباس (۱۳۸۰): مطالعه تطبیقی شیوه‌های اداره بیمارستان در کشورهای صنعتی منتخب و ارائه الگو برای بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی ایران، رساله دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ۱۳۸۰
- حسن زاده، علی: اخوان بهبهانی، علی، طریقت منفرد، محمدحسن: (۱۳۸۷) اصول و مبانی سیاست ملی سلامت، شهر، تهران، چاپ نگاران
- شورای سیاست‌گذاری، دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، تیرماه ۱۳۸۹
- شورای سیاست‌گذاری، سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (آبان ۱۳۸۸)، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ویرایش هشتم
- قاضی جهانی، بهرام، (۱۳۷۸). تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی تبریز، انتشارات قاضی جهانی.
- مرندی، علیرضا و همکاران، (۱۳۷۶). سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تهران. یونیسف
- Althnsleter, christa and james warner, B. Jorkman. (1997) Health policy Reform National variation and Glebalization, by MC Millan press.
- Aview of Health Care Around The World, Ann Fam Med 84 :11;2013. doi: 1370 .10/afm. 1484.
- Bagott, Rob. (1994).Health and Health care in Britain st Mati n's press printed in Great Britain, by Mackays.
- Busse R, Riesberg A (2004). Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. (2010). France: health system review. Health Systems in Transition, ; (6)12:29-1
- Jeremy Hurst, Challenges for Health Systems in Member Countries of the Organisation

- for Economic Co-operation and Development. (2000) Bulletin of the World Health Organization, 6(78),
- Marie L. Lassey, William R. Lassey, Martin J. Jinks, (August 1995) Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms, Pearson; 1 edition
 - Seán Boyle (2011). United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, ; 13 (1): 486 -1.
 - Thomas Rice, Pauline Rosenau Lynn Y. Unruh, Andrew J. Barnes Richard B. Saltman, Ewout van Ginneken (2013). United States of America. health system review. Health Systems in Transition Vol. 15 No.

