

Comparing Health System Performance of Selected Countries in Order to Provide a Suitable Model for Control Management of Health Services in Iran

Zainab Sediqi¹, Kamran Haji Nabi^{2*}, Leila Nazari Manesh³, Anisa Nikravan⁴

1. Doctoral student of Health and Medical Services Management, Department of Health and Medical Services Management, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Assistant professor, Department of Health and Medical Services Management, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor Department of Health and Medical Services Management, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Department of Health and Medical Services Management, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: 2024/02/18

Accepted: 2024/07/31

Abstract

Introduction: Health system policymakers can enhance the performance of healthcare systems by strengthening governance. This study aims to compare the performance of healthcare systems in successful countries to provide a suitable model for improving Iran's health system.

Materials and Methods: This research employed a comparative study design. To gather relevant information, Persian keywords related to health system governance, along with their English equivalents (e.g., organizational structure, evaluation, stewardship, planning, accreditation), were utilized. Updated articles were sourced from databases such as Scopus, Web of Science, Magiran, Elsevier, PubMed, SID, Medline, Iranmedex, as well as Google Scholar and search engines.

Results: The findings revealed that countries like Iran and China have ministries of health responsible for overseeing their health systems, while countries like the United States operate a national public health system. Continuous control and validation processes are implemented in both Iran and Turkey. Most countries examine quantitative and qualitative control indicators to ensure health system performance. Furthermore, all countries have emphasized the importance of information technology to enhance the quality and effectiveness of healthcare services.

Conclusion: Iran's health system faces numerous challenges. Adapting the experiences of successful countries can strengthen the governance of Iran's health system, laying the groundwork for achieving sustainable healthcare goals.

***Corresponding Author:** Kamran Haji Nabi

Address: Department of Health and Medical Services Management, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Tel: 09121092717

E-mail: Kamran.hajinabi@gmail.com

Keywords: Control management, Control, Performance management, Nurse, Hospital

How to cite this article: Sediqi Z., Haji Nabi K., Nazari Manesh L., Nikravan A. Comparing Health System Performance of Selected Countries in Order to Provide a Suitable Model for Control Management of Health Services in Iran, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2025; 31(6):865-876.

Introduction

The health system encompasses organizations, institutions, groups, and individuals from both governmental and non-governmental sectors involved in policymaking, resource generation, financial provision, and the delivery of health services aimed at promoting, maintaining, and restoring public health. According to the World Health Organization (WHO), the main functions of a health system include governance, financial provisioning, resource production, and the provision of health services. The three primary goals of a health system are to promote and sustain the health of the population, respond to citizens' expectations, and provide financial protection against health costs. Additionally, the WHO identifies access, quality, efficiency, equity, and sustainability as sub-goals of health systems.

Iran's health system faces significant challenges related to quality, effectiveness, and accountability. Effective governance is crucial for enhancing the efficiency of the health system. Therefore, addressing the governance challenges within Iran's health system is both necessary and urgent. Monitoring, evaluation, and accreditation of health and medical organizations constitute essential governmental responsibilities of the Ministry of Health in any country, ensuring the proper implementation of health policies and programs. This process provides necessary feedback to healthcare providers, fostering improvements in quality, safety, and effectiveness to inform future planning. To achieve this, healthcare providers and organizations should be evaluated using structural, process, and outcome standards.

Methodology

This research was conducted as a comparative study. Comparative studies analyze different countries, cases, and relevant facts to investigate selected variables. This study employs a field review to examine the governance of health systems in several countries, including Turkey, China, the United States, Singapore, Portugal, and England, focusing on three dimensions: organizational structure, control, and control indicators.

Using targeted sampling, five countries—Turkey, China, America, Singapore, and Portugal—were selected for comparison with Iran regarding their organizational components and health, financial, legal, social, and policy-making

dimensions. Data collection was conducted through a library search method, utilizing Persian keywords related to health system governance, as well as their English equivalents (e.g., organizational structure, evaluation, stewardship, planning, accreditation). Key observational and interventional research studies were sourced from Scopus, Web of Science, Magiran, Elsevier, PubMed, SID, Medline, Iranmedex, and Google Scholar. The findings were compiled into a comparative table for analysis.

Results

The findings of this research indicate that countries like Iran and China have ministries of health responsible for their health systems, while countries such as the United States operate under a national public health system. Continuous control and validation processes are conducted in Iran and Turkey, with many countries examining both quantitative and qualitative control indicators. Additionally, all studied countries have placed a strong emphasis on information technology to improve the quality and effectiveness of health services.

Discussion

Global models of health service delivery include the national health system, social health insurance system, national health insurance system, out-of-pocket payment system, and mixed systems. The review highlighted that the countries examined implement monitoring and control programs to ensure the quality of health services, which is integral to their health service provision systems. Variations in laws, regulations, and regulatory bodies may occur based on specific conditions in each country.

Similarities and differences in health systems across nations stem from their social and cultural contexts, service delivery frameworks, and governmental structures. Generally, liberal countries emphasize individualism and minimal government intervention, as seen in the United States' healthcare system, which prioritizes private sector involvement and treatment-oriented services. Conversely, socialist and communist nations exhibit greater government influence and collectivist ideologies. For example, some countries maintain a national health care system grounded in the Public

Health Law of 1983, ensuring that medications are recognized as a social responsibility of the government, promoting universal access, prevention, and public participation.

Research on socialist health systems suggests that they emphasize the role of social factors in health and disease tolerance among populations.

Conclusion

The multiplicity of responsibilities faced by the Ministry of Health presents a significant obstacle to fulfilling its primary duties and developing accountability. To enhance the quality and effectiveness of services, all countries have prioritized information technology; however, this is still an emerging area in Iran, where resistance and improper implementation are prevalent at various organizational levels.

In terms of accountability, the workload of the Ministry of Health in Singapore, Turkey, and Iran hampers effective governance, signaling a critical issue for improving accountability. Comparative

research between Iran and other countries revealed both strengths and weaknesses in Iran's health system performance. Addressing barriers related to social accountability, enhancing information technology use, and reducing the multiplicity of responsibilities should be prioritized. Furthermore, implementing the family doctor plan could significantly improve the quality and effectiveness of health system services in Iran.

Acknowledgment

Thanks and appreciation to the nursing colleagues who cooperated in this project. Carrying out the process of obtaining the code of ethics for this research IR.IAU.SRB.REC.1401.253.

Conflict of Interest: Due to the fact that the researcher used the ethical points of the special attention of the contract and the opinions and suggestions in this project in a completely confidential manner. Ethical considerations including being committed to interpretation and interpretation of information without any abuse were observed.

مقایسه عملکرد نظام سلامت کشورهای منتخب به منظور ارائه الگوی مناسب برای مدیریت کنترل خدمات سلامت در ایران

زینب صدیقی^۱، کامران حاجی نبی^{۲*}، لیلی نظری منش^۳، انیسه نیکروان^۴

۱. دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تهران، ایران
۲. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: بومی سازی تجربه کشورهای منتخب، منجر به تقویت حاکمیت نظام سلامت کشور خواهد شد که زمینه را برای اهداف پایدار نظام سلامت فراهم می کند. این مطالعه با هدف مقایسه عملکرد نظام سلامت کشورهای موفق به منظور ارائه الگوی مناسب برای عملکرد نظام سلامت ایران انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش در این مطالعه از نوع توصیفی، تطبیقی و موردی بود. گردآوری داده ها بر اساس روش جستجوی کتابخانه ای انجام شد. بدین منظور از کلیدواژه های فارسی مرتبط با حاکمیت نظام سلامت و معادل انگلیسی آنها استفاده شد. مقالات به روز در پایگاه های اطلاعاتی معتبر داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد از حیث ساختار سلامت، کشورهای ایران و چین وزارت بهداشت دارند که مسئولیت نظام سلامت را به عهده دارد. در ساختار نظام سلامت ایران و ترکیه، کنترل و اعتبارسنجی به صورت مستمر می باشد و رفع موانع در این کشورها براساس کنترل مبتنی بر شواهد است که بر این اساس پاسخگویی اجتماعی صورت می گیرد. مسئولیت های وزارت بهداشت در ایران بسیار زیاد است. بررسی شاخص های کنترل به صورت کمی و کیفی نشان می دهد که تمامی کشورها به منظور ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات به فناوری اطلاعات توجه ویژه ای دارند.

نتیجه گیری: نظام سلامت ایران با معضلاتی مواجه است از این رو رفع موانع براساس پاسخگویی اجتماعی و توجه به فناوری اطلاعات و همچنین کاهش تعداد مسئولیت های وزارت بهداشت می تواند در ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات مؤثر باشد.

* نویسنده مسئول: کامران حاجی نبی
نشانی: گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
تلفن: 09121092771
رایانامه: Khajinabi@yahoo.com
شناسه ORCID: 0000-0003-1227-7106
شناسه ORCID نویسنده اول: 0009-0006-3635-4857

کلیدواژه ها:

مدیریت عملکرد، مطالعه تطبیقی، نظام سلامت

مقدمه

جامعه، پاسخگویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه های سلامت بیان می کند (۲،۳). ایجاد حکمرانی اثربخش در حوزه سلامت و حکومت در همه اقدامات و سیاستگذاری های خود نیازمند در نظر گرفتن مبحث سلامت و رفاه جامعه می باشد (۴). حاکمیت نظام سلامت ایران با معضلاتی نظیر تداخل وظایف بخش سلامت با سایر

نظام سلامت شامل سازمان ها، مؤسسات، گروه ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاستگذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقا و حفظ سلامتی مردم می پردازند (۱). سازمان بهداشت جهانی سه هدف اصلی نظام سلامت را ارتقا و حفظ سلامتی مردم

نظام سلامت و معادل انگلیسی آنها نظیر Organizational Stewardship, Planning, structure, Evaluation Accreditation استفاده شد. در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus, PubMed, SID, Elsevier, Magiran, Web of science, Google Scholar, Iranmedex, Medline و موتور جستجوهای Google و مهم‌ترین پژوهش‌های مشاهده‌ای و مداخله‌ای صورت گرفته و به‌روز، انتخاب و یافته‌ها در قالب جدول تطبیقی مقایسه شدند.

۳. یافته‌ها

مقایسه تطبیقی (بررسی ساختار، کنترل، شاخص‌های کنترل و کارکردها) در کشورهای موردبررسی در جدول ۱ نشان‌دهنده شباهت‌ها و تفاوت‌ها بین کشورها می‌باشد. نتایج نشان داد که متولی نظام سلامت در دو کشور ایران و چین، وزارت بهداشت می‌باشد که ساختار نظام سلامت یکپارچه دارند. در حوزه نظام بهداشت و درمان، مشابهت بین دو کشور پرتغال و انگلستان وجود دارد. نظام سلامت در کشورهای پرتغال و انگلستان، نظام سلامت ملی و عمومی است. در حوزه سیاست‌گذاری، قوانین و مسئولیت‌پذیری بین کشورهای ایران، ترکیه، سنگاپور و پرتغال مشابهت وجود دارد. تأمین هزینه‌ها از مالیات‌ها بین همه کشورهای ذکرشده مشترک است که کل یا بخشی از آن از این طریق تأمین می‌گردد. در کشور چین و سنگاپور مدل بیمه‌ها بیمه اجتماعی است در حالی که در آمریکا فاقد بیمه همگانی، بیمه عمومی و از حساب‌های پس‌انداز می‌باشد؛ به استثنای بیمه‌های مدیکیر^۱ که برای سالمندان و افراد با درآمد پایین در نظر گرفته شده است و بودجه آن توسط دولت تأمین می‌شود. رفع موانع در ساختار نظام سلامت ایران و ترکیه براساس کنترل مبتنی بر شواهد می‌باشد که براین اساس پاسخگویی صورت می‌گیرد. ساختار نظام سلامت انگلستان خدمات درمانی جامع و براساس بررسی همگانی می‌باشد. تعداد مسئولیت‌های وزارت بهداشت در ایران خیلی زیاد می‌باشد. بررسی شاخص‌های کنترل به‌صورت کمی و کیفی نشان می‌دهد که تمامی کشورها به‌منظور ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات، به فناوری اطلاعات توجه ویژه‌ای دارند. در کشور انگلستان وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع از دیگر عوامل افزایش کیفیت در سیستم‌های بهداشت و درمان آنها است.

بررسی و مقایسه در بخش کنترل نشان می‌دهد کشورهای ذکرشده برای بهبود و اطمینان از ارائه خدمات به افراد جامعه، اجرای برنامه‌های پایش و کنترل را دارند و جزء لاینفک نظام ارائه

دستگاه‌های اجرایی کشور، اجرای ناقص ساختار مصوب وزارت بهداشت، شفاف‌نبودن مسئولیت‌ها، اختیارات و سطوح پاسخگویی افراد، تعدد سازمان‌های بیمه سلامت، بی‌توجهی به همه عوامل مؤثر بر سلامتی، ناکارآمدی سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و ناکارآمدی در نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مواجه می‌باشد (۵) که بیشترین آنها در ارتباط با کیفیت، اثربخشی و مسئولیت‌پذیری در نظام سلامت می‌باشد (۵). حاکمیت نقش قابل‌ملاحظه‌ای در اثربخشی و کارایی نظام سلامت دارد (۹) بنابراین برطرف کردن مشکلات و معضلات حاکمیت نظام سلامت، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. نظارت، ارزشیابی و اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی ازجمله وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت هر کشوری می‌باشد تا ضمن حصول اطمینان از اجرای درست سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت، بازخوردهای لازم به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی برای بهبود کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی ارائه شود تا در برنامه‌ریزی‌های آینده آنها مورد استفاده قرار گیرد (۷). برای این منظور ارائه‌کنندگان و سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید با استفاده از استانداردهای ساختاری، فرایندی و پیامدی، ارزشیابی شوند (۶).

از آنجایی که در نظر گرفتن و به‌کاربردن تجارب کشورهای موفق در زمینه حل مشکلات مربوط به نظام سلامت می‌تواند در حل مشکلات کشور راهگشا باشد این مطالعه با هدف مقایسه عملکرد نظام سلامت کشورهای موفق به‌منظور ارائه الگوی مناسب برای عملکرد نظام سلامت ایران انجام شد.

۲. مواد و روش

انجام مطالعات تطبیقی، یکی از روش‌های پژوهش در بازنگری ساختار در نظام سلامت کشور است. این مقاله مروری به‌صورت بررسی تطبیقی و با استفاده از مرور حیطه‌ای به مطالعه حاکمیت نظام سلامت چند کشور منتخب جهان شامل ترکیه، چین، آمریکا، سنگاپور، پرتغال و انگلستان در سه بعد ساختار سازمانی، کنترل و شاخص‌های کنترل می‌پردازد.

در این مطالعه با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند پنج کشور ترکیه، چین، آمریکا، سنگاپور، پرتغال و انگلستان به لحاظ مؤلفه‌های سازمانی و مدیریت بهداشت، مالی، قانونی، اجتماعی و مؤلفه‌های سیاست‌گذاری انتخاب و با ایران مقایسه شدند. گردآوری داده‌ها بر اساس روش جستجوی کتابخانه‌ای انجام گرفت به این منظور از کلیدواژه‌های فارسی مرتبط با حاکمیت

خدمات سلامت در هر کشوری هستند و ممکن است با توجه به شرایط قانونی، مصوبات و ارکان نظارتی، در عمل تفاوت‌هایی وجود داشته باشد که کنترل در ایران و ترکیه براساس اعتباربخشی، پایش و ارزیابی می‌باشد که به‌طور دائم انجام می‌گیرد. بحث کنترل می‌تواند شامل وسائل و تجهیزات و نیروی انسانی باشد که این کنترل و پایش برای نیروی انسانی استرس ایجاد می‌کند. در ترکیه به کارایی و جامعیت خدمات توجه می‌شود در حالی که در چین و سنگاپور به بحث پیشگیری و درمان بیماری‌های عفونی توجه خاص می‌گردد. در پرتغال کیفیت و ایمنی خدمات مورد بحث قرار می‌گیرد در حالی که در انگلستان به توزیع یکسان خدمات براساس توزیع جغرافیایی اهمیت خاص داده می‌شود. از نظر ساختاری در آمریکا سازمانی وجود ندارد که در سطح ملی مسئول کنترل و ارزیابی توسعه مدیریت نظام سلامت باشد ولی در انگلستان، کمیسیون بازرسی مراقبت‌های سلامت که نهادی مستقل است و دفاتر منطقه‌ای دارد، مسئولیت ارزیابی عملکرد و رتبه‌بندی سالانه سازمان‌ها را به عهده دارد.

در بررسی و مقایسه شاخص‌های کنترل در کشورهای ذکر شده به‌طور کمی و کیفی مشخص شد که توجه ویژه‌ای به دسترسی آسان و راحت خدمات بهداشتی درمانی در ایران و چین و سنگاپور

می‌گردد. درحالی که در انگلستان به کارایی شاخص‌ها اهمیت داده می‌شود، ضمن آنکه در ایران و ترکیه مسئله کیفیت و کارایی شاخص‌ها مورد توجه خاص قرار می‌گیرد. در ایران کنترل شاخص‌های نظام سلامت شبیه به کشورهای سوسیالیست می‌باشد. در تحول نظام سلامت ایران به کارایی و اثربخشی خدمات سلامت توجه شده است. در پرتغال شاخص‌های کنترل نظام سلامت به‌طور کیفی بررسی می‌شود و در انگلستان اشتغال تخت بیمارستان که به‌عنوان یک شاخص کمی است نسبت به استانداردهای بین‌المللی بسیار بیشتر بوده است. در انگلستان سعی در اصلاح حقوق افراد، محیط زیست، تأمین مالی و کاهش اشغال تخت بیمارستان درحال انجام می‌باشد. در انگلستان و آمریکا به‌عنوان کشورهای لیبرال شاخص‌های کنترل نظام سلامت به‌طور مختلط هستند که برای تأمین شاخص‌های کنترل منابع مالی در کشورهای لیبرال، بر پایه اقتصاد سرمایه‌داری با اتکانداختن به منابع طبیعی می‌باشد در حالی که در ایران برپایه منابع طبیعی باشد. الگوها و ساختارهای مورد مطالعه از نظر اهداف اشتراکاتی دارند و تمام الگوهای مورد مطالعه، دخالت کارکنان سازمان در ارزیابی به‌عنوان پیش‌شرط موفقیت سازمان را بیان کرده‌اند.

جدول ۱. مقایسه تطبیقی (بررسی ساختار، کنترل، شاخص‌های کنترل و کارکردها) در کشورهای مورد مطالعه

ابعاد	ایران	ترکیه	چین	آمریکا	سنگاپور	پرتغال	انگلستان
ساختار	۱- وزارت بهداشت ۲- سیاست‌گذاری و مسئولیت‌پذیری ۳- تعاون همگانی ۴- مدل یکپارچه ۵- نظام سلامت ۶- استانداردهای اعتباربخشی ۷- تأمین منابع مالی ۸- مدل تعیین موانع برای پاسخگویی	۱- مدل انحصاری ۲- طراحی پایش و ارزیابی ۳- شفافیت و پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری ۴- سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد	۱- مسئولیت ارائه خدمات درمانی ۲- برعهده دولت ۳- وزارت بهداشت و درمان ۴- سیستم درمانی پایه ۵- مدل بیمه اجتماعی	۱- فاقد بیمه همگانی ۲- بیمه‌های عمومی ۳- حساب‌های پس‌انداز درمان ۴- رقابت مدیریت‌شده	۱- مدل بیمه اجتماعی ۲- سیاست‌گذاری و مسئولیت‌پذیری ۳- تأمین منابع مالی ۴- سازگاری و اطمینان‌بخشی	۱- نظام بهداشت و درمان ۲- مدل انحصاری ۳- سیاست‌گذاری ۴- حمایت از خطر مالی و اجتماعی ۵- تأمین هزینه‌ها از مالیات‌ها	۱- نظام بهداشت و درمان ملی ۲- ارائه خدمات درمانی جامع ۳- تأمین منابع مالی
کنترل	۱- بیمارستان‌ها: بی‌توجهی به الزامات ۲- کمبود تجهیزات نیروی انسانی ۳- نحوه و زمان ارزیابی ۴- ایجاد استرس در کارکنان	۱- کارایی و جامعیت خدمات ۲- مراقبت فردی مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی	۱- پیشگیری از بیماری، حفظ و درمان بیماری‌های عفونی و واگیردار	۱- مسئولیت ارائه خدمات درمانی در وهله اول بر عهده دولت و مؤسسات دولتی	۱- پیشگیری از بیماری‌ها ۲- کارایی خدمات مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی	۱- کیفیت و ایمنی خدمات ۲- تولید، تولید ۳- تخصیص منابع ۴- تأمین مالی نابرابری‌ها	۱- توزیع جغرافیایی ۲- منابع مالی بخش سلامت ۳- ازبین‌بردن نابرابری‌ها

شاخص‌های کنترل	۱- ارتقای سلامتی	۱- تأمین هزینه	۱- بیمه پایه	۱- بیمه‌های	۱- بیمه تأمین	۱- خدمات ملی	۱- ضریب
	۲- دسترسی ۳-	سلامت	۲- طرح تعاون	مدیرکمدیکد	اجتماعی	سلامت	اشغال تخت
	کیفیت	۲- کارایی و	روستایی	توسط دولت	۲- دسترسی	۲- بیمه	۸۰ درصد
۴- عدالت،	کیفیت	۳- دسترسی		۲- برنامه بیمه	خصوصی	۲- افزایش	
۵- کارایی				سلامت نظامی	داوطلبانه	کارایی	
				(تریکی)	۳- مدت زمان کم	۳- اصلاحات	
				۳- برنامه بیمه	ملاقات پزشکان	در بخش‌های	
				سلامت درآمد	در سیستم	مالی، محیط	
				پایین	خصوصی	زیست و حقوق	
				۴- بیمه کارفرما	مردمی		

۴. بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه تطبیقی بین کشور ایران و سایر کشورها (جدول ۱) نشان داد که شباهت و تفاوت‌ها بین ساختار نظام بهداشت ایران با بعضی کشور وجود دارد برای مثال در ساختار نظام سلامت در دو کشور ایران و چین، وزارت بهداشت وجود دارد. شباهت‌هایی در حوزه نظام بهداشت و درمان در دو کشور پرتغال و انگلستان وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه دانش‌کهن و همکاران همخوانی دارد. نتایج مطالعه آنها نشان داد که الگوهای مورد مطالعه تطبیقی او از نظر اهداف اشتراکاتی دارند اما از نظر سایر ابعاد مانند ساختار، زمینه‌های مدیریتی، مورد ارزیابی، شاخص‌های مربوط به هریک از زمینه‌ها، روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و استفاده از نتایج، تفاوت‌هایی نیز دارند (۱۲). می‌توان گفت که شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در نظام سلامت کشورها ناشی از شرایط اجتماعی، فرهنگی، نظام ارائه خدمات و نظام حکومتی در این کشورها است. به‌طور کلی کشورهای لیبرال بر فردگرایی و کمترین دخالت در ساختارها اصرار دارند و همه این خصوصیات در نظام سلامت این کشور نمایان می‌باشد. برای نمونه کشوری مثل آمریکا با توجه به رویکرد دولت ژاندارم و کمترین دخالت دولت و اهمیت دادن به آزادی فرد، نظام سلامت خود را نگاه حداکثری به درمان و بر مبنای بیشتر بخش خصوصی بنا کرده است. در کشورهای سوسیال و کمونیست، ایدئولوژی جمع‌گرایی و نفوذ بیشتر دولت در ساختارها را مورد توجه دارند. برای نمونه نظام مراقبت‌های بهداشتی در کشوری مانند کوبا به شکل برنامه عمومی ملی است. بنای کلی و مؤلفه‌های این نوع سیستم بر مبنای قانون بهداشت عمومی ۱۹۸۳ که پزشکی به‌عنوان یک مسئولیت اجتماعی توسط دولت در دسترس بودن برای همگان، دسترسی همگانی و اصرار بر پیشگیری و مشارکت عمومی می‌باشد. سگال در مطالعه‌ای با موضوع در مفهوم سیستم

سلامتی سوسیالیستی بیان می‌کند که سیستم سلامت سوسیالیست در واقع به‌عنوان جنبه‌ای از تئوری سوسیالیست است و عوامل اجتماعی در علل بیماری و تحمل مردم برای سلامت مهم می‌باشد (۲۳).

طبق جدول ۱ نتایج نشان داد از نظر مسئولیت‌پذیری در کشورهای سنگاپور، ترکیه و ایران، تعدد مسئولیت‌های وزارت بهداشت، مانعی در برابر انجام وظایف اصلی آنها می‌باشد که معضلی در توسعه مسئولیت‌پذیری است بنابراین برنامه‌ریزی در راستای کاهش تعداد مسئولیت‌ها می‌تواند در ارتقای عملکرد نظام سلامت مؤثر باشد. عامل مهم دیگر در ارتقای نظام سلامت، توجه به کارگیری فناوری‌های جدید در نظام سلامت است همان‌طور که همه کشورها برای ارتقای کیفیت خدمات، توجه ویژه‌ای به سیستم‌های الکترونیکی و فناوری اطلاعات داشته‌اند، برای مثال در سال ۲۰۰۹ در کشور سوئد بیش از ۹۰ درصد ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه از سوابق الکترونیکی بیمار برای تشخیص اطلاعات استفاده کرده‌اند و در حال حاضر حدود ۹۰ درصد از نسخه‌های سوئد به‌صورت الکترونیکی صادر شده و به داروخانه فرستاده می‌شود (۴۰). در نظام سلامت آلمان تقریباً ۹۰ درصد از پزشکان به پرونده الکترونیک سلامت دسترسی یافته‌اند (۴۱). استفاده آنها از این سیستم مربوط به محاسبات مالی، مدارک و مستندات، پیگیری داده‌های آزمایشگاهی و تضمین کیفیت می‌باشد (۴۲). در نظام سلامت کشور انگلستان سازمان ملی سلامت علاوه بر نظارت بر گروه‌های ارائه‌کننده خدمات بالینی و هدایت مستقیم خدمات تخصصی، مسئولیت تعیین استراتژی و جهت‌دهی فناوری اطلاعات سلامت نیز است. از جمله این موارد می‌توان به توسعه خدمات آنلاین برای تعیین وقت معاینه و درمان، تعیین استانداردهای کیفی برای نگهداری سوابق و مدارک پزشکی و ایجاد زیرساخت فناوری اطلاعات در

سازمان خدمات ملی سلامت اشاره کرد (۴۳). در نظام سلامت ترکیه نیز دانشگاه‌ها و ارائه‌دهندگان سلامت خصوصی در استانبول چندین بیمارستان خصوصی دارند که شبکه الکترونیکی محلی دارد اما وضعیت منابع مالی سلامت الکترونیک نامشخص است (۴۴). در نظام سلامت استرالیا در راستای نظارت بر ارائه خدمات استاندارد، کمیسیون ایمنی و کیفیت خدمات بهداشتی استرالیا گزارش عمومی را در مورد امنیت و کیفیت خدمات نسبت به استانداردهای ملی منتشر می‌کند و ضمن آگاهی‌بخشی، نحوه سیاستگذاری‌ها را مشخص و برنامه‌ها را تدوین و ترویج می‌کند (۴۵). در سال ۲۰۰۸ وزارت بهداشت سنگاپور نیز استانداردهای ملی مراقبت‌های بهداشتی را به منظور بهبود کیفیت مداوم معرفی کرد. این استانداردها توسط شبکه ادارات عملکرد سلامت سنگاپور در سیستم‌های خدمات بهداشتی و درمانی بررسی و به هیئت مدیره پزشکی گزارش می‌شود (۴۶).

یکی از راهکارهای ارزشمند در ارتقای کیفیت خدمات در همه کشورهای مورد مطالعه، تدوین و ارائه راهنمای مراقبت‌های بالینی می‌باشد. برای مثال در کشور سوئد، انگلستان، استرالیا و آلمان وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع، از دیگر عوامل افزایش کیفیت در سیستم‌های بهداشت و درمان آنها است (۴۳). کشور سنگاپور نیز با وجود داشتن پزشک خانواده و سیستم ارجاع، کشوری ضعیف در کیفیت مراقبت‌های اولیه بهداشتی محسوب می‌شود (۴۳). در کشور ترکیه پزشک خانواده تعریف شده است ولی نظام ارجاع ندارند که این می‌تواند یکی از عوامل این معضل باشد (۴۷). بنابراین براساس نتایج فوق می‌توان گفت که توجه به طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و عملی کردن آن می‌توان به ارتقای عملکرد نظام سلامت ایران منجر شود. البته به منظور افزایش کارایی و اثربخشی خدمات سلامت پس از اجرایی شدن طرح تحول در سال ۲۰۱۴ توجه به طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع نظام سلامت کشور شده است (۴۰). با این وجود ارزیابی دقیق از نتایج این فعالیت‌ها و رفع معضلات آن در راستای ارتقای عملکرد نظام سلامت ضروری می‌باشد.

طبق مطالعه حاضر مشخص شد که کشورها برای کنترل و نظارت بر سیستم بهداشت و درمان خود شاخص‌هایی دارند برای مثال در ایران، چین و سنگاپور توجه ویژه‌ای به دسترسی آسان و راحت خدمات بهداشتی درمانی می‌شود و در انگلستان به کارایی شاخص‌ها اهمیت داده می‌شود. مصدق راد در مطالعه خود بیان کرد که برای ارزشیابی حاکمیت نظام سلامت می‌توان از شاخص‌های شفافیت، دموکراسی،

قانون‌مداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت‌پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری استفاده کرد (۸). می‌توان گفت که شاخص‌های کنترل، از ابزار لازم برای اطمینان از دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی-درمانی در هر کشوری هستند گرچه در ظاهر، تفاوت‌هایی در نوع شاخص‌های کنترل در نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در این کشورها مشاهده می‌شود اما هدف اصلی از اجرای این شاخص‌ها حصول اطمینان از توزیع منطقی و عدالت گونه خدمات برای قشرهای مختلف مردم است که این شاخص‌ها توزیع منابع مختلف مانند نیروی انسانی مورد نیاز، منابع مالی، لوازم و تجهیزات، وجود ساختمان‌های مناسب برای استقرار کادر بهداشت درمان و ... به منظور ارائه خدمات مناسب و دسترسی مردم را دربر می‌گیرد (۱۱).

طبق نتایج شاخص‌ها ابزاری برای رتبه‌بندی کشورها می‌باشد. برای مثال مهران‌حسینی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که از حیث شاخص‌های سلامت، کشورهای مختلط (سوئد، نروژ و انگلیس) نسبت به کشورهای لیبرال (آمریکا، کانادا و فرانسه و کشورهای سوسیال (روسیه، چین و کوبا) وضعیت بهتری داشتند (۷). همچنین دکس در مطالعه خود با عنوان «شاخص‌های کارایی نظام سلامت در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی بیان کرد که بر مبنای شاخص کارایی نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت، کشورهای نروژ، سوئد و انگلستان در رتبه‌های هشتم، دهم و یازدهم نسبت به سایر کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی قرار داشتند در صورتی که کانادا در رتبه هجدهم قرار گرفته است (۲۱).

طبق یافته‌ها، تأمین هزینه‌ها از مالیات‌ها بین همه کشورهای ذکر شده مشترک می‌باشد که کل یا بخشی از آن به این صورت تأمین می‌گردد. این یافته‌ها نتایج مطالعه ایروانی را تأیید می‌کند. نتایج مطالعه ایروانی و همکاران نشان داد که تأمین مالی در کشورهای آلمان، آمریکا، چین و ترکیه بیشتر از طریق نظام بیمه‌ای، در انگلیس بیشتر از محل مالیات، ولی در ایران از طریق پرداخت یارانه از محل درآمدهای عمومی و مالیات صورت می‌گیرد (۱۱).

نتایج مطالعه مصدق راد و رحیمی تبار چنین است: الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران، مسائلی را در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل الزامات و اهداف، کاهش یا ادغام برخی از معاونت‌ها و اداره‌های وزارت بهداشت، توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت،

نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

در کلیه مراحل انجام این پژوهش، ملاحظات اخلاقی شامل متعهدبودن به تفسیر و تعبیر اطلاعات بدون هیچ‌گونه سوءگیری رعایت شد و کد اخلاق این پژوهش IR.IAU.SRB.REC.1401.253 می‌باشد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان، امور مربوط به مقاله و پیگیری‌های آن را برعهده داشته‌اند.

حمایت مالی

حمایت مالی طرح توسط دانشگاه علوم و تحقیقات تهران صورت گرفت.

تضاد منافع

پژوهشگران هیچ‌گونه تضاد منافی طی مطالعه نداشتند.

استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران پیشنهاد می‌شود. برای ارزشیابی حاکمیت نظام سلامت می‌توان از شاخص‌های شفافیت، دموکراسی، قانون‌مداری، کنترل فساد، اخلاق، مسئولیت‌پذیری، اثربخشی، کارایی، عدالت و پایداری استفاده کرد (۸).

نتایج مطالعه تطبیقی بین کشور ایران و سایر کشورها نشان داد که عملکرد نظام سلامت کشور ما در مقایسه با کشورهای دیگر، نقاط قوت و ضعفی دارد. از آن‌جا که نظام سلامت ایران با معضلاتی مواجه است؛ بومی‌سازی و استفاده از تجربیات کشورهای دیگر می‌تواند در کاهش معضلات نظام سلامت مؤثر باشد. براساس نتایج می‌توان گفت که رفع موانع براساس پاسخگویی اجتماعی، توجه به فناوری اطلاعات، همچنین کاهش تعدد مسئولیت‌های وزارت بهداشت و توجه به طرح پزشک خانواده می‌تواند در ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات نظام سلامت مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

References

- [1]. AM M. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran; . [Persian]. 2015. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511762246.036>
- [2]. WHO. The World health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2000. [https://doi.org/10.1016/s0033-3549\(04\)50043-2](https://doi.org/10.1016/s0033-3549(04)50043-2)
- [3]. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. <https://doi.org/10.26719/2015.21.6.379>
- [4]. B B. Health law's kaleidoscope: Health law rights in a global age: Routledge. 2017. <https://doi.org/10.4324/9781315253527-15>
- [5]. Damari B VM, ROSTAMI GN, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions. 2016. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v4i2.1410>
- [6]. Mosadeghrad AM A-sA, T Y. Evaluation of hospital accreditation method. [Persian]. Tehran Univ Med J. 2017;75(4):288-98. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v4i2.1410>
- [7]. Mehr Al-Hosni Mohammad Hossein YFV, Orumieh A. Nadia, Saif Eldini Rostam, Mirzaei Saeed. A comparative study of the health systems of liberal, social and mixed countries based on the framework of layered analysis of causes. Iranian Journal of Epidemiology. 2016;13(5):14-26. <https://doi.org/10.4314/jfas.v8i3s.261>
- [8]. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study %J Razi Journal of Medical Sciences. 2019;26(9):10-28. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v4i2.1410>
- [9]. Farahbod M, Masoudi Asl I, Tabibi SJ, Kamali M. Comparing the Rehabilitation Structures in the Health Systems of Iran, Germany, Japan, Canada, Turkey, and South Africa. Archives of Rehabilitation. 2023;24(1):96-113. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_211_18
- [10]. kazemini M, Khatony A, jafari f. Assessing Good Governance in the Dimensions of Quality, Effectiveness and Accountability in the Health System of Iran and Selected Countries: A Comparative Study %J Journal of healthcare management. 2022;12(4):7-18. <https://doi.org/10.51866/oa1308>
- [11]. Iravani M, Riahi L, Abdi K, Tabibi SJ. A Comparative Study of the Rehabilitation Services Systems for People With Disabilities. Archives of Rehabilitation. 2021;21(4):544-63. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i11.4732>
- [12]. Daneshkohan Abbas BA, Zohoor Alireza, Ebadi Fard Azar Farbod Comparative Study of Health System Management Development

- [13]. Assessment Models in Selected Countries. Health Information Management. 2011;8(2):1-12 <https://doi.org/10.19082/4225>
- [14]. R B. Health systems: Finding New Strengths. In: WHO, Editor. The world Health Report 2004. Geneva: World Health Organization. 2004: 57-69. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2017.01.00001>
- [15]. G B. Commission for Healthcare Audit and Inspection. About the Healthcare Commission. London: Healthcare Commission; 2005. 1-10 p. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2010.16.9.78374>
- [16]. S Y. Performance assessment of medical universities in supportive activities area, Journal of Management Development. Tehran: Iran Ministry of health and medical education; 2005. 9-14 p. <https://doi.org/10.3329/seajph.v6i1.30336>
- [17]. Organization WH. World Health Organization's Ranking of the World's Health Systems [Internet]. . 2000. <https://doi.org/10.51866/oa1308>
- [18]. Davis K SK, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall How the performance of the US Health care system compares internationally. New York 2014. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2017.01.00001>
- [19]. R W. Comparing federal systems. 3rd ed. Gagnon A-G, Soeren K, editors. Kingston: McGill-Queen's University Press for the Institute of Intergovernmental Relations. 2008 <https://doi.org/10.21203/rs.2.20540/v1>
- [20]. CH T. Single payers, multiple systems: the scope and limits of subnational variation under a federal health policy framework. J Health Polit Policy Law. 2009; 34: 453-96. <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-011>
- [21]. Thomson S OR, Squires D, Reed SJ. International profiles of health care systems 2011: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. New York: Commonwealth Fund. 2011 <https://doi.org/10.1017/s002078290004064x>
- [22]. de Cos PH M-BE. Determinants of health-system efficiency: evidence from OECD countries. . Int J Health Care Finance Econ [Internet]. 2014;14: 69-93. <https://doi.org/10.1007/s10754-013-9140-7>
- [23]. Gutiérrez SMB MT, Rakue Y. Comparison of four health systems: Cuba, China, Japan and the USA, an approach to reality. southeast asian j trop med public Heal. 2003. <https://doi.org/10.4103/1755-6783.222648>
- [24]. M S. On the concept of a socialist health system: a question of marxist epistemology. Int J Heal Serv. 1983;13:221-5 <https://doi.org/10.2190/1747-35wt-bpxk-1ndu>
- [25]. M D. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. Eur J Heal Econ [Internet]. 2015;16: 21-33. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
- [26]. O K. Social class, sector employment, and gender as party cleavages in the Scandinavian countries: A comparative longitudinal study, 1970-95. Scan Polit Stud. 2001;24:311-50. <https://doi.org/10.1111/1467-9477.00058>
- [27]. Anell A GA, Merkur S. Health Systems in Transition - Sweden Health system review. Health Syst Transit. 2012;14:187. <https://doi.org/10.1017/9781108855464.005>
- [28]. MW D. Ways of war and peace realism, liberalism, and socialism. Norton; 1998. <https://doi.org/10.2307/2585493>
- [29]. D C. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: teh role of neo-liberalism. Soc Sci Med. 2000;51:135-46. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00445-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00445-1)
- [30]. JE L. Socialism versus liberalism: globalization's impact on the social and business systems in France. Pennsylvania in Partial Fulfillment. 2000. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198208525.003.0005>
- [31]. Smith PC AA, Busse R, Crivelli L, Lindahl AK, Westert G, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy. 2012;106:37-49. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.009>
- [32]. WHO. World health statistics 2016: Monitoring health for sustainable development goals. Geneva, Switzerland: World Health Organization; . 2016. <https://doi.org/10.1037/e400972004-001>
- [33]. AH G. International Profiles of Health Care Systems: The Swedish Health Care System, The Commonwealth Fund. 2017. <https://doi.org/10.15868/socialsector.22501>
- [34]. Thorlby R AS. International Profiles of Health Care Systems: The English Health Care System, The Commonwealth Fund. 2017. <https://doi.org/10.15868/socialsector.22501>
- [35]. Allin S RD. International Profiles of Health Care Systems: The Canadian Health Care System, The Commonwealth Fund. 2017. <https://doi.org/10.15868/socialsector.22501>
- [36]. R. A. Transforming Turkey's health system: lessons for universal coverage. New England J Med. 2015;373(14):1285-9. <https://doi.org/10.1056/nejmp1410433>
- [37]. AC L. Universal health coverage in Latin America? Soc Med. 2016 Jan 1;9(2):54-5. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0454-0_ch3
- [38]. M R. Southern European welfare states: Between crisis and reform. Routledge. 2014 Feb 4. <https://doi.org/10.5860/choice.35-3548>
- [39]. L G. International Profiles of Health Care Systems: The Australian health care system, The Commonwealth Fund. 2017. <https://doi.org/10.15868/socialsector.22501>
- [40]. Fund TC. International Profiles of Health Care Systems: The U.S. Health Care System, The Commonwealth Fund. 2017. <https://doi.org/10.15868/socialsector.22501>
- [41]. Damari B VM, ROSTAMI GN, Kabir MJ. Evaluation of the urban family physician and referral system program in Fars and Mazandran provinces: history, achievements, challenges and solutions 2016. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v4i2.1410>
- [42]. M. M. Federal Justice Statistics 2013-2014. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics; . 2017. <https://doi.org/10.3886/icpsr34335>
- [43]. usse R BM, Organization WHO. B Germany :health system review. 2014. <https://doi.org/10.26719/2014.20.12.759>
- [44]. Brinkerhoff DW BT. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. Health policy and planning. 2014;29(6):685-93. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs132>
- [45]. Neinavae M NA, Tabibi SJ, Raeissi P. Designing the maternal and child health services package based on comparative study of developed countries models. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(17):1-12. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(84\)90039-0](https://doi.org/10.1016/0020-7292(84)90039-0)
- [46]. Quick D CK-K. Impacts of increasing volume of digital forensic data: A survey and future research challenges. Digital Investigation. 2014;11(4):273-94. <https://doi.org/10.1016/j.diin.2014.09.002>
- [47]. WA H. Affordable excellence: the Singapore healthcare story: how to create and manage sustainable healthcare

systems: Brookings Institution Press; . 2013.
<https://doi.org/10.1002/9780470436592.ch2>
[48]. B D. Challenges and directions of public health
development in Iran from the viewpoint of provincial

health deputies and health center. Journal of School of
Public Health and Institute of Public Health Research.
2015;13(1):1-16.
<https://doi.org/10.52547/payesh.22.2.161>